

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK VIII. — 1906.

KRAKÓW.

WYDANE W DZIŚNIACH DZIAŁA
DZIENNIKAMI Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1906.

**Okuliści polscy ¹⁾
według obliczenia z r. 1906.**

- | | |
|---|---|
| <p>*Dr Bałłaban Teodor. Lwów, Wa-
żowa, l. 7.
Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac
WW. Świętych, l. 11.
*Dr Bednarski Adam, docent okulist.
Uniw. lwowskiego. Lwów, Aka-
demicka, l. 5.
*Dr T. Berezowski, asyst. c. k. kli-
niki okul., Kraków.
Dr Bernhardt Józef. Wilno.
*Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).
Dr Bieniecki. Kalisz.
Dr Borowski. Wilno.
*Dr Brudnicki. Bieżno (Kr. Polskie).
*Dr Brudzewski Karol. Kraków, Flo-
ryańska, l. 38.
*Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna,
d. Reform. kolegium.
Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.
Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa,
Długa, l. 18.
*Dr Cichański Al. Przemyśl.
Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpato-
rya (Rosya).
*Dr Cywiński Maryan. Mohylew
Białoruski.
*Dr Dąbrowski. Grodno.
Dr Daszewski. Kielce.
*Dr Dawidson. Warszawa.
Dr Dembowski. Razdzielnaja.
Dr Demidowicz Bronisław Maryan,
lekarz wojskowy. Włodzimierz nad
Kłazmą.</p> | <p>Dr Dobrzański Aleks. Warszawa
Złota, l. 14.
Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.
Dr Działowski Alfred. Toruń.
Dr Ebersson Maur. Tarnów.
*Dr Elkner Maryan Aleks. Kamie-
niec Podolski.
*Dr Ettinger Jakób. Warszawa.
Dr Feinstein Leon. Warszawa, Kar-
melicka, l. 3.
Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Sta-
rowieśna, l. 45.
Dr Fukafa Winc. Wiedeń.
Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl.
Hausmann, l. 103.
*Dr Garliński Władysław M. Łódź.
*Dr Geister Piotr. Jarosław.
*Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz.
lek. oftalm. Instytutu. Warszawa,
Krakowskie Przedm., l. 65.
Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn).
Warszawa, Al. Jerolimskie, l. 25.
*Dr Gillewski. Lwów.
Dr Godroję Juraga Witold. Aleksan-
dropol.
Dr Gilus Wincenty, lek. oft. leczni-
cy im. Włodzkich 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.</p> |
|---|---|

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapi-
sanego w administracji P. O.

- Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyński-środek.
- *Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.
- *Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p. Wilejski.
- Dr Hertyk. Maryampol.
- Dr Ilfasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.
- Dr Hoene Jan. Kijów.
- Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
- Dr Hulenicki Władysław, Sióło Uspeńskie, Sławianoserbsk, Ekat. g.
- *Dr Hulewicz. Bytom.
- *Dr Huszczo Józef. Białystok.
- Dr Idzakowski Józef. Łódź.
- Dr P. Jasiński. Shenandoah, Pensylwania (Ameryka).
- Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa, Ciepła, l. 4.
- *Dr Kaczkowski. Warszawa, Chłodna, l. 22.
- *Dr Kaczkowski St., ordynaror klin. uniwers. Warszawa, Bracka, l. 20.
- *Dr Karnocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 7.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- *Dr K. Karnicki. Petersburg.
- Dr Kępiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Kopernika, l. 3.
- *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.
- Dr Kozłowski Michał Kazimierz, naczelny lekarz oftalm. szpitala Popowych, Kijów.
- Dr Krajski Waclaw Adolf. M. Ataki (pow. Sorokskiego). Besarabia.
- Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa, Nowo-Senatorska, l. 6.
- *Dr Krzymuski. Tomsk.
- Dr Kreutz. Stanisławów.
- *Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski, Siedce (Król. Polskie).
- *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
- *Dr Langie Adam. Kraków, Garbarska, l. 5.
- *Dr Lenkiewicz Iphorski. Bobrujsk.
- Dr Lewandowski Czesław Mikołaj, wolno-prakt. Odessa.
- *Dr Lewicki Stefan. Odessa.
- Dr Liebermann. Kraków, Floryańska, l. 20.
- Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwa-da, 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. Przemysły.
- Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. Andrzeja, l. 5.
- Dr Matuszewicz, pryw. asys. prof. Wicherkiewicza.
- *Dr Michalski. Łódź.
- Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.
- Dr Niegolewski Felicyan. Poznań, Pl. Królewski, l. 6.
- *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, Jagiellonska, l. 17.
- *Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.
- Dr Rotbert. Warszawa, Nowy-Swiat, l. 7.
- *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
- *Dr Rymsza Waclaw. Hurykowa, pow. Klecki.
- Dr Sawicz Witold., ordyn. szpit. wojsk. w Moskwie.
- Dr Stasiński Jan. Poznań.
- *Dr Strzeniński Ign. Wilno, Trocka.
- Dr Świda Ignacy. Mińsk.
- *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.

- *Dr Szulistański Adam, docent okulistyki Uniw. lwowskiego. Lwów, ul. Jagiellońska, l. 8.
- *Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.
- *Dr Talko Włodz. Lublin.
- Dr Tomaszewski. Smigiel.
- Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci Miłosierdzia.
- *Dr Uziembło. Saratów.
- *Dr Weisberg. Łódź.
- *Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań, St. Marcin, l. 6.
- Dr Wicherkiewicz Bolesław, c. k. Radca Dworu; Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, ul. Wolska, l. 15.
- Dr Winawer Adolf. Warszawa, Elekoralna, l. 4.
- *Dr Witaliński Wincenty, I asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
- 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.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BĘDŃNARSKIEGO, DRA GUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—••• ROCZNIK ÓSMY •••—

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Mięsak śródoczny*).

Podał

Dr. TEODOR BAŁŁABAN

radca cesarski.

(Z 5-ma rysunkami histologicznymi).

Na podstawie bogatej kazuistyki, jak również i prac zbiorowych posiadamy obecnie dokładną znajomość patologii mięsaka śródocznego. To też przez nabyte w tym kierunku doświadczenie podzielono przebieg chorobowy tego cierpienia na poszczególne okresy, które po sobie kolejno występują, w pewnym ściśle oznaczonym porządku, ba nawet często w ściśle oznaczonym po sobie czasie. Poniżej wspomnę o tem jeszcze dokładniej (str. 10), a na tem miejscu chcę na razie tylko zaznaczyć, że wedle podziału Fuchsa, rozróżniamy 3 okresy w rozwoju mięsaka śródocznego. A mianowicie: I. Okres wzrostu nowotworu, II. Okres wtórorzędnej ja-

*) Praca niniejsza jest równocześnie ogłoszoną w *Graefego Archiv für Ophthalmologie*. Band LXIII pag. 69—84.

skry — lub rzadki okres zapalenia ciała rzęskiego, III. Okres perforacyi.

Obok jednak takich przypadków, które wykazują przebieg uważany przez nas za prawidłowy, znajdujemy w literaturze także i takie nie liczne przypadki, które pod względem powstania i przebiegu mięsaka śródocznego zachowują się zupełnie odmiennie.

Ponieważ miałem sposobność spostrzeżać podobny, a w swym rozwoju niezwykle przypadek tego nowotworu, więc postanowiłem ogłosić dokładniej wyniki moich własnych w tym kierunku spostrzeżeń.

Przyp. I. W jesieni r. 1900 zostałem wezwany do lwowskiego domu karnego dla kobiet, celem zbadania 29 letniej kobiety. Żaliła się, że od pewnego czasu pogorszył się jej wzrok oka lewego. Równocześnie zauważyła, że od niedawna powstał na zewnętrznej stronie lewej gałki ocznej mały guz, który z wolna się zwiększał, nie sprowadzając jednak żadnej bolesności.

Przeprowadzone wówczas przezemnie badanie wykazało w istocie na lewej gałce ocznej niebieskawo-czarny nowotwór, który poczynając się w odległości kilku milimetrów od brzegu rogówki, rozprzestrzeniał się na zewnętrzną część twardówki. Nowotwór ten był silnie przyrośniętym do podstawy na której był umiejscowionym. Powierzchnia jego była gładką i całkowicie przykrytą spojówką, dającą się wszędzie w całości przesunąć. Z zewnętrznego tego wyglądu musiałem nowotwór ten uważać za czarny mięsak (*Melanosarcoma*).

Badanie wziernikiem wykazało ostro odgraniczone oderwanie siatkówki i to w miejscu odpowiadającym umiejscowieniu nowotworu. Tylny brzeg oderwanej siatkówki nie sięgał jednak aż do żółtej plamki. Napięcie gałki ocznej było prawidłowe. V. c. oc. sin. = $\frac{5}{15}$.

Mało inteligentna chora nie umiała dać żadnych bliższych wyjaśnień, co do czasu i sposobu powstania tego nowotworu, a na uczynioną jej przezemnie propozycję wyłuszczenia tej gałki ocznej, nie chciała się w żaden sposób zgodzić.

W lutym roku następnego (1901) miałem sposobność badać chorą ponownie. Spostrzegłem wówczas, że w ubiegłych kilku miesiącach powiększył się opisany powyżej nowotwór bardzo znacznie, a okoliczność ta, jak również i bardzo znaczne upośledzenie bystrości wzroku, ograniczające się do liczenia palców w najbliższej odległości przed okiem, skłoniły wreszcie chorą do poddania się wyłuszczeniu gałki, którą też operację natychmiast wykonałem.

Tuż przed samą operacją stwierdziłem następujące zmiany.

Szpara powiekowa oka lewego była bardzo znacznie zwężoną, i to w skutek bardzo znacznego zwieszania się górnej powieki. Najwęższą była ona jednak w zewnętrznej połowie, gdzie szerokość jej dochodziła zaledwie 1-go milimetra. Ku połowie wewnętrznej stawała się szpara powiekowa coraz szerszą, w ogólności jednak nie miała ona nigdzie nawet połowę prawidłowej szerokości prawej szpary powiekowej. Skóra górnej powieki była silnie napiętą i niebieskawo przeświecającą, pod nią zaś przeświecały bardzo wyraźnie żyły. Przy poruszeniach okiem, były ruchy schorzałej gałki ocznej do tego stopnia upośledzone, że przy patrzeniu się w prostym kierunku — przed siebie — gałki prawej, gałka lewa pozostawała zwróconą ku środkowi, a odchylenie jej mierzone w przybliżeniu na rogówce wynosiło 5—6 mm.

Przy odchyleniu górnej powieki ku górze, uwidatniał się różowawy, miejscami zaś brunatny lub niebieskawo-białawy nowotwór, który wypełniał całą zewnętrzną połowę szpary powiekowej. Powierzchnia nowotworu była gładką i pokrytą licznymi naczyniami. Przy możliwie najsilniejszym rozwarciu szpary powiekowej było widocznem, że obok tego nowotworu, mającego wielkość orzecha włoskiego, znajdowały się pojedyncze małe guzowate wzniesienia, które umiejscowione pod dolnym i górnym załamkiem spojówkowym wysuwały się w okolicy zewnętrznego brzegu powiekowego ku przodowi.

Przy ucisku był nowotwór ten dość sprężystym i dawał się palcem wyczuć jeszcze głęboko pod oczodołem aż w okolicy gruczołu łzowego. O ile badanie mogło wykazać, nie zdawał

się nowotwór ten stać w żadnym związku z kostnem swem otoczeniem, natomiast był silnie przyrośłym do gałki ocznej. Spojówka pokrywająca nowotwór dawała się po nad nim z łatwością przesuwać, a była ona w pobliżu brzegu rogówkowego mocno obrzęknięta. Żrenica oddziaływała na światło nieco leniwiej. Rogówka była prawidłowo przejrzystą a również i przednia komora prawidłowo głęboką. Tęczówka nie wykazywała żadnych zmian.

Wziernikiem uwydatniał się pod dolną zewnętrzną częścią siatkówki okrągły białoszary nowotwór, który pochynając się na zewnątrz obwodowej części wziernikowego pola widzenia, zajmował szerokość prawie całego jednego kwadrantu siatkówki, a zwężał się zwolna w kierunku żrenicy. Wskutek tego przybierał nowotwór ten, przy oglądaniu go od przodu, postać stożka ściętego, którego podstawa znajdowała się w okolicy ciała rzęskowego, ścięły zaś jego koniec sięgał do tarczy wzrokowej. Brzegi tego stożka przechodziły ku górze i ku dołowi ostro w płasko oderwaną siatkówkę. Pod tym stożkiem wychylały się silnie pocięte naczynia siatkówki, przy czem odnosiło się wrażenie, jak gdyby naczynia te wychodziły gdzieś z głębi i rozprzestrzeniały się następnie na powierzchni nowotworu. O ile dało się wziernikiem widzieć oderwaną ku górze i ku dołowi siatkówkę, były znajdujące się na niej naczynia bardzo ścięte i to szczególnie tętnice. Tkanka przylegającej jeszcze po większej części siatkówki była w całości zmętniała, znajdujące się zaś na niej żyły, były bardzo znacznie pocięte i miejscami w przebiegu jak gdyby poprzerywane. Tarcza wzrokowa była czerwonawo zmętniała i obrzęknięta. Zmiany te nie dały się jednak całkiem dokładnie stwierdzić, gdyż przylegająca do niej siatkówka była na zewnątrz płasko oderwana. Przy ruchach gałki ocznej było bardzo charakterystycznym, że oderwana siatkówka wcale się nie poruszała.

Przy wyluszczeniu nowotworu wraz z gałką oczną pokazało się, że nowotwór wrósł także częściowo w mięśnie oczne. Odgraniczał się on jednak od tworów jamy oczodołowej wszędzie tak ostro, jak gdyby był otoczonym torebką,

tak że gładkie wyluszczenie jego nie natrafiło na żadną przeszkodę. Przy wyluszczeniu gałki ocznej wystąpiło silne krwawienie z licznych i rozszerzonych naczyń.

Gałka wyjęta wraz z nowotworem została utrwaloną w 10% roztworze formaliny, przyczem nieco zakłęśła.

Badanie makroskopowe.

Nowotwór, który pokrywa zewnętrzną połowę gałki ocznej, poczyna się o jakie 8 mm od brzegu rogówki, zaś tylnym swym brzegiem sięga aż do nerwu wzrokowego. W dotyku jest twardawym i wszędzie zupełnie gładkim, zaś na jego powierzchni znajdują się liczne drugorzędne wzniesienia, które nadają mu wygląd pagórkowaty.

Po całkowitem stwardnieniu w wysokoku, odciałem część górną i dolną gałki ocznej, a resztę jej wraz z nowotworem zatopiłem w celoidynie. Następnie z części środkowej robiłem mikrotomem skrawki porządkowe (*Serienschnitte*), przyczem starałem się o ile możności otrzymywać całkowite przekroje poziome. W końcu sporządziłem jeszcze w tym samym kierunku skrawki z tarczy wzrokowej. Miejsca, w których nowotwór był przeciętym, miały marmurkowaty wygląd, gdyż ciemna w całości istota nowotworu była miejscami poprzerwaną włóconymi w nią wysepkami jasno-żółtawej tkanki. W skrawkach środkowych (patrz fig. 1) jest widocznem, że w naczyniówce znajduje się nowotwór o gęsto zwartej i jasno zabarwionej tkance. Po nad tym nowotworem, który zaledwie jest 1 cm długim i 4 mm grubym nie jest siatkówka nigdzie znacznie oderwaną, a tylko lekko zmarszczoną. W samym środku nowotworu jest twardówka na małej przestrzeni rozdarta, tak że skutek tego nowotwór stoi w bezpośrednim związku z tą częścią nowotworu, która jest umiejscowioną na zewnętrznej części gałki ocznej. Po za tem przylega siatkówka wszędzie, ciało szkliste jest prawidłowe a przednia komórka miernie głęboką. Na przestrzeni przedniej połowy ponadgałkowego nowotworu jest twardówka nieco zakłęśła. Z wyjątkiem tylko

małej swej części tworzy ona wszędzie wyraźną granicę pomiędzy śródgałkową a ponadgałkową częścią nowotworu.

Badanie drobnowidowe.

Nowotwór naczyńiówki składa się z pasm komórek wrzecionowatych, które krzyżując się ze sobą w najrozmaitszych kierunkach są miejscami w przebiegu swym poprzerywane przez pasma i ogniska komórek okrągłych. Wskutek tego posiadają odpowiednie skrawki drobnowidowe wygląd marmurkowaty. W tkance tego nowotworu znajdują się bardzo nieliczne naczynia o cienkich ściankach, około których są miejscami nagromadzone silnie zabarwione komórki okrągłe, poprzedzielane tylko gdzieniegdzie bardzo delikatną włóknistą tkanką łączną. Z wyjątkiem powierzchniowych części nowotworu, w których znajduje się kilka większych ognisk komórek barwikowych a w ich najbliższym otoczeniu nieliczne naczynia, jest prawie cały nowotwór pozbawionym barwiku.

Ku przodowi są granice nowotworu bardzo ostre, gdyż nowotwór wciska się tam (na przekroju) w postaci stożka pomiędzy zgrubiałą błonę czarną naczyńiówki (*lamina fusca chorioideae*) a pomiędzy wewnętrzne jej warstwy. Błona ta czarna jest też na dużej przestrzeni bardzo silnie rozwiniętą i przepelnioną barwikiem.

Tkanka naczyńiówki jest w przedniej swej części zupełnie ścienczała i zanikła przez zachodzące się w niej zwarte włókna tkanko-łącznowe, przyczem znajdują się w niej tylko nieliczne naczynia. Natomiast ku tyłowi — w kierunku do nerwu wzrokowego — są granice nowotworu tylko bardzo niewyraźnie zarysowane. W tem też miejscu jest naczyńiówka, w której znajdują się bardzo silnie krwią wypełnione naczynia (przeważnie żyły), znacznie pomarszczoną i prawie pod prostym kątem oderwaną (patrz fig. 2). Ta część naczyńiówki, która się znajduje pomiędzy nowotworem a nerwem wzrokowym jest tkanko-łącznowo-zwyrodniała i posiada dość liczne naczynia o zgrubiałych ścianach. Warstwy wewnętrzne naczyńiówki są aż do nerwu wzrokowego pomar-

szczone. Również i odpowiednia część twardówki jest pomarszczoną. Przybłonek barwikowy jest na całej przestrzeni nowotworu naczyńówki nieprawidłowy, a składa się on ze zmienionych komórek, które są miejscami wielowarstwowe, przyczem przechodzi on ze wszech stron wspólnie ze sprężystą błoną naczyńówki (*lamina elastica*) na dużej jeszcze przestrzeni na nowotwór. Prawie wszędzie jednak jest nowotwór przez cienką warstwę włóknistej tkanki łącznej lub też przez sprężystą błonę naczyńówki wyraźnie odgraniczony od przybłonka barwikowego.

Siatkówka jest pomiędzy nowotworem a nerwem wzrokowym tylko płasko odepioną i to przez znajdujące się pod nią zbite złogi białkowe, przyczem posiada ona wygląd, jak gdyby ponad nowotworem była od podstawy swej workowato oderwaną. Przy bliższym jednak rozpoznawaniu staje się to błędne zapatrywanie widocznem i daje się dokładnie rozróżnić, że rozchodzi się tutaj o dziwną jakąś postać tworów torbielowatego siatkówki.

Jeżeli następnie bada się siatkówkę na jednym ze skrawków od przodu ku tyłowi, to widzimy przy tem następujące zmiany. Rąbek zębaty siatkówki jest prawidłowy. Tuż za nim jest siatkówka ścięcałą, i brak jest w niej pręcików i słupków, a względnie jest ich umiejscowienie tylko zaznaczonem przez jednostajnie zabarwione kropłowate twory. Obie warstwy ziarniste zlały się w jedną warstwę, w której znajdują się wrzecionowate komórki. Również brakuje i komórek zwojowych. Wszystkie wewnętrzne warstwy siatkówki są tkanko-łącznowo zgrubiałe i zwyrodniałe i posiadają w sobie czopowate i grzebieniowate wzniesienia tkanko-łącznowej budowy. Włókien nerwowych nie można wykazać. W miejscu powstania nowotworu są wewnętrzne warstwy siatkówki, wskutek bardzo silnego bujania tkanki łącznej zgrubiałe (p. fig. 3), zaś w dalszym jego przebiegu zlały się także obie warstwy ziarniste ze sobą w jedną całość, przyczem są one bardzo zgrubiałe. Jądra zniknęły po większej części a w ich miejscu znajdują się liczne pasma komórek podłużnych i wrzeciono-

watych. W tej to warstwie (obie warstwy ziarniste) uwydatniają się małe i okrągłe kropłowate przestworza (krople tłuszczu?) i to miejscami tylko pojedynczo, miejscami zaś w większych gromadach. Częściowo zlewają się te twory we większe przetoki (p. fig. 4), przewyższając w ten sposób ilość znajdującej się tutaj tkanki łącznej. Wreszcie widzimy tutaj duże krągłe przestwory, w których środku znajdują się duże białkowate złoży. W okolicy tylnego brzegu nowotworu, gdzie się znajduje wielki twór torbielowaty, odgranicza się siatkówka ostro, przyczem jest jej zewnętrzna blaszka zdwojoną. Wspomniany twór torbielowaty jest wypełniony licznymi skrzepłemi masami białkowatemi, w których znajdują się nie liczne częściowo barwikowe komórki, jak również i małe nieprawidłowe kropłowate twory.

W całym otoczeniu nowotworu są czopki i słupki silnie napeężniałe a miejscami rozpadły się one w twory kropłowate. W części jego wewnętrznej przylega siatkówka prawidłowo, a również i naczyniówka jest prawidłowej budowy. Tylko w pobliżu rąbka zębatego siatkówki i to w okolicy poszczególnych naczyń znajduje się nieprawidłowo nagromadzony barwik, podobnie jak to się spostrzegać daje przy barwikowem zwyrodnieniu siatkówki, przyczem przybłonek barwikowy jest wybujały. Tarcza nerwu wzrokowego jest silnie obrzękłą i okazuje zmiany zapalne, podobne do zmian spostrzeganych przy tarczy zastoinowej, powstałej w następstwie nowotworu mózgu. Stosownie do tego jest tarcza wzrokowa guzikowato wyniosłą, a w jej środku znajduje się lejkowate wgłębienie. Jej tkanka zrębowa i tkanka łączna jest znacznie obfitszą i posiada liczne jądra, a tkanka jej przybłonkowa jest na wewnętrznej stronie mocno wybujałą, skąd też wychodzą ku ciałku szklistemu liczne wypustki. W części pozagałkowej nerwu wzrokowego są jądra nie wiele liczniejsze, aniżeli to odpowiada stanowi prawidłowemu. Przednia część gałki ocznej jest prawidłową.

W tęczówce brak jest przyczepin powstałych w następstwie jaskry. Ciałko rzęskowe jest prawidłowe. Spojówka jest na brzegu rogówki i to szczególnie w obrębie

nowotworu silnie zgrubiała. Składa się ona z bardzo rozluźnionej, obrzękłej i obfitej w jądra tkanki i z licznych rozszerzonych naczyń. Jej nabłonek jest zgrubiałym, a miejscami wysyła on w głąb czopowate wypustki. Guz nadgałkowy różni się od guza śródgałkowego tylko tem, że w licznych miejscach jest obficie nagromadzony barwik. W niektórych miejscach uległy komórki nowotworu początkowej nekrozie. Naczynia są nieliczne. Powierzchnia nowotworu jest ograniczoną twardą tkanoko-łączną torebką.

Jeden z mięśni ocznych (*m. rectus lateralis*) wrósł całkowicie w tkankę nowotworu. Zanikłe jego włókna rozpadły się przez wciskające się w nie komórki nowotworu. Twardówka pomiędzy guzem nadgałkowym i śródgałkowym jest po największej części prawidłową, a tylko na małej przestrzeni jest nieco grubsza, rozstrzępioną i wypełnioną ogniskami i pasmami nowotworowemi. Pasma te i ogniska znajdujące się w nielicznych miejscach twardówki, stanowią bezpośrednie połączenie obu guzów. Odpowiednio temu miejscu widać na skrawkach dużą żyłę, która przebiega twardówkę w kierunku skośnym i zdaje się być wirum żylnym (*vortex*).

Jak to z powyższego opisu wynika rozchodzi się w naszym przypadku o mięsaki, ubogi w barwik i po większej części złożony prawie wyłącznie z wrzecionowatych komórek. Najbardziej zajmującą jest przytem ta okoliczność, że w guzie śródgałkowym brak jest ognisk wybitnie nekrotycznych i też miejsc takich, któreby wskazywały na początkowe zaburzenia w odżywieniu składników komórkowych. Z tym stosunkowo nie wielkim guzem śródgałkowym, który nie spowodował powstania jaskry następowej, ani też następowego oderwania siatkówki, pozostaje w bezpośredniej łączności guz nadgałkowy, który pod względem objętości i rozmieszczenia przekracza o wiele guz śródgałkowy, i jest okolonym twardą tkanoko-łączną torebką. Guz ten zewnętrzny posiada w sobie o wiele więcej miejsc barwicznych, jak również

i liczne ogniska początkowego zwyrodnienia. Oba guzy pozostają ze sobą w łączności tylko zapo-
mocą małego mostku, który jak to się zdaje,
przeszywa twardówkę, wzdłuż jednej żyły wi-
rowej (*vortex*).

Pod względem więc badania histologicznego nie istnieje
pomiędzy obu tymi guzami żadna różnica, z wyjątkiem silniej-
szego ubarwienia i początkujących zmian nekrotycznych guza
zewnątrznego. Bardzo zadziwiającą w tym przypadku jest
jednak różnica co do wielkości guza śródgałkowego a zew-
nątrznego. Jak to bowiem z wywiadów wynika był guz zew-
nątrzny, w czasie gdy chora zauważyła pierwsze dopiero za-
burzenia w widzeniu, już bardzo dużym, a pod względem swej
objętości przewyższał również o wiele guz śródgałkowy.

W czasie dalszej obserwacji nie zaszła żadna wybitniej-
sza różnica co do zmiany w wielkości obu tych guzów, chyba
tylko na korzyść zwiększania się objętości guza zewnętrznego.
Jeżeli porównamy w naszym przypadku powstanie i rozwój
guza, z rozwojem mięsaków śródgałkowych, który zwykliśmy
uważać za przebieg typowy, to widzimy że brak nam tutaj
pierwszego i drugiego okresu rozwoju. Fuchs*), któremu za-
wdzięczamy pierwszy w tym kierunku wyczerpujący i zbio-
rowy opis mięsaka śródgałkowego, ustanowił mianowicie jak
wiadomo, cztery okresy w rozwoju tego nowotworu. W pier-
wszym okresie jest guz jeszcze małym i daje się on rozpoznać
tylko wzornikiem, przyczem w miejscu nowotworu jest siat-
kówka oderwaną. Przy dalszym jego rozwoju, powstaje
nagle wzmoczenie się ucisku śródgałkowego — a zatem drugi
okres jest nacechowany objawami jaskry. W 3-cim okresie
nowotwór wybuja na zewnątrz. Jedyną odmianę tego typowego
przebiegu w rozwoju mięsaka śródgałkowego stanowią wedle
Fuchsa te przypadki, w których w 2-gim okresie zapalnym
nie występują objawy jaskry a natomiast przychodzi do gwał-
townych objawów zapalnych tęczówki i ciała rzęskowego.

*) Fuchs. Lehrbuch der Augenheilkunde 1903, p. 417.

Od takiego typowego przebiegu, różni się, jak to już powiedziałem, mój przypadek zasadniczo, a przy dokładnem zebraniu literatury mogłem wynaleźć 6 przypadków, podobnych do mojego, które chcę tutaj pokrótce streścić.

1. E. v. Forster³⁾. Przedstawienie chorego z mięsakiem ciała rzęskowego. Twardówka jest nawskróś poprzerastaną guzami mięsaka. Siatkówka nie jest oderwaną. Gałka została wyluszczoną i anatomicznie badaną przez Königsbergera. Nowotwór, który powstał w górnej i wewnętrznej części ciała rzęskowego, zawierał dużo barwiku i przerastał twardówkę. Tęczówka była częściowo oderwaną. Siatkówka przylegała wszędzie, jakkolwiek naczyniówka była schorzałą aż do tylnej części gałki ocznej.

2. G. Freudenthal⁴⁾. Przyp. II. Ludwik Grube 62 l. z Gelyngi. Pr. oko. Od 4 tygodni zaburzenia w widzeniu. Mięsak naczyniówki w okolicy ciała rzęskowego. Wziernikiem dało się wykazać szczególniejsze zaczerwienie tarczy wzrokowej. Siatkówka była widocznie wszędzie przyległą. W wyluszczonej gałce ocznej znajdował się na zewnętrznej stronie ostro ograniczony płaski guz. Podobny guz był umiejscowiony także na wewnętrznej stronie twardówki.

3. Panas⁵⁾. 50 l. kobieta ociemniała przed 10 l. wskutek uderzenia w skroń. Na tylnym biegunie gałki ocznej znajdowało się płaskie wzniesienie tuż obok tarczy wzrokowej, która była dokładnie widoczną i zehorzeniu nie podlegała. W przebiegu trzech lat następnych pojawiały się napady jaskry i powstał trzeszcz gałki ocznej. Po wyluszczeniu gałki ocznej dał się widzieć guz, umiejscowiony w tylnej jej części i przylegający tuż do nerwu wzrokowego. W głębi gałki ocznej znajdował się bardzo cienki i spłaszczony mięsak o wrzecionowatych komórkach. Guz ten był ubogim w naczynia i o dość licznych komórkach barwikowych, a znajdował się on na tylnym biegunie naczyniówki, przylegając do siatkówki i do twardówki. Pozostałe części siatkówki były z wyjątkiem wewnętrznych warstw sąsiadującej z nim siatkówki zupełnie prawidłowe.

4. Heine⁶⁾. Opisuje on pod tytułem: »Ein seltenes Bild des Sarcoms« gałkę oczną, w której mięsak, nie sprowadzając oderwania się siatkówki, rozrósł się bardzo daleko w głąb naczyńówki, a bujając następnie przedziurawił twardówkę. Opis tego przypadku jest b. zbliżonym do mego przypadku I-go.

5. Van Duyse⁷⁾. W okolicy żółtej plamki znajdował się mięsak, który nie mógł być poprzednio rozpoznany wskutek równocześnie istniejącej zaćmy starej. Guz ten przedostał się do jamy oczodołowej wzdłuż nerwu wzrokowego i wzdłuż tylnych tętnic rzęskowych, a został on rozpoznany dopiero po 3 latach wskutek rychło wznmagającego się trzeszczu. Był on oczkowatym (*S. alveolare*), przyczem bardzo mała jego część w głębi gałki ocznej była ubarwioną, zaś pozostała jego część, jak również i część jego oczodołowa była bez barwika.

6. A. Groenou w⁸⁾. Franc. H. 28 l. widział dobrze okiem lewym przed 11 tygodniami. Następnie wskutek uderzenia tego oka powstał mały krwotok i równoczesne zmniejszanie się bystrości wzroku. Następnie dały się spostrzegać na górnym i dolnym brzegu rogówki małe guzki. Badanie anatomiczne. Wewnątrz gałki ocznej nie widać właściwie żadnego guza. Ciało rzęskowe jest powiększone, a w miejscu zechorzenia znajdują się w jego tkance komórki nowotworu. Siatkówka jest wszędzie całkiem przyległą. Tarcza wzrokowa jest wyźłobioną. Jeden z zewnętrznych guzków znajduje się na twardówce tuż po nad guzem ciała rzęskowego, drugi natomiast na górnym wewnętrznym brzegu rogówki. Przytem nie daje się wykazać z całą stanowczością łączność pomiędzy guzem śródgałkowym a obu guzami zewnętrznymi. Na przekrojach widać pozostałość pasm tkankolącznowych, które rozprzestrzeniając się ukośnie w twardówce przeciągają od guza śródocznego do guza zewnętrznego i to wzdłuż ściany jednego z przednich naczyń rzęskowych. Na różnych skrawkach drobnowidowych dała się wykazać łączność pomiędzy oboma tymi guzami. Nie można było jednak w pa-

smach tych wykazać napewno bezbarwnych przybłonkowych komórek nowotworu.

Autor jest zdania, że komórki nowotworu wrosłały prawdopodobnie na zewnątrz wzdłuż jednego z przednich naczyń rzęskowych i w ten sposób wytworzyły one ów guz zewnętrzny.

W łączności z opisaniami właśnie co przypadkami, pozwolę sobie opisać jeszcze jeden przypadek, który pod wielu względami do nich podobny, opracowałem jeszcze w r. 1892 na klinice w Gracu.

Sch. Jan 59 l. mężczyzna zgłosił się na klinikę z powodu niebiesko-czarnego guza, umiejscowionego na oku lewem. Gałka ta była od lat wielu zanikłą wskutek urazu, nie sprawiając jednak pacjentowi żadnych dolegliwości.

Ponieważ chory był mało inteligentnym, więc nie zauważył on początku powstania guza a zwrócił na to uwagę dopiero przed kilku tygodniami, gdy guz się gwałtownie powiększał.

Stan obecny. Górna powieka oka lewego wystaje lekko ku przodowi, podczas gdy powieka dolna tego oka jest zakłęśłą. Szpara powiekowa jest bardzo mało rozwartą. Przy podniesieniu górnej powieki ku górze wysuwa się czarno-niebieskawy miękki i ciastowaty w dotyku guz, umiejscowiony na górnej połowie zanikłej gałki ocznej. Guz ten silnie przyrośły do gałki ocznej, jest w całości pokryty spojówką. Ku tyłowi rozprzestrzenia się on bardzo daleko, po obu zaś stronach sięga prawie do poziomego południka gałki ocznej i przykrywa w rodzaju czapki zanikłą rogówkę.

Wyjęta gałka oczna została utrwaloną w płynie Müllera i następnie badaną drobnowidowo.

Wygląd anatomiczny przekroju pionowego gałki ocznej był następujący: (p. fig. 5).

Gałka oczna była od góry ku dołowi silnie spłaszczoną. Przekrój gałki od tyłu ku przodowi wynosił 16 mm, przekrój pionowy równikowy 12 mm. Twardówka była w przedniej swej części nadmiernie fałdzistą, o dość prawidłowej grubości, w tylnej natomiast znacznie zgrubiała. Skureczona i zwapniała

soczewka wypadła z przekroju. Nowotwór przylegał szczelnie do górnej powłoki gałki ocznej, która była również bardzo zmarszczoną, przyczem był on we wszystkich przekrojach znacznie większym od zanikłej gałki ocznej.

Podczas gdy wygląd zawartości zanikłej tej gałki nie różnił się w niczem od wyglądu każdej innej oddawna zanikłej niezapalnej gałki ocznej, uwydatniał się w górnej jej połowie, ciemno zabarwiony guz o budowie płatowej i składający się, jak to się zdawało, z większej ilości mniejszych guzków. Śródoczny ten guz pozostawał w łączności z guzem nadgałkowym, jego budowa histologiczna była jednak od niego różną. A mianowicie guz nadgałkowy był mięsakiem po większej części o komórkach czysto wrzecionowatych, poprzedzielanych większymi wysepkami i pasmami komórek barwikowych, przyczem tylko przednie części guza były rozniekłe i zwyrodniałe. Natomiast guzki śródgałkowe przedstawiały cechy t. zw. *melanosarcoma* i składały się z bardzo zwartych ze sobą, silnie ubarwionych, po większej części okrągławych komórek, w których znajdowały się liczne wysepki nekrotyczne. Jądra, z wyjątkiem na nielicznych miejscach, barwiły się niedokładnie, gdyż prawie cała zawartość nowotworu rozpadła się na barwikowe cząstki i odłamki. Podczas gdy przednie i tylne części nadgałkowego nowotworu odgraniczają się bardzo niedokładnie od otoczenia, to w częściach środkowych brak jest zupełny odgraniczenia guza od twardówki, przyczem pasma i wysepki mięsaka wciskają się w głąb twardówki, łącząc się w ten sposób z guzem śródgałkowym.

Guz nadgałkowy posiada dość liczne naczynia i szczególnie szerokie żyły, natomiast guzki śródgałkowe jak również i tkanka łączna są w naczynia bardzo ubogie. Tarcza wzrokowa była głęboko glaukomatycznie wyżłobioną. Od jej podstawy wznosi się zupełnie zwyrodniała oderwana siatkówka, która rozprzestrzeniając się ku przodowi, przechodzi w stwardniałą tkankę łączną, okalającą z tyłu soczewkę. Zanikły nerw wzrokowy był cieńszym, jego gładź (*glia*) i tkanka

łączna były wybujałe, a to samo tyczyło się i pochewek nerwowych.

W przypadku tym rozchodzi się, o małe śródgałkowe guzki mięsaka, znajdujące się w gałce ocznej, oddawna zanikłej. Guzki te pozostają w bezpośrednim związku z nadgałkowym guzem, który był o wiele większym. Już z samego zachowania się tych guzów da się z łatwością określić, który z nich był pierwotnym. A mianowicie, ponieważ guzki śródgałkowe są prawie bez wyjątku nekrotyczne, podczas gdy guz zewnętrzny nie wykazuje nigdzie podobnych zmian, musimy przyjąć, że pierwotnym był nowotwór śródgałkowy, guz zaś zewnętrzny wybujał następowo z guza śródgałkowego.

Również łatwo da się wytłumaczyć z wyniku badania histologicznego, dla czego tkanka mięsaka nie rozprzestrzeniła się w małej, zanikłej gałce ocznej, ale względnie rychło przerosła jej osłony i w ten sposób spowodowała bujanie mięsaka na zewnątrz. A mianowicie podłoże, na którym powstał pierwotny nowotwór śródgałkowy było możliwie niekorzystnem dla dalszego jego rozwoju. Bardzo bowiem stwardniała i nie zwykle mało unaczyniona tkanka łączna, okalająca nowotwór, spowodowała zanik gałki ocznej, tworząc w ten sposób dużą przeszkodę dla rozwoju nowotworu. Równocześnie wskutek złego i niedostatecznego przyływu krwi wytworzyło się nie-należyte odżywienie i nekroza tkanki nowotworu.

Sprawą powstawania mięsaka w gałce zanikłej, jako też zanikiem gałki ocznej wskutek mięsaka nie chcę się tutaj zresztą bliżej zajmować, gdyż rzecz ta była w ostatnich latach wyczerpująco omawianą w pracach Lebera⁹⁾, Evetzkyego¹⁰⁾ i Reisa¹¹⁾.

We wszystkich opisanych tutaj przypadkach — z wyjątkiem mego przypadku drugiego, który ze względu na istniejący zanik gałki ocznej, możemy tylko częściowo brać pod rozwagę — znajdujemy bardzo wczesne pojawienie się nowotworu nadgałkowego t. z. wedle utartego zapatrywania nie zwykle wczesne przedostanie się nowotworu śródgałkowego na zewnątrz. Przeżarcie to na zewnątrz następuje już w tak

wczesnym okresie rozwoju mięsaka, że chory może jeszcze zupełnie nie mieć świadomości o istnieniu nowotworu wewnątrz gałki ocznej. Przytem brak jest jeszcze wtórnych zmian, występujących zwykle już bardzo wcześnie a mianowicie oderwania siatkówki i jaskry następowej.

Ta okoliczność jest dla nas bezsprzecznie o wiele ważniejszą, aniżeli stosunek względny co do wielkości nowotworu śródgałkowego i nadgałkowego. Przyczyny stosunkowo o wiele powolniejszego wzrastania nowotworu śródgałkowego należy po największej części w tem szukać, że wskutek zatkania naczyń krew doprowadzających przez sam nowotwór i wskutek zarośnięcia wypustów (*emissarium*) przychodzi zawsze w nowotworze śródgałkowym do znacznych zaburzeń w odżywieniu, które z czasem sprowadzają nekrozę tkanki nowotworu, a w każdym razie stają się powodem powolniejszego bujania tkanki nowotworu. Zupełnie zaś inaczej ma się rzecz z guzem nadgałkowym, w którym dopływ i odpływ krwi odbywa się zawsze bez przeszkód.

To też widzimy i w moim drugim przypadku, że guz śródgałkowy uległ prawie całkowicie nekrozie. Z tej też przyczyny przypadek ten nie posiada dla nas pod względem dalszych wniosków tego znaczenia, jakie ma mój przypadek pierwszy, podobny do przypadków opisanych w literaturze. Pomimo braku w nim jakichkolwiek objawów zmian wstecznych, widzimy że guz śródgałkowy, który dał się spostrzegać dopiero wówczas, gdy guz pozagałkowy osiągnął znacznej wielkości, pozostał aż do czasu wyłuszczenia gałki ocznej, nierównomiernie małym. Ten pewnik skłania nas koniecznie do przypuszczenia, że już w bardzo wczesnym okresie powstawania nowotworu w naszych przypadkach, działać muszą pewne czynniki, które sprowadzają niezwykle to zachowanie się w rozwoju guza. Sądzę, że czynników tych szukać należy li tylko w umiejscowieniu guza pierwotnego. Nie zdaje mi się jednak być przytem możliwym, aby ognisko powstania guza, znajdowało się pierwotnie

po nad twardówką — episkleralnie — i aby w ten sposób guz rozwijając się pozagałkowo, przerastał równocześnie twardówkę ku wnętrzu, wzdłuż jednego z wypustów i w ten sposób wytwarzał guz środkowy. Przeciwno takiemu przypuszczeniu przemawia przedewszystkiem doświadczenie. Wiemy bowiem, że wzrostowi wszystkich rodzajów nowotworów śródgałkowych, szczególnie zaś zwiększaniu się mięsaków i nadgałkowych raków, stawia twardówka i twarda pochewka nerwu wzrokowego dużą zaporę.

Dla tego też sądzę, że w przypadkach tych powstaje guz śródgałkowy samoistnie w twardówce, t. z. w tkance jej barwikowej, okalającej wypusty.

W ten też tylko sposób da się zrozumieć równoczesne pojawienie się guza śródgałkowego i guza nadgałkowego. Uwzględniając przytem także wspomniane powyżej różnorakie warunki rozwoju obu guzów od początku ich powstania możemy następnie zrozumieć wielką różnicę w gwałtownym wzroście guza zewnętrznego na niekorzyść guza śródgałkowego, a w innych znowu przypadkach możemy zrozumieć, dlaczego guz śródgałkowy uwydatnia się często dopiero wówczas, gdy guz zewnętrzny wzrósł już bardzo znacznie.

Gdybyśmy się zgodzić nie chcieli na takie umiejscowienie guza pierwotnego, to nie pozostaje nam nic innego jak przyjąć, że miejsce powstania nowotworu znajduje się w powierzchniowych warstwach naczyniówki. (*Lamina fusca*). Powodu zaś niezwykłego przebiegu w rozwoju guza należałoby wówczas szukać w tej okoliczności, że ognisko powstania takiego guza znajduje się tuż przy jednym z wypustów, co by nam tłumaczyć mogło także szybki przerost guza przez twardówkę i to właśnie wzdłuż tego wypustu. Zdaje mi się jednak, że tego rodzaju tłumaczenie jest o wiele więcej wymuszonym, aniżeli moje powyższe przypuszczenie.

W każdym razie byłoby do życzenia, aby w przyszłości badano dokładnie podobne przypadki i aby przytem szczególnie zwracano uwagę na sposób połączenia guza zewnętrznego z guzem śródgałkowym. W ten sposób powiodłoby się może znaleźć jakieś lepsze podstawy dla wytłumaczenia przyjętego przeze mnie sposobu umiejscowienia guza pierwotnego.

Opisany przeze mnie pierwszy przypadek pozwala nam także zastanowić się jeszcze nad jedną kwestyą, która właśnie w najnowszych czasach wywołała niezwykle zajęcie. A mianowicie Elschnig*) zwrócił na to uwagę, że w przypadkach guzów śródgałkowych, które były anatomicznie badane jeszcze przed powstaniem w nich wtórzanego oderwania siatkówki i jaskry następowej, dało się wykazać zapalenie nerwu wzrokowego, które jest zupełnie podobnem do tarczy zastoinowej nerwu wzrokowego przy nowotworze mózgu. Także i w moim przypadku widzimy, że opis anatomiczny zgadza się z podobnym obrazem. Rzecz ta nabiera tem więcej znaczenia, że dadzą się z niej wysnuć wnioski co do sposobu powstania tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgu, której geneza jeszcze zawsze nie jest dla nas dostatecznie zrozumiałą. Pierwszym był Hirschberg, który opisał przy zchorzeniach śródgałkowych, powstanie podobnego do tarczy zastoinowej zapalenia nerwu wzrokowego. Zmianę tę spostrzegął Hirschberg przy przeszywających gałkę oczną obcych ciałach i nazywał je »dziurawiącym zapaleniem nerwu wzrokowego« — *neuritis perforativa*. Następnie stwierdził Elschnig**) w ostatniej swej pracy nad patogenezą tarczy zastoinowej przy schorzeniach śródczaszkowych, że przy każdym zapaleniu śródocznem, powstałym wskutek śródgałkowego nowotworu wy-

*) Elschnig. Bemerkungen zu *Kampherstein*, Beitrag zur Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1904. November.

**) Elschnig. Die Pathogenese der Stauungspapille bei Hirntumor. Wiener klinische Rundschau 1902. Nr. 1, 2 u. 3.

stępuje zapalenie nerwów wzrokowych pod postacią tarczy zastoinowej. Ba nawet w tych przypadkach śródgałkowego nowotworu, w których nerw wzrokowy był wyłobionym wskutek jaskry następowej, dało się nawet wykazać w obwodowym jego końcu mniej lub więcej wybitne śródniąższowe zapalenie tkanki nerwowej (*neuritis interstitialis*). A właśnie w takich przypadkach śródgałkowego nowotworu, w których nerwy wzrokowe nie chorzeją bezpośrednio, powstanie zapalenia nerwów wzrokowych zdaje się przemawiać za tem, że właśnie sam nowotwór a względnie wytwory jego przemiany materii posiadają własności wywołania zmian zapalnych — co też zupełnie zgadza się z nowoczesną teorią zapalną patogenezy tarczy zastoinowej przy schorzeniach śródgałkowych.

Na tem miejscu chciałbym jeszcze na inną okoliczność zwrócić uwagę, a mianowicie na powstanie, względnie na brak następowego odklejenia się siatkówki przy mięsaku śródgałkowym. Z opisu mego pierwszego przypadku, jak również z podobnych przypadków przytoczonych przeze mnie z literatury wynika, że jeżeli siatkówka jest przyrosłą na większych przestrzeniach do nowotworu, to co najmniej przez czas dłuższy nie odkleja się ona.

Jest to też łatwym do zrozumienia, jeżeli zważymy, że siatkówka może się oderwać od nowotworu tylko pod tym warunkiem, jeżeli wysięk surowiczy, powstały wprost z nowotworu, lub też z pokrywającej go naczyniówki umiejscowi się pomiędzy naczyniówką i siatkówką. Następnie jest już rzeczą bardzo przekonującą przyjąć, że dalsze wzmaganie się oderwania siatkówki odbywa się na zasadzie znanej teorii Raehlmana o oderwaniu siatkówki, przyczem siatkówka odkleja się coraz bardziej przez t. z. osmozę t. j. przez przenikanie wysięku przez błony pomiędzy ciałkiem szklistem i cieczą podsiatkówkową. Za tem przemawia także jedna niezwykła okoliczność, którą spostrzegałem w pierwszym moim przypadku, przyczem na wielkiej przestrzeni siatkówki, pokrywającej nowotwór powstał opisany powyżej rodzaj torbiela. Temu zach-

waniu się siatkówki, przyczem siatkówka rozdziela się na dwie blaszki, chciałbym na tem miejscu poświęcić jeszcze słów kilka i to tem więcej, że o ile jest mi z dostępnej dla mnie literatury wiadomem, pierwszym był Bruns*), którego badania rzuciły pewne światło na takie niezwykle i nie znane dotychczas zachowanie się siatkówki przy nowotworze naczyniówki. Mianowicie Bruns spostrzegł w dwóch przypadkach rozdział siatkówki na dwie blaszki — a zatem zupełnie analogicznie jak ja w moim i. przyp. — przyczem obie te blaszki okalały nowotwór w kształcie torebki. Bruns tłumaczy to w ten sposób, że pierwotnie była siatkówka przyrosłą do naczyniówki, następnie zaś pękła blaszka szklista naczyniówki (*lamina vitrea chor.*) i przyrosła do niej siatkówka, a mianowicie jej warstwa barwikowa i zewnętrzna warstwa jądrowa. Pomiędzy obie tak powstałe blaszki siatkówki i to mniej więcej w głąb środkowej jej warstwy ziarnistej, wrósł jeszcze nowotwór.

Moje badanie dowodzi, że takie wrośnięcie nowotworu musi stanowczo być poprzedzonym przez rozdział siatkówki na dwie blaszki, poczem widocznie po pęknięciu blaszki wewnętrznej naczyniówki, przyroślej do blaszki szklistej, włącza się tkanka nowotworu, wgłąb pierwotnego przestworu torbielowatego. Również łatwo da się też z moich badań histologicznych wyrozumieć powstanie pierwotnego rozdziału siatkówki na dwie blaszki. A mianowicie powstaje ono, jak to też jest widocznem na obu brzegach tworów torbielowatych, wskutek zwyrodnienia środkowych warstw siatkówki i to w sposób właściwy i podobny do torbielowatego zwyrodnienia siatkówki u starców. Skoro taki przestwór torbielowaty już raz się uformował, to dalszy jego rozwój da się najłatwiej wytłumaczyć zmianami osmotycznymi w znaczeniu Raehlmana.

*) O. Bruns. Beiträge zur Lehre von den Aderhautsarcomen. Archiv für Ophthalmologie LIV 3.

Wnioski.

Z przytoczonych powyżej mych badań dadzą się wysnuć następujące wnioski:

I. Powstanie wtórzanędnego oderwania się siatkówki przy mięsaku śródgąłkowym nie przychodzi do skutku, lub co najmniej zostaje opóźnionem, przez przyrost siatkówki do nowotworu na większych przestrzeniach.

Najprawdopodobniej i to co najmniej częściowo przyrasta siatkówka do nowotworu, wskutek bujania przybłonka barwikowego, podobnie jak się to dzieje przy przyklejeniu się oderwanej siatkówki.

II. W przypadkach śródgąłkowego nowotworu, w których nie przyszło jeszcze do jaskry wtórzanędnej, znajdujemy bez wyjątku śródgąłkowe zapalenie nerwu wzrokowego, które jest podobne do t. z. tarczy zastoinowej.

III. Spostrzegać się daje nie wielka ilość przypadków, w których nowotwór ponadgąłkowy powstaje już bardzo rychło, i to z pominięciem co najmniej drugiego okresu typowego rozwoju nowotworu, a zatem pojawia się on jeszcze przed wtórzanędnem oderwaniem się siatkówki i przed wtórzanędną jaskrą.

Fakta kliniczne i anatomiczne przemawiają za tem, że przyczyny niezwykłego tego przebiegu w rozwoju nowotworu szukać należy w osobliwszem umiejscowieniu pierwotnego ogniska nowotworu, a zdaje się być pewnem, że w przypadkach tych, pierwotne to umiejscowienie nowotworu znajdowało się we włóknach twardówki.

Literatura.

1. E. Fuchs. Das Sarkom des Uvealtractus. Wien 1882.
2. R. Kerschbaumer. Das Sarkom der Auges. Wiesbaden 1900.
3. E. v. Forster. Sarcom des Ciliarkörpers. Münchener mediz. Wochenschrift. 1889, p. 625 i p. 712.
4. G. Freudenthal. Über das Sarcom des Uvealtractus. Graefes-Archiv XXXVII 1. p. 137—184.

5. Panas. Sarcome chorioidien de la région de la macula avec propagation orbitaire. Archiv. d'Ophthalm. XVI. Nr. 8. p. 465.
6. Heine. *Neisser's stereoskopischer medicinischer Atlas. Lieferung 44.*
7. Van Duyse. Sarcome chorioidien de la région de la macula avec propagation orbitaire. Archiv. d'Ophthalm. XVI. Nr. 11.
8. A. Groenouw. Ein Fall von alveolärem unpigmentiertem Flächen-sarcom des Ciliarkörpers. Graefes-Archiv XLVII. p. 282.
9. Leber u. Krahnstöver. Über die bei Aderhautsarcomen vorkommende Phthisis des Augapfels Archiv. f. Ophth. XIV.
10. Evtetzky. Weitere Studien über Aderhautsarcome. Graefes-Archiv. XLV. 3. p. 563.
11. Reis. O rozpoznaniu różniczkowym i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej. Postęp Okulistyczny 1903. p. 422.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophthalmologie. 1905. Nr 7. (Ref. Doc. Dr Majewski)

Niedomoga konwergencyi (Insuffisance de convergence).
L. Landolt.

Do autora przyprowadzono 13 letnią dziewczynkę z powodu dolegliwych objawów astenopii, jakich doznawała przy nauce. Ponieważ, oprócz fizyologicznej niezborności na jednym oku, żadnej z reszłą wady refrakcyi nie było, bystrość wzroku obustronnie prawidłowa i dobre widzenie binokularne, przeto powstało podejrzenie, niedomogi mięśniowej. Istotnie badanie zapomocą oftalmodynamometru Landolta wykazało znaczne zaburzenia równowagi mięśniowej. *Maximum* zbieżności wynosiło 2·5 kątów metrycznych (gdym warunkach prawidłowych powinna wynosić co najmniej 9 kątów metrycznych). Ta niedomoga konwergencyi była najwidoczniej główną przyczyną astenopii. Ale oprócz tego istniała i druga nieprawidłowość: chora widziała w dal podwójnie (w obrazach równoimiennych), z powodu niedomogi mięśni prostych zewnętrznych, która niepozwaliała jej zmniejszyć konwergencyi poniżej 1·75 kąta metrycznego. Chora nie była więc w stanie, ani równolegle ustawić swych osi widzenia, ani tem mniej zdobyć się choćby na najlubszą rozbieżność osi przy użyciu pryzmatów odwodzących. Cała amplituda konwergencyi ograniczała się zatem u niej do przestrzeni zawartej między

40 a 57 centymetrem. Przedmioty bliższe widziała chora podwójnie w obrazach skrzyżowanych z powodu niedomogi mięśni prostych wewnętrznych, a przedmioty leżące dalej niż o 57 cm widziała podwójnie w obrazach równomiennych, z powodu niedomogi mięśni prostych zewnętrznych. Od rodziców dziecka dowiedział się autor, że poprzednio została już wykonana tenotomia jednego z mięśni prostych zewnętrznych, w celu usunięcia astenopii. Cel został najzupełniej chybiony, bo konwergencya nie nie zyskała na sile, a natomiast powstał zez zbieżny przy patrzeniu w dal. Dla naprawienia złego Landolt wykonał wydatną antepozycję jednego z mięśni prostych wewnętrznych, obiecując sobie następnie w razie potrzeby wyszukać ściegno niefortunnie przeciętego mięśnia prostego zewnętrznego i przyszyć je w miejscu prawidłowego przyczepu. Tymczasem dalsze kilkakrotnie przeprowadzone badanie konwergencyi za pomocą oftalmodynamometru wykazało taką poprawę stosunków konwergencyi, że ten drugi zabieg stał się zupełnie zbylecznym. *Maximum* konwergencyi z \pm 2·5 kątów metrycznych podskoczyło na \pm 12 kątów metrycznych, *minimum* zaś z \pm 1·75 przesunęło się na $-$ 1·75, co znaczy, że można było za pomocą pryzmatu odwodzącego uzyskać rozbieżność osi widzenia, wynoszącą 1·75°, Amplituda zatem konwergencyi, która wynosiła przed antepozycją 0·75 wzrosła po antepozycyi do 13·75 kątów metrycznych. Objawy astenopii oczywiście ustąpiły. Ze *punctum proximum convergentiae* zbliżyło się do oka po antepozycyi mięśnia prostego wewnętrznego, to jest dla każdego rzeczą zrozumiałą, ale godzi się zastanowić, jakim sposobem operacya ta mogła usunąć zez zbieżny i wzmocnić działanie mięśni prostych zewnętrznych. Autor objaśnia to, przypominając, że przeszycie ścięgna prostego mięśnia ku przodowi wciska niejako gałkę oczną w głąb lejka mięśniowego. Wskutek tej zmiany zyskują na sile wszystkie mięśnie proste, powiększa się bowiem długość łuku, jaką mięśnie te ścięgnami swojemi gałkę oczną obejmują. Tak więc w opisanym przypadku zyskał na sile nie tylko anteponowany mięsień prosty wewnętrzny, ale i jego antagonistą osłabiony niepotrzebnie wykonaną tenotomią.

Zwyrodnienie szklisko limfomatyczne spojówki gałki, wyleczenie promieniami X. Uwagi o niektórych rzekomych nowotworach spojówki. (Prolifération lymphomateuse hyaline de la conjonctive bulbaire droite guérison par les rayons X. — Considérations sur quelques pseudoplasmes de la conjonctive). Van Duyse.

Autor opisuje następujący przypadek: Pewien 35 letni malarz uległ przed 4 laty zakażeniu kilowemu. Leczony był wieiera-

niami kilkakrotnie, których jednak później zaniechać musiano z powodu zaburzeń żołądkowych. W pierwszym roku po infekcyi powtórzyły mu się wrzody na skórze kończyn dolnych, po których pozostały wyraźne blizny; później żadnych objawów już nie było. Przed niedawnym czasem zgłosił się do szpitala cywilnego w Gandawie z powodu zapalenia prawego oka, które uznano za jaglicę. Autor zwraca uwagę, że w północnej Francyi i we Flandryi zdarzają się często przypadki, ciężkiej nawet jaglicy, ograniczającej się przez cały czas swego trwania do jednego tylko oka. Zmiany na spojówce powiek i załamek usunięto choremu przez kilkotygodniowe leczenie mechaniczne (szczoteczkiwanie) w połączeniu z użyciem ich-targanu. Autor miał sposobność badać chorego dopiero w kilka miesięcy później i stwierdził na temże oku prawem szczególnie zmiany ograniczone do spojówki gałkowej. Od rąbka rogówkowego, aż po załameki i kąciaki spojówka gałki okazywała guzowate wyniosłości gładkie i lśniące o nierównej powierzchni, barwy błado koralfowej. Rogówka była prawidłowa, a spojówka powiek okazywała aksamitny przerost ciała brodawkowego, prócz tego u dolnego załameka widoczne były blizny gwiazdkowate i miejsca zeskorniałe. Wycięto w czterech miejscach spore kawałki limfomatycznych wyrosła w nadziei, że przez to wywoła się zanik pozostałych części utęglonych zwyrodnieniu, jak się to stało w kilku podobnych opisanych w literaturze przypadkach. Nadzieja jednak zawiodła, guzy i zgrubienia odrosły i znów pokryły całą przestrzeń od brzegu rogówki, aż po załameki. Wtedy poddano chorego leczeniu zapomocą promieni Roentgena. Pod ich wpływem guzy i nacieki limfomatyczne zaczęły się zmniejszać i znikać i chory wkrótce mógłby był szpital opuścić, gdyby nie powstały zmiany na rogówce w postaci zaćmień obłoczkowatych, zajmujących warstwy głębokie. Wkrótce wytworzyła się także i sieć głębokich naczyń. Autor nie rozstrzyga pytania czy ta *keratitis parenchymatosa* była wyłącznie zmianą swoistą; co się rzadko zdarza przy *lues acquisita*, czy też wyłącznie wywołaną była działaniem promieni X, co zdaniem niektórych autorów jest rzeczą możliwą, czy wreszcie była wynikiem współdziałania obu tych czynników. Bądź co bądź, po szeregu wstrzyknięć mięszszowych jodku rtęciowego, zaćmienia rogówki w znacznej części ustąpiły i wzrok się poprawił.

Badanie histologiczne wyciętych guzów spojówki gałkowej wykazało utkanie adenoidalne wielce przypominające *lymphoma*. Ponieważ rozbiór krwi, oraz badanie stanu ogólnego pozwalały na pewno wykluczyć białaczkę prawdziwą, jako też rzekomą, przeto można było myśleć, albo o rzeczywistym limfomacie, który uległ w znacznej części zwyrodnieniu szklistemu, lub też o szczególnej

zmianie patologicznej, którą możnaby było wprowadzić w związek przyczynowy z przebytem zakażeniem kiłowym. Autor przytacza zapatrywania i spostrzeżenia Michela, Kochheima, Kerschbaumer'a, Sattlera, Goldzieher'a i innych którzy bądź to opisywali przypadki nacieków limfomatycznych spojówki powiek i gałki, bądź też przypadki pozornej jaglicy, która szybko ustępowała pod wpływem leczenia swoistego, była zatem drugorzędną zmianą kiłową. Obraz kliniczny w przypadku opisanym przez autora przemawiał przeciw zmianie kilakowej (trzeciorzędnej), szybko zaś wygojenie pod wpływem radioterapii, również nie przemawiało za tłem kiłowym. Z drugiej strony, wystąpienie głębokich zaćmień w rogówce i przypadki analogicznych zmian na spojówce stwierdzonych przez niektórych autorów jako niewątpliwie kiłowe, dopuszczały podejrzenie takiego tła etyologicznego. Wątpliwości tej jednak autor nie rozstrzyga. Zadawalniając się rozpoznaniem anatomicznem, które określa jako przerost limfomatyczny spojówki gałki i szkliste zwyrodnienie tejże.

Ulepszenie protezy ocznej przez wszczepienie oka króliczego. (De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe de l'oeil de lapin). Lagrange z Bordeaux.

W r. 1901 podał Lagrange nowy sposób heteroplastyki oczodołowej, mający na celu stworzenie ruchomego, dobrego podkładu dla protezy ocznej po enukleacji*). Heteroplastyka ta polega na wszczepieniu małego oka króliczego do torebki Tenona bezpośrednio po dokonanej enukleacji. Autor poleca obecnie po kilkoletnich dalszych próbach sposób ten, jako dający lepsze wyniki niż operacja Mules'a i Frost-Lang'a, niż wszywanie kulek szklanych, kłębków jedwabnych, kulek ze srebra, z celluloidu lub z gałki. Ponieważ Rohmer z Nancy podał w wątpliwość wartość sposobu operacyjnego zalecanego przez Lagrange'a, na tej podstawie, że sam używszy go w jednym przypadku doznał zupełnego niepowodzenia, przeto autor wymienia główne zasady, według których heteroplastyka jego musi być wykonana, aby została uwieńczona pomyślnym wynikiem:

1. Przed wyłuszczeniem gałki należy przez każdy z mięśni prostych przewlec nitkę, aby zapobiedz ich cofnięciu się w głąb oczodołu.

2. Po dokonanej enukleacji jest rzeczą konieczną stłumić krwotok, inaczej bowiem skrzepy krwi, otaczające oko królicze, utrudniają jego odżywienie i niepozwalają mu się przyjąć.

*) Porównaj. Post. okulist. 1901. Nr. 8. str. 275.

3. Wybrać nie zbyt wielkie oko młodego, zdrowego królika świeżo wyluszczone wśród kauteli aseptycznych.

4. Wsadzić tę gałkę króliczą do torebki Tenona i po nad nią poszeszywać parami mięśnie proste, dbając, ażeby nie były sznurkowiato pozwijane, lecz gładko rozpostarte na twardówce wszczepionego oka.

5. Po nad szwami mięśniowymi (katgutowymi) zeszyć starannie spojówkę.

6. Po operacyi opatrunek aseptyczny, a po tygodniu wyjęcie szwów spojówkowych.

Kilkoletnia praktyka, w czasie której autor wykonał 11 razy opisaną wyżej heteroplastykę, wykazała potrzebę zachowania jeszcze niektórych ostrożności w celu zapewnienia sobie pomyślnego wyniku. Należy mianowicie oko królicze umieszczać w torebce Tenona rogówką zwrócone nie ku przodowi, lecz w głąb oczodołu ku nerwowi wzrokowemu. W dwóch przypadkach, w których autor zaniedbał tej ostrożności szwy mięśniowe po nad rogówką związane powodowały owrzodzenie tejże, a wreszcie przecięły ją unicestwiając wynik heteroplastyki. Gdy oko wszczepione jest rogówką ku tyłowi twardówka opiera się doskonale nitkom i gałka się przyjmuje.

Ważną jest także rzeczą, aby oko królicze nie było za duże, w takim bowiem razie torebka Tenona i spojówka nad nią tak są napięte, że dopływ krwi, a temsamem unaczynienie i odżywienie wszczepionej gałki są wielce utrudnione. Na jedną wreszcie okoliczność należy zwracać uwagę, mianowicie nie należy próbować weale wszczepiania gałki króliczej w takich przypadkach, gdzie wyluszczone oko z powodu sprawy ropnej, zakaźnej, w takim bowiem razie i torebka Tenona nie bywa wolną od drobnoustrojów ropotwórczych. Właśnie w jednym takim przypadku wszczepione przez autora oko królicze zostało wśród ropnej *tenonitis* na zewnątrz wydalone. Z 11 wspomnianych operacyi 3 dały wynik niepomyślny, w 8 zaś pozostałych przypadkach przyszło do zupełnego wgojenia się wszczepionej gałki króliczej w torebkę Tenona, co dało wyborny, żywy i ruchomy podkład dla protezy. Tych ośm spostrzeżeń, w których heteroplastyka dała zupełnie zadawalniające wyniki opisuje autor szczegółowo, ilustrując je szeregiem reprodukcji fotograficznych. Autor wyraża nadzieję, że korzystając ze wskazówek praktycznych, jakie mu nasunęły trzy przypadki niepomyślnie zakończone, uniknie na przyszłość podobnych niepowodzeń.

O obrazie klinicznym i anatomopatologicznym przypadku — prawdopodobnie — wagra zwapniałego oczodołu.

(Sur la clinique et l'anatomo-pathologie d'un cas — vraisemblablement — cysticerque calcifié de l'orbite). Paschef ze Sofii.

Przydadki węgry w oczodole zdarzają się o wiele rzadziej niż przypadki węgry wśródgałkowego. Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju ogłosił Graefe w r. 1863. Do dzisiejszego dnia liczba spostrzeżeń wzrosła do piętnastu i to w tem kilka wątpliwych.

Do szpitala sofijskiego przyprowadzono 7 letniego chłopca z powodu wysadzenia gałki ocznej prawej. Trzeszcz miał wystąpić przed 16 dniami i wznagać się stopniowo wśród objawów zapalnych silnych bólów neuralgicznych i znacznego upośledzenia wzroku. Stan ogólny dziecka nie przedstawiał nic nieprawidłowego, chłopiec miał jednak często cierpieć na »robaki« (wedle zdania lekarza domowego *oxyuris vermicularis*).

Prawa gałka silnie wysadzona, poza nią przez załamek górny, górą wewnątrz można było wyczuć w głębi oczodołu guz twardy i niepodatny. Oko rozróżniało palce na trzy metry. Badanie wzornikiem wykazało wybitną tarcz zastoinową. Po wstępnem leczeniu jodkiem potasu, które nieco wzrok poprawiło, dokonał autor wyłuszczenia guza naciągwszy szeroko spojówkę w górnym załamku. Guz okazał się torbielem o twardej, grubej powłoce, który dał się z trudem zaledwie wydobyć przez ranę spojówkową. Trzeba było do tego celu zmniejszyć jego objętość przez wydobyć części zawartego w nim płynu zapomocą strzykawki Pravaza. Ściany torbiela były silnie zrośnięte z otoczeniem. Po rozcięciu wyłuszczonego torbiela okazało się, że oprócz płynu posiadającego znaczną ilość chlorku sodowego i bardzo małą ilość białka zawierał on jeszcze bryłkę kulistą wielkości przypłaszczonego ziarenka grochu, białą, twardą i gładką na powierzchni. Bryłka ta, jak wykazało dokładniejsze badanie wykonane w pracowni zoologicznej prof. Schischkroffa w Sofii, była najprawdopodobniej obumarłym i zwapniałym węgram (*cysticercus cellulosae*). Badanie histologiczne ściany torby, w której się zwapniały wnętrznik znajdował, utwierdziło autora w przypuszczeniu, że była ona tylko wytworem odczynu zapalnego, wywołanego wśród tłuszczowej tkanki oczodołu obecnością pasożyta. Pasożyt ten, oforbiwszy się, obumarł i jak to często bywa, tak został przesiąknięty złoгами soli wapniowej, że jego budowa anatomiczna została przez to zupełnie zatarta.

Contrib. f. pr. Aghk. 1905. Z. 11. (Ref. Dr. L. Gruder).

O schorzeniu mięska ocznego. (Zur Kenntnis der Erkrankungen der Karunkel). Dr. Emil Bock, prymaryusz w Lublanie.

1. *Sarcoma melanodes carunculae*. Dzieńzawca dóbr 24 lat, spostrzega od kilku miesięcy w wewnętrznym kąciuku lewego oka punktik brunatny, stale się powiększający. Lewe mięsko jest ciemno czerwonawo zabarwione, miernie zwiększone i sterczy ponad powierzchnię. Na wierzchołku widać nowotwór, ciemno brunatny, wielkości grochu. Cały organizm zresztą normalny. Badanie mikroskopijne wykazało mięsaka melanotycznego (melanotisches Rundzellensarkom), klinowało wsuniętego w mięsko oczne. Gruczoły tłuszczowe, a zwłaszcza gruczoły potne były znacznie zwiększone w okolicy tego nowotworu.

2. *Granuloma carunculae* u 29 l. rolnika w wewnętrznym kąciuku lewego oka. Nowotwór był drobnoziarnisty, prawie wielkości soczewicy, ciemnoczerwonawo zabarwiony i pokryty ropą zaschłą. Plica semilunaris i sąsiednia spojówka obrzmiała i zaczerwienione. Haczykiem ujęto i naciągnięto ten nowotwór, przy czem okazało się, że siedzi częścią na mięsku, częścią na *plica semilunaris*. Odcięcie nożyczkami, silne krwawienie.

3. *Granuloma carunculae circum corpus alienum*. U ziemianina 42 l., lewe mięsko od kilku tygodni znacznie zwiększone i zaczerwienione. Z górnego brzegu wznosi się mały nowotwór, drobnoziarnisty, czerwonawy, na powierzchni rozpadnięty, wielkość soczewicy. *Plica semilunaris* ciemno czerwonawa i zgrubiała. Po odcięciu nowotworu nożyczkami wraz z kawałkiem przytykającej spojówki *plica semilunaris* widać było drobny otwór, wypełniony tkanką rozpadniętą. Ciało obcego na razie nie znalazono tamże. Badanie mikroskopijne wykazało *granuloma carunculae*. Po 3 tygodniach chory powrócił, skarżąc się na dotkliwy ból i kłucie w tem samym miejscu. Ze wspomnianego otworu sterczało ziarno zboża, 12 mm. długości. Ciało obce wyjęto. Autor przypuszcza, iż w przypadku pierwszym również przyczyną musiało być ciało obce, które jednakże zapewne samo bez pomocy lekarskiej wypadło.

Przypadek jaskry tuberkulicznej. (Ein Fall von tuberkulösem Glaukom). Prof. J. Hirschberg i Dr. S. Ginsberg w Berlinie.

Za przyczynę jaskry powszechnie bywa uważane zwięzienie i późniejszy zanik zatoki komorowej. W grupie chronicznej jaskry Hirschberg widzi niektóre przypadki przewlekłej jaskry, których przyczynę upatruje w stanie całego organizmu. Tutaj zalicza Hirschberg jaskrę swoistą i jaskrę tuberkuliczną. Przypadek charakterystyczny tej ostatniej opisuje autor.

Pacjentka 36 l. cierpi od trzech lat na płuca. Po 75 wstrzykiwaniach podskórnych kwasu cynamonowego spostrzegła zasłonę

przed prawem okiem. Okulista zastosował JK, kąpiele i ciepłe okłady na oko, poczem nastąpiło polepszenie. Po dwóch latach zapalenie opłucnej, poczem upośledzenie wzroku na oku prawem. Od roku chora widziała »barwy tęczy i jasne płomienie« przed okiem w nieregularnych odstępach czasu. Pilokarpina usunęła ból głowy i mgłę z przed oka. Vis. oka lewego = $\frac{5}{4}$ oka prawego prawie $\frac{5}{5}$. Pole widzenia i barwy obustronnie prawidłowe.

Badanie przedmiotowe. L. O. prawidłowe. Prawe oko ma napięcie zwiększone, źrenica lekko rozszerzona, płytkie wyżłobienie nerwu ocznego. Łupą widać jak obwodowa część tęczówki jest obrzmiała tak, iż zatoka komorowa jest zwężoną. Między *circul. arter. major et minor* liczne naczynia krwionośne. Proponowaną operację chora odkłada na później, wskutek czego dostaje physostigminę do domu.

Po prawie czterech miesiącach chora powraca ze skargą na upośledzenie wzroku. V = prawie $\frac{5}{7}$, akomodacja porażona. Źrenica rozszerzona, nie oddziaływa na światło. Nerw oczny całkowicie wyżłobiony. Napięcie bardzo podwyższone. Zakroplenie physostigminy usunęło porażenie akomodacji.

Badanie specjalne całego organizmu wykazuje tuberkulozę płuc obustronnie.

Po zakropleniu holocainy i kokainy zrobił autor szeroką i obwodową irydektomię. Tn. Barw tęczy nie było więcej. Po miesiącu stan oka był bardzo dobry. Vis. = — 2:5 Deyl $\frac{5}{7}$.

Ponieważ zmieniona tęczówka wydawała się być przyczyną jaskry, a ponadto tbc. odgrywała w tym wypadku ważną rolę, oddał autor wycięty kawałek tęczówki do badania drobnowidowego, dokonanego przez Dr. Ginsberga.

Badanie mikroskopijne wykazuje tkankę granulacyjną, ubogą w naczynia krwionośne; tkanka okazuje znaczne zwyrodnienie ziarniste, a składa się z komórek przybłonkowych (epitheloide Zellen) i bardzo wielkich komórek olbrzymich. W jednej takiej olbrzymiej komórce spostrzeżono około 50 jąder. Badanie na bakcyle tuberkl. dało w 52 skrawkach wynik ujemny.

Znaczna ilość komórek nabłonkowych (epitheloide Zellen) przemawia, zdaniem autora i Prof. Bendy, raczej za gruźlicą, mniej zaś za syfilis.

Do rozpoznania mięsaka naczyńówki. (Zur Diagnose des Aderhaut-Sarcom). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Pacjent 56 l. skarży się na stopniowo rosnące upośledzenie wzroku oka prawego. Oko lewe prawidłowe. V = $\frac{5}{4}$. Pole widzenie normalne. Oko prawe V = $\frac{1}{3}$, pole widzenia znacznie zmniej-

szone tak, iż tylko część dolno-zewnętrznego kwadranta pozostała niekniętą. Po rozszerzeniu źrenicy widać lekko skrzywioną linię, odgraniczającą część dna oka mieszczącą w sobie nowotwór, od reszty dna oka, czerwonawo zabarwionego i dokładnie odgraniczonego. Linia ta odgraniczająca była w tym wypadku prawie pionową. W obrazie odwrotnym (+ 20·0 D) jest nerw oczny o wyraźnych konturach, nie zakryty żadnymi mętami c. szklistego. Po stronie nosowej (w rzeczywistości więc po stronie skroniowej) od łęczny nerwu ocznego widać niebieskawe wypuklenie. Ku górze tego wypuklenia (= właściwie ku dołowi) widać zwykłe w takich razach odczepienie siatkówki. Dokładne rozpoznanie tego nowotworu w obrazie prostym jest nader utrudnionem. Najlepiej przy bocznem oświetleniu, a raczej przy oświetleniu za pomocą silnej lampki elektrycznej przez rozszerzoną źrenicę. Widać w takim razie nieregularną powierzchnię z ciemnymi na niej plamkami i naczyniami. Wyjęcie gałki i odcięcie kawałka nerwu ocznego. Po 2 $\frac{1}{2}$ latach stan ogólny pacjenta wyborny.

Po przecięciu równikiem stwardniałej w formolu gałki widać wielkiego, ciemno-zabarwionego mięsaka naczyniówki, zaczynającego się 3 mm. po stronie skroniowej od łęczny ocznej, a zdążającego ku przodowi aż do ciała rzęskowego. Na powierzchni nowotwór pokryty siatkówką. Poniżej nowotworu siatkówka jest odczepioną przez wysięk pod nią i tworzy garb fałdowany. Mięsak przeważnie złożony z komórek wrzecionowatych. Ciało rzęskowe wolne od nowotworu. Twardówka jest tylko w lekkim stopniu objętą przez nowotwór. Komorowa zatoka i kanał Schlemma normalny, co zgadza się z klinicznym badaniem, nie wykazującym żadnych znamion jaskry następowej.

Skutek operacyjnego zabiegu przy zezie, po 32 latach spostrzegany. (Ein Erfolg einer seltenen Schiel-Operation, nach 32 Jahren beobachtet). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Pacjentka 22 letnia, trzyma głowę na prawą stronę pochyloną, tak iż widać tylko lewy profil twarzy. Przy patrzeniu zwykłym (Primärstellung) zezuje prawa gałka ku dołowi i wewnątrz. Przy zakryciu lewego oka idzie prawa gałka o 1 $\frac{1}{2}$ —2 mm. na zewnątrz i 1—1 $\frac{1}{4}$ mm. ku górze i to powolnie. Prawa gałka wykazuje dokładnie ograniczenie ruchu na zewnątrz o 2 mm. Podwójnego widzenia nie było, ani nie można go sztucznie (pryzmal, czerwone szkła) wywołać. Schylenie głowy niezawodnie spowodowane było koniecznością uniknięcia uczucia bolesnego przy napięciu, połączonego z wszystkimi ruchami odwodzącymi (Abductions-Bewegungen) prawej gałki. W nerkozie przecięcie musc. rect. inter-

nus. Antepositio musc. rect. externi. Ściegno tego ostatniego dosięga $\frac{1}{5}$ naturalnej szerokości, przyczem dolna część mięśnia zrosniętą była z gałką za pomocą innych włókien tkanki łącznej. Po dokonanej antepositio skutek był bardzo dobry. Schylenie głowy znikło, patrzenie wprost było bez zezu, a granica odwodzenia gałki została znacznie zwiększoną. Pacjentka czuła się nader uszczęśliwioną.

Po 32 latach stan również był dobrym. Podwójnego widzenia nigdy nie było. Ustawienie obu gałek ocznych zadawalniające. Próba fixacyjna wykazuje dynamiczny zez ku zewnątrz lekkiego stopnia. Zresztą gałka ta prawidłowa.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XVI. Część II
Marzec 1905. (Refer. Dr W. Reis).

O rozwoju siły akomodacyjnej ludzkiej soczewki. (On the development of the accomodative power of the human lens).
Treacher Collins.

Opierając się na ogólnie przyjętej teorii akomodacji, upatruje autor rozwój siły akomodacyjnej w rozwoju więzadła soczewkowego. Włókna łączące soczewkę z ciałem rzęskowem powstają we wczesnym okresie rozwoju gałki ocznej, gdy wszystkie tkanki wewnętrzne oka są jeszcze w skupieniu; dopiero wraz ze wzrostem gałki odbywa się rozdział między ciałem rzęskowem, a ścianami soczewki.

Na przekrojach ludzkiego oka z życia płodowego stwierdzić można obecność tkanki, złożonej z komórek wrzecionowatych, które mogą pochodzić albo 1) z komórek środkowej blaszki zarodkowej (otaczających soczewkę dokoła w bardzo wczesnym okresie rozwoju) lub też 2) z komórek nerwowych zewnętrznej blaszki zarodkowej, tworzących część rzęskową siatkówki. Włókienka więzadła tworzyłyby się przez wydłużenie wspomnianych komórek i utratę ich jąder. Jakkolwiek prostszym jest przyjęcie hipotezy pierwszej ze względu na charakter łączno tkankowy więzadła, to jednak nowsze badania Schoena i Terriena potwierdziły hipotezę drugą. C. tej sprawy nie rozstrzyga, lecz pomijając kwestję pochodzenia rozpatruje stosunki anatomiczne więzadła nadając poszczególnym włókienkom osobne nazwy. I tak rozróżnia włókienka idące od obrączki rzęskowej do przedniej części torebki soczewkowej, (*orbiculo-antero-capsular fibres*); włókienka odchodzące na granicy tylnej części obrączki rzęskowej i rąbka zębatego do tylnej części torebki (*orbiculo-postero-capsular*); od wierzchołka wyrostków rzęskowych do tylnej części torebki (*cilio-postero-capsular*) i włókna przechodzące wprost

z wyrostków rzęskowych do pasa równikowego torebki (*cilio-equaltorial-fibres*).

Dla zrozumienia powstania tych włókienek więzadelka, koniecznym jest zapoznanie się z zachowaniem się poszczególnych części ciała rzęskowego w stosunku do soczewki w rozmaitych okresach rozwoju. Zależnie od okresu rozwoju znajdują się odmienne części ciała rzęskowego w zetknięciu z soczewką i stosownie do tego pochodzą też poszczególne włókienka więzadła z rozmaitych czasów.

W okresie najwcześniejszym, gdy soczewka dopiero powstaje, nie ma jeszcze ani ciała rzęskowego ani tęczówki, a soczewka dotyka wprost rąbka zębatego siatkówki. W miarę rozwoju tęczówki i ciała rzęskowego, rąbek zębaty (*ora serrata*) zostaje usunięty w tył i wtenczas powstają włókienka obrączkowo-torebkowe przednie. Ciało rzęskowe przedstawia się z początku jako prosty niepołażdowany pas, od którego odchodzą włókna obrączkowo-torebkowe tylne, dopiero w dalszym okresie rozwoju wytwarzają się wyrostki rzęskowe, stopniowo odsuwające się od soczewki tak, że w końcowym okresie powstają włókna rzęskowo-torebkowe tylne i rzęskowo-równikowe. Wzrost ciała rzęskowego nie tylko przyczynia się do powstawania więzadelka, lecz wywiera także znaczne ciśnienie na torebkę soczewkową. Stwierdził to autor zachowaniem się samej soczewki, która jest postaci okrągłej we wczesnym okresie rozwoju, gdy ciało rzęskowe przylega jeszcze do soczewki, podczas gdy wymiar boczny soczewki zwiększa się na niekorzyść średnicy przednio-tylnej wraz z wzrostem ciała rzęskowego. W oczach woli (buphtalmos), przy nadmiernym rozsunięciu ciała rzęskowego, jeszcze bardziej się uwidacznia ów niestosunek obu tych wymiarów soczewkowych.

W końcu swej pracy przytacza autor kilka uwag anatomiczno-porównawczych. Poszczególne bowiem okresy rozwojowe ciała rzęskowego w oku ludzkim można odnaleźć jako stałe warunki u zwierząt niższych. U ryb jak węgorze i karpie nie ma ciała rzęskowego, a siatkówka kończy się przy podstawie tęczówki. U ryb kościistych (plastuga, wąż) stwierdził C. cofanie się siatkówki w tył, które jeszcze bardziej jest widocznym u ryb spodoustych (żarłocze), a u gadów (żółw, jaszczurka, żmija) jest już wyraźnie zaznaczone ciało rzęskowe.

U zwierząt ssących spotykamy wyrostki rzęskowe silnie połażdowane, lecz zawsze jeszcze obrączkę rzęskową mniejszą niż u człowieka. Odległość między tęczówką, a rąbkim ząbkowym jest największą u człowieka i małp.

Siła akomodacji pozostaje w prostym stosunku do odległości rąbka ząbkowego od przedniej powierzchni soczewki, im większa

odległość, tem silniejszym jest działanie na przednią torebkę. W końcu przyłącza autor wyniki badań w przypadkach małopoczności (*microphthalmos*), w których zawsze stwierdził niedorozwój ciała rzęskowego, już to w postaci krótkiej bardzo obrzęczki rzęskowej lub też wyrostków rzęskowych dotykających wprost tylnych bocznych części torebki.

Dwa przypadki szklistego zwyrodnienia chrząstki i spojówki. (Two cases of colloid (hyalin) degeneration of tarsus and conjunctiva). H. Herbert.

Autor przyłącza dwa przypadki znacznego zgrubienia chrząstki i żółtawego zabarwienia spojówki powieki górnej oka prawego i zwraca uwagę na kilka szczegółów w badaniu mikroskopowem schorzałej spojówki. Obrzękłe komórki znajdujące się w podłożu gruczołowatym zawierały w swej protoplazmie liczne masy koloidalne i delikatne ziarna barwikowe. Oprócz tych komórek znalazł H. tż. »Körperchenzellen« z pochłoniętymi w środku limfocytami i komórki plazmatyczne ze zmianami wstecznymi.

W drugim przypadku stwierdził H. na granicy chrząstki zwapniałe masy, przylegające bezpośrednio do tkanki zwyrodniałej.

Przypadek glejaka siatkówki w gałce zanikłej. (A case of glioma retinae in a strunken globe). Herbert Parsons.

Autor przyłącza przypadek obustronnego glejaka siatkówki u 18 miesięcznego chłopca, u którego po wyjęciu oka prawego, straconego w 8 miesiącu po przebyciu odry, nastąpił nawrót glejaka w oczodole prawym, rozprzestrzenienie się nowotworu w oku lewym wraz z przebieciem na zewnątrz lewej gałki ocznej i śmierć dziecka.

Prawe oko wyjęte jeszcze za życia, wykazywało wszelkie znamiona zaniku gałki. Oprócz komórek charakterystycznych dla glejaka, znalazł P. w ciele szklistem liczne komórki ze zmianami wstecznymi, których pochodzenia nie jest w stanie rozstrzygnąć. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie dość powikłanie glejaka siatkówki z zanikiem gałki.

Wprawdzie w przypadku wyżej opisanym nie można było stwierdzić z całą pewnością związku przyczynowego między zanikiem gałki, a powstaniem glejaka — zanik gałki mógł bowiem nastąpić po odrze wskutek jakiejś sprawy zapalnej w oku — jednak mimo to w znanych w literaturze 14 przypadkach glejak siatkówki powikłany był zanikiem gałki.

Sprawa ta nabiera tem większego znaczenia wobec istotnie niekiedy spostrzeganego czasowego cofania się w rozroście glejaka prawdziwego (Lagrange), tak że objawu tego nie możnaby nadal

używać jako momentu różniczkowego przy rozpoznaniu gęłjaka prawdziwego i rzekomego.

Przypadek guza gruźliczego siatkówki. (A case of (?) tubercle of the retina). Herbert Hancock.

Autor przyłacza wynik badania histologicznego w przypadku rozpoznanym klinicznie, jako guz gruźliczy siatkówki. Po stronie skroniowej tarczy nerwu wzrokowego znajdowały się dwa dobrze odgraniczone pokłady tkanki ziarninowej, z których pokład przedni lub wewnętrzny dotykał warstwy włókien nerwowych siatkówki i składał się z elementów łączno-tkankowych i licznych komórek olbrzymich. Pokład tylny lub zewnętrzny, graniczący z warstwą czopków i pręcików, zawierał oprócz komórek łączno-tkankowych liczne naczynia i bujający przybłonek barwikowy. W obu pokładach nie znaleziono prątków gruźliczych. H. nie przeprowadza ścisłego dowodu dla stwierdzenia charakteru gruźliczego tych nacieków (szczepienie próbne i wykazanie łasecznika), mimo to jednak przekonał się autor na podstawie porównania swego przypadku z przypadkami dotychczas opisanymi w literaturze, że obraz kliniczny i badanie mikroskopowe pozwalają na zaliczenie wyż opisanego guza do rzędu gruzełków siatkowkowych.

Guł wychodzący z pochwy zewnętrznej nerwu ocznego
Włókniakowatość nerwu. (Intradural tumour of the optic nerve
Neuro-fibromatosis). S. Mayon.

U dziewczynki 5 letniej zauważył autor lekki wytrzeszcz gałki prawej, stopniową utratę wzroku i powiększanie się nadmiarowości w krótkim przeciągu czasu. Po utworowaniu dostępu drogą chirurgiczną do tylnej części oczodołu stwierdził M. guł postaci wrzecionowatej w pochewce zewnętrznej nerwu, w odległości $\frac{1}{2}$ cm od tylnego bieguna gałki, o długości $2\frac{1}{2}$ cm, a szerokości 1.8 cm. W wyciętym guzie znajdowała się część tęcznicy środkowej. Guł składa się z elementów wchodzących w skład pochewki nerwowej. W górnej części guza brak włókien nerwowych, stwierdza się natomiast liczne przestrzenie puste, nieregularnie ułożone. Przestrzenie te dały nawet powód niektórym autorom do uważania owych guzów za włókniaki z rozszerzonymi naczyniami chłonnymi („*lymphangiectasis fibroma*“) lub śluzako-włókniaki, gdy w przestrzeniach tych znajdował się skrzep jednolity. Dokładne badanie histologiczne wyklucza to przypuszczenie, przestrzenie te nie są odgraniczone śródbłonkiem, lecz istotnemi komórkami guza.

W dolnej części guza napotyka się włókna nerwowe chorobowo zmienione. Przebieg ich jest falisty, wykazuje zgrubienia w postaci perełek lub też miejscami rozerwania.

Badanie wziernikiem dna oka stwierdza zanik nerwu po przebytem zapaleniu.

Budowa błony Brucha i jej udział w tworzeniu się wyrostki koloidalnych. (The structure of the membrane of Bruch and its relation to the formation of colloid excrescences). George Coats.

W sprawie powstawania brodawczek błony sprężystej naczyniówki istnieją dotychczas dwa główne zapatrywania: jedni autorowie upatrują początek brodawczek w przemianie przybłonka barwikowego (*»transformation«* theory), drudzy uważają brodawczki tylko za wytwór przybłonka i wykluczają równocześnie jakąkolwiek przemianę w samych komórkach nabłonkowych (*»deposition«* theory*).

Autor podaje w swej pracy nowe poglądy na patogenezę brodawczek opierając się głównie na dokładnem badaniu histologicznem błony sprężystej zapomocą barwienia metodą Weigerta, używaną dla wyróżnienia włókien elastycznych. Wówczas widać wyraźnie, że błona sprężysta która po barwieniu hematoksyliną i eozyną przedstawia się jako pasek jednolity — składa się z dwóch warstw. Podział ten występuje najwyraźniej w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego, gdyż tu błona jest najgrubszą i każda z tych warstw kończy się w odmienny sposób. Wewnętrzny pokład, o wejrzaniu jednorodnem, bezpośrednio dotykający do przybłonka barwikowego i będący wytworem komórek przybłonkowych, kończy się wraz z przybłonkiem, pokład zaś wewnętrzny, składający z delikatnej siateczki włókien elastycznych, ciągnie się jeszcze dalej ku tarczy i posiada koniec zaokrąglony, zwrócony ku górze.

Za złożoną budową błony Brucha przemawia także zachowanie się jej w sąsiedztwie ciała rzęskowego. Część wewnętrzna tworzy w wyrostkach rzęskowych podstawową błonę dla przybłonka barwikowego, a część zewnętrzna nie wchodzi do wyrostków rzęskowych, lecz przebiega obok nich w delikatnej tkance łącznej między mięśniem rzęskowym i wyrostkami i kończy się w pobliżu włókien elastycznych więzadelka.

Odrębny charakter obu pokładów przemawia także za odrębnem ich pochodzeniem. Włókna elastyczne pokładu zewnętrznego są tego samego pochodzenia, co włókna elastyczne naczyniówki;

*) Dokładne przedstawienie rozmaitych poglądów na powstanie brodawczek błony sprężystej odnaleźć można w pracy Rumszewicza: *»Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodawczek błony sprężystej naczyniówki«*.

wewnętrzny zaś pokład jest wytworem przybliżka barwikowego podobnie, jak torebka soczewki jest wytworem również komórek przybłonkowych.

Posługując się wynikami tych badań dla wyjaśnienia pochodzenia wyrosli koloidalnych, stwierdza autor, że owe brodaweczki powstają wyłącznie z pokładu wewnętrznego, że są więc one również wytworem przybłonka barwikowego. Pokład zaś zewnętrzny, elastyczny, nie bierze udziału w tworzeniu się brodaweczek.

III. SPRAWY OSOBOWE.

Nadz. prof. dr Agababor w Kazaniu mianowany także prof. zwyczajnym.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. emerytowany dr Wolfring zmarł w Warszawie.

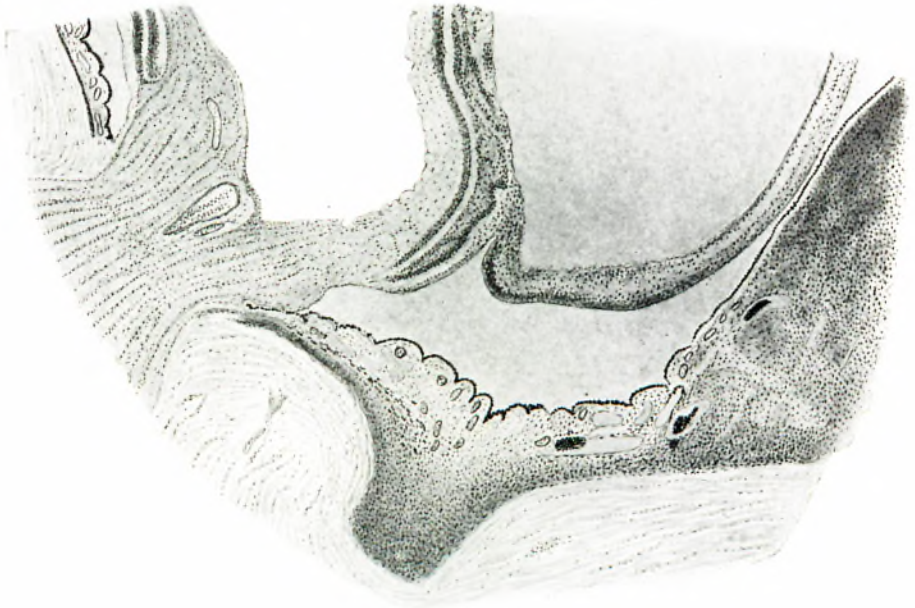
Pochodził z rodziny bawarskiej, a urodził się w Éger w Czechach w r. 1833, ukończył studia na Litwie, zaś uniwersytet w Moskwie w r. 1857.

Z początkiem następnego roku dostaje posadę asystenta oftalm. instytutu w Warszawie, w r. 1860 przyznaje mu b. Rada Lek. Król. Polskiego stopień doktora medycyny. W r. 1861 towarzysząc choremu br. Lidersowi za granicę, odbywa równocześnie studia oftalmiczne w ciągu 10 miesięcy. W r. 1872 zostaje docentem pryw. okulistyki uniwersytetu warszawskiego, w r. 1873 docentem, a w r. 1883 prof. nadzwyczajnym i dyrektorem kliniki okulistycznej, ustępując z posady wojskowego lekarza do tego czasu dzierżonej. Prof. Wolfring napisał kilka oennych rozpraw i to przeważnie ze zakresu chorób powiek i spojówki.

(Wedle monografii dra Talki w »historyi oftalmologii w Polsce«, pomieszczonej w książce jubileuszowej dla uczczenia 50letniej działalności naukowej prof. Szokalskiego).
H.

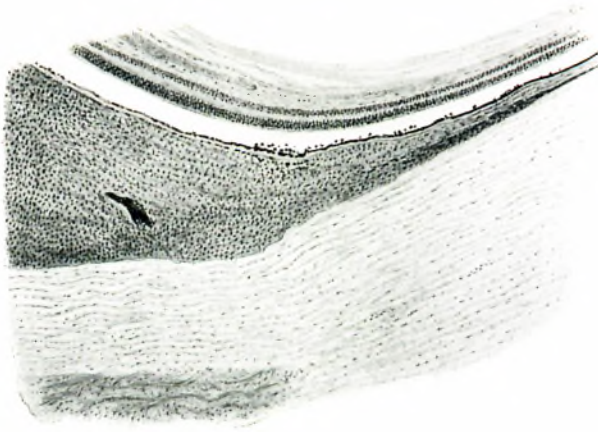


Rycina pogładowa przypadku I. Barwienie hematoksyliną i eozyną.



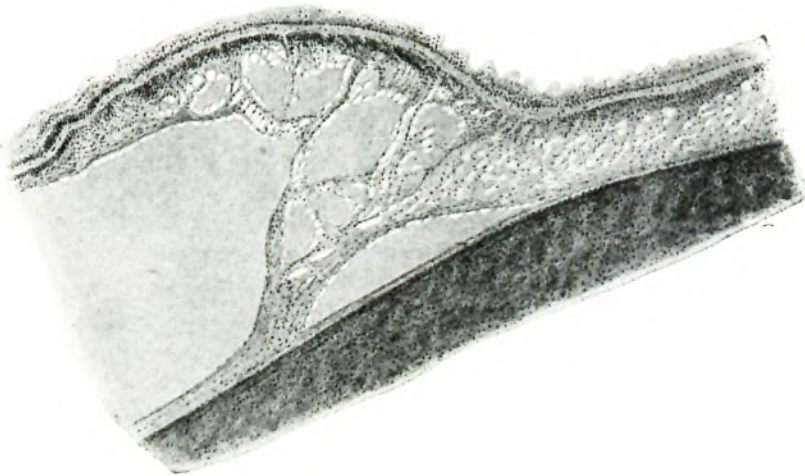
Tarcza nerwu wzrokowego, tylny brzeg nowotworu naczyniówki i torbiel siatkówki przyp. I. Barwienie hematoksyliną i eozyną.

Tab. III.

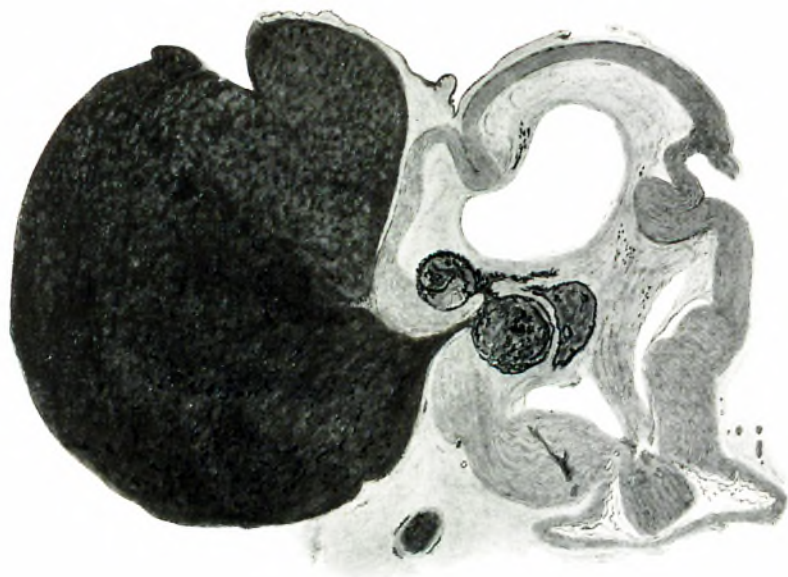


Przedni brzeg nowotworu naczyńówki.

Tab. IV.



Przedni koniec torbieni względnie rozłam siatkówki na dwie blaszki.



Rycina pogładowa przypadku II.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PT.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BALEAGANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANEKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FULTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty

- 3 - RÓCZNIK ÓSMY - 3 -

1906.

I. WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Dr Ludwik Wecker.

W Paryżu umarł w dniu 24 stycznia b. r. na dawne cierpienie sercowe, jeden z najczynniejszych okulistów, najbieglejszych operatorów, najproduktywniejszych pisarzy okulistycznych. Ktokolwiek z kolegów dłużej czy krócej zatrzymał się w Paryżu, nie pomijał sposobności, by zwiedzić przedewszystkiem klinikę Weckera na Cherehe Midi, gdzie zawsze znalazł coś nowego i praktycznego w dziedzinie okulistyki.

Piszący te słowa, który prawie od 30 lat często na wiosnę przybywa na kongres oftalmologów francuskich, miewał sposobność podziwiać w tym turnieju naukowym Weckera żywy udział w dyskusjach prowadzonych z ludźmi tej miary, co Panas, Edw. Meyer, Landolt, Dufour, Javal i wielu innych, tu Wecker, jak i na międzynarodowych kongresach mimo akcentu zdradzającego cudzoziemca, zawsze z werwą i zapałem bronił stanowiska nieco czasami skrajnego w pomysłach operacyjnych i leczniczych. A pewność siebie i biegła dialektyka jego zazwyczaj brała nad przeciwnikami górę.

Nie wielu z jego współczesnych kolegów mogło się poszczycić taką pomysłowością w metodach leczniczych i operacyjnych, jak nieminiej w konstrukcyi narzędzi i przyrządów okulistycznych, jaką objawiał Wecker. Wiele bez wątpienia

z tego nie przejdzie do potomności i przez samego autora, szukającego ideału porzuconem zostało, ale też nie jedno z tej mnogości trwałą zachowa wartość. Ze tylko wspomnę o jego sklerotomii w jaskrze, o przesunięciu torebki Tenona w niedomogach mięśniowych, o operacji opadnięcia powieki i tyłu innych pomysłach.

Urodzony w Frankfurcie nad Menem r. 1832. z rodziny senatorskiej, odbywał studia lekarskie w Wyrcburgu, a uzyskawszy stopień doktora, w roku następnym podjął podróż jako towarzysz hrabiego Stregonowa; powróciwszy z niej z pewnemi oszczędnościami do kraju, wybrał się do Paryża, który dla niego od początku miał wiele powabu. Został niebawem asystentem Desmarrresa. Nie długo nim pozostał, wybierając się raz wtóry z hr. Stregonowem w podróż do Szwajcaryi, Austrii i południowych Niemiec; sprzykrzywszy sobie atoli zależne stanowisko, udaje się za granicę, by pod okiem Jaegera w Wiedniu, a później Graefego w Berlinie, oddać się studjom okulistycznym. Nieodłączne od nazwiska Weckera »de« nawet przez Niemców używane, zawdzięczał Wecker rządowi austriackiemu, który udzielił mu szlachectwa, gdy Wecker w r. 1866 po utracie samodzielności Frankfurtu przyjął przynależność austriacką. Przygotowany praktycznie i naukowo do wykonywania swej specjalności, powraca do Paryża, by tu, uzyskawszy paryski doktorat, pozostać aż do końca żywota, nie opuszczając go nawet podczas wojny w r. 1870. W tym to roku przeniósł klinikę nabytą od dr. Devala na rue Visconti do nowej siedziby przy ulicy Cherche-Midi.

W roku 1863 napisał *Traité des maladies des yeux*, które to dzieło było podwaliną jego późniejszej sławy i zyskało mu krzyż kawalerski legii honorowej, której stopień oficera otrzymał w roku 1884. Z innych dzieł większych wymienić wypada *Therapeutique oculaire* i *la Chirurgie oculaire* wydane w r. 1878 i 1879; ale dowód iście mrówczej pracy złożył w wielkim dziele zbiorowem, wydanem z Landoltem pod tytułem *Traité complet d'ophtalmologie*, ukończonem w roku 1889. Jego wspólnie z Jaegerem wydane w roku 1870 *Traité des maladies du fond de l'oeil* przed pojawieniem się przepięknego atlasu wzornikowego Oellera było niedoścignione pod względem wykonania rysunków wzornikowych. Liczba artykułów ogłaszanych przez Weckera w najrozmaitszych czasopismach i językach, jest olbrzymia.

Biegły praktyk, niezrównany operator, był znakomitym

profesorem »in partibus infidelium«, tak jak jego współpracownik Landolt. Bez katedry ścigał wielką ilość ucni, którzy wdzięczną zachowywali mu pamięć i sławę jego na wsze świata strony roznosili. Operując wiele, nie zazaczył jednak *orbi et urbi* chwili, w której X-tysięczną wykonał operacyę zaćmy, jak się to innym operatorom czynić podoba. Osobiście przyjaznymi z Weckerem złączeni stosunkami często mieliśmy sposobność z nim się stykać, a zawsze wynosiliśmy wrażenie, że stosunek jego do ucni i do kolegów był jaknajlepszym.

I on schodząc z tego świata w 74 roku życia mógł sobie powiedzieć *non omnis moriar*. *Bol. Wicherkiewicz.*

II. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Nieżyt spojówki Parinauda i jego znaczenie dla histiogenezy komórek plazmatycznych.

Podał

Dr WIKTOR REIS,
(sekundaryusz oddziału).

W czerwcu b. r. opisałem w »Przeglądzie lekarskim«*) przypadek nieżyty spojówki Parinauda oraz omówiłem obszerniej jego objawy kliniczne i rozpoznanie różniczkowe. Wówczas już wspomniałem, że pod względem histologicznym wyrosłe spojówkowe wykazują utkanie jednolite, zbliżone swem wejrzaniem do nacieku drobnokomórkowego i że główną składową częścią tego nacieku są komórki plazmatyczne.

Zapowiedziane były dalsze badania histologiczne według swoistych metod.

*) Reis: O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: conjunctivitis Parinaudi. »Przegl. lek.« Nr. 23 i 24. 1905. (Refer. w »Postępie okulist.« Lipiec, 1905, str. 262.

W ogólnej literaturze anatomiczno-patologicznej zwracają od lat kilkunastu szczególniejszą uwagę na wspomniane komórki plazmatyczne.

W r. 1875 nadał Waldeyer tę nazwę komórkom łączno-tkankowym o oblitej protoplazmie, lecz dopiero Unna wyodrębnił je na podstawie swoistej metody barwienia protoplazmy jako twory patologiczne pochodzenia łączno-tkankowego, które spotykał pierwotnie w sprawach chorobowych skóry, a następnie w każdej tkance ziarninowej.

Wkrótce jednak potem przekonano się, że komórki plazmatyczne napotkać można we wszystkich procesach zapalnych i że każdy »naciek drobno-komórkowy« po barwieniu protoplazmatycznym metodą Unny składa się właśnie z komórek o większym rąbku protoplazmy.

Marszałko określił bliżej komórki plazmatyczne pod względem morfologicznym, uważając za komórki plazmatyczne takie komórki nacieku drobno-komórkowego, »których protoplazma silnie się barwi błękitem metylenowym, na obwodzie silniej jest zbitą i w środku komórki przedstawia pole jaśniejsze. Jądro okrągłe położone jest prawie bez wyjątku odśrodkowo, posiada znamienne rusztowanie nitek chromatynowych, z 5 lub 8 ziarnkami ułożonemi na obwodzie i jednym, rzadziej dwóch jąderkach. (Radkern, jądro sprychowe).

Określenie Marszałki powszechnie przyjęło i rozpoczęto dalsze poszukiwania nad pochodzeniem tych komórek plazmatycznych. Na podstawie swych spostrzeżeń doszedł Unna do wniosku, że komórki owe są wynikiem nadmiernego rozrostu elementów łączno-tkankowych w następstwie zadrażnienia, że są to młode twory ziarninowe, które stworzyły zapalny nowotwór. Nowotwór ten możnaby określić mianem »plasmoma«.

Ta łączno-tkankowa teoria pochodzenia komórek plazmatycznych znalazła wybitnego przeciwnika w osobie Marszałki, który opierając się na wynikach swych doświadczeń utrzymuje, że komórki plazmatyczne są pochodniami limfocytów, wywędrowanych jednojądrzastych ciałek krwi i że znaleźć

je można jako twory prawidłowe w śledzienie i gruczołach chłonnych.

Teorya głosząca pochodzenie komórek plazmatycznych z krwi nie pozostała jednak zwycięską. Pappenheim zastosował sposoby badania krwi do badania komórek plazmatycznych, udoskonalił pierwotną metodę barwienia Unny i użył do swych badań najróżnorodniejszego materiału, jak np. prawidłowe i chorobowo zmienione gruczoły limfatyczne, tkanka ziarninowa, liszaj żrący, drugo i trzeciorzędna kiła, gruźlica skóry, wrzód miękki i t. p. Na podstawie tak bogatego materiału mógł Pappenheim stwierdzić brak danych, któreby zupełnie pewnie przemawiały za pochodzeniem tych komórek z krwi; nawet ułożenie komórek plazmatycznych względem naczyń, podane jako charakterystyczne dla pochodzenia komórek z krwi według Marschalki, można prędzej w ten sposób wytłómaczyć, że dojrzałe komórki znajdują się na granicy tkanki zdrowej a komórki mniejsze, w sąsiedztwie naczyń się znajdujące należy uważać za komórki pochodne komórek plazmatycznych lub też uległe zmianom wstecznym, by w następstwie przejść mogły do naczyń w charakterze limfocytów. Stosunek więc wprost odwrotny do zapatrywań Marschalki. Szereg następných badaczy (Schlesinger, Almkvist i Joannovics, Pappenheim, Ehrlich) skłania się bądź to do jednej, bądź to do drugiej teoryi, a niektórzy znów, jak Marchand (wedł. Enderlena), zajmują stanowisko pośrednie, będąc za częściowem pochodzeniem komórek plazmatycznych z krwi i tkanki łącznej lub śródbłonnków naczyń.

Podczas, gdy pochodzenie komórek plazmatycznych jest przedmiotem żywych sporów, to nie wiele różnią się od siebie wiadomości o rozwoju i dalszych losach tychże. Istnienie dwóch głównych typów komórek plazmatycznych, Unny i Marschalki, mało różniących się między sobą co do zasadniczej budowy, zależnem jest od istoty tkanki, w której komórki te powstają. Komórki Marschalki napotykaną przeważnie w tkankach wiotkich, jak błony śluzowe. Rozkład komórek plazmatycznych

w tkance ma być znamienny dla każdego z poszczególnych procesów chorobowych.

W dalszem swem istnieniu ulegają komórki plazmatyczne zmianom postępowym lub wstecznym. Według Pappenheima zachowują bowiem komórki plazmatyczne tylko przejściowo swą postać okrągłą i mają dążność do przejścia w postać pierwotną komórki łączno-tkankowej lub też ulegają zmianom wstecznym dokładnie opisanym przez Krompechera.

W krótkim tym historycznym zarysie pominąłem jedną z teorii, która mogłaby pośredniczyć między obiema skrajnemi doktrynami poprzedniami, teorią emigracyjną i granulacyjną. Jest nią hipoteza Ribberta (*Lymphom-theorie*), która powstanie drobnych komórek nacieku przypisuje bujaniu pierwotnych grudek limfatycznych. Pominąłem ją z rozmysłu, gdyż teoria Ribberta zajmuje wyjątkowe stanowisko w okulistyce, mimo że rozmaite motywa przemawiają przeciw jej uogólnieniu w patologii (Schlesinger, Pappenheim). Ma ona bowiem służyć do rozstrzygnięcia sporu dualistów i unitarystów, którzy są zdania wręcz przeciwnego o właściwej istocie chorobowej jaglicy i nieżyty mieszkowego spojówki. Istnienie pierwotnych grudek chłonnych, w prawidłowej spojówce, uchronionej od działania rozmaitych bodźców, nie daje się stwierdzić z całą pewnością, dlatego też uważają unitaryści powstanie mieszka za proces patologiczny, którego rozmaity tylko stopień nasilenia wywołuje obraz choroby jaglicy i nieżyty mieszkowego. Słuszniejszem jednak jest przypuszczenie, że »jaglica i nieżyt mieszkowy spojówki są co do etiologii i klinicznego przebiegu tak samo rozmaitymi procesami chorobowymi, jak gruźlica i kiła, chociaż należą do tego samego działu ziarniaków zakaźnych. Dualizm etiologii nie pociąga za sobą dualizmu anatomii patologicznej« (Pappenheim).

Hipoteza Ribberta powinna więc pozostać bez wpływu na rozstrzygnięcie tego pytania, zwłaszcza, że w badaniach Herberta poznajemy nowe dane o tkance gruczołowej spojówki.

Badając spojówki prawidłowe i jagliczą sprawą zajęte

znalazł Herbert, że ludzka spojówka bezpośrednio po urodzeniu nie posiada tkanki gruczołowej, tylko tu i owdzie spotkać można małe grupy drobnych komórek, które mogłyby uchodzić za początki grudek limfatycznych. Począwszy od 3-go miesiąca zawiera spojówka ludzka już zupełnie dobrze rozwiniętą tkankę gruczołową. Zużytkowanie tego materiału porównawczego, pochodzącego z rozmaitych okresów wykazuje dobitnie po zastosowaniu protoplazmatycznego barwienia metodą Unny pochodzenie tkanki gruczołowej z zwykłej tkanki łącznej oraz liczne formy przejściowe do komórek plazmatycznych. Tkanka gruczołowa może przy przewlekłym zapaleniu przejść w tkankę ziarninową*).

Dałsze wywody Herberta dotyczą budowy mieszkaja jagliczego, który według niego stanowi typ przewlekłego zapalenia. Można w nim zawsze stwierdzić komórki plazmatyczne w rozmaitych okresach rozwoju**).

Badania Herberta, który na podstawie danych z procesów chorobowych w okulistyce (materiał jagliczy) usiłuje rozstrzygnąć pytanie o komórkach plazmatycznych, są dotychczas

*) ... A demonstration of the transition from ordinary connective tissue to normal adenoid tissue, and from this onward to granulation or chronic inflammatory tissue... It is important to recognise at the outset that these small cells are essentially young plasma cells, the „daughter plasma cells“ of Unna, derivatives of fixed connective tissue cells. Careful staining brings out, in all but the very smallest of them the characteristic nuclei, and the larger ones have dark rings of protoplasm; and there are transition cells between them and the large typical plasma cells distributed through the membrane and also between them and fixed connective tissue cells... (Herbert).

**) ... A trachoma follicle consisting almost entirely of young cells, the product of connective tissue cells, is one of the purest examples of chronic inflammatory tissue... It may be said, that the adenoid tissue of lymphatic glands and mucous membranes, exposed to more or less constant irritation from micro-organisms and their products, shows the constant presence and very ready proliferation of the plasma cell in all its stages and changes, which is found in the more protected connective tissues, only under a much more definite inflammatory stimulus... (Herbert)

jedyne w literaturze, a pominięcie ich w literaturze okulistycznej, można tylko wytłómaczyć tytułem rozprawy, który zapowiada pracę wchodzącą w zakres patologii ogólnej.

Conjunctivitis infectiosa Parinaudi, opisana po raz pierwszy przez Parinauda prawie w tym samym czasie (1889) co komórki plazmatyczne Unny, stanowi w szczególności okulistycznej odpowiedniejszy materiał do badań, który zużytkować można dla pytania o komórkach plazmatycznych i do rozstrzygnięcia zagadnień ogólnej patologii.

W kilku słowach przypomnę tylko główne rysy znamienne tej postaci chorobowej.

Cechę charakterystyczną stanowi wystąpienie ziarnistości i wyrosli na spojówkach powiekowych przy współczesnem zajęciu gruczołów chłonnych szyjnych i przyusznych. Z obrazu klinicznego zaznaczyć jeszcze należy fakt, że rogówka nie bierze udziału w procesie chorobowym, mimo dłuższego nawet trwania choroby i że we wszystkich przypadkach osiągnięto wyleczenie bez pozostałych blizn na spojówkach.

Dane te posłużą nam później do wytłómaczenia obrazu histologicznego zmian chorobowych.

Badanie mikroskopowe.

Wyrosłe usunięte zabiegiem operacyjnym i utrwalane według metody Unny-Pappenheima w wysokim bezwodnym przez 48 godzin, zatopiono w celoidynie i przechowano do dalszego użytku w słabym wysokim przy zastosowaniu wymaganych środków ostrożności.

Kilka preparatów zabarwiono zwykłą hematoxyliną, a obraz mikroskopowy przedstawiał się, jak następuje:

Na przekroju widać dwie brodawkowate wyrosłe, oddzielone od siebie rąbkim przybłonkowym, dążącym dość głęboko do wnętrza wyrosli. Przybłonek na powierzchni wyrosli prawie wszędzie utrzymany, posiada w kilku miejscach płaskie komórki przybłonkowe, wśród których stwierdzamy tylko skąpe nacieczenie drobno-komórkowe. Komórek kubkowych nie znaleziono w przybłonku; brak także zagłębień stałych lub gru-

czołowatych przybłonka znamiennej dla procesu jagliczego. Główną część składową wyrosła tworzy nacieczenie drobno-komórkowe, rozprzestrzeniające się w głąb aż do łączno-tkan-kowych warstw spojówki. Naciek ten jest wszędzie jednostajnie rozmieszczony, nigdzie nie widać skupień komórek, któreby tworzyć mogły obrazy podobne do grudek limfatycznych. W warstwach głębszych jest naciek ten pasmowato ułożony przez ugrupowanie komórek wzdłuż przebiegu naczyń; w warstwach zaś bardziej powierzchniowych jest cały naciek nadzwyczaj zbity.

Naczynia znajdujące się w większej ilości w głębszych warstwach są rozszerzone, najczęściej bez zawartości i otoczone osobnym pierścieniem drobno-komórkowym. Pod przybłonką naczyń znacznie mniej i o mniejszej średnicy.

Oglądając preparaty barwione hematoxyliną pod silniejszym powiększeniem spostrzedz można, że owe »komórki okrągłe« nacieku otoczone są większą ilością protoplazmy, słabo barwiącej się w porównaniu z ciemno zabarwionem jądrem. Właściwą jednak istotę tych komórek poznajemy po zastosowaniu metody barwienia według Unny-Pappenheima (*Carbol + Methylgrün + Pyronin*), którą wzmocniono jeszcze poprzedniem zastosowaniem wielobarwnego błękitu metylenowego dla dokładniejszego zróżniczkowania zanikłych komórek plazmatycznych. W ten sposób barwione preparaty przedstawiają już na pierwszy rzut oka obraz charakterystyczny.

»Nacieczenie drobno-komórkowe«, na które nie zwrócimy wcale uwagi przy zwykłym barwieniu jądrowem, złożone jest obecnie z osobliwych komórek. Są to komórki rozmaitego kształtu, okrągłe, owalne lub wielokątne, większe i mniejsze, jednak zawsze z protoplazmą wybitnie zaznaczoną. Protoplazma tych komórek jest na obwodzie silniej zagęszczoną, barwi się wybitnie czerwono, podczas gdy w środku komórki powstaje pole jaśniejsze. Ziarnistości protoplazmy nie można było stwierdzić. Jądro komórek leży odśrodkowo, posiada 6 lub 8 ziarenek chromatynowych, położonych na obwo-

dzie, z jednym jądkiem w środku — wszystkie znamiona jądra sprychowego.

Znalezione więc komórki plazmatyczne odpowiadają w zupełności typowi Marschalki.

Zbliżając się do podstawy wyrosli, ku częściom łącznotkankowym spojówki spotykamy komórki o cokolwiek odmiennym kształcie, są to wydłużone, taśmowate komórki, o charakterystycznym jądrze sprychowem, również wydłużonem a wśród nich zwykłe komórki łącznotkankowe z pałeczkowatemi jądrami.

Chcąc zaznajomić się ze sposobem rozmieszczenia komórek plazmatycznych, musimy zwrócić uwagę na ułożenie tych komórek względem naczyń i zachowanie się ich na granicy uszkodzonej tkanki. Pojedyncza warstwa komórek śród-błonkowych stanowi ścianę przeważnej ilości naczyń; bezpośrednio zaś do niej przylegają dobrze rozwinięte i dorosłe komórki plazmatyczne. Na przekroju podłużnym przez jeden z kanałów limfatycznych można nawet spotkać tuż przy ścianie naczyńa liczne komórki plazmatyczne o podwójnem jądrze.

Oprócz komórek plazmatycznych o rozmaitej postaci i wielkości nie napotyka się prawie żadnych innych komórek. W świetle naczyń znaleźć można czasami leukocyty; istnienia zaś limfocytów stwierdzić nie można. Oprócz dorosłych komórek plazmatycznych spotykamy także komórki zanikowe w nieznaycznej ilości.

Dalszy rozwój komórek plazmatycznych odbył się zapomocą dzielenia bezpośredniego, jak o tem świadczą liczne komórki plazmatyczne o dwóch jądrach, nagromadzone w sąsiedztwie naczyń. Kształt tych komórek jest przeważnie okrągły, jądra ich dotykają się na obwodzie lub też leżą na biegunach przeciwnych.

Oprócz komórek okrągłych stwierdzić można także komórki o kształcie cewkowym: na obu końcach cewki leżą typowe jądra sprychowe, protoplazma jest na obwodzie zagęszczoną a w środku znajduje się jasne pole kształtu owalnego.

Ognisk nekrotycznych nie znaleziono mimo skrzętnego poszukiwania.

Dla celów porównawczych zbadałem jeszcze drugi preparat, który przypadkiem dostał się w me posiadanie podczas studiów histologicznych nad nieżytem spojówki Parinauda. Pochodzi on z wyrosłej spojówkowej u 15-letniej dziewczyny (Szal. Parania z Wysocka, powiat Brody), którą dnia 23/IX 1905 przyjęto na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie.

Chora cierpiała na zapalenie pryszczycowe spojówki z łuszczką i naciekami rogówkowymi oka prawego. Przy odwróceniu powieki górnej można było zauważyć w środku powieki, na granicy załamka, narośl w postaci guzika, usadowioną na cienkiej szypułce. Powierzchnia tego guzika była lekko wklęsłą w średnicy 5 mm. Pozatem można było stwierdzić na spojówce powieki górnej przerosłe brodawki, które się często spotyka przy długo trwających zapaleniach pryszczycowych. Wyrosł tę usunięto nożyczkami; w kilka dni potem nie było można rozeznąć miejsca pierwotnego jej siedliska na spojówce.

Na przecięciu poprzecznym przez całą narośl widać cały twór dokoła otoczony przybłonkiem płaskim, silnie drobno-komórkowo nacieczonym. Powierzchnia tego guzka jest lekko karbowaną. Tuż pod przybłonkiem widzimy gęsto ułożone lecz rozlane drobno-komórkowe elementy. Bliżej ku podstawie naciek ten staje się rzadszym; występują natomiast liczne naczynia, wzdłuż których ciągną się ku powierzchni jaśniejsze pasy. W środku wyrosli przebiegają naczynia tak gęsto obok siebie, że przekroje ich poprzeczne nadają całemu naciekowi wygląd sita.

Jednostajny wygląd preparatu przy barwieniu hematoxyliną zmienia się jednakże skoro zastosujemy metodę barwienia Unny-Pappenheima. Widać wówczas wyraźnie dwie warstwy: część górną przeważnie niebiesko zabarwioną na słabo-różowym podkładzie i część podstawową, silnie czerwono się barwiącą z licznymi naczyniami. Oprócz komórek plazmatycznych

różnej wielkości i postaci, opisanych już w przypadku poprzedzającym, spotykamy tu bardzo liczne komórki o typowym jądrze sprychowem lecz bardzo wąskim pasku protoplazmy lub też same jądra, otoczone po zaniku plazmy tylko osłonką komórkową, czerwono zabarwioną.

Są to zanikowe komórki plazmatyczne a stwierdzić je można w większej ilości w najbliższem sąsiedztwie naczyń. Oprócz wielojądrzastych leukocytów w świetle naczyń, stwierdzić można w niektórych naczyniach twory o typowym jądrze Marschalki i słabo czerwono zabarwionym rąbku protoplazmy, które wykazują pewne podobieństwo ze wspomnianemi komórkami atroficznemi, znajdującemi się poza obrębem światła naczyń.

Na preparatach barwionych wielobarwliwym błękitem metylenowym spotyka się bliżej podstawy liczne komórki tuczne, wydłużone lub wielokątne, o podobnem jądrze jak komórki plazmatyczne i protoplazmie ziarnistej, wiśniowo zabarwionej.

Oprócz tych składników »nacieku« stwierdza się jeszcze istnienie większych tworów wielokątnych, których jądro blade się barwi i posiada w środku kilka zbitych ziarenek chromatyny. Twory te podobne są do »komórek nabłonkowych«, opisanych przez Juniusa, jako stały składnik przy jaglicy i niezycie mieszkowym. Junius uważał je niewłaściwie za zwyrodniałe leukocyty, podczas gdy inni autorowie (Pick) uważają je za pochodne bądź stałych komórek łączno-tkankowych spojówki, bądź też śródbłonnków naczyń. Komórki te znajdują się w przeważającej ilości w warstwie podprzybłonkowej; niektóre z tych komórek otoczone są dość szerokim rąbkiem protoplazmy i posiadają jądro z rozmieszczonemi w środku ziarnkami chromatynowemi.

Podobnie, jak w niezycie spojówki Parinauda, znajdujemy i tutaj przeważnie rozmnażanie się komórek plazmatycznych zapomocą dzielenia bezpośredniego, rzadko tylko spotykamy komórki plazmatyczne z podziałem mitotycznym.

W kilku znów komórkach można było stwierdzić zwyrodnienie wodniczkowe protoplazmy (*vacuoläre Degeneration*).

W przypadkach nieżyty spojówki Parinauda wykonano dotychczas tylko nieliczne badania histologiczne.

Zaliczyć tu należy badania mikroskopowe Moraxa i Manóueliana, którzy zwracają uwagę na rozlany charakter nacieku i brak zmian chorobowych w przybłonku spojówkowym, co także Chaillous uważa za cechę różniczkową, odróżniającą tę sprawę chorobową od jaglicy. Rozlany charakter nacieku wyrosli spojówkowych potwierdzają również badania mikroskopowe dwóch dawniejszych przypadków, spostrzeganych przez Goldziehera, przyczem Goldzieher upatruje znowu moment różniczkowy w zwyrodnieniu śluzowym przybłonka w przeciwieństwie do bujania przybłonka przy jaglicy. Na podstawie wyniku badania histologicznego nie można zaliczyć do choroby Parinauda, wrzekomego jagliczego nieżyty spojówki, opisanego przez Greeffa, mimo że objawy kliniczne odpowiadałyby tej postaci chorobowej.

Przy badaniu histologicznem stwierdzono bowiem istnienie typowych grudek jagliczych, otoczonych nawet osłonką łączno-tkankową.

Dopiero Matys badał wycięte wyrosłe spojówkowe metodą Unny i stwierdził komórki plazmatyczne jako główną część składową nacieku. (Barwienie wielobarwnym błękitem metylenowym i następowe różniczkowanie w eterze glicerynowym). W tkance łącznej Matys nie znalazł żadnych zmian.

Najnowszą pracą w tym zakresie jest rozprawka Verhoeffa i Derby z kliniki chorób usznych i ocznych w Bostonie.

Wynik badania mikroskopowego streszczają autorowie w następujących słowach: »die Veränderungen bestehen wesentlich aus deutlicher Zellnekrose im subconjunctivalen Gewebe bei ausgedehnter Infiltration mit lymphoiden und phagocytären Zellen. Dazu kommt eine chronisch entzündliche Reaktion der tieferen Gewebe, die zum Process der Organisation und Production von neuem Bindegewebe führt...«

Charakter wyrosli zdaje się zupełnie zgadzać z typem

przez nas opisanym: podprzybłonkowa warstwa nacieku składa się z »limfocytów i komórek nabłonkowych« i tylko nie-licznych komórek plazmatycznych, podczas gdy głębsze warstwy nacieku składają się wyłącznie z komórek plazmatycznych. Obaj autorowie przypisują istnieniu ognisk nekrotycznych ważne znaczenie różniczkowe, szczególnie ogniska usadowione w warstwie powierzchniowej mają odpowiadać nadżerkom, klinicznie już spostrzegać się dającym. W naszych przypadkach nie mogliśmy stwierdzić owych obumarłych ognisk, uważanych przez Verhoeffa i Derby za znamienne dla nieżyty Parinauda. Wspomniane przez autorów nadżerki nie stanowią również stałego klinicznego objawu przy nieżycie Parinauda: na 20 przypadków znaleziono je tylko 8 razy.

Matys również nie wspomina o istnieniu ognisk nekrotycznych — tak że przyjąć musimy owe obumarłe ogniska w przypadkach powyższych autorów za objaw czysto okolicznościowy, który nie może zatem stanowić momentu różniczkowego, odróżniającego nieżyt spojówki Parinauda od innych zapalnych procesów chorobowych spojówki, zwłaszcza, że Verhoeff i Derby wskazują na organizację i wytwarzanie tkanki łącznej jako następstwa nekrozy. Nasze badania stwierdziły tylko istnienie licznych zanikowych komórek plazmatycznych, z których kilka napotkano także w świetle naczyń. Znaczenie tego spostrzeżenia omówimy niżej.

Wyniki naszych badań są następujące:

Obydwa przez nas spostrzegane przypadki piętnuje obecność komórek plazmatycznych jako przewlekłe procesy zapalne. Typ komórek odpowiada w zupełności dotychczasowym spostrzeżeniom, które stwierdzają w błonach śluzowych istnienie komórek typu Marschalki; tkanka spojówkowa usprawiedliwia i w naszym przypadku istnienie komórek o tym samym wyglądzie morfologicznym.

Zachowanie się komórek względem naczyń przemawia stanowczo przeciw pochodzeniu ich z elementów krwi; brak form przejściowych między składnikami krwi i dorosłymi komórkami plazmatycznymi, a ułożenie dorosłych komórek przy

naczyniach, na granicy uszkodzonej tkanki, można daleko łatwiej wytłomaczyć potrzebą silniejszego dowozu żywności dla rozwijających się komórek.

Różnaity czas trwania procesu chorobowego tłumaczy nam odmienny cokolwiek obraz histologiczny obydwu przez nas spostrzeganych przypadków. W niezycie spojówki Parinauda pochodzą owe badane wyrosłe spojówkowe z 3-go miesiąca trwania choroby — znajdujemy też mało form przejściowych między komórkami łączno-tkankowymi a komórkami plazmatycznymi, wyrosłe są już przeważnie złożone z dorosłych komórek plazmatycznych.

Brak wszelkich zmian wstecznych w tym okresie odpowiada właściwości klinicznej niezytu Parinauda, którego zmiany chorobowe na spojówkach mogą się dłuższy czas utrzymywać na tym samym stopniu nasilenia, nie sprawiając choremu żadnych dolegliwości. Zmiany degeneracyjne wystąpiłyby zapewne później w końcowym okresie niezytu.

Narośl guziczkowa z przypadku drugiego, która powstała stosunkowo szybko i znikłaby również prędko może nawet bez leczenia, przedstawia wszystkie okresy tworzenia się i rozpadu komórek plazmatycznych. Widzimy tu okazy dorosłe komórek plazmatycznych w sąsiedztwie naczyń, silne bujanie części łączno-tkankowych spojówki w warstwach podprzłonkowych w postaci »komórek nabłonkowatych«, komórki plazmatyczne w okresie tworzenia się i postaci zanikowe komórek, po za obrębem naczyń lub w świetle tychże.

Komórki nabłonkowate, jako pochodne komórek łączno-tkankowych stanowią, jak się zdaje, pomost między komórkami plazmatycznymi a komórkami łączno-tkankowymi. W opisie histologicznym wspomnieliśmy już o komórkach nabłonkowatych, otoczonych wybitnie szerokim rąbkim protoplazmy; czy jednak jądro tych komórek jest w stanie przeobrazić się w typowe jądro sprychowe — rzecz tę mogą rozstrzygnąć dopiero badania późniejsze.

Krompecher wspomina wprawdzie o istnieniu powinowactwa między komórkami nabłonkowatymi a plazmatycznymi,

twierdzi jednak, że te ostatnie są w stanie przejść w komórki nabłonkowe a następnie w komórki łączno-tkankowe. Nasze jednak spostrzeżenia przemawiają przeciwie za tem, że komórki nabłonkowe stanowią stan przejściowy między komórkami łączno-tkankowymi a komórkami plazmatycznymi. W każdym razie więc komórki nabłonkowe pozostają w jakimś rozwojowym związku z komórkami plazmatycznymi.

Nieżyt spojówki Parinauda może w szczególności posłużyć jako materiał dowodowy dla rozstrzygnięcia pochodzenia komórek plazmatycznych. Kliniczny przebieg nieżyty, nie zagrażający spojówce i rogówce żadnymi groźnymi powikłaniami, mimo dłuższego nawet trwania choroby, nadaje się do swobodnego spostrzegania i umożliwia wycięcie częściowe wyrosli spojówkowych dla badań histologicznych w rozmaitych okresach. W ten sposób uzyskany materiał, chronologicznie uporządkowany, przewyższyłby badania doświadczalne, gdyż pochodziłby z doświadczenia, w którym nieznanymi i ukrytymi bodźcami wywołał objawy zapalne i utrzymywał spojówkę przez dłuższy czas w podrażnieniu.

Cały szereg skrawków po sobie następujących byłby dokładnem odbiciem stopniowo rozwijających się zmian chorobowych: począwszy od powstania tkanki ziarninowej przez bujanie części łączno-tkankowych do rozwoju dojrzałych komórek plazmatycznych i od tych ostatnich, stosownie do klinicznego przebiegu, do zmian zanikowych komórek plazmatycznych i usunięcia pozostałych resztek drogą naczyń krwionośnych.

Ten fakt stanowi najwyraźniejszy moment różniczkowy między nieżytem spojówki Parinauda a innymi nieżytami spojówkowymi.

Jako najważniejszy moment różniczkowy ze stanowiska klinicznego uważa sam Parinaud pomyślnie zejście sprawy chorobowej; temu klinicznemu spostrzeżeniu odpowiadałyby w zupełności zmiany anatomiczno-patologiczne w ostatnim okresie choroby. Rozpad komórek plazmatycznych i przedostanie się ich do krążenia objaśnia dostatecznie brak blizn

w spojówce, powracającej do prawidłowego stanu; w przeciwieństwie do jaglicy, przy której komórki plazmatyczne znowu przechodzą w komórki łączno-tkankowe i zawsze sprowadzają bliźniową przemianę tkanki.

Nieżyt spojówki Parinauda — oprócz szczególnego znaczenia dla okulistyki ze względu na znamieny kliniczny zespół objawów—posiada więc także pewne znaczenie dla ogólnej patologii, gdyż stanowi odpowiedni materiał dla badań, któreby w dalszym ciągu mogły się przyczynić do rozstrzygnięcia pytania o pochodzeniu komórek plazmatycznych.

Wielm. Panu Profesorowi Dr Machekowi dziękuję bardzo za łaskawe odstąpienie materiału i życzliwe zajęcie się przebiegiem mych badań.

Literatura.

1889. Parinaud: Recueil de la Société d'Ophtalm. (wedł. Chaillous).
1892. Unna: Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 49.
1892. Greeff: Ein bemerkenswerther Fall von pseudo-trachomatöser Augenentzündung. Arch. f. Augenheil. Bd. 24.
1895. Marszałko: Über die sogenannten Plasmazellen. Arch. f. Dermatol. Bd. 30.
1897. Piek: Zur Histologie des Trachoms. Graefe's Arch. f. Ophtalm. Bd. 44.
1898. Krompacher: Beitr. zur Lehre von den Plasmazellen. Ziegler's Beitr. z. pathol. Anatomie. Bd. 24.
1899. Marszałko: Zur Plasmazellenfrage. Centralbl. f. allgem. Pathologie.
1900. Herbert: The young Plasmacell or Lymphocyt in chronic inflammation. Journal of Pathology and Bacteriology.
1901. Pappenheim: Wie verhalten sich die Unna'schen Plasmazellen zu Lymphocyten. Virchow's Arch. f. pathol. Anat. Bd. 165 u. 166.
1902. Enderlen u. Justi: Beitr. zur Kenntniss der Unna'schen Plasmazellen. Zeitsch. f. Chirurgie. Bd. 62.
1902. Schlesinger: Über Plasmazellen u. Lymphocyten. Virchow's Arch. f. path. Anat. Bd. 169.
1902. Pappenheim: Weitere krit. Ausführ. z. gegenwärt. Stand. d. Plasmazellenfrage. Virch. Arch. f. path. Anat. Bd. 169.
1902. Junius: Die patholog Anatomie der Conj. granulosa nach neuen Untersuchungen. Zeitschr. f. Augenh. Bd. VIII.

1903. Unna: Histolog. Atlas der Pathologie der Haut.
1903. Morax u. Manoüelian: Histolog. Veränd. bei Parim. infek. Conjunct. Refer. Klin. Monatsbl. f. Augenh.
1904. Ehrlich: Der Ursprung der Plasmazellen. Virch. Arch. f. path. Anat. Bd. 175.
1904. Chailous: Contribution à l'étude de la conjonctivite infect. de Parinaud. Annal. d'Oculist. Janvier.
1904. Stirling: A case of Parinauds Conjunct. (Ophth. Review. Okt.) Refer. Wochensch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr. 8.
1904. Matys: Parinaudsche Conjunct. Zeitsch. f. Augenh. Bd. XII.
1905. Goldzieher: Über Lymphom-Conjunctivitis. Centralbl. f. prakt. Augenh. Januar.
1905. Verhoeff u. Derby: Die patholog. Histologie der Parinaudschen Conjunct. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 43 Jahrg. Juni.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. T. CXXXIV. R. 1905. Nr. 8. (Referent Doc. Dr. K. W. Majewski).

W sprawie leczenia zmian rakowatych zapomocą radium i promieni Roentgena. (A propos du traitement des cancroïdes par la radiothérapie). E. Valude.

Leczenie zmian nowotworowych na skórze powiek, zapomocą promieni Roentgena, względnie promieni radium, jest nabytkiem dość świeżym, żeby każde nowe spostrzeżenie, czyto dodatnie, czy ujemnie o tem leczeniu świadczące, zasługiwało na baczny uwagę praktyków, dlatego autor ogłasza cztery przypadki spostrzeżane na swym oddziale w szpitalu *Quinze-Vingts*: Pierwszy przypadek odnosi się do 55letniej kobiety, z głęboko drażącym rakiem skóry nosa i wewnętrznego kącika oka. Nowotwór ten mimo leczenia środkami żrącymi i mimo operacyi krwawych ciągle odrastał. Długie leczenie zapomocą promieni radium również nie okazało się skuteczniejszym tak, że trzeba było znów powrócić do zabiegów plastycznych. W drugim przypadku u kobiety 49letniej naciek rakowy więcej powierzchowny w kąciku wewnętrznym oka i w okolicy woreczka łzowego po dwukrotnem naświetleniu promieniami radium, z których pierwsze trwało godzinę, a drugie 20 minut uległ

w krótkim czasie zupełnemu zabliznieniu. U innej 62letniej kobiety *epithelioma* zajmujące skóry powieki i przechodzące na spojówkę po dłuższem leczeniu częścią promieniami Roentgena, częścią zaś zapomocą radium znacznie się zmniejszyło i zablizniło, jakkolwiek zupełnem wyleczeniem uzyskanego wyniku autor nazwać nie chce. W czwartym przypadku u 54letniego mężczyzny małe *papilloma* powieki górnej po jednorazowem zastosowaniu promieni radium znikło w ciągu dni czterestu bez śladu i trwale.

Na podstawie tych czterech spostrzeżeń wysnuwa autor, zwłaszcza co do radium wnioski następujące: W przypadkach złośliwych nowotworów powiek doszczętne leczenie operacyjne pozostaje nadal sposobem najprędzej i najpewniej do celu prowadzącym. Leczenie zapomocą promieni radium należy ograniczyć jako dobry środek palliatywny do przypadków, nie nadających się do operacyi, lub stosować je w przypadkach nowotworów mniej rozrośniętych, gdy chorzy nie chcą przystać na operacyę. Tu można mieć nadzieję wyleczenia zupełnego, pamiętać jednak należy o dość silnych objawach podrażnienia skóry, jakie pod wpływem promieni radium niejednokrotnie powstaje. W przypadkach łagodnych nowotworów powiek, takich jak *papilloma* można zapomocą radium również dobrze, jak zapomocą wycięcia sprowadzić zupełne wyleczenie. Ujemnego wpływu radium na głębsze części oka i na bystrość wzrokową w spostrzeżeniach swych autor nie zauważył.

Dwa przypadki zakażenia urazowego gałki ocznej prątkiem anaerobowym (Bacillus perfringens). (Deux cas d'infection traumatique du globe oculaire par un microbe anaérobie). Chaillous J.

Autor spostrzegł na oddziale *Morax'a* w paryskim szpitalu *Lariboisière* dwa przypadki ropnego zapalenia gałki ocznej w następstwie skaleczenia odpryskiem metalicznym, w których badanie bakterjologiczne wykazało czystą hodowlę prątka anaerobowego, *bacillus perfringens*. Przebieg kliniczny w obu przypadkach, u ślusarza, zranionego w oko opiłkiem żelaza i u małego chłopca, który się skaleczy w oko kawałkiem metalowego drutu, był bardzo podobny.

W 48 godzin po zranieniu przednia komora wypełniła się ropiastą masą, poczem wystąpiły inne objawy *panophthalmitis*, jak chemoza, wysadzenie gałki, bóle, wydzielina ropna itd. Równocześnie w obu przypadkach pojawiła się gorączka, osłabienie ogólne i zajęcie sensorium. Tak u ślusarza, jak u dziecka kres chorobie położyło wyłuszczenie gałki. Badanie anatomiczne wykazało w obu

galkach ocznych silny wysięk ropny, poczynający się od rany i zajmujący głównie jagodówkę, przenikający jednak we wielu miejscach przez siatkówkę w głąb ciała szklistego. Uderzał bardzo znaczny rozwój nowo wytworzonych naczyń, wrastających od naczyńówki w gęsty naciek zapalny. W znacznej odległości od tej warstwy naczyniowej wykazywało badanie mikroskopowe w głębi nacieku liczne kolonie prątka, który okazywał wszystkie znamiona drobnoustroju opisanego we Francyi przez Veillon'a i Zuber'a, a w Niemczech przez Fraenkla i Rista pod nazwą *bacillus perfringens*. Przedstawia on pałeczki 3—9 μ długie, a 1 μ szerokie, o końcach ostro ściętych, barwiące się fuksyną Ziehla, fioletem gencyany, oraz metodą Grama. W kropli wiszącej prątka te nie okazują żadnych ruchów. Drobnoustroj ten jest ściśle anaerobowy, zasiany na bulionie lub żelatynie pokrytej warstwą oliwy lub wazeliny, wytwarza bańki gazowe nieraz tak znaczne, że wyrzuca watę, zatykającą epruwetkę. Gazy, wytworzone przez kolonie tego prątka, mają przykrą, mdłą woń zjeżdżalonego tłuszczu. Prątek ten spotykano w przypadkach zgorzeli gazowej, po ciężkim zranieniu nogi, przy *nastoiditis* i *otorrhoea foetida* w zgorzeli płuc i tym podobnych przypadkach. W ropnych zapaleniach oka nikt jeszcze dotąd prątka tego nie wykazał. Już samo ułożenie kolonii w głębi nacieku, zdala od naczyń krwionośnych, llen zawierających, świadczy o ściśle anaerobowej naturze prątka. Autor nie wątpi, że *bacillus perfringens* częściej, niżby się zdawać mogło, staje się powodem zakażenia w następstwie zranień galki ocznej. Przypuszcza on mianowicie, że w tych wcale nie rzadkich wypadkach ropnych zapaleń oka, gdzie zwyczajnie badanie bakteriologiczne daje wynik ujemny, zaniedbywane często poszukiwanie za mikrobami anaerobowymi nieraz mogłoby wykryć obecność chorobotwórczego zarazka.

O trudnościach rozpoznawczych kitowego ła zapalenia łożówki. (Difficultés du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis). E. Aubineau.

Im krytyczniej i ściślej przeprowadza się wywiady i badania kliniczne chorób ocznych z uwzględnieniem przeróżnych czynników etyologicznych, jakie ich powstanie mogą spowodzić, tem częściej się zdarza, że stajemy wobec zagadki, nie wiedząc, któremu z czynników główną rolę etyologiczną przypisać. Chevallereau i Chaillous na kongresie w Lucernie zdali sprawę ze 131 przypadków zapalenia łożówki, z których w 27 przypadkach mimo skrzętnego poszukiwania nie zdołano wykryć właściwego ła etyologicznego. Autor wykazuje trudności, jakie napotykamy w rozpo-

znaniu swoistego dla zapalenia tęczęwki, mimo, że cierpienie to na tem tle najczęściej występuje.

Obraz kliniczny bardzo często nie pozwala nam sprawy rozstrzygnąć. *Iritis syphilitica* przebiega co prawda często podostro bez burzliwych objawów zapalnych i bez znaczniejszych bólów, zdarzają się jednak liczne od tego wyjątki. Nawet w tych przypadkach, gdzie na tęczęwce występują znamienne guzki (*iritis papulosa vel gummosa*), trzeba się mieć na baczności, żeby zmian tych z innymi tworami patologicznymi nie pomieszać. Autor przytacza nieszczęśliwy przypadek Nettleship'a i Fox'a, w którym małe guzki kiłowe na tęczęwce wzięto za guzki i wyłuszczone gałkę oczną. Takasama zmiana na drugiem oku ustąpiła bez śladu pod wpływem leczenia rtęciowego.

W dalszym ciągu zwraca autor uwagę na konkurencyę przyczyn, przytacza przykłady, gdzie w następstwie zranienia oka wystąpiła typowa *iritis papulosa luetica*, lub gdy zapalenie tęczęwki następowe, powodowane wrzodem rogówkowym, przybrało znamiona zapalenia kiłowego. Nakoniec zwraca autor uwagę na nierzadko spotykane współistnienie kiły i gościeca stawowego, dwóch najczęstszych podstaw zapalenia tęczęwki. W takich razach *iritis* może być owocem współdziałania obu tych etyologicznych czynników, ale z drugiej strony przypadki takie każą nam pamiętać, że nie każda *iritis*, występująca u osoby niewątpliwie przymiotem dotkniętej musi być koniecznie kiłową.

Irydektomia przeciwjaskrowa i nagniatanie gałki ocznej. (Iridectomie antiglaucomateuse et le massage de Poëil). M. Wicherkie wicz.

(Ogłoszone również w Post. Ok. 1905. Nr 4 i 5).

Nr 9.

Powikłania oczne w następstwie zastrzyknięć kosmetycznych parafiny w okolicy nosa. (Des accidents oculaires consécutifs aux injections prothétiques de paraffine dans la région nasale). Rohmer z Nancy.

Od czasów wprowadzenia iniekcji parafinowych wykonywanych sposobem Gersunięgo w celach kosmetycznych opisano sporo przypadków odległych zatorów, spowodowanych masą wstrzykniętej parafiny. W jakiegokolwiek części ciała robi się zastrzyknięcia, jeśli tylko masa iniekcyjna dostanie się do światła żyły, wtedy uniesiona prądem krwi żyłnej dostaje się do prawej komory serca, a stąd do płuc, gdzie powstaje zator, zwykle bez groźnych

dalszych następstw, jak zgorzel płuca itd. Wszystko zależy zresztą od ilości porwanej prądem krwi parafiny. Autor poświęca swą pracę powikłaniom ocznym zastrzyknięć parafinowych, robionych na nasadzie nosa dla poprawienia jego postaci. Opisuje on przypadek 42letniej kobiety, która z powodu zapadnięcia nosa wywołanego trzeciorzędną kiłą poddała się zastrzykiwaniu parafinowym. Zastrzykiwania te wykonywane nieumiejętnie nie tylko spowodowały jeszcze większe oszpecenie, ale co gorsza przyprawiły chorą o zupełną utratę wzroku oka lewego. Autor miał sposobność badać chorą w dwa lata później i stwierdził zupełną ślepotę oka lewego, a wziernikiem znalazł obraz przebytego zaczopowania środkowej żyły siatkówki. Zanikła już obecnie zupełnie tarcz nerwu wzrokowego odczynały duże ogniska wybroczynowe. Granice tarczy były zarzarte a żyły rozdęte i pokręcone. Prócz tego na obu oczach istniały nieznaczne zmiany zapalne w naczyńcówce, które autor odnosi do przebytej kiły.

Takich lub podobnych przypadków ogłoszono już kilka w literaturze. Autor przytacza spostrzeżenia Leisser'a, Moll'a, Hurta, Holden'a i Mintz'a. Jedni rozpoznawali trombozę żylną, inni embolię tętnicy siatkówkowej, Hurt i Holden, aby uzasadnić to ostatnie rozpoznanie i wytłumaczyć, w jaki sposób cząstka parafiny z układu żylnego mogła się dostać do tętnicy środkowej siatkówki, przypuścili w swym przypadku drożność przewodu Botafa.

Autor zastanawiając się nad sposobem powstania ciężkich zmian na dnie oka w swoim przypadku i w innych przytoczonych spostrzeżeniach wykazuje, że trzeba istotnie wyjątkowych okoliczności, aby wskutek zastrzyknięć parafinowych u nasady nosa robionych przyszło do zatoru tętnicy siatkówkowej. Natomiast bez trudu można wytłumaczyć powstanie zaczopowania żyły środkowej, jeśli się zważy, jak liczne istnieją anastomozy między siecią żył w tkance podskórnej nasady nosa a *vena ophthalmica*. *Vena angularis* stanowi tu główną drogę komunikacyjną.

W ostatniej części swej pracy podaje autor przepisy, których się przy wstrzykiwaniu parafiny trzymać należy, jeśli się chce uniknąć nieumyślnych powikłań. W pierwszym rzędzie wystrzegaj się należy wstrzykiwań zbyt wielkiej ilości parafiny naraz. We wszystkich opisanych przypadkach zatorów płucnych ilość wstrzykniętej parafiny przekraczała 3 cm³. Dla poprawy siodełkowatego nosa wystarczy zazwyczaj 1 do 1½ cm³ parafiny. Następnie parafina nie powinna być trudno topliwa: 41 do 42° C, oto najkorzystniejszy punkt topliwości. Parafina, którą potrzeba do 60° przed wstrzyknięciem

ogrzewać, powoduje sparzenie tkanek i może nawet wywołać zgorzel skóry. Najważniejszą jest jednak technika samych zastrzykiwań. Igła strzykawki powinna być dość gruba, należy wstrzykiwać powoli i bardzo ostrożnie. Podczas operacji powinien asystent palcami obu rąk silnie uciskać skórę ze wszystkich stron dookoła miejsca, do którego chcemy skutek zastrzyknięcia ograniczyć. Gdy chodzi o nasadę nosa, główną jest rzeczą uciskać silnie *vena angularis*, aby zapobiedz w ten sposób przedostaniu się parafiny do żył oczodołu.

O pewnej szczególnej postaci zaniku tęczówki w przebiegu władu rdzenia i porażenia postępowego. Związek tego zaniku z nieregularnością i zaburzeniami odruchowymi źrenicy. (Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale. — Ses rapports avec l'irrégularité et le troubles réflexes de la pupille). Dupuy Dupontemps.

Autor w licznych przypadkach władu rdzenia i porażenia postępowego zauważył objaw, który, jak się zdaje, przeszedł dotąd niespostrzeżony. Prawie wszędzie tam, gdzie objaw Argyll-Robertson'a jest już wyraźnie naznaczony. Tęczówka okazuje nieprawidłowe wejście, który nie może być niczem innym, jak tylko wyrazem zaniku jej części składowych. Barwa zmieniona, jakby wypłowiata, beleczki i krypty zagładzone i wogóle cały misterny rysunek przedniej powierzchni zatarty. Zwłaszcza podpada zaciężenie tęczówki w okolicy przyżrenicznej, gdzie w prawidłowym stanie jest ona właśnie najgrubszą z powodu wieńca mięśni gładkich zwieracza źrenicy. Ten wyraźny zanik miąższu tęczówkowego nie dochodzi wprawdzie do tego stopnia, jaki spostrzegamy w przypadkach przewlekłej jaskry lub w oczach, które przebyły długotrwałą przewlekłą *iritis*, gdzie to tęczówka miejscami zupełnie zanikła, przepuszcza odbłask czerwony z dna oka i podobna jest do pajęczej błonki. Nie mniej jednak w przypadkach władu rdzenia i porażenia postępowego, przypatrując się bacznie tęczówce, zwłaszcza przy użyciu lupy, można stwierdzić wyżej wymienione znamiona zaniku, jeśli nie całej tęczówki, to przynajmniej jednego lub kilku jej wycinków (sektorów). Autor przekonał się, że ta anatomiczna zmiana występuje zawsze dopiero wtedy, gdy odruch źreniczny na światło jest już zniesiony, przy zachowaniem oddziaływaniu na akomodację. Ten ostatni odczyn ulega w niektórych przypadkach znacznie później osłabieniu i znika wreszcie zupełnie. Najdłużej utrzymuje się odruch źrenicy przy zaciężeniu powiek (objaw Galassiego).

W wyjątkowych przypadkach i to w późnych okresach choroby i ten odruch, polegający na zwięzieniu źrenicy po zamknięciu powiek zostaje zniesiony. Autor zwraca uwagę, że w przypadkach porażenia n. okoruchowego przy zmianach w pniu albo w jądrze tego nerwu, nawet przy najdłuższem trwaniu porażenia nie przychodzi nigdy do jakiegokolwiek zmian zanikowych w tęczówce. Tożsamo nie spostrzegano nigdy zaniku tęczówki po wycięciu szynowego zwoju nerwu współzulnego, operacyi wykonywanej w ostatnich latach często w przypadkach jaskry. Wyłącza się oczywiście te przypadki, gdzie istnieje zanik tęczówki samą jaskrą spowodowany. Na podstawie tych danych klinicznych, jak również na podstawie całego szeregu prac doświadczalnych (Apoland, Bumm, Lodato, Hertel, Bach, Schwalbe, Marina) dochodzi autor do wniosku, że zaburzenia ruchowe źrenic przy wiaździe rdzenia i porażeniu postępowem zależą od zmian w samychże krótkich i długich nerwach rzęskowych, których komórki zwojowe znajdują się w *ganglion ciliare*. Zwój ten wraz z nimi stanowi ostatni obwodowy neuron ruchowych i czuciowych dróg nerwowych, dochodzących do źrenicy. Te zmiany w nerwach rzęskowych pociągają za sobą zanik mięśni gładkich i pozostałej tkanki tęczówkowej, podobnie jak porażenia kończyn zależne od zmian zapalnych lub degeneracyjnych w nerwach obwodowych powodują wychudnięcie i wogóle zmiany troficzne w tychże kończynach.

Pierwotna gruźlica spojówki (Tuberculose primitive de la conjonctive). Moissonnier.

Do szeregu licznych opisanych już w literaturze przypadków pierwotnej gruźlicy spojówki, dorzuca autor jeszcze własne spostrzeżenie, odnoszące się do 3letniego dziecka, u którego rodzice zauważyli obrzmienie powieki górnej, oraz łzawienie i ropienie oka. Po odwróceniu powieki górnej w środku spojówki chrząstkowej widać było owrzodzenie o wystających nieco brzegach i dnie brudno-żółtawem. Przez tego po całej spojówce rozrzucone były guzki trochę do jagieł podobne. Gruczoł przyuszny był dość znacznie obrzmiały. Badanie mikroskopowe cząsteczki tkanki z brzegu wrzodu wyciętej wykazało obecność licznych komórek olbrzymich, prątków Kocha jednak nie znaleziono. U królika, któremu autor wszczepił do przedniej komory kawałeczek tkanki z wrzodu wyciętej, wystąpiła dopiero po upływie 40 dni typowa *iritis tuberculosa*. Tu w guzku na tęczówce badanie mikroskopowe wykazało już obecność prątków gruźliczych. Leczenie polegało na wycięciu wrzodu i przypaleniu ubytku nalewką jodową. Poza tem polecił autor zakładanie maści jodoformowej i ogólne leczenie wzmacniające.

Stan spojówki poprawił się, ale sprawa gruźlicza wniknęła w głąb i zajęła chrząstkę powiekową. W tym stanie stracił autor z oczu dziecko, które rodzice wywieźli do Paryża.

Spostrzeżenie to opatruje Moissonnier kilkoma uwagami. Valude, jak wiadomo, wykazał, że pierwotne zakażenie spojówki prątkami gruźliczemi może przyjść do skutku tylko po poprzednim zranieniu przybliżonka spojówkowego. Fuchs przypuszcza, że bakterye dostają się do oka wraz z pyłem, którego poszczególne twarde ziarnka ranią ostremi krawędziami spojówkę, otwierając w ten sposób wrota zakażeniu. Autor natomiast wyraża przypuszczenie, że pierwotna gruźlica spojówki rozwinąć się może i wtedy, gdy prątki gruźlicze dostaną się do wylotów gruczołów Krausego i stamtąd rozpoczną swe niszczące działanie. Okoliczność, że na oku królika okres wylęgania trwał aż dni 40, tłumaczy autor nie osłabioną jadowitością zarazka gruźliczego, lecz większą odpornością przeciwko gruźlicy, jaką nieraz zdradzają króliki. Dlatego to korzystniej jest, jak to już zresztą z wielu stron podniesiono, szczepić gruźlicę na morskich świnkach. Co do leczenia przestrzega autor przed wyskrobywaniem zapomocą ostrej łyżeczki wrzodów gruźliczych spojówki, gdyż przytem wszczepia się tylko zarazek w głąb zdrowej jeszcze tkanki. Przytacza on przypadki z literatury, gdzie po każdym wyskrobianiu przychodziło do nawrotów sprawy gruźliczej.

We własnym opisanym przypadku byłby autor w dalszym ciągu próbował zastrzyknąć tuberkuliny (Tr.), która miała w niektórych spostrzeżeniach znanych mu z literatury okazać się zbaczną, gdyby nie był dziecka stracił z oczu.

Nr 10.

Jaskra ostra w następstwie łepych urazów. (Glaucome aigu consécutif aux contusions du globe oculaire. [Glaucome traumatique]. Villard.

Przypadki jaskry ostrej, występujące na oku, które doznało łepego urazu, należą, zdaniem autora, do wielkich rzadkości. Wnosi on o tem z tego, że mimo skrzętnego poszukiwania zdołał znaleźć w literaturze zaledwie 21 spostrzeżeń, do których dodaje opis 3 spostrzeżeń własnych. Zestawiając wszystkie te obce i własne przypadki kreśli autor kliniczny obraz takiej jaskry urazowej.

Rodzaje urazów, które spowodowały w tych przypadkach wystąpienie objawów jaskrowych były najrozmaitsze: Uderzenie drzazgą przy rąbaniu drzewa, końcem bicia, pięścią, prętem, kamieniem itd. W każdym razie uraz był silny i łepy, t. j. nie spowodował skaleczenia ścian gałki ocznej. Objawy jaskry występowały w różnym

czasie po doznanym urazie, od kilku godzin do kilku tygodni. Wiek chorych, jak się zdaje, roli nie odgrywa, bo przypadki odnosiły się równie często do osobników młodych, jak do osób starszych, które często bywają do jaskry skłonne. Mężczyźni stanowią wielką przewagę, widocznie dlatego, że rodzaj ich zajęć częściej naraża ich na urazy, niż kobiety. Objawy jaskry urazowej nie różnią się w niczem od objawów pierwotnej zapalnej jaskry ostrej, więc bóle, zmętnienie rogówki, rozszerzenie źrenicy, nastrzyknięcie rzęskowe obniżenie, a nawet utrata wzroku, a wreszcie wyłobienie, a wreszcie zanik nerwu wzrokowego. Napięcie bywa nieraz do najwyższego stopnia wzmózone. Przebieg i rokowanie podobne jak w jaskrze pierwotnej, w wysokim stopniu zależne od zastosowanego leczenia. Autor doradza *miotica*, gorące okłady, upust krwi ze skroni lub z poza ucha, wreszcie leczenie operacyjne: irydektomia lub sklerotomia.

Zapatrywania co do patogenyzy jaskry urazowej nie są jeszcze jednolite, zresztą jest rzeczą możliwą, że mechanizm powstania jej bywa w różnych przypadkach różny. Jedni autorowie przypisują wzmózenie napięcia po urazie tępyemu wpływowi nerwów naczynioruchowych, inni ukrytemu zapaleniu ciała rzęskowego, które powoduje przesycenie cieczy wodnej istotami białkowatemi i zamulenie przestworów i dróg odpływowych. W kilku tylko przypadkach uraz wywołał zwielmnicie względnie nadzwielmnicie soczewki, co ze swej strony spowodowało wystąpienie jaskry następowej. Ścisłe rzecz biorąc te ostatnie przypadki nie są czyste, jaskra bowiem nie była tu bezpośredniem, lecz pośredniem następstwem urazu.

Przypadek wagra podspojówkowego. (Cysticerque sous-conjonctival). Gosmettaos z Aten.

Cysticercus rzadko obiera sobie w oku siedzibę. Z poszczególnych części oka ciało szkliste najczęściej bywa przezeń nawiedzane, rzadziej nieco siatkówka, a trzecie miejsce pod tym względem zajmuje spojówka. Autor znalazł w literaturze zaledwie 60 spostrzeżeń wagra podspojówkowego. Graefe spostrzegał go tylko pięć razy na 80.000 chorych. W Grecyi nie opisano dotąd podobnego przypadku. Autor przypisuje to tylko temu, że się zaniedbuje mikroskopowego badania wyłuszczonej torbieli podspojówkowej. Opisuje on przypadek wagra wyłuszczonego przez siebie z pod spojówki gałki w pobliżu załamka półksiężycowatego u pewnego 16letniego młodzieńca. Torbiel miał postać i wielkość mądziej fasolki. Po ostrożnem przecięciu zewnętrznej ściany torbiela okazało się, że zawiera on wewnątrz mniejszy pęcherzyk. Badanie pod lupą i pod mikroskopem tego pęcherzyka wykazało obecność główki,

opatrzonej czterema smoczkami podkowiatymi i wieńcem haczyków. Był to zatem *cysticercus cellulosa*, należący do rodzaju *Taenia solium*. Autor opisuje szczegółowo badanie histologiczne ściany pęcherza, składającej się z dwu warstw łącznikankowych, zewnętrznej zbitszej o gęsto splecionych włóknach i wewnętrznej z wiotkiej tkanki łącznej.

Przypadek mięsaka w oloczeniu tarczy nerwu wzrokowego. (Sarcome péripapillaire). Moissonnier.

Do autora zgłosiła się z powodu upośledzenia wzroku oka prawego pewna 55letnia kobieta, ogólnie zdrowa. Oko zewnętrznie zmian nie okazywało, wziernikiem zaś widać było u tylnego bieguna gałki duże oderwanie siatkówki, która wydawała się napiętą, przy ruchach oka nie okazywała żadnego falowania, a z poza niej przeświecał miejscami guz ciemno zabarwiony. Rozpoznawszy nowotwór złośliwy doradził autor chorej wyłuszczenie gałki, na co się zgodziła. Badanie wyjętego oka wykazało istotnie obecność guza, wychodzącego z naczyniówki i otaczającego, a zarazem pokrywającego tarcz nerwu wzrokowego. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsaka barwikowego, złożonego z wielkiej ilości komórek wrzecionowatych i zaopatrzonego obficie w naczynia oraz złogi czarnego barwika. Na niektórych preparatach widać było ciekawe, regularnie promieniste ułożenie komórek wrzecionowatych dookoła światła poprzecznie przekrojonych naczyń. Z obrazów tych wnosić można, że naczynia stanowiły tu ośrodek proliferacyi i bujania komórek nowotworowych. Nowotwór był ściśle wśródgałkowy, a nawet nie przekraczał granicznej warstwy naczyniówki tak, że ani twardówka, ani odezlepiona siatkówka nie były nigdzie nacieczone. Toż samo nerw wzrokowy był zupełnie wolny. Dzięki wczesnej enukleacyi zawdzięcza chora swe ocalenie, autor badał ją bowiem w 18 miesięcy po operacyi i nie znalazł ani miejscowego nawrotu, ani też odległych przerzutów.

Przypadek obustronnej wrodzonej szpary tęczówkowej wraz ze zaciemną biegunową przednią i krótkowzrocznością wysokiego stopnia. (Un cas de coloboma bilatéral de l'iris avec cataracte pyramidale double et myopie forte). Bary.

Autor miał sposobność spostrzegać u Sletniej dziewczynki na obu oczach jednakie zmiany wrodzone, mianowicie: dołem nieco od zewnątrz niezwykle szeroką szparę tęczówkową, rozszerzającą się nietypowo ku obwodowi i dochodzącą aż do wieńca rzeskowego. Wielkością swą odpowiadała szpara $\frac{1}{4}$ całej tęczówki. So-

czewka, której brzeg wolny w obrębie szpary był widoczny, okazywała w środku przedniej torebki kredowo-białe zaćmienie, sterujące w postaci małego stożka ku przodowi (*cataracta pyramidalis*). Wziernikiem nie widać szpary naczyniówkowej, ani żadnych innych zmian wrodzonych na dnie oka. Skiaskopia wykazuje ogromne różnice refrakcyi w obrębie szpary. Gdy w źrenicy w pobliżu zaćmy torebkowej zachodzi myopia wynosząca 27 D., to na obwodzie, poza wolnym brzegiem soczewki istnieje hyperopia, wynosząca 14 D. Tęczówka i soczewka wykonują przy ruchach gałki ocznej lekkie drgania faliste. Na rogówce nigdzie nie można było wykazać najmniejszego zaćmienia po przebytych wrzodzie, który możnaby wprowadzić w związek ze zaćmą biegunową przednią. Otoczenie dziecka przypisuje wrodzoną wadę w jego oczach przestraschowi, jakiemu miała uleż matka, będąc w ciąży. Wysoką krótkowzroczność uważa autor w tym przypadku za myopię soczewkową, spowodowaną zwolnieniem więzadła Zinna z następowym wypukleniem krzywizni soczewki. W zgodzie z tem pozostawałaby *iridodoneza*. Zaćmienie torebki odnosi się do przebytej w życiu płodowym sprawy zapalnej, która po sobie innych śladów nie pozostawiła. Tak więc zmiany wrodzone w opisanym przypadku są następstwem wpływów częścią teratologicznych, częścią patologicznych.

O jednostronnem rozszerzeniu źrenicy w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy płuc. (De la mydriase unilatérale dans la tuberculose pulmonaire au début). Bichelonne

Już przed kilku laty zwrócono uwagę na nierówność źrenic w przypadkach gruźliczego zajęcia szczytów płucnych. Autor opisyje przypadek 20letniego rekruta, który zgłosił się z powodu rozszerzenia źrenicy na oku prawem. Badanie wykazało mierne rozszerzenie źrenicy prawej, która po zasłonięciu drugiego oka rozszerzała się jeszcze bardziej, oddziaływała jednak zarówno na światło, jak na konwergencyę. Z tego, że po zasłonięciu drugiego oka i po zapuszczeniu kokainy źrenica już się więcej nie rozszerzała, wywnioskował autor, że rozszerzenie to nie było porażenne, lecz, że polegało na podrażnieniu włókien nerwu współczulnego. W zgodzie z tem przypuszczeniem pozostawało także nieco szersze rozwarcie powiek oka prawego w porównaniu z okiem lewym. Badanie ogólnie nie wykazało żadnych złoceń, z wyjątkiem zageszczenia w szczycie płuca prawego. Po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn, które mogłyby takie rozszerzenie źrenicy spowodować, wprowadził je autor w związek ze zmianą szczytową w płucu.

Nierówność źrenic przy gruźlicy płuc nie jest zjawiskiem

wyjątkowem. Wynika to ze statystyki Pernota, który w 324 przypadkach gruźlicy pierwszego stopnia znalazł 19 razy nierówność źrenic (1:17). Rozszerzenie źrenicy odpowiadało stronie zajętego lub bardziej zajętego płuca. W liczbie 352 przypadków gruźlicy drugiego stopnia stwierdził autor tę nierówność źrenic 27 razy (1:13). Wreszcie na 464 przypadków gruźlicy trzeciego stopnia, 66 razy zachodziła *anisocoria* (1:7).

Związek między rozszerzeniem źrenicy, a gruźliczem zajęciem płuc, zwłaszcza szczytów płucnych tłumaczy autorowie wzrostami opłucnowymi w okolicy najniższych szyjnych zwojów nerwu współczulnego. Wzrosty te uciskają *rami communicantes* i włókna okulopilarne, które wprowadzone w ten sposób w stan podrażnienia, powodują szersze rozwarcie szpary powiekowej i rozszerzenie źrenicy.

W przypadkach gruźlicy daleko posuniętej z rozpadem tkanki płucnej i z zserowaceniem gruczołów oskrzelowych mogą rzeczony włókna nerwowe ulegć zupełnemu zniszczeniu, czego następstwem jest obniżenie szpary powiekowej i zwężenie źrenicy. Pernot w statystyce swojej wymienia przypadki, w których we wczesnych okresach choroby istniało rozszerzenie źrenicy, a w okresie rozpadu modyficyzacji ustąpiła miejscem. Autor wykazuje ważne znaczenie rozpoznawcze tego wczesnego objawu gruźlicy płucnej. Aby jednak mieć prawo zachodzącą nierówność źrenic odnieść do sprawy gruźliczej w płucach, trzeba wykluczyć wszelkie inne przyczyny anizokoryi, jak syfilis, porażenie urazowe, organiczne choroby nerwowe, nowotwory w *mediastinum*, tętniaki aorty, guzy przełyku i t. p., nie mówiąc już o kroplach ocznych, wpływających na zmianę szerokości źrenicy.

Centrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 12. (Ref. Dr L. Gruder).

Pemphigus na spojówce. (Ein Fall von Pemphigus der Bindehaut). Dr Koerber w Berlinie.

Urzędnik 50letni przebył przed 3 laty kiłę. Od dwóch lat zapalenie powiek i spojówki. Rzęsy trzeba regularnie usuwać. Przed rokiem zapalenie tęczówki l. o.; wciěrki. Wysypki na ciele nigdy nie było. Ponadto od roku *diabetes* i *nephritis*.

Powieki zewnętrznie prawie bez zmian. Spojówki ciemnoczerwone i zgrubiałe w okolicy *limbus* i *placie semilunaris*. Załamek dolny znacznie skrócony z powodu sznurowatych fałdów spojówki, tak iż po lewej stronie dolna powieka na znacznej przestrzeni zrosnięta jest z gałką. Górny załamek obustronnie prawidłowy. W ka-

cikach wewnętrznych szpary powiekowej liczne zrosty powiek. Rogówki obustronnie czyste, lecz *limbus* otoczony zgrubionym wałem spojówkowym. Po lewej stronie na torebce ślady przyczepin tylnych. V. o. pr. = $0.75 D = \frac{5}{4}$, ok. l. = $1.0 D = \frac{5}{7}$. Pole widzenia i dno oka prawidłowe. Na podniebieniu liczne, białawe, okrągławe plamy.

Autor uważa ten przypadek za typowy *pemphigus conjunctivae* i pospolity *pemphigus* skóry i błony śluzowej. Pierwszy jest nader rzadki i przypada jeden przypadek na 21 tysięcy chorób ocznych. W $\frac{3}{4}$ przypadkach jest równocześnie zajęta i skóra, w $\frac{1}{2}$ inna błona śluzowa. W $\frac{1}{4}$ części *pemphigus* występuje wyłącznie na spojówce, wreszcie tylko zbliznowacenie (*Schrumpfung*) bez tworzenia pęcherzyków. Pergus nazywa ten ostatni rodzaj *essentielle Schrumpfung* *).

Pemphigus spojówki występuje prawie zawsze obustronnie, choć czasem lata mijają, nim i drugie oko zostanie tą chorobą objętem. Choroba dotyczy spojówki i pod nią leżącej tkanki łącznej, tworząc pęcherzyki lub miejsca krupowe. Najbardziej dotknięte są: dolny załamek, okolica *plicae semilunaris* i mięsko (Michel). Wadliwe ustawienie rzęś jest następstwem schorzenia powiek, skrócenia spojówek i przemieszczenia korzeni rzęś wskutek schorzenia głębszych części powiek. Schorzenie rogówki zwykle jest następowej natury.

Od jaglicy *pemphigus* różni się w ten sposób: Tworzenie się blizn przy jaglicy ma przewagę nad tworzeniem sznurowatych fałdów. Przy jaglicy tworzy się dość wcześnie na rogówce łuszczyka. Górny załamek jest częściej i silniej chorobą dotknięty, aniżeli dolny. Dłuższe trwanie jaglicy wywołuje zmiany w chrząstce powiek i powoduje nareszcie kserozę. Przy *pemphigus* niema blizn, żadnych zgrubień chrząstkowych, żadnych folikułów, łuszczyki, a górny załamek jest prawie całkiem wolnym. Natomiast jest zrośnięcie powiek z sobą i z mięskiem, czego przy jaglicy w tej postaci nie napotyka się.

Etyologia jest niejasną i terapia przeważnie symptomatyczna i niedostateczna.

Przypadek zapalenia spojówki „Parinaud“. (Ein Fall von Parinaud'scher Conjunctivitis). Dr L. Caspar w Mühlheim n. Renen.

U dziecka 6letniego przed 10 laty wystąpiło łzawienie, oedematyczne zgrubienie spojówki, silnie zaczerwienionej, przeważnie na gałce. Poniżej rogówki silnie odgraniczona, biaława błona o charakterze dyfterycznym. Rogówka prawidłowa. W okolicy *glandulae*

*) Nazwa dawniej już używana na oznaczenie zbliznowacenia spojówki przy pęcherzycy tejże bez pęcherzy.

parotidis silny obrzęk i jeden zgrubiały, bolesny gruczoł limfatyczny. Wstrzyknięto *dyfter. serum* i wymywano spojówkę sublimatem. Po 5 dniach spojówka gałki była pokryta licznymi błonami cienkimi i łatwo dającymi się odciągnąć. Dyfteryczny wysięk znacznie zmalał. W dolnym załamku 12—15 brodawek grubych, mało ponad powierzchnię sterujących. W następnych dniach wytworzyły się w znacznym stopniu i z wielką szybkością ciemnobrunatne, miękkie brodawki także w górnym załamku. Wogóle obraz ostrej jaglicy. Równocześnie pod prawą szczęką obrzmienie gruczołów limfatycznych i silny obrzęk skóry i tkanki podskórnej w okolicy od ucha do zewnętrznego kącika ocznego. Naciek ten musiano przeciąć.

Stopniowo wystąpił obrzęk górnej powieki, zgrubienie i obrzęk górnego załamka, wystającego ze szpary powiekowej. Gdy naciek górnej powieki znacznie przybierał w rozmiarach, przecięto go, przy czem wydostano znaczną ilość gęstej ropy. Po dalszych dwóch tygodniach zaczęły stopniowo zanikać i brodawki na spojówce, tak, iż po trzech miesiącach nie pozostał z nich żaden ślad.

Gorzej, aniżeli z nacieczeniem powiek, rzecz się miała z obrzękiem gruczołów podszczękowych i twarzy od oka do ucha. Musiano je przecinać, a gojenie trwało blisko cztery miesiące, z pozostawieniem licznych nieregularnych blizn.

1906. Z. 1.

Przyrodzone lymphangioma powiek, oczodołu i oka.
(Ueber das angeborene Lymphangiom der Lider, der Orbita und des Gesichtes). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor opisuje dwa przypadki z własnego spostrzegania. Oba przypadki miał autor sposobność badać we wczesnym wieku; posiadały one dotąd nieopisane znamię, mianowicie rozszerzenie naczyń limfatycznych na spojówce gałki ocznej. Oba były przez dłuższy czas (pierwszy przez 16, drugi przez 20 lat) obserwowane.

Pierwszy przypadek. Dziecko 2letnie w r. 1874 posiadało obrzmienie na prawem oku. Górna powieka prawego oka kulisto obrzmiła pokrywa całkowicie gałkę. Obrzmienie miękkie, daje się opaską kilkodniową zmniejszyć, lecz po zdjęciu opaski po kilku już minutach powraca do pierwotnej wielkości. Mniejsze takie obrzmienie znajduje się między grzbietem nosowym a wewnętrznym kącikiem powiekowym. Prawdopodobnie to ostatnie obrzmienie utrudnia ruchy gałki do znacznego stopnia, mimo silnych ruchów lewego oka. Rogówka, tęczówka i dno oka niezmienione, tylko spojówka gałki wcale nie zaczerwieniona, zawiera delikatną siatkę silnie wypełnionych naczyń limfatycznych. Spojówka powiek zdawała się być prawidłową.

Autor uważał to za *lymphangioma* i doradzał częściowo usunąć je.

Po cięciu międzyrząbkowem i odpreparowaniu płatu skór nego wyjęto tkankę, zawartą między skórą a spojówką i zaszyto; owalny kawałek skóry powiekowej również wycięto. Po kilku tygodniach dziecko mogło otworzyć szparę powiekową.

Mikroskopijne badanie wykazało tylko prawidłowe składniki powiek (mięśnie i tkankę łączną), żadnych zaś elementów nabłonkowych.

W dalszym czasie zrobił autor jeszcze trzy takie częściowe operacye, tak że powieka oka prawego była prawidłowej grubości, tylko wisiała na dół. Naczynia limfatyczne były widoczne jeszcze, duo oka prawidłowe. Po 6 latach *antepositio* mięśnia *rectus superior*, później operacya przeciwko *ptosis*. Po 10 latach, kiedy więc pacjent był w 18 roku życia, wynik był nader zadowalający.

Drugi przypadek dotyczy 5letniej dziewczynki, która przez 19 lat była w obserwacyi. Cała lewa strona twarzy była zajęta przez *lymphangioma*. Lewe oko wystawało z poza oczodołu, przy czem miało jednak ruchy i bystrość wzroku nienaruszone. Także na łęczówce znajdowały się wrodzone rozszerzenie naczyń. Na gąłce charakterystyczne rozszerzenie naczyń limfatycznych, łączących się razem w załamku i mięsku. Po lewej stronie grzbietu nosowego elastyczne zgrubienie.

W narkozie wycięto klin z lewej strony twarzy i grzbietu nosowego. Po dalszych siedmiu latach silny krwotok do spojówki gąłki i do powiek lewej strony. Nosowa strona spojówki, wypełnionej krwią, wystawała ze szpary powiekowej. Na dnie oka rozszerzenie i skręcenie naczyń żylnych i zblednięcie tarczy. Zimne okłady polepszyły stan. Takie krwotoki powtarzały się jeszcze cztery razy w odstępach od jednego do trzech lat, przy czem wytwarzało się stopniowe wyżłobienie tarczy nerwu ocznego po stronie skroniowej. Bystrość wzroku zmalała do liczenia palców na 5 stóp. W międzyczasie obie powieki, zwłaszcza górna, silnie zgrubiały, wskutek czego usunięto je zabiegiem operacyjnym, polegającym na wycięciu klinowatym i zaszyciu rany. Powieki mogły się już dowolnie otwierać i tworzyć wyraźną szparę powiekową tak, iż wynik kosmetyczny był nader zadowalający.

Anatomiczne badanie wyciętego kawałka z *cutis* wykazuje liczne różnokształtne przestrzenie limfatyczne, miejscami ze sobą komunikujące i wyłożone warstwą nabłonka. Przestrzenie te przeważnie są próżne, mniej zaś wypełnione masą ziarnistą lub krwią. Tkanka podskórna obfituje w tłuszcz i naczynia krwionośne.

Clin. Ophth. Nr 21—24. 1905. (Ref. Dr A. Bednarski).

Doraźne przerwianie choroby w przypadku ciężkiej blennorrhoea adulltorum (Ophthalmie blennorrhagique grave de l'adulte jugulé en 4 jours). Dr Darier.

Patrz Postępowanie Okulistyczne str. 419. 1905.

Jaskra i sympatektomia (Glaucome et sympathectomie).
Dr Dor.

Krótki opis dwóch przypadków chorobowych. 1) Po irydektomii wykonanej u alkoholika z powodu jaskry ostrej na jednym oku, jaskra przybrała postać krwotoczną, wykonano sympatektomię, po której zrazu nastąpiła poprawa, w kilka miesięcy jednak później przyszło do zaniku tarczy nerwu wzrokowego. 2) Jaskra na obu oczach z przebiegiem przewlekłym, wzrok pr. o = 0:025, l. o. = 0:020. Wykonano sympatektomię na lewym oku, zaś irydektomię połączoną z irydodializą na prawym oku. Wzrok na obu oczach poprawił się, w pół roku po operacji wynosił na obu 0:20, chory mógł wykonywać swoje zajęcie. D. sądzi na tej podstawie, że sympatektomia jest operacją tak samo przeciwjaskrową jak irydektomia.

Łzawienie krwawe przy wrodzonym wadzie wzroku (Larmes sanguines au cours du tabès). Dr Coopmann.

Chory dotknięty niedowładem kończyn, trwającym od dwóch lat, zaczął bez żadnej przyczyny łzawić krwią z oka prawego. Skoro objaw ten powtórzył się kilkakrotnie, chory zgłosił się do zbadania. Badanie nie wykazało żadnych widocznych zmian w oku. — Przypadki łzawienia krwawego znane są przy szkorbcie, anemii, hysterii, jakoteż u krwawców. Wyżej opisany chory nie okazywał żadnych znamion wspomnianych cierpień, wobec czego nasuwa się przypuszczenie, że łzawienie to krwawe stoi w związku ze zmianami organicznymi, zależnymi od władu. Przypuszczenie to usprawiedliwiają znane przypadki drobnych wybroczyn na błonach śluzowych i skórze, zdarzające się u tabetyków.

O zapaleniu twardówkowo-rogówkowym odnośnie do przypadku niewiadomego pochodzenia (Sur les scléro-keratites, à propos d'un cas de nature indéterminée). Dr J o c q s.

W sprawie operacji gradówki sposobem Antonelli (Une observation au sujet de l'opération intermaginale du chalazion de M. Antonelli). Dr B a u d o i n.

Gwajakol w leczeniu chorób ocznych (Le gajacol en thérapeutique oculaire). Dr T e r s o n.

Jak nasi mistrzowie operują dzisiaj zaćmę (Comment nos maîtres opèrent aujourd'hui la cataracte).

Pod tym tytułem rozpoczęła redakcyja »Clin.-ophth.« druk ciekawego interwiewu z wielu wybitnymi okulistami francuskimi i zagranicznymi, jak Wecker, L a p e r s o n n e, L a n d o l t, S n e l l e n, P a g e n s t e c h e r, C z e r m a k, M i c h e l, F u c h s i w. i. dotyczącego sposobu operowania zaćm. Streszczenie odkładam do ukończenia pracy, nadmieniam tylko, że redakcyja »Clin.-ophth.« chętnie otwiera łamy swego pisma, dla wszystkich swych czytelników, którzy mają coś interesującego do nadmienienia w sprawie operacyi zaćmy.

Deutsche med. Wchschrift. Nr 34. 1905. (Ref. Dr Sternbach)

Przyczynek do leczenia siennego zapalenia spojówki (Notiz über Therapie des Heufiebers). K u h u ł z Królewca.

Autor opisuje przypadek siennego zapalenia spojówek, wyleczonego zapomocą anestezyny R i t s e r t a. Środką tego użył za poradą docenta K a l e m a n n a, który u tego samego chorego użył tego środka na błony śluzowe nosa z bardzo dobrym skutkiem.

Chory od długiego czasu bardzo cierpiał na niezyt sienny nosa i oczu, i rozmaite przez rozmaitych lekarzy stosowane środki zawodziły lub tylko chwilową ulgę przynosiły.

Dopiero anestezyna w ciągu 4 tygodni zupełne wyleczenie sprowadziła. Zmiany w nosie także dopiero po zastosowaniu anestezyny do oka zupełnie ustąpiły. Tłumaczy to autor w ten sposób, że łyży przenosiły środek ten na skroniową powierzchnię dolnej muszli nosa, dokąd przez wdmuchiwanie wprost do nosa dostawać się nie mógł. Autor używał z początku mieszanki anestezyny z kwasem borowym 1:5, potem stopniując, doszedł do stosunku 1:1. Zасыpywał spojówki zapomocą zwyczajnego pędzla 2—3 razy dziennie. Chory doznawał coraz większej ulgi, a po 4 tygodniach zupełnie był wyleczony.

Wyleczenie gruźlicy oka zapomocą surowicy Marmorka. Dr. S c h w a r t z. Gliwica.

Autor opisuje typowy i bakteriologicznie stwierdzony przy-

padłek gruźlicy oka, znaleziono bowiem w wydzielinie łzowej i w odcińku obrzękłej i zaczerwienionej spojówki i prątki Kocha. Zachęcony dobrym wynikiem tejże surowicy przy gruźlicy krtani postanowił autor i w tym przypadku stosować surowicę. Z początku wstrzykiwał co 2gi dzień po 5 cm² w skórę brzucha, później po 10 cm².

Po 37 iniekcjach, t. j. po użyciu 289 cm surowicy przeciwgruźliczej Marmorka nastąpiło zupełne wyleczenie. Gruźlica oka w danym przypadku powstała przez uraz, bo chory żadnych zresztą zmian ogólnych nie okazywał. W rodzinie również gruźlicy nie stwierdzono.

Kliniczny przebieg choroby był następujący: Dnia 9 stycznia 1904 r. chory uderzony został kawałkiem ziemi w prawe oko. Spojówka gałkowa w miejscu odpowiadającym szparze powiekowej silnie zaczerwieniona i obrzękła, reszta spojówki, rogówka i inne części oka prawidłowe. 20 stycznia powstały na spojówce liczne wyniosłości czerwone, które 15 lutego przeszły w żółte ropne nacieki.

22 lutego stwierdzono w wydzielinie łzowej liczne prątki Kocha, tegoż dnia wstrzyknięto też po raz pierwszy 5 cm² surowicy. Prócz zmian w oku utworzył się na górnej powiece guzek, od którego zgrubiły sznur limfatyczny do gruczołu przyuszego prowadził; pod uchem prawem zropiały gruczoł.

Trzeciego dnia po iniekcji zaczęły żółte ropne nacieki znikać, a po 15 dniach, t. j. po wstrzyknięciu 49 cm² surowicy nie było ani jednego nacieku więcej na spojówce, która stawała się też bledszą a gładszą. 16 marca, t. j. w 22 dniu leczenia, wystąpiły na rogówce punkcikowate nacieki, które w połowie maja gładkim przybłonkiem się pokryły.

23 maja, t. j. w 90 dniu leczenia po wstrzyknięciu 276 cm² surowicy, spojówka gałkowa białozółta jeszcze trochę zgrubiła, a 8 czerwca po użyciu 289 cm² surowicy, oko przedstawiało się prawidłowo. — Zupełne wyleczenie.

Nr 47. 1905.

Doświadczenia kliniczne nad dioniną jako środkiem wchłaniającym i znieczulającym (Experimentelle und klinische Erfahrungen über Dionin als locales Resorbens und Analgeticum in der Augenheilkunde. Prof. Axenfeld.

Opierając się na własnych ścisłych doświadczeniach w swojej klinice dokonanych, przypisuje autor dioninie następujące własności.

1) Dionina ma działanie wchłaniające, usuwa szybko złogi z tylnej powierzchni rogówki przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego; przyspiesza znacznie wessanie krwi w przedniej komorze i powoduje wyjaśnienie plamek rogówkowych.

2) Popiera działania ezeryny w jaskrze i atropiny przy zapaleniach tęczówki, choć, zdaniem autora, dionina sama przez się na źrenicę wpływu nie wywiera.

3) Dionina ma działanie analgetyczne, nie działa ona powierzchownie ale głęboko na sam nerw lub nawet, jak Darier twierdzi, na ośrodki mózgowo. Nie nadaje się dlatego do znieczulania miejscowego, lecz do uśmierzania bólu w oku. Szczególnie nadaje się dionina w tych przypadkach, gdzie kokaina jest przeciwwskazana, jak przy erozjach rogówkowych, *keratalgia traumatica*, *herpes corneae febrilis*, *keratitis dendritica* i t. p. Dionina bowiem w tych przypadkach nie tylko uśmierza ból, ale nawet się przyczynia do szybszej odnowy przybłonka.

Patologia jaglicy. — Berl. klin. Wechschrift. Nr 41. 1905.
Goldzieher.

Autor zestawia czynniki etyologiczne jaglicy i twierdzi, że wedle dzisiejszego stanu nauki tylko drobnoustroje jako przyczynę tej choroby uważać należy. Dotychczas nie zdołano ich jednak wykazać, bo wszelkie w wydzielinie trachomatycznej lub w ziarnach znalezione bakterie nie są w stanie jaglicy wywołać. Ultramikroskopijne twory Rachlmana nie okazały się również chorobotwórczymi dla jaglicy, jak to doświadczalnie wykazali Kuhn i Pfeiffer.

Przechodząc historycznie przebieg kliniczny jaglicy od chwili pierwszego epidemicznego jej wystąpienia przed stu przeszło laty wykazuje autor, że w pierwszych trzydziestu latach, jak ówczesni autorowie zgodnie opisują, choroba ta jako ostre, złośliwe, ropne zapalenie spojówek występowała i z powodu zupełnej nieznamomości środków profilaktycznych i terapeutycznych, jak również z powodu złych stosunków zdrowotnych z nadzwyczajną gwałtownością się szerzyła.

Peringer dopatrywał się nawet związku przyczynowego między prawdziwą jaglicą a ostrem zapaleniem rzeżączkowym. Zapatrywanie to podzielali także Art i Stellwag, inni znowu jak Greeff, Axenfeld i Saemisch, uważają je za zupełnie odrębne, do siebie nie należące choroby, udowadniając to w ten sposób, że ostre zapalenie rzeżączkowe nigdy nie przechodzi w stan

przewlekły i nigdy nie pozostawia po sobie blizn tak bardzo dla jaglicy zuamiennych.

Autor w sprawie tej zajmuje stanowisko pośrednie. Twierdzi bowiem, że ostre zapalenie rzeżączkowe spojówek często w chronicznie przechodzi i jako takie do zgrubienia, a nawet do zbliznowacenia błony śluzowej prowadzi. Nie uznaje on identityczności obu chorób, ani ich w związku przyczynowym do siebie nie stawia, ale twierdzi, że w pewnych okresach tak są do siebie podobne, że się klinicznie odróżnić nie dadzą. Dlatego też radzi, by lekarze rządowi ze względów praktycznych i profilaktycznych jednakowe do obu wspomnianych chorób stosowali przepisy, bo obie chroniczny i epidemicznie zakaźny charakter przyjmować zwykły.

Przechodząc do anatomii patologicznej sprawy jaglicowej, zestawia autor znane jej znamiona, jak rozlany, komórkowy, w głąb aż do gruczołów Meiboma drążący naciek błony śluzowej, powodujący zgrubienie spojówek; przerost ciała brodawkowego z powodu zastojów żylnych i nacieczenia warstwy przybłonkowej komórkami okrągłymi, które z powodu gęstego i gromadnego ułożenia tworzą t. zw. follikuly czyli ziarna jaglicowe. Znalezione w tychże komórkom olbrzymim przypisuje autor rolę fagocytów. Zwraca uwagę, że jakkolwiek t. zw. *granula* w przeważnej części wypadków jaglicy istnieją, to jednak nie są one bezwarunkowym objawem tejże choroby, bo w innych chorobach podobne ziarna występować mogą, dlatego radzi, by wszystkie inne objawy kliniczne przy rozpoznawaniu *trachoma* pod ścisłą brano uwagę.

Powstanie blizn tłumaczy autor w ten sposób, że nacieki tkankowe i zawartość ziarn rozmiękają i ulegają wessaniu, poczem w ich miejscu tkanka łączna się tworzy. Ta sama sprawa odbywa się także w głębszych warstwach powieki, przez co powstaje tak często przy *trachoma* spostrzegane *entropium* i *trichiasis*.

Łuszczkę jaglicową nie uważa autor za swoisty przez tkankę trachomatyczną utworzony produkt, lecz powstanie jej tłumaczy w ten sposób, że przybrzeżne nacieki i wrzody rogówkowe wskutek przewlekłego i długotrwałego przebiegu zmian chorobowych na spojówce i spowodowanego przez to złego odżywienia rogówki przechodzą w łuszczkę.

Dr Sternbach.

Nowe badania doświadczalne nad keralitis aspergillina (Nouvelles recherches sur les kératites aspergillaires expérimentales) R o l l e t i A u r a n d. — Revue générale d'Ophthalmologie. — Nr 12. R. 1905.

O ile zmiany patologiczne, wywołane w płucach, wskutek rozwoju grzybka z rodzaju *aspergillus* oddawna są znane dzięki klinicznemu i doświadczalnemu pracom Mayera, Benetta, Virchow'a, Stiedy później Kocha, Chantmessa, Widala, a wreszcie Rénona, o tyle sprawą kropidlakowego zakażenia oka, a w szczególności rogówki zajęto się dopiero w ostatnich latach. Autorowie znaleźli w literaturze tylko 16 pewnych spostrzeżeń, w tej liczbie pierwsze spostrzeżenie ogłoszone w r. 1879 przez Lebera i szereg następnych, które autorowie wymieniają w porządku chronologicznym: Fuchs (1894), Uthoff i Axenfeld (1896), Schirmer (1896), Uthoff i Axenfeld (1897), Wieherkiewicz (1900), Collomb (1900), Markoff (1900), Basso (1900), Gentilini (3 przyp. 1900), Moores, Ball (1901), Buchanan (1903), Martin (1904). We wszystkich tych przypadkach sprawa chorobowa rozpoczęła się, od zranienia rogówki podczas zajęć rolniczych. Przebieg choroby bywał z reguły długi i ciężki, naciek, a raczej nalot grzybkowy nie prędzej ograniczał się zazwyczaj i odeinał rowkiem demarkacyjnym od pozostałej rogówki, jak po upływie miesiąca. Często przychodziło do nagromadzenia się ropy w przedniej komorze i do następowego zapalenia tęczówki, w kilku przypadkach doszło nawet do przebicia rogówki i do utraty oka. Ciężki i złośliwy przebieg zakażenia tłumaczy autorowie tem, że grzybek zagnieżdża się zwykle w środku, lub w pobliżu środka rogówki, a zatem w miejscu dla reparacyjnego unaczynienia najtrudniej dostępnem. Prawie we wszystkich przypadkach grzybek wywołujący zakażenie należał do odmiany *aspergillus fumigatus*.

Autorowie postanowili przeprowadzić szereg doświadczeń na królikach w celu zbadania chorobotwórczości wielu innych odmian kropidlaka. Wykonali trzy szeregi doświadczeń w pierwszym zakażali zarodnikami grzybka linią, powierzchowną ranę rogówki królika, zadaną ostrym nożykiem w warunkach możliwie aseptycznych. W drugim szeregu doświadczeń po dokonaniem zakażenia takiejże samej rany zeszywali powieki na przeciąg 48 godzin, w trzecim dokonywali zakażenia rany, przebijającej rogówkę, wprowadzali więc temsamem zarodniki grzybka także do przedniej komory i taksamo zeszywali powieki. Zbadawszy w ten sposób wśród zresztą możliwie jednostajnych warunków jadowitość całego szeregu odmian kropidlaka, doszli autorowie do następujących wniosków:

Najbardziej chorobotwórczym dla rogówki królika jest *aspergillus fumigatus*, który wytwarza obraz kliniczny *mycosis corneae* najbardziej zbliżony do tego, jakie spostrzegamy u człowieka.

Prawie równą jadowitością odznacza się *aspergillus flavus*,

wytwarzający na rogówce królika żółte naloty. Trzecie miejsce zajmuje *aspergillus oryzae*, działający chorobotwórczo tylko w młodych hodowlach. *Aspergillus niger*, *A. ficum* i *A. Wentii* są w znacznym mniejszym stopniu szkodliwe. *Aspergillus glaucus*, *A. ostianus*, *A. minimus*, *A. clavatus*, *A. varians* i *A. novus* nie są dla królika chorobotwórczymi, ponieważ w doświadczeniach autorów nie zdołały się przyjąć na króliczej rogówce. K. W. Majewski.

Bezład przemijający nerwu odwodzącego wskutek urazu. (Paralysie transitoire du moteur oculaire externe d'origine traumatique). Grand-Clement.

Pewien młody górnik w kopalni węgla padł ofiarą nieszczęśliwego wypadku. Doznał mianowicie zgniecenia głowy, która dostała się między dwa wózki naładowane węglem. Głowa została zgnieciona w kierunku skośnym od lewej skroni ku prawemu wyrostkowi sutkowemu. Robotnik przytomności nie stracił, ale dostał krwotoku z nosa i z ucha prawego. Zaraz też po wypadku zaczął widzieć podwójnie. Badanie w klinice okulistycznej prof. Rolleta, wykazało porażenie nerwu odwodzącego, prawego, czego następstwem była *diplopia horizontalis homonyma*. Oko prawe było nieco wysadzone, spojówka gałki krwawo podbiegła, a bystrość wzroku do $\frac{2}{3}$ obniżona przy braku wszelkich zmian wziernikowych. Równocześnie stwierdzono niedowład prawego nerwu twarzewego. Wszystkie te objawy z biegiem tygodni stopniowo ustępowały, a powtórne badanie podjęte w dwa miesiące po wypadku wykazało zaledwie ślad dwuwidzenia.

Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tych urazowych porażień nerwowych. Krwotok z ucha i z nosa przemawiał za pęknięciem podstawy czaszki, a zajęcie nerwu odwodzącego i twarzewego za powstaniem szczeliny w kości skalistej. Przy pęknięciu kości skalistej w pobliżu jej dośrodkowego końca łatwo przyjąć może do zupełnego przerwania nerwu odwodzącego, co jednak pociągnęłoby za sobą trwałe, a nie przemijające porażenie. Dlatego to, w przypadku swym, przypuszcza autor raczej ugniecenie nerwu przez krew wylaną z pękniętej zatoki skalistej. Ucisk takiego krwotoku jest tem znaczniejszy, że nerw przeciska się ponad grzbietem kości skalistej, leżąc między okostną a oponą twardą. W podobny też sposób tłumaczy autor przemijające porażenie nerwu twarzewego, przypuszczając krwotok z *art. stylo-mastoidea* do ciasnego kanału Fallopa. K. W. Majewski.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Akademia nauk w Paryżu

Na posiedzeniu z dnia 11 września 1905 r. przedłożył Ullmann wyniki swych spostrzeżeń o związku między okrężnem drganiem powiek (*clignement vibratoire*), a początkiem różnych chorób nerek. Drganie to dotyczy przeważnie powieki górnej, rzadziej dolnej i bywa zazwyczaj jednostronne. Trwa ono rozmaicie długo, od kilku minut do pół godziny i dłużej, a powtarza się w nieregularnych odstępach czasu. Zdaniem autora, który objaw ten od 10 lat we wielu przypadkach spostrzegał, drganie to powiek jest jednym z najwcześniejszych następstw samozatrucia przy niedomodze nerek, z jakiegokolwiek powodu powstałej i we wielu razach jest zwiastunem poważnego cierpienia nerek, o czem nas wkrótce przekonywa badanie moczu. W przypadkach przelotnego zadrażnienia nerek opisany objaw oczny znika w krótkim czasie po odpowiedniem uregulowaniu diety i po usunięciu przyczyny, szkodliwej na nerki oddziaływającej. Bezpośredniej przyczyny drgania powiek w okresie początkowym chorób nerkowych szuka autor w zadrażnieniu włókien nerwów trójdzielnego i twarzowego. (Według *Annales d'oculistique*).

K. W. Majewski.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Doc. Dr Rudolf Schelske zmarł w Berlinie w 76 r. życia.

Dr Swan M. Burnett, prof. oftalmologii i okuotologii przy George town University School of Medicine.

Prof. Dr Kostenicz zmarł w Petersburgu. Był krótki czas prof. okulistyki w Warszawie.

Dr Struve, radca san., dyrektor zakł. leczniczego dla chorych ocznych zmarł w Gliwicach na Szląsku.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

DR. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BALLABANA, DOC. DRA
BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE
ŁWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO,
PROF. ULTZA W KRAKOWIE, DRA KRĄMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO
W DYNABURGU, DRA RIBSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE,
DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec
Kwiecień

— ROKNIK ÓSMY —

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śródbłoniak.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Velhagen*), idąc za Elsch ni g'em zalicza brodawczaki (papillomaty) do nowotworów polipowatych; na podstawie przypadków podanych w piśmiennictwie i swoich własnych daje on taki ogólny obraz brodawczaka: brodawczak jest barwy różowoszarej lub różowej, powierzchnia jego czasem gładka, częściej nierówna, podstawa szeroka lub szypułkowata; mieści się brodawczak na spojówce gałki i na spojówce powiek, na załamku worka spojówki, na załamku półksiężycowatym, na mięsku łąkowym; często w kącie wewnętrznym oka, bardzo rzadko w kącie zewnętrznym.

*) Velhagen, Ueber die Papillombildung auf der Conjunctiva. *Vossius' Sammlung*. 1904. Band V, Heft 7.

Z budowy brodawczaki podobne są do szyszkowin (kondylomaty), pokrywa je gruba warstwa nabłonka, a nie tylko grubozornie*), ale nawet drobnoczornie trudno, niekiedy niemożliwie, rozpoznać brodawczak od raka.

Dnia 31 czerwca 1904 r. zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance właściciel ziemski z Litwy, p. D. D., lat 37, skarżąc się na ból i obrzęk oka lewego. Przed czterema tygodniami p. D. zauważył na spojówce powieki dolnej oka lewego mały pryszczyk, który usunięto. Wkrótce jednak potem w miejscu, gdzie się znajdował pryszczyk, wytworzyła się ziarnistość, którą leczono przyżeganiem 2% roztworem azotanu srebra. Chory utrzymuje, że po dwutygodniowym leczeniu było mu znacznie lepiej: ropienie ustało zupełnie, a stan powieki dolnej tak się poprawił, że chory powrócił do domu.

Po tygodniu jednak nastąpiło znaczne i nagłe pogorszenie, a ponieważ lekarz, u którego się uprzednio leczył, wyjechał, zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance.

Chory jest mocnej budowy i z wyraźną skłonnością do tyfca; przed dwudziestu laty przebywał kiłę, ale wyleczony nigdy odłąd żadnych oznak przebytego cierpienia nie miał, na żadną też inną chorobę aż dotąd nigdy nie chorował; jest żonaty i ma zdrowe dzieci. Oko prawe zdrowe, powieki oka lewego mocno obrzmiałe; przy rozwieraniu powiek wylewają się obfite łzy i skąpa wydzielina śluzowa. Spojówka powieki dolnej, górnej, załamka i spojówka galkowa mocno przekrwione, a rogówka na całym obwodzie przyległym do spojówki pokryta licznymi naciekami wielkości ukłuc igły. Na dolnej powiece oka lewego, w odległości 4 mm. od mięska łzowego, znajduje się chropawa wyniosłość barwy brudnej czerwonawo-żółtej, wielkości 1 cm. kw. Nie ma żadnych owrzodzeń ani na samej wyniosłości, ani na jej granicach. Po wykluczeniu jaglicy, nieżyty wiosennego, gruźlicy i koły (kiłę przebywał wprawdzie chory, ale przed laty dwudziestu i leczony zupełnie prawidłowo nie miał aż dotąd ani razu nawrotów) pozostawało więc tylko

*) Grubozorny = makroskopowy, drobnoczorny = mikroskopowy.

rozstrzygnąć pomiędzy nowotworem łagodnym (brodawczak), a złośliwym. Gdy chory zgodził się na usunięcie nowotworu, 4-go sierpnia czterema cięciami oddzieliłem pod kokainą nowotwór od zdrowego utkania spojówki, od podłoża zaś usunąłem nowotwór razem z częścią chrząstki.

Już na drugi dzień 5 sierpnia zarówno ogólny stan chorego jak i wygląd oka operowanego był nie do poznania. Na czwarty dzień wszystkie objawy zapalne ustąpiły i wtedy dopiero zauważyłem, że pozostały jeszcze dwa maleńkie guziczki: jeden tuż przy linii cięcia od strony mięska łzowego, a drugi na samym mięsku łzowym, obydwa wielkości ziarn makowych.

Po usunięciu tych guziczków poprawa następowała tak szybko, że już po dwóch tygodniach chory wyjechał zupełnie wyleczony.

Pozostało jednak pytanie z jakim nowotworem mieliśmy do czynienia, a miało ono znaczenie nie tylko naukowe, ale i życiowe ze względu na trwałość wyleczenia i spokój chorego.

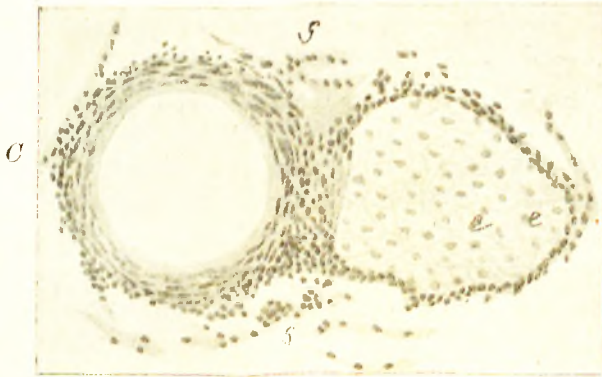
Dla rozstrzygnięcia tego pytania część nowotworu przesłałem p. Dr. Konradowi Rumszewiczowi w Kijowie, który nie tylko zbadał, ale i przesłał mi preparat drobnozorny nowotworu. Drugą część badał Dr Rippe z Dorpatu, obecnie zamieszkały w Dźwińsku.

Obydwom PP. Kolegom składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

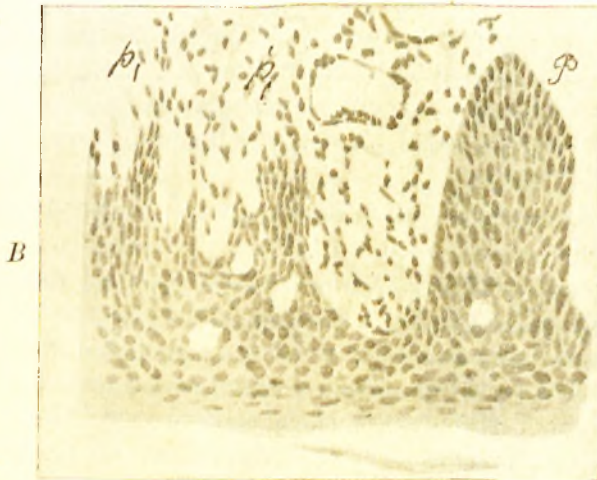
Zarówno jednak kol. Rumszewicz jak i kol. Rippe nie wypowiedzieli się stanowczo. Przytem kol. Rumszewicz przychylił się do rozpoznania w nowotworze śródbłoniaka, a kol. Rippe wahał się w rozpoznaniu pomiędzy nabłoniakiem a brodawczakiem. I rzeczywiście są w nowotworze miejsca znamienne dla śródbłoniaka, są inne znamienne dla nabłoniaka, ale znowu znacznie więcej jest takich miejsc, które wskazują na typowy brodawczak. Za rozpoznaniem brodawczaka przemawia i wielogniskowość nowotworu (guziczki po za granicami wyniosłości).

Zdaje się więc, że mamy w danym wypadku postać

mieszana, mianowicie brodawczak, który może pod działaniem podrażnień przyżeganiem w jednych miejscach przechodzi w na-



Rys. 1.



Rys. 2.

błoniak, a znowu w innych w śródbłoniak. Szczególniej znaczącym jest miejsce oznaczone na rys. 1, B. przez p. p.: "wi-

dzimy tutaj obok prawidłowych brodawek (P) znamiennych dla brodawczaka miejsca oznaczone przez p, p, gdzie komórki nabłonkowe przekroczyły graniczną właściwą i rozsiały się pośród tkanki łącznej, a znowu na rysunku 2, C widzimy komórki śródłonkowe, przenikające do tkanki łącznej.

Niezwykłe silne krwawienie spojówki powłkowej po przypaleniu jaglic.

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Wynacznienia silniejsze spojówki zdarzają się często nieraz po lekkich jak wiadomo obrażeniach czy to przypadkowych czy to po rękoczynach leczniczych, np. zastrzyknięciach podspojówkowych rozczynów soli. Widywałem je tak znaczne, iż cała spojówka gałki aż po załamki ciemną krwią podbiegniętą była, a nawet występowały krwistki podspojówkowe.

U dzieci po wysiłkach cielesnych, dalej po kokluszu bardzo wybitne wynacznienia sam podobnie, jak niewątpliwie inni koledzy widywać miałem sposobność.

Wynacznienia spojówkowe samoistne u osób starszych miazdźcą naczyń dotkniętych są znanym objawem; uspakaając zaniepokojonych co do oka chorych, przedstawiać zwykłem objaw jako przestrogę w obec niebezpieczeństwa, jakie chorym grozi w razie nieprzestrzegania pewnych higienicznych przepisów.

Zdarzają się takie wynacznienia także po wymiotach, jako i w chorobie Barlowa, Werlhoffa i w skorbutcie.

Krwawienia i wynacznienia po operacji wykonanych na powiekach nie wchodzi tutaj w grę, gdyż nie o spojówkę, która nieraz przy tem może doznać również przecięcia, ile o większe chodzi naczynia skórne.

Mało znane są krwawienia podspojówkowe przy zaburzeniach miesiączkowania jako zastępcze. I tak Evan (*Vicarious menstruation Amer. Med. N. 14 1903*) opisuje ciekawy odnośny przypadek, w którym przyszło do znacznego krwawienia u kobiety 42 letniej po ustaniu miesiączki.

Ciekawe są również krwawienia podspojówkowe wskutek ucisku klatki piersiowej względnie trzewów brzusznych. Sposzregali je Hueter i Voigt (*Willers Inaug. Dissert. 1875*). Perthes (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie t. 50 p. 436*), później Braun (tamże t. 51. p. 599), dalej z okulistów Wagemann w r. 1900 (*Arch. f. Ophth. t. 51 p. 551*), Pichler (*Zeitschrift f. Augenheilk. 1903*). Jak Wagemann na podstawie kilku przypadków z kliniki prof. Lebera a, później kilku innych z kliniki chirurgicznej Czernego w przytoczonej pracy wykazał, rozechodzi się przy tem o zastój w żyłach głowy wskutek ucisku czy to klatki piersiowej czy też brzucha.

Wszystkie te zazwyczaj tylko podspojówkowe krwawienia prędzej czy później same *cessante causa* znikają bez jakiegokolwiek interwencji lekarskiej. Krwawienie zaś ze spojówki przyżeganej z powodu jaglicy należy bądź co bądź do niezwykle objawów, a że taki przypadek wymagał nawet dość energicznej pomocy, niechaj mi go wolno będzie w krótkości opisać, tem więcej, iż budzi on nietylko kazuistyczne zajęcie, ale może pewne dać wskazówki pod względem terapeutycznym.

Tadeusz K. 10 letni syn wachmistrza zgłasza się do kliniki 22/4 1905. Rozpoznano *conj. catarh. granula dispersa*. Matka podaje, że chłopiec poprzednio przez okulistę był leczony na jaglicę. Zrazu przepisano mu *zinc. sulf.* ze sublimatem a dopiero z początkiem roku szkolnego, gdy chłopca z powodu wzmożenia dolegliwości ocznych ponownie przedstawiono, dla zasięgnięcia porady w klinice, usiłowano zrobić wypalenie, przed którym jednakże malcowi udało się ucieczką ująć. Dopiero w połowie grudnia wypalono kilka ziaren. To miało się, jak odnośny asystent zapewniał, jeszcze kilką razy ponowić, ale bez znaczniejszego krwawienia. Dopiero w dniu 15/1 gdy osta-

tni raz wypalono kilka jaglic, chory bardzo niespokojnie się zachował, a po wypaleniu stwierdzono »niewiele silniejsze krwawienie«. Zastosowano suprareninę i maść kseroformową.

Dnia 18/1 zgłasza się matka z dzieckiem w pomieszkaniu mojem zaniepokojona tem, iż w nocy następującej po ostatnim wypaleniu oko miało krwawić a cała poduszka miała być krwią zbroczona. Badając znalazłem dość silne ale nie liczne wgłębienia w załamkach dolnych przejściowych obu ócz przeważnie jednak lewego przyżeganiem stworzonych. Po usunięciu powierzchownych strupów, dałem maść kseroformową i założyłem opaskę zwojową uciskową.

Nazajutrz przyprowadzono chłopca do kliniki. Prócz wgłębień spojówkowych nie widać żadnych wybitnych zmian u małego pacyenta bardzo zresztą bladego. Gdy później matka zeznała, że krwawienie jeszcze się powtarza poleciłem dn. 22/2 chłopca przyjąć do kliniki na stały pobyt dla obserwacji. Założono po włożeniu maści kseroformowej opaskę, a gdy wieczorem przy zmianie opaski na płatku znowu krew się pokazała, założono opaskę ściślejszą uciskową i takową wedle polecenia pozostawiono przez dwie doby. Od tego czasu krwawienie ustało, a 25/2 zaznaczyłem, iż po zdjęciu opaski nie było śladu krwi. Wgłębienia po wypaleniu zupełnie się wyrównały. Chłopca wypuszczono, a gdy się stosownie do danego polecenia zjawił znowu w klinice dn. 2/3 stan ogólny a także spojówek okazał się zadawalniającym.

Reguła *multiplicitas casuum* miała i w tym wypadku znaleźć potwierdzenie.

Dn. 1/2 br. przyprowadzono do kliniki 11. letnią Helenę K. z powodu zapalenia jaglicowego. Dziecko blade, nerwowe, zęby rachityczne, zresztą żadnych innych zmian chorobowych. Na całej spojówce zwłaszcza dolnym załamku liczne granulacje. Dn. 9/2 przyżeganie galwanokauterem, to samo powtórzono dnia 16/2, a po raz trzeci dnia 7/3. Dnia 13. marca przyprowadza ojciec małą pacjentkę zaznaczając, że dnia poprzedniego kilka razy oko silnie krwawiło. Znaleziono na dolnym załamku ostatnio właśnie wypalonym »zabarwienie krwawe

i podbiegnięte ślady od wypalenia*. Zapuszczono suprareninę i założono opaskę papierową.

14/3. Dowiedziano się, że wczoraj w ciągu dnia trzy razy pokazywała się krew i przechodziła przez opaskę. Zapuszczono trzy razy suprareninę, i założono opaskę uciskową 16/3. Krew się nie pokazała.

Gdy chorą w dniu 26 marca widziałem, znalazłem blizny spojówkowe po wypaleniu. Żyły głębokie spojówkowe w załamkach rozdęte, mianowicie u lewego oka. Tkanka tłuszczowa powiek skąpa tak, że przez skórę przebijają naczynia i nadają powiekom dolnym wygląd sinawy. —

Wobec tak często w mojej klinice wykonywanego wypalania galwanokauterem pojedynczych jagielek, wobec ostrożności zawsze przy tem przestrzeganych, zadziwiać mogą te przypadki tak silnego krwawienia, które wyłącznie chyba tylko samemu rękoczynowi wzgl. środkom przypisać trzeba, gdy ani ogólne badanie, ani też anamneza nie dały nam żadnej podstawy do przypuszczenia, iż mamy tutaj do czynienia z krwawcami.

Zachodzi jednak pytanie, czy przyżeganie nie było wykonane zbyt głęboko, gdy wskazówką dla nas być winno to, by przyżeganie ograniczać ściśle do samych jagielek, trzymając się ich powierzchni a omijać naczynia. Żegadło galwaniczne nie powinno przedewszystkiem do białości być rozżarzone, by nie przepalać, ale raczej żarem wpływać na zawartość jagielki przypalając tylko jej powłokę. To też nigdy rękoczynu tego doraźnie nie wykonujemy, ale rozkładamy na seryę stosownie do nasilenia przypadku.

Gdy rękoczyny te w ambulatoryum kliniki, przez rozmaite ręce liczego personalu lekarskiego, a nawet uczni wykonywane bywają, a zatem z rozmaitym może nasileniem, z większą lub mniejszą czasami ostrożnością trudno oprzeć się przypuszczeniu, że może sama manipulacya była krwawienia powodem.

Sądzę jednak, że nie ta okoliczność główną odgrywa rolę, gdyż w takim razie bylibyśmy się już dawniej z takim powikłaniem wypalania jaglic spotykali, a raczej, przypuszczam,

iż stosowanie suprareniny daje może powód do późniejszej relaksacyi naczyń po krótkotrwałem zwężeniu. Gdy miejsca przyżegane obejmują nieco grubsze naczynia ściany tychże naczyń nie mogą się oprzeć reakcyjnemu przekrwieniu, co po strąceniu strupów do krwawienia przyczynić się może.

Właśnie w ostatnich miesiącach wiele na klinice mojej w celach doświadczalnych stosuje się suprarenina, która obok dodatnich niewątpliwie skutków, nie może nie posiadać i ujemnych własności, które powoli nam się odsłaniają, o czem przy innej sposobności zdać sprawę zamierzamy.

W każdym razie sądzę, że chcąc zapobiedz powyżej opisanym przypadłościom, trzeba przy przyżeganiu stosować się do wskazówek co dopiero podanych i unikać równoczesnego używania preparatów nadnercza.

Tam jednakże, gdzie mimo przestrzegania tych ostrożności krwawienie występuje, opaska uciskowa zwojowa założona na przeciąg 48 godzin, zwłaszcza po strąceniu strupków, zapobiegnie ubytkowi krwi ze spojówki.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1905. Nr 11. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

O wytywie całkowitego wyrównania krótkowzroczności na jej postępy i na odczepienie siatkówki. (Deuxième note sur l'influence de la correction totale de la myopie sur la progression et sur le décollement de la rétine). Vacher i Baillart.

Już po raz drugi zabierają autorowie głos w sprawie zupełnego wyrównywania myopii, wzbogaciwszy w tym względzie swe doświadczenie. Są oni tego zdania, że nie pewniej nie jest w stanie powstrzymać postępów krótkowzroczności, jak wczesne i zupełne

wyrównanie jej zapomocą szkieł wklęsłych. Oko niedomiarowe, zamienione w ten sposób na miarowe, pracuje niejako w warunkach prawidłowych. Musi akomodować jak przy emmetropii, a przytem przywrócona zostaje zgodność akomodacyi z konwergencyą. Aby pełna korekcyja była jednak dla oczu zbawioną, muszą być też przestrzegane wszystkie przepisy higieny wzroku: oddalenie książki, względnie zeszytu o 30 cm. od oczu, proste trzymanie tułowia i głowy, należyte oświetlenie, pismo stojące, nie pochylone etc. Prócz tego zasada pełnej korekcyi doznaje z konieczności pewnych ograniczeń. Może być ona przeprowadzoną tylko tam, gdzie oko po za wadą refrakcyi jest zdrowe. Gdzie zachodzą zmiany zapalne lub zanikowe w naczyniówce, oderwanie siatkówki, krwotoki, znaczniejsze zaćmienia w ciele szklistem i t. p., tam w pierwszym rzędzie chodzi o leczenie tych chorób i zupełny spoczynek oczu, a nie o wyrównanie wady refrakcyi. Także znaczniejszy stopień myopii stanowić może przeciwwskazanie dla pełnej korekcyi. I tu autorowie kierują się następującą regułą: Całkowicie wyrównywać można myopię tylko tam, gdzie liczba dyoptryi myopii jest mniejsza od liczby lat wieku. W przeciwnym razie trzeba się zadowolnić częściowem wyrównaniem myopii.

Ważne pytanie, czy pełna korekcyja wpływa korzystnie, czy niekorzystnie na częstotę oderwania siatkówki, można rozstrzygnąć tylko za pomocą statystyki, opartej na długim szeregu wieloletnich spostrzeżeń. Do częściowego wyjaśnienia tej sprawy przyczynić się jednak może statystyka 55-iu przypadków odezepienia siatkówki (28 mężczyzn, 27 kobiet), zestawiona przez autorów. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednego, chorzy mimo myopii, która obracała się w granicach od 6 do 24 D, albo wcale szkieł nie nosili, albo znacznie słabsze od stopnia myopii. W jednym przypadku zachodziła myopia i niezborność u młodego 18-letniego człowieka były stale za pomocą odpowiednich szkieł kombinowanych wyrównane, ale odezepienie powstało tutaj podczas podróży i autorowie przypuszczają możliwość urazu. Bądź co bądź powyższa statystyka wykazuje dobitnie, że nienoszenie szkieł wyrównawczych lub używanie szkieł za słabych nie chroni przed odezepieniem siatkówki. Czy naodwrot zupełnie wyrównanie krótkowzroczności stanowi dla oka ochronę przeciw temu ciężkiemu powikłaniu myopii, na to odpowiedzieć będą mogły, jak się wyżej rzekło, przyszłe długoletnie spostrzeżenia.

Praktyka okulistyczna Daviela. (La pratique ophthalmologique de Daviel). Pansier.

Jest to przyczynek do biografii twórcy dzisiejszego sposobu

operowania zaćmy. Szczegółowy opis życia Daviela podał Chavernac (*Daviel en Provence*. Aix. 1893). Autor ogranicza się tylko w powyższej notatce historycznej do przedstawienia jego praktyki okulistycznej, głównie zaś praktyki operacyjnej na podstawie źródłowych dokumentów, z których wynika, że Daviel cieszył się rozgłosną sławą operatora, wychodzącą daleko po za granice Marsylii, gdzie stale przebywał. Wzywany był dla wykonywania różnych operacji ocznych do wielu miast, zwłaszcza w południowej Francji, prócz tego powoływano go do Portugalii, do Hiszpanii, do Medyolanu, do Modeny etc. W r. 1746 przeniósł się Daviel do Paryża, a umarł w Genewie w r. 1762 w 66 roku życia. Pomimo rozległej praktyki okulistycznej, jaką się cieszył do późnych lat życia, nie pozostawił po sobie, zdaje się, znaczącego majątku, wdowa bowiem po nim prowadziła najpierw w Paryżu, a później w Marsylii sklepik z różnymi wodami, kroplami i maściami ocznymi, na które przepisy nieboszczyk mąż jej zostawił.

Przypadek kostniaka podspojówkowego. (Un cas d'ostéome sous-conjonctival). Troussseau.

W zakładzie oftalmicznym im. Adolfa Rothschilda operował autor 26-letniego mechanika, któremu od sześciu miesięcy rósł na brzegu górnej powieki tuż pod spojówką twardy niebolesny guzek. Wyluszczony guzek, wielkości pestki od wiśni, okazał się kostniakiem, wychodzącym z tkanki podspojówkowej. Ponieważ był tak twardy, że brzytwy się na nim kruszyły, przeto poddano go odwapnieniu za pomocą kwasu pikrynowego. Na skrawkach następnie sporządzonych badanie mikroskopowe wykazywało budowę zbitej tkanki kostnej, z wyraźnymi kanałami Haversa i osteoblastami barwiącymi się safraniną czerwoną.

Nr. 12.

Sposób radiograficznego umiejscowienia ciał obcych w oku i w oczodole. (Procédé de localisation radiographique des corps étrangers de l'oeil et de l'orbite). Holth.

Od lipca 1902 r. posługuje się autor następującym sposobem określania położenia ciał obcych metalicznych w oku lub w oczodole za pomocą promieni Roentgena: przed wykonaniem zdjęć radiograficznych przyszywa on do spojówki gałkowej tuż przy brzegu rogówkowym na obu końcach pionowej średnicy rogówki dwa małe ziarnka ołowiane postaci półkuliastej, naniżane na cienkie nitki jedwabne. Cienie tych dwóch bryłek ołowiu stanowią następnie wyborne punkty orientacyjne na radyogramie. Autor sporzą-

dza dwa zdjęcia, jedno w kierunku od skroni do skroni, drugie w kierunku od czoła do potylicy. Dla unieruchomienia głowy chwyciła badany zębami zgrzyz metalowy, przymocowany nieruchomo w odpowiedniej wysokości do przyrządu Roentgenowskiego. Dla unieruchomienia oka badanego ma się badany wpatrywać zdrowym okiem w biały punkt odpowiednio na czarnem tle umieszczony. Celem dokładnego określenia położenia ciała obcego porównywa się następnie położenie cienia, który temu ciału odpowiada względem linii łączącej cienie obu ołowianych wskaźników. Poszczególne odległości należy mierzyć miarą milimetrową, pamiętając, że z powodu oddalenia płytki fotograficznej od oka wszystkie wymiary radyograficzne przewyższają o 10% wymiary rzeczywiste. Ważne pytanie, czy odprysk metaliczny tkwi w gałce czy poza gałką, rozstrzyga autor, odmierzając na zdjęciu czołowo-potylicznem oddalenie cienia odprysku od linii ołowianych wskaźników. Wiadomo, że długość strzałkowej osi oka miarowego wynosi 24 mm. Linia zaś, łącząca cienie bryłek ołowianych, leży mniej więcej 4 mm. poza środkiem rogówki. Na podstawie tych danych można z łatwością rozstrzygnąć pytanie czy odprysk przebił tylną ścianę gałki ocznej czy też się zatrzymał w jej wnętrzu. W razie ametropii wiadomo, że trzem dyoptryom odpowiada przeciętnie 1 mm. różnicy. Tam, gdzie wady refrakcyi z powodu zaćmień oznaczyć nie można, badanie radyograficzne może dać pewne wyniki tylko w razie znacznego oddalenia ciała obcego od tylnego bieguna gałki. Powyższa zasada lokalizacyi może być zastosowaną tylko w tych przypadkach, gdzie ciało obce leży w płaszczyźnie strzałkowej, przeprowadzonej przez linię ołowianych wskaźników, lub przynajmniej w nieznacznej od tej płaszczyzny odległości.

Badania bakteriologiczne w przypadkach zakażenia po operacjach ocznych. (Recherches bactériologiques sur les infections post-opératoires). Du Clo s.

Na podstawie 9 przypadków ropnego zakażenia gałki ocznej po operacyi zaćmy, w których autor przeprowadził szczegółowe badania bakteriologiczne, zakładając hodowle tak aerobowe, jak anaerobowe, i czyniąc doświadczenia na zwierzętach, dochodzi on do następujących wniosków:

1. Zarazkami, wywołującymi zapalenie ropne po operacyi zaćmy, są najczęściej pneumokoki i streptokoki.
2. Zakażenie przychodzi do skutku od zewnątrz i w przypadkach autora zaczynało się zawsze na brzegach cięcia.
3. Pod względem obrazu klinicznego ropienie spowodowane

pneumokokiem, znamionuje się przez naciek ścisły (*magna*), białawej barwy, ciągnący się w głąb ku ciału szklistemu; ropienie zaś, wywołane przez łańcuszkowce, przedstawia się jako żółtawe nacieczenie, zajmujące stopniowo całą rogówkę i daje powód do obfitej ropnej wydzieliny spojówkowej.

4. W żadnym z przypadków autora nie znaleziono w moczu ani białka, ani cukru. Chorzy dotknięci byli bądź to przewlekłym nieżytem spojówek, bądź łzawieniem, poza tem jako przyczynę zakażenia podaje autor ostry nieżyt nosa lub zapalenie gardła. Śluz z nosa jakoteż wydzielina z gardła zawierały te same drobnoustroje, jakie znaleziono w zakażonej ranie oka.

Ścisł powiek leczony za pomocą wstrzyknięć alkoholu w okolicę pnia nerwu twarzowego. (Le blepharospasme traité par les injections profondes d'alcool au niveau d'émergence du nerf facial). Valude.

Autor uważa *tic convulsif* w zakresie mięśnia obrączkowego powiek za cierpienie bardzo uporczywe i trudne do usunięcia. Używał on najrozmaitszych sposobów leczenia, jakie polecali różni autorowie, ale zawsze bez skutku. Wyciągnięcia nerwu twarzowego (*elongatio*) obawiał się wykonać ze względu na niebezpieczeństwo trwałego porażenia połowy twarzy. W ostatnich czasach miał on jednak sposobność w dwu przypadkach przekonać się o skuteczności zabiegu, poleconego przez Schloessera w r. 1904; za przykładem tego autora wstrzykuje Valude 1 do 1½ gr. 80 procentowego alkoholu głęboko podskórnio w miejscu, skąd przez *canalis mastoideus* wychodzi pień nerwu twarzowego. Mały dodatek kokainy do alkoholu czyni wstrzyknięcie to prawie niebolesnem. W miejscu wstrzyknięcia występuje tylko przemijający nieznaczny obrzęk albo i tego nawet niema. Bezpośredni następstwem wstrzyknięcia jest zupełne porażenie nerwu twarzowego, a zatem i *lagophthalmus*. Porażenie to jednak zmniejsza się w ciągu kilku godzin, a znika w ciągu kilku dni. Wraz z wystąpieniem porażenia znikają napady ścisłu powiek i, jak się autor w dwu przypadkach przekonał, nie powracają więcej. Dodać jednak należy, że w obu przypadkach czas spostrzegania był krótki (około 15 dni). Autor jednak wypowiada przekonanie, że sama przerwa zupełna w napadaach, które trapią chorych nieustannie, nieraz latami, pozwala wróżyć, że cierpienie już nie wróci. Gdyby jednak było potrzeba, nie wahałby się ponownie wstrzyknięcie alkoholu, uważając sposób ten za wolny od niebezpieczeństw, a zarazem za najskuteczniejszy ze wszystkich dotąd zalecanych.

Nożyczki do przecięcia nerwu wzrokowego przy wyłączeniu gałki ocznej. (Ciseaux pour la section du nerf optique dans l'énucléation). A. Terson.

Zazwyczaj zależy nam wiele na tem, ażeby operacyi wytuszczenia gałki ocznej dokonać jak najprędzej. Powody pośpiechu bywają różne: Jeśli używamy narkozy przelotnej (chloroform, eter), zachodzi obawa, żeby się chorey nie przebudził przed zakończeniem operacyi; jeśli używamy narkozy głębokiej (chloroform, eter), niejednokrotnie zależy nam na tem, żeby chorey nie był w niej pogrążony zbyt długo. Jeśli operujemy w znieczuleniu miejscowem, wtedy tembardziej spieszyć się nam wypada z ukończeniem operacyi, a zwłaszcza z przecięciem nerwu wzrokowego, który to akt bywa najboleśniejczy i mimo znieczulenia na długo nieraz zapisuje się w pamięci operowanych. Dla ułatwienia wyszukania, ujęcia i przecięcia nerwu wzrokowego podane są różne przyrządy. Autor zaleca obecnie nowy typ nożyczek zakrzywionych, o zaokrąglonych końcach. Przednie ramię tych nożyczek jest bardzo grube i tak zagładzone, że niepodobna niemiem twardówki uszkodzić, a tembardziej przebić. Grubość tego ramienia sprawia równocześnie, że przecięcie nerwu wzrokowego nie może wypaść już przy twardówce, co także jest rzeczą pożądaną. Zdaniem autora, zastosowanie tych nożyczek ułatwia enukleacyę i skraca czas jej trwania.

Archiv f. Augenheilkunde. T. LII. Z. 1 i. 2. (Ref. Dr. Bałaban).

Rozwój leczenia surowicą wrzodu pełzającego rogówki. Połączenie czynnego i biernego uodporniania dwoinkami zapalenia płuc (Ausbau der Serumtherapie des Ulcus serpens. Die Combination der aktiven mit der passiven Pneumokokkenimmunisierung). Dr. Paul Römer.

Opierając się na 3letniem doświadczeniu z wynalezioną przez siebie surowicą, t. zw. *Pneumococcenserum*, poleca Römer jej stosowanie przy pełzającym wrzodzie rogówki. Jako przyczynę niestałości wyników leczniczych przy tym zabiegu, podaje on użycie stosunkowo za małej ilości surowicy. Następnie zwraca uwagę, że przy uodpornianiu ciała zwierzęcego tą surowicą powstają w niem stosunkowo bardzo rychło, gdyż już po upływie 48 godzin ciałka ochronne. Ciałka te nie dają się dokładnie rozeznąć w epruwetce.

Najważniejsze pytanie, którem się autor zajmuje, dotyczy

szybkości, z jaką powstają ciała ochronne przy czynnem uodpornianiu. A mianowicie przekonał się on przez swoje badania, że w 48 godzin po wprowadzeniu do żył królika zamartwych dwoinek zapalenia płuc, zjawiają się w surowicy krwi królika agglutyniny tych dwoinek. Miejscom tworzenia się tych ciałek ochronnych są narządy wewnętrzne, jak śledziona i rdzeń pacierzowy. Ponieważ bierne uodpornienie wykazuje niestalość pod względem leczniczego działania (przyczynę tego należy przeglądnąć w oryginale), więc trzeba koniecznie zmusić sam ludzki ustrój do czynnego wstrzymania się od odczynu uodporniającego. I w samej rzeczy pokazuje się na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że skombinowany zabieg uodporniania jest korzystniejszym. Przy tem najlepiej jest dwuczaso-wo postępywać, a mianowicie należy robić najpierw śródmięśniowe zastrzykiwania zabitych hodowli, a dopiero w kilka godzin później podskórnie zastrzykiwanie uodporniającej surowicy. Autor nie ma zamiaru odmówić racyi bytu dotychczasowemu sposobowi leczenia pełzającego wrzodu rogówki, lecz chciałby nowy ten swój swoisty sposób leczniczy widzieć jako równouprawniony obok dawnego. On sam zastrzykiwał sobie zabite hodowle dwoinków zapalenia płuc, a także i żywe kultury na bulionie, nie spuszczając przy tem żad-nych złych następstw. Poleca on zastrzykiwania śródmięśniowe, które nie powodują żadnego odczynu miejscowego i zezwalając na rychłe wchłanianie bakteryi. Jako jednostkę używa on zawartości 25 cm³ dobrze wyrosłej hodowli na 1 cm³ bulionu. Następnie opisu-je autor doświadczenia kliniczne, które zebrał przez rok jeden przez stosowanie tego uodporniania przy wrzodzie pełzającym ro-gówki. Wprowadzanie tych hodowli do ustroju nie pociągało za sobą po większej części podniesienia ciepłoty, lub też tylko krótkotrwałe i jednorazowe najwyżej do 38°. Swoiste to leczenie nie odnosiło dodatniego skutku w tych przypadkach, w których sprawa już bardzo daleko postąpiła (gdzie zatem tylko część brzo-gówki ocalała), lub też w przypadkach, w których rozchodziło się o mieszane zakażenie (gronkowce). Te ostatnie przypadki tem się charakteryzowały, że przy swoistem leczeniu dwoinki zapalenia płuc znikaly lub też co do ilości malały. Z 15 przypadków mniej za-dawnionego zehorzenia, które autor leczył tylko zastrzykiwa-niem hodowli osiągnął on całkowite wyleczenie w przypadkach 13 i to w przebiegu 1/2—3 tygodni, podczas gdy w 2 przypadkach musiał mieć jeszcze do pomocy kauter. Sposobem skombino-wanym leczył 19 przypadków. Przy leczeniu 10 przypadków równoczesnem użyciem kultur i surowicy uodporniającej uleczył całkowicie 8 przypadków, w 2 zaś używał jeszcze kauteru. W po-zostałych 9 przypadkach postępował dwuczaso-wo i we wszy-

stkich był wynik leczniczy całkowitym. Na tej pod podstawie rad też posługiwał się tym sposobem przy leczeniu pełzającego wrzodu.

Najlepsze wyniki lecznicze zapomocą szczepienia ochronnego dają się osiągnąć w tych przypadkach, w których powstanie wrzodu było w pierwszych początkach, lub też gdzie istniały dopiero warunki do powstania takiego wrzodu, jak n. p. nadżarcie rogówki, przy równoczesnym śluzoropotoku woreczka łzowego.

Obustronny przerzutowy rak naczyńiówki z uleczeniem oderwania siatkówki na prawem oku, przy istnieniu obustronnem oderwaniu (Ein doppelseitiges Aderhautcarcinom mit rechtseitiger Heilung einer auf beiden Augen bestandenen Netzhautablösung). Prof. Dr J. Oeller.

47letnia chora, która była rzekomo od dzieciństwa krótkowidząca, poddała się przed 4 laty amputacyi prawej piersi z powodu raka. Przed kilku dniami ociemniała ona z powodu oderwania siatkówki. Po bezskutecznej różnorodnej terapii przedsięwziętej Oeller operacyę według Deutchmanna i to 3krotnie na oku prawem, a dwukrotnie na oku lewem. Po upływie kilku miesięcy nastąpiło na oku prawem prawie zupełne uleczenie, na oku zaś lewem stan się nie poprawił. Wkrótce jednak uległa chora ogólnej karcinomatozie, przy czem niedługo przed śmiercią ociemniało także oko prawe. Fotograficzne zdjęcia obu gałek w przekroju wykazuje olbrzymie maseczkowate rozszerzenie całej naczyńiówki. Tęczęwka jest bez zmiany. Na oku prawem ciało rzęskowe jest maczugowato zgrubiałe, siatkówka lejkowato oderwana, na oku prawem siatkówka przylega. Następnie opisuje autor dokładny obraz drobnowidowy, poparty dwoma dobrymi zdjęciami fotograficznymi. Widzimy przy tem typowy rak naczyńiówki na obu oczach. Na oku prawem utrzymała się bardzo dokładnie *choriocupillaris*, na lewem natomiast zanikła. Obustronnie zanikły także pręciki i czopki, a częściowo także przybłonki siatkówki, które są poza tem zwyrodniałe i zmienione. Jako źródło tego przerzutowego raka upatruje autor pierwotnego raka przebytego na piersi, przy czem komórki nowotworu przedostały się drogą naczyń krwionośnych (*arteriae cil. post.*) do naczyń naczyńiówki. Co się tyczy sposobu powstania oderwania siatkówki przez guz, to autor skłania się w tym względzie do teoryi wydzielniczej (*Secretionstheorie*). Na oku prawem ustąpiło oderwanie siatkówki częściowo przez zabieg operacyjny, częściowo zaś musiała wielka ilość podsiatkówkowego płynu zostać wchłoniętą. Tak w tym przypadku, jako też i w przypadkach, w których przychodzi do samouleczenia oderwanej siatkówki, odgrywa dużą rolę *choriocupillaris*, która była na oku prawem utrzy-

mana, zaś na oku lewem zniszczona. Oderwana siatkówka może jednak po wchłonięciu się płynu podsiatkówkowego wtedy tylko przyłożyć się napowrót, jeżeli oderwanie było świeżem i jeżeli w przybliżeniu i w składnikach wrażliwych siatkówki nie wystąpiły zmiany wsteczne. Ponieważ to jednak rzadko się zdarza, więc sądzi autor, że uwydalnione na przekrojach mikroskopowych włókna i pasna tkankolącznowe, które w kierunku południkowym oka przyciskają fałdy oderwanej siatkówki i sam guz, sprzyjają następowemu przyłożeniu się siatkówki, przy czem zmniejsza się powierzchnia gałki ocznej. Włókna te uważa on jako wytwór zwyrodniałych przybliżonków siatkówki. Następowe ociemnienie oka prawego zdaje się mieć swe wytlómaczenie częścią w przerzucie raka, częścią zaś w zupełnem zaniknięciu przybliżonków nerwowych i barwиковych.

O kilku rzadkich wynikach badań bakteriologicznych przy pełzającym wrzodzie rogówki (Ueber einige seltene bakteriologische Befunde beim Ulcus serpens). Dr zur Nedden.

Autor spostrzegł 3 rzadkie przypadki pełzającego wrzodu rogówki, których powstanie nie dało się udowodnić zakażeniem dwoinkami zapalenia płuc. W przypadku pierwszym znalazł on tylko prątki kserozy i dwoinki barwiące się sposobem Gram'a. W dwóch innych przypadkach wyhodował z wydzielin wrzodu i ze spojówki drobnoustroje należące do t. zw. *Heubacillen*. Prątki te musiały być uważane za przyczynę powstania wrzodu. Tak Nedden, jak też i inni autorowie wykazali, że prątki t. zw. *bacillus subtilis* są dla różnych części składowych oka chorobotwórcze i mogą przy dodatnich warunkach spowodować powstanie pełzającego wrzodu rogówki.

Podwójne przebicie gałki ocznej (przedniej i tylnej ściany) szydełkiem. Wyleczenie przy zatrzymaniu pełnej bystrości wzroku (Doppelte Perforation eines Augapfels (vordere und hintere Wand) durch Häkelnadel. Günstige Heilung mit voller Sehschärfe). Dr O. Heilke.

Autor opisuje przypadek podwójnego przedziurawienia gałki ocznej szydełkiem, przyczem szczęśliwym zbiegiem okoliczności nie okaleczało z przodu ciało szkliste ani soczewka, a z tyłu przekłutą została tylko obwodowa część gałki, tak, że nie przyszło do zakażenia i bystrość wzroku została utrzymana.

Do teoryi skiaskopii (Zur Theorie der Skiaskopie). Dr Borschke.

Stosownie do refrakcyi oka badanego powstaje na siatkówce mniej lub więcej dokładny obraz wziernika.

W obrębie tego obrazu przesuwają się obraz źródła świetlnego, przy obracaniu wziernika ostro zarysowany, lub też w kołach rozpierzchłych i to w pewnym oznaczonym kierunku. Kierunek tego obrazu jest niezależnym od refrakcyi badanego oka i odbywa się przy użyciu wziernika płaskiego w kierunku zwracania się tego wziernika.

Trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, co za zmiany widzimy w czasie takiego badania w oku badanym.

Oko badającego jest nastawionem na źrenicę i widzi przez nią w kołach rozpierzchłych część siatkówki. Wielkość widzianej części siatkówki jest zależną od szerokości źrenicy oka badanego, względnie od wielkości otworu wziernika. Im mniejszym jest ten otwór, tem mniejsze są koła rozpierzchłe i tem wyraźniejszym jest ten obraz na siatkówce. Jeżeli otwór wziernika jest nieskończenie małym, to możemy widzieć w źrenicy część siatkówki zupełnie ostro. W ten sposób postępując, da się metoda badania skiaskopem bardzo uprościć, a licząc się z tą możliwością przy swoich badaniach, stara się autor równocześnie wyjaśnić objawy, jakie się zwykle postrzegają dają przy skiaskopowaniu.

Świetlny obraz, jaki powstaje na siatkówce oka badanego, powinien mieć zawsze ograniczenie prosto liniowe i to prostopadłe do kierunku badanego południka.

Tym warunkom odpowiada skiaskopoftalmometer Wolffa, lub też opisany przez autora skiaskop osiowy. Szybkość pozornego poruszania się światła w źrenicy jest zawisłą od różnego stopnia ametropii oka badanego, natomiast postać granic cienia jest zawisłą więcej od postaci używanego do badania źródła świetlnego i od postaci wziernika. Skiaskop osiowy jest tak sporządzonym, że przy jego użyciu można na pierwszy rzut oka stopień ametropii dość dokładnie rozpoznać, a pozorna zmiana w poruszaniu się światła zmienia się przy astygmatyzmie o skośnych osiach równomiernie z ustawieniem. Tylko w przypadkach, w których oko jest ustawionem w jednym z dwóch głównych południków na płaszczyznę wziernika, odpowiada ustawienie drugiemu głównemu południkowi. Wysnuwać wnioski z kierunku poruszania się światła na kierunek osi, byłoby mylnem. Możemy zatem tylko w ten sposób oznaczyć osie, że obracamy wziernik tak długo, aż kierunek poruszającego się światła jest identycznym z ruchami obracanego wziernika.

Te fakta powstają niezmiennie, jeżeli zamiast otworu wzier-

nika o promieniu zero używamy otworu o promieniu, dającym się mierzyć. Wtedy też granice cienia są nieco więcej zatarłe, cień jednak nie zmienia swego kierunku. Z tego też powodu nie dają się rozpoznać małe stopnie sferycznej aberracji, gdyż przy badaniu oka aplanatycznego powoduje krągła postać otworu wziernika podobne zachowanie się światła i cienia w źrenicy. A mianowicie brzegi źrenicy są jasne, kierunek poruszającego się światła w źrenicy daje się dokładnie rozpoznać, środek źrenicy jest ciemny, w nim też nie widać ruchu światła.

Jeżeli jednak zamiast okrągłym otworem wziernika badamy oko szparą pionową, to widzimy, że granice cienia stają się przy badaniu oka aplanatycznego prostolinijne, przy oku zaś ze sferyczną aberracją nieprawidłowe i pocięte.

Skioskopia nie daje się dokładnie oznaczyć refrakcyą, a to głównie dlatego, że obraz świetlny nie posiada ostrego ograniczenia na siatkówce, i wskutek zbyt prędkiego obracania wziernika. Musimy więc się starać, aby źródło światła, albo też otrzymany z niego obraz znajdował się o ile możności blisko płaszczyzny wziernika.

O zaćmie tężyczkowej (Zur Tetanie-Cataract). Dr Zirm.

Autor omawia zapatrywania Petersa, wedle których pośrednią przyczyną powstania zaćmy jest zwyrodnienie przybłonków wypustków rzęskowych, przez co zwiększa się patologicznie zawartość soli w przedniej komorze. Spostrzegął on 6 przypadków powstawania zaćmy u młodszych osobników i to po większej części u kobiet, u których dały się stwierdzić przebyty tężec i swoiste zmianytroficzne w organach przybłonkowych (wypadanie włosów, paznogi i ubarwienie skóry). U niektórych pojawiały się także podczas napadu tężca skureze w mięśniu rzęskowym.

Zdaniem autora wszystkie te zaburzenia odżywcze są wyrazem szkodliwego działania toksyn na przyrządy odżywcze wszystkich tych przybłonkowych tworów, przy czym skureze u rąk i w mięśniu rzęskowym mają tylko znaczenie uboczne, a nie przyczynowe.

Przyczynek do techniki operacyjnej bliznowatego podwinięcia powiek powikłanego wrostem rzęs (Ein Beitrag zur Operationstechnik des mit Trichiasis complizierten Narbentropiums). Dr W. Hochheim.

Przy bliznowatym podwinięciu powiek, powikłanem wrostem rzęs, poleca autor zabieg, przy którym brzegi powiekowe możliwie utrzymane pozostają. Zamiast zabiegu Snellena, mającego

na celu wycięcie klinowatej części powiek, a które to wycięcie jest często bardzo utrudnionem z powodu bliznowatej zmiany chrząstki, nie poleca autor, natomiast podaje nowy sposób, polegający na szczególniejszem użyciu szwów powiekowych.

Przyczynnik do szklisłego zwyrodnienia spojówki gałki ocznej (Ein Beitrag zur hyalinen Degeneration der Augapfelbindehaut). Dr Bałaban.

Praca ta była w oryginale ogłoszoną w Postępie Okulistycznym r. 1904. Nr 12. str. 461.

O nieprawidłowych zmianach rozwojowych łęczówki (Über die Entwicklungsanomalien der Regenbogenhaut). Dr Fejér.

Autor omawia całkiem ogólnikowo różnorakie nieprawidłowości rozwoju łęczówki. Następnie opisuje spostrzegany przez siebie przypadek wrodzonego braku łęczówki (*aniridia*) powikłanego zaćmą, w którym wystąpiła obustronna jaskra. W łączności z tłumaczeniem zmiany rozwojowej łęczówki, znanej pod nazwą *aniridia partialis (circumpapillaris) superficialis congenita*, opisuje autor podobny przypadek spostrzegany przez siebie, powikłany odwinięciem warstwy barwikowej łęczówki i twierdzi, że w obrębie tej warstwy była łęczówka wyraźnie zgrubiałą, podczas gdy zazwyczaj jest ona w podobnych przypadkach ścieńczałą, gdyż brak jest przednich jej warstw i że właśnie przerost warstwy barwikowej stał się przyczyną odwinięcia łęczówki.

O powstawaniu torbieli łęczówki w przedniej komorze (Ueber Entstehung der Iriskammercysten). Dr Wölfflin.

Autor opisuje przypadek, w którym po upływie dłuższego czasu po przeszzywającym urazie twardówki, powstał torbiel surowiczy, wychodzący z łęczówki. Torbiel ten wypełniał połowę przedniej komory i przylegał częściowo do tylnej ściany rogówki.

Badanie drobnowidowe wykazało torbiel składający się z dwóch części zespolonych ze sobą, a przyblonek obu tych torbieli był częściowo wielowarstwowym i kubkowatym, częściowo zaś jedno-warstwowym.

Torbiele te powstały z zarodków przyblonkowych, które się znalazły w łęczówce i było można spostrzegać, jak zarodki te rozwinęły się w torbiele, a następnie zlały się ze sobą. Jako czynnik sprzyjający rozwojowi torbieli uważa autor ranę twardówki. Brzegi rany nie sklepiły się dostatecznie, gdyż leżąca pod raną część łęczówki, nie dopuściła do dokładnego zamknięcia się brzegów.

Z. 3 i 4.

O zmianach na dnie oka przy zchorzeniach wewnętrznych, szczególnie przy zaburzeniach anemicznych (Über Augenhintergrundsveränderungen bei inneren Krankheiten, speziell bei anämischen Zuständen). Dr Pagenstecher.

Autor twierdzi, że w przypadkach czystej bladaczki mogą się pojawiać krwotoki na siatkówce. Widział on podobne zmiany w 3 przypadkach na 246 spostrzeżeń. Krwotoki te znikły we wszystkich tych 3 przypadkach bez śladu. Spostrzegane przy bladaczce zmiany na dnie oka, które się pojawiają na tarczy wzrokowej i w jej otoczeniu (a mianowicie zapalenie nerwu wzrokowego i silne wypchnięcie krwią naczyń), nie tłumaczy on jako objawy zapalne, lecz jako objawy powstałe z ucisku zwiększonego, powstałego w jamie czaszkowej.

Zmiany na siatkówce po utracie krwi.

Spostrzegał on 2 przypadki wrzodu żołądkowego z silnymi krwotokami. W jednym przypadku wystąpiły na siatkówce krwotoki i białe plamy, nie powodując żadnych zaburzeń w widzeniu, w drugim przypadku tylko białe plamy. Zmiany te na siatkówce wystąpiły dopiero w kilka dni i to conajmniej po upływie 1go tygodnia, po zjawieniu się krwotoku na siatkówce. Z tej to przyczyny nie można przyjąć, jakoby przyczyną ich powstania była zastośnina, jak to mniema Ulrich, a jeno powstają one wskutek odżywczych zaburzeń, spowodowanych niedokrewnością.

Następnie opisuje autor przypadek rozległych krwotoków siatkówkowych u chorego na zimnicę, który wskutek urazu utracił wiele krwi. W przypadku *hemofilii*, gdzie chory cierpiał na częste utraty krwi, znajdowały się na siatkówce białe złogi i krwotoki. Tu dało się anatomicznie wykazać zmiany w naczyniach siatkówki. Przyczyną zmian na siatkówce nie była *hemofilia*, lecz samo osłabienie ustroju spowodowane utratą krwi. W końcu znajdujemy opis 3 przypadków krwotoków siatkówki przy krwawej skazie i 1 przypadek przy t. zw. *malaria tropica*. W żadnym z tych przypadków nie było na siatkówce białych złogów zwyrodniałych. W jednym przypadku umarł chory wskutek bardzo silnych krwotoków kiszkiowych. Anatomiczne badanie nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, które były bezkrwiste. Mikroskopem udowodniono, że krwotoki znachodziły się w warstwie włókien nerwowych, a naczynia były bez zmiany.

Krwotoki te są zdaniem autora wyrazem krwawej skazy i powstają podobnie jak krwotoki podskórne i w błonach śluzowych.

Oderwanie tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz
(Traumatische Iridodialyse). Dr Teich.

Autor opisyje przypadek, w którym wskutek urazu oderwała się cała tęczówka od wieńca rzęskowego i umiejscowiła się na dnie przedniej komory, przy czem gałka oczna pozostała nietkniętą. Następnie opisyje szczegółowo wynik badania drobnowidowego. Tęczówka pozostaje tylko u dołu w łączności z ciałkiem rzęskowym. Kąt przedniej komory jest obustronnie głęboko rozdartym, włókna mięśnia rzęskowego są również rozdarte. W miejscu, gdzie tęczówka się oderwała, znajduje się na niej powłoka, powstała z przybłonków, która stoi w łączności z przybłonkiem rogówki i przechodzi także na przednią powierzchnię tęczówki. Soczewka jest nienaruszoną. Ciało rzęskowe i będąca z niem w łączności część naczyniówki są od podstawy oderwane. We wnętrzu gałki ocznej znajdują się liczne krwotoki. Gałka oczna nie jest nigdzie przebita.

Autor sądzi, że oderwanie naczyniówki zostało stanowczo spowodowanem pod wpływem naporu cieczy wodnej, gdyż jakakolwiek inna przyczyna, jak n. p. krwotok, dała się przez badanie wykluczyć. Ciecz wodna mianowicie, dostała się dlatego pod naczyniówkę, gdyż zwykły jej odpływ został uniemożliwionym przez oderwanie ciała rzęskowego, wskutek rozdarcia mięśnia rzęskowego (Fuchs), a możliwie także wskutek przedarcia się przewodu Schlemma i wskutek zmniejszonego wchłaniania przedniej powierzchni tęczówki, która była odwrócona ku tyłowi pokryta wysiękiem.

Przyczynek do poznania związku przyczynowego pomiędzy schorzeniami jam okołonosowych i schorzeniami na dnie oka (Zur Kenntniss des Zusammenhanges zwischen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und inneren Augenerkrankungen). Dr Fisch.

W 7 spostrzeganych przypadkach zapalenia jamy czołowej przyszło do zapalenia jagodówki, wskutek żyłnej zastoiny, spowodowanej zwężeniem, względnie zamknięciem kanału nosoczołowego. W przypadkach tych nie dało się wykazać zakażenia, ani też zaburzeń ogólnych ustroju. Objawy polegały na obrzęku powiek i ich otoczenia, trzeszczu, rozszerzeniu żył rzęskowych, zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego, porażeniu zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego, przekrwieniu tarczy wzrokowej, obrzęku dna oka i nagromadzeniu podsiatkówkowej cieczy. Autor przyłącza się do teorii Zirma, o biernej zastoinie żyłnej, gdyż wszystkie przytoczone tutaj objawy odpowiadają zastoinie i sprzeciwia się zapatrywaniu,

jakoby objawy te były spowodowane wylworami zakaźnymi z jamy czołowej i to głównie dlatego, że po przeprowadzeniu dremu do zatoki (*sinus*) natychmiast zmniejszają się wszystkie objawy oczne. Spowodowane tem zapaleniem jamy czołowej objawy nie były ciężkie, a pojawienie się zaburzeń w odruchu źrenic i akomodacyi są w podobnych przypadkach czerns zwykłym. Charakterystyczną jest ta okoliczność, że przy zapaleniu jamy czołowej, objawy oczne są zawsze najwcześniejsze.

Włókienkowy obrzek siatkówki po urazie (Fibrilläres Oedem der Netzhaut nach Contusion). Dr Fridenberg.

Zmiana ta miała miejsce w przypadku, w którym uraz nie spowodził wewnętrznego krwotoku. W żółtej plamce znajdowała się mleczno biała plama o nieprawidłowo jajowatym kształcie, z której ku obwodowi rozprzestrzeniały się liczne, bardzo lśniące i białe pasemka, a których postać i wielkość odpowiadały włóknom nerwowym. Niektóre z tych włókien przeciągały od żółtej plamki do tarczy wzrokowej. Zdaniem autora, rozbodzi się w przypadku tym o przesiąknięcie poszczególnych włókien nerwowych cieczą surowiczą, która to ciecz powstała z włoskowatych naczyń siatkówki i naczyńiówki, porażonych przez uraz.

O nowym sposobie miejscowego znieczulania przy operacyach na gałce ocznej i na powiekach, ze szczególniejszem uwzględnieniem operacyi przy jaglicy (Mittheilung über eine neue Anwendungsmethode von localer Anästhesie bei Operationen an dem Augapfel und an den Augenlidern mit besonderer Berücksichtigung der Operation für Trachom). Dr Guttman.

Opisany przez autora »nowy sposób« znieczulania oka zakraplaniem oka kokainą z równoczesnem zastrzykiwaniem kokainy ze strzykawki Pravatz'a jest już od dawna znanym. Podnosi on od dawna nam już znany fakt, że także podwójne użycie kokainy jest lepszem od narkozy i od samego tylko wkraplania kokainy do worka spojówkowego*).

Zachowanie się źrenic po przecięciu śródczaszkowej części nerwu wzrokowego (Das Verhalten der Pupillen nach intracranieeller Opticusdurchschneidung). Dr Abelsdorff.

*) Dziwić się należy, że przy tak wiele obiecującym i wcale obszernym tytule swej rozprawki, autor odważa się w poważnem piśmie opisywać przestarzałe i znane rzeczy, a nie porusza, co najmniej daleko lepszego, pewnego i nowego sposobu znieczulania oka tonokainą.

Przyp. ref.

Autor przecinał u 10 królików, dokładnie wedle wskazówek Marenglii, nerw wzrokowy i to pomiędzy *chiasma* i *foramen opt.* Odwrotnie do wyników badań Marenglii, przekonał się on, że z chwilą przecięcia nerwu, źrenice przestają oddziaływać, a tem samem udowodnił, że przy schorzeniach śródczaszkowych, w których szlaki nerwu wzrokowego zostają przerwane, źrenice również nie mogą oddziaływać.

Do patogenezy urazowych schorzeń oczodołowych (Zur Pathogenese der traumatischen Orbitalerkrankungen). Dr Causé.

W pracy swej zwraca autor uwagę na różnorodność i rzadkość schorzeń jamy oczodołowej, które spowodowane zostają przez uraz. Opisuje on przypadek t. z. *Emphysema orbitae*, powstały po urazie, w następstwie którego uwydatnił się silny trzeszcz gałki, bez podbiegnięć na powiekach i na spojówkach, przy czem były powieki silnie obrzękłe. Zapomocą aspiracyi wypuszczono z jamy oczodołowej powietrze przesiąknięte krwią i pianą, a trzeszcz ustąpił. Ponieważ jednak trzeszcz się ponowił, zrobiono więc nacięcie wzdłuż całej grubości powieki i w ten sposób osiągnięto całkowite uleczenie. Oczodołowa taka rozedma powstaje zazwyczaj wedle Fuchsa przez przebicie lub złamanie t. z. *lamina papyracea*. Zdaniem Heerfordta jest zawisłem powstanie takiej rozedmy oczodołowej lub też rozedmy oczodołowo-powiekowej od odporności przegrody oczodołowej. Wedle autora mogłaby rozedma powiekowa także w ten sposób powstać, że powietrze przedostaje się przez otwór opisany przez Merkela, a leżący w przegrodzie oczodołowej. Otwór ten znajduje się ponad *ligamentum canthi int.* Tylko w przypadkach wysoko posuniętych można działać operacyjnie, a zabieg taki posiada także znaczenie rozpoznawczo różniczkowe.

W innym przypadku opisuje autor pozaochodołowe krwotoki powstałe wskutek urazu lewej skroni. Objawy polegały przy tem na trzeszczu gałki, w podbiegnięciach powiek, w podspojówkowych ekchymozach i w upośledzeniu bystrości wzroku. Wyleczenie nastąpiło po aspiracyi 15 cm³ krwi, bystrość wzroku wróciła do stanu prawidłowego. Trzeszcz urazowy powstaje przez pośrednie lub bezpośrednie obrażenie naczyń oczodołowych. W literaturze są jednak znane także podobne przypadki, które powstały bez poprzedniego złamania kości. Tutaj należą także przypadki zastoinowych krwotoków, w następstwie ściśnięcia tułowia. Zazwyczaj jest brak zmian na dnie oka przy urazowym trzeszczu. Zaburzenia w widzeniu i rozszerzenie źrenic są zawisłe od ucisku na gałkę oczną. W końcu opisuje autor przypadki urazowego wklęśnięcia gałki ocznej, powstałe przez uderzenie kopytem. Przy tem nie było obrażeń na

podstawie czaszki, ani też okaleczenia jam bocznych. Z licznych hipotez, służących do wytłómaczenia powstania wklęśnięcia gałki ocznej najbardziej są prawdopodobne dwie, a mianowicie teoria Gessnera i Lederera, wedle których powstaje tu zmiana przez wciągnięcie gałki ocznej wgląd włóknikowo ściągniętego przestworza jamy oczodołowej. Ponieważ teorie te nie odpowiadają wszystkiemu spostrzeganym przypadkom, więc sądzi autor, że należy to w ten sposób tłómaczyć:

Przez uraz następuje przedewszystkiem przerwanie wszystkich lub co najmniej poszczególnych ścięgien mięśniowych, przez co gałka oczna zakłęsa sama przez się. Także nieprawidłowe wklęśnięcie jest względnie rzadkiem, gdyż zazwyczaj przychodzi jeszcze do następowego ściągnięcia gałki w znaczeniu Lederera i Gessnera.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach soli kuchennej (Über subconjunctivale Kochsalzinjektionen), Dr Beck.

Autor poleca tego rodzaju zastrzykiwania przy zmętnieniach w ciałku szklistem i przy środkowem zapaleniu naczyniówki i to szczególnie w przypadkach świeżych.

Z 8 przypadków zmętnień ciałka szklistego nastąpiło polepszenie w 7 przypadkach. W środkowem zapaleniu naczyniówki dało się osiągnąć polepszenie w 6 przypadkach, 3 razy nie było zmiany, a 1 raz nastąpiło pogorszenie. Wogóle w obu tych cierpieniach był odsetek dodatnich wyników o wiele wyższym w tych przypadkach, które były leczone zastrzykiwaniami podspojówkowemi, o wiele zaś niższym przy leczeniu innymi sposobami.

W 6 przypadkach oderwania siatkówki, które nie leczono zastrzykiwaniami, nie nastąpiło polepszenie, natomiast osiągnięto polepszenie w 6 przypadkach na 13 przypadków, które leczono tym sposobem.

Objaw Bella (Das Bell'sche Phänomen). Dr Fleischer.

Na wstępie omawia autor krótko dotychczasową literaturę, tyczącą się tego objawu, przy czem gałka oczna zwraca się ku górze przy zamknięciu powiek i podczas snu.

U pewnego chorego, u którego wskutek urazu przyszło do bliznowatego ściągnięcia się górnych powiek i do wybujałości na ich spojówkach, spostrzegał autor w 4 miesiące po urazie, że jedna gałka oczna ustawiała się przy zamykaniu powiek w kierunku ku dołowi do środka.

Przy tem ruchy gałki tej były we wszystkich kierunkach prawidłowe i nie było porażenia mięśnia twarzewego ani okoruchomego. Objaw ten tłumaczy autor przez odruch w sposób przyjęty przez Nagla i sądzi, że przy zwrocie gałki ku dołowi pozostaje rogówka

zupełnie przykrytą i najmniej jest uciskaną, podczas gdy zwracanie oka ku górze, przy istniejącej szparze w łączówce i przy wybijalnościach na spojówkach musiałoby odnieść wręcz przeciwny skutek. Równocześnie sprzeciwia się on zapatrywaniu w tym kierunku Negrońa, który powstanie tego objawu tłumaczy istniejącem anatomicznem połączeniem pomiędzy nerwem okoruchowym a twarzowym.

Sądzi on przy tem, że właściwą rolę w powstaniu objawu Bella należy przypisać raczej związkom pomiędzy włóknami mięśnia okoruchowego i mięśnia okrężnego, przy czem kojarznicza ich czynność odbywa się w ośrodku podkorowym.

Zchorzenia oczne spowodowane cierpieniami nosa
(Durch Nasenkrankheiten verursachte Augenleiden). Dr Paunz.

Autor objaśnia topograficzny związek zchorzeń ocznych z cierpieniami jam nosowych rycinami fotograficznymi i opisuje przypadki śluzoropotoku przewodu łzowego, w następstwie *rhinitis hypertrophica i atrophica*, ropienia jamy Highmora i komórek kości sitowej, jak również i wskutek wrzodów błony nosowej. Leczenie polegało na usuwaniu przyczyny. Następuje opis powstawania cierpień przewodu łzowego z powyższych przyczyn, który jest nam oddawna znany. Autor wspomina także o częstej zmianie w rozpoznawaniu przetoki woreczka łzowego i komórek kości sitowej i podaje sposób ich różniczkowego rozpoznawania. Wskutek cierpień nosowych chorzeje obok przewodów łzowych najczęściej jama oczodołowa. Następnie opisuje autor przypadek flegmowy oczodołowej, powstałej po zropieniu polipa nosowego, wskutek kataru jamy oczodołowej.

Zakażenie może powstać także z komórek płytki sitowej lub z jamy szczękowej. Autor poleca przecięcie ropnia oczodołowego i równoczesne otwarcie sąsiadującej jamy, z której powstało ropienie. Przy zapaleniu jam skroniowych zdarzają się nieraz porażenia mięśni ocznych, a powstają one przez kataralny obrzęk. Następnie opisuje autor zmiany znane pod nazwą *Mucokelc*, przy czem komórki kości sitowej i jama skroniowa bywa torbielowato powiększoną. Jeżeli torbiel tak znacznie się powiększy, to może on gałkę wyprzeć naprzód i ku dołowi, a także może być nerw wzrokowy uszkodzonym. Torbiele takie należy usunąć przez operację. Zchorzenia jamy skroniowej i schorzenie komórek sitowych może spowodować bardzo łatwo powstanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, pomimo, że w jamach tych poprzednio nie przyszło do flegmony. Jeżeli zmiany zachodzą się w jamie kości klinowej, to mogą one spowodować porażenia mięśni

ocznych, wskutek zchorzenia nerwów ocznych, znajdujących się w *sinus cavernosus*. W końcu wspomina jeszcze autor o związku przyczynowym chorób nosa z chorobami jagodówki szczególnie z krwotokami do ciała szklanego, a także na niebezpieczeństwo wykonywania operacji zaćmy przy ropniaku bocznych jam nosa.

O obrazkach na soczewce, które powstają na jądrze prawidłowej soczewki, przy wżiernikowaniu (Über Linsenbildchen, die durch Spiegelung am Kerne der normalen Linse entstehen). Dr Schmidt.

W związku z niedawno ogłoszonymi spostrzeżeniami prof. Hessa, wedle którego na soczewce oka normalnego daje się spostrzegać równocześnie kilka obrazków, omawia autor, że już przed kilku laty spostrzegł on u koni drugi obrazek prosty, i drugi obrazek odwrotny i to szczególnie u koni starszych i przy równoczesnem lekkim zmętnieniu torebki soczewkowej. Spostrzeżenia te są opisane w okulistyce Bayera.

Autor dodaje, że czasami daje się u koni spostrzegać cały szereg takich obrazków. Obserwował on u królika również w oku atropinizowanym podobne jasne i ciemne kręgi, jak to je opisywał Hess.

Nowy przyrząd, służący do oznaczania ucisku śródgątkowego — Tonometrya (Ein neues Tonometer — Tonometrie). Prof. Schiötz.

Autor opisuje nowy przez siebie sporządzony tonometr, o stałej sile i zmieniającem wrażeniu, który podaje wielkość ciśnienia śródgątkowego zapomocą wskazówki, przy czem ucisk śródoczny i położenie wskazówki stoją do siebie w stosunku odwrotnym.

Autor oznaczał najprzód przez empiryę wartość, która odpowiada różnym uciskom i utrzymywał przy tem stałe tak prawidłowe hyperboliczne linie krzywe, że mógł on je oznaczać i poprawiać przy pomocy rachunku. Przyrząd ten ma być bardzo dokładnym, a bywa trzymany w ręku, przy czem dadzą się nim odczytać dziesiętne części milimetru. W praktyce pokazały się mierzenia rogówki dokładniejszymi, aniżeli mierzenia twardówkowe. Według jego badań waha prawidłowy ucisk śródoczny pomiędzy 22—31 mm Hg po większej zaś części około 26 mm Hg.

Spostrzeżenia kliniczne (Klinische Beobachtungen). Dr Brückner.

a) Autor opisuje przypadek, w którym bystrość wzroku była na jednym oku bardzo upośledzoną, przy czem w polu widzenia

był środkowy brak na kolor biały i na barwy. Wziernikiem dało się spostrzegać szarawo-białawe pasmo o bardzo delikatnej budowie, które przykrywając brzeg tarczy wzrokowej, przeciągało do żółtej plamki i odpowiadało w swem przebiegu włóknom t. zw. *papillo maculares*.

Przez wywiady dało się wykluczyć, jakoby ta zmiana była wrodzoną, a zmiana ta była prawdopodobnie następstwem urazu. Anatomicznie wykazał autor zwyrodnienie wiązek, łączących tarczę wzrokową z żółtą plamką, które pierwotnie lub też następnie zostały zastąpione głojem, tak że zmiana ta była podobną do zmian spostrzeganych przy *retinitis proliferans*.

b) Do kazuistyki współczulnego zapalenia oka.

W przypadku tym opisuje autor surowicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego z osadami na tylnej ścianie rogówki i krwotokami w ciałku szklistem, które powstało w 10 lat po urazie oka pierwszego. V. c. liczy palce w $\frac{3}{4}$ m.

Po wyjęciu oka pierwotnie schorzałego, w którym występowały w ostatnich czasach częste nawroty, nastąpiło wyleczenie oka współczulnie zapalonego, przy czem bystrość wzroku podniosła się na $\frac{6}{5}$. Dziwnem się wydać musi, że mimo tak dodatniego i wyraźnego wyniku, autor zastanawia się nad leczniczą wartością enukleacyi w tym przypadku.

c) Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego w następstwie zapalenia stawów.

Zapalenie nerwu wzrokowego wystąpiło w kilka miesięcy po przebytem zapaleniu stawów. Powstanie tego zapalenia przypisuje autor działaniu toksyn. Uleczenie.

O ubarwieniu nerwu wzrokowego (Ueber Pigmentirung des Sehnerven). Prof. Ogawa.

U zwierząt daje się bardzo często spostrzegać w nerwie ocznym barwik, przy czem należy to zabarwienie uważać za prawidłowe. Najczęściej zabarwienie to pojawia się w okolicy blaszki siłowej. Również i u człowieka pojawia się w oku prawidłowem takie zabarwienie. Autor przyłącza obok znanych w literaturze podobnych przypadków nie patologicznego zabarwienia nerwów, przez niego spostrzegane przypadki. W przypadkach tych rozchodzi się z pewnością o wrodzone zбочenie a raczej o przerost barwika blaszki siłkowej. Autor zbija zapatrywanie P i e c k a, jakoby zabarwienie to powstało przez embryologiczny barwik nerwu wzrokowego, który w życiu śródmacicznym jest nadmiarę rozwiniętym, gdyż badania jego, jak i innych autorów udowadniają, że w rozwoju nerwu wzrokowego brak jest okresu barwikowego. Skła-

nia się on raczej do zapalrywania, że w przypadkach tych rozchodzi się o barwik naczyńiówki, który w czasie rozwoju oka przeszczerpia się do nerwu wzrokowego.

Następnie opisuje autor 4 przypadki ogłoszone przez innych autorów, w których dało się wziernikiem rozecznąć patologiczne zabarwienie nerwu wzrokowego. Bardzo czarne złogi były w przypadkach tych pochodzenia krwistego. Podobny przypadek miał sposobność autor także spostrzegać. Badanie anatomiczne wykazało zanik istoty nerwu wzrokowego przez proces zapalny, a barwik zabarwiający cały pień nerwu na czarno, rozdzielał się siatkówkowo w gleju nerwowym, a zatem zajmował miejsce samej istoty nerwu wzrokowego, obecnie zanikłej. Przy tem dało się stanowczo wykazać, że barwik ten był o charakterze krwi (*Hämoxidin*).

Glin. ophtalm. Nr 1—3. 1906. (Ref. A. Bednarski).

Kilka słów o wycięciu woreczka łzowego. (Quelques mots sur l'extirpation du sac lacrymal) Dr J. Coqs.

Skoro worek łzowy jest już dłuższy czas stale rozszerzony, wszelkie nasze zabiegi lecznicze konserwatywne pozostają bez skutku. Sposób operowania zależy od tego, czy mamy do czynienia z prostem rozszerzeniem worka, czyli też z powikłaniem przetoką. W pierwszym przypadku łatwo wyciąć cały worek, w drugim ponieważ rozchodzi się zawsze o przebyte zapalenie ścian woreczka a przednia ściana jest przedziurawiona lub w znacznej części zniszczona, wyjęcie częste całego worka jest niemożliwe i należy usunąć resztki ścian zapomocą skrobania. Przy wycinaniu woreczka cała trudność polega na uchwyceniu samego worka i rozróżnieniu jego ścian od otoczenia. Celem ułatwienia tego, zalecano wypełnienie worka już to materyą stałą, już to płynną, autor natomiast radzi wypchać poprostu worek gazą po poprzednim przecięciu go i wypuszczeniu zawartości. Po wyjęciu sonduje kanał i stara się otrzymać jego drożność, gdyż to jest potrzebne do rychłozrostu. Następuje opatrunek bardzo ściśle uciskający.

Zez zbieżny przy krótkim wzroku: jego leczenie zapomocą nowego diploskoku. (Le strabisme convergent des myopes: Sa cure par un nouveau modèle de diploscope). Dr Bourdeaux.

Przy wyrównywaniu krótkiego wzroku zapomocą szkieleł spostrzegamy często objaw następujący: Chory na każde oko z osobna stosownem szkłem widzi dobrze, skoro jednak odsłoniwszy drugie

oko i każemy choremu patrzeć równocześnie na oba oczy, natenczas widzi gorzej i twierdzi, że szkła chwytają go za oczy. Skąd to pochodzi? Od akomodacyi nie, gdyż i po atropinie objaw ten utrzymuje się. Od hyperkorekcyi również nie, ani też od astygmatyzmu, bo szkła dobraliśmy dokładnie. Zależy to jedynie od wadliwości we widzeniu obuocznem. Badając diploskopem chorych, którym po raz pierwszy wyrównaliśmy krótki wyrok, stwierdzamy, że tylko bardzo mała ilość posiada widzenie obuoczne skojarzone, natomiast przeważna część chorych patrzy tylko jednym okiem, wykluczając obraz drugiego, albo też popada w dwuwidzenie, które w 90% występuje jako diplopia homonyma. Fakt ten tłumaczy autor w ten sposób: U krótkowidzących istnieje zależność punktu dali wzrokowej dioptrycznego i dynamometrycznego, albo jak się wyraża Parinaud równoległość płaszczyzny zbieżności i płaszczyzny akomodacyi. Krótkowidzący nastawia gałki oczne na punkt, w którym widzi wyraźnie, skoro teraz zapomocą szkieł przesuniemy mu ten punkt w nieskończoność, chory nie ma o tem świadomości i dalej nastawia gałki w pobliże, przez co zatracą równowagę między zbieżnością i akomodacyą. Autor opisuje swój diploskop, który jest słownie zmienionym diploskopem Remy i opisuje sposób jego użycia celem przywrócenia równowagi między akomodacyą a konwergencyą.

Mięszkowe zapalenie rogówki urazowe. (Les Kératites parenchymateuses post. traumatiques). Dr Terlinck.

Müncheuer medizinische Wochenschrift. 1906. Nr 2. (Ref. Adam Szulistański).

O bierowskiem przekrwieniu zastoinowem w chorobach ocznych. (Ueber Biersche Staunungshyperämie bei Augenkrankheiten). Dr Renner z król. kliniki uniwersyteckiej prof. Eversbusch'a w Monachium.

Z powodu korzystnych wyników leczenia, które osiągał Bier w ostrych i przewłocznych zapaleniach, zapomocą czynnego i biernego przekrwienia, badał autor na polecenie prof. Eversbusch'a działanie przekrwienia biernego na oko.

Pierwsze doświadczenia wykonywał na sobie. Opaskę gumową Bier'a, około 3 cm. szeroką, zakładał sobie na szyję wielokrotnie na przeciąg 3—8 godzin, nie przerywając zwykłych zajęć. Nie doznawał przytem znacniejszych przykrości, mimo, że wywoływał dość znaczny zastój. Zrazu występowało zawsze uczucie ciepła i pełności w twarzy i głowie, następnie lekkie uczucie napięcia skóry, szczególnie na powiekach. Skóra przyjmowała lekko sinawe zabarwienie, wyraźne je-

dnak obrzmienie spostrzedz można było tylko na szyi powyżej opaski uciskającej. Po kilkugodzinnym zastoju postrzegał autor ciśnienie i napięcie w mięśniach ocznych przy wykonywaniu wydawniejszych ruchów gałkami ocznymi, jakoteż uczucie lekkiego obrzmięcia błony śluzowej przewodów nosowych; również i głos był lekko obłożony z powodu obrzmięcia błony śluzowej strun głosowych. Takie same objawy stwierdzał także u innych osób. Widzenie naosne, akomodacya i pole widzenia nie doznawały żadnej istotnej zmiany wśród trwania zastoju, ani po zdjęciu opaski. Natomiast stwierdzono niewątpliwe zacierwienie spojówki gałkowej. Mniej widoczne były objawy przekrwienia w samej gałce ocznej. Podwyższenia ucisku śródocznego nie stwierdził autor ani u siebie, ani u innych, mimo że wzienik wykazywał wyraźne objawy zastoju żylnego na dnie oka. Raz zauważono, że tętnienie żył ustało natychmiast po założeniu opaski, naczynia żyłne silniej krwią się wypełniły, odbłask żył stał się szerszym. Po zdjęciu opaski wróciło tętnienie żył. Pod koniec wielogodzinnego zastoju wystąpiło przyletem lekkie zamglenie wzroku i uczucie ciśnienia w oczach, lecz nie ból.

W celach leczniczych używano zastoju tylko u dzieci i osób dorosłych do 40 roku życia, u których poprzednio wykluczono istnienie zboceń w sercu i naczyniach. Stosowanie tego sposobu u ludzi starszych wydawało się autorowi zanadto ryzykownem, z powodu niebezpieczeństwa wywołania jaskry, zatorów krwawych lub wybroczynu na dnie oka.

Używano zaś zastoju tylko przy zewnętrznych, niepowikłanych cierpieniach oka, t. j. tylko wówczas, gdy wykluczono obecność zmian w głębszych częściach, w szczególności ostrych zapaleń jagodówki (*Iritis, Iridocyklitis, Iridochoioiditis acuta*), a więc w przypadkach niepowikłanego zapalenia miąższowego rogówki, pryszczycowego zapalenia spojówki, oraz wrzodów nieżytyowych i pełzających rogówki.

Z doświadczeń autora wynika niewątpliwy i dodatni wpływ leczniczy zastoju bierowskiego tylko w miąższowym zapaleniu rogówki, na wyjaśnianie się zaćmień unaczyniowych — w innych przypadkach skutek był bardzo wątpliwy, lub właściwie żaden. W szczególności nie zauważono żadnego wpływu na stare, nieunaczyniowe zaćmienia rogówki.

Leczono w ten sposób 5 przypadków miąższowego zapalenia rogówki. Wyciągi przytoczonych historii chorób są bardzo przekonujące. Wszystkie dotyczyły osób od 10—20 lat, w których nasilenie objawów co do zaćmienia i unaczynienia mniej więcej było jednakowe, a tylko czas trwania choroby wahał od kilku miesięcy

do kilku (5) lat. Opaskę pozostawiano około 6—12 godzin na dobę. We wszystkich przypadkach uzyskano w ciągu 2—4 tygodni leczenia zdumiewająco wydatną poprawę wzroku. Dla przykładu przytaczam:

I. I. S. 20 l. $\sqrt{\text{pr. o : od 15 miesięcy}}$ } liczne naczynia.
 $\sqrt{\text{l. o : od 13}}$ }

Od 14/XI 1905 opaska przez 8, 10 do 12 godzin.

14/XI $\sqrt{\text{pr. = palec na 2 m.}}$ 14/VII $\sqrt{\text{pr. = 5/10}}$
 $\sqrt{\text{l. = palec na 1\frac{1}{2} m.}}$ $\sqrt{\text{l. = 5/7\frac{1}{2}}}$

V. H. W. 18 l. pr. o. : od września 1905
 l. o. : od 5 lat.

23/XI 1905 $\sqrt{\text{pr. = ruchy ręki przed okiem}}$
 $\sqrt{\text{l. = 5/50 mozolnie.}}$

Po 3 tygodniach leczenia:

$\sqrt{\text{pr. = palec na 1 m.}}$
 $\sqrt{\text{= 5/35.}}$

Szkodliwego wpływu przekrwienia zastoinowego czy to na oko, czy na stan ogólny, nie zauważył autor w żadnym przypadku.

Zez ku górze (Höhenschielen). Dr M. Miller. Bayreuth.

Prof. Schön z Lipska ogłosił w Nrze 40 Muench. mediz. Wochschf. z r. 1904 pracę pod tyt. »Nerwice serca i żołądka«, w której omawia zgubny wpływ zezu ku górze na nerw błędny i możliwość usunięcia towarzyszących temu objawów nerwowych za pomocą odpowiednich szkieł pryzmatycznych. Zez ku górze bywa zdaniem Schön'a wrodzonym, organizm jednak pokonywa go siłami przyrodzonymi. Skoro one atoli z jakiegokolwiek powodu się zmniejsza, skąbnie zarazem energia, potrzebna do wyrównania niedomogi mięśniowej, skutkiem czego wystąpić musi zwiechnienie równowagi w działaniu mięśni prostych górnych i dolnych, czego wynikiem znowu jest różnica w ustawieniu gałek, czyli zez ku górze z koniecznym zaburzeniem dwuciecznego widzenia, szczególnie przy postrzeganiu linii poziomych. Teraz rozpoczynają się bezustanne i usilne usiłowania celem usunięcia podwójnego widzenia. Wymuszone w ten sposób zwiększenie czynności pojedynczych mięśni ocznych przychodzi do skutku przez podrażnienie odpowiednich ośrodków nerwowych, które to podrażnienie przeszedłszy pewną granicę, promieniować niejako zaczyna na ośrodki sąsiednie i wywołuje w ten sposób współczulne zadrażnienie nerwu błędnego. Z tego jednak wynika obraz chorobowy z taką przewagą ciężkich zaburzeń nerwowych ze strony żołądka i serca, że objawy oczne

z natury rzeczy łatwo przeoczyć, lub gdy się je spostrzeże, uważać za wtórorzędne i zależne od tych, które przede wszystkim w oczy się rzucają. Dziwić się jednak nie można wobec tego, że przy obecnem zapoznaniu przyczyn i skutków choroby tacy jako »nerwowi i neurastenicy« przechodzą z rąk do rąk bez skutku i widoków polepszenia. A życie tych nieszczęśliwych nie jest zadości godne. Owe nieznosne i bezustanne bóle i zawroty głowy, liczne i różnorodne objawy sercowe wśród męczących napadów strasznego lęku w połączeniu z niemniej przykrymi objawami żołądkowymi — czynią człowieka nie tylko niezdolnym do wszelkiej pracy, lecz naprawdę mogą mu życie obrzydzić. — Odpowiedzi, jakie pacyenci tacy dawali na pytanie Schöna, czy dobrze znoszą kołysanie i podróże okrętami, usprawiedliwiają przypuszczenie, że zez pionowy jest istotną przyczyną choroby morskiej. »Te rodzaje zawrotów głowy, obawy przestrzeni i choroby morskiej«, powiada Schön, »powstają skutkiem połączonej z zezem ku górze trudności zespolenia poziomych zarysów obrazów obydwu oczu i występują szczególnie tam, gdzie odpada możność kierowania się liniami pionowymi, a więc na rozległych płacach i na morzu«*).

Na podstawie wyniku badania swoich przypadków (nie podaje ich, dwa z nich obszerniej opisuje), stwierdza autor (Miller) w zupełności zapatrywanie Schöna, gdyż we wszystkich przypadkach udało mu się zapomocą szkieł pryzmatycznych usunąć wszelkie, niekiedy ciężkie, objawy zadrażnienia nerwu błędnego — i to usunąć natychmiast, całkowicie i trwale.

Co się tyczy powstawania i pochodzenia zezu pionowego, to idąc za zdaniem Schöna, nie przeczy, że może on być wrodzonym, lecz stwierdza równocześnie, na podstawie własnych spostrzeżeń, że może on być również nabytym.

Między przypadkami autora, było w jednym przyczyną niedowidzenie jednego oka w następstwie zaćmy torebkowej; w 2. zbliżnawienie po ropniach oczodołowych; w 2. dalszych nierówne co do wysokości ustawienie oczodołów — reszta przypadków nie przedstawiała, z wyjątkiem nieznacznej różnicy w refrakcyi obydwu oczu,

*) Warto tu zapisać spostrzeżenie pewnego angielskiego lekarza okrętowego, który (według notatki umieszczonej w Nrze 8 kroniki »Lwowski tygodnik lekarski« bez podania źródła wiadomości) miał zauważyć, że choroby morskiej nie dostają osoby, których wzrok na jednym oku jest upośledzony. Uważając też widzenie obuocne za jedną z przyczyn, wywołujących objawy choroby morskiej, próbował zawiązywać jedno oko, lub zakraplać do jednego oka atropinę i miał się przekonać, że prosty ten zabieg chroni rzeczywiście od przykrej choroby morskiej. — Łatwo z powyższego zrozumieć, co w tem doniesieniu może być prawdą, a co złudzeniem, lub raczej nieporozumieniem (przyp. sprawozdawcy).

żadnych innych objawów, któreby pozwalały wnosić o przyczynie zezu ku górze.

Wogóle, wzięwszy, powiedziec należy, że te same, powszechnie znane przyczyny, które wpływają na tworzenie się zezu poziomego, mogą *mutatis mutandis* wywołać także zez pionowy.

W celu łatwego rozpoznania zezu i pewnego stwierdzenia skutku przyznatów, zaleca autor tablice liniowane, wielkości 70m², i to białą z czarnymi liniami, czerwoną z zielonemi. Odstęp między liniami 8^m/_m, grubość linii 1^m/_m.

Tablicę taką trzyma się blisko oczu badanego w położeniu poziomem (z poziomym kierunkiem linii) w razie zezu pionowego, zaś w położeniu pionowym w razie zezu poziomego. W przypadkach zezu ku górze, już po kilku sekundach patrzenia na liniuszek poziomy, zaczynają linie drgać, poruszać się, wykrzywiać, skakać, po dalszych 20—25 sekundach, zaćmiewa się wszystko przed oczami, a towarzyszące temu nader niemiłe uczucie niepewności, niepokoju i przestachu tak się potęguje, że badany broniąc się przed niem, wprost oczy zamyka, lub ręką je przysłania. Po założeniu odpowiedniego szkła przyznatycznego, może badany bez śladu jakiegokolwiek dolegliwości, tak długo jak mu się podoba patrzeć na liniuszek poziomy.

Die ophthalmologische Klinik. R. 1906 Nr 3. (Referent Doc. K. W. Majewski).

Liczne włókniaki polipowate na spojówce powiekowej. (Multiple fibromatöse Polypen [Fibromes muqueux] der Lid-Bindehaut). Co smettaos.

U 7letniego dziecka, które skarżyło się na ból i palenie pod powiekami, znalazł autor u jednego oka siedm, u drugiego pięć drobnych polipowatych wyrosli, wyrastających ze spojówki powiek górnych na cienkich szypułkach. Guzki te były różowe, na powierzchni gładkie dochodziły do wielkości ziarna soczewicy. Poodecinano je nożyczkami, poczem przypalono lapisem miejsca, zkad wyrastały. Badanie mikroskopowe wykazało w guzkach utkanie odpowiadające włókniakom śluzowym (*Fibromes muqueux*). Dla rozpoznania klinicznego rozstrzygającą jest gładkość powierzchni, brodawczaki bowiem i ziarniniaki odznaczają się wejzeniem kalafiorowatem lub malinowatem. Gruczolak daje się poznać po właściwem sobie umiejscowieniu na mięsku łzowym, gdy włókniaki o wiele częściej wyrastają ze spojówki powiek i załamek. Co do ziarniniaków, ważnem jest pamiętać, że powstają one na spojówce w następstwie urazów, wskutek obecności ciał obcych, lub po nacięciach, lub na-

kłuciach operacyjnych. Z innych nowotworów przybierają wyjątkowo naczyniaki i mięsaki spojówkowe postać polipów, zazwyczaj jednak już dla samej ich rzadkości przy stawianiu prawdopodobnego rozpoznania myślimy o nich na ostatek. Tam, gdzie polipy są małych rozmiarów, zacierają się zwykle kliniczne znamiona różniczkowe i pewność dać nam może tylko badanie histologiczne. W każdym przypadku polipa spojówki bez względu na jego przyrodę wskazane jest oczywiście odcięcie guza wraz z szypułą i przypalenie miejsca skąd wyrastał dla zapobieżenia nawrotowi.

O zaburzeniach wzroku w następstwie przyglądania się zaćmieniu słońca. (Über Sehstörungen infolge der Beobachtung der Sonnenfinsternis). Ferentinos z Aten.

Po ostatniem zaćmieniu słońca (w sierpniu z. roku) zgłosiło się do autora pięciu chorych, którzy, oglądając to zjawisko bez zachowania koniecznych ostrożności, sprowadzili sobie mniej lub więcej poważne zaburzenia wzroku. U dwóch chorych mógł autor przez dłuższy czas przebieg zmian ocznych spostrzegać, inni poddali się tylko jednorazowemu zbadaniu. Badanie wziernikiem wykazało u wszystkich zmiany w plamce żółtej, która przybrała barwę szaro różową i straciła właściwy sobie połysk. Ta plamka szara postaci okrągłej lub owalnej, obwiedziona była cienką linią krwisto czerwoną. Otaczająca siatkówka wydawała się nieco zamgloną. Chorzy opowiadali, że w pierwszej chwili, spojrzawszy w słońce, doznali silnego olśnienia, a potem przez kilka dni przesładowała ich nieustannie ciemna plama w środku pola widzenia. Później plama ta przestała być widoczną, pozostało jednak osłabienie wzroku. Prócz tego skarżyli się chorzy na chwilowe znikanie widzianych przedmiotów n. p. poszczególnych liter przy czytaniu, co autor tłumaczy znużeniem siatkówki wskutek krótko trwałego, ale nadmiernie silnego wrażenia świetlnego. Objaw ten trwa zwykle tylko przez czas krótki, poczem chorzy nie doznają przeszkód przy czytaniu, o ile im na to mniej lub więcej upośledzona bystrość wzroku pozwala. Badanie pola widzenia wykazuje jednak względny ubytek środkowy (*scotoma centrale relativum*). Z biegiem czasu bystrość wzroku stopniowo się poprawia, chociaż słabe *scotoma* utrzymuje się nieraz bardzo długo.

Nierównie prędzej znikają bez śladu zmiany wziernikowe. Autor przekonał się o tem, badając chorego, który przed 24 laty uszkodził sobie oko prawe, przypatrując się niem zaćmieniu słońca. Obecnie chory ten ma jeszcze wyraźne *scotoma relativum*, choć dno oka żadnych już zmian nie okazuje. Autor uważa szarą plamkę, jaką widział u wszystkich swych pięciu tantegorocznych chorych, za wyraz lekkiego

sparzenia siatkówki, spowodowanego działaniem promieni, które się skupiły dla wytworzenia na siatkówce ostrego obrazka słońca. Czerwoną obwódkę, która otacza tę szarą plamkę, nazywa on linią demarkacyjną, oddzielającą miejsce sparzone od otaczającej siatkówki, która została obłana rozproszonym światłem słońca. Tę zmianę w otoczeniu starej plamki nazywa autor *erythema solare retinae*. Dzięki temu, że środkowi lamujące oka zatrzymują znaczną część promieni pozaczerwonych i ultrafioletowych, nie przychodzi do zupełnego zniszczenia siatkówki, któreby musiało spowodować trwałe *scotoma absolutum*. Dlatego to siatkówka przybiera po pewnym czasie wejście prawidłowe, a jeśli przychodzi do trwałego upośledzenia wzroku, to należy je przypisać pozostałościom, jakich przy pomocy wziernika dostrzedz już nie można. Leczenie musi być, zdaniem autora, wyczerkujące; ani ciemnica, ani wstrzykiwania strychniny nie mają wpływu na przebieg choroby. Co najwyżej podać można jod, aby ułatwić i przyspieszyć wessanie tych wytworów patologicznych, które wogóle mogą wessaniu uleż.

Gwajakol w lecznictwie okulistycznem. (Das Gwajakol in der augenärztlichen Therapie). Terson.

Gwajakol, który dawniej uzyskiwano z kreozolu, otrzymuje się obecnie jak wiadomo, w drodze syntetycznej w postaci chemicznie czystych kryształów, i jako taki bywa pod każdym względem lepiej znoszony od dawnego gwajakolu i od kreozolu. Jako środek posiadający cały szereg cennych własności leczniczych (*antisepticum, alterans, anaestheticum, analgeticum, antipyreticum*) może, zdaniem autora znaleźć szerokie zastosowanie także w okulistyce. Przy zmianach na skórze powiek i okolicy oka zaleca on 10% roztwór gwajakolu w oliwie lub glicerynie. Zwłaszcza przy półpaściu ma gwajakol działać bardzo korzystnie. Dla osłabienia przykrej a silnej woni, należy roztwór gwajakolu zaprawiać mentolem lub kamforą. Przy bolesnych sprawach zapalnych ropnych (*dacryo-cystitis, dacryo-adenitis* etc.) działają kojąco maści gwajakolowe, jakoteż i roztwory oliwne lub glicerynowe. Na spojówkę stosuje autor 10% glicerynowy roztwór siarkanu miedzi z dodatkiem gwajakolu, co w wysokim stopniu zmniejsza ból i pieczenie. Korzystnie też działa gwajakol w postaci maści lub roztworu olejnego przy sparzeniu rogówki. Niemniej zaleca się środek ten w przypadkach gruźliczych zmian na powiekach spojówce lub rogówce. Spirytusowe roztwory gwajakolu zapisuje autor do inhalacji przy zmianach w jamie nosa i gardła, tak często towarzyszących cierpieniom ocznym.

Na wewnątrz, przy chorobach oka na tle gruźlicy, żołądów

lub kiły, podaje T. gwajakol zawarty w kapsułkach żelatynowych wraz z rybim tranem. Nakoniec wprowadza autor częstokroć gwajakol do ustroju, wstrzykując miąższowo jego oliwne rozezyny.

Inkrustacje wywołane przez wodę utlenioną. (Inkrustationen durch Wasserstoffsperoxyd). Neustätter.

Przy zapuszczaniu 3% roztworu wody utlenionej do worka spojówkowego, zauważył autor powstawanie na spojówce żółto białych plam, ostro ograniczonych, przypominających zwapnienie gruczołów Meiboma (*lithiasis Meibomiana*). Plamy te ściśle ograniczone powstawały w różnych miejscach na spojówce bezpośrednio po zapuszczeniu wody utlenionej i utrzymywały się mniej więcej przez godzinę. Nie była to pianka, jaką zazwyczaj woda utleniona wytwarza, gdyż dałaby się zetrzeć z łatwością. Żółto białawe zabarwienie zdawało się raczej sięgać nawet w nieco głębsze warstwy spojówki. Początkowo sądził autor, że to tylko miejsca, gdzie spojówka jakkolwiek była zmienioną (n. p. po operowanych gradówkach, przeciętych jęczmionach) ulega temu szczególnemu zabarwieniu, przekonał się jednak z czasem, że powstaje ono także na zupełnie prawidłowej spojówce. Na czem polega to przemijające zabarwienie i dlaczego ogranicza się ono tylko do pewnych miejsc, nie umie autor wyłomaczyć, jak również nie objaśnia z jakiego powodu nazwał tę zmianę inkrustacją.

Kliniczne spostrzeżenia o leczeniu nową tuberkuliną (zawiesziną prątkową) i podanie przypadku gruźliczego zapalenia tęczówki, wyleczonego starą tuberkuliną (Klinische Beobachtungen bei Behandlung mit Neutuberculin (Bacillenemulsion) und Mitteilung eines Falles von mit Altuberculin geheilter doppelseitiger Iristuberculose). Dr M. Elsaesser w Mannheim. — Deutsche med. Wehscrift. 48. 1905.

W pierwszej części swej pracy podaje autor przebieg doświadczeń, wykonanych na 76 chorych na gruźlicę, u których wstrzykiwał »nową tuberkulinę« Kocha. Doświadczenia te, szczegółowo opisane, z uwzględnieniem sposobu zastrzykiwania, dawkowania, powikłań, wpływu na zmianę ciepłoty ciała i t. d., upoważniają autora do twierdzenia, że nowa tuberkulina działa bardzo dobrze w świeżych przypadkach gruźlicy, w t. zw. pierwszym stadium, zwłaszcza dopóki jeszcze niema zakażenia mieszanego.

Wspólnie z okulistą Drem Bahrem leczył autor także 16-letniego, bladego i słabowitego młodzieńca, u którego oprócz płucnych i skórnych zmian gruźliczych, znajdowały się następujące na obydwóch tęczówkach: Wybitna *iritis serosa* z licznymi, galareto-

watymi guzkami; największe znajdują się w kącie między tęczęwką i rogówką; w miejscu, gdzie przylegają do rogówki, mięszkowe zmętnienie tejże. Tylne przyczepy i wypocina na przedniej łobee soczewki. Po dłuższym stosowaniu starej tuberkuliny (od 23 lutego do 11 sierpnia 1905) guzki te i podrażnienie rzęskowe zniknęły, zupełnie, pozostały tylko zmętnienia rogówki, tylne przyczepy i błony wypocinowe w źrenicy. Mimo to wzrok znacznie się polepszył zwłaszcza u oka lewego: z liczenia palców na 5 metrów — na $\frac{5}{15}$ Mp. 1-25 D. Nadto ogólny stan pomyślny, objawy płucne ustąpiły, a skórne o połowę mniejsze. *Dr. Edw. Goldwasser.*

Badania tonometryczne dotyczące oka zdrowych i chorych. (Tonometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Augen). — Mitteilungen aus der Augenklinik im Julien-H. 2. 1905. — Engelmann.

Engelmann zachęcony przez Edelskij'ego podjął szeroko pomyślane zadanie zbadania wpływu ogniskowania, pracy mięśni gałkowych zewnętrznych, nerwu współczulnego, ciśnienia krwi i różnych stanów chorobowych na ciśnienie śródoczne. Wyniki jego dochodzeń streszczamy poniżej:

1. Przewiązanie tętnicy szyjowej wspólnej obniża ciśnienie śródoczne obustronne, ale wyraźniej po stronie przewiązania.

2. Przewiązanie żyły szyjowej zewnętrznej powiększa ciśnienie śródoczne po stronie przewiązania.

3. Narkoza chloroformowa obniża ucisk śródoczny, narkoza eterowa powiększa ciśnienie śródoczne.

4. Wycięcie n. współczulnego szyjowego lub zwoju górnego szyjowego obniża ucisk śródoczny, sprowadza przekrwienie oka, zwężenie źrenicy, zapadnięcie gałki, opadnięcie powieki górnej (znane). Wycięcie części n. współczulnego szyjowego przy jaskrze na przebieg jaskry nie wpływa korzystnie, niekiedy zaś wpływa ujemnie.

5. Twierdzenie (Höltkke), że ciśnienie śródoczne powiększa się przy rozszerzeniu źrenicy i obniża się przy jej zwężeniu autor znajduje bezzasadnym.

6. Zaciśnięcie powiek powiększa ciśnienie śródoczne aż do 14 cm. Hg.; przecięcie czterech mięśni gałkowych prostych u kółka obniża ciśnienie śródoczne na 8 cm. Hg.

7. Zapalenie rogówki, wrzody i zapalenie twardówki obniżają ciśnienie śródoczne, zapalenie tęczęwki, mięśnia ogniskującego (m. ciliaris) we wczesnych okresach powiększają ciśnienie śródoczne, w późniejszych zaś obniżają.

Oderwania siatkówki, którym nie towarzyszą żadne powikłania, obniżają ciśnienie śródoczne. *Dr. Noiszevski.*

Przyczynnik do kasnistyki złamań w przewodzie nerwu wzrokowego (Zur Kasnistik der Frakturen im Optikuskanale). Dr Józef Pollack w Pradze. — Wiener med. Wochschrift. Nr 3. 1906.

W przypadkach urazu w okolicę oczodołu możemy na podstawie pewnych objawów nie tylko rozpoznać, czy i w którym miejscu nerw wzrokowy doznał uszkodzenia, ale także orzec, jakie będzie zejście tej choroby.

Zniesione lub znacznie upośledzone oddziaływanie źrenicy na światło z utrzymaniem oddziaływania współczulnego, wskazuje na uszkodzenie nerwu wzrokowego — z obrazu zaś wziernikowego możemy wywnioskować, czy uszkodzenie to nastąpiło przed, czy po wejściu środkowej tętnicy. Bardzo znamiennymi są objawy towarzyszące złamaniu ścian przewodu nerwu wzrokowego. Obok utraty przytomności, zawrotów głowy, krwotoków z nosa i ucha — występuje początkowo zupełna ślepość wskutek bezpośredniego skaleczenia nerwu lub krwotoku, a źrenica oddziaływa tylko współczulnie. Na dnie zmian niema. Po jakimś czasie zwyczajnie wzrok nieco się poprawia wskutek wessania krwotoku, a źrenica przynajmniej leniwo na światło oddziaływa — lecz wkrótce wytwarzająca się kostnina ugniata nerw wzrokowy, pole widzenia jest dośrodkowo zwężone i w tym kierunku wciąż się zmniejsza, przyczem niknie poczucie barwy zielonej, potem czerwonej, niebieskiej a wreszcie i białej, a z tem, zwyczajnie w przeciągu 2 — 3 miesięcy następuje ślepość.

Przeciwnie wcale pomyślnem jest rokowanie, gdy źrenica na światło od początku oddziaływa, a pole widzenia nie jest dośrodkowo zwężone, lecz brak w niem tylko pewnych wycinków. Wobec takich objawów wolno nam przyrzec choremu, że utrzymaną zostanie przynajmniej ta bystrość wzroku, którą miał bezpośrednio po wypadku.

Dr Edu. Goldwasser.

III. Z. TOWARZYSTW.

Kijowskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie I d. 20 maja st. st. 1904.

Na tem posiedzeniu Dr Mandelstam wygłosił dłuższą rzecz o rozwoju oftalmologii w XIX w., a Dr Neze o rozwoju oftalmologii w Kijowie. Nietylko w Kijowie, ale i wogóle w Rosyi pierwszy Karawajew (1843—1844) operował zaćmę starczą drogą ekstrakcyjną, przed nim zaś, a nawet jeszcze i po nim operowano tylko drogą reklinacyjną. Dr Neze utrzymuje, że Karawajew wprowadził

szczypeczyki ustalające gałkę do chirurgii ocznej i nauczył ekstrakcyi katarakty przez cięcia górne*).

Rosyanie obecnie posiadają aż cztery Towarzystwa oftalmologiczne: petersburskie, moskiewskie, kijowskie i odeskie, my zaś dotąd nie posiadamy ani jednego. Wprawdzie tak zasłużony dla polskiej oftalmologii Sz. Prof. Bolesław Wieherkiewicz już od dawna nosi się z zamiarem utworzenia polskiego Towarzystwa oftalmologicznego na wzór heidelbergskiego, ze stałymi zjazdami Kolegów w Krakowie, ale dotąd wszystko się rozbijało o naszą przysłowiową ociężałość. Jeżeliby kiedy owe zjazdy doszły do skutku, głosowałbym, żeby się odbywały podczas świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Zjazdy podczas lata służą bardziej rozrywkom, niż nauce.

W r. 1869 został profesorem oftalmologii w Kijowie chlubnie znany w piśmiennictwie europejskiem ze swych prac z dziedziny oftalmologii I w a n o w: (Histologia pryszczykowego zapalenia rogówki. O różnicy w budowie mięśnia ogniskującego (*m. ciliaris*) w oczach krótko i długoogniskowych. Trzy monografie: Ciało szkliste, *tunica vasculosa* i *tractus uvealis*) weszły jako części składowe do znakomitego podręcznika okulistycznego Graefe i Saemisch. Ostatnią pracą I w a n o w a był przyczynek do anatomii patologicznej jaglicy. Choć I w a n o w jako niezony był znakomitością europejską, to jednak jako klinicysta o wiele mniej położył zasług. Podczas kilkoletniej choroby I w a n o w a, leczącego się za granicą, skąd już nie było mu sądzone powrócić, w uniwersytecie zastępował go M a n d e l s t a m. Następnie po kilkoletniej przerwie w wykładach, profesorem oftalmologii w Kijowie został C h o d i n, założyciel i wieloletni redaktor Wiestnika oftalmologii. Obecnie zaś profesorem oftalmologii jest prof. S z y m a n o w s k i, uczeń C h o d i n a.

Posiedzenie d. 18 września.

Leczenie chirurgiczne krótkoogniskowości wysokich stopni przez usuwanie soczewki przeziernej. Kozłowski.

Autor niezadowolony z wyników sposobu F u k a l i**), powziął myśl usuwania soczewki przeziernej. Autor usuwał soczewkę 17 razy, przezierną zaś soczewkę usunął 21 razy. Po usuwaniu soczewki sposobem F u k a l i chorzy pozostawali w lecznicy przeciętnie dni 31, po usuwaniu soczewki przeziernej przeciętnie dni 18.

*) Fakt ten dla mnie zupełnie jest nowy i może który z Kolegów mógłby sprawdzić słuszność tego twierdzenia; według Neze wszyscy przed K a r a w a j e w e m usuwali katarakty przez cięcia z dołu.

**) Dr F u k a l a przejął myśl podaną przez Wieherkiewicza w r. 1882. Red.

Za usuwaniem soczewki przezierniej był prof. Szymanowski, wszyscy inni przeciwni byli temu rękoczynowi.

Posiedzenie d. 30 listopada 1904.

Leczenie chirurgiczne opadnięcia powieki górnej. 10 wypadków. Szymanowski.

Trzy są sposoby chirurgicznego leczenia opadnięcia powieki górnej:

1. Wycinanie kawałka skóry powieki górnej, niekiedy połączone z wycinaniem kawałka mięśnia okrężnego.

2. Połączenie szwami chrząstki powieki górnej z mięśniem czołowym.

3. Połączenie chrząstki powieki górnej z mięśniem górnym gałki ocznej (*m. rect. super.*); pierwszego z tych sposobów autor nie używał wcale, ale i dwa drugie sposoby dawały mu zawsze wyniki małe, a nieraz złe.

W pierwszym wypadku opadnięcia powieki górnej przyszył górny brzeg chrząstki do mięśnia czołowego sposobem Saneaasta; sposób ten tem się różni od sposobu Pangestechera, że Pangestecher łączy z mięśniem czołowym nie górny, ale dolny brzeg chrząstki. Wynikiem takiego leczenia opadnięcia powieki górnej było podwinięcie części powieki.

W drugim wypadku przyszył prof. Sz. ściegna mięśnia unoszącego powiekę górną do mięśnia czołowego. Poprawy nie było.

W trzecim wypadku przyszył Sz. górny brzeg chrząstki do części przedniej mięśnia górnego gałki ocznej. Wynik natychmiastowy operacji był doskonały, ale wkrótce wszystko »przyjęło dawną postać«, chociaż Motais, jak twierdzi, miał przy tym sposobie operowania wyniki zupełnie zadawalniające.

W czwartym wypadku ten sam sposób sprowadził głębokie zapalenie rogówki.

W piątym, szóstym i siódmym wypadku wyniki były ujemne. Nie o wiele lepiej powiodło się autorowi i ze sposobem Angelucci'ego.

Dr. Noiszevski.

Petersburskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie d. 6 maja 1905.

Okazanie przyrzędu ochronnego dla oczu u strzelających do celu. Czemołosow.

Zarząd artylerji morskiej polecił Cz. zbadać, czyby się nie udało przy pomocy szkieł żółtych lub innych usuwać szybko występujące zmęczenie wzroku przy celowaniu i strzelaniu z dział na morzu.

Badania Cz. przekonały go, że szkła żółte nie usuwają zmęczenia wzroku przy strzelaniu na morzu i że o wiele pożyteczniejszymi okazały się pomyślane przez niego chromy. Chromy mają oprawę podobną jak w okularach, ale zamiast szkieł kauczukowe płytki, tylko w prawej płytce jest otwór o 7-milimetrowej średnicy.

Według Cz. szybkie męczenie się wzroku podczas strzelania na morzu zależy od przyczyn wewnętrznych (niemoc ogniskowania szczególnie u długoogniskowców; trudność otwierania jednego oka a przymrużania drugiego) i zewnętrznych: drażnienie oka celującego przez wiatr, kurz, dym, promienie słoneczne proste i promienie słoneczne odbite od powierzchni morza).

Felzer: Jak wielkiem było ograniczenie pola wrażliwości obwodowej siatkówki przy użyciu pańskiego przyrządu?

Czem ośsoś: Do 25 stopni.

Bellarmino w nie zgadza się z Cz., żeby niemoc ogniskowania mogła utrudniać strzelanie, jeżeli tylko strzelający nie jest długoogniskowcem. Według Bellarmino wa główną przyczyną szybkiego męczenia się wzroku podczas strzelania na morzu jest olśnienie, a najodpowiedniejszym przyrządem zwykłe szkła zadymione, przy nieprawidłowej ogniskowości szkła zadymione ogniskowe, wyrównywujące niedrawidłową ogniskowość.

Ropienica oczodołu. Oszałowski.

Podawca sprowadzał ropienicę oczodołu u psów, doświadczałnie zastrzykując do tkanki pozagałkowej hodowle gronkowców i paciorkowców.

Dr Noiszeński.

XVIII Zjazd włoskiego Towarzystwa oftalmologicznego.

(Referent K. W. Majewski).

Posiedzenie przedpołudniowe z dnia 11 października 1905.
Przewodniczy Falehi z Pawii.

De Berardinis: *Uwagi kliniczne i anatomiczne o blepharochalasis.*

Autor spostrzegał dwa przypadki *blepharochalasis* u osobników młodych. U jednego z nich stwierdził oprócz tego tachykar-

dyę i wielką wrażliwość nerwową. Drugi był zdrow ogólnie. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka skóry wykazało rozdęcie naczyń krwionośnych w tkance łącznej podskórnej i zmniejszenie ilości włókien sprężystych. Patogeneza cierpienia nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną; zdaniem autora, przyjąć można jako przyczynę zaburzenia nerwowe.

Seimeni opowiada o przypadku, w którym znalazł anatomiczne zmiany śródbłonna naczyń, zakrzepy w żyłach i wybroczyny.

Angelucci tłumaczy powstanie *blepharochalasis* odrębnym rodzajem unaczynienia tłuszczu oczodołowego. Dlatego to nawet niewyuczasy i zmęczenie fizyczne prowadzą nieraz lekkie obrzmienie powiek.

Pes zapytuje, czy krwotoki w przypadku Seimeniego nie były następstwem urazu operacyjnego, czemu Seimeni zaprzecza.

Lodato widział także *intra vitam* punkcikowate wybroczyny.

Pes: *Ropne zapalenie naczyńiówki; ropień w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych; zapalenie opon mózgodzeniowych.*

Przypadek dotyczył kobiety, która w 3 dni po wypaproszeniu gałki z powodu *panophthalmitis* zmarła wśród objawów zapalenia opon mózgodzeniowych. Sekeya oprócz *meningitis* wykazała ropną »kanalizację« nerwu wzrokowego i ropień w miejscu skrzyżowania nerwów. Z ciała szklistego wyhodowano gronkowca białego, z ropnia mózgowego paciorkowce.

Di Santo (z Neapolu): *Otok śluzowo-ropny zatoki czołowej i prawej zatoki sitowej.*

Klinicznie przedstawiał się przypadek jako znaczny i bolesny obrzęk zapalny w głębi pod prawą górną powieką i za górno-wewnętrzny brzeg oczodołu lewego. Rozpoznanie ułatwiła też rynoskopia. Nacięcie ropni i wypłukiwanie spowodowały wyleczenie.

Mazza (z Genji): *Kilka przypadków choroby Quinckego.* (Oedema angioneuroticum acutum).

U trojga chorych (kobieta 45 lat, 16letni młody człowiek i 35letnia kobieta) spostrzegął autor ograniczone obrzęki na różnych częściach ciała. Między innymi także na spojówce i na skórze powiek. Zdaniem autora, przyczyną były zaburzenia angioneurotyczne w związku z ogólną słabowością, względnie z wiekiem przejściowym (u pierwszej kobiety).

Basso zapytuje, czy badano jamę nosa, on bowiem w podobnych przypadkach spotykał *rhinitis* i dopiero wyleczenie tejże spowodowało ustąpienie obrzęków.

D'Angelo zapytuje, czy mocz był badany i czy znaleziono oksalurę.

Mazza odpowiada, że nie rynoskopował z powodu braku objawów ze strony nosa. W moczu były ślady białka, w kierunku kwasu szczawiowego nie badano.

Basso (z Genui): *O nowotworach pozajątkowych.*

B. operował 28letniego chorego z powodu nowotworu, zajmującego dolną część oczodołu i przyległe komórki w kości sitowej. Operację rozpoczętą sposobem Krönleina, trzeba było jednak zakończyć wypaproszeniem całego oczodołu. Badanie mikroskopowe wykazało, między innymi, drobnokomórkowe nacieczenie nerwów rzęskowych i nerwu wzrokowego. Dlatego to obrzęk i przekrwienie tarczy, stwierdzone wziernikiem przed operacją, uważa autor za sprawę zapalną, a nie za zastoinową.

Tornatola mógł w podobnym przypadku usunąć cały nowotwór za pomocą tymczasowej resekcji oczodołu sposobem Krönleina, przyznaje jednak, że rzadko tylko można napewno przewidzieć, jak daleko sięgają nacieki nowotworowe i jakie rozmiary trzeba będzie nadać operacji.

Cirincione omawia również rokowanie przy złośliwych nowotworach oczodołu. U dzieci powyżej dwóch lat należy od razu przystąpić do wypaproszenia oczodołu, bo często zdarzające się nawroty nie nadają się już zwykle do operacji z powodu rozsiania ognisk nowotworowych. U dorosłych niebezpieczeństwo nawrotu jest mniejsze i wyniki operacji bywają na ogół lepsze. Jeżeli nowotwór oczodolowy wrósł już do *foramen opticum*, wtedy nie opłaca się operować. Jako wskazówka rozpoznawcza służy w takich razach rozszerzenie żył siatkówkowych w drugim oku.

Angelucci opisuje podaną przez siebie odmianę operacji Krönleina. Nie wycina on kawałka kości jarzmowej, tylko ją oddziela i w całości odchyła.

Gallenga operował w podobny sposób w jednym przypadku uważa modyfikację Angelucci'ego za pomysł szczęśliwy.

Reymond (z Turynu): *O kieszonkowym oftalmometrze Reida.*

Przyrząd ten nadaje się bardzo do mierzenia krzywizny rogówkowej, zwłaszcza przy rogówce stożkowatej. W przypadkach *keratoconus* można nim wykazać, że w pobliżu szczytu stożka zazwyczaj po stronie nosowej znajduje się mała mniej wypukła część powierzchni, która stanowi punkt wyjścia osi widzenia.

Petella robił również doświadczenia z oftalmometrem Rei-

da i podnosi jego użyteczność przy pomiarach zmian krzywizny rogówkowej wskutek podwyższonego parcia wśródocznego. Przyrząd ten ułatwia także rozpoznanie zwiechnięcia lub nadwiechnięcia soczewki.

Tornatola (z Messyny): *Galwanokaustyczne operowanie podwinięcia powiek.*

T. uzyskiwał dobre wyniki w przypadkach *entropium*, które usuwał zapomocą galwanokaustyki. Galwanokauter nadaje się do tego lepiej niż termokauter.

Baquis sądzi, że sposób ten nie zabezpiecza przed nawrotami cierpienia.

Pes przypomina sposób polecony przez Bajardiego, polegający na głębokiej kauteryzacji, sięgającej aż do chrząstki i na spojeniu szwami brzegów rany.

Ovio uważa szwy za zbyteczne.

Tornatola przestrzega przed hyperkorrekcją. Przed galwanokaustyką należy stopień podwinięcia dokładnie oznaczyć.

Santamaria (z Neapolu): *Przypadek oślepięcia po wyrcaniu zęba.*

Bezpośrednio po wyrwaniu zęba powstała amauroza, która zmieniła się wkrótce w amblyopię. Po miesiącu wrócił wzrok prawidłowy. S. uważa przypadek ten za hysteryę urazową.

Gallenga (z Parmy): *Ectropium uweae congenitum i wyrostki barwikowe na brzegu źrenicy (flocculi pupillari).*

G., który dawniej robił badania nad *ectropium uweae acquisitum*, zdaje obecnie sprawę ze swych poszukiwań embryologicznych i porównawczo-anatomicznych, odnoszących się do *ectropium uweae congenitum*. Badał on płody ludzkie oraz oczy koni, przeżuwaczy, świń etc. U zwierząt tych zmiana w mowie będąca zdarza się często, w oczach ludzkich zaś występuje wyjątkowo.

Posiedzenie popołudniowe dnia 11 października.

Przewodniczy Gallenga z Parmy.

Biotti (z Padwy): *Badania doświadczalne nad rolą pasożytów trupich (saprofitów) w zakażeniach oka.*

B. przypomina, że dawniejsze badania przedsięwzięte w tym kierunku dawały różnorakie wyniki, zależnie od rodzaju techniki doświadczalnej. Ulbrich uważa saprofyty za chorobotwórcze i przypisuje w pewnej części ich działaniu powstawanie zakażenia po operacjach ocznych. Wprowadzał on do przedniej komory lub do

ciała szklistego gęstą zawiesinę saprofitów we lzyologicznym rozcieniu soli, Bielli natomiast używał do doświadczeń dosyć rozcieńczonych hodowli bulionowych. Niektóre rodzaje saprofitów nie dawały mu przytem nigdy silniejszej reakcyi od tej, jaką sprawiało wstrzyknięcie jałowego bulionu. Inne rodzaje saprofitów wywoływały wprawdzie plastyczne zapalenie tęczówki, lub nawet zropienie gałki ocznej, ale tylko pod tym warunkiem, że były w hodowli bulionowej zapomocą strzykawki wprost do wnętrza oka wprowadzone, natomiast po zakażeniu przedniej komory pętelką platynową, umaczną w pożywece odczyn był bardzo nieznaczny. Zdaniem autora, gdyby saprofity miały rzeczywiście znaczenie chorobotwórcze, to stopień ich jadowitości nie wahałby się tak bardzo, zależnie od rodzaju zastosowanej techniki. Tylko w tych przypadkach można saprofitom przypisać znaczenie etyologiczne, gdzie się uda z wydzieliny lub z nacieku ropnego uzyskać czyste ich hodowle. Jak dotąd z pośród saprofitów warunek ten został spełniony tylko dla *bacillus subtilis*. Na podstawie wyników swych badań sądzi B., że przedwczesnem byłoby obwiniać saprofity wogóle o wywoływanie zakażenia po operacyach ocznych.

Bielli: *Studia bakteriologiczne nad keratitis hypopyon.*

B. wykazał w jednym przypadku *bac. pyocyaneus* i w jednym przypadku *bac. coli*. Drobnoustroje te znajdowano dotąd tylko wyjątkowo w przypadkach wrzodów rogówkowych. Wykazuje on ważność badań klinicznych i bakteriologicznych w celu wykazania, które bakterye są dla oka rzeczywiście chorobotwórcze.

Speciale (z Palermo): *O rozwoju embryologicznym gruczołu łzowego u człowieka.*

Sposób powstania gruczołu łzowego u człowieka nie był dotąd dokładnie poznany. W literaturze embryologicznej znajdujemy tylko opisy, odnoszące się do późniejszych okresów rozwoju. Dotychczas nie wyjaśniono, w jaki sposób przychodzi do podziału gruczołu łzowego na część oczodołową i powiekową. Tylko metoda modeli plastycznie odtwarzanych na podstawie seryi skrawków mikroskopowych, może, zdaniem S., rozwiązać to zagadnienie. Na podstawie swych badań wnioskuje S., że rozwój gruczołu łzowego odbywa się szybko: U zarodków, których długość różniła się zaledwie o 2 mm, spotykał już znaczne różnice w rozwoju gruczołu łzowego. Wynika stąd potrzeba badania poszczególnych okresów, następujących po sobie w krótkich odstępach czasu. Płody, jakie badał, pochodziły z 10, 11 i 12 tygodnia ciąży, a wielkość ich sięgała od 23 do 63 mm. Pierwszy zawiązek gruczołu łzowego znalazł on u embryona długości 32 mm (70ty dzień rozwoju płodo-

wego) w postaci pięciu pełnych czopów przybłonkowych, wychodzących ze spojówki i załamka górnego górą zewnątrz. Zawiązek ten szybko się powiększa, ale czopy przybłonkowe pozbawione są jeszcze światła. U zarodników o długości 37 do 38 mm ukazują się pasma tkanki mezodermalnej, która wciska się pomiędzy owe twory przybłonkowe i rozdziela je na dwie odrębne części. Wkrótce powstają rozgałęzienia cewek przybłonkowych, posiadających już światło. Z jednej ich części powstaje gruczoł oczodołowy, z drugiej zaś *glandula Rosenmülleri*. S. okazuje liczne modele, uzmysławiające różne okresy rozwoju gruczołu łzowego.

Basso zapytuje, kiedy dają się zauważyć pierwsze objawy fizjologicznej czynności przybłonków gruczołowych.

Ovio pragnie wyjaśnienia, dlaczego niektóre przewodniki łzowe wspólnie są obu częściami gruczołu.

Speciale odpowiada, że u starszych zarodków znalazł już światło i dwie warstwy komórek w cewkach przybłonkowych, ale nie spostrzegł żadnych śladów czynności wydzielniczej.

Co do wspólności niektórych wylotów gruczołowych, to pochodzi ona stąd, że gruczoł Rosenmüllera, który wytwarza się później niż gruczoł Galena, powstaje nie tylko z czopów przybłonkowych, wychodzących z załamka spojówki, ale także z rozgałęzień owych długich cewek, które dążą ku *fossa lacrymalis* i tworzą tam gruczoł oczodołowy.

Capellini (z Parmy): *O złogach mineralnych w przewodnikach łzowych.*

U pewnej wieśniaczki dolne kanaliki łzowe były na obu oczach zatłoczone złogami wapniowymi, zawierającymi liczne drobno-ustroje. Nie było jednak w przypadkach tych zazwyczaj spotykanych streptokoków ani *leptothrix*. Odwapnione skrawki okazywały promienistą budowę, przypominającą promienicę.

Ovio (z Padwy): *O działaniu żaru na oko.*

O. mówi o działaniu żaru przy sparzeniach oka przypadkowych i przy leczniczym zastosowaniu termokaustyki. Z badań jego wynika, że żar działa na tkanki jako silny bodziec, który powoduje wzmoczenie żywotności komórek (o ile ich nie niweczy) tem tłumaczy się korzystne działanie kauteryzacji, gdy chodzi o chorą tkankę, która niedomaga pod względem odżywienia, siły żywotnej i odporności. Z pomocą wstrzykiwań fluoresceiny wykazał O., że kauteryzacja powoduje przyspieszenie krążenia soków wśródocznych. Nakoniec przytacza wyniki swych doświadczeń nad wpływem przypalania na przebieg gojenia wrzodów rogówkowych.

Basso zwraca uwagę, że w niektórych przypadkach galwanokaustyka nie tylko nie powstrzymuje szerzenia się wrzodu, ale raczej, zdaje się, sprawę ropną podsycać.

Cirincione zapytuje, jak mamy sobie tłumaczyć szczególny wpływ kauteryzacji na żywienie krążenia soków wśródgalkowych.

Pes zapytuje, czy leukocyty w naciekach rogówkowych powstają ze stałych komórek rogówki, czy też są to komórki wędrujące, które przybywają na miejsce od wieńca naczyń, otaczających rogówkę.

Ovio odpowiada, że galwanokaustyka zawodzi istotnie niekiedy, a dzieje się to najczęściej w przypadkach ciężkich, w których zawodzą zarówno wszystkie inne środki. Na pytanie Cirincione'a: Kauteryzacja obniża ucisk wśródoczynny, co ułatwia szybsze krążenie limfy.

Pesowi odpowiada, że przeważna część leukocytów pochodzi z obwodu rogówki.

Monesi (z Bolonii): *Badania doświadczalne nad drogami łzowymi.*

M. robił doświadczenia na przewodach łzowych u królików, używając tych samych przyrządów, jakich się używa u człowieka. Wykazuje on, że natychmiast po zranieniu błony śluzowej otaczający przybłonek rozpoczyna czynność reparacyjną.

Posiedzenie przedpołudniowe z dnia 12 października.

Przewodniczy Seimemi (z Messyny).

De Bono (z Palermo). *O nowym sposobie operowania wrodzonego opadnięcia powieki.*

Wykonał on operację niezupełnego wrodzonego opadnięcia powieki górnej u 27-letniego chorego. Operacja polegała na połączeniu antepozycji wedle Eversbuscha z przyszcyciem mięśnia czołowego.

De Lieto Vollaro przypomina, że De Vincentis operował szereg przypadków sposobem Motais z pomyślnym wynikiem. Przemawiający uważa ten sposób za najlepszy, nie tylko bowiem przywraca powiece prawidłową ruchomość, ale także daje korzystny wynik kosmetyczny, gdyż stwarza fizyologiczną zmarszczkę skóry na powiece górnej.

Addario przemawia za metodą Angellucci'ego.

Falchi. *Przyczynek do wśródnaciecznej patologii oka przykile wrodzonej.*

Przy kile odziedziczonej przychodzi niekiedy do ciężkiego schorzenia nerwu wzrokowego i siatkówki, znamionującego się obecnością licznych wakuol wśród tkanki. Podobne wakuole znajdują się także w jagodówce.

Pes zapytuje, czy zmiany te nie są następstwem *perivasculitis* i *endovasculitis*, oraz licznych zakrzepów, o jakich też prelegent wspominał.

Falchi sądzi, że chodzi tu raczej o trujące działanie jadu syfilitycznego, boé i przy *neuritis toxica* powstają również wakuole.

Chiari (z Turynu). *Zmiany krzywizny rogówkowej podczas skurezu mięśni ocznych.*

Prelegent przekonał się, że krzywizna tak prawidłowej jak i niezbornej rogówki zmienia się pod wpływem skurezu mięśni prostych, w tym mianowicie południku, w którym leżą działające mięśnie, przyplaszcza się ona, a w południku do tegoż prostopadłym doznaje wypuklenia. Stąd to przy skurezu mięśni prostych zewnętrznych i wewnętrznych zmniejsza się *astigmatismus rectus*, *astigmatismus inversus* natomiast powiększa się. Podczas skurezu mięśni prostych górnych i dolnych stosunek jest odwrotny.

Bajardi badał również wpływ części dodatkowych oka na krzywiznę rogówki.

De Bono niejednokrotnie stwierdził różnice krzywizny rogówkowej za pomocą keratoskopu przed i po tenotomii.

Posiedzenie popołudniowe z dnia 12 października.

Przewodniczy: Ovio z Padwy.

De Bono (z Palermo): *O leczeniu stożka rogówkowego za pomocą paracentralnej galwanokaustyki.*

W jednym przypadku silnie rozwiniętego, ale zupełnie przezroczystego stożka rogówkowego, wykonał De Bono galwanokaustykę nie szczytu stożka, lecz części przyległych w postaci pierścienia, otwartego ku dołowi wewnątrz. Bystrość wzroku podniosła się z $\frac{1}{10}$ na $\frac{1}{3}$.

Bocchi sposób ten uważa za nieusprawiedliwiony. *Keratoconus* polega najczęściej na zwiotczeniu środka rogówki, który należy za pomocą kauteryzacji zamienić na mocną bliznę, aby zapobiedz dalszemu wypuklaniu się stożka.

Cirincione jest również za przypalaniem szczytu stożka. Jeśli potrzebna jest irydektomia, nie należy wycinać tęczęwki do brzośnie, lecz utworzyć małe tylko szczelinowate *coloboma* przy brzegu źrenicznym. Przed operacją poleca on zapuścić czerynę.

Bonamico (z Padwy). *O wrażliwości powierzchni oka.*

Wobec niezgodnych wyników, jakie w tym przedmiocie wydały badania Freya i Nagla, podjął B. badania ponownie i stwierdził co następuje: Rogówka odznacza się o wiele większą wrażliwością niż spojówka, ale wrażliwość ta odnosi się nie do czucia dotykowego, lecz wyłącznie do czucia bólu. Oprócz tego posiada rogówka czucie ciepłoty. Zwłaszcza odczuwa ciepłotę podwyższoną. Spojówka gałkowa jest o wiele mniej wrażliwą, niż rogówka, ale posiada za to czucie dotyku. Jest ona także wrażliwą na różnicę ciepłoty, lepiej jednak odczuwa zimno, niż ciepło. Spojówka powiek odznacza się bardzo małą wrażliwością na dotyk, natomiast czucie bólu i temperatury jest u niej dość dobrze rozwinięte. Lokalizacja wrażeń jest niepewna. Wrażliwość oczu chorych bywa zmniejszona (?). Wyniki te różnią się w znacznej części od tych, do jakich doszli Frey i Nagel. Tak n. p. nie może prelegent potwierdzić istnienia »ślepoty na ciepło« (Wärmeblindheit), jaką Nagel przypisuje rogówce. Bonamico wyraża przekonanie, że tak ilościowe, jak i jakościowe różnice wrażliwości poszczególnych części powierzchni oka stoją w związku z ich funkcjonalną ważnością, należą zatem do szeregu środków samoobrony, jakimi natura wyposażyła wszystkie składowe części ustroju.

Posiedzenie popołudniowe z dnia 13 października.

Przewodniczy Cirincione z Palermo.

Elia Baquis (z Livorno) i Giuseppe Cardou: *O pewnej szczególnej postaci schorzenia rogówki.*

U pewnego młodego górala powstała wśród lekkich objawów zapalnych, biaława plama na rogówce, lekko nad powierzchnię wystająca. Obraz chorobowy przypominał *keratomycosis aspergillina*, ale objawy były lekkie i przebieg łagodny. Nie przyszło ani do *iritis*, ani do *hypopyon*. Badanie mikroskopowe wykazało, że nalot był grzybnią pewnego rodzaju pleśni. Kolonie, jakie wyrosły na różnych pożywkach, przybrały na czwarty dzień barwę różową, a dwunastego dnia zaczęły grzybki wytwarzać spory. Szczepienie na rogówce królika dało wynik ujemny. Najprawdopodobniej była to pleśń z rodzaju *verticillum*, mianowicie *verticillum rubrum*.

De Bono widział podobny przypadek, ale rogówka była w całości prawie pokryta jakby błoną rzekomą, która po usunięciu na nowo się odtwarzała. Objawy zapalne były również słabe. Badanie bakteriologiczne wykazało pleśniowca, a mianowicie *mucor mucedo*. Szczepienia na zwierzętach wypadły ujemnie. Leczenie polegało na zeszkrobaniu całej błony i na powierzchownem przy-

paleniu. Pozostały tylko nieznaczne mgiełki, które się później bardziej jeszcze wyjaśniły.

Elia Baquis: *O pojawianiu się ziarn w czopkach siatkówki.*

W r. 1878 zauważył Deutschmann w przypadkach jaskry krwotocznej przechodzenie ziarn z zewnętrznej ziarnistej warstwy siatkówki do czopków. Uważał on to za objaw przerostu czopków. Tartuferi i De Lieto Vollaro tłumaczą to zjawisko inaczej. Zdaniem ich obrzęk siatkówki wywiera ucisk na warstwę ziarnistą zewnętrzną i wypiera z niej ziarna, które wciskają się do sąsiednich czopków. Baquis miał sposobność w jednym przypadku jaskry krwotocznej badać mikroskopowo siatkówkę, która okazywała zmianę tę w wysokim stopniu. Zarazem obraz histologiczny przemawiał stanowczo za hipotezą Tartuferiego. Widać było wyraźnie, jak wskutek pęcherzykowego obrzęku ziarna warstwy ziarnistej wewnętrznej wypierane, przeciskały się przez błonę graniczną zewnętrzną, zmieniając przytem swą postać i wejście. Następnie wnikały one w protoplazmę czopków, które okazywały także znamiona obrzęku i były przepełnione wakuolami. Czopki w ten sposób zmienione traciły, jak to widać na licznych preparatach, swą postać wyróżnioną, zaokrągliły się i przybrały wejście zwyczajnych komórek przybłonkowych. Na uwagę zasługuje, że jądra ziarn, które odbyły wędrówkę z warstwy ziarnistej do warstwy czopków, okazywały tu i ówdzie figury karyokinetyczne. Świadczy to zdaniem B. o prawidłowym stanie naczyniówki, która jest błoną odżywczą dla *stratum neuroepitheliale retinae*. Bódcem do proliferacyjnej czynności komórek, ograniczającej się jednak tylko do podziału jąder, były rozpadowe wewnętrznych warstw siatkówki, które wskutek obrzęku i zastoju w krążeniu uległy obumareciu.

Lodato widział w jednym przydadku wodooocza (*hydropthalmus*) wędrówkę jąder z warstwy ziarnistej do czopków.

Contino (z Palermo). *O budowie i rozwoju brzegu powiękowego.*

Między innymi objaśnia autor przyczynę przypłaszczenia torebki włosowej rzęs, oraz samych rzęs. Przypłaszczenie to pochodzi, zdaniem jego, od ucisku wywieranego przez międzyrzęsowe powięzie mięśnia Riolana. W okresie zarodkowym, gdy mięsień ten, choć już istnieje, nie kurczy się jeszcze, rzęsy i ich torebki włosowe przypłaszczenia tego nie okazują.

Sbordone (z Neapolu). *Dwieście operacji zaćmy z leczeniem następcem bez opaski.*

S. zachwala zalety tego postępowania pooperacyjnego, jak-

kolwiek nie zasługuje ono ściśle biorąc, na nazwę *à ciel ouvert*, gdyż pokrywa on operowane oczy przylepcem angielskim.

Bocchi uważa siatkę drucianą za korzystniejszą, gdyż, zdaniem jego, chroni ona oko operowane przed urazami zewnętrznymi.

Posiedzenie dnia 14 października.

Przewodniczy Basso z Genui.

Pardo (z Padwy). *Przyczynek do teorii odczuwania wymiaru głębi.*

Ze względu na różnicę poglądów Dondersa i Heringa na istotę widzenia stereoskopijnego, przeprowadził P. szereg nowych doświadczeń. Używał on przyrządu Heringa i zwyczajnego stereoskopu, zmieniając warunki doświadczeń i ustawiając przed oczyma różne rodzaje soczewek i pryzmatów. Wnioski jego są następujące:

1. Widzenie stereoskopijne jest zjawiskiem bardzo złożonym, na które składają się rozmaite czynniki.

2. Dodatni wynik próby Heringa dowodzi wprawdzie istnienia widzenia stereoskopijnego, ale istnieje ono w tym razie w bardzo małym tylko stopniu tak, że prawidłowe zjednoczenie obrazków stereoskopowych nie jest możebne.

3. Zjednoczenie obrazków stereoskopowych przychodzi do skutku przy różnych obrazach z niejednakową łatwością. Zależy ono częścią od pracy ośrodków psychicznych, częścią zaś polega na prawidłach optyki.

4. Głównymi czynnikami przy widzeniu stereoskopijnym są: konwergencya, powstawanie obrazków na identycznych miejscach siatkówek, jednaka wielkość tych obrazków. Najważniejszą rolę odgrywa konwergencya i to bez względu na to, czy powstaje ona wskutek bodźców naturalnych, czy sztucznych n. p. przez przedłożenie szkieł pryzmatycznych. Akomodacya ma podrzędne znaczenie. Powstawanie obrazków na identycznych miejscach siatkówek nie jest warunkiem koniecznym, konieczną jest natomiast jednaka ich wielkość.

5. Mniejsza wyrazistość obrazków w jednym oku bardziej szkodzi widzeniu stereoskopijnemu, aniżeli zmniejszona wyrazistość obydwu obrazków. Odnosi się to przedewszystkiem do figur geometrycznych, a w mniejszym stopniu do zdjęć fotograficznych.

Pardo. *Badania nad zmianami w cieczy wodnej w następstwie urazów.*

Prelegent przeprowadził liczne doświadczenia dla rozstrzygnięcia pytania, czy zmiany w składzie płynów śródocznych i w krą-

zeniu limfy po urazach łępych, mogą wytlómaczyć powstanie za-
cmy, mimo braku pęknięcia torebki soczewkowej. Zajmował się on
głównie zmianami w stosunkach osmotycznych oka, mogącemi wpły-
nąć ujemnie na odżywienie soczewki i używał do badań metody
Hamburgera. Zmiana w napięciu osmotycznym po urazie dawała
się istotnie wykazać i utrzymywała się zwykle przez czas dłuższy.
Zmian w składzie chemicznym cieczy wodnej autor nie uwzględniał,
głównie dlatego, że nie ufał dokładności analizy chemicznej przy
tak małych ilościach materiału przeznaczzonego do badania.

Gatti [z Ferrary]. *O obecności części składowych hemolizyny
w cieczy wodnej.*

G. robił doświadczenia na zwierzętach. Hemolizyny zazwyczaj
w cieczy wodnej nie znajdował, natomiast spotykał w małych
i zmiennych ilościach jeden z jej składników, mianowicie aleksynę.

Bajardi (z Turynu). *Metoda łatwiejszego mierzenia głę-
bokości przedniej komory.*

Wiadomo, że sposobem Tscherning'a, przy którym posłu-
gujemy się oftalmometrem Javal'a, oznacza się tylko pozorną głę-
bokość przedniej komory. Aby z tego pomiaru uzyskać wartość
rzeczywistą, należy przeprowadzić długi i zawiły rachunek. B.
otrzymuje bezpośrednio wartość rzeczywistej głębokości, przez wy-
łączenie krzywizny rogówkowej. W tym celu wprowadza on w ze-
tknięcie z rogówką małe szkiełko nakrywkowe i wpuszcza między
szkiełko a rogówkę kroplę cieczy, posiadającej ten sam współczynnik
załamania, co miąższ rogówkowy. Metoda ta daje się zastosować
także do obwodowych części rogówki i nie wymaga osobnych
obliczeń.

Falchi zachęca prelegenta, aby dokonał za pomocą swego
sposobu pomiarów głębokości przedniej komory u osób w różnym wieku.

Bajardi. *Leczenie amblyopii z powodu zatrucia za pomocą
zapuszczania roztworu strychniny.*

Prelegent przypomina, że już przed trzema laty na zjeździe
we Florencyi zdawał sprawę z wyników leczenia strychniną, nie-
dowidzenia, występującego na tle różnych zatruc, zwłaszcza wsku-
tek nadużycia alkoholu i tytoniu. Obecnie przeprowadził badania
mające na celu wykazać, jakimi drogami strychnina dostaje się do
miejsca, gdzie ma rozwinąć swe działanie. Przekonał się on, że już
w pięć minut po zapuszczeniu roztworu strychniny do worka spoj-
ówkowego można obecność jej wykazać w cieczy wodnej przedniej
komory i to w ilości wystarczającej do zabicia żaby w przeciągu
ośmiu godzin. Oprócz przypadków niedowidzenia alkoholowego i ty-
toniowego, przytacza B. jeden przypadek zaburzenia wzroku wsku-

lek olśnienia, doznanego przy oglądaniu zeszlórocznego zaćmienia słońca. I tu strychnina okazała się bardzo skuteczną.

Frugieule widział również dobre wyniki przy używaniu strychniny w postaci kropli ocznych.

Gallenga (z Parmy). *Narkoza skopolaminowo-chloroformowa w okulistyce.*

G. zaleca przed uspieniem chloroformowem wstrzykiwać podskórnie 0,01 g. morfiny i 0,001 g. skopolaminy, każdy z tych środków wstrzykując osobno. Przy tym sposobie postępowania narkoza jest głęboka i spokojna, nie przychodzi do wymiotów i już mała ilość chloroformu sprowadza uspienie. Prelegent wyżej stawia połączenie morfiny ze skopolaminą, niż połączenie morfiny z atropiną, którą również polecają wstrzykiwać przed narkozą chloroformową.

Sgrosso podaje, że w neapolitańskiej klinice okulistycznej w ciągu roku zastosowano 40 razy narkozę sposobem Kelen'a. Jest ona zwłaszcza u dzieci godną polecenia.

Pes (z Turynu). *O patologicznych wytworach brodawkowatych na tęczówce.*

W następstwie przewlekłych i ostrych spraw zapalnych znalazł P. na tylnej powierzchni tęczówki brodawkowate wyrosłe. W powstaniu ich bierze najczęściej udział tylko przybłonek barwikowy; tylko w niektórych przypadkach znalazł on w tworach tych składniki zrębu tęczówkowego. Dalej opisuje on twory torbielowate w okolicy ciała rzęskowego, oraz zarosnięcie kącika obwodowego przedniej komory, jakie spotyka się często w przypadkach nadmiernego bujania przybłonka barwikowego.

De Lieto Vollaro zapytuje, czy prelegent użył metody depigmentacji dla pewniejszego rozstrzygnięcia, jakie części tkankowe wchodzi w skład tworów brodawkowatych.

Bietli miał raz sposobność badać twór brodawkowaty na tęczówce. Składał się on ze spłotów naczyniowych.

Pes odpowiada, że umiejscowienie i budowa wyrosła pozwały mu bez uciekania się do depigmentacji nabrać przekonania, że powstały one wskutek bujania warstwy przybłonka barwikowego.

Fortunato (z Palermo). *Nowe postępowanie chirurgiczne w jądlicy.*

Zabieg polega na nacięciu załamka spojówkowego i na głęboko sięgającym wyskrobanniu za pomocą ostrej łyżeczki nowo wytworzonej tkanki.

Frugieule, D'Angelo i Addario występują przeciwko

temu sposobowi dawno już podanemu i słusznie zarzuconemu. Niszczenie tkanki podspojówkowej może być nawet szkodliwem, gdyż sprawa chorobowa toczy się w spojówce i często do niej się tylko ogranicza.

Consiglio (z Messyny). *Przypadek mięszonego zapalenia rogówki z 26-letnią przerwą między zapaleniem prawego i lewego oka.*

Referowane w »Postępie okulistycznym« 1905 str. 363.

Pes drzedstawia mikrofotografie preparatów z rogówki, sporządzonych sposobem Golgiego.

Consiglio. *Przypadek pseudoglioma retinae.*

C. znalazł w przypadku *pseudoglioma retinae*, oprócz zwykłych zmian, jedno ognisko skostniałe wśród wysięku w ciele szklistem. (Wedł. »Opth. Klinik«).

III. ROZMAITOŚCI.

Niewidomy cyklista.

We wiedeńskim czasopiśmie »Eos«, poświęconem sprawom wykształcenia upośledzonych umysłowo dzieci, a zarazem stosunkom życiowym oslepiłych, głuchoniemych etc. podaje Konrad Luthmer z Hagenau sposób, w jaki, sam będąc od 12 lat zupełnie ciemnym, oddaje się sportowi kolarskiemu. Za przykładem Jawala, który, straciwszy wzrok, pierwszy na sobie wykazał, że człowiek niewidzący może używać miernie tej tak dla zdrowia zbawiennej lokomoeyi. odbywa Luthmer, były oficer artyleryi, przejażdżki po 80 do 100 klm. dziennie na trójkołowym tandemie o dwóch siodelkach. Na przedzie siada jego widzący sekretarz, kieruje tandemem i odpowiada za bezpieczeństwo obydwóch. Luthmer, siedząc na tylnem siodelku, naciska również pedały rowera, a ruch ten i to fizyczne ćwiczenie na świeżem powietrzu znakomicie służy jego zdrowiu. Zachęca on innych ociemniałych, którym środki pozwalają nabyć podobny tandem, używać tego sportu i zwraca uwagę, że ludzie ślepi z powodu swej trwożliwości prowadzą zwykle życie siedzące lub mało ruchu używają, a jeśli przytem jadają obficie i piją, to narażają się przez to na utratę zdrowia. Statystyka wykazuje, że wielka część ludzi ślepych, ze sfer zamożniejszych ginie na udary mózgowe lub sercowe.

Luthmer sam, oprócz sportu kołowego, uprawia także ślizgawkę i jest dzielnym pływakiem.

Kule parafinowe jako podkład dla protezy ocznej.

Spratt podaje w »Archives of ophthalmology« nowy sposób wypełnienia torebki Tenona, dla uzyskania możliwie ruchomego podkładu dla protezy ocznej. Jak wiadomo, pierwszy Mules w r. 1885 zaszywał w torebkę twardówkową po ewisceracji kulę szklaną. Frost wkładał podobną kulę po enukleacji sposobem Bonnet'a, a zatem do torebki Tenona. Lang zastąpił kulę szklaną kulą z celuloиду. Następnie podawano różne inne materyały dla wypełnienia torebki Tenona: Kule złote lub srebrne (Keal), dziurkowane puste kule z aluminium (Bryan't), gałki z kauczuku twardego lub miękkiego (Pick), z gałki (Bell), kłębki jedwabiu lub katgut'u (Bourgeois), kłębki z drucików metalowych (Landman), gałki żelatynowe (Suker), wstrzykiwania wazeliny (Rohmer), wszczepianie tkanki tłuszczowej z pośladków, wszczepianie oczu króliczych (Bradford, Lagrange, Chibret), wstrzykiwania płynnej parafiny do wypaproszonej torebki twardówkowej (Gersuny, Brokaert, Ramsey), wreszcie wkładanie kul parafinowych do torebki twardówkowej (Oatman), względnie do torebki Tenona (Aller). Już sama długość tej listy dowodzi, że żaden z wymienionych sposobów nie daje zadowalniających wyników, skoro zachodzi wciąż potrzeba szukania za nowym lepszym, od dotychczasowych, materyałem. Spratt przekonał się jednak o zaletach twardej parafiny (punkt topliwości 78° C), którą po należytem wyjałowieniu wprowadza, w postaci odpowiednio dużej gałki, do torebki Tenona bezpośrednio po wyłuszczeniu oka. Ponad kulą zeszywa parami mięśnie proste, nad nimi torebkę Tenona, a wreszcie spojówkę. Parafina nie drażni otaczających tkanek, bywa dobrze znoszona i nie podlega wcale wessaniu. Koniecznym warunkiem jest tylko, żeby była trudno topliwa. —

K. W. Majewski.

Hemeralopia leczona wątrobą. Idąc za przykładem Dra Fabry, który w »Berl. kl. Wochenschrift« Nr 3. b. r. ogłosił przypadek hemeralopii wyleczonej w trzech dniach po zużyciu dziennie 200—250 gramów surowej wątroby, skopowej, opisuje Sicherer w temże piśmie Nr 12 podobny przypadek, w którym u 43letniego doróżkarza, pijaka, wysoką samoistną kurząślepotą dotkniętego, objaw hemeralopijny ustąpił po 7 dniach zupełnie, gdy dziennie chorego spożywał 300—400 gm. gotowanej wątroby. Szczegóły jednak mogące okulistę obchodzić są w artykule Sicherera tak skąpe, że trudno wyrobić sobie zdanie o skuteczności środka dawniej już polecanego. Sami próbowaliśmy na klinice naszej tej organoterapii w podobnych objawach ocznych, ale, jak dotychczas bez zmianie nego skutku.

Wicherkiewicz.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRÜDERA, PROF. MACHICA, DOC. DRA SZULISEAWSKIEGO W Lwowie, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. ULTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

M a j

-: R O C Z N I K Ó S M Y :-

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Leczenie jaglicy przewlekłej przeszczepianiem błony śluzowej ust pod powiekę. Przyczynek do nauki ręcznego leczenia jaglicy.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Mała skuteczność leków przy jaglicy przewlekłej, częstość ponownego jej powstawania i blizny na spojówce, pozostające po wyleczeniu od niepamiętnych czasów zmuszały lekarzy do wynajdywania sposobów ręcznego usuwania jaglicy. Najprostszym z nich jest sposób wyciskania jagieł palcami lub umyślnie w tym celu pomyślonymi szczypeczykami¹⁾. Zamiast wyciskania jagieł Sch r ö d e r²⁾ obmyślił osobną miotólkę do zmiatania jagieł ze spojówki.

Gałę z o w s k i³⁾ użył o wiele radykalniejszego sposobu ręcznego usuwania jaglicy, mianowicie wycinał załamek zwyrodnionej jaglicą spojówki, później K u h n t podniósł sposób

Gałęzowskiego do znaczenia jedynej radykalnej metody i już nie tylko dla leczenia pojedynczych wypadków jaglicy, ale dla zwalczania całych nagminnie. Wygniatanie jagieł, zmiatanie miotelką i wycinanie załamka mogą być bardzo pomocne w walce z jaglicą; ale ponieważ wszystkie wyżej podane sposoby prowadzą za sobą mniej lub więcej rozległe blizny spojówki, które, jak to dobrze wiadomo, są nieraz niebezpieczniejsze dla rogówki od samej jaglicy, więc sposoby te są tem mniej pożyteczne, im wyższym jest stopień zwyrodnienia jaglicowego spojówki. W r. 1889 Noiszewski⁴⁾ podał opis pierwszego wypadku wyleczenia jaglicy przeszczepieniem skrawka błony śluzowej ust pod powiekę w ciężkiej postaci jaglicy przewlekłej, powikłanej dziwomięsną łuszczyką rogówki.

Zresztą już weźniej używano przeszczepiania błony śluzowej dla zastąpienia ubytku spojówki po usunięciu blizny.

W jednej z następnych swych prac Noiszewski⁵⁾ wskazał van Millingen'a, jako pierwszego, który zaczął przeszczepiać błonę śluzową ust dla zastąpienia usuwanej blizny, ale prof. J. Hirschberg w dopisku do tej pracy zaznaczył, że on już w r. 1876, t. j. znacznie weźniej od van Millingen'a przeszczepił błonę śluzową z bardzo dobrym wynikiem dla zastąpienia blizny na spojówce po sparzeniu jej wapnem.

Bądź co bądź nie ulega wątpliwości, że przynajmniej przy podwinięciu rzęs van Millingen⁶⁾ pierwszy zaczął przeszczepiać błonę śluzową pod powiekę.

Korzystny wpływ przeszczepianego skrawka błony śluzowej na spojówkę przy podwinięciu rzęs oddawna nasuwał mi myśl zastąpienia skrawkiem zdrowej błony śluzowej spojówki zwyrodniałej przez jaglicę, a zupełnie zadowolniający wynik pierwszego przeszczepienia i odzyskanie wzroku przez chorego, zachęcił mię do prób następnych. Wkrótce też podałem nowe trzy wypadki przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę w Nowinach Lekarskich⁷⁾ i w Centralblatt f. pr. Augenheilkunde⁸⁾, gdzie też pomieszczone były i następne cztery⁹⁾.

Tym sposobem operowałem w r. 1893 2 razy, w r. 1894

13 razy, w r. 1895 16 razy, w r. 1896 7 razy, w r. 1897 8 razy, w r. 1899 3 razy, w r. 1900 8 razy, w r. 1901 6 razy, w r. 1902 7 razy, w r. 1903 4 razy i w r. 1904 2 razy, a razem z poprzednimi 8 wypadkami 84 razy. Z tych 84 wypadków oprócz pierwszych 8 podałem wyniki badania przeszczepiania błony śluzowej ust pod powiekę tylko o 25 wypadkach¹⁹⁾. Od czasu ogłoszenia ostatniej pracy przybyło nowych wypadków przeszczepienia 51.

Wskazania i opis operacyi.

Przed przystąpieniem do przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę należy ściśle oznaczyć zarówno wskazania do tego postępowania, jak co i gdzie należy usunąć, gdzie i ile należy przeszczepić.

Co do pierwszego pytania, przeszczepianie błony śluzowej jest stanowczo wskazane tam, gdzie wszystkie inne środki już zawiodły. Przeciwnie tam, gdzie dają nadzieję uleczenia zwykłe sposoby postępowania, należy ich uprzednio wypróbować; szczególnie tam należy unikać przeszczepienia, gdzie rogówka jest zupełnie prawidłowa i prawidłowo wrażliwa.

Czy mają tu znaczenie odmienne własności przybłonka błony śluzowej ust, czy odmiennosc unerwienia, a raczej brak unerwienia przeszczepianego skrawka, dość tylko, że rogówka wrażliwą jest na tę odmiennosc i nie raz operowani z prawidłową rogówką skarżyli się na przykre odczuwanie waty na oku, chociaż przedmiotowych oznak podrażnienia rogówki nie było^{*)}.

Przeciwnie tam, gdzie sprawie jaglicowej na spojówce powiek towarzyszy łuszczyka dziwomięśna, a sprawność wzroku obniżona do samego tylko odczuwania światła przeszczepienie błony śluzowej daje wynik bardzo dobry, a przytem radykalny,

^{*)} Noiszewski. Wrac. Nr 29. 1890. Jakkolwiek dotąd trzymam się tej zasady, to jednak później przekonałem się, że nie wszyscy operowani z prawidłową rogówką są tak wrażliwi na odmiennosc błony śluzowej przeszczepionej pod powiekę.

jaglica bowiem nigdy nie powstaje na przeszczepionym skrawku.

Nie ulega też wątpliwości, że przeszczepiony skrawek wpływa bardzo korzystnie na sprawę jaglicową w przyległych niepokrytych skrawkiem miejscach spojówki powiekowej.

Miejsca te uwalniają się od jaglicy, jagły bowiem pod wpływem skrawka błony śluzowej ulegają śluzowemu zwyrodnieniu, przytem wydzielina bywa bardzo kleista i dosyć obfita¹¹⁾.

Na pytanie drugie, mianowicie, co należy usunąć, odpowiada sama patologia jaglicy: wszak gdyby nie zmiany chorobowe rogówki, jako to nacieki, zmętnienia, łuszcza, jaglica przestała by być kłeską społeczeństw i nieszczęściem jednostek, a byłaby tylko przykrą dolegliwością.

Przyjmując więc zachowanie rogówki za punkt wyjścia przy odpowiedzi na pytanie drugie, przychodzimy do przekonania, że przedewszystkiem usunąć należy te części zwyrodnionej spojówki, które bezpośrednio dotyczą rogówki.

Wiadomo, że przy jaglicy i naciek i łuszcza powstają zawsze w tych miejscach na rogówce, które pokrywa powieka górna. Łuszcza w tem miejscu jest tak swoistą dla jaglicy przewlekłej, że sama obecność łuszczyki w górnym odcinku rogówki jest wystarczającą dla rozpoznania jaglicy, stąd łuszcza taka nosi miano »łuszczyki jaglicowej« *pannus trachomatousus*. Przeciwnie nigdy łuszcza jaglicowa nie występuje od dołu lub z boków rogówki.

Wiemy tedy, że usunąć należy zwyrodniałą spojówkę na górnej powiece i zastąpić ją skrawkiem przeszczepionym błony śluzowej, ale z założenia naszego, że przy leczeniu jaglicy dbać musimy tylko o rogówkę wypadła, że przeszczepiony skrawek niekoniecznie powinien okrywać całą powierzchnię wewnętrzną górnej powieki, ale tylko tę część jej powierzchni, którą dotyka rogówka.

Znacząc tuszem brzeg powieki górnej przy obrotach gałki w kierunku stronowym i średniowym w tych miejscach, w których dotyka ich swym obwodem rogówka, przekonałem się, że skrawek 15 mm długości jest wystarczającym, żeby ro-

gówka nie przekraczała granic przeszczepianego pod powiekę skrawka błony śluzowej*).

Co się tyczy wysokości przeszczepianego skrawka, to górny brzeg jego nie przechodzi po za górny brzeg chrząstki powiekowej, a dolny nie dochodzi do dolnego brzegu powieki na 3 mm; górny bowiem obwód rogówki przy obrotach gałki ku górze nie przechodzi po za górną granicę chrząstki, a dolny pasek przybrzeżny spojówki powiekowej 3 mm szerokości pokrywający przewodniki gruczołów Mejboma najpóźniej zajmuje jaglica, a często bardzo nie zajmuje go weale.

Po raz pierwszy wykonałem przeszczepienie błony śluzowej z ust pod powiekę przy jaglicy 1-go września r. 1889 u 12-letniej dziewczynki D. F., od lat 4-eh cierpiącej na jaglicę przewlekłą powiek i łuszczkę dziwo-mięsną rogówki, ze sprawnością wzrokową na obu oczach $W = S$ (odczuwa tylko światło). U chorej uspionej chloroformem na spojówce górnej powieki ok. pr. oznaczyłem nożykiem Graefego granicę dla przeszczepienia skrawka błony śluzowej. Poprowadziłem cięcie najprzód równoległe do wolnego brzegu górnej powieki i w odległości 3 mm od niego; od końca średniowego i stronowego tego pierwszego cięcia długości 15 mm poprowadziłem dwa cięcia pionowe. Jedno z tych cięć pionowych, mianowicie średniowe było 10 mm wysokości, drugie stronowe 8 mm wysokości i nakoniec połączyłem górne końce pionowych cięć drugim cięciem równoległym do wolnego brzegu powieki.

W oznaczonym temi czterema cięciami polu dla przeszczepianego skrawka zeszkrobałem wszystko aż do chrząstki. Wyciąwszy następnie z dolnej zawargowej okolicy skrawek błony śluzowej długości 15 mm i szerokości 10 mm przy jednym i 8 mm przy drugim końcu skrawka, przeniósłem go na pozbawione błony śluzowej miejsce na wewnętrznej powierzchni powieki górnej. Po ułożeniu umocowałem dolny

*) Przez omyłkę drukarską w Centr. bl. fr. pr. Augenheilkunde 1890, zeszyt lutowy, wydrukowano zamiast $\approx 1\frac{1}{2}$ cm lang: $\approx 1\frac{1}{2}$ mm lang: K. N.

brzeg skrawka dwoma szwami nawskróś powieki w odległości 3 mm od swobodnego brzegu powieki, tam gdzie po ustąpieniu jaglicy znajduje się rowek pojaglicowy (*sulcus posttrachomatousus*), a górny brzeg skrawka dwoma szwami powierzchownymi do spojówki po za górną granicą chrząstki.

Szwy przednie (dolne) dla tego przenikały przez powiekę, żeby je można było zawiązać na skórze i niedrażnić węzłkami rogówki; szwy zaś tylne (górne) nie mogły drażnić rogówki bo były po za górną granicą rogówki.

Po skończonym rękoczynie oko opatrzone roztworem dwuchlorku rtęci 1:5000 i nałożona lekka opaska.

Dzień 2-gi. Skóra na powiece lekko zaczerwieniona, obrzęku niema, wydzielina śluzowa w ilości dosyć znacznej; lekka maceracya skrawka.

Dzień 3 ci. Obrzęku nie ma. Wydzieliny mniej.

Dzień 4-ty. Na skrawku błony śluzowej liczne czerwone kropki wskazują, że skrawek jest już ukrwiony.

Dzień 6-ty. Skrawek różowy, szwy górne zdjęto, lekkie krwawienie.

Dzień 7-my. Zdjęto szwy dolne przenikające przez powiekę; lekkie krwawienie.

Dzień 21-szy. Skrawek błony śluzowej przywarł zupełnie dobrze, chociaż nie trudno go odróżnić od reszty spojówki po większej różowości i jaśniejszym połysku; jaglica zupełnie ustąpiła; rogówka nie ma już barwy mięsistej i przybrała ciemno-szarawe zabarwienie $V=$ palce na odległość 1 m.

Po czterech miesiącach $V=10$ mm ($\frac{6}{60}$ Snellena); po roku $V=2$ m ($\frac{6}{12}$ Snellena).

Obecnie po latach 16-stu oko to jest zupełnie prawidłowe i od czasu operacyi ani razu nie chorowało.

Nie zawsze jednak wynik bywa tak pomyślny, daleko częściej poprawa nie jest tak wielka, a niekiedy, co prawda bardzo rzadko, wzrok nie polepsza się wcale.

Trudno jest powiedzieć, jaka jest przyczyna małej lub żadnej poprawy wzroku po przeszczerpieniu błony śluzowej ust pod powieką; zdaje się jednak, że nie należy przystępować do

przeszczepiania błony śluzowej, aż ustanie w zupełności stan zapalny i podrażnienie w oku dotkniętem jaglicą.

W zamieszczonej w »Przeglądzie chirurgicznym« tabelce 25-ciu operacyi przeszczenia błony śluzowej z ust pod powiekę 6 razy wynik był b. dobry, 12 razy wynik średni, 3 razy mały i 2 razy zły.

Jak w tym, tak i w następnych wypadkach skrawek błony śluzowej wycinałem z ust tuż za wargą, z tego miejsca błona śluzowa ust zaczyna już być wilgotną; nie należy jednak brać błony śluzowej zbyt głęboko z jamy ust, te bowiem głębokie okolice jamy ust posiadają błonę śluzową grubą i zbyt obfitującą w gruczoły. Należy też pamiętać, że nie łatwo jest wyciąć skrawek błony śluzowej z ust ściśle oznaczonej wielkości, a to dla tego, że błona śluzowa ust jest bardzo rozciągliwa i kurczliwa.

Żeby wycięty skrawek odpowiadał w zupełności przygotowanemu dlań miejscu na powiece górnej, należy przed wycięciem lekkimi nacięciami oznaczyć wielkość skrawka bez rozciągania błony śluzowej ust, a dopiero później wygładziwszy błonę śluzową ust w granicach oznaczonych pincetą nieco podobną do Snellen'owskiej, ale znacznie większą i wyciąć potrzebny skrawek. — Przy wycinaniu skrawka należy baczyć, żeby był ciekim, t. j. żeby się składał z samego tylko przybłonka bez domieszki tkanki łącznej i gruczołowej. Bo chociaż grubsze skrawki przyrastają równie łatwo, jak cienkie, ale często później ulegają zwyrodnieniu.

Należy starać się odrazu cienką warstwą odcinać skrawek, po wycięciu bowiem trudniej robić go cieńszym. Dla tego, żeby skrawek błony śluzowej był odcięty cienko, należy, ująwszy cząstkami brzeg naciętego skrawka, przeprowadzić nożyk Graefego na płask z jednej strony skrawka na drugą i ile można blisko jego powierzchni i piłującymi ruchami prowadzić nożyk płasko od jednego końca skrawka do drugiego. Cienko odcięty skrawek jest bardzo lepki, zwija się i z łatwością lepnie do rany, przeciwnie, skrawek gruby,

nie jest lepki, nie zwija się i trudniej przystaje do rany. Gdyby jednak odcięty skrawek był gruby i zawierał tkankę łączną i gruczołową, wtedy ułożwszy go na dłoni stronę przybliżoną oczyszcza się go nożyczkami.

Przy zakładaniu dolnych szwów należy uważać, żeby brzeg skrawka ściśle przylegał do brzegu rany na powiece a nie ześlizgiwał się ku dołowi, inaczej bowiem brzeg ten, znajdując się na nieokrwawionym i pokrytym przybliżeniem brzegiem powieki, nie przyrasta a wisi swobodnie. A chociaż ta wisząca część skrawka nie wpływa ujemnie na ostateczny wynik operacji, to jednak powikłania tego należy starannie unikać, jak ze względów operacyjnej techniki, tak również i dla tego, że skrawek mniejszą powierzchnią przystający do powieki gorzej jest odżywiany, łatwiej ulegać może zwyrodnieniu, a więc i mniej korzystnie wpływa na odżywianie rogówki.

Zresztą wiele jest przyczyn nie ścisłego przylegania skrawka do rany: najczęstszą oczywiście jest różnica wymiarów rany i skrawka, następnie grubość skrawka, niedokładne usunięcie zwyrodnionego utkania spojówki powiekowej i nakoniec nieprawidłowe założenie szwów.—Przekłuwac należy zawsze naprzód brzeg skrawka, a dopiero po przekłuciu skrawka, przekłuwac brzegi rany w spojówce. Po przekłuciu należy ściągnąć brzeg skrawka z brzegiem rany, ale jeszcze nie zawiązywać, odkładając zawiązanie do czasu aż wszystkie cztery szwy zostaną założone; pozwoli to nam w razie potrzeby zmienić ułożenie skrawka. Gdy dolny brzeg skrawka jest umocowany do dolnego brzegu rany przystępujemy do połączenia górnego brzegu skrawka z górnym brzegiem rany, co jest czynnością o wiele łatwiejszą, bo górne szwy są powierzchowne. Dla połączenia górnego brzegu skrawka ze spojówką powieki górnej wystarczają zwykle dwa szwy, stronowy i średniowy. Nigdy też nie należy zakładać szwów pośrodku skrawka, tutaj bowiem mogłyby drażnić rogówkę.

Po założeniu górnych szwów pole operacyjne obmywa się, powiekę odwraca i po wyrównaniu dolnego brzegu skra-

wka, zaciskają się mocniej dolne szwy i zawiązują się na zewnętrznej skórnej powierzchni powieki.

Następnie po obmyciu powiek roztworem dwuchlorku rtęci 1:5000 nakłada się opaska srebrowa (Collargol).

W ten sposób operowałem trzy razy¹⁴⁾ w pierwszej połowie r. 1890 i cztery razy¹⁵⁾ w drugiej połowie tegoż roku. Pomiędzy tymi siedmiu przypadkami przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę, w jednym tylko przypadku została przeszczepioną błona śluzowa pod powiekę oka z zupełnie prawidłową rogówką. Był to 60-letni włościanin L., z Kurlandyi. Spojówka powieki pr. oka zupełnie prawidłowa $W = 1$ mm ($\frac{6}{6}$ Snellena), spojówka powiekowa oka lewego dotknięta jaglicą (*trachoma induratum*). Rogówka prawidłowa $W = 1$ mm. Zwyródnienie spojówki, jej gruczołów i utkania podspojówkowego zmusiły mnie do usunięcia zwyródnionej spojówki i zastąpienia jej skrawkiem błony śluzowej ust. Wykonanie tego zabiegu ręcznego i przebieg po nim były bez zarzutu, a jednak chory skarżył się potem, że odczuwa »niby watę pod powieką«. Wypadek ten powstrzymywał mnie w ciągu 3-ch lat od wykonywania przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy rogówce nienaruszonej i przezroczystej.

Po 3-ch jednak latach przybył do mnie znowu ten sam chory prosząc o wykonanie takiego samego zabiegu ręcznego i na oku prawem. Jakoż okazało się, że spojówka górnej powieki oka prawego była obecnie dotknięta jaglicą, chrząstka wykrzywiona, sama powieka opuszczona, a rogówka pokryta łuszczką. Sprawność wzrokowa tego oka była $W = 20$ mm zamiast uprzedniej $W = 1$ mm. Przeciwnie oko lewe leczone ręcznie przed trzema laty przedstawiało się zupełnie inaczej: szczelina powiekowa szeroka, powieka górna nie opuszczona, na wewnętrznej powierzchni powieki górnej przeszczepiony skrawek błony śluzowej ust prawie się nie różni od pozostałej spojówki, spojówka gładka, lśniąca, nigdzie żadnej jagły; rogówka całkowicie przezroczysta. Łzawienia, światłowstrętu, nieprzyjemnego odczucia obecności waty pod powieką już bardzo dawno nie ma; $W = 1$ mm ($\frac{6}{6}$ Snellena). W kilka lat później

przeszczepiłem błonę śluzową ust u młodzieńca cierpiącego na t. zw. nieżyt wiosenny, którego rogówki były zupełnie przezroczyste. Chory po tym zabiegu ręcznym czuje się dotąd zupełnie zdrowym i żadnego nieprzyjemnego odczucia obecności waty pod powieką nie odczuwał.

Choć więc wypadki powyższe stanowczo prezentują na korzyść przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę i przy rogówkach przeziernych, to jednak przeszczepianie błony śluzowej ust wskazane jest głównie w wypadkach, łuszczyki dziwomiesznej i wzroku doprowadzonego do W — liczenie palców. W tych wypadkach skutki przeszczepienia błony śluzowej są wprost zdumiewające.

Przeszczepiany skrawek błony śluzowej wpływa dobroczynnie i na przyległe części spojówki: jaglica szybko z nich ustępuje, a spojówka oczyszcza się.

Oczyszczeniu temu towarzyszy zwykle obfita i klejkiwata wydzielina.

A chociaż nieraz się zdarza, że na pozostałej spojówce pozostają tu i ówdzie przez czas dłuższy pojedyncze jagły, nigdy jednak nie znajdzie się jagła na przeszczepionym skrawku.

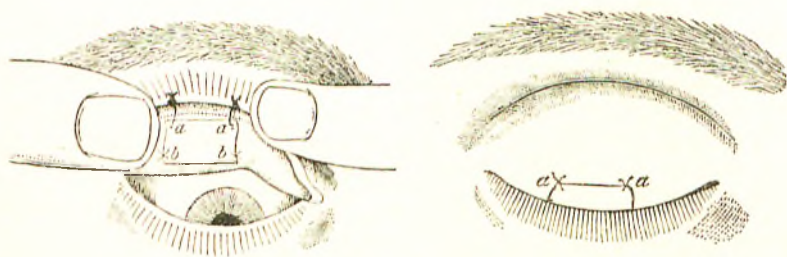
W r. 1891 Dr Sapieżko¹⁶⁾ wydał obszerną pracę o przeszczepianiu błony śluzowej, w której omawiając w ogóle warunki przeszczepiania błony śluzowej dotyka i pytania o przeszczepianiu błony śluzowej w jaglicy.

Przeszczepiać zaczął Dr Sapieżko błonę śluzową ust przy jaglicy od r. 1890, mianowicie po raz pierwszy przeszczepił 24 marca r. 1890; zresztą już przedtem przeszczepił Dr Sapieżko błonę śluzową ust przy wilku, ale wypadku tego nie ogłaszał. Zaraz po ukazaniu się mej pracy w »Centralbl. f. pr. Augenhilfkunde« (zeszyt lutowy r. 1890) profesor Chodźin napisał artykuł, który miał dowieść, że myśl przeszczepiania spojówki nie tylko przy wilku, ale i przy jaglicy powstała u asystenta Dr Sapieżki, ponieważ Dr Sapieżko przeszczepił błonę śluzową ust przy wilku, a prof. Chodźin na III-m zjeździe lekarzy rosyjskich w Petersburgu w odpowiedzi na zapytanie

Dr Talki powiedział, że przeszczepianiem błony śluzowej ust można będzie leczyć »xerosis (suchość) spojówki«¹⁷⁾.

Sposób Dr Sapieżki polega na tem, że usuwa on całkowicie spojówkę nie tylko obydwóch powiek, ale i gałki aż do rogówki, a z powiek usuwa nie tylko spojówkę, ale i obie chrząstki całkowicie.

Przenosi następnie dwa ogromne płaty błony śluzowej po 3 cm × 5 cm, to jest po 15 cm kw. każdy, a zatem razem



A — odwinięta górna powieka.

B — przymknięte powieki.

..... Sulcus post trachomatosis.

a a — szwy przednie przenikające powiekę.

b b — szwy powierzchowne.

na górną i dolną powiekę 30 cent. kw. błony śluzowej ust. Górnym płatem wyściela na górną powiekę, pozbawioną chrząstki, górne zagłębienie worka spojówki i górną połowę gałki aż po brzeg rogówki, dolnym zaś dolną powiekę, dolne zagłębienie worka spojówki i dolną połowę gałki aż po brzeg rogówki. Dla przymocowania przeszczepionych płatów zakłada 10 szwów u przedniego brzegu górnej powieki, 5 szwów przy górnym brzegu rogówki, tyleż szwów zakłada u przedniego brzegu dolnej powieki i przy dolnym brzegu rogówki. Oprócz tego dodaje jeszcze po 3 szwy z dwóch stron rogówki na gałce tam, gdzie płaty górny i dolny stykają się ze sobą i po 2 głębokie szwy dla przyczepienia płatów w górnym i dolnym zagłębieniu worka spojówki, razem 40 szwów.

Chociaż Sapieżko gorąco zaleca swą metodę, zachęcając

lekarzy, aby go naśladowali, jednak własne jego przypadki dały wcale nie zachęcające wyniki. Opadnięcie powieki górnej i unieruchomienie gałki oka w mniejszym lub większym stopniu otrzymywał on w każdym przypadku nie licząc innych powikłań.

Zaprawdę trudno zrozumieć dla czego autor całkowicie usuwa chrzastki i spojówkę i to nie tylko na powiekach ale i na gałce aż po brzeg rogówki. Być może zresztą podobny radykalizm znajdzie pobłażanie przy raku, gruźlicy, wilku, ale nigdy przy jaglicy. Cóż bowiem zmusza autora do usuwania spojówki gałkowej, chyba spostrzeżenie, że i na spojówce gałki znajdują się niekiedy pojedyncze jagły (*folliculi*).

Ależ jagły to nie gruzelki i same przez się wcale nie są szkodliwe; tylko tam, gdzie nacieczona spojówka obumarłemi swemi komórkami naciera nabłonek rogówki, sprowadzając nacieczenia i w tkance podnabłonkowej, wynika konieczność usunięcia zwyrodnionych części i zastąpienia ich przez nowy skrawek błony śluzowej.

W wielu przypadkach, leczonych przeszczepieniem błony śluzowej ust, sprawność wzrokowa powiększała się z samego tylko odczuwania światła niekiedy aż do 3, a nawet do 20 m ani razu przytem nie występowały powikłania ze strony rogówki, chociaż gdzie niegdzie dawały się spostrzegać pojedyncze jagły, ale nigdy nie było jagieł na skrawku, t. j. na tej części górnej spojówki, która stale dotyka do rogówki.

Od r. 1890 do r. 1899 wykonałem 40 razy przeszczepienia błony śluzowej ust w jaglicy przewlekłej, z tych 40 przeszczepień o 25-u dałem sprawozdanie w »Przeglądzie chirurgicznym«¹⁸⁾, a opis 15-u pozostałych znajduje się w dysertacji dla pozyskania stopnia doktorskiego paryskiego uniwersytetu Olgi Łatyszowej. Olga Łatyszowa uważa metodę Dr Sapiężki polegającą na usuwaniu całkowitem spojówki z powieki i gałki za wielce niebezpieczną dla oka; niebezpieczeństwo to według niej polega najprzód na tem, że w razie nieprzyrośnięcia błony śluzowej oko pozbawione całkowicie spojówki musi zginąć, potwóre usunięcie spojówki gałkowej sprowadza zaburzenia w odży-

wianiu rogówki i po trzecie co najważniejsza, co zresztą opowiada nam sam Dr Sapięzko, sposób jego sprowadza zaburzenia ruchu gałki i powiek.

Olga Łatyszowa uważa sposób Sapięzki za wskazany jedynie w wypadkach złośliwych nowotworów spojówki¹⁹⁾.

Przeciwnie sposób Noisze wskiego, według Olgi Łatyszowej, jest nie tylko zupełnie bezpieczny i nie sprowadza żadnych nieprzyjemnych powikłań, ale przeciwnie wywiera wpływ niezmiernie dobroczynny na istniejące już zaburzenia w odżywianiu rogówki, a równie i na sprawę jaglicy całej spojówki, a więc zająć powinien miejsce poczesne jako sposób leczenia jaglicy przewlekłej.

Wprawdzie Th. Saemisch²⁰⁾, omawiając choroby spojówki kilka zaledwie wierszy poświęca przeszczepianiu błony śluzowej przy jaglicy, twierdząc przytem, że próby te nie dają pożądaných wyników »Man hat den Versuch gemacht, die in ein Narbengewebe verwandelte Bindehaut durch Transplantation anderer Schleimhautstücke (Noisze wski) zu ersetzen, derselbe erwies sich aber als erfolglos, da es nicht möglich war, eine dauernde ausreichende sekretorische Thätigkeit der eingepflanzten Gewebsstücke hervorzufufen«) ale mówi on tu wyłącznie o przeszczepianiu błony śluzowej ust przy istniejącem już schnięciu rogówki (*xerosis*).

Na 57 wypadków przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy jaglicy przewlekłej w jednym tylko wypadku spostrzegłem zeschnięcie rogówki, ale w wypadku tym już przed operacją rogówka poczyniała usychać, a i po kilku latach zeschnięcie nie było większe, chociaż i poprawy nie było. Spojówka przeszczepiona była w zupełnie dobrym stanie różowa i soczysta. W pozostałych zaś 56 wypadkach ani razu nie widziałem schnięcia, chociaż wiele z nich widziałem po roku, dwóch, a nawet po 15 latach po przeszczepieniu.

Podając sposób leczenia przewlekłej jaglicy przeszczepianiem błony śluzowej ust nie miałem też na myśli leczenia tem przeszczepieniem zeschniętych już rogówek, ale dotkniętych jaglicą przewlekłą powiek i łuszczką jagliczą rogówek; chociaż

przypuszczam, że przeszczepienie zapobiega schnięciu tam, gdzie schnięcie jeszcze nie wystąpiło.

Opierając się na 57 wypadkach przeszczepienia błony śluzowej ust pod powiekę przy jaglicy przewlekłej spojówki powiekowej i rogówki utrzymuję, że:

1) jest ono wskazane w tych wszystkich wypadkach, w których inne sposoby leczenia zarówno ręczne jak i lekowe zawiodły, a szczególnie tam, gdzie jaglicy towarzyszy łuszczeńka dziwniejsza sprawność zaś wzrokowa obniżona do samego tylko odczuwania światła.

2) Przeszczepianie błony śluzowej ust nie jest wskazane tam, gdzie można jeszcze spodziewać się uleczenia innymi sposobami i gdzie rogówki są jeszcze zupełnie prawidłowe, chociaż i w tych wypadkach przeszczepianie dokonane *lege artis* nie zawadzi.

3) Nie należy przeszczepiać błonę śluzową w tych wypadkach, gdzie obfitą jest wydzielina śluzowa i ropna dopóty, dopóki wydzielina albo nie ustąpi całkowicie, albo stanie się nieznaczną.

4) Skrawek przeszczepiony powinien być cienki, o ile można z samej tylko warstwy przybłonkowej; grube skrawki łatwiej ulegają zwyrodnieniu.

5) Należy bacznie zwracać uwagę na stan błony śluzowej, którą mamy przeszczepiać; nieraz bowiem zdarza się, że błona śluzowa już w ustach jest niezdrową. Brana do przeszczepienia błona śluzowa powinna być cienką, gładką i bladą; nie należy też wycinać skrawka z miejsc zbyt daleko od otworu ust leżących. Błona śluzowa starców mniejszą ma wartość, przeciwnie, błona śluzowa dzieci jest doskonałą; pomimo to jednak nawet błona śluzowa starców daje nieraz wyniki zupełnie zadawalniające.

Literatura.

1. Knapp. American Ophthal-Society. Wrzesień 1891.
2. Schroeder, Dniownik Illgo Sjezda vas. Wracej w Petersburgu 7go stycz. st. st. 1889 z br. 245.

3. Sroczyński. VI Zjazd lek i przyrodn. pol. 1891.
4. Noiszewski. Gaz. Lek. Nr 40. 1889.
5. Noiszewski. Centralblatt f. pr. Aughk. Augustheft. 1890.
6. Van Millingen. Triannual Report. 1877.
7. Now. Lek. Nr. 1. 1890.
8. Centralblatt f. pr. Augh. 1790 z. lutowy.
9. Centralblatt f. pr. Augh. 1890. z. sierpniowy.
10. Noiszewski. Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczki. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej i w szczególności ciężkich postaci łuszczki 25 nowych wypadków. — Przegląd Chirurgiczny. T. 3. Z. 4.
11. Noiszewski. Wraç. 29. 1890.
12. Noiszewski. Przeszczepianie spojówki przy jaglicy Now. Lek. Nr. 1. 1890.—Conjunctivale Plastik und eine radikale Heilmethode des chronischen Trachoms, Centr. bl. f. pr. Augh. 1890.
13. Noiszewski. Wraçz Nr. 29. 1890.
14. Sapiężko. Kliniczeskij materijał k woprosu o pieriesadkie slizistoj obołoczki. Wiest. oftalmologii r. 1891.
15. Wraçz Nr. 29. 1890. Dniownik III. Sjezda ros. wraczej, str. 150. Petersburg.
16. K. Noiszewski. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej 25 nowych przypadków. Przegl. chirurg. T. III. z. IV. r. 1891.
17. Olga Łatyszew. Le traitement du trachome et de quelques unes de ses complications par la greffe de la muqueuse buccale. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris 1899.
18. Olga Łatyszew l. c. str. 8.
19. Th. Saemisch. Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sklera. Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilk. 2. Aufl. Kap. IV. str. 204.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophthalmologie. Nr 8. R. 1905. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

Akromegalia i hemianopsia bitemporalis (Acromégalie et hemianopsie bitemporale). La personne.

Do kliniki okulistycznej w Hôtel-Dieu zgłosiła się 49-letnia kobieta z powodu upośledzenia wzroku. Badanie wykazało częściowy zanik obu nerwów wzrokowych, znaczne upośledzenie bystrości wzroku, zwłaszcza po stronie prawej i znamienne zwięźlenie pola widzenia, odpowiadające hemianopsji skroniowej obustronnej, były bowiem zachowane tylko przyśrodkowe części nosowych pól obu pól widzenia. Chora opowiadała, że wzrok podupadał u niej już od szeregu lat, a oprócz tego zauważyła u siebie inne szczególne objawy. I tak: głos stał się od pewnego czasu nieco bełkotliwy. Począwszy od 30 roku życia powiększały się jej ręce i stopy tak, że obrączkę ślubną musiała co kilka lat dawać do rozszerzania, tożsamo zwiększać stopniowo numer rękawiczek i trzewików. Badanie przedmiotowe wykazywało istotnie dość wyraźne, nieproporcjonalne do wzrostu ciała powiększenie rozmiarów rąk i stóp, polegające nie tyle na przyroście części miękkich, jak na zgrubieniu szkieletu. Tożsamo uderzały nieco niezwykle zgrubiałe rysy twarzy, a wreszcie dało się stwierdzić mięsiste zgrubienie języka i wyraźne powiększenie gruczołu tarczycowego. Dla ustalenia rozpoznania akromegalii, pozostawało tylko przekonać się o powiększeniu przysadki mózgowej. Za istnieniem takiego powiększenia przemawiał pośrednio radiogram czaszki, na którym widać było wyraźnie zwiększenie rozmiarów siodełka tureckiego.

Autor omawia zupełnie dotąd niewyjaśnioną patogenезę gigantyzmu i akromegalii. Gigantyzm nazywa on za innymi akromegalią wieku dorastania. W obu stronach zaburzenia ze strony nerwów wzrokowych nie należą do rzadkości, co łatwo zrozumieć, uwzględniając bliskie sąsiedztwo skrzyżowania tychże nerwów i przysadki mózgowej, która zwłaszcza przy akromegalii bywa niemal stale siedliskiem zmian patologicznych i okazuje albo przerost zwyczajny, albo przemianę nowotworową. Przy nadmiernym wzroście w wieku młodocianym występują również zaburzenia wzrokowe, najczęściej jednak pod postacią astenopii.

Autor zwraca uwagę na ciekawe doświadczenia, jakie robił w tym kierunku L. Dor na zwierzętach. Opierając się na znanym fakcie, że u eunuchów kończyny dolne i wogóle cała część ciała poniżej stanu bywa często nadmiernie rozrośniętą, wykonywał on u młodych zwierząt zastrzykiwania Brown-Séquarda i uzyskiwał istotnie zwolnienie lub nawet powstrzymanie fizyologicznego wzrostu. W doświadczeniach tych możnaby widzieć wskazówkę terapeutyczną dla różnego rodzaju zaburzeń nerwowych wzroku u dzieci za szybko rosnących.

Pozorne zapalenie spojówek noworodków, pochodzące

od zajęcia przewodu łzowego (Dacryocystite congénitale atténuée pseudo-conjonctivite des nouveau-nés d'origine lacrymale). P é c h i n.

Autor zwraca uwagę na nie zbyt rzadką postać nieżyłowego zapalenia spojówek u noworodków, zazwyczaj na jednym oku, którego właściwą przyczynę, często zapoznaną, stanowi niedrożność przewodu nosołzowego. Cierpienie objawia się przekrwieniem i rozpułchnieniem spojówek powiek i załamek, zaczerwienieniem brzegów powiekowych i miernego stopnia wydzieliną śluzoworopną. Z woreczka łzowego częstokroć nie wycisnąć się nie daje i to bywa powodem przeoczenia właściwej przyczyny choroby. Stan spojówek pomimo stosowania środków ściągających, jak cynk, argentamina, azotan srebrowy itd., nie doznaje poprawy, a cierpienie ustępuje dopiero, gdy się uda przestrzyknąć skutecznie przewód nosołzowy, ewentualnie po poprzednim założeniu sondy. Zażawienie oka chorego, oraz ta okoliczność, że podczas płaczu dziecka wilgotnieje tylko jedna dziurka nosa i to po stronie oka niezajętego, powinny zwrócić uwagę lekarza na właściwą etiologię cierpienia w tych przypadkach, gdzie zresztą żadnych innych objawów ze strony przewodu nosołzowego stwierdzić nie można. Często jednak w przebiegu choroby przychodzi wprost do ropnego zapalenia woreczka łzowego, a wtedy sprawa od razu się wyjaśnia. W innych razach zapalenie spojówek samoistnie, i to dość nagle, ustępuje. W kilku podobnych przypadkach stwierdził autor wydostanie się z dolnej części przewodu nosołzowego przez otwór nosowy na zewnątrz czopa przybłonkowego, stanowiącego niejako odlew kanału. Analogicznie do *meconium intestinale* nazywa autor tę, niewątpliwie jeszcze z życia płodowego pochodzącą wydzielinę: *meconium nasale*. Dla ilustracyi klinicznego obrazu cierpienia, które nazywa *pseudo-conjunctivitis lacrymalis neonatorum* przytacza autor 11 spostrzeżeń, częścią własnych, częścią Antonellego, a częścią Monthusa.

Zaraźliwość jaglicy (Contagion de trachome). Poulard.

Autor podaje do publicznej wiadomości, że do kliniki w Hôpital-Dieu zgłosił się ojciec z córeczką, oboje dotknięci typowymi zmianami jaglicowymi na spojówkach. Badanie, które autor przeprowadził w mieszkaniu chorych wykazało, że cała rodzina, złożona z ojca, matki i pięciorga dzieci, okazywała na oczach zmiany jaglicowe. Jedna ze sąsiadek i córka teźże, które utrzymywały stosunki z wymienioną rodziną trachomatyków były również jaglicą dotknięte. Na podstawie tego dowodzi autor, że jaglica jest niewątpliwie chorobą zaraźliwą. Ogłoszenie powyższych spostrzeżeń w po-

ważnem piśmie okulistycznym może znaleźć usprawiedliwienie chyba o tyle, o ile prawdziwem jest zdanie autora, że nie brak jeszcze we Francyi okulistów, którzy powątpiewają w zarażliwość jaglicy.

Nr 8 i 9.

Zranienia oka wskutek wypadków przy pracy; rozmyslna symulacja i agravacja (Blessures de l'oeil à la suite d'accidents du travail; simulation et aggravation volontaires). Prof. Baudry z Lille.

Jest to dość obszerna monografia, odnosząca się przeważnie do udawania ślepoty lub innych zaburzeń wzrokowych, jakiego dopuszczają się robotnicy, celem uzyskania renty od pracodawcy, albo odszkodowania od towarzystwa ubezpieczeń.

Autor, mający w tym względzie rozległe doświadczenie, jako stały znawca sądowy w jednym z najbardziej przemysłowych i fabrycznych okręgów we Francyi dochodzi w swej pracy do następujących wniosków:

1) Symulanci obierają narząd wzrokowy częściej, niż jakkolwiek inny za pole do symulacji, agravacji lub dyssymulacji głównie z tego powodu, że upośledzenie wzroku bywa zwykle jedną z najważniejszych przeszkód do wykonywania różnego rodzaju zawodów i staje się tym sposobem przyczyną niezdolności zarobkowej. Powtórę, dzieje się to zapewne i dlatego, że wykrycie udawania zmian ocznych bywa zazwyczaj trudniejsze, niż zaburzeń w innych narządach ustroju. Symulanci w zakresie zmian w narządzie wzroku dzielą się na trzy grupy:

2) Do pierwszej najmniej licznej grupy należą ci, którzy nie tylko zwodzą znawcę co do upośledzenia czynności narządu wzrokowego, ale także co do samejże przyczyny tegoż, innemi słowy tacy, u których nie tylko upośledzenie wzroku, ale i sam wypadek, który rzekomo ma być jego powodem, jest zmyśleniem i wymysłem. Tu zalicza autor także i tych, co samoistnie występującą chorobę oczną przypisują doznanemu rzekomo przy pracy wypadkowi. W niektórych podobnych przypadkach n. p. *keratitis hypopyon* rozstrzygnięcie może być trudne.

3) Do drugiej grupy należą ci symulanci, którzy zmiany widoczne na oku odnoszą do rzeczywiście doznanego wypadku przy pracy, jakkolwiek istniały już one przed wypadkiem, lub powstały od niego niezależnie. Peryodyczne badania oczu robotników, połączone z pilnem zapisywaniem znalezionych zmian patologicznych najskuteczniej zapobiegnie tego rodzaju symulacji, a zresztą we

większości przypadków fachowa wiedza okulistyczna pozwoli znawcy wydać sprawiedliwe orzeczenie.

4) Do trzeciej, najliczniejszej grupy zalicza autor tych, co udają zmiany czynnościowe, ślepotę lub niedowidzenie i uporeczywie trwają w symulacji, mimo, że najściślejsze badanie przedmiotowe żadnych zmian dostrzegalnych nie wykrywa. Udawanie obustronnej ślepoty, dla samego symulanta niezmiernie uciążliwe, należy do rzadkich przypadków. Autor w czasie 25letniej praktyki sądowo-lekarskiej tylko trzy razy spotkał się z tego rodzaju symulacją. W takich razach zazwyczaj nie dopisuje symulantom wytrwałość, a lekarzowi czas i cierpliwość pomogą w wykryciu prawdy. Dla wykrycia symulacji jednostronnej ślepoty mamy do rozporządzenia cały szereg zmyślnych sposobów i forteli, którym najsprytniejszy nawet symulant wreszcie uleść musi.

5) Ze sprawą symulacji łączy się ściśle ważne zagadnienie zaburzeń t. zw. hysterotraumatycznych. Podczas gdy jedna część autorów zaburzenia te uważa za odmianę hysterii, wywołanej wypadkiem przy pracy i dającej się uleczyć przez przyznanie odszkodowania, inni autorowie wnioskując głównie *ex juvantibus* uważają je raczej za odmianę symulacji. Autor skłania się raczej do pierwszego przypuszczenia i jest zdania, że ściśle badanie, a w pierwszym rzędzie uwzględnienie psychicznego stanu poszkodowanego pomoże doświadczonemu i bystremu znawcy odróżnić hysteryka od symulanta.

6) Zdarzają się przypadki, że robotnicy doznawszy uszkodzenia, lub nawet straciwszy jedno oko wskutek wypadku skarżą się na różne niepokojące objawy ze strony oka drugiego. Czynią to oni częstokroć w dobrej wierze, zostając pod wpływem sugestyi, która stąd wypływa, że słyszeli coś o zapaleniu współczulnem i ogarnia ich trwoga przed zupełną utratą wzroku. I tutaj przenikliwość znawcy musi oddzielić prawdę od urojenia.

7) Autor obszernie omawia sprawę ociągania się uległych wypadkom robotników od powrotu do pracy. Czynią to oni pod różnymi pozorami. Częstokroć leczą się niedbale lub nawet potajemnie starają się sami stan uszkodzonego oka pogorszyć i leczenie przedłużyć. Autor przytacza i omawia obowiązujące w Francyi przepisy prawne, mające na celu zapobiedz tego rodzaju nadużyciom.

8) Na końcu pracy omawia autor ze stanowiska lekarskiego, prawniczego i ekonomicznego sposoby, których użyćby należało, dla położenia tamy symulacji i agravacji, do których pociąg wzmógł się od czasu wprowadzenia w niektórych państwach ustawy o przymusowym ubezpieczeniu robotników od wypadku przy pracy.

Nr 9.

Narośl zewnątrzgałkowa o komórkach piankowatych (Tumeur épibulbulaire à cellules écumeuses). Van Duyse z Gaudawy.

Autor wyciął u trzyletniego dziecka narośl przyplaszczoną, wychodzącą z tkanki przytwardówkowej, a zajmującą górnowęwnętrzny odcinek przedniej części gałki ocznej. Narośl ta, z jednej strony sięgała do górnego załamka, z drugiej przekraczała o dwa milimetry brzeg rogówkowy. Silnie zrośnięta z podstawą, barwy żółtawej, skąpo unaczyniona, zbitości prawie twardej, narośl ta istnieć miała od dwóch lat i nie powodowała nigdy żadnych objawów zapalnych. Klinicznie rozpoznano *dermolipoma*, badanie jednak histologiczne nie potwierdziło tego rozpoznania. Przedewszystkiem kwas osmowy nie wywołał zabarwienia czarnego, nowotwór zatem nie zawierał tłuszczu. Główną część składową narośli stanowiły komórki o licznych wakuolach, tworzące razem tkankę gąbczastą. Tak swoją barwliwością, jak zmianami morfologicznymi odpowiadały one t. zw. komórkom piankowatym (*cellules écumeuses*, *Schaumzellen*), opisanym przez Sick'a. Dalsze szczegóły histologiczne przemawiały za śródłonkowym pochodzeniem narośli i wykazywały stosunkowo najwięcej wspólnych znamion z opisanym niedawno przez autora nowotworem pod nazwą *xanthoma conjunctivae* *).

Mięsak barwikowy tęczówki (Melanosarcome de l'iris). Poulard.

W paryskiej klinice okulistycznej w Hôtel-Dieu wyluszczone u 55letniej kobiety gałkę oczną z powodu guzka barwy ciemnej, wychodzącego z górnej części tęczówki, wielkości soczewki ocznej, zwisającego w przedniej komorze tak, że zasłaniał źrenicę. Badanie histologiczne stwierdziło utkanie mięsaka ze znacznym nagromadzeniem barwika. Nowotwór wychodził ze *stroma* tęczówki. Warstwa przybłonka barwikowego nie była wcale zajęta. Natomiast ku górze wchodziły wypustki nowotworowe w obręb ciała rzęskowego. Ta ostatnia okoliczność wskazuje, że słusznie postąpiono, poświęcając gałkę oczną, sama bowiem choćby zupełnie dobrzeżna irydektomia nie byłaby uchroniła oka od nawrotu. Rysunek, przedstawiający przekrój poziomy przedniego odcinka gałki ocznej daje wyobrażenie o rozmiarach i postaci guzka.

O wpadnięciu gałki urazowem i patogenezie tegoż (Sur l'énophtalmie traumatique et sa pathogénie). I. Bistis.

*) Porównaj. Post. okulist. 1905. str. 254.

Enophthalmus traumaticus może, ogólnie biorąc, przyjść do skutku w dwojaki sposób: Albo ulegnie złamaniu któraś ze ścian oczodołu, przez co zwiększa się tegoż pojemność, a tem samem gałka oczna wgląb się zapada, albo uraz, nieraz nieznaczny, zadany w okolicę oka, powoduje na drodze nerwowej zapadnięcie się gałki w głąb oczodołu. Zdaniem autora tylko w tym ostatnim razie można mówić o *enophthalmus traumaticus* w ścisłym tego słowa znaczeniu. Istnieje cały szereg teorii, objaśniających powstanie tej zmiany: Gessner i Loew przyjmują zapalenie okostnej i tkanki oczodołowej, która następnie kureząc się, wciąga w głąb gałkę oczną. Lederer takąsamą retrakcyę odnosi do krwotoku pozagałkowego. Shoemaker przypuszcza przerwanie więzów, łączących torebkę Tenona z brzegami oczodołu. Himly przyjmuje zmianę odżywą na tle nerwowem, powodującą zanik duszcu oczodołowego. Markłakow, Beer i Schapringier tłumaczą *enophthalmus* zaburzeniami, w zakresie nerwu współczulnego, wywołanemi bądź to wprost przez uraz, bądź to przez krwotok urazem spowodowany. Ze wszystkich tych teorii najprawdopodobniejszą wydaje się autorowi teoria Schapringera, przyjmująca porażenie włókien nerwu sympalycznego z następowem porażeniem mięśnia oczodołowego Müllera. Autor podaje opis przypadku, w którym niemal bezpośrednio po stłuczeniu okolicy nerwu nadoczodołowego wytworzył się wybitny *enophthalmus*. W przypadku tym, jak i we wielu podobnych zadrażnienie nerwu nadoczodołowego musiało przemieścić się przez *ganglion ciliare* na nerw współczulny, upośledzając jego czynność i sprowadzając temsamem porażenie gładkich włókien mięśnia Müllera.

Lymphosarcoma primitivum glandulae lacrymalis (Un cas de lympho-sarcome primitif de la glande lacrymale orbitaire avec examen histologique) Gendron i Serval.

Wedle Panasa i Lagrange'a opisano dotąd nie więcej jak dziesięć przypadków pierwotnego mięsaka gruczołu łzowego. Autorowie podają nowe spostrzeżenie: 18letni robotnik stolarski zgłosił się z powodu podwójnego widzenia: Prawe oko lekko wysadzone oraz przemieszczone ku dołowi wewnątrz. W miejscu odpowiadającym gruczołowi łzowemu wyczuć było można guz przypłaszczony, miękki, do gałki przylegający. Gdy po kilku miesiącach rozmiary guza znacznie się powiększyły, wyłuszczone takowy, przy czem okazało się, że nowotwór zajmował istotnie gruczoł łzowy i w całości zawarty był w torebce łączno-tkankowej. W jednym tylko miejscu torebka ta była już przez nowotwór przeżartą. Badanie mikroskopowe wykazało typowe utkanie *lymphosarcoma*.

Chory, który z początku po operacji miał się zupełnie dobrze, zwłaszcza, że oko z prawidłową bystrością dało się utrzymać, umarł w pół roku po operacji wśród objawów mózgowych. Był to niewątpliwie przerzut nowotworowy, którego punktem wyjścia było wspomniane wyżej miejsce w torebce, zajęte naciekiem mięsakowym.

Nr 10.

Szyja krzywa pochodzenia ocznego (Torticollis oculaire et strabisme sursum-vergent). La personne.

Cuignet w r. 1873 pierwszy wykazał, że niektóre przypadki *torticollis* leczone bezskutecznie, bądź to ortopedycznie, bądź chirurgicznie zależą w istocie od zaburzeń równowagi mięśni ocznych, mianowicie od *strabismus sursumvergens*, i mogą być wyleczone tylko zapomocą operacji ocznej.

Przypadki *strabismus sursumvergens* niepowikłane zezem zbieżnym ani rozbieżnym są bardzo rzadkie i są pochodzenia albo porażennego, albo spastycznego. Najczęściej jednak jest to wada wrodzona i polega na niedomodze mięśnia skośnego górnego. Autor opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 7letniego chłopczyka, który stale trzymał głowę pochyloną o 15 do 20° ku barkowi lewemu. Przy takim ułożeniu głowy obydwie oczy ustawione były względem szpary powiekowej prawidłowo. W miarę, jak przemocą na prostowywano głowę, rogówka oka prawego podnosiła się ku górze, a przy pochyleniu głowy ku barkowi prawemu chowała się nawet zupełnie pod górną powiekę. Przy równem ustawieniu głowy *strabismus sursumvergens* oka prawego dochodził do 25°. Dwuwidzenia żadnym sposobem nie można było wykazać, autor przypuszcza jednak, że istniało ono z początku i że stało się powodem skrzywienia szyi, które przeszło następnie w zбочenie trwałe. Dokładne rozważenie objawów nie pozwalało w tym przypadku na rozpoznanie porażenia lub niedowładu któregośkolwiek z poszczególnych mięśni ocznych (*obliquus superior dexter, rectus inferior dexter, obliquus inferior sinister*).

Autor przypuszcza raczej za Parinaud'em wrodzone zбочenie czynnościowe w ośrodkach mózgowych i drogach nerwowych dla skojarzonych ruchów ocznych. Na operację (*antepositio m. recti inferioris oc. dextri*) rodzice dziecka na razie nie dają przyzwolenia.

O gruczołach łzowych oczodołowych, ruchomych (Des glandes lacrymales orbitaires mobiles). Serini.

Przy zranieniach powieki górnej po nad zewnętrznym kąci-

kiem oka nie rzadko przychodzi do wypadnięcia gruczołu łzowego, o wiele rzadziej jednak mamy sposobność spostrzegać samoistne opadnięcie tego gruczołu pod skórę powieki górnej. Zauważyć jednak należy, że zmiana ta łatwo ująć może baczności chorego, a nawet lekarza, zwłaszcza jeśli jej stopień nie jest znaczny. Prócz tego niejeden może przypadek spostrzegany i dobrze rozpoznany nie został ogłoszony tak, że w literaturze istnieją dotąd tylko spostrzeżenia Snell'a, Noyes'a, Argyll-Robertson'a i Gołowina. Scrinii opisuje obecnie przypadek spostrzegany w klinice paryskiej jeszcze za życia Panasa'a.

Pewien robotnik zgłosił się z powodu worczastego obrzęku obu powiek górnych i spowodowanego niem zwężenia pola widzenia. Badanie wykazało workowate obwiśnięcie skóry, zewnętrznej połowy powieki górnej, sięgające poniżej brzegu tejże powieki i zasłaniające kąciek zewnętrzny. Przez obwisłą skórę wyczuć można było ciało wielkości małego migdała dość zbite, przesuwalne na boki i ku górze. Ciało to nie przyrośnięte do skóry i niebolesne na dotyk, można było wsunąć pod górno-zewnętrzną brzeg oczodołu do wgłębienia w kości, które w prawidłowym stanie zajmuje gruczoł łzowy. Był to zatem niewątpliwie gruczoł łzowy opadnięty.

Zmiana ta (*dacryoadenoptosis*) objawiała się na obu oczach w jednakim stopniu. Twardość opadniętych gruczołów przypisuje autor przebytej *dacryoadenitis gonorrhoeica chronica*, chory bowiem oprócz rzeżączki innych zakaźnych chorób nie przechodził. Na proponowaną operację, która miała polegać na przyszyciu gruczołów do okostnej dołka łzowego, a następnie na odejściu i zaszyciu worka skórniego (*dacryoadenopexia*) chory się nie zgodził.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wnosząc *dacryoadenoptosis* spotyka się częściej u mężczyzny niż u kobiet, częściej jednostronnie niż obustronnie. Patogeneza tej zmiany jest niewątpliwie w różnych przypadkach różna. W przypadku przez siebie opisanym, uważa autor powiększenie i przyrost na wadze spowodowany przewlekłym zapaleniem za przyczynę, która spowodowała, że wątle więzadło Sommeringa i kilka innych drobnych więzów, które gruczoł łzowy przytrzymują w dołku kostnym dlań przeznaczonym, uległy zwiotczeniu i wyciągnięciu. Wtedy gruczoł własnym ciężarem obsunął się ku dołowi i dostawszy się pod skórę powieki górnej, wytworzył z niej dla siebie worek, ułożywszy się w nim jak w »hamaku«.

Zakażenie spojówki gronkowcowe (Infection staphylococcique de la conjonctive). Poulard.

Nowsze badania bakteryologiczne dowiodły, że gronkowiec złocisty, chociaż jest prawie stałym mieszkańcem prawidłowego worka spojówkowego i daje się wykazać w wydzielinie przy różnych rodzajach zapaleń spojówki, rzadko tylko jednak obejmuje rolę czynnika chorobotwórczego i tem się różni od prątko Wee-ks'a, od prątków podwójnych Morax'a i od dwoinek Neisserowskich, których obecność wywołuje zawsze silny odczyn zapalny ze strony spojówki. W ciągu dwóch i pół lat wśród wielkiej liczby przypadków różnych ostrych zapaleń spojówkowych, leczonych w paryskiej klinice Lapersonne'a, zdołał autor zebrać tylko dziewięć sposobzeń, w których ostra *conjunctivitis* wywołaną była wyłącznie obecnością gronkowca złocistego. We wszystkich tych przypadkach objawy kliniczne były tak do siebie zbliżone, że autor skłania się do wyobłąbnienia zapalenia spojówki gronkowcowego, jako etyologicznie osobnej jednostki chorobowej. Zapalenie występuje najczęściej ostro i ogranicza się do jednego oka. Punktem wyjścia zakażenia spojówki bywa bądź to zropiały jęczmień, bądź wrzodzące zapalenie brzegu powiekowego, lub inne, choćby nieznaczne zmiany przyrody zakaźnej na skórze powiek. Wydzielina jest obfita śluzowoporna, lepka, skleja silnie rzęsy w postaci szaro-żółtawej warstwy i przylega do powierzchni spojówki, powiek i załamek. Spojówka gałki ulega zwykle silnemu przekrwieniu. Rogówka zostaje wolną od zmian. Zapaleniu towarzyszy bolesny obrzęk gruczołu przyusznego. Objawy ostre trwają mniej więcej przez przeciąg tygodnia; do stanu prawidłowego jednak przychodzi spojówka zazwyczaj nie prędzej, jak po upływie miesiąca. Z wydzieliny wyrastają, na zwykle używanych pożywkach, czyste hodowle gronkowca złocistego.

Okoliczność, że gronkowca znajdujemy na spojówce zdrowej i, że towarzyszy on często innym drobnoustrojom w różnych zapaleniach spojówki, nie stanowiąc czynnika chorobotwórczego, objaśnia autor tem, że chorobotwórczych własności nabiera on tylko wśród wyjątkowo korzystnych dla siebie warunków, doład bliżej nam nie znanych. Tem się tłumaczy, że nie każdy jęczmień powoduje wystąpienie opisanego zapalenia, choć się zeń zawsze gronkowiec licznie do worka spojówkowego dostają. Tą też potrzebą zbiegu szczególnych warunków dla powstania gronkowcowego zapalenia spojówki możemy wyjaśnić sobie i rzadkość występowania tego zapalenia i to, że nie udziela się ono osobom, które się z chorym stykają, i to wreszcie, że sprawa ogranicza się zwykle do jednego oka.

Nr 11.

Nowotwory prawdziwe i rzekome w gałkach ocznych zanikowych (Néoplasmes et pseudoplasmes développés dans les moignons). Terrien i Coutela.

Autorowie na podstawie własnych oraz z literatury zaczerpniętych spostrzeżeń omawiają patogenezę nowotworów, powstających w gałkach ocznych zanikowych. Stosunek nowotworów ocznych do zaniku gałki (*atrophia resp. phthisis bulbi*) może być dwojaki: Nowotwór może być zmianą pierwotną i bezpośrednio lub pośrednio spowodować zanik gałki, lub też w zanikłej z innych powodów gałce ocznej, może się następowo pojawić tkanka nowotworowa. Co do pierwszego rodzaju przypadków to zwłaszcza glejak siatkówki nierzadko doprowadza oko do zaniku. Tu jednak trzeba być pewnym, że się nie ma do czynienia z *pseudoglioma retinae*, które, będąc plastyczno-ropnem zapaleniem jagodówki, z natury rzeczy niemal zawsze kończy się zanikiem gałki. O wiele rzadziej, niż w przypadkach prawdziwego glejaka siatkówki, spotykamy się z zanikiem gałki następowem w przypadkach mięsaka naczyńniówki, ale i takie spostrzeżenia uwierzytelnione badaniem mikroskopowem, znajdują się w literaturze. Aby pogodzić złośliwą naturę takich nowotworów, jak glejak lub mięsak, które okazują z reguły niepokonaną dążność do ustawicznego rozrostu i nieograniczonego szerzenia się — z przemianą wsteczną, jakiej ulega ich utkanie wśród gałki ocznej, przechodzącej w zanik, uciekają się liczni autorowie do różnych przypuszczeń. Jedni przyjmują wniknięcie ropnych mikrobow do tkanki nowotworowej czyto drogą owrzodzeń rogówkowych, lub zranień głębokich oka, czy na drodze krwiobiegu. Następstwem takiego zakażenia jest zropienie tkanki nowotworowej, a zarazem i części oka wolnych od nacieku nowotworowego. Zropienie wnętrza gałki prowadzi oczywiście do jej zaniku. Inni zwracają uwagę na łuszczone wyrodnienie nowotworu, które ma ułatwiać wessanie jego części i pośredniczyć powstaniu zaniku gałki. Niektórzy autorowie przypisują zanik gałki odczynowemu zapaleniu jagodówki naokół rosnącego guza, który w ten sposób ulega wrzście łącznotkankowemu otorbieniu i traci możność dalszego rozrostu.

Co do drugiej grupy przypadków, gdzie nowotwór złośliwy pojawia się następowo w gałce ocznej zanikłej, czyto w następstwie zranienia, czy wskutek *panophthalmitis*, zapatrywania autorów różnią się jeszcze bardziej. Niektórzy przeczą wogóle, jakoby takie przypadki zachodziły i utrzymują, że w opisanych spostrzeżeniach pierwszy zawiązek nowotworu istniał już w oku przed powstaniem

sprawy patologicznej, która doprowadziła do zaniku gałki. Nawet w takich przypadkach, gdzie nowotwór pojawił się w gałce od wielu lat zanikłej, przypuszczają oni, że zawiązek jego ukrywał się w niej już poprzednio, choćby pod postacią niedostrzeżonego znamienia barwикового na tęczówce. Większość jednak autorów, którzy się tym przedmiotem zajmowali, przyjmuje przypadkowy zbieg, dzięki któremu nowotwór złośliwy zaczyna się rozwijać wśród tkanek zanikłej gałki tak samo, jakby się rozwijał wśród jakiegokolwiek innych tkanek ustroju. Są jednak i tacy, a do tych należą autorowie powyższego artykułu, co w samej sprawie zanikowej upatrują bodziec dla rozwoju komórek tkanki nowotworowej. Zachodzący tu związek przyczynowy w zupełności wyswietlić nie jest rzeczą łatwą. Autorowie powołują się na przypadki, gdzie wśródgałkowa sprawa zapalna zupełnie niepostrzeżenie przybierała znamiona nacieku nowotworowego. Związek etyologiczny jest zwłaszcza prawdopodobny w tych przypadkach, gdzie uraz poprzedził zanik gałki; ponieważ jednak rola urazu w etyologii nowotworów stanowi jedno z najtrudniejszych i nierozwiązanych jeszcze zagadnień patologii ogólnej, więc i etyologia nowotworów w oczach, skutkiem urazu zanikłych, nie może być dziś jeszcze w sposób zadowalniającej wyjaśnioną.

Przybłoniak powieki, wychodzący z gruczołu łojowego (Epithélioma palpébral d'origine pilo-sébacée). Moissonnier z Tours.

Przybłoniak powieki, pochodzenia gruczołowego, objawia się pod postacią otorbionego guza, okazującego w swych początkach wiele podobieństwa do gradówki. W przypadkach ogłoszonych dotąd (Allaire, Sourdille, Schweinitz, Grosz, Dor, Scandlici) punktem wyjścia nowotworu był z reguły jeden z gruczołów Meiboma. Fuchs w swym podręczniku okulistyki wspomina jednak, że przybłoniaki powiek wychodzą także z gruczołów łojowych, z gruczołów Molla i Krausego. Lagrange natomiast w swem dziele o nowotworach oka wskazuje na gruczoły Meiboma, jako na jedyny znany dotąd punkt wyjścia przybłoniaka powiek. Autor wyfuszczył u 45letniego wieśniaka guz, zrosnięty ze skórą powieki górnej i przez nią pokryty, leżący przed chrząstką powiekową, która nie była nim wcale zajęta. Guz okazywał mikroskopowe znamiona przybłoniaka. Na jednym ze skrawków widać było wyraźnie obok łobki włosowej z prawidłowym gruczołem łojowym drugą łobkę, zawierającą, obok dwóch szczątkowych włosków, liczne bujające komórki nowotworowe. Z tego wnosi autor, uwzględniając zresztą i inne szczegóły kliniczne i ana-

tomiczne, że w przypadku tym nowotwór wyszedł z przybłonka, wysięlającego gruczoły łojowe.

Jednostronne zniesienie odruchu źrenicy na światło pochodzenia urazowego, przy zachowanem oddziaływaniu na akomodację (Abolition unilatérale du réflexe lumineux, avec conservation du réflexe accommodatif d'origine traumatique). Cosmetatos z Aten.

Zniesienie oddziaływania źrenicy na światło przy zachowanem odruchu akomodacyjnym należy do dość częstych zjawisk patologii ocznej i neuropatologii. Ten rozdział oddziaływania źrenicy znany pod nazwą objawu Argyll-Robertsona, zwłaszcza w przebiegu władu rdzenia, może jednak wystąpić także z przyczyn miejscowych, mianowicie wskutek tępego urazu danego oku. Taki właśnie przypadek opisuje autor i zastanawia się przy tej sposobności, jakim sposobem to częściowe porażenie źrenicy przychodzi do skutku. Wiadomo, że istnieją oddzielne ośrodki dla odruchu źrenicznego na światło i na akomodację. Jest zatem rzeczą prawdopodobną, chociaż braknie na to dotąd dowodów anatomicznych, że od tych oddzielnych ośrodków muszą też wychodzić oddzielne zupełnie włókna nerwowe, przebiegające we wspólnym pniu nerwu okoruchowego. Rozdział ten sięga niewątpliwie aż do zakończeń tego nerwu w samejże łączówce. Skutek urazu może być taki, że uszkodzeniu ulegną tylko te końcowe włókienka nerwu okoruchowego, które pośredniczą w oddziaływaniu źrenicy na światło. Byłoby rzeczą pożądaną, żeby słuszność tej hipotezy mogły potwierdzić badania mikroskopowe.

Nr 12.

Przyczynek do znajomości guzów, rzekomo białaczkowych gruczołów łzowych i ślinowych (Contribution à l'étude des tumeurs symétriques lymphomateuses pseudoleucémiques des glandes lacrymales et salivaires). Van Duyse z Gandawy.

Jak wiadomo, opisał Mikulicz, jako odrębną jednostkę chorobową przerost limfatyczny gruczołów łzowych i ślinianek. W przypadkach przez siebie ogłoszonych nie znalazł on żadnych zmian we krwi, nie było też przerostu innych gruczołów, ani powiększenia śledziony. Van Duyse podaje obecnie opis przypadku, którego obraz kliniczny odpowiadał owemu przez Mikulicza bliżej określonemu cierpieniu. U 67letniego drwala wystąpił na obu oczach symetrycznie obrzęk powiek górnych tuż pod łukami brwiowymi, odpowiadający przerostowi obu gruczołów łzowych. Badanie

kliniczne wykazało oprócz tego w jamie ustnej dwa guzy symetryczne, które były powiększonymi śliniankami podszczękowymi. Rozbiór krwi dał wynik, wykluczający białaczkę. Chory umarł, a badanie pośmiertne wykazało prócz innych mniej ważnych szczegółów powiększenie śledziony, oraz znaczne powiększenie gruczołów śródpiersia. Wobec wyniku badania krwi, należało powiększone gruczoły uważać za guzy — rzekomo białaczkowe. Autor przyznaje wprawdzie, że przypadek powyższy przypomina syndrom objawów opisany przez Mikulicza, a przez Kümmela nazwany achroocytozą, z drugiej strony jednak, uwzględniając spostrzeżenia innych badaczy, oraz wynik nekroskopii w swoim przypadku, uważa syndrom ów za wczesny okres rozwijającej się pseudoleukemii, a temsamem odnawia mu odrębne stanowiska w rzędzie znanych ogólnie przyjętych postaci chorobowych. W przypadkach Mikulicza chorzy widocznie albo nie dożyli uogólnienia się zmian gruczołowych, albo nie byli, względnie nie mogli być w tym kierunku dość dokładnie zbadani.

Nieżył wiosenny w Turcyi (Le catarrhe printanier en Turquie). Trantas.

Na podstawie statystyki, obejmującej 12.500 chorych ocznych, wykazuje autor, że nieżył wiosenny zdarza się w Turcyi o wiele częściej niż w innych krajach, w których się zajmowano statystyką tych przypadków. Podaje on również, przytaczając wyniki swych badań mikroskopowych nigdzie nie wspomniany dotąd szczegół z obrazu klinicznego tej choroby. Oto w znacznej ilości przypadków nieżytu wiosennego dostrzegł on w wyrostkach, otaczających rąbek rogówkowy punkty białe, z głębi tkanki tych wyrostki przeświecające. Badania mikroskopowe wykazały, że drobne te białe ogniska odpowiadają mieszkom przybłonkowym, które uległy zwyrodnieniu i przeobrażeniu torbielkowemu. W niektórych przypadkach zdołał autor wykazać jedynie wsteczną przemianę warstwy przybłonkowej, której komórki zmienione były w masę bezpostaciową. Autor uważa ten klinicznie i anatomicznie wykazany szczegół za patognomiczny objaw nieżytu wiosennego.

Berliner klin. Wochft. 1906. Nr 10. (Referent: Dr W. Reis).

Zniszczenie oczu człowieka przez gąsienice muchy (Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven). Schultz — Zehden.

Schorzenia oczne wywołane przez gąsienice much rozmaitych gatunków są znane w literaturze okulistycznej; tylko w jednym jednak przypadku opisanym jeszcze w r. 1823 przez Cloqueta, nastąpiło całkowite zniszczenie oczu. Przypadek opisany przez Schultze-Zehdena dotyczył 47letniej chorej, znanej pijaczki, którą znaleziono w polu i odstawiono do szpitala. Z rozmaitych części ciała, z nosa, uszu i worków spojówkowych wydobyto prawie litr cały gąsienic. Prawe ucho było całkowicie zniszczone, a na karku znajdowało się rozległe owrzodzenie, sięgające aż do kości. Powieki były obrzękłe, o licznych otarciach skóry, gałki oczne w całości już zniszczone, rogówek prawie brak zupełny. W oku prawym wypadła soczewka i ciało szkliste wydostawało się na zewnątrz, a w oku lewym był rozległy wrzód z wypadniętą tęczęwką i soczewką. Przy badaniu anatomicznem wyluszczonego oka prawego znaleziono gąsienicę także w ciele szklistem. Badanie zoologiczne stwierdziło gąsienicę plujki (*Callifera vomitoria*).

Nr 13 i 14.

O zaburzeniach ocznych w obszarze nerwu trójdzielnego i ich znaczeniu rozpoznawczem, z szczególnem uwzględnieniem odruchu rogówkowego (Ueber Störungen im Augengebiet des Trigemini, speziell des Cornealreflexes und ihre diagnostische Verwertung). K e m p n e r.

Praca powyższa opartą jest na spostrzeżeniach dokonanych w klinice psychiatrycznej i chorób nerwowych prof. Zichene w Charité. Po krótkich uwagach anatomicznych przytacza K. zasadniczy podział odruchów ocznych: odruch rogówkowo-spojówkowy, powodujący zamykanie powiek, odruch rogówkowo-szczękowy, opisany przez Söldera w r. 1902, a polegający na równoczesnym skurczu mięśnia skrzydłowego wewnętrznego po stronie zadrażnionej rogówki i przesunięciu szczęki w stronę przeciwną oraz odruchowe wydzielanie łez i silniejsze napełnienie naczyń przy drażnieniu przedniej części gałki ocznej. Następnie streszcza autor dotychczasowe doświadczenia kliniczne i przystępuje do omówienia własnych badań.

Metoda, którą K. posługuje się przy badaniu odruchu rogówkowego i wrażliwości rogówki i spojówki różni się nieco od ogólnie przyjętego sposobu badania przez bezpośrednie dotykanie rogówki główką od szpilki (*Tupfreflex*). Bodziec ten bowiem jest dość znaczny i zdarzyć się może, że przy silnym dotyku i utrzymanej wrażliwości rogówki, chory dowolnie oko przyniknie, nawet przy braku właściwego odruchu rogówkowego.

Autór używał metody łagodniejszej, polegającej na delikatnem przesuwaniu główki od szpilki, od spojówki twardówkowej na rogówkę (*Streichreflex*), podczas gdy chorey spogląda równocześnie ku górze. Bodziec ten jest słabszy i nie powoduje dowolnego zamknięcia powiek. Często się zdarza, że już przy 2 lub 3 zadrażnieniu odruch staje się słabszy lub całkowicie ustaje, dlatego też między jednym a drugim zadrażnieniem upłynąć powinno kilka minut. Należy również zwrócić uwagę na to, by przy wywoływaniu odruchu nie dotykać części źrenicznej rogówki. Jeśli się bowiem drażni na drodze nerwu trójdzielnego i twarzowego, lecz obok niego także odruch na drodze nerwu wzrokowego i twarzowego (*Opticus-facialis Reflex*). Wreszcie trzeba uważać na to, by chorey przy badaniu dowolnie odruchu nie hamował, co łatwo może mieć miejsce przy odruchu spojówkowym. Spojówka powiekowa daje częściej powód do odruchu, podczas gdy spojówka gałkowa posiada mniej wrażliwych elementów nerwowych.

Spostrzeżenia autora obejmują 350 przypadków chorób organicznych układu nerwowego i 400 przypadków nerwic czynnościowych. Z tej znacznej liczby badanych chorych tylko u 82 (55 chorób organicznych, 27 nerwic czynnościowych) można było zauważyć pewne zбочenia, które dadzą się ugrupować w następujący sposób:

I. Całkowity jednostronny brak odruchu rogówkowego *a)* bez zaburzeń w czuciu u 2 chorych, *b)* z zaburzeniami w czuciu u 9.

II. Całkowity obustronny brak odruchów — tylko w 3 przypadkach.

III. Jednostronne obniżenie odruchu rogówkowego z zaburzeniami w czuciu lub bez — w 27 przypadkach, z których tylko 3 w hysterii.

IV. Obustronne obniżenie odruchów — bez zaburzeń w czuciu 14 razy w chorobach organicznych, 11 w hysterii i 2 przypadki z zaburzeniami w czuciu.

V. Czysto czuciowe zaburzenia nerwu trójdzielnego w 3 przypadkach chorób organicznych, a 7 w hysterii.

Ogółem znalazł więc K. jednostronne zniesienie lub obniżenie odruchu rogówkowego 32 razy (26 przypadków org., 6 hist.), obustronne zaś w 31 przypadkach, wśród których tylko dwa z chorobami organicznymi.

Na podstawie tych badań stara się K. określić dane dla rozpoznania różniczkowego między organicznym zaburzeniem odruchów a czynnościowym: *a)* organiczne zaburzenie odruchu jest najczę-

ściej jednostronnem, połączone z zaburzeniami w czuciu i bardzo często jest zmianą chorobową postępującą, b) czynnościowe zaś zaburzenie odruchu jest przeważnie obustronne, bez zaburzeń w czuciu, nie jest postępujące, a podlega tylko nieokreślonym wahaniom.

Odruch Söldera znalazł K. na 600 badanych przypadków tylko 11 razy, nie przypisuje mu więc żadnego znaczenia rozpoznawczego.

Contrib. f. pr. Aghk. 1906. Z. 2. (Ref. Dr. L. Gruder).

Dalsze doświadczenia z preparatami srebra Credégo w chorobach ocznych (Ueber die Credé'sche Silbertherapie bei Augenkrankheiten; weitere Mitteilungen). Dr Meyer w Tsintau

Autor robił liczne doświadczenia nad zastosowaniem itrołu i kollargolu w okulistyce. Podczas gdy itrol używany w proszku, nie znosi powietrza, ani wilgoci i przy zapaleniach kataralnych nie daje korzystnych wyników, a prócz tego jest bardzo bolesnym, rozczyn kollargolu 5% daje doskonałe wyniki przy wszelkich stanach zapalnych oka. Co się tyczy śródżylnych zastrzykiwań kollargolu (doświadczenia przy ropnych zapaleniach ciała szklistego u królika), nie zdołał autor otrzymać stanowczych wyników dodatnich.

Nawroty krwotoków do oczodołu wskutek niedostatecznej krzepliwości krwi (Recidivirende Blutung in die Orbita infolge von mangelhafter Gerinnungsfähigkeit des Blutes). Dr Wagner w Darmstadt.

U dziecka anemicznego, 5letniego, rozpoznano torbiel (*Dermoidcyste*) na wewnętrznej części tylnej powierzchni dolnej powieki oka lewego. W narkozie wyłuszczone torbiel, podwiązawszy dostatecznie naczynia przedłużenia szypułkowego. Gojenie *per primam*.

Po 5 dniach silne obrzmienie obu, zwłaszcza dolnej powieki, trzeszcz gałki; rozpoznano wybroczynę do oczodołu pochodzenia żylnego. Gorączki ani zmian na razie nie było widać. Anamneza niedostateczna. Wziernikiem żadnych zmian nie było. Gdy w następnym dniu krwotok się bardziej wzmógł, zrobiono wcięcie w bliznie pierwotnej i wypuszczono przeszło łyżkę stołową gęstej, czarnej, nie ściętej krwi.

Po tygodniu znowu krwotok do powiek i oczodołu w znacznej mierze. Wstrzyknięto żelatynę (*Gelatina sterilisata pro injectione* 10% Merck), mianowicie jedenaście wstrzykiwań z 10 cm³. Wessanie krwi nastąpiło w krótkim czasie.

Po trzech miesiącach nawrót krwotoku; wstrzykiwanie żelatyny z tym samym dodatnim skutkiem.

Badanie torbiela, dokonane przez Hippa w Heidelbergu, wykazało torbiel o treści krwistej (*sanguinolenter Inhalt*). Mikroskopem widać było liczne ciała krwi, gęsto umieszczone. Barwika krwistego pochodzenia nie było.

Autor widzi przyczynę tych nawrotów krwotoków w niedostatecznej krzepliwości krwi, wskutek czego nie mogło nastąpić należyte zamknięcie naczyń w ścianach torbiela.

1906. Z. 3.

Przypadek mięsaka gruczołu łzowego i kilka uwag o autophagismus (Ein Fall von Tränenrüsensarkom, nebst einigen Bemerkungen über Autophagismus). Prof. Alex. Goldzieher w Peszcie.

Robotnica 42letnia spostrzega od półtora roku, że lewe oko wystaje bardziej od prawego. Przyczyny nie umiała podać.

L. oko stoi o 3—4 mm niżej i wystaje o jeden mm. Rogówka i środki łamiące prawidłowe. *Conjunctivitis chronica*, żyły siatkówki silnie skręcone, granice tarczy zatarte. Bystrość wzroku wynosiła leczenie palców na 1 m. Odpowiednio do górnego brzegu oczodołowego, w zewnętrznej jego połowie dawał się spostrzec nowotwór, wielkości orzecha, dokładnie odgraniczony, twardy, płaski, mało się poruszać dający, a miejscami zrosnięty ze ścianą oczodołu. Skórę można było ponad nowotworem wolno przesunąć. Ruchy gałki ku górze i zewnątrz znacznie utrudnione.

Rozchodziło się o rozróżnienie między nowotworem gruczołu łzowego a sprawą okostnową. Za tuberkulozę lub kiłę nie przemawiało; rozpoznano więc nowotwór gruczołu łzowego.

Cięcie przez górną powiekę, 3 cm szerokie, wyjęcie nowotworu. *Exophthalmus* i *ptosis* polepszyły się znacznie po dwóch tygodniach. Bystrość wzroku podniosła się na leczenie palców na odległość 3 m.

Mikroskopijne badanie wykazało typowy obraz drobnokomórkowego mięsaka z różnokształtem jąder komórkowych (*Polymorphismus der Zellkerne*).

Wewnątrz masy mięsaka dawały się przy lekkim powiększeniu spostrzegać utwory różnej wielkości. Przy silniejszym natomiast powiększeniu rozpoznawano te utwory jako wielkie komórki, z bładą, źle się zabarwiającą pierwszczą, w różnym stopniu rozwoju i przejścia. Chodzi tu o komórki natury fagocytarnej, które

pochłaniają sąsiednie, do życia mniej zdolne komórki, pozostawiając poszczególnie, nie dające się strawić resztki ich.

Nerwiak kędzierzasty a wodooce (Ranken-Neurom und Hydrophthalmus). Dr Ludwik Rosenmeyer w Frankfurcie. — (Beiträge zur Augenheilkunde Z. 27).

U noworodka lewa górna powieka była grubszą i szerszą. Po pół roku nowotwór objął okolicę skroniową. Od trzeciego roku zwiększał się nowotwór szybko; gałka zmieniła swe pierwotne miejsce. Przy operacyi (Krönlein) pokazało się, iż nowotwór umiejscowiony jest przeważnie w powiece; cienkie, twarde, sznurowate resztki, ciągnące do oczodołu w głąb, wypreparowano i wyjęto. Gałka wróciła na pierwotne swe miejsce, a górna powieka odzyskała lepszy wygląd.

Nowotwór rozpoznano jako *neurofibroma*.

W piątym roku życia był następujący stan dziecka: Asymetrya twarzy, spowodowana nowotworem, sięgającym od lewej górnej powieki przez skroń na całą lewą twarz. Lewa strona nosa i usza tejże strony stoją niżej. Nowotwór nie jest bolesny, nie daje się zmniejszyć przez ucisk, a w dotknięciu jest mięsisty.

Lewa powieka górna przykrywa górną połowę rogówki. Gałka zwiększona, również zwiększoną jest rogówka, granica rogówko-twardówkowa wydęta, naczyniówka prześwieca przez cienką twardówkę niebieskawą barwą. Komora przednia głęboka, źrenica szeroka, nie oddziaływa na światło. Soczewka ma delikatne, punkcikowate męty. Ciało szkliste czyste; na tarczy nie ma wgłębienia. Rozp.: *Hydrophthalmus*.

Sachs alber pierwszy wskazał na związek obu tych chorób, t. j. (*Hydrophthalmus* i *Rankenneurom*).

Deutsche med. Wchschrift. 1906. Nr 2. (Ref. Dr W. Reis).

O leczeniu jaglicy promieniami radu (Zur Radiumbehandlung des Trachoms). Jacoby.

W kilkunastu przypadkach jaglicy, leczonych promieniami radu nie zauważył autor pomyslnych wyników, wychwalanych przed rokiem przez Cohna w czasopismach lekarskich. Autor poddawał leczeniu promieniami radu zawsze tylko jedno oko (i to z lżejszemi zmianami chorobowemi), stosując równocześnie dla porównania na oku drugim dotychczasowy sposób leczenia. Wyniki doświadczeń autora są następujące: Promienie radu zdają się wywierać jakiś

wpływ na jaglicę, nie jest jednak udowodnionem, czy wpływ ten nie zależy od innych czynników ubocznych. Być może, że nie pozostaje bez wpływu na mieszki jaglicze lekkie mięsienie, wywołane dotykaniem się rurki szklanej, w której rad jest zawarty, lub też przekrwienie spojówki, wystawionej przez 10 do 15 minut na działanie powietrza (podobnie jak gruzelki otrzewnej często ulegają wessaniu po otwarciu jany brzusznej). Wyniki lecznicze osiągnięte radem są nieznaczne w porównaniu z leczeniem mechanicznem i dotychczasowemi lekami. Przez stosowanie radu traci się w każdym razie na czasie; odwlekanie zaś szybszego i skuteczniejszego sposobu leczenia wyrządza wprost bezpośrednią szkodę w przypadkach jaglicy postępującej.

Więstnik Oftalmologii. Listopad — Grudzień 1905. (Ref. Dr Matusewicz).

Stosunek niektórych tkanek oka do jadu wścieklizny (Otnoszenje k robiezeskomu jadu niekatorych tkaniej głaza). Pryw. doc. Orłow (Kazań).

Autor znalazł jad wścieklizny w siatkówce, w nerwie ocznym i w ciałku szklistem, zaszczepianie bowiem tych części oka z chorego zwierzęcia wywołuje u królika i morskiej świnki typowy napad wodowstrętu. Nicolas i Courmont dowiedli już poprzednio, że i ciecz wodna jad zawiera.

Niektóre tkanki oka doznają pod wpływem jadu zmian, które bez wątpienia naruszają czynność wzrokową. Szczególniej zmienione okazują się komórki nerwowe w siatkówce i wewnętrzna warstwa jądrowa. Dwie zmiany również dotyczą ścianki naczyń krwionośnych. Wskutek zachorzenia naczyńiówki ulegają również chorobowym zmianom pręciki i czopki. Zmiany patologiczne komórek można odnieść do zwyrodnienia po części białkowego, po części tłuszczowego. Tworzą się przy tem wakuole. Obrzęk siatkówki wywołany jest po części zmianą w ściankach naczyń, po części wprost działaniem jadu wodowstrętu.

Pole widzenia przy zezie towarzyszącym (Pole zrenja pri sodružestwiennom kozogłazii). M. N. Błażowski (Moskwa).

Z badań, dokonanych w tym przedmiocie, autor wyciąga następujące wnioski:

1. Zwiężenia pola widzenia na oku zezującym należy odnieść

do amblyopii, lub zmian chorobowych na oku, nie należy zaś stawiać ich w zależności prostej od samego zezia. Pole widzenia obuoczne zsumowane, jest rozszerzone. Rozszerzenie w zezie zbieżnym wynosi od 10—40°.

Styczeń—Luty 1906.

Stan jamy nosa przy chorobach dróg łzowych (Sostojnje połostiej nosa pri zabołewanji slezoprowodiaszczych putiej). A. J. Maslennikow z Moskwy.

Antor poddał ścisłemu badaniu nosa przez specjalistów chorych, zgłaszających się do kliniki z chorobami dróg łzowych.

Na 115 przypadków jamy nosowe okazały się prawidłowemi w 14 — z tych tylko 2 chorych cierpiało na cięższą postać *dacryocystoblennorrhoea i ectasia sacci*.

U 8 stwierdzono skrzywienie przegrody nosa, u jednego tylko cierpienie dróg łzowych obustronne, u reszty zajęty był woreczek łzowy względnie kanał po stronie skrzywienia.

Dalszą grupę 8 chorych — miało *rhinitis catarrhalis chronica*. Najlicniejsza grupa 42 — cierpiała na *rhinitis hypertrophica*. 16 z chorych podkreśla tę okoliczność, że przed zachorowaniem na oczy, cierpiały oddawna na nieżyt nosa.

12 dotkniętych było *rhinitis atrophicans*. 6 długo przed łzawieniem cierpiało na nieżyt nosa.

Ozaczna stwierdzono u 12 — u 8 długotrwały nieżyt poprzedził objawy łzawienia.

Polipy znaleziono u 4 chorych. 9 cierpiało na zmiany w bocznych jamach nosa, przyczem u 7 jednostronne cierpienie dróg łzowych odpowiadało położeniem dotkniętej chorobą jamie. U 6 wreszcie znaleziono luetyczne zmiany. Wogóle na 115 chorych stwierdzono niewątpliwą kiłę u 16, bądź nabytą, bądź też dziedziczną, co do 6 było podejrzenie. Dla praktyka wynika stąd wniosek, że tam, gdzie cierpienie nosa jest trudno lub zgoła nieuleczalne, najpewniej przy zajęciu dróg łzowych przez usunięcie woreczka łzowego ochronić oko od niebezpiecznego sąsiedztwa.

Zaczma wskutek rażenia piorunem (Katarakta ot udara motini). Dr Ginsburg, Woroneż.

Przypadek opisany przez autora jest 25tym w literaturze. Zaczma dotyczyła obu ocz i umiejscowiona była w przedniej torebce i w korze, był też częściowy zanik nerwu ocznego z ograniczeniem pola widzenia. Chory doznał rażenia piorunem, gdy się schronił podczas burzy pod dach arby, t. j. wozu pokrytego budką z blachy.

Przez 3 tygodnie cierpiał na nadzwyczaj silny światłowstręt, który znikł stopniowo. Pogorszenie wzroku pozostało bez zmiany w ciągu lat 16, po upływie których autor oglądał pacyenta.

Przeglądając literaturę, liczącą się doświadczeń w tej kwestyi, autor dochodzi do wniosku, że tworzenie się zaćmy zależy od działania promieni fioletowych, działających niszcząco na nabłonek torebki i ciała rzeszkowego.

Raki powiek. Operacja czy radioterapia? (Les épithélioma des paupières. Opération ou radiothérapie?). Troussseau. — *Annales d'oculistique*. 1906 Nr 1.

Już w r. 1896 opisał autor szereg operowanych przez siebie przypadków raka powiekowego, w których przez przeciąg trzech do ośmiu lat nie przyszło do nawrotu. Do tej pory zebrał on nowe własne spostrzeżenia, gdzie pomyślny wynik operacji utrzymywał się przez 6, 8, 10 a nawet 12 lat. Na podstawie tego osobistego doświadczenia nie podziela T. pesymizmu znacznej liczby autorów, co do rokowania w przypadkach raka skór nego powiek. Wobec bardzo małej skłonności do przerzutów i wyjątkowego tylko zajęcia gruczołów sąsiednich, można, przy dokładnie wykonanej operacji (byłe nie zapóźno podjętej), spodziewać się trwałego wyzdrowienia, a i kosmetyczny wynik bywa niejednokrotnie zadowalniający. Są znane wprawdzie przypadki, w których udaje się sprowadzić zupełnie zabliznienie owrzodzeń rakowych, bez operacji plastycznej, a tylko zapomocą wyskrobania, kauteryzacji, pasty arsenikalnej, chloranu potasowego itd. Autor sam podobny przypadek niedawno ogłosił*). Zwyczajnie chodzi tu jednak albo o łagodniejsze postaci raka, albo o zmiany na skórze powiek, o których złośliwości nie przekonano się dostatecznie. Najczęściej zresztą wszystkie te zachowawcze sposoby leczenia nie chronią przed nawrotem choroby. W ostatnich czasach bardzo szerokie zastosowanie zyskała radioterapia, która istotnie daje nieraz zadziwiająco pomyślne wyniki doraźne i cieszy się wielkimi względami u chorych, obawiających się noża. Autor na podstawie własnego doświadczenia nie może, jak dotąd, uznać wyższości radioterapii nad zabiegami krwawym. Nie przesądza, czy nie wypadnie mu zmienić zdania, gdy zostaną wydoskonalone metody zastosowania promieni X, lub promieni radu i gdy wskazania do ich użycia zostaną ściślej określone. Tymcza-

*) *Por. Postępowanie Okulist.* 1905. Nr 3, str. 124.

sem. używając radioterapii, miał sposobność w niejednym przypadku przekonać się, że pomyślny skutek doraźny zbyt często nie jest trwałą: bądź to po krótkim czasie owrzodzenie pojawia się na nowo, bądź też, co gorsza, pod pięknie wygładzoną blizną wytwarzają się głębokie nacieki nowotworowe, zajmujące czyto kostny brzoż oczodołu, czy chrząstkę powiekową, czy nawet głębsze tkanki pozagalkowe. Nadto widział on przypadki, w których działanie promieni Roentgena stanowiło najwyraźniej bodziec do tem szybszego rozrostu nowotworu. U pewnego wieśniaka, który miał obie powieki zajęte powierzchownymi owrzodzeniami rakowemi, i gdzie, gdyby nie opór chorego, możnaby było wykonać plastykę z widokami powodzenia, trzykrotne naświetlenie promieniami X wywołało bardzo znaczną *lymphangoitis carcinomatosa* i zajęcie gruczołu, a we dwa miesiące chory umarł z przerzutów. Autor nie wyrzeka się wprawdzie dalszych oględnych prób z radioterapią, ale z drugiej strony przykłady takie, jak powyższy, nakazują mu, gdzie tylko można, dawać pierwszeństwo operacyi krwawej. —

K. W. Majewski.

Ochrona gałki ocznej przy leczeniu promieniami Roentgena części sąsiednich (La protection de l'oeil dans le traitement radiothérapique des parties voisines de cet organe). Van Duyse i De Nobele. — Rev. gén. d'ophtalmologie Nr 1. R. 1906.

Przy coraz szerszem zastosowaniu radioterapii często bardzo przychodzi leczyć zapomocą naświetlań zmiany chorobowe na skórze twarzy w najbliższem otoczeniu oka, a nawet na powiekach. Zwłaszcza wilk twarzy, szerząc się, niejednokrotnie zbliża się czyto od nosa, czy od policzka ku oku. Na samych powiekach, przedewszystkiem rak skóry bywa najeczęściej przedmiotem leczenia promieniami Roentgena lub Becquerela. We wszystkich tych razach wielce zależy na tem, aby uchronić gałkę od szkodliwego wpływu tych promieni. Birch-Hirschfeld wykazał mianowicie, że promienie X zastosowane w takim natężeniu, jakiego wymaga leczenie zmian na skórze, są w stanie wywołać mięszkowe zapalenie rogówki, *iritis*, *cyclitis*, a nawet zanik nerwu wzrokowego. Zmiany te występują dopiero w pewien czas (mniej więcej we dwa tygodnie) po ostatniej irradyaeyi. Dla zapobieżenia tym niebezpiecznym powikłaniom używa się dotąd zazwyczaj płytek lub nakrywek ołowianych, które jednak nie zawsze przylegają dość szczelnie i nie usuwają w zupełności niebezpieczeństwa. Dlatego to

autorowie zwrócili się do firmy braci Müllerów we Wiesbaden, która dostarczyła im muszlelek ochronnych, dających się na podobieństwo oczu sztucznych zakładać pod powieki bezpośrednio na znieczuloną zapomocą kokainy i adrenaliny gałkę oczną. Muszelki te o gładkich zaokrąglonych brzegach zostały wykonane z różnych materiałów, nie przepuszczających promieni Roentgena i tak: 1) z różnych emalii zaprawionych tlenkami metali, 2) z porcelany, zawierającej blaszki ołowiu. 3) Z pewnego rodzaju emalii, zwanej emalią paryską. 4) Ze szkła ołowiowego, wyrabianego przez firmę Gundelach w Turynii. Autorowie poddali szczegółowym badaniom próbki wymienionych materiałów i przekonali się, że z wyjątkiem emalii paryskiej, wszystkie inne nie odpowiadały celowi, bo albo ze względu na cienkość muszelki, albo z powodu nierównomiernego rozmieszczenia części metalicznych nie pochłaniają w zupełności promieni Roentgena. Muszelki z emalii paryskiej czynią natomiast zadość temu wymaganiu i chorzy dobrze je znoszą. Po założeniu na gałkę oczną takiej ochronnej pokrywki można bez obawy nie tylko części okalające oko, nie tylko skórę powiek, ale nawet spojówkę powiek i załamek, naświetlać, jak długo potrzeba.

Leczenie niektórych postaci zakaźnego zapalenia spojówki zapomocą maści żółtej (Traitement de certaines conjonctivites infectieuses par la pommade jaune). H. Frenkel. — Rév. gén. d'ophth. 1906. Nr 1.

Przy leczeniu przeważnej części zapaleń spojówki obowiązują już dziś pewne ogólnie przyjęte i utarte prawidła, od których niewiele tylko praktyków odstępuje. Odnosi się to przedewszystkiem do najczęstszych, codziennych przypadków, jak *conjunctivitis catarrhalis*, *conj. phlyctenulosa*, *follicularis*, *bleuorrhoeica* lub tak określonych, choć rzadszych, jak *conj. diphtheritica*, *crouposa*, *gonorrhoeica adultorum etc.* Ale oprócz tego istnieją pewne postacie ostrych lub podostrych zapaleń spojówki, które wyodrębniono w ostatnich czasach pod względem bakteryologicznym, i które wymagają odrębnego leczenia. I tak rozróżniamy dziś jako osobne jednostki chorobowe zapalenia spojówek, wywołane przez prątki Weeks'a, prątki dwoiste Morax'a, prątki Pfeiffera pneumokoki, streptokoki, prątki Friedländera, a niedawno Poulard wyosobnił *conjunctivitis* zależną wyłącznie od gronkowców. Wobec tej różnorodności etyologicznej i leczenie nie może być w tych wszystkich przypadkach jednakie.

Autor w 18 przypadkach ostrego, względnie podostrego zapalenia spojówki, gdzie badanie bakteryologiczne wykazało bądź to

prutki Wecksa, bądź też prutki dwoiste Mora'xa, przekonał się, że ani klasyczny azotan srebra, ani też nowsze środki, mające go zastąpić, jak protargol i argyrol nie prowadziły do celu. Użył zatem za przykładem pani Erniot i Dra Katza żółtej maści Pagenstechera, która szybko zmniejszała wydzielinę i usuwała inne objawy zapalne, prowadząc w krótkim czasie do wyleczenia.

K. W. Majewski.

III. Z TOWARZYSTW.

Moskiewskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Zastosowanie radium w 2 przypadkach raka. Dr Prawosud z Moskwy.

Referent robił doświadczenia z 10 mmgr. bromku radium. 1 przypadek, stwierdzone drobnowidowo *epithelioma* na powiece u 61-letniej wieśniaczki. 13 posiedzeń, z których najkrótsze trwało $3\frac{1}{2}$ — najdłuższe zaś $5\frac{1}{2}$ godziny, wystarczyło do zupełnego uleczenia, na miejscu nowotworu wytworzyła się delikatna bliznowata tkanka. Stosował radium referent w następujący sposób, że na otaczające zdrowe tkanki zakładał 10 arkusików ołowianego papieru, (ilość ta określa się dla każdej ilości radium doświadczalnie, przeświecając na ekranie). W tej warstwie ołowiu wycięte było okienko wielkości dotkniętego chorobą miejsca i na nie przykładano się rurkę z radium, poczem wszystko przytwierdzało się opaską.

Zadnych przykrości chorego nie doznawała oprócz lekkiego szczypania podczas dłuższych posiedzeń. W drugim przypadku, *adenocarcinoma sacci lacrymalis*, głębokim raku, który uznano za *casus inoperabilis*, leczenie radium (zakładano go do jamy rany) nie dało żadnych wyników, a nawet zdawało się, że pod wpływem radium rak szybciej się rozpada.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. prof. Baas w Fryburgu powołany został na lekarza naczelnego kliniki ocznej w szpitalu św. Wincentego w Karlsruhe na miejsce zmarłego Dra Gelpke.

Dr J. W. Stirling w Montreal mianowany prof. okulistyki przy Mc. Gill. University.

V. KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Kol. S. w M. Czytaliśmy i dziwimy się. W piśmie specjalnej gałęzi nauki lek. poświęconem trudno prowadzić rozprawy lingwistyczne. Cenzor »Krytyki«, który w »Słowniku lekarskim« niemal ewangelii uznaje powagę i nam się zawsze powołuje, zaminając, że i tam następne wydanie niejedne usterki winno ustunąć, smać nie przypuszcza, by inteligentny czytelnik mógł się domyślić, jak on sam się słusznie domyślił, że »blony soczewkowe« w oku, którego przedni odcinek silnym uległ zmianom, oznaczać mają i mogą, i torebkę i pozostałości soczewkowe i wysiękowe, krytykuje usterki inne, które w pośpiechu lub przez pomyłkę wciśnęły się referentowi pod pióro, jak np. nerw oczny zamiast wzrokowy; rozumie się również samo przez się, że inny znów referent miał na myśli »przednią część jamy czaszkowej« a nie przednią jamę. Pomyłki te i podobne, które niestety nawet przy korekcie uchodzą niekiedy naszej uwagi, wskazywane przez życzliwego cenzora chętnie umieszczalibyśmy w rubryce »Errata«, byle wcześniej nam były podawane, ale polemiki z tego powodu prowadzić ani ochoty ani czasu nie mamy.

Że o czystość języka dbać jest naszym obowiązkiem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, a również pewnem, że zawsze go spełniać jest naszym stałym zamiarem — ale nie bawmy się w drobnostki, wytykając mimowolne uchybienia, napisane w pośpiechu lub przy korekcie nie uwzględnione należycie, uchybienia, które umiejętny czytelnik sam łatwo wynajdzie, a w rozumieniu treści nie dozna najmniejszej przeszkody.

Krytyce ulegać mogą i powinny wyrazy dowolnie przez autorów tworzone i konsekwentnie używane.

Redakcyja zaś poszczególnego pisma, zdaniem naszym, powinna pod tym względem pozostawić autorom swobodę, ale i zupełną odpowiedzialność. Takim zawsze było i jest nasze stanowisko.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

DR. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

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

Czerwiec
Lipiec

—••• ROKNIK ÓSMY —•••

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Zranienie rogówki żądłem pszczoły.

Podał

DR. STEFAN BOLESŁAW ŁUNIEWSKI,

okulista w Kołomyi.

Znane i dość licznie opisane są uszkodzenia oka spowodowane przez owady, czy to przez wpadnięcie całego owadu do worka spojówkowego, czy też jego części, jak skrzydełek, włosków, lub też przez dostanie się jego wydzielin, względnie jadu. Następstwa takich uszkodzeń są mniej lub więcej wybitne, zazwyczaj jednakże ograniczają się do worka spojówkowego i jeżeli nie zajmują innych części oka, bez leczenia, a względnie bez udawania się chorych po poradę lekarską — ustępują.

Ze względu na groźniejsze zajęcie oka, większe pojęcie wśród okulistów wywołało zapalenie spowodowane włoskami gąsienic, nazwane przez Sämisch'a *ophthalmia nodosa*. Cierpienie to według Hanke'go uważać należy za przewle-

kłe, w przebiegu którego występują naprzemian to pogorszenia, to polepszenia. W przypadkach, w których odrazu nie da się wykryć włosków, przebieg z początku nie przedstawia nic znamiennego; dopiero po dwóch najwcześniej tygodniach tworzą się guzkowate nacieki bądźto na spojówce, rogówce lub tęczówce, zależnie od tego, w którą część oka dostały się włoski gąsienicy.

Czy działanie włosków, wywołujące zapalenie jest czysto mechaniczne, czy równocześnie odgrywa tu rolę jakaś istota jadowita zawarta w tych włosach — pytanie to do dziś dnia nie jest stanowczo rozstrzygnięte.

Pewne podobieństwo do urazu, a przecież znaczna różnica w szeregu objawów, skłania mię do ogłoszenia spostrzeganego a tak rzadkiego przypadku, jakim jest bezsprzecznie zranienie rogówki żądłem pszczoły. W dotyczącej literaturze prawie z trudem przypadki takie wyszukać można, to też jako dalszy przyczynek do kazuistyki zranień rogówki pozwałam sobie leczony w zeszłym roku przezemnie przypadek podać do publicznej wiadomości.

Dnia 27 września zgłosił się do mnie Nykoła Korbutiak, lat 17, parobek z Baliniec, podając zaraz na wstępie, że został »ukąszony« w oko przez pszczołę. Zapytany o bliższe szczegóły, opowiedział, co następuje:

Poprzedniego dnia po zachodzie słońca poszedł do pasieki, aby koło jednego z ulów coś naprawić. Podczas tej czynności wpadła mu do oka prawego pszczoła, którą odruchowo natychmiast chwycił i wyjął z pomiędzy powiek. Po chwili jednak poczuł, że mu coś w oku zawadza, że go kłuje, a oko silnie zaczyna łzawić. Czem prędzej więc poszedł do chaty i opowiedziawszy przypadek rodzinie, poprosił brata, by mu do oka zaglądnął. Brat, jak podaje chory, miał mu palcami wyjąć ze środka oka sterczący kawałek żądła. Mimo tego czuł dość przykry ból w oku i z tego powodu przez całą noc robił sobie zinnne okłady. Mimo tego ból nie usławał, lecz owszem rozprzestrzenił się na całą prawie połowę głowy. Skoro świt, udał się do Kołomyi i zgłosił się do mnie. Na pyta-

nie, co mu obecnie najbardziej dolega, odpowiedział, że czuje ból całego oka prawego — ma uczucie, jakby ono było większe, razi go światło, obok tego boli pół głowy, jakoteż cała prawa strona twarzy tak, jak przy bólu zębów.

Stan obecny: Pr. O. Skóra powieki dolnej i okolicy woreczka łzowego lekko obrzmiała. Górna powieka nieco opadnięta, wskutek czego szpara niższa o $3^m/m$ od szpary oka lewego. Oko dość silnie łzawi i okazuje dość znacznego stopnia światłowstręt. Spojówka powiekowa, jakoteż i gałkowa nieznacznie przekrwione. Naokoło rogówki nastrzyknięcie rzęskowe wyraźne. Na rogówce, górą i bokami prawie przezroczystej $1/2^m/m$, poniżej środka tarczowate zaćmienie, szare, wielkości główki od szpilki ($1\frac{1}{2}^m/m$ średnicy), o brzegach regularnych, ale więcej biało zaznaczonych. Przednia komórka prawidłowo głęboka, na dnie hypopyon $1/2^m/m$ wysokie. Tęczówka silnie przekrwiona. Żrenica wązka, na światło nie oddziaływa. Wz. pro = 4 mtr. Przy oświetleniu bocznem, patrząc przez lupę, widzi się, że cała ta szara tarcza lekko wystaje, od niej zaś we wszystkich kierunkach biegną promieniste powierzchowne szarawe smugi. Całe zaś zaćmienie w odstępnie $1^m/m$ okała dookoła pierścieni zagnięzionego i lekko obrzmiałego przybliżonka rogówkowego. Przypatrzywszy się uważniej, widać w środku zaćmionej tarczy punkcik brunatny, a przez lupę można zauważyć, że jest to obce ciało, które tworząc brunatną linijkę, biegnie skośnie ku zewnątrz i ku górze w głąb rogówki.

Rozpoznawszy więc na pewne obce ciało, czyli inaczej koniec odłamanej żądła, przystąpiłem po znieczuleniu oka 2% kokainą do wyjęcia białego kawałeczka. Ponieważ jednak najdelikatniejszymi szczypczykami nie udało mi się uchwycić — wykruszyłem je dłutkiem do ciał obcych. Następnie opłukałem 2% roztworem kwasu borowego, zapuściłem kroplę ASC, założyłem nieco maści kseroformowej i opaskę półnokną. Choćremu zaś poleciłem albo udać się do szpitala, albo codziennie przychodzić do wizyty, z czego wybrał to drugie.

Dnia następnego 28/9 st. ob. Wydzielina śluzowa, mierna. Spoj. gałkowa nieco więcej nastrzyknięta. Na rogówce tarczow-

wate zmętnienie nie powiększyło się, tylko więcej wysyczone; naokoło tej tarczy pierścień prawie zupełnie przezroczystej rogówki szeroki na jakie $1 \frac{m}{m}$, poza nim drugi pierścień zmętnionej rogówki $1 \frac{1}{2} \frac{m}{m}$ szeroki. W przedniej komorze hypopyon $1 \frac{m}{m}$ wysokie; źrenica rozszerzona maksymalnie, regularna. Chory nie skarży się na żaden ból, spał dobrze. Zapusciałem *ASC, Dionin, Ung. Xerofor*, Opaska.

29/9. Obrzęk powieki dolnej ustąpił. Oko jeszcze nastrzyknięte. Naciek w rogówce nieco mniej nasycony — jak również i okalający go pierścień; zresztą powierzchnia rogówki łśni i gładka. Źrenica szeroka, regularna. Hypopyon ledwo ślad. Bólów niema. *Therapia eadem*.

30/9. Oko znacznie mniej nastrzyknięte. Zmętnienie o wiele słabsze. Hypopyon niema. Badanie wzroku wykazuje $\frac{5}{50}$.

3/10. Oko nieznacznie jeszcze nastrzyknięte; tarcza i pierścień zmętnionej rogówki znacznie mniej wyraźne; p. komórka prawidłowa. Źrenica rozszerzona. Chory swobodnie oko otwiera, czuje się zupełnie dobrze. Wz. po $\frac{5}{30}$. Ponieważ nie chciał więcej przychodzić, zapisałem mu do domu maść kseroformową i żółtego precypitatu \overline{aa} 1% , poleciwszy mu zgłosić się za miesiąc. Rzeczywiście po 6 tygodniach stawił się i wtedy mogłem — o ile zresztą oko prawidłowo wyglądało — w miejscu urazu zauważyć plamkę $1 \frac{m}{m}$ średnicy, której górny brzeg leżał w wysokości dolnego obwodu źrenicy. Wz. po $\frac{5}{15}$ — 10 . Szkł. nie popr. Sn. 1,5 czyta na 20 ctm.

Jak widzimy, opisane uszkodzenie oka, jakkolwiek nie przedstawiało bardzo groźnych dla oka objawów i stosunkowo szybko wyleczonem było, pozostawiło jednak znaczne i niezatarte ślady w postaci plamki, która wzrok w dość wysokim stopniu upośledziła, bezsprzecznie z powodu nieszczęśliwego zbiegu, że zranienie dotyczyło prawie środka rogówki.

Teraz z kolei musimy się zastanowić nad przyczyną, wywołującą objawy odczynowe po zranieniu oka. Bezwątpienia trzeba przyjąć dwa czynniki, a więc 1) przyczynę mechaniczną, t. j. zranienie i utkwienie obcego ciała, 2) przyczynę chemiczną, t. j. zadziałanie jadu, czyli kwasu mrówkowego.

Obie te przyczyny razem wzięte spowodowały ostre i szybko występujące objawy zapalne, utrzymujące się dłuższy czas, mimo usunięcia ciała obcego. Widocznem więc, że zadziałanie, a względnie sparzenie rogówki kwasem mrówkowym jako środkiem żrącym było ważniejszym i w skutkach swoich donioślejszem. Na karb także tego jadu policzyć trzeba i obrzmienie skóry powiek i ból, rozprzestrzeniający się na całą połowę głowy i twarzy.

W przypadku Purtschera, odczyn był znacznie silniejszy, gdyż, jak opisuje, przyszło do szybkiego i bardzo znacznego zapuchnienia całej połowy twarzy aż po szyję.

Do jakiego stopnia może być taki jad pszczoły lub osy niebezpiecznym, dowodzą przypadki, opisane przez Zander'a i Geissler'a: w jednym przyszło po kilku dniach do zejścia śmiertelnego wśród gorączki i utraty przytomności u człowieka, który przypadkowo wyrócił na siebie cały ul pszczoli i doznał licznych ukłuc na twarzy i powiekach. W drugim śmierć nastąpiła u chłopca w 10 minut po ukłuciu żądłem osy w okolicy gałązki nerwu nadoczodołowego, tuż nad wewnętrznym kącikiem. Z tego można sądzić, że jad ós jest silniejszy i niebezpieczniejszy od jadu pszczolego, wywołuje znacznie większe obrzmienie i zaognienie, mimo że żądło osy nie pozostaje w zadanej ranie. Tymczasem żądło pszczoły zakończone harpunowato, w przeważnej ilości przypadków nie mogąc być wyciągnięte, odrywa się od ciała pszczoły i pozostaje w ranie z całym przyrządem trującym.

Do najdawniejszych zapisków i spostrzeżeń uszkodzenia oka żądłem, należy przytoczony przez Zander'a i Geissler'a przypadek Kriega z r. 1842: Mężczyzna 60letni zgłasza się w 5 tygodni po doznaniem zranienia oka przez pszczołę, do leczenia. Bolesność oka bardzo znaczna, spojówka w stanie silnego przerostu, rogówka pokryta grubą łuszczką, tak, że uniemożliwia badanie dalszych części oka. W środku rogówki znajduje się małe nieco wystające brunatnawe miejsce, które przy dotykaniu przedstawiało pewien opór — jakby obcego ciała. Przy pomocy bardzo delikatnych szczypek, wyciągnięto

obce ciało, które niczem innym nie było, jak tylko dość długim żądłem pszczolem. Po kilku dniach ustąpiło zapalenie — rogówka zaczęła się wyjaśniać, odkrywając dość znaczne hypopyon, które po kilku tygodniach dopiero znikło. Niemniej były widoczne pozostałości po zapaleniu tęczówki w postaci tylnych przyczepin.

W przypadku Purtschera chory doznał urazu w oko prawe żądłem osy. Wystąpił natychmiast silny ból, który się na całą połowę twarzy rozpromieniał. Ból ten ustąpił na drugi dzień. Obok tego wystąpiło obrzmienie całej prawej połowy twarzy, szczególnie powiek i silne zaczerwienienie. Spojówka oka prawego była żywo nastrzyknięta szczególnie od strony wewnętrznej, od dołu znaczna *chemosis*. Rogówka w wewnętrznym i dolnym odcinku powierzchownie zmętniona, najsilniej bliżej środka. Od tego zmętnienia ciągnęły się promieniste smugi o różnem nasyceniu ku obwodowi i tam się gubiły. Odpowiednio do środkowego zmętnienia znajdował się okrągły, $3 \frac{m}{m}$ średnicy wynoszący ubytek przybliżonka z ostro zaznaczonym zagłębionym punkcikiem w środku. W przedniej komórce hypopyon $1 \frac{m}{m}$ wysokie; źrenica wolna i szersza od lewej.

Jak widzimy z obu szczegółowo przytoczonych przypadków, jako też i leczonego przezemnie, najwięcej znamionującemi i najwybitniejszymi były zmiany na rogówce. Podobieństwo zaś między moim przypadkiem a Purtscher'a leży w tem, że oba przedstawiają obraz świeżego urazu. To też ból rozchodzący się po całej połowie twarzy i głowy, opuchnięcie powiek, a szczególnie ograniczone zmętnienie rogówki, otaczające miejsce zranienia, jak również pewne podrażnienie tęczówki i ciała rzęskowego musimy uważać za kliniczne objawy świeżych urazów rogówki, zadanych żądłem pszczoły lub osy.

Literatura.

1. Hanke: Über Ophthalmia nodosa (Deutschmanns Beiträge zur Augenheilkunde 1898. Heft 23.
2. Zander und Geissler: Die Verletzungen des Auges, 1864.

3. Purtscher: Keratitis nach Wespenstich. Hirschbergs Zentralblatt f. prakt. Aghk.
4. Elschnig: Keratitis punctata superfic. Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1895.

Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchniowych obrażeń rogówkowych.

Podał

PROF. WICHERKIEWICZ.

Obrażenia oczu przez piorun nie należą, o ile dotychczasowa literatura kazuistyczna zatem przemawiać się zdaje, do zbyt częstych. Nie mam zamiaru w niniejszym artykule omówić rozmaitych możliwości takich obrażeń, zwłaszcza, że one zestawione są w znakomitem dziele *Prauna Die Verletzungen des Auges* (Wiesbaden 1899 Verl. Bergmann) na str. 433 i następnych, ale pragnąłbym zwrócić uwagę na przypadek bądźco bądź rzadki, tem bardziej, iż łatwo mogą ujść naszej uwadze obrażenia rogówkowe, korzystając zaś ze sposobności, nawiążę słów kilka o najwłaściwszem leczeniu takich i tym podobnych obrażeń rogówkowych wogóle.

Zacznę od opisanie wypadku, który jest powodem niniejszych uwag:

Podczas gwałtownej burzy, jaka szalała w dniu 17 maja b. r. prawie w całym Księstwie Cieszyńskiem, odbywał się w Koniakowie koło Cieszyna pogrzeb. Ponieważ czarne nadciągały chmury, pochowano szybko trupa, a następnie pastor Dr P. wygłosił mowę pogrzebową w kaplicy ementarnej. Wśród tego aktu uderza piorun w wieżę, dostaje się do wnętrza kaplicy i dokonuje ogromnego spustoszenia. Wszyscy obecni upadli ogłuszeni, 14 osób straciło życie, a 40 osób zostało mniej lub więcej porażonych. Pastor Dr P., który przybył do mnie w dniu 28 maja b. r., podając bliższe szczegóły

co do swej osoby, opowiada, że przemawiając przy stole, na którym znajdował się krzyż, stracił nagle przytomność, i dostał się pod ten stół, skąd go później, może w pół godziny, wyciągnęto. Odzyskawszy przytomność, uczył ucisk na czaszce »jak z ciężkiego snu«, nadto osłabienie kończyn, ciężkość powiek i warg. Przez kwadrans trudność mówienia, język miał zbaczać i twarz miała być nadętą i czerwoną przez dwie godziny. Wszystko jednak ustąpiło — tylko zapalenie obu oczu zwłaszcza prawego oka pozostało. Wzrok rzekomo nie ucierpiał, a głównie dolega silny ból, łzawienie, niemożność patrzenia i światłowstręt. Leczył się od pierwszej chwili: *coca*, okłady z wody ołowianej i *collyrium adstringens*, ale mimo środków zastosowanych stan oczu nie poprawia się.

Badając chorego 50l. dobrze zbudowanego, znalazłem następujący stan oczu:

Pro.: Powieki trochę nabrzmiące, czerwone, spojówka gałki a także powiek przekrwiona. Rogówka pozornie zdaje się być prawidłowa, przy bocznem jednak oświetleniu widać w górnej połowie lekkie zmętnienie. Zmętnienie to spowodowane przez drobne ubytki, odgranicza linia ukośnie przebiegająca, a poniżej tej linii jeszcze małe nieco większy ubytek. Ło. Stan spojówki podobny ale daleko słabszy, spojówka gałki górą trochę przekrwiona. Na rogówce zaledwo przez lupę widać kilka drobniutkich nabłonkowych ubytków.

Rozpoznano: *Laesio corneae superficialis, keratulia oc. utr. praecipue oc. dextra.*

O badaniu wzroku nie mogło być mowy z powodu silnej wrażliwości oczu.

Leczenie polegało na opłukaniu woreczków spojówkowych letnim kwasem borowym, na włożeniu do worka maści kokainowej 2%, a na brzeg maści thigenolowej i założeniu opaski ustalającej zwojowej. Po kilku godzinach jeszcze ból, lubo słabszy. Zdjąwszy opaskę, zastosowałem tesame środki i nową opaskę założyłem, przyjąwszy chorego do prywatnej kliniki.

Nazajutrz dowiedziałem się, że tenże od 12 dni po raz pierwszy dobrą miał noc, nie doznając już prawie żadnego bólu.

Oko znalazłem o wiele mniej podrażnionem, ale zawsze jeszcze kilka drobnych na prawej rogówce ubytków. Tesame zastosowaawszy środki, znowu obuoczną założyłem opaskę papierową, polecając pozostać w łóżku. Opaskę zmieniałem dwa razy dziennie. Chory wprawdzie zaznacza dn. 30/5, że jeszcze odczuwa lekką niedogodność w oku, co tłumaczyłem tem, że rogówka nie przedstawiała się zupełnie równą, ale bólu nie ma i czuje już wielką swobodę w porównaniu do dawniejszego stanu. Dla lepszego wyrównania ubytków zastosowałem teraz 5% maść dioninową i dałem zawsze jeszcze na oba oczy opaskę papierową uciskową. Wieczorem pomijając lekki nabieg spojówki jako pozostałość dioniny, znalazłem rogówkę gładką, lśniącą, równą. Zostawiłem więc chorego bez opaski, a nazajutrz dnia 31 maja nie było już śladu przebytych zmian ocznych z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia powiek. Badanie bystrości wzrokowej wykazało tamże u obu ocz 10/12 Mp. 4 Sn. 05 od 12 do 46 cm.

Wziernik nie odkrył żadnych ważniejszych zmian ani w ośrodkach, ani też na dnie oka.

Chory powrócił do siebie do zajęć zwykłych, a w dwa tygodnie później doniósł mi, że stan dobry utrzymuje się*).

Zachodzi pytanie, w jaki sposób obrażenie w przypadku powyższym przedstawione, przyjść mogło było do skutku?

Wiadomo, że obrażenia ciała naszego w czasie burzy dokonują się w ten sposób, iż piorun przez ciało przejdzie, albo wzdłuż niego do ziemi się dostaje. Ale nawet samo uderzenie w najbliższem sąsiedztwie ciała już zmiany pewne wywołać może. Silny wstrząs ciała, a w pierwszym razie nawet zadziaływanie termiczne daje powód do rozmaitych zmian. Naczynia krwionośne rozszerzają się, pękają, przychodzi do wynaczynienia. Widywano porażenia rozmaitych nerwów ocznych, spalenie rzęs, obrażenia rogówek, a nawet

*) W czasie korekty niniejszej pracy miałem raz jeszcze sposobność widzieć i badać byłego chorego i przekonać się, że żaden nie pozostał ślad cierpienia ani przedmiotowy ani podmiotowy.

zaćmy. Właśnie ostatnie najwięcej budzą ciekawości i dopuszczają rozmaity sposób tłumaczenia. Tłumaczenie biorące za podstawę wstrząs, a zatem podstawę urazową zdaje się być najwłaściwszem.

Obrażenie rogówki tak powierzchowne, iż mogło ujść baczności lekarza zwłaszcza nie dość wprawnego w badaniach tego rodzaju, nastąpiło może przez promienie pozafiołkowe chemicznie działającego silnego prądu elektrycznego. Niewątpliwie były one powodem spalenia nabłonka, które, jak i inne w takich przypadkach objawy oczne, dotyczyło obu ocz lubo właśnie po jednej stronie wybitniej.

Czy tu obrażenia te, jak w przypadkach wynaczynień skóry, miały postać dendrytyczną, nie udało mi się stwierdzić.

Chory przez dni prawie dwanaście dotkliwy miał ból i światłowstręt pochodzący od obrażenia rogówkowego. Pozbawiło go to snu, a we dnie pracować nie pozwalało, jednak prawie wcale, jak się zdaje, nie domyślano się związku przyczynowego tych objawów niewłaściwie przypuszczając wpływ prądu elektrycznego na nerw czuciowy, t. j. na gałęzie nerwu trójdzielnego.

Gdy obrażenia powierzchowne rogówki, jak każdemu z nas wiadomo, są zwykle bardzo dokuczliwe, a ciągłe poruszania powiek wzmoczone właśnie mruganiem zwrotnem, dają powód do strącania nabłonka świeżo odtworzonego, powstaje błędne koło, z którego trudno wyjść lekarzowi, a trudniej jeszcze i przykrzej choremu. A jednak sprawa jest dość prosta, byle celem zastosowania środków uprzytomnić sobie, że w pierwszej linii chodzi o unieruchomienie gałek obu na dni kilka, by ubytek mógł nowo wytworzonym pokryć się nabłonkiem, a tenże ustalić się. Aby chory mógł jednak znieść opaskę, trzeba mu oczywiście dawać odpowiedni środek kojący w postaci maści akoinowej albo kokainowej. Jeżeli ubytki są silniejsze, głębsze, wtenczas dionina niezmiernie przyczynia się do szybszego onych wypełnienia.

Tak zwane przez jednych autorów *traumatische recidivierende Erosion der Hornhaut* (Reuss), przez drugich *Dehiscenz*

des Hornhautepithels (Szili), a przezemnie powrotna urazowa nerwica rogówki »*recidivirende traumatische Hornhautneuralgie*«— (Wiener klin. Wochenschrift 1898, Nr 37), mając właśnie powód w obrażeniu nabłonka ciągle drażnionego przy niestosownym zachowaniu się chorego, a więcej jeszcze niestosownym leczeniu przewleka się i wiele sprawia chorym dolegliwości, podczas kiedy należyte leczenie chorobę w krótkim czasie usuwa.

Jako jeden z licznych przykładów szczęśliwie zwalczanych tych chorobowych zmian, niech mi wolno będzie przytoczyć następujący w roku ostatnim leczony przypadek:

Pan G. lat 45, aptekarz z S. przybył do mnie dn. 13/3 b. r. rano, podając, że przed 5 dniami prawe oko zaproszyło się. Uczuł silne zawadzanie. Nazajutrz lekarz usunął coś igłą z rogówki, ale od tego czasu więcej jeszcze i stale oko boli. U chorego zdenerwowanego znalazłem: Silne przekrwienie spojówki całej, a na rogówce ubytek nieregularny wielkości ziarna konopi. Otoczenie lekko zmętnione i wyniosłe. Ponieważ chory oświadczył, iż doznaje bardzo przykrego bólu, pozbawiającego go snu, dałem mu, oczyściwszy oko, maść kokainową, opaskę zwojową na oko dotknięte, nadto wewnętrznie heroinę. W sześć godzin później: znowu ból, stan oka niezmieniony. Leczenie: Suprarenina (skutek nie występuje).

11/3 po południu: Po zastosowaniu suprareniny i dioniny, ból ustał pod opaską obuoczną, ale około godziny 9 wieczorem dawał się znowu nieco we znaki. Po zdjęciu opaski, powieka górna przedstawia się nieco nabrzmiała, spojówki wygląd jeszcze niezmieniony, ale ubytek rogówkowy już w obwodowych częściach zgrubiałym, pokryty nabłonkiem, a tylko mała część środkowa jeszcze obnażona.

Suprarenina, dionina, opaska, ewent. na noc sulfonal.

14/3. Ból ustaje pod opaską na 4—6 godzin, miejsce obrażenia już się pokryło błonką wystającą, szarą.

Atrop. ung. thigen. na pro. opaska spirytusowa, lo. zwyczajna. 15/3. Pod wpływem opaski chory miał noc spokojną, dziś rano *monoculus*.

Wieczorem, gdy chory wyszedł z kliniki, doznał znowu bólu i to znacznego. Opaska jak wczoraj. 17/3. Rano pod opaską zupełnie dobrze, wrzodzik rogówkowy gładki, powstała plama nieznaczna. We dnie *monoculus*, na noc *binoculus*.

Odtąd stosowano jeszcze dalej tesane środki, a mianowicie zewnątrz na powieki maść 5% thigenolową, na noc maść dioninową i obuoczną opaskę papierową ustalającą.

Ostatnia jest w takich razach lepszą od zwojowej, która przy poruszeniach głowy przesuwa się i oko drażni. Chory już żadnego nie doznaje bólu, wogóle żadnych dolegliwości, a w tydzień po rozpoczęciu kuracyi tej, ubytek rogówkowy zagoił się, pozostawiając na razie plamkę powierzchowną. Żrenica ruchoma 6 mm szeroka a Wpro.: 5/5 cyl. — 1,5. 90 c. — 0,5. Sn. 0,5 c. plus 2:30. Włó. 5/5 Mp. 0,5. Sn. 0,5 c. plus 2:30. Ast. pro. 90°/41,5°. 43 Ast. lo. 90°/42, 0°/43.

Na podstawie doświadczeń wieloletnich doszedłem więc do przekonania, iż do skutecznego zwalczania tych obrażeń rogówkowych spowodowanych zazwyczaj urazem, najgłówniejszym warunkiem jest założenie opaski ustalającej i to nie na jedno oko ale na oba, a chory przytem w łóżku pozostać winien. Dla uśmierzzenia przemijającego bólu poprzednio stosować trzeba maść kokainową 2% lub akoinową 1%. Jeżeli zaś ubytek nieco większy, a regeneracya nie szybko postępuje, oddaje dionina nieocenione usługi. Zazwyczaj trzy dni wystarczają, by chorego zupełnie uwolnić od przykrych dolegliwości i zabezpieczyć go przed trwałymi następstwami, jakimi zmętnienia wskutek nacieku być mogą. Że te wymagają odpowiednich środków i leczenie przedłużają, zbyteczna chyba dodawać.

Na zakończenie dodam, że Franke w tow. biologii w Hamburgu 27 lutego b. r. (*Münchener med. Wschrift Nr. 19*) przekonawszy się o wielkiem rozluźnieniu nabłonka w przypadkach t. z. keratalgii urazowej stawia hipotezę, że w przypadkach tych i podobnych rozchodzi się o nabieg chorobowy rogówkowego miąższu, pochodzenia troficznego i że przez wydzielający się płyn nabiegowy nabłonek zostaje odczepianym od swej podstawy.

Byłby to więc słabszy stopień tworzenia się pęcherzyków. Franke nazwał tę sprawę „*ballonirende Degeneration des Hornhautepithels*“.

Jeżeli w jakim przypadku, to właśnie w porażeniu przez piorun można by pomyśleć o takim troficznym zaburzeniu, wątpliwą atoli, by ono dało się przyjąć i dla zwykłych nieznacznych obrażeń urazowych rogówki, które jak wiadomo właśnie łatwo do powrotnych erozji prowadzą.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1906. Nr 2. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

Wyniki usuwania przezroczystej soczewki przy silnej krótkowzroczności (Résultats de l'ablation du cristallin transparent dans la myopie forte). de Font-Réaulx.

Od czasu, kiedy usuwanie przezroczystej soczewki w przypadkach krótkiego wzroku znacznego stopnia zaczęło być stosowane na szeroką skalę, t. j. mniej więcej od lat dziesięciu, ogłoszono 1620 operowanych przypadków. Zdawałoby się zatem mogło, że operacja ta została powszechnie przyjęta, tymczasem tak nie jest. Tą wielką bowiem cyfrą ogłoszonych spostrzeżeń dzieli się stosunkowo szczupła garstka operatorów, bo nie więcej, jak 80ciu, ogromna zaś większość okulistów, albo nie wykonywa tej operacji wcale, albo tylko bardzo rzadko. Ponieważ zasada usuwania przezroczystej soczewki przy wysokiej myopii ma jeszcze wielu otwartych przeciwników, przeto operacji tej nie można jeszcze uważać za metodę leczniczą, powszechnie uznaną i przyjętą. Dlatego to autor podjął się przejrzeć całą literaturę fakolizy, dziś już tak obszerną, aby na tej podstawie jasno zdać sobie sprawę, czy i jaką wartość operacja ta przedstawia, i jakich korzyści dla operowanego możemy się po niej spodziewać. Rozróżnić należy doraźny wynik operacji od wyników późniejszych, stwierdzonych po upływie szeregu lat. Nie ulega wątpliwości, że w ogromnej większości przypadków fakoliza w przypadkach myopii, przekraczającej 15 D zmniej-

sza refrakcyę do tego stopnia, że operowany widzi w dal bez porównania lepiej niż przed operacyą. Najkorzystniejsze są te przypadki, w których pozostaje mały stopień myopii, a zatem te, których Mp. poprzednio wynosiła co najmniej 20 D. Wtedy bowiem przez słabe szkło wzrok na odległość jest wystarczający, a zarazem operowane oko, nie uzbrojone, może oddawać dobre usługi przy pracy z bliska. W przypadkach, gdzie po operacyi powstaje hyperopia, lub przynajmniej, gdzie do patrzenia na małą odległość potrzebne jest jakiegokolwiek szkło wypukłe, poucza doświadczenie, że chorzy o wiele chętniej używają do pracy z bliska, jeżeli to tylko możliwe, drugiego nie operowanego oka. Oprócz zmniejszenia stopnia myopii odnoszą operowani drugą niezaprzeczoną korzyść bezpośrednią, bardzo często mianowicie poprawia się znacznie bystrość wzroku tak, że po operacyi widzą lepiej w dal przez szkło słabe, niż przed operacyą przez silne. O korzystnym wpływie fakolizy na przebieg powikłań myopii ze strony naczyniówki i siatkówki zdania są bardzo podzielone. Na podstawie danych z literatury przychyliła się autor do zapatrywania tych, co brak soczewki uważają za okoliczność dla przebiegu tych powikłań w najlepszym razie obojętną. Co do oderwania siatkówki, trzeba niestety zgodzić się na to, że przy wielkiej skłonności do tego schorzenia, oczy w wysokim stopniu krótkowzroczne, przez wielokrotne nieraz zabiegi operacyjne, jakich wymaga fakoliza, są bardziej może na nie narażone, niż zazwyczaj, a do zwiększenia niebezpieczeństwa przyczynia się zapewne i to, że przez usunięcie soczewki pomniejszona zawartość rozdętej i wydłużonej gałki ocznej sprzyja powstaniu odczepienia. Im bardziej mnożą się przypadki fakolizy, przez dłuższy szereg lat starannie spostrzegane, tem bardziej statystyka zdaje się potwierdzać powyższe przewidywania teoretyczne. Tosamo mniej więcej odnosi się do jaskry następowej. Wystąpić ona może zaraz po pierwszej dysceyzi, jeśli się nie dość bacznie czuwa nad pęcznieniem zaćmiewiającej się soczewki, ale i gdy to chwilowe niebezpieczeństwo zostanie zażegnane, wiadomo, że i w późniejszych okresach czyto wzrost tęczówkowy, czy wgłobienie tęczówki w bliźnę operacyjną może dać powód do wzmoczenia napięcia. Im dłużej się spostrzega przypadki po dokonanej operacyi, tem częściej spotyka się tego rodzaju powikłania. Jedno z najważniejszych pytań, co do odległych wyników fakolizy, odnosi się do postępów krótkowzroczności. Wielka część autorów podnosi jako ważną zaletę fakolizy, że powstrzymuje ona zupełnie, lub w znacznej mierze dalsze postępy myopii. Autor wykazuje, że zapatrywanie to we wielu razach polega na pomyłce, zbyt często się bowiem zapomina, że, gdy wydłużenie osi przednio-tylnej o 1 mm sprowadza w przybliżeniu

w oku zwyczajnem przyrost refrakeyi o 3 D., to w oku pozba-wionem soczewki tylko o 1.5 D. Wynika z tego, że jeśli oko ope-rowane pod względem postępów myopii pozostaje w tyle poza okiem drugim, nie operowanem, to nie można z tego wnosić, że wydłużenie gałki ocznej, a temsamem wszystkie związane z niem niebezpieczeństwa po tej stronie są mniejsze. Krótko mówiąc, do-chodzi autor do wniosku, że fakoliza, zmniejszając lub usuwając krótkowzroczność, usuwa tylko jeden z objawów ogólnego schorze-nia gałki ocznej, które idzie dalej swoim torem, o ile zapomocą innych sposobów leczenia nie położymy tamy postępowi choroby. Z wywodów autora wynika, że ograniczając fakolizę do pewnych tylko nadających się do niej przypadków, możemy spodziewać się dla chorego pewnych korzyści, operację tę jednak musimy uważać za jeden z najpoważniejszych zabiegów ze względu na rozliczne niebezpieczeństwa, jakie zagrażają oku bezpośrednio i w odleglej-szej przyszłości i to zarówno wskutek operacji, jak i pomimo operacji.

Zapalenie nerwu wzrokowego z przeziębienia (De la névrite optique «a frigore»). Bichelonne.

24letni infanterzysta po powrocie z całodziennego ćwiczenia przespał noc, leżąc na wilgotnej ziemi. Nazajutrz zamglenie wzroku przed okiem prawem. Po poradę zgłosił się dopiero w 3 miesiące, gdy oko prawe przestało widzieć przedmioty. Badanie wykazało: *Neuritis optica oc. dextri*. Mimo starannego leczenia przyszło do zaniku nerwu wzrokowego. Stan zdrowia ogólnego zupełnie dobry, żadnej skazy, ani wrodzonej, ani nabytej, ani też żadnej choroby ogólnej zakaźnej. Zdaniem autora jest to *neuritis optica «a fri-gore»*. Przemawia zatem i to, że chory spał, przyłożywszy prawą skroń do ziemi, i po prawej stronie dostał zapalenia nerwu.

Objawy podrażnienia współczulnego, zależne od nad-wichnięcia soczewki (Phénomens d'irritation sympathique consécutifs à la subluxation du cristallin) Roure.

Cztery spostrzeżenia własne, w których równocześnie z nad-wichnięciem soczewki na jednym oku, występowały objawy zdraż-nienia współczulnego na oku drugim. Zwłaszcza dwa pierwsze okazują wyraźny związek przyczynowy między zmianami na obu oczach. W pierwszym przypadku, ilekroć zaćmiona i nadwichnięta soczewka wystunęła się ku przedniej komorze, opierając się o brzeg źreniczny, występowały na drugim oku: światłowstręt, nastrożnięcie rzęskowe i osłabienie wzroku. Po usunięciu soczewki objawy te nie ponowiły się więcej. W drugim przypadku soczewka była

zaciemiona i skostniała, nie wywoływała jednak żadnego podrażnienia. Po 10 latach uraz, nadwzięnięcie soczewki i silne objawy zdrażnienia współczulnego na oku drugim. Po wyjęciu zaćmy oko drugie uspokaja się zupełnie. Podobne spostrzeżenia ogłosili także już dawniej: Vuillomenet i Suarez de Mendoza.

Nr 3.

Włókniak śluzowy spojówki gałkowej (Fibrome muqueux de la conjonctive bulbaire). Troussseau.

W zakładzie oftalmicznym im. Rothschilda operował autor 57letniego mężczyznę z powodu guzka zajmującego spojówkę gałki oka lewego na wewnątrz od rogówki. Guzek różowej barwy, powierzchni gładkiej, wielkości małej fasoli, miętki, szeroko zrosnięty ze spojówką gałkową. Badanie histologiczne wykonane przez Dra Duclos'a, wykazało ulkanie, odpowiadające włókniakowi, który w swych częściach głębszych uległ zwyrodnieniu, a w warstwach powierzchniowych utworzony był z silnie unaczynionej tkanki łącznej.

Zapalenie nerwu wzrokowego jednostronne po odrze. Zanik tarczy następowy (Névrite optique infectieuse monolatérale post-rubéolique. — Atrophie papillaire consécutive). Vauresson.

U 24letniego infanterzysty przyszło w okresie rekonwalescencji po odrze o lekkim przebiegu zapalenie nerwu wzrokowego na oku prawem. Przebieg był szybki i niepomyślny. Mimo, że chorey nie przechodził kiły, podano mu rtęć i jod, oraz zastrzykiwano sublimat podspojówkowo. W ciągu 7 tygodni sprawa przeszła w zupełny zanik tarczy nerwu wzrokowego. Autor podnosi silne bóle głowy, których natężenie nie odpowiadało lekkiej postaci odrzy. Przypisuje je zdrażnieniu opon mózgowych, z których zakażenie mogło przejść bezpośrednio na nerw wzrokowy. Godnym uwagi jest także stosunkowo szybki i ciężki przebieg zapalenia nerwu.

Nagła utrata wzroku wskutek krwotoku wśródgałkowego (Perle subite de la vision par hémorrhagie intraoculaire et son traitement). Didikas.

Autor opisuje przypadek krwotoku do ciała szklistego u kobiety w wieku przejściowym, dotkniętej zmianami w sercu i miazdżycą tętnic, a ponadto objawami gościeca stawowego. Zachodziło również podejrzenie przebytej przed laty kiły. Krew uległa wessaniu pod wpływem leczenia napotnego oraz wstrzykiwań sinku rtęci. Chora wzrok odzyskała, pozostało jednak obwodowe odcepienie siatkówki.

Archiv f. Augeneheilkunde. T. LIV. Z. 1. (Referent Dr Bałaban).

Pięć przypadków gruźlicy oka leczonych tuberkuliną T. R. (5 Fälle von Tuberculose des Auges unter der Behandlung mit Tuberculin T. R.). Dr Wolfrum.

Autor opisuje trzy przypadki gruźliczego zapalenia łączówki i 2 przypadki takiegoż zapalenia twardówki, które były leczone zastrzykowaniami tuberkuliny. W 4 przypadkach były także narządy wewnętrzne gruźlicą zajęte. W przeciągu $\frac{1}{2}$ roku nastąpiło w 4 przypadkach wyleczenie bez nawrotów. W jednym z tych przypadków nie można było wyleczenia przypisać li tylko działaniu tuberkuliny, gdyż musiano równocześnie zrobić irydektomię a to z powodu powstania następowej jaskry. W innym przypadku wynik był ujemnym mimo dwukrotnego leczenia, co autor przypisuje za małej ilości zastrzyków wykonanych w poszczególnych seryach. Z tego też powodu radzi on w przypadkach podobnych ponawiać serye wstrzykiwań i to mniej więcej w miesiąc po ustaniu objawów zapalnych. We wszystkich przypadkach leczonych tuberkuliną, występowała w 14 dni lub conajwyżej w miesiąc po rozpoczęciu leczenia reakcja, przyczem następnie uleczenie następowało bez ostrego okresu pośredniego. Zastrzykiwania rozpoczynano początkowo od bardzo małych dawek i to $\frac{1}{500}$ częścią przetworu suchego lub 0.0001 częścią płynu oryginalnego, przyczem dawkę zwiększano do 0.4 cgm³ płynu lub do 5 mgm. przetworu suchego.

Badania doświadczalne nad działaniem niewieczników (Antikörper), na składniki siatkówki (Experimentelle Untersuchungen über Antikörper gegen Netzhautelemente). Hess i Römer.

Wybiórcze czynności antyhemolityczne przybłonka barwikowego i siatkówki (Elective antihämolytische Functionen des Pigmentepithels und der Retina).

Właściwej podstawy fizyologicznego odżywiania i zmian patologicznych przybłonka barwikowego i siatkówki szukać należy w ich zachowaniu się względem prawidłowej krwi. Wychodząc z tego założenia, badali obydwaj autorowie zachowanie się tych tkanek wobec prawidłowej surowicy i wyzyskali w tym kierunku działanie hemolityczne surowicy.

Następnie opisują oni pokrótce sposób, w jaki się otrzymuje białko siatkówki i to w 0.85% roztynie ze solą kuchenną, a także

jako przetwór suchy, dalej sposób otrzymania białka z nerwu wzrokowego, naczyniówki i przybłonka barwikowego. Z wyjątkiem naczyniówki, która nie posiada działania antyhemolitycznego albo tylko w bardzo małym stopniu, udało się autorom dowiedzieć, że wszystkie inne powyższe wymienione tkanki posiadają znaczne działanie antyhemolityczne. Po zmieszaniu prawidłowej i to na pewno hemolitycznej surowicy z komórkami barwikowymi i przesączyną siatkówki, do której w 20—30 minut później domieszano odpowiedniego rodzaju krwi, dało się w roztworze tym wykazać t. z. hemolizyny, których działanie zostało usuniętem przez poszczególne rodzaje tych tkanek, z których krew była brana. Do tych badań używali autorowie surowicy ludzkiej i 7 rodzaj surowicy różnych zwierząt. Badania tyczyły się głównie ócz świńskich i wołu, a wyniki zebrane w tabelę uwidaczniają dokładnie cały szereg wybiórczego antyhemolitycznego działania przybłonka barwikowego i siatkówki.

Te objawy stają się jednak dopiero wówczas bardzo wyrazistymi, jeżeli się porówna równocześnie różnorakie działania hemolityczne, właściwe jednemu i temu samemu rodzajowi surowicy na jedną tkankę. W takim razie doniosłość różniczkowania jest tak znaczną, że daje się z łatwością rozróżnić przy pomocy prawidłowej ludzkiej surowicy i krwi gołębia, czy n. p. przybłonki barwikowe, znajdujące się w szklanej rurce, należą do oka świni, czy też do oka wolego. Następnie zastanawiają się autorowie nad analizą antyhemolitycznego działania przybłonek barwikowych i siatkówki. Z przeprowadzonego badania ich przypadków wynika, że wstrzymanie działania hemolitycznego zapomocą składników siatkówki, polega na łączności i związaniu się toksyn.

Droga odporności wytworzone niweczniki (Antikörper) przeciwko pręcikom siatkówki (Immunisatorisch erzeugte Antikörper gegen Netzhaatkörper).

Autorowie badali zachowanie się pręcików siatkówki w solnych roztworach o różnorakim zgęszczeniu i przekonali się, że pręciki włożone do fizyologicznego roztworu soli kuchennej zachowują swą postać całkowicie podczas trwania doświadczeń. Wobec tego należy zmiany w nich występujące przypisać stanowczo swoistemu wpływowi ciała zwierzęcego.

Następnie zastrzykiwali autorowie do jamy brzusznej świnki morskiej roztwór, składający się ze siatkówki rozpuszczonej w t. z. płynie Ringera i znaleźli, że świeże pręciki oka wolego zmniejszały się co do ilości już po upływie $\frac{3}{4}$ godziny, po 2 zaś godzinach znikały zupełnie. Pręciki oka wolego nadają się do tych badań o wiele lepiej, aniżeli innych zwierząt. Rozczyn ten

zastrzykiwali następnie autorowie w głąb jamy brzusznej zwierząt, które już kilkakrotnie poprzednio poddane zostały takim doświadczeniom i przekonali się: 1) że w surowicy tych zwierząt znikają prętki szybciej, często już po upływie kilku minut; 2) że zwierzę takie wykazuje często zdolność aglutynacyi. Z przeprowadzonych badań wysnuwają autorowie wnioski, że organizm zwierzęcy posiada zdolność wytwarzania istot, które wśród właściwych warunków mogą wpływać szkodliwie i swoiście na składniki siatkówki. Te odkrycia mogą rzucić pewne światło na niektóre zagadnienia patologii siatkówki.

Spostrzeżenia nad jednostronną odruchową martwością źrenicy (Beobachtungen über einseitige reflektorische Pupillenstarre).
Dr Caspar.

W przeciągu 14 lat spostrzegał autor na 26.000 chorych 7 przypadków jednostronnej odruchowej martwości źrenicy. Zmiana ta tyczyła się o wiele częściej mężczyzn, aniżeli kobiet i to w stosunku 6:1. Przyczyną były w jednym przypadku *tabes*, w 2 przypadkach porażenie postępowe, 2 razy zaś okaleczenie głowy. Dno oka było zawsze prawidłowe. W 3 przypadkach źrenica nieprawidłowa była węższą, w 3 znowu szerszą od źrenicy zdrowej. W jednym przypadku były źrenice równomiernie szerokie. Z wyjątkiem jednego przypadku oddziaływały one na akomodację i na zbieżność zawsze bardzo dokładnie, w 3 przypadkach nawet o wiele żywiej, aniżeli to prawidłowym stosunkom odpowiada. Objaw ten da się objaśnić zapartywaniem Heddlusa, wedle którego gałązka tęczówkowa nerwu trzeciego składa się z dwóch części zupełnie oddzielnych od siebie. Rozdział ten tyczy się nie tylko jądra, lecz i dalszego przebiegu.

Takiemu pojmowaniu tej sprawy sprzeciwia się autor i sądzi, że powyższa gałązka nerwu okoruchowego powstaje z połączenia się dwóch połówek, z których jedna wychodzi z tej części jądra zdziergacza źrenicy, która służy tylko do przenoszenia odruchu świetlnego, druga zaś połowa wychodzi z odrębnej części jądra zdziergacza, w której znajdują się włókna nerwowe z ośrodka dla akomodacyi i dla zbieżności. Z tej ostatniej części przeciągają znowu włókna do jądra akomodacyi, który następnie zaopatruje mięsień rzęskowy. Tak więc staje się zrozumiałem, że przy jednostronnem zaburzeniu tej części nerwu, która pośredniczy w odruchach świetlnych, wywołanym zostaje i to równocześnie z pobudzeniem mięśnia rzęskowego, skurecz zwieracza źrenicy tej samej strony; podczas gdy po stronie przeciwnej stan pozostaje prawidłowym. Gdy więc w przypadkach tych staje się łatwem do zrozumienia powstanie mydriazy,

to pojawienie się miozy tłumaczy autor w ten sposób, że włókna pośredniczące w zwężeniu źrenicy nie zanikają całkowicie, a jest także możliwem, że pewną rolę odgrywa przy tem podrażnienie, powstałe przez zmiany zapalne.

*Przypadek wrodzony symetrycznego braku naczy-
niówki i siatkówki poza obrębem żółtej plamki* (Ein Fall von
symmetrischem angeborenen Mangel der Chorioidea und Retina aus-
serhalb der Maculagegend). Dr Landmann.

U 44letniego mężczyzny dał się wykazać wziernikiem nastę-
pujący stan: Dno oka posiadało białawy odbłask wskutek prze-
świecania twardówki. Wśród tego zabarwienia wyróżnia się tylko tar-
cza wzrokowa, na której naczynia są bardzo znacznie zwężone
i zwój naczyń w okolicy plamki żółtej, mający przekrój mniej wię-
cej 1 tarczy wzrokowej. Z tego zwoju ciągną ku górze naczynia
i to w kierunku do dających się tutaj spostrzegać żył wirowych
(*vortex*).

Na oku lewem stan był podobnym do opisanego powyżej.
stanu oka prawego, przyczem nie widać było naczyń naczyniówki.

Zdaniem autora rozchodzi się w tym przypadku o zaburzenia
w rozwoju naczyniówki i siatkówki, przy równoczesnem zatkaniu
wszystkich naczyń, t. z. *Arteriae ciliares poster. longae* i o za-
tkanie t. z. *Art. cil. poster. breves*, z wyjątkiem tych tętnic, które
zasilają zwój tętnie żółtej plamki.

*Porażenie mięśnia prostego zewnętrznego z powodu
zaburzeń przy miesiączkowaniu* (Abducensparese infolge von
Menstruationsstörungen). Dr Wingenroth.

Autor opisuje przypadek porażenia mięśnia zewnętrznego, po-
wstałe w następstwie bardzo skąpej miesiączki. Porażenie to zni-
knęło całkowicie przy następnej miesiączce, która była już całkiem
prawidłowa.

Powstanie takiego porażenia da się w następujący sposób
wytłumaczyć:

I. Ponieważ u chorej zaburzenie w miesiączkowaniu wystą-
piło z powodu fizycznego znużenia, więc jest możliwem, że pora-
żenie mięśnia było spowodowanem małym krwotokiem mózgowym,
powstałym przez nadmierną i wyczerpaną czynność serca.

II. 1) Przekrwienie mózgu wskutek t. zw. *suppressio mensium*.

a) Z równoczesnym krwotokiem mózgowym.

b) Bez krwotoku.

2) Szkodliwość została spowodowana zatrzymaniami w ustroju
toksynami, a przyczyną tego było właśnie zatrzymanie się regu-
larności.

Ze przyczyną porażenia i to pośrednią lub też bezpośrednią była właśnie regularność, to wynika z tego, że porażenie to ustąpiło całkowicie po pierwszej miesiączce prawidłowej i w przebiegu roku nie pojawiło się, jak również brak było jakiegokolwiek objawów rdzenia-mózgowych.

O symetrycznem tłuszczakowatym zgrubieniu górnych powiek (Über symmetrische Lipomatosis der Oberlider). Prof. B a c h.

Autor opisuje przypadek, w którym u 21letniej chorej w 6ym roku życia jedna z powiek nagle się zaczerwieniła i obrzękła. Objawy te wkrótce ustały. Natomiast w 10ym roku życia ponowiły się i ustaliły na zawsze, przy czem obrzęk i zaczerwienienie wzmagaly się przy każdorazowym miesiączkowaniu, jak również i przy nadmiernych fizycznych wysiłkach. W celach kosmetycznych usunął autor te zgrubienia przez odpowiednią operacyę, przy czem wyciął skrawek tłuszczu, ograniczony dokładnie od strony oczodołu, $2\frac{1}{2}$ cm długi i 1 cm gruby. Badanie drobnovidowe wyciętych części nie wykazało żadnych zmian niezwykłych. Sądzi więc autor, że nagromadzenie się tłuszczu w górnej powiece zostało spowodowanem t. zw. *blepharochalasis* i jest on zdania, że w przypadku tym rozechodzi się o tłuszczak, za czem też przemawia całkowite ograniczenie tych części od strony oczodołu. Objawy kliniczne przemawiają również za tem rozpoznaniem, gdyż powieki były w dotyku sprężyste i chelbozące. Autor sądzi dalej, że podobne zmiany mogłyby powstać także pod wpływem nieprawidłowego unerwienia, za czem zdaje się przemawiać symetryczność tych zmian.

Zmiany te radzi autor nazwać symetrycznem otluszczeniem (*symmetrische Lipomatosis*), podczas gdy nazwa *Blepharochalasis* pozostałaby tylko dla oznaczenia t. zw. *Ptosis atonique*.

Anatomiczny przyczynek do istoty wrodzonych zmętnień rogówki (Ein anatomischer Beitrag zum Wesen der angeborenen Hornhauttrübungen). Dr Seefeldler.

Autor miał sposobność badać anatomicznie jeden z tych 3 przypadków, które były opisane w tomie 35 tego archiwu, a tyczyły się obustronnego wrodzonego zmętnienia rogówki. Mógł on przy tem potwierdzić rozpoznanie *leucoma adhaerens*. Tę okoliczność, że rogówka prawie w $\frac{2}{3}$ części była zmienioną w bardzo nieprawidłową tkankę łączną, da się tem tłumaczyć, że w życiu śródplodowem cała ta część rogówki była zropiałą. Ropienie to spowodowało przebicie rogówki, przyłożenie się i przyrost łęczówki, przy-

czem powstała także zaćma torebkowa. Tak samo mógł autor potwierdzić istnienie zmian zapalnych w przedniej części jagodówki, za czem przemawiało istnienie licznych mas włóknikowych w okolicy wypustów rzęskowych i tylnej powierzchni soczewki.

Archives d'Ophthalmologie. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr. 1.

Pierwotna gruźlica spojówki i jej następstwa; spojówka, jako wrota zakażenia gruźliczego. (Tuberculose primitive de la conjonctive et ses conséquences: la conjonctive, porte d'entrée de la tuberculose). Cabannes.

Autor omawia pierwotną gruźlicę spojówki tylko o tyle, aby wykazać, że spojówka może stać się bramą dla gruźliczego zakażenia całego ustroju. Do worka spojówkowego z łatwością dostać się mogą z powietrza wszelkiego rodzaju drobnoustroje, a więc i prątki gruźlicze, które wywołują nierzadko spostrzegane zmiany na spojówce powiek i załamek, a także na spojówce gałki i na rogówce. Jama ust, w szczególności migdały i jama nosowa nader często, jak wielokrotnie wykazano, stanowią wrota dla zakażenia gruźliczego, zwłaszcza gruczołów szyjnych. Ich błona śluzowa może przytem sama nie okazywać zmian gruźliczych, podobnie jak niejednokrotnie błona śluzowa jelit zmian żadnych nie przedstawia, mimo zserowacenia gruczołów krezkowych. Autor, opierając się na jednym spostrzeżeniu własnem i na niektórych spostrzeżeniach zaczerpniętych z literatury wykazuje, że i spojówka może również stać się punktem wyjścia gruźliczego zajęcia gruczołów, a w następstwie także innych ważnych narządów wewnętrznych. Oczywiście w takim tylko razie można twierdzić napewno, że prątki Kocha drogą spojówki wniknęły do ustroju, jeśli na spojówce są niewątpliwe zmiany gruźlicze co do trwania dawniejsze od zmian w gruczołach i w innych głębszych częściach. W pierwszym rzędzie bywają zajęte gruczoły przyuszne, do których odpływa limfa z zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części spojówki powiek i gruczoły podszczękowe, zbierające limfę z pozostałej części spojówki, a zwłaszcza z okolicy wewnętrznych kącików ocznych. Czasem zakażenie gruźlicze ze spojówki przechodzi *per continuitatem* do woreczka łzowego. O wiele częściej jednak drogi łzowe ulegają zakażeniu temu od strony jamy nosowej. Ze względu, że znane są przypadki groźnego uogólnienia się pierwotnej gruźlicy spojówki, należy każdą w tym kierunku podejrzaną zmianę na oku leczyć jak najenergiczniej i to, zdaniem autora, najlepiej przez doszczętną termokaustykę.

Przemijające wypuklenie rogówki stożkowej. (Ectasie transitoire au cours du kératocone). Terrien.

U 38-letniej kobiety z obu stronnym stożkiem rogówki wykonał autor na oku lewym galwanokaustyczne przypalenie szczytu stożka, co spowodowało poprawę bystrości wzroku, zwłaszcza po zabarwieniu, wytworzonej blizny. W kilka lat później zgłosiła się chora ponownie z powodu nagłego upośledzenia bystrości wzrokowej na oku prawym nicoperowanym. Badanie wykazało znaczne wypuklenie rogówki w środkowej części w postaci garbiaka półkolistego. Na powierzchni wydętej w ten sposób rogówki widoczne było lekkie zmłeczenie. Autor wykonał zeszyte powiek ponad tem wydcieciem, dzięki czemu w ciągu kilku tygodni rogówka przybrała pierwotną postać, a nawet dawniejszy stożek uległ częściowemu przypłaszczeniu. Oko odzyskało też bystrość, jaką miało przed powstaniem opisanego wypuklenia. Autor przypuszcza pęknięcie błony Descemeta, w szczycie stożka, które spowodowało, że rogówka, przesiąknięta cieczą wodną, rozniękła i uległa garbiakowatemu wydcieciu. Pod wpływem tarsorafii pęknięcie błony Descemeta zagoiło się i wypuklenie ustąpiło. Na lewym oku blizna powstała po galwanokaustyce zwiększyła widocznie odporność rogówki i uchroniła ją od takiego uszkodzenia, jakiemu uległa zapewne pod wpływem jakiegoś znacznijszego wysiłku fizycznego rogówka drugiego oka

Pomysłny wynik tarsorafii w niektórych przypadkach urazowego uszkodzenia oczu. (De l'heureux effet de la tarsorrhafie dans certains traumatismes du globe). Monthus.

W paryskiej klinice okulistycznej prof. Lapersonne'a wypróbowano korzystne działanie zeszyca powiek w różnych przypadkach zranień ocznych. Zamknięte, a lepiej jeszcze zeszyte powieki stanowią, zdaniem autora, we wielu razach najlepszy opatrunek dla skaleczonego oka, zapewniają mu bowiem ochronę przed zanieczyszczeniem zewnętrznem, prowadzają w pewnym stopniu tak potrzebne w tych wypadkach umieruchomienie gałki, a nie rozgrzewają oka, jak to czyni opatrunek zwyczajny i co zazwyczaj sprzyja rozwojowi bakterji ropnych, wreszcie nie wywierają żadnego nieprawidłowego ucisku. Wykonując zeszyte środkowej części powiek nie tamujemy przytem weale odpływu łez i wydzieliny, w razie zaś potrzeby możemy w każdej chwili zeszyte powieki rozdzielić. Potrzeba tego, jak wykazują przytoczone spostrzeżenia, rzadko zachodzi przed zbliżeniem się rany ocznej. W klinice l'Hôtel Dieu otwierano oko zazwyczaj nie prędzej, jak po upływie dwóch tygodni. Przed wykonaniem tarsorafii należy oczywiście w razie potrzeby odprowadzić, względnie odciąć wypadniętą łęczówkę. Czę-

stokroć można zaniechać zeszywania brzegów rany. Przeciwwskazaną jest tarsoralia w przypadkach ciał obcych wśródgalkowych, można ją jednak w takich razach wykonać po wydobyciu ciała obcego. Nie należy jej wykonywać, jeśli zraniona jest soczewka i zachodzi niebezpieczeństwo pęcznienia jaskry następowej zwłaszcza u osób starszych, wreszcie w razie rozwijającego się już zakażenia wśródgalkowego, lub w razie ropnej sprawy na rogówce.

Nr. 2.

Połowiczny skurecz twarzy, wyleczony przez głębokie wstrzyknięcie alkoholu. (Hémispasme facial guéri par une injection profonde d'alcool). A. Badie i Dupuy-Dutemps.

Autorowie podają nowy przypadek zupełnego wyleczenia bardzo uporeczywego skureczu połowicznego twarzy, zapomocą sposobu podanego przez Schloessera t. j. przez wstrzyknięcie w okolicę pnia nerwu twarzowego, tuż koło *foramen stylomastoideum* 1 cm³ 80% alkoholu z dodatkiem 1% stowainy. Skurecze toniczne i kłoniczne w zakresie lewego nerwu twarzowego dręczyły chora, kobietę 56-letnią, od lat z górą 16-tu i połączone były z nieustannym prawie ścisiskiem powiek oka lewego. Gdy chora, skutkiem wypadku, straciła oko prawe, ten ścisisk powiek stał się powodem niezdolności do pracy. Jednorazowe wstrzyknięcie alkoholu w wymienioną okolicę spowodowało zupełne porażenie lewego nerwu twarzowego, z niedomykalnością ust i powiek, czem chora była zrazu przerażoną, równocześnie jednak skurecze zupełnie ustały i nie ponowiły się więcej. Porażenie stopniowo ustąpiło, a pomyślny skutek zabiegu utrzymywał się jeszcze w czasie, gdy autorowie przypadek ten ogłosili, t. j. po upływie 10 tygodni. Ze względu, że zdarzają się przypadki połowicznych skureczów twarzy, opierające się wszelkim innym sposobom leczenia zabieg Schloessera tak skuteczny, a powodujący tylko przemijające porażenie, godnym jest polecenia tembardziej, że niejednokrotnie wykonywano już w takich rozpaczliwych przypadkach wycięcie kawałka nerwu twarzowego, skazując temsamem chorego na trwałe porażenie odpowiedniej połowy twarzy. Dość znaczny ból chwilowy, jaki powoduje wstrzyknięcie alkoholu można znacznie złagodzić przez dodanie kokainy lub stowainy.

Podobny pomyślny wynik zabiegu Schloessera w połowicznym skureczu twarzy opisał niedawno Valude^{*)}.

*) Por. »Post. Ok.« 1906, str. 88.

Przyczynek do patologii źrenicy skaczącej (hippus).
(Contribution à l'étude d'hippus pathologique), A. Aurand i Brenil.

Autorowie przytaczają przypadek skaczącej źrenicy na oku z porażeniem nerwu okoruchowego. W związku z tem spostrzeżeniem omawiają szczegółowo hipotezy stawiane przez różnych autorów dla wyjaśnienia tej zmiany w ruchach źrenicy. Ostatecznie dochodzą do wniosku, że należy rozróżnić 4 rodzaje *hippus*: a) *Hippus* wywołany przez wygórowaną wrażliwość ośrodków nerwowych. Postać tę można uważać za rodzaj bezładu ruchów źrenicznych. Niektórzy uważają ten rodzaj nieregularnych, od zwyczajnych czynników niezawisłych ruchów źrenicy, za wygórowanie zjawisku fizyologicznego, wiadomo bowiem, że i prawidłowa źrenica niezależnie od znanych wpływów wykonywa nieustanne ruchy, bardzo jednak nieznaczne. b) *Hippus* zależny od ruchów oddechowych. Ta postać została opisana przez Rocha. c) *Hippus* źrenicy porażonej w okresie powrotu do stanu prawidłowego. Tutaj ruchy źrenicy można porównać z owymi drgającymi skurczami zewnętrznych mięśni ocznych, dotkniętych niedowładem w chwili, gdy chory, zwracając oko w stronę ich działania, usiłuje je w miarę możności pobudzić do skurczu. d) *Hippus* rytmiczny polega na regularnych, kolejno po sobie następujących, okresach zwężenia i rozszerzenia źrenicy, występujących niezależnie od działania światła, konwergencyi, akomodacyi i innych czynników, wpływających zwyczajnie na ruchy źrenicy. Dla wyjaśnienia tej postaci przyjmują autorowie pewnego rodzaju samorząd obwodowych ośrodków ruchowych dla źrenicy, które w prawidłowych warunkach ulegają przewodze ośrodków mózgowych.

Nowe zjawisko entoptyczne. (Un nouveau phénomène entoptique). Bastini.

Autor zrobił następujące spostrzeżenie: Wbiegając szybko po schodach na piętro i bezpośrednio potem wpatrując się w ciemną przestrzeń, zauważył dość jasną plamę przed oczyma, naprzemian to znikającą, to ukazującą się znowu współcześnie z uderzeniami serca, wzmóżonemi i przyspieszonemi z powodu chwilowego wysiłku fizycznego. Zjawisko to zniknęło z chwilą ustąpienia wzmóżonej czynności serca. Wyczuwając własne tętno, przekonał się autor, że jasna plama pojawiała się równocześnie z rozkurczem serca. Dla wyjaśnienia tego zjawiska entoptycznego, należy przypuścić znaczniejsze i nagłe zmiany kalibru tętnic siatkówkowych, występujące wskutek silniejszych niż zwykle uderzeń serca. Powstają wskutek tego wstrząśnienia ścian naczyńowych, które udzielają się wrażliwym składnikom siatkówki, i wywołują w nich rytmicznie

powtarzając się wrażenie światła. Opisane przez autora spostrzeżenie zrobili na sobie także inni lekarze pracujący wraz z nim pod kierunkiem Tscherninga w laboratorium optyki fizyologicznej przy paryzkiej Sorbonnie.

Wyłuszczenie gałki w znieczuleniu miejscowem. (De l'énucléation avec anesthésie locale). Terrien.

Zagadnienie, jakiego znieczulenia mamy używać przy wyłuszczeniu gałki ocznej, miejscowego, czy ogólnego, rozpatruje autor ze stanowiska ubezpieczenia robotników od wypadków przy pracy. Wiadomo, że oczy zranione, prawie zawsze zagrażają do pewnego stopnia drugiemu oku zapaleniem współczulnem, które występuje niekiedy nawet po szeregu lat, mimo, że oko uszkodzone już się było uspokoiło. Dlatego to leży w interesie towarzystw asekuracyjnych, aby oczy urazowo uszkodzone, lub zranione w każdym przypadku wyłuszczać, oczywiście pod warunkiem, jeśli wzrok jest niepowrotnie stracony. Na wyłuszczenie oka, jak na każdą operację, trzeba uzyskać zezwolenie ze strony chorego, zniewalać go zaś w jakikolwiek sposób, żeby się dał operować niepodobną, zwłaszcza, że wyjęcie oka wykonywa się najczęściej w uśpieniu chloroformowem lub w innego rodzaju narkozie ogólnej, co znów jest połączone z pewnem niebezpieczeństwem dla życia. Mimo, że statystyka wykazuje nieznaczny tylko odsetek wypadków śmiertelnych wśród narkozy, to jednak w każdym przypadku pewne ryzyko zachodzi. Z tych powodów zaleca autor dokonywać wyłuszczenia gałki w znieczuleniu miejscowem. Najpierw zapomocą 4^o/_o kokainy lub stowainy znieczulić spojówkę i rogówkę, potem wstrzyknąć podspojówkowo kokainę w okolicy ścięgien czterech mięśni prostych, po ich przecięciu wstrzyknąć małą sikaweczką Anela słaby roztwór kokainy, stowainy i morfiny po za gałkę, wstrzykując równocześnie gdziekolwiek pod skórę 1 cgr morfiny. Tym sposobem można wyłuszczyć gałkę nie sprawiając wcale bólu, lub tylko nieznaczny i znośny we wszystkich przypadkach, gdzie oko nie okazuje ostrych objawów zapalnych, lub też nie jest w stanie bolesnego zaniku. Niebezpieczeństwo zatrucia, a tembardziej zejścia śmiertelnego jest zdaniem autora wobec małej ilości użytej kokainy i morfiny zupełnie wykluczonem. Autor sądzi zatem, że w tych przypadkach, gdzie w powyższy sposób wyłuszczenie gałki ocznej może być wykonane bezboleśnie i bez niebezpieczeństwa dla życia, a gdzie przy zachowaniu oka zagraża drugiemu zapalenie sympatyczne, można choremu, jeżeli się na operację nie zgadza, odmówić wyplaty odszkodowania.

Jaskra ostra w następstwie przeciwjaskrowej irydektomii. (Le glaucome aigu consécutif aux opérations d'iridectomie anti-glaucomeuse). Op in.

Autor przytacza dwa przypadki, w których: zupełnie poprawnie wykonana irydektomia zamiast sprowadzić poprawę, wywołała ostry napad jaskry z bardzo znacznymi bólami i przyprawiła operowanych o utratę resztki zachowanego wzroku. W pierwszym przypadku chodziło o jaskrę podostrą, w drugim o *glaucoma simplex*. Wobec tych doświadczeń zaleca on wielką oględność w wykonywaniu irydektomii, zwłaszcza w jaskrze prostej, w której operacya ta nigdy nie pomaga, a może bardzo zaszkodzić.

Clin. Ophtalm. Nr. 4—6. (Ref. A. Bednarski).

Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego z przebiegiem łagodnym w przypadku ropienia skórniego wywołanego ukąszeniem owadu. (Névrite optique unilatérale à évolution bénigne dans un cas de suppuration cutanée consécutive à piqûre d'insecte). Dr. Guichemerre i Dr. Rochon-Duvigneaud.

Po ukąszeniu owadu w rękę wytworzył się w miejscu ukąszenia ropień, przypominający węglik, przyczem wystąpiły objawy ogólne: bóle głowy, wymioty, biegunka, poły. W dwa tygodnie po ukąszeniu wystąpiły zaburzenia wzroku, a autor stwierdził zapalenie tarczy nerwu wzrokowego po tej samej stronie. Wzrok opadł do $\frac{1}{20}$. Chory rozpoznawał tylko kolor żółty i czerwony. Przez dwa tygodnie obrzęk tarczy zwiększał się, poczem w 3-cim tygodniu objawy zaczęły się zmniejszać, a w 4-m tygodniu ustąpiły, pozostawiając tylko ślady, jak zwykle po przebytej *neuritis*. Wzrok poprawił się do $\frac{2}{3}$, rozpoznawanie barw powróciło.

Alypina, nowy środek znieczulający. (Un nouvel anesthésique oculaire, l'alypine). Dr Darier.

Wiadomo, że alypina zapuszczona do worka spojówkowego nie rozszerza źrenicy podobnie jak holokaina, kokaina i stowaina. Tymczasem autor po wstrzyknięciu podspojówkowym 4—5 podziałek Pravaza rozczywnu 4% zauważył lekkie rozszerzenie źrenicy, w jednym zaś przypadku jaskry nawet znaczne rozszerzenie, mimo równoczesnego zapuszczenia ezeryny. Przy wstrzykiwaniach podspojówkowych znieczulenie oka alypiną podobnie jak stowainą jest często niedostateczne. Również i tęczówkę zdaje się alypina mniej

znieczulać, aniżeli kokaina, dlatego też autor nie używa jej nigdy przy operacji zaćmy z irydektomią. Wogóle alypina, chociaż o połowę mniej trująca, co do siły i trwania i głębokości znieczulenia niżej stoi od kokainy.

Argyrol w okulistyce. (De l'argyrol en ophtalmologie). Dr. Hinshelwood.

Autor oddaje argyrolowi pierwszeństwo przed wszystkimi innymi solami srebra i używa go we wszystkich cierpieniach spojówki, a nadto przy wrzodach rogówkowych, przy zapaleniu brzegu powiekowego i woreczka łzowego. Obok znanych własności przetworu i sposobu jego użycia stwierdził autor, że argyrol po dłuższym użyciu, 6—12 miesięcy, sprowadza również srebrzygę, nadto radzi ostrożnie przepłukiwać woreczek łzowy, argyrol bowiem dostawszy się raz w tkankę podskórną, sprowadza zabarwienie skóry, które trwale pozostaje, szpecąc chorego.

Zapalenie tkanki oczodołowej w następstwie ostrego zapalenia ropnego zatoki czołowej. (Cellulite orbitaire consécutive à un empyème aigu du sinus frontal). Dr. Lafou.

Chory cierpiął na ostre ropne zapalenie zatoki czołowej w następstwie nieżyty nosa. Wśród tego przyszło do trzeszczu galki ocznej spowodowanego nie ropnicą oczodołu, gdyż ropy po nacięciu ani potem nie stwierdzono, ale zapaleniem tkanki oczodołowej, badanie zaś bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców i prątków pseudo-dyfterytycznych, więc mikroorganizmów, które tak często znajdujemy w zatokach nosowych. Trzeszcz galki po 4-ch tygodniach ustąpił zupełnie.

Objaw entoptyczny tętnienia tętniczego. (Le phosphène pulsatile phénomène entoptique du pouls artériel). Dr. Antonelli.

Autor spostrzegł u siebie objaw, który również Bastini już opisał. Mianowicie wracając w nocy do domu, skoro wyszedł śpięsznie na trzecie piętro, zobaczył nagle płamę słabo świecącą, i rytmicznie znikającą. Ukazywanie się tej płamy było równoczesne z tętnieniem tętnicy skroniowej. Objaw ten później nieraz autor spostrzegał, gdy szedł po ciemnych schodach a przytem nieco się zadyszał, plama występowała kilkanaście razy poczem zniknęła, zniknęła również natychmiast, skoro tylko światło, choćby zapalną zaświecił. Objaw ten odnosi Antonelli, podobnie jak Bastini do tętnicy środkowej siatkówki i jej rozgałęzień.

Glejak siatkówki oka lewego. Enukleacja. Wyleczenie. (Gliome de la rétine de l'oeil gauche. Enucleation. Guérison). Dr. Spéville.

U dziecka trzyletniego guz ograniczony leżał w okolicy równika, dosięgając ciała zęskowego. Badanie anatomiczne gałki wyjętej — wykazało, że nowotwór nie przebił jeszcze naczyńówki, ani *lamina cribrosa*. Czas spostrzegania wynosił 7 lat. Stąd autor wnosi, że enukleacja wczas wykonana wystarcza do uleczenia radykalnego w przypadkach glejaka. Dodatkowo opisuje autor przypadek *pseudoglioma*, gdzie wykonano enukleację, a badanie anatomiczne wykazało, że chodziło o zmianę zapalną.

O rokowaniu i postępowaniu przy glejaku siatkówki. (Sur le pronostic et le traitement du gliome de la rétine). Dr. Rochon-Duvigneaud.

Autor opisuje w krótkości 8 przypadków glejaka siatkówki. Nowotwór jako taki był we wszystkich przypadkach stwierdzony anatomicznie. Wnioski: Nawroty w przypadkach glejaka występują w większości przypadków w pierwszym roku po operacji. Nawroty po upływie dwóch lat należą do wyjątków. Glejak może wystąpić w drugim oku jako pierwotny, jednak czas wystąpienia tegoż nie przekracza najczęściej terminu jednego roku. Jeżeli przy enukleacji stwierdzimy, że nerw wzrokowy zachował swe zabarwienie i grubość prawidłową, rokowanie jest dobre. Natomiast jeżeli nerw wzrokowy jest zanikły, cienki, natenczas sama enukleacja, jak to pokazuje przyp. 2-gi autora nie wystarcza, i trzeba natychmiast przystąpić do wypaproszenia oczodołu. Tembardziej, jeżeli nerw okazuje się zgrubiałym, nie należy ani dnia zwlekać z wypaproszeniem. Żaden objaw kliniczny nie daje nam pod tym względem pewnych wskazówek, a li tylko badanie przeciętego nerwu, dlatego już przed operacją trzeba uzyskać zawsze pozwolenie od rodziców na ewentualne wypaproszenie gałki. Graefe radzi przecinać nerw wzrokowy jak najgłębiej w oczodole, aby przeciąć go w granicach zdrowych, jeżeli już nowotwór przeszedł po za blaszkę sitową. Wedle autora, postępowanie to nie ma racyi, glejak w nerwie wzrokowym jest to już glejak w oczodole, i skoro tylko raz nowotwór przebijie blaszkę sitową należy robić wypaproszenie gałki.

Wywinięcie powieki dolnej całkowite uleczone przyżeganiem prostopadłemi spojówki powiekowej. (Ectropion total de la paupière inférieure guéri par les cautérisations verticales de la conjonctive palpébrale). Dr. J o c q s.

Autor operował tym sposobem kilkanaście przypadków odwinięcia powieki starszego z dobrym wynikiem. Przyżęga spojówkę

powiekową od załamka aż do brzegu powiekowego w linii wię-
pionowej, robiąc takich linii trzy lub cztery, zależnie od stopnia
odwinięcia. Po operacyi zeszywa powieki w środku i szew pozostawia
przez 15 dni, postępowanie to, stosowane w cięższych przypadkach,
ułatwia i skraca przebieg pooperacyjny. Unikać należy przyżegania
samego załamka z obawy symblefaron.

Strbl. f pr. Aghk. 1906. Z. 4. (Ref. Dr L. Gruder).

Operacja zaćmy według Antyllosa (Die Staroperation nach Antyllos). Prof. Hirschberg w Berlinie.

Oryginał tekstu greckiego, podający opis operacyi zaćmy, wedle przepisów Antyllosa, wielkiego chirurga z H. w. po Chr. zagubił się. Istnieje tylko przekład arabski, a z tegoż przekład na język łaciński.

Antyllos przez Arabów był nazywany »greckim okulistą«.

W kodeksie arabskim al-hawi znajduje się dotyczący opis operacyi zaćmy wedle wskazówek Antyllosa; opis zgodny jest ze znanym sposobem, praktykowanym przy przekłuciu zaćmy t. zw. »Starstich«.

Dalej podaje Hirschberg przekład operacyi, znanej pod nazwą *Star-Ausziehung*, przyczem zapomocą wprowadzonej do przedziurawionej soczewki rurki szklanej, usuwano soczewkę przez wysianie.

Metallophon, przyrząd do wykazania w oku ciał obcych metalicznego, nawet nie żelaznego pochodzenia (Das Metallophon, ein Apparat zum Nachweis metallischer, auch nichteiserner Fremdkörper im Augeninnern). Dr K. E. Weiss w Tybindze.

Autor przy doświadczeniach na zwierzętach wyszedł z założenia, że elektryczna zdolność przewodzenia tkanek ciała ludzkiego (oka) o wiele wyższą jest, aniżeli zdolność przewodzenia u przewodników pierwszej klasy (metale), wskutek czego już mały kawałek metalowy może wywołać zapomocą odpowiedniego zastosowania elektrodów zmianę w zdolności przewodzenia, co przez odpowiednie doświadczenie da się wykazać.

Następuje opis przyrządu i doświadczenia, które dla zrozumienia należy w oryginale przestudować.

Rzadki wraz oczodołu (Eine seltene Orbitalverletzung).
Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Robotnikowi 19letniemu wleciał odłamek żelazny przez ranę w dolnej powiece pr. oka do oczodołu. Ruchy gałki znacznie osłabione, zwłaszcza ku zewnątrz i wewnątrz. Górna powieka opadnięta, źrenica 8 mm szeroka, nie oddziaływa. Na spojówce gałki żadnej rany, tylko silny krwotok podspojówkowy. *Vo pr.* = $\frac{1}{15}$ (palec 4 m.).

Wziernikiem nie można było spostrzedz w oku ciała obcego. Sideroskop wskazywał na ciało obce na dole wewnątrz.

Przez ranę w dolnej powiece autor wyjął ręcznym magnesem żelazny odłamek 12 mm długi, 9 szeroki; ważył 780 mgr.

Wyleczenie szło prawidłowo a po tygodniu $V = \frac{5}{15}$.

Na dnie oka widoczne były lekkie pęknięcia naczyńiówki, wywołane siłą uderzenia ciała obcego o gałkę oczną.

Także początkowe upośledzenie wzroku, nieoddziaływanie źrenicy i porażenia mięśnia odwodzącego (*abducens*) i zwieracza (*sphincter pupillae*) spowodowane były przez siłę urazu. Mianowicie *musc. abducens* i *sphincter pupillae* zostały porażone wskutek krwotoku do oczodołu.

Z. 5.

Wrodzone złogi barwikowe w rogówce (Ein neuer Beitrag zur angeborenen Hornhautpigmentierung). Dr A. Kraemer w San Diego.

Autor opisuje przypadek wrodzonych złogów barwikowych w głębokich warstwach rogówki obu ocz u 63letniej kobiety. Bystrość wzroku obustronnie ze szklami $\frac{5}{6}$, bez szkieł $\frac{5}{18}$ — $\frac{5}{12}$. Dno oka wykazuje: *Atrophia neuritica n. opt.* zaburzenia w rozpoznawaniu barw i współśrodkowe zwięźenie pola widzenia.

Rogówki obustronnie prawidłowe. Przy bocznem oświeleniu i przy pomocy lupy Hartnack'a widać w środku rogówki złogi brunatnego barwika, postaci wrzeciona leżącego. Brzegi takiego wrzeciona są nierówne, lecz ostro odgraniczone. Wrzeciono to jest w środku szerokie i dwa razy tak długie, jak szerokie. Brzegi zębate są zaopatrzone w gęstszą warstwę złogów barwikowych, aniżeli środek.

Przy przeświecaniu widać ten sam obraz, tylko wyraźniej.

Resztek błony źrenicznej (*membr. pupillaris*) nigdzie nie można było dostrzedz. Komora, łezówka i ciałko szkliste prawidłowe.

Stan ten wrodzonej melanozy obu rogówek w głębokich jej warstwach zalicza autor do typu, opisanego przez Krucken-

berga z tą tylko różnicą, iż w przypadku Kruckenberg'a złogi miały postać stojącego wrzeciona, podczas gdy w tym przypadku mamy leżące wrzeciono.

Do rozpoznania mięsaka naczyńiówki (Zur Erkennung von Aderhautsarkom). Dr O. Purtscher w Celoweu.

Odnosnie do przypadku Dra Fehra, który opisuje różnego rodzaju złogi barwikowe barwy ciemnej na dolnej części tęczówki i na *membrana Descemeti*, jako wczesne znamiona mięsaka śródoocznego, przytacza autor przypadek własny mięsaka, w którym zasługuje na szczególną uwagę masowa wędrowka pierwiastków mięsakowych do przedniej części gałki, gdy tymczasem sam nowotwór znajdował się na biegunie tylnym i był umieszczony dokoła tarczy (*circumpapillare Lage*).

U chorej 43letniej był następujący stan oka: Gałka silnie nastrożknięta. Zrenica rozszerzona. Na tęczówce liczne naczynia rozszerzone i przyczepiny przednie do rogówki. W komorze przedniej ciemnobrunatny osad do 2 mm wysoki, co do barwy odmienny od *hyphaema*. Soczewka czysta. W głębi oka widać przez ciemno zabarwione ciało szkliste do góry wewnątrz idącą linię wypukłą, odgraniczającą dwa garbiaste nowotwory. Ucisk śródoczny $+2$. V = Ruchy ręki przed okiem.

Próbna punkcja przedniej komory wykazała w komorze brunatną galaretowatą masę, wcale nie zmięszaną z wypływającą cieczą wodną. Drobnowid wykazał wielką ilość żółtobrunatnych i ciemnych, nieregularnie ukształtowanych złogów barwikowych, napotykanym przy mięsakach.

Rozpoznano z całą pewnością mięsaka, poczem gałkę usunięto.

Deutsche med. Wochschrift. Nr. 16. 1906. (Ref. Dr. W. Reis)

Powrotne porażenie nerwu okoruchowego jako powikłanie przy durze brzusznyu. (Rezidivierende Oculomotoriuslähmung als Komplikation bei Typhus abdominalis). Jo c h m a n n.

U chorego nieobciążonego dziedzicznie wystąpiło w 8 roku życia porażenie powieki górnej oka lewego przy równoczesnych wymiotach i bólach głowy. Stan ten trwał 8 dni, poczem oko wróciło do prawidłowego stanu. W latach następnych miewał chory napady połowicznych bólów głowy z wymiotami, które trwały 3—4 dni, nie zawsze jednak połączone były z objawami porażenia na

oku. W 10 roku życia wystąpiło znowu przemijające porażenie powieki, to samo w r. 13. Od tego czasu miewał chorey rocznie po trzy napady migreny bez porażień. Podczas ostatniego napadu połowicznego bólu głowy można było u chorego stwierdzić objawy duru brzusznoego a równocześnie z pojawieniem się tej choroby zakaźnej opadła znowu powieka na oku lewem, źrenica stała się rozszerzoną i zaledwie oddziaływała na światło, akomodacya była zniesioną a gałka oczna silnie skierowana na zewnątrz i trochę ku dołowi. Ruchy gałki ku górze i wewnątrz były zniesione.

Równoczesne wystąpienie porażenia nerwu okoruchowego i duru brzusznoego nie jest, zdaniem autora, tylko przypadkowym. Tyfus stanowił w tym przypadku przyczynę wywołującą i podtrzymującą porażenie, gdyż utrzymywało się ono przez trzy miesiące, a po wyleczeniu pozostał jeszcze ślad w postaci nieco węższej szpary powickowej. Przypadek powyższy zalicza autor do typu okresowo występujących porażień nerwu okoruchowego opisanych przez Möbiusa w odróżnieniu od migreny ocznej Charcota.

Etyologia tego cierpienia nie jest znaną; sekeyi dokonał zaledwie w dwóch przypadkach.

J. przypuszcza, że w przypadku opisanym istnieje również jakiś guz przyrody łagodnej w okolicy pnia nerwu okoruchowego, który przez powolny swój wzrost ciągle drażni nerwy. Napad porażenny powstaje dopiero jednak przez sumowanie tych bodźców. Toksyczne działanie zakażenia durowego osłabiło odporność nerwów na te bodźce i spowodowało cięższe i dłużej trwające objawy porażenia.

Nr. 17.

O zwrotnej nieruchomości źrenic po urazie. (Über traumatische reflektorische Pupillenstarre). Axenfeld.

Ze spostrzeżeń swych wyklucza te przypadki, w których źrenica po urazie nie oddziaływa wskutek przyczepin oraz przypadki, w których po zaburzeniach w gałce, oczodole lub mózgu wystąpiła ślepoła z nieruchomością źrenicy. Autor zwraca uwagę tylko na przypadki, w których po urazie przy wolnej tęczęwce i na oku widzącem wystąpiła zwrotna nieruchomość źrenicy typu Robertsona t. j. zniesienie bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło, przy utrzymanej reakcyi współczulnej i konwergencyi.

A. przypuszcza istnienie odosobnionego porażenia włókien źrenicznych nerwu ocznego, które może także wystąpić przy stłuczeniach czaszki bez zaburzeń w zakresie nerwu okoruchowego. Zwrotna nieruchomość źrenicy może wystąpić również po urazach gałki bez rozszerzenia źrenicy, a przyczyny tego objawu należy może szukać w zakończeniach nerwowych samej tęczęwki.

Nr. 19.

O zapaleniu siatkówki i nerwu ocznego przy kile wrodzonej. (Über Entzündung der Netzhaut und des Sehnerven infolge von angeborener Lues). Hirschberg.

Świeże przypadki zmian kiłowych na dnie oka w pierwszych tygodniach po urodzeniu dziedzicznie obciążonego osobnika rzadko bywają spostrzegane przez lekarzy. Zmniejszenie bystrości wzroku u dziecka kilkomiesięcznego nie tak łatwo zwraca uwagę otoczenia, tak że dopiero drżenie gałek ocznych lub nieznaczny zez może zdradzić istnienie cierpienia ocznego. Według Hirschberga występuje to cierpienie w pierwszych miesiącach życia (w przeciwieństwie do zapalenia mięszsowego rogówki, które jest objawem późnym odziedziczonej kiły) i jest zazwyczaj obuocznem, chociaż może być o różnym nasileniu na obu oczach. Główne objawy obrazu klinicznego są następujące: 1) Zaćmienie ciała szklistego w postaci delikatnego pyłu. 2) Tarcza nerwu wzrokowego przykryta jest niebieskawą wypociną, rozprzestrzeniającą się w otoczenie i stopniowo znikającą. 3) W środku siatkówki brunatne zabarwienie, które nie jest jednak ułożsamione z plamką żółtą. 4) Na dnie oka, szczególnie na obwodzie gęsto obok siebie ułożone, liczne jasne nacieki, w których wkrótce pojawiają się ziarenka barwikowe w środku lub na brzegach. Obraz ten byłby podobny do zwyrodnienia barwikowego, tylko że ułożenie nacieków nie jest ograniczone do pewnych części dna oka, nacieki nie posiadają typowej postaci, a wśród barwikowych plam widać ogniska białawe lub różowawe. Kurzej ślepoty brak.

Ślady przebytego zapalenia można czasami jeszcze spostrzeć przy wystąpieniu objawów późnych kiły dziedzicznej. Leczenie swoiste stosował autor w postaci wcierań szaruchy (niemowlętom 0,5 gr, małym dzieciom 0,75, starszym nieco po 1 gr dziennie). Ilość wcierań nigdy nie była mniejszą od 100, czasami przy nawrotach dosięgała do 300. Wyniki leczenia były zadowalające, zwłaszcza w przypadkach świeżych.

Po szczegółowem omówieniu kilku dotyczących przypadków przedstawia II. przypadek kilaków tęczówki u młodego chłopca, które powstawały bardzo szybko i znikwały kilkakrotnie. To charakterystyczne zachowanie się kilaków, jest — według autora — może jedynem i dotychczas w literaturze nie uwzględnionem spostrzeżeniem klinicznym.

Nr. 20.

Doświadczalne i kliniczne badania nad powstaniem

zaniku gałki ocznej. (Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Entstehung der Phthisis bulbi). Schirmer.

O powstaniu zaniku gałki ocznej dotychczas nie mamy dokładnych pojęć. Fuchs przypisuje powstanie zaniku kurczeniu się śródgałkowych wysięków; Greef, Ginsberg i Parsons zwracają uwagę na kurczenie się wyrostków rzęskowych, które zatopione w masach wypocinowych wstrzymują dopływ cieczy do wnętrza oka. Doświadczałnie zajmował się tą sprawą Rindfleisch w r. 1892, który wywoływał zanik gałki przez wprowadzenie rtęci do ciała szklistego. Już po 5—6 godzinach występuje zmniejszenie się napięcia gałki, po 24 godzinach wynosi ciśnienie śródoczne tylko $\frac{1}{3}$ prawidłowego stanu i obniża się w następstwie jeszcze bardziej podczas gdy równocześnie występuje zmniejszenie się gałki. W połączeniu z tymi objawami rozwija się trudno się gojący ropień w ciele szklistem. Badanie anatomiczne ciała rzęskowego, szczególnie w okresach wczesnych, żadnych zmian nie wykazywało. Mimo to czynność jego była chorobowo zmienioną: ciało rzęskowe wytwarzało bardzo mało cieczy komórkowej o patologicznym składzie, co stwierdzić mogły doświadczenia z fluorescyną. Podczas gdy w warunkach prawidłowych po wstrzyknięciu śródżylnem (1 ce^3 u królika) pojawia się fluorescyna już po pięciu minutach w komórce przedniej a po 12—18 godzinach ciecz wodna jest zupełnie czystą, to w oku ze sztucznie wywołanym zanikiem gałki można jeszcze fluorescynę wykazać po 24—36 godzinach. Przyczyna tego zjawiska tkwi w znacznie zwolnionem krążeniu limfatycznem. Zawartość zaś białka w cieczy wodnej, która w prawidłowych warunkach wynosi 0,02—0,04% wzrasta już po sześciu godzinach do 0,2% a po 24 godzinach nawet do 1%.

W ciele rzęskowem powstaje więc ciężkie czynnościowe zaburzenie, które anatomicznie objawia się tylko obrzękiem ciała rzęskowego i przekrwieniem wszystkich jego naczyń, a w którym S. upatruje przyczynę zmniejszenia się napięcia gałki. A jeśli rzeczywiście przekrwienie zapalne jest przyczyną hypotomii, to po usunięciu np. rtęci powinno ciśnienie śródoczne wrócić do prawidłowego stanu. Chcąc to przypuszczenie doświadczałnie stwierdzić wprowadził S. do wnętrza gałki ocynkowane i powleczone rtęcią kawałeczki żelaza. Zmniejszenie się napięcia gałki występowało natychmiast. Po pewnym czasie usuwał S. zapomocą magnesu Hirschberga owe kawałeczki żelaza powleczone rtęcią i zauważył, że ciśnienie śródoczne, które poprzednio spadło do 4—6 mm Hg, wracało stopniowo do stanu prawidłowego (20—30 mm Hg).

Dla poparcia swego twierdzenia mierzył S. napięcie w oczach z ważnemi sprawami zapalnymi jagodówki, zmodyfikowanym przez

Liwschitza tonometrem Ficka. We wszystkich przypadkach powikłanych zapaleniem ciała rzęskowego, istniało również zmniejszenie ucisku śródocznego. Oprócz hypotomii można było także stwierdzić w cieczy wodnej, otrzymanej przez nakłucie powiększenie zawartości białka do 1%. Także ciężkie, zakaźne zapalenia po drażących zranieniach gałki ocznej wykazywały podobne zaburzenia.

Na podstawie tych doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń dochodzi S. do następujących wniosków:

1) Przyczyną pierwotnej hypotomii, która występuje już po kilka godzin zaledwie trwającym zapaleniu, jest zaburzenie w krążeniu, które powoduje wydzielanie się znacznie zmniejszonej ilości cieczy wodnistej o wysokiej zawartości białka. Po ustąpieniu zapalenia nawet dłużej trwającego, może ucisk śródoczny wrócić do prawidłowego stanu.

2) W przypadkach niepomysłnie przebiegających przychodzi w wyrostkach rzęskowych do tak znacznego zaniku naczyń, że nawet po ustąpieniu objawów zapalnych pozostałe naczynia nie są w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości cieczy śródocznej. Wytwarza się wówczas ciecz śródoczna o prawidłowym składzie lecz w znacznie zmniejszonej ilości. Wskutek tego ciśnienie stale pozostaje zmniejszone, a ściany gałki, nie utrzymywane nadal w napięciu, kurczą się na mocy własnej swej sprężystości, grubieją i dają początek — zwykłemu zanikowi gałki. Kurczącym się wysiękiem w wnętrzu gałki przypisuje S. tylko pewną rolę przy silniejszym wciągnięciu niektórych części ścian gałki np. błizn.

Skoro jednak mimo zaniku naczyń pozostaną w gałce resztki zapalne, które zaburzenie w krążeniu podtrzymują, to wydziela się ciecz komórkowa w zmniejszonej ilości i chorobowo zmienionym składzie i daje powód do powstania bolesnego zaniku gałki ocznej.

Die ophthalmologische Klinik. Nr 4. (Ref. K. W. Majewski).

O zastosowaniu przyrządu ssącego Bier-Klapp'a zamiast pijawki sztucznej Heurteloup'a (Über den Ersatz des Heurteloup'schen Apparates zur künstlichen Blutentziehung durch Sanguiparaplast nach Bier-Klapp). Prof. Peters z Bonn

W przypadkach chorób głębokich błon oka, gdzie wskazane jest leczenie odwodzące, przekonał się autor, że można z korzyścią zastąpić upusty krwi zapomocą sztucznej pijawki Heurteloup'a przyrządem ssącym Bier-Klappa, działającym na sposób bańki

suchej. Szklany dzwonek tego przyrządu, przystawia on codziennie, lub co drugi dzień do skroni po stronie chorego oka. Wyniki w kilku przypadkach były pomyślne.

Nr 5.

O przyrodzie prostego zaniku siatkówki (Über die Natur der einfachen Atrophie der Netzhaut). Doc. Ferentinos z Patras.

Tak zwaną *retinitis pigmentosa*, inaczej *degeneratio retinae pigmentosa* lub, jak ją Wecker określił, *cirrhosis retinae*, uważa autor za miejscowy, przedwczesny objaw starczego zaniku siatkówki, polegającego na obumareciu jej na światło wrażliwych składników. Ze zbyt dużego już dla zanikłych czopków i pręcików dopływu krwi korzysta tkanka łączna, ulegając znacznemu rozrostowi, a gdy z biegiem czasu skutkiem przystosowania się miejscowego krwioobiegu do osłabionej przemiany materii w głównych składnikach siatkówki dopływ krwi się uszczupli, tkanka łączna poczyna się kureczyć. Zdaniem autora, ta sprawa chorobowa w siatkówce okazuje pewną analogię do zmian toczących się przy marskości wątroby.

Nr 6.

Nowa teoria odczuwania barw, oparta na anatomicznej i fizycznej podstawie (Eine neue Theorie der Farbenempfindung auf anatomisch-physikalischer Grundlage). Prof. Raehlmann.

Autor zwraca uwagę na zasadniczą różnicę, jaka zachodzi między odczuwaniem wrażeń świetlnych, a odczuwaniem wszelakich innych wrażeń zapomocą czterech pozostałych zmysłów. Gdy czuciowe zakończenia nerwów smaku, węchu, dotyku i słuchu zwrócone są wprost w tę stronę, z której przychodzi wrażenie i bezpośrednio wystawione na działanie odpowiedniego czynnika fizycznego, w siatkówce ma się rzecz wprost odwrotnie. Promienie światła, aby dotrzeć do jedynie wrażliwej na ich działanie warstwy pręcików i czopków muszą przejść przez wszystkie inne warstwy siatkówki, a nawet w samym ciele komórkowym pręcików i czopków kierunek ich jest wprost przeciwny kierunkowi, jakim przenosi się odebrane wrażenie ku ośrodkom nerwowym. Raehlmann wykazuje, że ta odrębność siatkówki pośród narządów zmysłowych jest tylko pozorną. Wiadomo bowiem, że ciało czopków i pręcików składa się z dwóch członów o zupełnie różnym współczynniku załamania. Powierzchnia zatem, rozgraniczająca obydwie te czony, musi znaczną część promieni świetlnych odbijać w kierunku, skąd przyszły. Ołów w takich warunkach powstają skutek interferencji znane w optyce, t. zw. fale stojące, wytwarzające warstwy równoległe

do powierzchni, odbijającej światło o grubości równej połowie długości fali danego światła jednorodnego. Tam, gdzie poszczególne warstewki te graniczą ze sobą, amplituda drgania schodzi do zera. Wskutek tego we wewnętrznym czlonie pręcików, względnie czopków powstają fale stojące, których typ zależy od rodzaju światła jednorodnego, albo też od składu mieszaniny promieni barwnych. Od długości tych fal stojących zależy rodzaj odczutoego wrażenia barwnego, a że przechodzą one do skutku przez odbicie promieni świetlnych, więc staje się przez to zadosyć warunkowi, żeby zewnętrzny czynnik fizyczny działał w kierunku zgodnym z kierunkiem przewodnictwa w zakończeniach i we włóknach nerwowych.

Argyrol w leczeniu okulistycznym (Das Argyrol in der Augenheilkunde). James H. Inshelwood.

Autor omawia zalety argyrolu, jako środka, mogącego z korzyścią zastąpić azotan srebra. Przy jaglicy używał on 20% względnie 30% rozczyńców. Korzystne wyniki uzyskiwał przy ropnym zapaleniu spojówek noworodków, pędzując je raz lub dwa razy dziennie 20% lub 30% rozczyńcem argyrolu. Przy wrzodach rogówkowych zaleca maść, zawierającą 5—10% argyrolu, z dodatkiem holokainy i atropiny. Skutecznie ma działać też argyrol w przypadkach zapalenia brzegu powiekowego. Autor wciera rozczyzn 30% po oddaleniu strupków tak, aby argyrol wniknął do cebulek rzęsovych. Uzyskiwał on wreszcie dobre wyniki przy śluzoropotoku woreczka łzowego, tu jednak wskazana jest ostrożność, bo w razie zranienia błony śluzowej, argyrol dostawszy się pod skórę, wytwarza trwałe, sine zabarwienie tejże.

Alypina jako środek znieczulający w okulistyce (Alypin, als Anästheticum für die Sprechstunde). Kirchner.

Autor podnosi znane już zalety alypiny, jako środka znieczulającego, który nie rozszerza źrenicy, ani nie osłabia akomodacyi, a znieczula równie dokładnie, jak kokaina. Dość silne pieczenie, jakie sprawiał początkowo fabrykowany preparat alypiny, zostało obecnie przez usunięcie przymieszki kwaśnych składników, prawie zupełnie zniesione. Jako ważną zaletę alypiny wymienia autor szybsze występywanie znieczulenia, niż po kokainie, co dla pospiesznej praktyki ambulatoryjnej ma także swoje znaczenie. Przekrwienie chwilowe, jakie sprawia alypina powstrzymuje autora daleko od używania jej przy takich operacyach, jak irydektomia i ekstrakcyjne, ze względu na nieznaczny choćby, lecz zawsze niepożądany krwotok wśród zabiegów.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. (Ref. Dr Liebermann).

Październik, 1905.

Apoplexia sanguinis retinae (v. Michel) czyli t. zw. retinitis haemorrhagica skutkiem urazu. (Apoplexia sanguinis (Michel) oder sogenannte Retinitis haemorrhagica nach Unfall). Dr Hillemanns — Dinsburg i Dr Pfalz — Dysselfdorf.

Autorowie opisują przypadek, w którym skutkiem uderzenia w okolicę oka, powstał obraz chorobowy, przypominający w zupełności *retinitis haemorrhagica*. Z biegiem czasu wszelkie objawy choroby ustąpiły, oko wróciło do stanu prawidłowego. Autorowie przypuszczają, iż wybroczyna w otoczkach nerwu wzrokowego położona zatamowała czasowo krążenie żyłne i spowodowała wybroczyły w siatkówce. Skoro zaś ta wybroczyna, mechanicznie utrudniająca krążenie uległa wessaniu, to i siatkówka powoli przybrała z powrotem prawidłowe wejście i prawidłową swą sprawność.

Przyczynki do leczenia surowicą w przypadkach wrzodu pelzającego rogówki. (Beitrag zur Serumtherapie des Ulcus corneae serpens). Dr L. Paul.

Zdaniem autora, organizm nawet słabszy, znosi dobrze i to znaczniejsze dawki surowicy przeciw pneumokokom. Wstrzykiwał on podskórnice u tego samego osobnika po 10 cm³, a nawet i 20 cm³ surowicy i dopiero po takich dawkach stan chorobowy oka we wielu przypadkach się poprawiał. Mniema on, iż surowica w mniej więcej 50% przypadków wrzodu pelzającego rogówki daje dodatnie wyniki.

Melanosia oka prawego (rogówka, spojówka i łączówka) i wielokrotne barwikowe nagałkowe nowotwory oka lewego (rogówki i rąbka spojówkowego). (Melanosia des rechten Auges (Kornea, Konjunktiva und Iris) und multiple melanotische Neubildungen des linken Auges (der Kornea und Limbus conjunctivae). Dr M. Menacho — Barcelona.

Autor opisuje przypadek, w którym wzdłuż *limbus* i w środku rogówki powstało *successive* aż 12 ognisk nowotworu barwikowego. Po zniszczeniu jednego ogniska nawrotu choroby w bliźnie nigdy nie było, natomiast powstawało w jakiś czas później, zupełnie odrębne gniazdo, w innym miejscu.

Przy dokładnem badaniu lupą, można było stwierdzić w tęczęwce miejsce ograniczone cienne. Również i w drugim (prawem), na razie zupełnie zdrowem oku, widać tak w tęczęwce, a zwłaszcza w rogówce rozsiane liczne ogniska barwikowe.

Listopad, 1905.

Przyczynek do histologii guzków tęczówki. (Zur Histologie der Irisperlen). Dr Rafael Silva — Meksyk.

W chwili urazu dostała się ciałeczko rzęsa do przedniej komory i to tak, iż cebulką swą przylegała do tęczówki. W niejaki czas później rozwinął się w tym miejscu guzek, na wierzchołku którego widać było rzęsę. Guzek ten wraz z częścią tęczówki wycięto. Okazało się, iż wspomniany guzek przylega tylko do tęczówki a składa się z komórek przybłonkowych, które ulegają powolnemu zrogowaceniu. Na tej podstawie twierdzi autor, iż nowotwór powstał skutkiem bujania komórek cebulki włosowej, które to komórki zachowały swą żywotność.

O leczeniu tętniaka oczodołu. (Zur Behandlung des pulsierenden Exophthalmus). Dr. G. Schwalbach — Berlin.

Autor radzi odstąpić i podwiązać tętnicę dogłową i resekować w oczodole rozszerzoną żyłę. Dostęp do miejsca operacji wytwarza autor cięciem wzdłuż łuku brwiowego.

O skrobiowatym zwyrodnieniu powiek i spojówek. (Ueber amyloide Degeneration der Lider und Konjunktiva des Auges). Prof. Dr E. Raehlmann — Weimar.

Istota skrobiowata powstaje z białka pod wpływem fermentu, który jest również istotą białkową. Ponieważ skrobiawica powiek jest tylko miejscowym cierpieniem, przeto i wspomniany ferment musiał albo w danym miejscu powstać, lub też w to miejsce imigrować.

W pierwszym okresie zwyrodnienia amyloidowego widać w pierwszocy lub jądrze komórek drobne ziarenka, które mogą następnie wyjść poza obręb komórki. Powoli ziarnistość komórki zanika, wygląd pierwszocy staje się bardziej jednolitym. Z ziarenek leżących poza obrębem komórek tworzą się większe grudki, nie wykazujące już żadnej budowy, które już mogą dawać wyraźny odczyn amyloidowy.

O chorobach ocznych na tle samozatrucia. (Ueber Augenerkrankungen durch Autointoxikation). Prof. Elschmig — Wiedeń.

O niektórych chorobach ogólnych, jak reumatyzmie, *arthritis* i t. p. wiemy, iż mogą dać powód do chorób ocznych. We wielu jednakże przypadkach *scleritis*, *episcleritis*, *iritis*, zwłaszcza *recidivans*, żadnej ogólnej choroby wykazać nie można. Badanie moczu

w tych przypadkach wykazuje zmiany, świadczące o zaburzeniach w trawieniu. Często mianowicie znajdował autor w takich przypadkach zwiększenie ilości indykanu w moczu.

Lecząc dyetetycznie, kalomelem, a następnie przetworami kreozotowemi (*guajacolum carbonicum* 0.50. 3-4 × dziennie) udało się autorowi uleczyć wielu chorych, zwłaszcza w przypadkach *iritis recidivans* i to nieraz takich, u których wszelkie inne leczenie nie pomagało.

Grudzień 1905.

O wrodzonym przemieszczeniu źrenicy na tle zapaleniu. (Über angeborene entzündliche Ektopia Pupillae). Dr N. C. Jones — Kanada.

Dziecko urodziło się z małą i ku górze przesuniętą źrenicą. Ponieważ wkrótce rozwinął się *hydrophthalmus*, oko wyjęto. Badanie wykazało, iż cała źrenica zamkniętą była błoną, a w dolnej części zanikłej tęczówki znajdowały się ślady przebytego zapalenia. Dziecko zatem w łonie matki przejść musiało zapalenie jagodówki.

Cylindroma gruczołu łzowego. (Cylindrom der orbitalen Tränenrüse). Dr Enrique Demaria — Buenos-Ayres.

Autor opisuje nowotwór gruczołu łzowego, składającego się ze spółśrodkowo, w gniazdach ułożonych komórek cylindrycznych. Chora zmarła z powodu nawrotu nowotworu.

Kliniczne i anatomiczne badania nad działaniem radium na jaglicę. (Klinische und anatomische Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf die trachomatöse Bindehaut). Doc. Dr Birch-Hirschfeld.

Pod wpływem promieni *radium* jagielki zmniejszają się wprawdzie, jednakże już po upływie kilku tygodni z powrotem w tych samych miejscach występują.

Histologicznie stwierdzić można, iż kilkakrotne naświetlanie powoduje w niektórych komórkach rozpad jąder, inne jednakże komórki jagielki pozostają nietknięte i po pewnym czasie powtórnie się mnożą.

R. XLIV. T. I. Styczeń 1906.

Nie opisane dotychczas zбочzenie wrodzone dna oka. (Eine noch nicht beschriebene kongenitale Anomalie des Augenhintergrundes). Dr W. Stock i Dr A. v. Szily jun. — Fryburg w Bryzgowii.

U 26 lat liczącej chorej, która, od urodzenia lewym okiem gorzej widziała, widać na dnie oka w miejscu tarczy nerwu wzro-

kowego zagłębienie, o średnicy 3—4 razy większej, aniżeli przekrój tarczy wynosi. Na dnie tego zagłębienia widać dopiero prawidłową tarcz nerwu wzrokowego.

O jednostronnem atropinizowaniu przy strabismus convergens concomitans. (Ueber einseitige Atropinisation bei Strabismus convergens concomitans). Prof. Dr. Conrad Fröhlich — Berlin.

W 9 przypadkach zezą jednostronnego atropinizował autor przez pewien przeciąg czasu oko nie zezujące i doszedł do następujących wyników: 1) Bardzo często zez przenosi się na oko poprzednio zdrowe. 2) Bystrość wzrokowa tego oka podupada. 3) Po przestaniu atropinizowania zez zazwyczaj z powrotem przechodzi na oko, które przed leczeniem zezowało, a w oku, którym chory przed leczeniem patrzył, bystrość wzrokowa powoli znów wraca do pierwotnej wysokości.

O prekornealnej irydotomii. (Praekorneale Iridotomie). Prof. Dr. Th. Axenfeld — Fryburg.

Autor robi małe cięcia poza przejrzystym brzegiem rogówki a wydobywszy na łepym haczyku tęczówkę po za rogówkę, przecina ją nożyczkami do irydektomii poprzecznie i odprowadza. Zamiast wydobywania tęczówki można też w ten sposób zrobić, iż po nacięciu rogówki wykonywa się lekki ucisk na gałkę oczną, powodując w ten sposób sztuczne wypadnięcie tęczówki.

Jamisty (zatokowaty) zanik nerwu wzrokowego i rozstępy twardówki w przypadku nadmiernej krótkowzroczności. (Kavernöse (lakunäre) Sehnervenatrophie und Dehiscenz der Sklera bei hochgradiger Myopie). Dr. A. Polatti — Medyolan.

W przypadku nadmiernej krótkowzroczności, wynoszącej przeszło 30. D, znalazł autor przy badaniu histologicznem gałek ocznych następujące zmiany:

Tylne połowy obu gałek znacznie zcieńczały i wydęły. W niektórych miejscach widać w twardówce braki wypełnione przez zmienione głębsze warstwy oka.

W nerwie wzrokowym widać zatokowate ubytki, bądź to puste, bądź też częściowo wypełnione przez neuroglię. Ilość i wielkość tych jam wzrasta w dośrodkowych częściach nerwu.

O obwodowem wydęciu rogówki. (Zur Entstehung der peripheren Hornhautektasie). Dr. Seefelder — Lipsk.

Autor opisuje przypadek, gdzie u chorej powoli rozwijało się rozdęcie w górnej połowie rogówki. Z obu stron na rogówkę za-

chodziła łuszczyca. Zdaniem autora przyczyną wyłysienia był *keratitis marginalis superficialis* (Fuchs).

Pęknięcia błony Descemeta u krótkowzrocznych. (Risse der Descemetischen Membran bei Myopie). Dr Bruno-Fleischer, Tybinga.

Dolyczasowe przypadki pęknięcia błony Descemeta widziano u ludzi cierpiących na *hydropthalmus* z powiększeniem rogówki. Obecnie autor opisuje pęknięcia błony Descemeta u dwóch ludzi, cierpiących na znaczny stopień krótkowzroczność.

Revue générale d'Ophthalmologie. Nr 2. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Leczenie raka powiekowego. Blefaroplastyka à tiroir (Traitement de l'épithélioma palpébral. La blépharoplastie à tiroir). Rollet.

Autor jest zwolennikiem operacyjnego leczenia raka powieki. Do radioterapii zraziły go niedostateczne lub wprost niekorzystne wyniki, jakie widział w kilku przypadkach. Opisuje on obecnie sposób, z dawna przez siebie używany, plastycznego odtwarzania powieki dolnej w przypadkach, gdzie została wraz z nowotworem w całości usunięta. Prowadzi on od obu kącików pionowe cięcia ku dołowi, najpierw przez całą grubość powieki, a poniżej łuku oczodołowego przecinając samą tylko skórę. Powiekę wraz z nowotworem odcina poziomym cięciem poprzecznym, a następnie podpreparowuje prostokątny płat skóry, okrojony wyżej wymienionymi cięciami i wyciągając go, przesuwa ku górze tak, żeby brzeg jego poziomy znalazł się na wysokości dawnego brzegu powiekowego. W tem położeniu przyszywa następnie płat ten zapomocą nici słabowych. Dla zastąpienia spojówki przeszczepia autor zazwyczaj błonę śluzową z jamy ust.

Nr 3.

Alypina w okulistyce (L'alypine en oculistique). Prof. T r u c.

Na podstawie własnych doświadczeń autor przekonał się, że alypina jest wybornym środkiem znieczulającym, łatwo rozpuszczalnym we wodzie i nie ulegającym zmianie pod wpływem gotowania. Wstrzykiwania 2% roztworu podskórne lub podspojówkowe

nie wywołują żadnych objawów zatrucia. Zapuszczona w 1—5% roztworze, powoduje pieczenie i zaczerwienienie spojówki, ale nie powiększa szpary powiekowej, nie rozszerza źrenicy, ani nie uszkadza przybłonka rogówkowego.

Stowaina przy operacji podwinięcia powieki dolnej
(La stovaine pour l'opération de l'entropion de la paupière inférieure). Dr Santos Fernandez.

W kilku przypadkach podwinięcia powieki dolnej, które nie dały się usunąć ani zapomocą przylepca, ani zapomocą kollydium (według Bermana) wykonał autor operację, używając do znieczulenia stowainy w 2% roztworze. Przekonał się on, że stowaina wstrzyknięta podskórnie sprowadza znieczulenie na większej przestrzeni, niż kokaina w jednakich zresztą warunkach. Badania przeprowadzał na skórze przedramienia, posługując się estezjometrem. Wyższości stowainy dowiodły również wyżej wspomniane operacje powiekowe.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. Nr. 17. 1906. (Refer. Dr W. Reis).

Praktyczna metoda dla usunięcia przyczyny 1/4 przypadków zapobiedz się dającej ślepoty w Stanach Zjednoczonych. (A practical method of abolishing the cause of one-quarter of the unnecessary blindness in the United States). Park Lewis.

Statystyka ślepoty w Stanach Zjednoczonych wykazuje, że 1/10 wszystkich istniejącej ślepoty mogłyby być omińnięte przez stosowne środki zapobiegawcze i lecznicze, gdyż 1/4 z tych przypadków lub 1/10 wszystkich przypadków powstaje wskutek szluzoropotoku noworodków. W Nowym Jorku jest więcej niż 6,000 ślepych, a w Stanach Zjedn. przeszło 50,000, z tych zaś 600 w Nowym Jorku, a 5000 w Stanach Zjedn. mogłyby być wyratowane. Autor stawia wniosek rozwinięcia akeyi państwowej dla wciągnięcia jak najszerszych kół do zapobiegania temu cierpieniu. Lekarze, publiczność i gospodarka publiczna powinny tutaj współdziałać. Każdy powinien być pouczony o zgubnych skutkach oftalmii i mieć możliwość nawet bezpłatnego zaopatrzenia się w środki zapobiegawcze. Jako lek ochronny uznanym jest zabieg Credégo. Dla dogodniejszego i rozpowszechnionego użycia azotanu srebra poleca autor utrzymywanie we wszystkich odpowiednich składach ampulek z ciemnego szkła (na wzór fiolek z przetworami do wstrzykiwań),

któreby zawierały pewną ilość roztworu azotanu srebra. Po odłamaniu jednego końca ampułki, byłyby one gotowe do użytku. Wraz z ampułkami powinnyby być rozdawane przepisy pouczające o istocie choroby oraz środkach zapobiegawczych i leczniczych.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XVI. Część III, Październik 1905. (Refer. Dr W. Reis).

O dziedziczności w różnych postaciach zaćmy (On heredity in the various forms of cataract). E. Nettleship.

Wpływ dziedziczności na powstanie zaćmy powszechnie jest znanym. Autor starał się jednak zapatrywanie to oprzeć na dokładnych spostrzeżeniach, obejmujących nie tylko jedno pokolenie, ale całe drzewo rodowe dotyczącej rodziny. Materiał zebrany przez N. pochodzi przeważnie z klas wykształconych i podzielony jest na dwie główne grupy. A) Do pierwszej grupy należą zaćmy starsze i przedwczesne u osobników młodych. Badanych było około 145 rodzin a przeszło 500 osób. Z tych przypada na zaćmę starczą 122 rodzin, a 375 osób (mężczyzn 145, kobiet 230) i na przedwczesną lub młodzieńczą 25 rodzin, a 152 osób (mężczyzn 49, kobiet 62). Z tych danych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Skoro zaćma starcza pojawia się w kilku pokoleniach, przechodzi ona nieprzerwanie z jednego pokolenia do następnego i rzadko kiedy opuszcza jedno pokolenie. Na samych wywiadach nie można polegać w tych przypadkach, ojciec bowiem mógł mieć nieznaczne zaćmienie soczewki niepostępujące i był przez członków rodziny uważany za wolnego od zaćmy. Pozornie więc może być ciągłość przerwana, mimo iż w rzeczywistości jest ona podtrzymywana przez słabe ogniwo. 2) W połowie przypadków (4 pokolenia) dzieci obciążone później zaćmą następowały po sobie bezpośrednio, w drugiej połowie były dzieci obciążone zaćmą, oddzielone od siebie dziećmi nieobciążonymi. 3) N. potwierdza na podstawie obserwacji kilku pokoleń wypowiedziane dotychczas przez innych autorów zapatrywanie o przewadze płci żeńskiej w powstaniu dziedzicznej zaćmy starczej. Kobiety są więc bardziej skłonne do nabycia rodzinnej zaćmy starczej, która częściej pochodzi od matki niż od ojca. 4) Na podstawie spostrzeganych przypadków dochodzi autor do przekonania, że zaćma starcza wykazuje skłonność do pojawiania się w wieku wcześniejszym w każdym następnym pokoleniu. Objaw ten zowie N. *wyprzedzeniem zaćmy* (*anticipation*) na wzór wyprzedzających napadów zimnicy. Zdarza się jednakże, że zaćma

może się pojawić w tym samym wieku u wszystkich obciążonych członków rodziny. Dłuższa żywotność poszczególnych pokoleń utrudnia wprawdzie zebranie danych dotyczących przeszłych pokoleń, mimo to jednak z przytoczonych faktów widocznym jest, że dziedziczna zaćma starsza i przedwczesna skłonność jest przywiązana do wcześniejszego pojawiania się i wcześniejszego dojrzewania w pokoleniach następujących.

B) Druga grupa obejmuje zaćmy wrodzone, a zawiera 183 chorych, z których 90 kobiet, a 93 mężczyzn, oprócz 55 przypadków, których płeć nie była zaznaczoną. Na wstępie omawia N. nieznaną ilość przypadków, w których zaćma rozpoznana po urodzeniu lub kilka tygodni potem była już od początku zupełnie dojrzałą lub stała się nią w krótkim czasie. Przypadki te pozostają niewątpliwie w związku z ogólnym schorzeniem ustroju. Kiły nie można było stwierdzić, natomiast bliskie pokrewieństwo dotyczących rodzin. Fakt ten mógł być być łatwo pominięty, zwłaszcza, że niektóre z rodzin z najdłuższymi drzewami rodowymi były osiedlone przez długie okresy w okolicach odległych, gdzie małżeństwa pokrewne zawierano w rozmaitych kombinacjach, a prawdopodobnie w dalszych pokoleniach zapominano często o łączącym ich stopniu pokrewieństwa. Czynnikiem temu należałoby także przypisać pewne znaczenie i w innych postaciach zaćmy. Do rodzinnej wrodzonej zaćmy zalicza N. także zaćmę wrzecionowatą, dość rzadko występującą, w której zaćmienie soczewki powstaje w bardzo wczesnym wieku i zatrzymuje się na pierwotnym stopniu rozwoju. Schorzenie to obarcza często po sobie następujące dzieci. Pierworodek, bez względu na płeć, był zawsze obciążony tem cierpieniem. Zaćma warstwowa obarcza zwykle tylko jednego członka z rodziny, lecz wyjątki również nie są rzadkie.

Zestawienie statystyczne przypadków opatrzone jest licznymi szematami objaśniającymi pojawianie się zaćmy w niektórych bardziej zupełnych drzewach rodowych.

Powikłania torebkowe w następstwie wyjęcia zaćmy
(Capsular complications after cataract extraction). Treacher Collins.

Powikłania torebkowe po operacji zaćmy mogą być spowodowane przyczepami torebki do rany operacyjnej i zaćmieniami umiejscowionemi w torebce soczewkowej. I. Mikroskopowe badanie gałek ocznych, operowanych na zaćmę, wykazuje, że przyczepy torebki soczewkowej do rany w rogówce lub do rąbka rogówkowo-twardówkowego są zależne: albo od a) wciśnięcia się części przedniej torebki między brzegi rąbki albo od b) przyklepienia się to-

rebki do rany przez wysięk zapalny. Autor badał kilka gałek ocznych, wyluszczonej po operacyi zaćmy wskutek następowego zapalenia tęczęwki i ciała rzęskowego, a wyniki badań były następujące: 1) Uwzięła torebka soczewkowa, leżąca między brzegami rany, działa jako ciało obce. Naokoło niej tworzy się nacieczenie drobnokomórkowe, złożone z komórek nabłonkowych, kilku komórek olbrzymich i limfocytów. 2) Obecność torebki opóźnia gojenie się, jak o tem świadczą rozwarłe brzegi rany. 3) Opóźnienie zamknięcia się rany zwiększa łatwość zakażenia przez drobnoustroje worka spojówkowego, tak że następową *iridocyclitis* prawdopodobnie odnieść należy do tego zakażenia. 4) Prawdopodobnem jest, że skłonność do *iridocyclitis* istniała w tych oczach wskutek ciągłego drażnienia ciała rzęskowego przez uwziętą w ranie torebkę.

Przylepienie się torebki do rany nie opóźnia wyleczenia; rany operacyjne, które C. miał sposobność badać mikroskopowo były dobrze zagojone. Przypadki te dają jednak powód do innych powikłań. Tęczęwka przesunięta ku przodowi, dotyka tylnej ściany rogówki, zamyka odpływ dla cieczy wodnej w komórce przedniej, przyczyniając się w ten sposób do powstania jaskry. Im bardziej cięcie jest rogówkowem, tem większem jest przesunięcie się tęczęwki ku przodowi; dlatego też oczy, w których cięcie główne przypada na rąbek rogówko-twardówkowy mniej są narażone na powstanie jaskry. C. upatruje w przyczepach torebki do rany operacyjnej zwykłą przyczynę stałego podrażnienia niektórych oczu i niemożliwości uspokojenia ich po operacyi. Następnie zastanawia się C. nad sposobami, jakby można uniknąć tego powikłania i jakie są środki lecznicze. Operacya zaćmy bez wycięcia tęczęwki mniej usposabia do uwięźnięcia torebki soczewkowej. Żadna z dotychczasowych metod otwierania torebki nie wyklucza możliwości następowego przyczepu, wszelkie zaś środki ostrożności napotykają tę trudność, że torebka jest budowy przezroczystej, tak że czasami niemożliwem jest rozpoznanie wplątanej w ranę torebki. Najlepszą metodą stosowaną przez autora dla zapobiegania uwięźnięciu torebki jest wprowadzenie odprowadzadła, używanego do odprowadzania końców tęczęwki, wśród brzegów rany do przedniej komórki. Przynuradem tym wykonuje się takie same ruchy, jakby się chciało odprowadzić tęczęwkę opadniętą do rany. Gdy uci-ek śródoczyny się podwyższy, stosować należy wszystkie znane zabiegi przeciw jaskrze. W dwóch przypadkach osobiście spostrzeganych próbował C. przeciąć przyczepy torebkowe w ranie sposobem używanym do rozdzielania przednich przyczepin tęczęwki. II. Przyczynę zaćmien powstałych w torebce soczewkowej mogą stanowić załrzymane re-

szki soczewki, zmarszczenie przedniej torebki i rozrost komórek ją otaczających, oraz następowo się rozwijająca tkanka łączna. Resztki soczewki wówczas tylko upośledzają widzenie, gdy zajmują część źreniczną torebki, ponadto osadzają się na nich po dłuższym przeciągu czasu złogi wapniowe. Szklista torebka soczewki pozostała po usunięciu zaćmy, jest zwykle grubszą niż w warunkach prawidłowych. Przypisać to należy sprężystości błony, która jest naciągniętą i wydłużoną, gdy otacza soczewkę, a staje się krótką i grubą po jej usunięciu. Komórki przybłonkowe, otaczające torebkę, okazują skłonność do bujania, stają się obrzękłe, podobne do komórek pęcherzykowatych lub też wydłużają się w wrzecionowate komórki i delikatne włókna, które tworzą gęstą blaszkowatą tkankę. Im dłuższy czas upływa od powstania tej błony, tem bardziej staje się ona zbitą i twardą, i tem większą sprawia trudność przy następownem przecięciu lub wydobyciu. Przypadkowo zaś pojawiająca się tkanka łączna może być następstwem nacieku komórkowego przy zapaleniu torebki lub ciała rzęskowego. Czasami skrzep krwi, przylegający do przedniej torebki, może tworzyć podścielisko, w którym rozwija się tkanka łączna. W ciężkich przypadkach *iridocyclitis* przednia i tylna torebka tkwią w tkance łącznej, która tworzy gęsty przedział między komorą przednią a tylną. Usunięcie szczypekami części źrenicznej torebki przedniej usunąć może następowe zaćmienie. Dla porównania wyników wykonywał autor następne operacje zaćmy przy pomocy usuwania przedniej torebki szczypekami. Podczas gdy w 100 operacjach, gdzie torebkę przecięto cystotomem, wskazanem było 47 następnych operacji, to w pierwszej setce, w której torebkę usunięto szczypekami, tylko w 15 przypadkach, w drugiej zaś setce tylko w 4 wykonano następną operację. Wskazaniem do wykonania następnej operacji był $V < \frac{6}{18}$. Utrata ciała szklanego rzadziej się pojawia przy wyjęciu torebki szczypekami niż przy użyciu cystotomu. Dalszą korzyścią, wynikającą z tego sposobu postępowania jest lepsza bystrość wzroku w porównaniu z wynikami dawniejszymi. Podczas gdy w 100 przypadkach przecięcia torebki cystotomem na 80 badanych osobników, tylko 3 wykazywało bystrość wzroku prawidłową, to w pierwszej setce, gdzie usunięto torebkę szczypekami na 72 badanych, wykazywało 24 $V = \frac{6}{6}$, a w drugiej setce z 73 osobników można było u 27 stwierdzić pełną bystrość wzroku.

Wiestnik Oftalmologii. Marzec—Kwiecień 1906. (Ref. Dr W. Garliński.

Kilak twardówki. (Gummoznaja opuchol sklery). P. J. Wadzinskij (Wilno).

K. K. 23-letni słusarz zgłosił się do szpitala w Wilnie w lutym 1905 roku. W maju 1904 r. miał twardy wrzód na członku, a w październiku obfitą wysypkę. Z porady lekarza wziął 36 wiecierai szaruchy i wypił kilka butelek lekarstwa (KJ). W grudniu 1904 roku podczas pracy odskoczył kawałek żelaza i uderzył go w lewe oko, w następstwie czego zjawila się mała powierzchowna ranka, która jednak przez długi czas nie chciała się zagoić; wreszcie na miejscu tej ranki rozwijać się zaczął rozlany płaski guzek, który z czasem coraz bardziej się powiększał. W chwili, kiedy K., przybył do szpitala na gałce ocznej lewej na 2—3 mm ku dołowi od brzegu rogówki znaleziono guz o wymiarach: poprzecznym 9 mm, podłużnym 12 mm, wysokim 5 mm. Guz jest twardy, nieruchomy, barwy żółto-czerwonej, pokryty mocno przekrwioną czerwono-fioletową spojówką. Pozatem V = 20/XX, E. p.p. = 5—6 cali. Leczenie — wcieranie szaruchy. Wyzdrowienie.

Na uwagę zasługuje starannie przeprowadzone rozpoznanie różniczkowe w zestawieniu z *conj. phlyctenulosa*, *scleritis*, *episcle-ritis*, *staphylomata scleralia*, *tuberculosis*, *lepra*, *sarcoma* etc. W końcu swej pracy autor zastanawia się nad tem, jaką rolę odegrał w opisanym przypadku uraz w stosunku do etyologii powstania kilaka.

Maj—Czerwiec 1906 r.

Gruźlica pierwotna spojówki. (Pierwicznaja bugoreczatka konjunktivy). M. Awerbach (Moskwa).

Przejrawszy szczegółowo znaną literaturę, autor przystępuje do opisu dwóch spostrzeganych przez niego przypadków gruźlicy spojówki.

Pierwszy z nich dotyczył Maryi J., lat 10 mającej, córki włościanina z gubernii Smoleńskiej, która przybyła do szpitala Aleksiejewych w Moskwie dnia 24 stycznia 1903 roku. Z obu stron powieki opuchnięte, skóra powiek obrzmiała, na rzęsach zaschnięta ropa. Spojówka powiek mocno nastrzyknięta krwią i obrzmiała. Na oku prawem, na powiece dolnej, prawie na samym środku, zajmując połowę powierzchni spojówki od brzegu rzęsowego do załamka znajduje się jeden płaski wrzód o nierównych z lekka podminowanych brzegach. Dno wrzodu nierówne, pokryte ziarniną, wśród której widać gdzieniegdzie małe, szare, na wół przezroczy-

ste gruzelki. Na oku lewem, również na powiece dolnej, nie na samym środku, lecz bardziej ku wewnątrz, widać także owrzodzenie więcej zagłębiające się, ale za to mniej rozlane. Charakter owrzodzenia jest ten sam, co i owrzodzenie na prawem oku. Poza tem spojówki gałek ocznych, rogówki, tęczęwki i t. d. pozostają bez żadnych zmian chorobowych. Siła widzenia = 1. Gruzoły przedusne powiększone i wrażliwe przy dotykaniu. Na błonach przewodów nosowych z lewej strony owrzodzenia płaskie o brzegach podminowanych i nierównych, pokryte łądzną ziarniną szarawą — przypominają bardzo owrzodzenia na spojówce powiek. Prawa strona nosa zupełnie zdrowa. Z wywiadów autor przekonał się, że najpierw zachorowało oko prawe. Dziecko wreszcie zupełnie zdrowe, dobrze zbudowane i odżywione; dziedzicznie gruźlicą nie obciążone. Badanie zeszkrobanej z wrzodu ziarniny, dokonane w pracowni bakteriologicznej, wykazuje obecność prątków Kocha. Zastrzyknięcie emulsyi ziarniny do jamy brzusznej świnki morskiej dało również wynik dodatni (choć opóźniony).

Przypadek drugi dotyczył dziecka rocznego Ziny S. Lewe oko zupełnie zdrowe. Na prawem powieki opuchnięte, zasklepienie zaschniętą wydzieliną. Spojówka powiek bardzo czerwoną i obrzmiała; w wewnętrznej części powieki dolnej, na spojówce widać owrzodzenie okrągłe, wielkości 5-kopiejkowej monety srebrnej. Dno wrzodu dosięga chrząstki, jest przytem miękkie, pulchne i z lekka podminowane u brzegów, i pokryte szarawą ziarniną z gruzelkami. Gruzoły przedusne mało zmienione. Poza tem oko zupełnie zdrowe. Przy badaniu narządów wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. Badanie bakteriologiczne dało wynik ujemny, natomiast zastrzyknięcie emulsyi z ziarniny do jamy brzusznej świnki morskiej wywołało śmierć zwierzęcia na 9 dzień wśród objawów gruźlicy.

O wylryciu udawanej zmniejszonej jednostronnie bystrości wzroku (Über Entlarvung einseitig simulierter Schschwäche) v. Dr L. Schmeichler. — Wiener klin. Wochenschrift. Nr 49, 1906.

Sposób podany przez Schmeichlera polega na ustawieniu soczewki o 20 dyoptryach przed okiem zdrowym, aby je z widzenia wykluczyć. Gdy przy tem uzyskuje za małą bystrość wzroku oka rzekomo źle widzącego, wtedy bada wziernikiem refrakcyę a następnie przed oko dobrze widzące przedkłada soczewkę $-20 D$, przed drugie szkło znalezione wziernikiem. Aby utrudnić badanemu

zorientowanie się, przed dobrem okiem stawia z początku badania słabe soczewki wklęsłe i wypukłe nim użyje soczewki + 20 D, przy czem zawsze stara się autor odwrócić uwagę badanego od oka rzekomo gorzej widzącego. Opierając się na dwóch badanych przypadkach, uważa autor ten sposób badania — nie nowy — za godny polecenia — tembardziej, że nim można oznaczyć refrakcyę oka rzekomo gorszego.

Dr Berezowski.

Dwa przypadki zaćmy wskutek rażenia piorunem (Zwei Fälle von Blitzkatarakt). Dr E. Gussmann. — Wiener klin. Wochenschrift. Nr 16. 1906.

Kobieta l. 42 doznawszy rażenia piorunem po roku zgłasza się do kliniki, z powodu upośledzonej bystrości wzroku. Po wypadku chora nie okazywała objawów porażennych, w cztery tygodnie zaczęła gorzej widzieć i skarżyła się na płatki latające przed oczami. Badanie prawego oka wykazało zmętnienie w przedniej warstwie soczewki w postaci współśrodkowych kół z brzegiem cienko-ząbkowanym, środkiem pajęczynowate zmętnienie. Po rozszerzeniu źrenicy widoczne lekkie zmętnienie całej soczewki. Dno oka niewyraźne. U lewego oka słabe zmętnienie całej przedniej kory.

Vpr. $\frac{5}{24}$ s. n. p. Vlo. $\frac{5}{18}$ As. + 0.75 D 70° t., $\frac{5}{12}$ (?) c + 3 D Tp. 4. z trudem.

Drugi przypadek dotyczył kobiety l. 19, która podobnemu uległa przypadkowi, przyczem doznała poparzenia i lewostronnego porażenia. Dwa tygodnie musiała leżeć w łóżku. Zaraz po wypadku wzrok podupadł i coraz więcej się pogarszał.

L. o. przednia komora płytsza niż prawa. Źrenica okrągła nie oddziaływa na światło. W soczewce, jasno-szare zmętnienie o połysku jedwabistym, rysunku promienistym, między promieniami można widzieć punkcikowate zmętnienia ułożone na obwodzie koła. Na przedniej torebce kolisto ułożone punkciki barwikowe. Vlo: ruchy ręki; projekeya dobra. U prawego oka dołem na przedniej torebce punkcikowate szare zmętnienia, prócz tego lekkie zmętnienia w środku, o rysunku promienistym. Prócz tego chora okazywała zaburzenia nerwowe w zakresie nerwu twarzowego i niektóre objawy urazowej hysterii. Vpr. $\frac{6}{6}$ p. pr. 12 cm. Dwa razy podejmowano operacyę z powodu wtórnej zaćmy. Przy pierwszej operacyi po cięciu grotem wydobyły się masy papkowate, bez naruszenia torebki grotem, autor więc przypuszcza, że torebka pękła dawniej po urazie, jakiego chora doznała. Pęknięcie mogło być przyczyną powstania zaćmy.

Gutzmann przytacza zapastrywania rozmaitych autorów, co do powstania zaćmy w podobnych przypadkach, między innymi

Lebera, który powstanie zaćmy odnosi do działań fizykalno-chemicznych wskutek wyładowania elektryczności, Hessa, który uszkodzenie warstwy nabłonkowej uważa za przyczynę powstania zaćmy. Drugi przypadek G u t z m a n n a zasługuje jeszcze na wzmiankę z powodu zmian w nerwie ocznym. *Dr Berezowski.*

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z posiedzeń międzynarodowego kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Dział okulistyczny. Według *Klinische Monatsblätter, Archiv für Augenheilkunde* i z zapisków prof. Wicherkiewicza.

Trwanie kongresu od 19/IV—26/IV 1906.

I. posiedzenie. Przewodniczący Jessop z Londynu, Grosz z Budapesztu.

H. Sattler: *O leczeniu krótkowzroczności.*

W. Uthoff: *O leczeniu wśródocznych powikłań krótkowzroczności, szczególnie oderwania siatkówki.*

U. mówi o wyleczeniu, względnie o powrocie siatkówki w pierwotne położenie, bez względu na pozostałą bystrość wzroku. Ślepe oko może się wyleczyć z oderwania siatkówki. Na podstawie własnego materiału i spostrzeżeń innych autorów wykazuje U. około 60% samoistnych oderwań siatkówki, jako powikłań krótkowzroczności. We wszystkich badanych przypadkach krótkowzroczności znalazł Uthoff 45% oderwań siatkówki, Hertel 0·96%, Proskauer 0·71%, Schleich 2·3%.

Jako zabiegi lecznicze polecane często, opaska uciskowa, spokojne leżenie, środki napotne (wstrzyknięcia pilokarpiny, *Natrium salicylicum* i t. d.), środki dla szybszego wessania jak jodek potasu i sodu i leczenie ręką, z organoterapii np. okulina, środki przeczyszczające, upusty krwi, synapizmy, kąpiele nożne, kantarydy, wkraplania do worka spojówkowego (JK. dionina). Uthoff podnosi znaczenie opaski uciskowej, która w połączeniu ze spokojnym leżeniem chorego, ma być najdzielniejszym środkiem dziś stosowanym przy oderwaniu siatkówki i prawie powszechnie uznanym.

Co do działania napotnego wstrzykiwanej pilokarpiny, to jedni autorowie, jak Gross i inni, bardzo chwala jej działanie przy oder-

waniu siatkówki, niektórzy działanie tego środka uważają za zbyt energiczne dla chorych. Nie można pominąć działania korzystnego przelworów salicylowych, chociaż, jak Sattler słusznie zauważa, działanie ich na oko nie jest tak bezpośrednie, jak przy przewlekłych wysiękach i nagromadzeniu się płynu w innych częściach ustroju.

Stosowanie leków przy oderwaniu siatkówki, jak KJ, NaJ, Hg i podobnych, opierało się głównie na leczeniu przypuszczalnych spraw chorobowych naczyniówki, w myśl teorii Leber-Nordersona, usunięte zostało na plan drugi, jako nie dające pewnych wyników. Przypadki oderwania siatkówki na tle kiły są niezwykle rzadkie. Uthoff żadnego podobnego przypadku nie widział. Co do środków przeciwpalnych, jak pijawki, *Heurteloup*, kąpiele nożne i t. d., Uthoff nie przypisuje im istotnych korzyści, choć niektórzy autorowie dosyć je zalecają. Podobnie przedstawia on sprawę środków silnie oczyszczających, organoterapii i wkraplań do worka spojówkowego (KJ. dioniny, ezeryny, i t. d.).

Operacyjne leczenie oderwania siatkówki (oraz podspojówkowe wstrzykiwania):

1) Nakłucie (punkcja) lub przecięcie oderwanej siatkówki, ak jak najpierw zalecone przez A. Graefego, w celu uzyskania komunikacji między ciałkiem szklistem a przestrzenią podsiatkówkową. Niektórzy autorowie donoszą o pewnych poprawach, inni podnoszą poważne wątpliwości.

2) Przekłucie twardówki w obrębie oderwania w celu zadziałania na wysięk podsiatkówkowy. A. Graefe zwraca tu uwagę, na ujemną stronę tego zabiegu, t. j. na obniżenie ucisku śródocznego, czemu jednak, zdaniem jego, można zapobiedz przez odpowiednio zastosowaną opaskę uciskową. Z tem zdaniem zgadza się wielu autorów, którzy zauważyli pomyślne działanie przekłucia w połączeniu z odpowiednią opaską. Pewne zmiany, zaprowadzone przez rozmaitych autorów, wyników wcale nie polepszyły.

3) Stałego drenowania, aby uzyskać odpływ cieczy podsiatkówkowej, albo przyszycia siatkówki, należy zaniechać, jako nie dających odpowiednich wyników.

4) Elektroliza, mająca na celu zadziałanie wprost na wysięk podsiatkówkowy, lub wywołanie sprawy zapalnej w celu przytwierdzenia siatkówki, pewnych wyników dotychczas nie daje.

5) Wycięcie tęczówki daje rozmaite wyniki, wogóle mało korzystnie.

6) Zabiegi dla wywołania zrostowego zapalenia naczyniówki przez wprowadzenie środka wywołującego zapalenie, do przestrzeni

podsiatkówkowej. Spostrzeżenia w tym kierunku częściowo względnie korzystne. Schoeler pędzłowaniem nastojem jodowym twardówki w obrębie oderwania stara się wywołać odczyn zapalny.

7) Puktowate przypalanie twardówki w obrębie oderwania, zapomocą Paquelina lub galwanokautera, są w stanie wywołać odczyn zapalny i były przez wielu stosowane. W połączeniu z wstrzykiwaniami podspójówkowymi soli kuchennej, dawało przypalanie względnie bardzo korzystne wyniki (Dor).

8) Wstrzykiwania podspójówkowe, szczególnie soli kuchennej, bardzo chętnie przez wielu stosowane. Wysoko procentowych rozczynów (Uthoff) soli kuchennej, należy zaniechać. Polecają dodatek dioniny, inni wstrzykują rozczyn siarkanu sodowego, sublimat, *hydrargyrum oxycyanatum*. Nie należy tu liczyć na zadziałanie rozczynów wprost na wysięk przy nienaruszonej twardówce. (Wessely).

9) Połączenie delikatnego nakłucia twardówki w obrębie odzepienia siatkówki z podspójówkowym wstrzykiwaniem. Tu należy unikać wysoko procentowych rozczynów z powodu zmian w głębi oka, szczególnie z powodu krwotoków. Dor poleca ograniczone przypalenie twardówki z wstrzykiwaniem rozczynu soli kuchennej.

10) Wśródtorebkowe wstrzykiwania (torebka Tenona) rozczynu soli kuchennej i innych, zamiast samych wstrzykiwań podspójówkowych. Tu należy również podnieść, że zbyt silne rozczyzny mogą szkodliwie działać, podobnie jak dłuższy czas wstrzykiwane podspójówkowo.

11) Wstrzykiwania ciała szklanego wywołuje silny odczyn częściowo działając niszcząco (Uthoff). Przecięcie siatkówki i ciała szklanego, według Deutschmanna, ze względów na stosunki anatomiczne jest niemożliwe do wykonania.

12) Skrócenie osłon gałki i odpływ podsiatkówkowego płynu, aby siatkówka przylegała, jak to wykonywał L. Müller, choć podawano korzystne wyniki, jest zanadto niebezpiecznym zabiegiem, aby mógł się uogólnić, w dodatku powstać mogą silne krwotoki do ciała szklanego.

W literaturze podano wyleczonych przypadków oderwania siatkówki około 24%, które były leczone operacyjnie, 45% leczono łagodnymi środkami, a w 31% nie stosowano żadnego leczenia. Uthoff podaje na 422 przypadków podanych przez siebie, 18 przypadków wyleczonych bez leczenia, łagodnymi środkami wyleczono 10, sposobem operacyjnym 8 przypadków. Ogółem wyleczonych przypadków 85%.

Druga część referatu Uthoffa odnosi się do innych środ-

ocznych powikłań (zmiany w naczyniówce, siatkówce, w ciałku szklistem) przy krótkowzroczności.

Uthoff podaje daty statystyczne powikłań śródocznych przy krótkowzroczności, a co do sposobu leczenia poleca następujący podział:

1) Przypadki krótkowzroczności spowodowane mechanicznym rozszerzeniem się tylnego odcinka gałki ocznej. (*Conus myopicus*, zanik barwika, zrosty w okolicy tylnego bieguna i t. d.). Te zmiany nie są właściwie przedmiotem naszego leczenia).

2) Przypadki, gdzie powstają ostro odgraniczone ogniska w naczyniówce z zejściem w zanik naczyniówki, bujanie barwika, względnie z pozostaniem sklero(tycznych) szarych lub kawowo czar-nych blizn, i dość często zdarzające się krwotoki naczyniówkowe lub siatkówkowe i t. d. Zmiany centralne okazują daleko idącą analogię z właściwymi zmianami naczyniówkowymi lub naczyniówkowo-tęczęwkowymi.

3) Przypadki, gdzie w plamce żółtej jest »czarny punkt«, w myśl Fuchsa, zasługują na wyszczególnienie.

Dwie ostatnie grupy 2) 3) wymagają leczenia. Wewnętrznie podaje się przetwory jodowe, rtęć w postaci wcierań, wstrzykiwania, pigułek sublimatowych. Odwodzące leczenie zapomocą środków przeczyszczających (sole sodowe, sól karlsbadzka, maryenbadzka, gorzka woda i t. d.), upusty krwi, suche bańki do skroni, szczególnie przy cięższych podmiotowych dolegliwościach, także ciepłe kąpiele nożne. Podspojówkowe wstrzykiwania rozczyńców soli kuchennej, do pewnego stopnia korzystnie działają, nie należy jednak ich wartości przeceniać. Leczenie atropiną bez korzyści przy wysokich stopniach krótkowzroczności, podobnie miejscowy masaż, przeciwnie ogólny masaż może być połączony z korzyścią.

Zastosowanie stałego prądu nie okazało się skutecznym, podobnie używanie środków zwężających źrenicę. Usunięcie soczewki niema leczniczego działania odnośnie do zmian śródocznych. Tak zwana »*neuritis myopum*« jest często tylko wyrazem bardzo silnego pociągania, a więc nie jest przedmiotem leczenia lekami. Pojedyncze płatki poruszające się w ciałku szklistem mogą być w związku z rozpląnięciem ciałka i wytworzeniem zatok (lakun) i często-kroć nie nadają się do leczenia. Zapalne zmętnienie ciałka szkl-istego, krwotoki i t. d., należy tak leczyć, jak zmiany podane w grupach 2) i 3).

W rozprawie nad sprawozdaniem Uthoffa, Axenfeld podnosi badania Widmarka wykazujące, że w tych szkołach, gdzie często uczniowie ćwiczą na otwartem powietrzu, znacznie

rzadszeni są przypadki krótkowzroczności. Do środków zapobiegawczych należą sporty. Co się tyczy osądzenia trwałych wyników leczenia oderwania siatkówki sposobem Deutchmanna, potrzebaby zebrać liczniejszy materiał przypadków.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że nie widział korzystnych wyników u leczonych według Deutchmanna. Co zaś dotyczy opaski uciskowej, to działanie jej skuteczne polega na umiejętnem jej założeniu.

Da Gama Pinto (Lizbona) zaznacza, wnosząc ze statystyki Uhthoffa, że liczba wyleczonych oderwań siatkówki bez jakiegokolwiek zabiegów, prawie równa się liczbie przypadków, przy których stosowano leczenie. Wstrzykiwania soli podspojówkowe, połączone z nakłuciem twardówki, zdaniem jego pomagają tylko czasowo, bo później znów się nagromadza płyn pod siatkówką. — Inne środki prowadzące do zrostowego zapalenia niszczą delikatne składniki siatkówki, a następowego przytwierdzenia się siatkówki bez przywrócenia jej sprawności czynnościowej, wbrew zapalrywaniom Uhthoffa, nie można uważać za wyleczenie.

Następnie wspomina, że zarzucone przez Uhthoffa niektóre sposoby leczenia przeciw ostatecznie okazują dobre wyniki.

Vossius (Giesen) zaznacza, że przy słabych stopniach krótkowzroczności, nie mógł dla widzenia zbliżka uzyskać korekcyi. Działanie opaski uciskowej przy oderwaniu, uważa za wątpliwe. W badanym przez siebie przypadku Deutchmanna, zauważył wprost szkodliwe skutki operacyi, w postaci ciężkiego krwotoku do ciała szklanego.

von Pflugk przemawia za antepozycyą przy rozbieżności u krótkowidzów, co się tyczy sposobu Deutchmanna nie podaje również zbyt zachęcających wyników tego zabiegu.

Ostwald (Paryż) poleca elektrolizę przy oderwaniu siatkówki, jako nieszkodliwą i godną dalszych prób. Szklka periskopijne uważa za konieczne dla wyrównania krótkowzroczności.

Franko (Hamburg) zauważył kilka przypadków wyleczonych sposobem Deutchmanna lecz widział również wprost szkodliwe działanie prowadzące do wyjęcia gałki. Co do czarnej plamy środkowej, podziela on zdanie Uhthoffa, że rokowanie nie zawsze bywa niekorzystne.

Prof. Wicherkiewicz (Kraków).

Retinitis punktata albescens.

Najpierw przez Moorena opisana postać zapalenia siatkówki należy do tych, które rzadko bywają rozpoznane. Prof. W. omawia znane przypadki z literatury, tu wyklucza niektóre i opi-

stuje szczegółowo przez siebie zbadany przypadek, podając następujące spostrzeżenia:

1) *Retinitis albescens* jest chorobą dającą się klinicznie wzornikiem ściśle określić.

2) Bystrość wzroku zazwyczaj jest prawidłową, również i pole widzenia, jednakowoż dostrzega się kurzą ślepotę, tak, że o zmroku zmniejsza się naosiowa bystrość, a granica pola widzenia dla barw silnie jest ścięsniona.

3) Wziernikiem rozpoznaje się bardzo liczne drobne plamki położone poza naczyniami siatkówki, plamka żółta jest od nich wolną. Nie przekraczają one równika gałki, naczynia siatkówkowe często bez zmian, żadnych mętów w ciałku szklistem, ani tylnej torebkowej zaemy.

4) W etyologii należy podnieść zawsze zauważane pokrewieństwo bliskie między rodzicami, podczas gdy przymiot nabyty lub wrodzony należy wykluczyć.

5) *Retinitis punctata* może występować w połączeniu z innymi wewnętrznymi chorobami oka, wtedy może być przeoczona, z drugiej strony często za nią są brane inne choroby oka, dlatego należy być ostrożnym.

6) Prawdopodobnie jest ona (*ret. punct.*) pokrewną postacią *retinitis pigmentosa*, podczas gdy *retinitis pigm. sine pigmento*, jeżeli taką się przyjmie, jest przedwstępnym stadyum *retinitis punctata albescens*.

7) *Retinitis punctata alb.* zaledwie jest przystępna dla leczenia, chociaż i tu nie pewnego jeszcze powiedzieć nie można.

H. Gradle z Chicago podaje rozmaite postacie zapalenia punkcikowego siatkówki.

Punctate form of retinitis.

1) Błyszczące małe punkty na siatkówce zdarzają się w prawidłowej siatkówce, jako zjawisko refleksyjne.

2) Małowo-białe punkty, odosobnione lub w większej ilości, szczególnie u dzieci, które skarżą się na niedomogę ocz. Zdaje się, że one nie mają znaczenia, częstokroć wtedy spotyka się nierównomierne zabarwienie dna, które jest nieraz jakby posypane pudrem.

3) Plamy Gunna około tarczy nerwu wzrokowego, żółtawe, także u dzieci, bez chorobowego znaczenia.

4) Przejściowe postacie, z małą ilością plam, aż do ich znacznej ilości, z lekkoimi zaburzeniami wzroku: Bystrość wzroku nieco obniżona, pole widzenia prawidłowe. Światłowstręt. Niedomoga. Zmiany te po miesiącach znikają, przy używaniu środków leczenia bywa przyspieszone.

Zdania autorów są podzielone co do umiejscowienia plam,

jedni twierdzą, że są one w naczyniówce, inni, że w siatkówce. Jedni uważają je za zmiany kilowe, inni nie. Gradle wyraża przypuszczenie, że tę postać należy odnieść do schorzenia nerwów.

5) Grupa przypadków, gdzie głównie zmiany polegają na wytworzeniu się wysięków i krwotoków. Leczenie jodem daje dobre wyniki. Jako przyczyny podnosi autor schorzenie nerek i niedokrewność.

6) Atypowe odmiany *retinitis pigmentosa*, gdzie chory skarży się na kurzą ślepotę, bystrość wzroku jest prawidłowa lub nieco obniżona, w niektórych przypadkach pole widzenia zwężone. U rodziców spotyka się pokrewieństwo. Płanki rozrzucone po dnie przez obwodu i płanki żółte.

F. Meyer (Lizbona). *O ślepcie w Portugalii*. Autor podaje daty statystyczne z ilości ludzi ociemniałych. Urzędowe liczenia ciemnych przy spisie ludności w r. 1878, 1890, 1900 wykazały ociemniałych 20, $12\frac{1}{2}$, 11:10000. Według zaś von Bronco Rodrigueza 13 $\frac{1}{2}$:10000. Ostatnie badania liczb ociemniałych wykazały 6.222 ciemnych, a 6.320 jednoocznych. Dawniejsze badania nie podawały żadnych przyczyn utraty wzroku. Ostatnie wykazały 6.222 ciemnych na 5,166 841 ludności mniej więcej 12:10000. Ponieważ liczenie nie było dokładnem, więc należy przypuścić, że większa jest liczba ciemnych. Aby dokładniej określić przyczyny utraty wzroku, korzystano ze statystyki chorych z oftalmologicznego instytutu z lat piętnastu. Z list ludności można było u 2041 przypadków oznaczyć przyczynę ślepoty, z instytutu oftalmologicznego, u 533.

Podane są trzy główne przyczyny ślepoty:

- 1) Wrodzona ślepotą 9·1 $\frac{0}{0}$ z liczby wszystkich ciemnych.
- 2) Urazowa ślepotą 8·6 $\frac{0}{0}$ » » »
- 3) Ślepotą z ospy 7·0 $\frac{0}{0}$ » » »

Co do ślepoty urazowej, to nadmienia autor, że największy jej procent spotyka się u pracujących przy wysadzaniu skał 28 $\frac{0}{0}$. Prócz innych urazowych przypadków 2 $\frac{1}{2}$ $\frac{0}{0}$ wskutek wypadków z kapslami.

U chorych z oftalmologicznego instytutu najważniejsze przyczyny ślepoty są oprócz trzech wyżej wspomnianych, Tabes 5·81 $\frac{0}{0}$, Meningitis 5·25 $\frac{0}{0}$, inne choroby mózgu 5·81 $\frac{0}{0}$, Trachoma 3·2 $\frac{0}{0}$, Conj. gonorrhoeica 4·5 $\frac{0}{0}$, Myopia 3·75 $\frac{0}{0}$, głównie Glaucoma u 35·17 $\frac{0}{0}$. Co do tak częstej ślepoty z powodu jaskry podaje autor, że chorzy zbyt późno udają się o pomoc lekarską, z drugiej strony brak odpowiednio wykształconych sił lekarskich. Co się tyczy niebezpieczeństwa oślepienia w rozmaitych latach życia, to jest ono najmniejsze we wczesnej młodości, później się wzmaga do późnego wieku, a w 90

latach okazuje pewne wahanie. Co do rozmaitych zawodów to najwięcej są narażeni robotnicy w kamieniołomach, później rybacy i strzelcy, potem rolnicy. Później następują wolne zawody (także lekarze).

W rozprawie na powyższy temat podnosi Axenfeld (Fryburg) znaczenie statystyki, która wykazuje potrzebę szerszej pracy lekarskiej, choć liczby podane są za niskie.

2. dzień posiedzenia 21 kwietnia.

Przewodniczący Sattler z Lipska.

Axenfeld z Fryburga mówi o *leczeniu surowicą w okulistyce*.

W rozprawie na ten temat zabierają głos:

Cabannes z Bordeaux życzy sobie dokładniejszego wskazania przypadków, gdzie należałoby stosować surowicę przy hypopyon i keratitis.

Prof. Wicherkiewicz z Krakowa nadmienia, że nie spostrzegł korzystnego działania przy stosowaniu surowicy Römera w przypadkach wrzodu pełzającego. Działanie jekwirytołu nie było zadowalniające, surowica zaś jekwirytołowa powstrzymywała zbyt silne działanie jekwirytołu.

C. Cabannes z Bordeaux: *O dziedzicznym przymiotowym schorzeniu nerwu wzrokowego*.

C. podnosi, że rozmaici autorowie rozróżniają dwie klinicznie odrębne postaci zapalenia nerwu wzrokowego. Jedna postać najczęstsza w następstwie zapalenia naczyńkowo-siatkówkowego, na podstawie kiły dziedzicznej, prowadzącą nieraz do zaniku nerwu, druga postać zapalenia wskutek zmian badanych dziedzicznych na podstawie czaszki z objawami mózgowymi, obniżeniem bystrości wzroku i zwężeniem pola widzenia.

Autor opisuje jeszcze trzecią postać jako *atrophie optique primitive hérédosyphilitique* i opiera spostrzeżenia na trzech przypadkach, gdzie z całą pewnością stwierdza zanik nerwu wzrokowego na podstawie dziedzicznej kiły, która powstała bez naruszenia głębszych warstw oka i bez objawów oponowo-mózgowych.

Jako kliniczne spostrzeżenia podaje:

1) Powstanie w oku 7—12 lat po urodzeniu, powoli bez zwiastunów, o przebiegu powolnym.

2) Rozwój choroby zwykle postępuje i doprowadza do zupełnej utraty wzroku.

Leczenie zdaje się nie skuteczne, gdy rozpoczął się zanik. Z badań swoich wyciąga autor wniosek, że przy dziedzicznym przymiotowym schorzeniu nerwu ocznego koniecznym jest wczesne i długie nieraz stosowanie odpowiedniego leczenia.

Axenfeld, zabierając głos w rozprawie, chce zaliczyć trzeci rodzaj, podany przez Cabannes'a, do *tabes infantilis* z wczesnym zanikiem nerwu wzrokowego.

C. Cabannes i W. Dubreuille (z Bordeaux) *O operacji powiekowej sposobem włoskim.*

Chory wskutek złośliwego przymiotu ma twarz zniekształconą wskutek blizn rozległych i zupełne odwrócenie górnej powieki lewego oka, przyczem trójkątny otwór w policzku na wysokości lewego kąta ust. Operowano sposobem włoskim w dwóch posiedzeniach, aby pokryć ubytek w policzku, i aby nadać prawidłowe ułożenie powiece. Wynik operacji pomyślny, jak to stwierdzały fotografie. Autorowie wyciągają następujące wnioski co do tego sposobu operowania.

1) Oddzielenie płata powinno nastąpić w możliwie najkrótszym czasie.

2) Tarsorrhaphia ma być jedynym sposobem dla zapobiegnięcia szybkiemu skróceniu się płata.

3) Metodę, którą, Berger nazywa metodą wyboru, stosują autorowie tylko wtedy, gdy wskutek zniszczenia lub zbliznowacenia skóry około oczodołu, nie możliwe utworzenie miejscowego płata.

Jedyna rzecz, która przemawia przeciw temu sposobowi operowania, jest to, że ułożenie chorego jest bardzo męczącym.

W rozprawie na powyższy temat zabiera głos dr Gama Pinto, przemawiając za płatami bez mostka. Prof. Wicherkiewicz zaś podnosi zalety płata z mostkiem, co wykazują znakomite wyniki operacji wykonanych przez niego w klinice krakowskiej. Operacja taka była stosowaną przy dużych ubytkach w skórze.

Vossius (Giessen) *O pierścieniowatym zmętnieniu na przedniej powierzchni soczewki po urazie w oko* (stłuczeniu).

Opierając się na 6 przypadkach, które opisał A. Keller, zaznacza autor, że to zmętnienie odpowiada brzegowi tęczówki przy prawidłowej źrenicy mniejwięcej 3 cm średnicy, pierścień jest zwykle jednostajnej grubości, i leży w tem miejscu, gdzie przylega wewnętrzny brzeg tęczówki. Zmętnienie to w świetle przepuszczonego przedstawia się jako czarny pierścień na czerwonym tle dna oka. Przy bocznem oświeleniu przedstawia się zmętnienie czasem z odcieniem brunatnawem, pochodzącym od barwika tęczówki. Czasami trzeba silnego powiększenia, aby ten pierścień zobaczyć. W jednym przypadku wewnątrz pierścieniowego zmętnienia było punkcikowate zmętnienie. U tych chorych, u których pierścień zmętnienia widocznym był za pomocą zwierciadła i lupy, można było zauważyć, używając silnej soczewki wypukłej,

że to pierścieniowe zmętnienie składało się z samych punkcików. W ciągu 4 tygodni pierścień zmętnienia znikł bez śladu. Zmętnienie pierścieniowate tłumaczy autor odeiskiem źrenicy na przedniej powierzchni soczewki. Wskutek ucisku rogówki i tęczęwki na soczewkę powstaje pierścień zmętnienia brunatnawo zabarwiony wskutek wyciśnięcia barwika tęczęwkowego, lub powstaje pierścień bez tego zabarwienia wskutek zwyrodnienia komórek śródbłonkowych torebki soczewki, podobnie jak to uzyskiwano przy doświadczalnym wywoływaniu zaćmy (O. Schirmer).

Promienistego zmętnienia autor nie zauważył.

Cramer-Kottbus mówi o krótkowzroczności u tkaczek.

3. dzień posiedzenia.

Przewodniczący prof. Wicherkiewicz i Vossius.

E. Treacher-Collins (z Londynu). *O śródocznej gruźlicy.*

W wykładzie tym daje autor pogląd na obecny stan wiadomości o śródocznej gruźlicy, opierając się przytem na własnych spostrzeżeniach w 18 przypadkach, gdzie usunięte oko było poddane badaniu anatomo-patologicznemu. Aby dowieść gruźlicy w oku potrzeba trojakiego rodzaju dowodów: z badań patologicznych, doświadczalnych i bakteryologicznych. Gruźlica oka powstać może drogą zewnętrznego zakażenia, drogą wewnętrznego, np. przy ostrej gruźlicy prosówkowej, w przypadkach chronicznej gruźlicy początkowo umiejscowionej w innych narządach. Drogą krążenia płodowego, którąby prątek gruźlicy dostawał się do oka i później zmiany wywoływał, uważa autor za rzadką.

Za przyczyny usposabiające do powstania gruźlicy śródocznej można uważać te, które danego osobnika czynią podatniejszym do zapadnięcia na jaką chorobę, które ułatwiają umiejscowienie choroby w oku, wreszcie takie, które pewne części oka usposabiają do łatwiejszego schorzenia. We wszystkich prawie przypadkach gruźlicy oka można wykazać dziedziczność. Gruźlicę oka najczęściej spotyka się u dzieci. Z 18 przypadków, 15-tu chorych było w wieku poniżej 10 lat, w jednym chory liczył 56 lat. Co do punktu wyjścia gruźlicy w oku, to jest on tam, gdzie naczynia włosowate są najwęższe, albo tam, gdzie szybsze krążenie w naczyniach. W ostatnich latach wzrosły gruźlicze przypadki oka. Najczęściej jagodówka zapada na gruźlicę, zwłaszcza naczyniówka, rzadziej tęczęwka, lub ciało rzęskowe. Przy gruźlicy prosówkowej najczęściej zajęta jest naczyniówka. Następnie przechodzi autor gruźlicę poszczególnych części oka, gdzie spostrzega albo poszczególne rozsiane gruzelki, albo one obok siebie grupują się, zlewają razem, albo gruzelki nie są wybitne.

T. C. wspomina o znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny i o szczepieniu zwierząt. Omawia on następnie rozpoznanie różniczkowe gruźlicy oka od innych spraw chorobowych. Leczenie gruźlicy oka albo higieniczno-dyetyczne, lub operacyjne; pierwsze ma starać się wzmocnić odporność organizmu. Co do dawniejszej tuberkuliny Kocha, to prawie ogólnem było zdanie, że ona działa szkodliwie, przyczyniając się do rozszerzania bakteryi. Prawie wszyscy autorzy są za operacyjnem usunięciem oka gruźliczego.

Da Gama Pinto przedstawia chorych na gruźlicę oka, u których rozpoznanie było przeważnie *ex iuvantibus*, a przebieg nie był prawidłowy. Tu podaje autor dość korzystne wyniki po wstrzykiwaniach tuberkuliny, co do której zdania autorów są podzielone. W rozprawie zabiera także głos prof. Wicherkiewicz zaznaczając korzystne wyniki wstrzykiwania hetolu, wspominając o przypadkach, gdzie po przebiegu skarlatyny gruźlica tęczęwki znacznie się poprawiła. Podobne zdania co do hetolu wygłosili jeszcze Cramer i Vossius.

V. Pflugk przedstawia powiększone zdjęcia gałek małych, na które zadziałano atropiną lub ezeryną. (Obszerniej o tem mówi w pracy *Über die Akkomadation des Auges der Tauben u. s. w. Wiesbaden 1906*).

Oswald (Paryż) mówi o *termoforach*.

Thomson. Przedstawienie przynatycznego perymetru.

4. dzień posiedzenia. 24/IV.

Przewodniczący: F. Meyer (Lizbona).

Prof. Wicherkiewicz (Kraków). *Dalsze doświadczenia dotyczące wartości pyoktaniny w leczeniu spraw ropnych oka.*

Już przed kilku laty przyznał profesor Wicherkiewicz wartość doświadczeniom Stillinga, który w ropnych sprawach stosował pyoktaninę do oka. Szczególnie podnoszone było jej działanie przy rozmaitych wrzodach rogówkowych. Według doświadczenia profesora działanie pyoktaniny w wysokim stopniu podnosi, i wzmaga równoczesne stosowanie dioniny, jak to potwierdzają liczne przypadki, o czem obszernie było wspomnianem na ostatniem posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w klinice okulistycznej.

Prof. W. stosuje ten środek w ropnych sprawach woreczka łzowego, przy *phlegmone* w oczodole i w *empyema* sąsiednich jam. Aby podnieść działanie tego środka przed jego zastosowaniem wypłukiwaną jest dokładnie jama ropna wodą utlenioną. Jako ilustracyę tego leczenia, opisuje prof. W. przypadek silnej *mutcokele sinus frontalis* w powyższy sposób wyleczony, bez krwawej operacyi.

Silny trzeszcz gałki, znaczne jej zboczenie i przyplaszczenie i odczepienie siatkówki ustąpiły w ciągu dwóch tygodni.

W rozprawie podnosi Xavier da Costa (Lizbona) znaczenie pyoktaniny przy wrzodach rogówkowych i jaglicy, popierając tem zapalrywanie profesora Wicherkiewicza.

Nares da Rocha (Rio-de-Janeiro) mówi o przypadku urazowego zeza.

Moscaro. *O nauczaniu ciemnych.*

Farina (Turyn):

a) *O przyspieszonym leczeniu syfilitycznego zapalenia naczyńówki i tętnówki, za pomocą wstrzykiwań śródżylnych sublimatu, lub Hydrargyrum cyanatum 1—5 mg, 15—25 wstrzyknięć.*

b) *Sposób leczenia operacyjnego podsiatkówkowych błobłoców.*

c) *Stowaina jako środek znieczulający w okulistyce.*

Suarez de Mendoza (Paryż). *O korzyści szwu rogówkowego po operacji zaćmy.*

Ramos de Magalhaes (Lizbona) *Silny obrzęk tkanki oczodołowej po wyjęciu oka.*

Przypadek niezborności poprawiony w dal wklęsłym cylindrem, w pobliże wklęsłym szkłem sferycznym.

Marquez (Madryt) *O rozszerzaniu się ślepoty.*

Berezowski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Oddział oczny szpitala św. Zofii dla ubogich dzieci we Lwowie.

Ze sprawozdania wydanego staraniem Tow. tegoż szpitala dowiadujemy się między innymi o ruchu chorych na oddziale oczy, pozostającym pod kierunkiem docenta prywatnego dr Bednarskiego. Stale leczono 226 dzieci z powodu chorób ocznych, pomiędzy którymi aż 165 razy powodem do przyjęcia była *keratoconjunctivitis phlyctenulosa*. Do ambulatoryum zgłosiło się 963 chorych dzieci. Operacyi wykonano na oddziale 95, a mianowicie: 31 razy irydektomię, 14 razy rozcięcie torebki, 8 wydobycia zaćmy, 17 razy rozszerzenie szpary powiekowej, raz wydobycia wagra podspojówkowego i t. d. Na 963 dzieci, które się zgłosiły do szpitala, było 19 ślepych: 8 z cierpień wrodzonych, 5 w następstwie zapalenia pryszczkowego, zaś 47 utraciło wzrok na jednym oku. Co do przyczyny tej utraty znajdujemy na 47 przypadków utraty wzroku na jednym oku, 20 razy zapalenie pryszczkowe, a 5 razy szluzoropotok noworodkowy.

Życzymy, aby pod uniejętnem kierownictwem kol. Bednar-

skiego oddział rozwijał jak najskuteczniejszą działalność, a temsamem, aby przyszłe statystyki wykazywały stałe zmniejszenie ilości w zaraniu życia ociemniałych.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Kamocki w Warszawie wybrany został prezesem tow. lekarskiego.

Doc. Dr Dalèn w Lund mian. prof. nadzw.

Doc. pr. Schiek Franciszek w Getyndze otrzymał tyt. profesora.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Feliks Rymowicz, którego »Post. Ok.« zaliczał do swych współpracowników, zmarł przed kilku tygodniami. Wychowanek petersburskiej Akademii lekarskiej weześnie oddawał się kierunkowi naukowemu, pracując przeważnie na polu okulistycznem i to w dziale bakteriologicznym. Czas niejaki pracował jako okulista w Warszawie. Od kilku lat dźierzył docenturę na uniw. kazańskim.

Cześć pamięci młodego przedweześnie zmarłego naukowego pracownika.

VII. KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Koledze Dr. H. Karnickiemu w Petersburgu. Poleciliśmy wysłać. Redakcyja nie zajmuje się i zajmować nie może wysyłaniem »P. O.«. Zadanie to spełnia, wzgl. spełniać winna Administracyja, Zgoda 4. Do niej więc prosimy się zgłaszać z wszelkimi reklamacyami dotyczącemi odbioru pisma, a tylko, gdy one uwzględnione nie zostaną, lub ponowne wykażą się niedokładności w wysyłce, prosimy nas o tem zawiadomić.

VIII. OGŁOSZENIE.

Nie pomnąc komu, wypożyczyliśmy przed kilku laty *Arch. f. Augenheimkunde* tom 31, 32 i 33. Prosimy, kogo to dotyczy, o łaskawy zwrot wypożyczonych książek.

Bol. Wicherkiewicz.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BARŁĄBANA, DOC. DRA
BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO W
LAWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO,
PROF. FULTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO
W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE,
DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień

—:— ROKNIK ÓSMY —:—

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek rozpromienienia włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce ze szparami tęczęwek i źrenicami dodatkowymi.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI.

Wymieniony w tytule przypadek spostrzegąłem przed 3 miesiącami. Dziewczyna lat 19 uskarżała się na słabe widzenie. Od pierwszego spojrzenia zwracały na siebie uwagę źrenice; w obu oczach przedstawiały one przedłużenia ku dołowi, gdzie wąski pasek tęczęwki przegradzał je od małej źrenicy dodatkowej, oddzielonej również wąskim paskiem od brzegu dolnego tęczęwki.

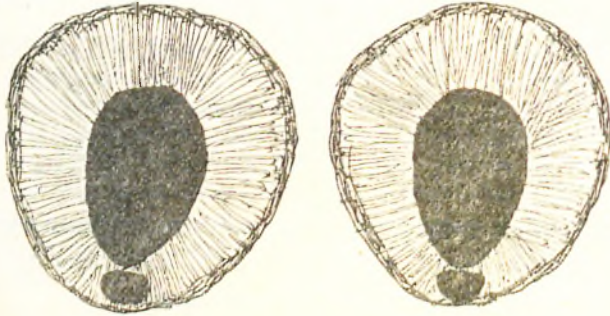
Pod wpływem atropiny źrenice dodatkowe rozszerzyły się, lubo nie w wysokim stopniu.

Zmiany powyższe były w obu oczach zupełnie jednakowe.

Przy badaniu wziernikowem znalazłem obustronnie pla-

my białe, zależne od rozpromienienia włókien rdzeniowych w siatkówce.

W oku lewem włókna rozchodziły się od tarczy nerwu wzrokowego ku górze i zewnątrz i ku dołowi, w kierunku naczyń, tworząc dwie plamy, przylegające do tarczy; górna, większa, równała się objętości $2\frac{1}{2}$ tarcz, dolna, mniejsza, nieco większa od tarczy. Oprócz tych dwóch plam znajdowała się jeszcze trzecia, oddzielona od tarczy, wielkości $1\frac{1}{2}$ tarczy, rozgałęziająca się ku obwodowi na dwie części, leżąca również na przebiegu naczyń, ku górze i wewnątrz od tarczy.



W oku prawem podobnie trzy plamy, dwie przylegające do tarczy, jedna od góry i zewnątrz mniejsza, wielkości $1\frac{1}{2}$ tarczy, druga od dołu i zewnątrz, większa, objętości 2 tarcz. Trzecia, oddzielona od tarczy, leżała ku dołowi i zewnątrz, wielkości tarczy. Wszystkie na przebiegu naczyń.

Plamy w obu oczach przedstawiały promieniowatość, szczególnie wyraźną na obwodzie; naczynia w znacznej części znikały w obrębie plam.

Obok zmian wymienionych istniała niezborność nadmiarowa, która była przyczyną niejasnego widzenia. Było też osłabienie mięśni prostych zewnętrznych (*esophoria*). Siła wzroku wynosiła 0,6; oczy przy czytaniu nawet druku średniego bardzo prędko męczyły się, przyczem powstawał ból głowy. Szkl. convex. 1,75 D. z cyl. conv. 1,25 D. (osie pionowe)

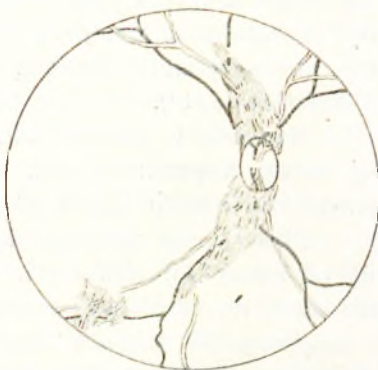
doprowadziły wzrok do 0,9, dały możność czytania i szycia bez żadnego zmęczenia i usunęły bóle głowy.

Pole widzenia tak dla promieni białych, jak i dla barw prawidłowe. Plama ślepa Mariotte'a była powiększona, jak to zwykle bywa przy włóknach rdzeniowych siatkówki. Wynosiła ona 23° w kierunku poziomym i 16° w pionowym. Poczucie barw i światła bez zmiany. Ogólny stan zdrowia dobry, budowa i odżywienie średnie.

Pozwoliłem sobie opisać przypadek powyższy, gdyż jest on, mojem zdaniem, rzadki, wskutek połączenia kilku wadli-



Okło lewe.



Okło prawe.

wości, mianowicie włókien rdzeniowych siatkówki, szpary tęczówki i źrenice dodatkowych. Natomiast niezborność przy włóknach rdzeniowych dość często spostrzegano. Jak pokazało wyrównanie niezborności, ani włókna rdzeniowe, ani źrenice dodatkowe nie sprawiały widocznego upośledzenia wzroku; po przepisaniu szkieł chora czuła się zupełnie zadowoloną.

Obustronność włókien rdzeniowych siatkówki i względna wielkość plam, przez nie wytworzonych, także nie często były spostrzegane.

Jak wiadomo, włókna nerwu wzrokowego tracą pochewki u błazki sitowej (czasem nieco wcześniej), a na siatkówkę

wychodzą w postaci włókien osiowych przezroczystych, o pojedynczych zarysach. Tak bywa w stanie prawidłowym u człowieka. Gdy zaś włókna przy tarczy, lub nieco dalej, zachowują pochwki na pewnej przestrzeni swego przebiegu w siatkówce, tworząc plamy białe, zakrywając dno czerwone oka, stanowią wadliwość, której przykładem jest przypadek opisany. Pochewki pokrywają przeważnie te włókna nerwowe, które towarzyszą naczyniom, wskutek czego plamy białe znajdują się po większej części na przebiegu naczyń, głównie ku górze i ku dołowi tarczy. Włókna pochwkowe zakrywają niekiedy brzegi tarczy, tworząc w tem miejscu wyniosłość, wobec której środek tarczy wydaje się zagłębionym. Jeżeli (co rzadko bywa) włókna zachowują pochwki na całej przestrzeni tarczy, mogą jej nadać znaczną wypukłość. Podobny przypadek opisał Gilbert¹⁾.

Naczynia w obrębie plam nikną w znacznej części w białej masie nieprzezroczystej, są albo zupełnie zakryte, albo przygnione i mało dostrzegalne dla wziernika.

Plamy białe składają się z prążek, rozpromieniających się od tarczy ku obwodowi. Prążkowatość szczególnie jest widoczną na obwodzie, utworzonym przez brzeg nierówny i zazębiony. W miejscu tem można spostrzegać włókna po wyjściu z plamy białej w kształcie prążków czerwonych. Brzeg plamy zwykle nieznacznie znika w czerwonym dnie oka, rzadko urywa się odrazu. Dokoła dno oka jest prawidłowe (o ile, rozumie się, nie powstanie jaka sprawa chorobowa); plama nigdy nie jest ograniczona przez pas barwnikowy.

Najczęściej plamy przylegają do tarczy i leżą przeważnie ku górze i dołowi od tarczy, na przebiegu naczyń, w miejscach, w których włókna nerwowe są najliczniejsze; po tych dwóch umiejscowieniach najczęstszą jest strona wewnętrzna tarczy. Mogą też być plamy w pewnej odległości od tarczy, w postaci wysepek, wskazując, że włókna nerwowe, utraciwszy pochwki u blaszki sitowej, odzyskują je po przejściu części siatkówki. Plamy, nawet gdy się przedłużają z biegiem naczyń, zawsze oszczędzają okolicę plamki żółtej. Rzadki pod

tym względem przypadek spostrzegał Antonelli²⁾: plama otaczała ze wszystkich stron tarczę oka lewego.

Plama może być jedna lub kilka, częściej w jednym oku niż w obu. Postać ma zwykle piramidy, zwróconej wierzchołkiem ku obwodowi. Wielkość plam bywa różna, najczęściej nie przewyższają one średnicy tarczy, bardzo rzadko znacznie ją przewyższają (8—9 razy).

Barwę plamy przedstawiają białą, która jednak głównie powstaje wskutek kontrastu z dnem oka; jeżeli bowiem istnieje jednocześnie garbiec tylny, barwa plamy przechodzi w szarawą.

Przypadki rozpromienienia włókien rdzeniowych w siatkówce wskazują, jak to stwierdza Wecker³⁾, umiejscowienie fizjologiczne włókien nerwowych w siatkówce, szczególnie gdy wadliwość rozszerza się na większą przestrzeń. Zabarwienie białe znajduje się w miejscach, w których włókna nerwowe są najliczniejsze, to też leży ono przeważnie na przebiegu większych naczyń i tworzy łuk otwarty dokoła plamki żółtej. Między tą ostatnią i tarczą w linii prostej nie spostrzega się ono nigdy, z wyjątkiem przypadków Hirschberg'a i wymienionego wyżej Antonelli'ego, w którym włókna pochwowe otaczały tarczę także od strony zewnętrznej.

Włókna nerwowe u królików i zajęcy stale zachowują pochewki w siatkówce; otaczają one tarczę, ale rozchodzą się przeważnie w kierunku poziomym, na prawo i na lewo, w postaci szerokiej taśmy białej i błyszczącej, składającej się z drobnych prążek, rozgałęziających się na obwodzie; naczynia siatkówki widzialne są przed włóknami, barwnik i naczynia błony naczyniowej są zakryte przez nie. Czopki i pręciki pod włóknami pochawkowymi przedstawiają się prawidłowymi. Wadliwość zdarza się też u innych zwierząt, u świń⁴⁾ i psów⁵⁾; u ostatnich włókna pochawkowe zajmują także tarczę i wywołują silne jej wypuklenie. U ryb i ptaków pochewki na włóknach spostrzegają się często, ale są cienkie i tworzą zmętnienie, mało wpływające na barwę dna oka.

Müller⁶⁾ i Jaeger⁷⁾ pierwsi, w r. 1856, zauważyli

omawianą wadliwość. Mikroskopijnie badali włókna pochwowe Virchow⁸⁾, Beckmann⁹⁾, Recklinghausen¹⁰⁾, Schmidt¹¹⁾, Manz¹²⁾ i inni. W niektórych przypadkach (Beckmann'a) część siatkówki, zawierająca włókna pochwowe, wznosiła się nad poziom innych części, w innych (Recklinghausen'a) zaś nie. Włókna pochwowe nie zajmują w obrębie plamy białej całej warstwy włókien nerwowych, lecz są przeplatane przez włókna przezroczyste. Pochewki urywają się nagle u blaszki sitowej i zjawiają się w siatkówce, w której przybierają postać piramidy z podstawą koło tarczy, zajmującą prawie całą warstwę włókien nerwowych, i wierzchołkiem, nikającym w części średniej warstwy (Schmidt). Włókna pochwowe są po większej części grubsze od bezpochwowych, pokryte są zgrubieniami postaci wrzecionowatej i zawierają błyszczące kulki, podobne do zastygłej kropli, powleczonej cienką warstwą rdzenia (Manz).

Rozpromienienie włókien rdzeniowych w siatkówce w większości przypadków nie wpływa na upośledzenie wzroku. Bywa powiększona plamka ślepa Mariotte'a, czego jednakże dotknięci tą wadliwością nie odczuwają. Według Adamiuk'a¹³⁾ spostrzega się zwiększenie wrażliwości na światło, zależne od podwyższonego rozsiania światła wewnątrz oka wskutek odbijania się tegoż od białej powierzchni włókien rdzeniowych. W rzadkich przypadkach widziano osłabienie widzenia naosioowego, a także obwodowego.

Przy rozpromienieniu włókien rdzeniowych spotykano dość często nieczorność, która i w moim przypadku miała miejsce.

Wadliwość ta łączy się czasem z innymi wadliwościami, jak szparą nerwu wzrokowego¹⁴⁾, dermoidem uwłosionym brzegu rogówkowego¹⁵⁾, nieprawidłowością soczewki¹⁶⁾. Nie czytałem, aby widziano ją kiedykolwiek ze szparami tęczówki i źrenicami dodatkowymi, jak w moim przypadku. Manz spostrzegał niekiedy włókna rdzeniowe u osób, przedstawiających nieprawidłowości mózgu, szczególnie u idiotów; cały szereg

innych przypadków, ogłoszonych w literaturze, pozwala przypuszczać, że związek ten był przypadkowym.

Manz uważa wadliwość omawianą za wrodzoną, na co nie zgadzają się inni autorowie. Hippel¹⁷⁾ wskazuje, że u noworodków włókna na obwodzie nerwu wzrokowego nie posiadają pochwec, podobnie jak u nowonarodzonych królików, co można stwierdzić badaniem wziernikowem i histologicznem. Włókna rdzeniowe zjawiają się dopiero po 8-m dniu po narodzeniu, od dołu tarczy. Bernheimer i Flechsig zauważyli, że rozwinięcie pochwec w nerwach wzrokowych dzieci, przedwcześnie urodzonych, było dalej posunięte, niż u dzieci tegoż wieku, ale znajdujących się jeszcze w macicy. Jako przyczyna przyspieszenia rozwoju pochwec podawane jest podrażnienie siatkówki przez światło; rzeczywiście też Held stwierdził u nowonarodzonego królika, że otwarcie wczesne powiek i wystawienie oka na światło wywołuje w tem oku szybsze wystąpienie pochwec na włóknach nerwowych niż w oku drugim. Doświadczenia Hippe'a dawały różne wyniki.

Od wytworów chorobowych włókna rdzeniowe odróżniają się prążkowatością promieniową, widoczną szczególnie na obwodzie, umiejscowieniem, prawidłowością otaczającego je dna oka i prawidłowością naczyń.

Częstość tej wadliwości u ludzi trudno określić, gdyż dotknięci nią, nie przedstawiający w ogromnej większości zaburzeń czynnościowych, nie zwracają się do okulistów; przeto może ona być wykrytą tylko przypadkowo, gdy jednocześnie istnieje cierpienie oka albo nieprawidłowość refrakcyi, wymagające badania wziernikowego. Stąd wielkie różnice między autorami co do stosunku dotkniętych wadliwością do ogólnej liczby spostrzeganych. To też więcej zasługuje na uwzględnienie statystyka popisowych niż chorych, szukających pomocy lekarskiej, jak to stwierdza Talko, przytaczający statystykę Wadzińskiego, okulisty okręgu wojennego wileńskiego, który na 1050 badanych popisowych, znalazł włókna rdzeniowe 9 razy, u jednego w obu oczach, u trzech w oku prawem, u 5 w lewym; wszyscy przedstawiali wzrok prawidłowy.

W poprzednim sprawozdaniu Wadzińskiego na 1064 badanych było 4 z włóknami rdzeniowymi. Wadliwość przeto spotykana była raz na 117—266 badanych, co wskazuje, że nie jest ona rzadką.

Druga wadliwość, spostrzegana u mojej chorej, szpary tęczówek i źrenice dodatkowe, nie często, o ile wiem, widziano. Nieprawidłowość tę, w postaci zupełnie takiej samej, spotkałem w sierpniu r. 1897 u dziewczyny lat 18, która szukała pomocy z przyczyny odklejenia się siatkówki w oku prawem.

Źrenice dodatkowe autorowie¹⁸⁾ uważają za skutek przetrwania częściowego błony źrenicznej, która, tworząc w szparze tęczówki mostek, oddziela od szpary przestrzeń źrenicy, przedstawiającą się jako dodatkowa. Dla źrenicy dodatkowej, sąsiadującej z brzegiem rzęskowym Wecker przypuszcza też inną przyczynę, mianowicie rozszczenie wrodzone brzegu obwodowego tęczówki (*irido-diasztatis* Ammon'a). Odmiana ta, według Wecker'a, odróżnia się nieruchomością zupełną brzegów źrenicy dodatkowej, kiedy tymczasem przy postaci poprzedniej źrenica może się rozszerzać. W moim przypadku, jak wspomniałem, miało miejsce to ostatnie.

Tym sposobem wymieniona wadliwość przedstawia się jako połączenie szpary tęczówki z przetrwaniem częściowym błony źrenicznej. Obie nieprawidłowości są wrodzone, w przeciwieństwie do włókien rdzeniowych w siatkówce, które nie są wrodzone, lecz tworzą się we wczesnym dzieciństwie.

Szpary tęczówki jest pozostałością częściową szpary oka, która tworzy się w oku zarodkowym jednocześnie z wyłobieniem blaszki rogowej dla utworzenia soczewki; przez szparę wchodzi do pęcherzyka ocznego komórki średniej blaszki zarodkowej, po czem rozwijają się w krótkim czasie naczynia soczewki. Jedno i drugie znika w stanie prawidłowym przed przyjściem płodu na świat. Jeżeli szpara nie znika, powstaje, odpowiednio do jej długości, szpara tęczówki, naczyniówki, tarczy nerwu wzrokowego, albo jednej lub dwóch z tych tkanek.

Szpary tęczówki najczęściej kieruje się ku dołowi i we-

wnątrz i czasem przedłuża się na wyrostki rzęskowe. Łączy się ona dość często z innymi wadliwościami wrodzonymi, jak małoczość, zaćma wrodzona, szpara powiek, wargę zajęcza, szczelina podniebienna i t. d., oraz ze zmianami krzywizny rogówki, wytwarzającymi nieźorność.

Przetrawianie błony żrenicznej jest skutkiem nie zanikania naczyń czasowych dokoła soczewki. Wadliwość ta bardzo rzadko kojarzy się z poprzednią i występuje albo tylko w przedniej połowie oka (jako błona żreniczna), albo w tylnej, (przetrawianie tętnicy szklistej). Badania Rumszewicza¹⁹⁾ i Lieberkühna²⁰⁾ wykazały, że niejednoczesne istnienie obu tych wad rozwojowych zależy od różnego pochodzenia naczyń obu części błony: naczynia przedniej połowy (t. j. błony żrenicznej) pochodzą od tylnych długich tętnic rzęskowych, naczynia tylnej połowy błony od tętnicy szklistej.

Literatura.

1. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., lipiec—sierpień 1904, str. 124.
2. Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 7 février 1905.
3. De Wecker et Landolt. »Traité complet d'ophtalmologie«, t. IV, p. 202.
4. Talko. Gazeta lekarska r. 1872
5. Müller. Würzb. Sitzungsbericht, 5 juli 1856.
6. »Anatom. physiolog. Untersuchungen über die Retina«. Leipzig, 1856.
7. »Beitrag zur patholog. Anat. des Auges«. Wien, 1856.
8. Archiv. für pathol. Anatomie, X. 190, 1856.
9. Ibid., XIII. 97, 1857.
10. Reichert et Dubois-Reymond. Archiv. XXX. 1857.
11. Klin. Monatsbl. XII. 186. 1874.
12. Arch. f. Augenheilk., XXIX. 3 H. 1886.
13. »Bolezní swietlooszczuszczajuszczawo apparata głaza« cz. I, str. 362.
14. Tereszko wicz. Posiedzenie kółka okulistów moskiewskiego 20 paźdz. 1898 (Więstnik oftalmologii, 1899, str. 459—462).
15. Talko. Postęp Okulistyczny, 1899, str. 275.
16. Leber. Graefe - Saemisch. Handbuch der gesamten Augenheilkunde.
17. Graefe's. Archiv. f. Ophthalm., t. 49, zes. 3. 1900 r.

18. Wecker (*Traité complet d'opht. par de Wecker et Landolt. t. II, str. 380*), Rumszewicz (*»Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka«* w *»Pam. Tow. Lek. Warsz.«* r. 1882) i inni.
19. Pamiętnik Towarzystwa przyrodników w Kijowie. 1877.
20. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anatom. 1879.

Zapalenie siatkówki po zatruciu wyciągiem paproci samczej.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

15 go czerwca r. 1904 zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance Edward P., lat 44 z Jałty, z rozpoznaniem przez prof. Hirschmana w Charkowie zapaleniem barwikowym siatkówki (*retinitis pigmentosa*).

Badanie przedmiotowe wykazało zupełną przezierność rogówki, soczewki, ciała szklanego i prawidłową ogniskowość*).

*) W zeszytcie czerwcowym *»Krytyki lekarskiej«* autor *Notatek językowych* omawia i rozbiera używane przeze mnie miana: grubozorny, drobnozorny, ogniskowanie, mięsień ogniskujący, oczy krótko i długo ogniskowe, soczewka przezierna...

Przyjmując z uznaniem zdanie autora, że *»wraży nowe, jeżeli nawet nie zaszczipią się i nie przyjmą, wywołane były dobrą wolą, dbałością o język, pobudzają do rozważy i albo doskonalsze wywołują postaci, albo zalety dawniejszych, uznanych lepiej uwydatniają«*; jak również wierząc, że tylko *»troska o język«* nasunęła autorowi wypowiedziane uwagi, przyjmuję je *»tak życzliwie, jak z życzliwością«*, autor je podał.

Mianom krótko, długo, prawidłowo, nieprawidłowo ogniskowe oko autor stawia dwa zarzuty: 1) miana te są następstwem spekulacyi naukowej, *»a tymczasem pojęcie krótkowzroczności jest pospolite, wszystkich ludzi obchodzi«*; 2) i pod względem naukowym miana te są błędne, bo *»oko nie dla tego jest krótkowzroczne, że odległość ogniskowa jest za mała, ale że jest krótsza od osi oka«*.

Wyraz krótkowzroczność, czyli właściwie wzrok krótki, jak się pospolicie mówi, oznacza, że osobnik z takim wzrokiem widzi dokładnie

Zarysy tarczy zatarte, naczynia siatkówki (żyły) przekrwione, a na całym obwodzie liczne rozsiane kupki barwikowe.

Badanie podmiotowe wykazało prawidłową sprawność wzrokową: $W = 2$ mm; znaczne ograniczenie pola wrażliwości siatkówek i kurzoślep.

Wywiady: w ciągu lat 3-eh, mianowicie od r. 1898 do r. 1901 leczył się bardzo gorliwie na tasiemca, zażywając w tym celu 9 razy wyciąg paproci samezej, przytem ostatnim razem według przepisu: *Extr. Filicis maris aeth.* 0.6, Nr. 6: wyżyc w ciągu 2-eh godzin.

Po zażyciu ostatniej dawki czuł b. silne rozdrażnienie, a we dwa miesiące potem zauważył, że nie widzi po zachodzie słońca.

Stan chorego stopniowo pogarszał się aż do stycznia r. 1905, od tego zaś czasu wzrok zaczął się poprawiać tak, iż już dnia 22 maja r. 1905 chory mógł chodzić sam i o zmroku

tylko w krótkiej od oka odległości; dotąd zgoda, ale co ma znaczyć nadwzroczność? Jest to wyraz najzupełniej wadliwy i dla tego pospolicie wcale się go nie używa, a mówi się o wzroku dalekim.

Ale oprócz krótko i dalekowzroczności jest jeszcze wzroczność prawidłowa; co właściwie ma oznaczać prawidłowa wzroczność? Czy prawidłową ogniskowość gałki, czy prawidłową wrażliwość siatkówki.

Wprawdzie, oprócz krótkowzroczności, nadwzroczności i prawidłowej wzroczności, używa się jeszcze innego mianownictwa, mówi się oko miarowe (prawidłowo-ogniskowe), oko niedomiarowe (krótko-ogniskowe) i oko nadmiarowe (długo-ogniskowe).

Tutaj uderza najzupełniejsza dowolność w nadawaniu znaczenia: Oko krótko-ogniskowe może być tylko krótko-ogniskowem, ale oko niedomiarowe może równie dobrze znaczyć krótko jak i długo ogniskowe, a nawet i oko dwuogniskowe (astygmatyzm prawidłowy) może też być nazwane niedomiarowem.

2. Miana krótko i długo-ogniskowe oko dla tego są dobre, że wskazują, samą nazwą, jakiej budowy jest oko; bo to co autor Notatek mówi, że krótko-ogniskowość jest zawsze tylko osiową nie jest prawdą.

Owszem krótko-ogniskowość może być nie tylko osiową, ale i soczewkowa, tak samo jak i długo-ogniskowość, która często zależy od małej wypukłości soczewki.

wieczornym. Obecnie wszystkie objawy zapalenia siatkówki i zwyrodnienia barwikowego ustąpiły zupełnie.

W podanem przez Uthoffa¹⁾ piśmiennictwie o zatruciu n. wzrokowego po zażywaniu wyciągu paproci samezej żaden z autorów nie wspomina ani o kurzoślepie ani o zwyrodnieniu barwikowym.

Stuelp²⁾, spostrzegając przy zatruciu wyciągiem paproci samezej obrzęk siatkówki od tarczy aż do obwodu tak, iż ani tarczy ani plamki żółtej nie mógł odróżnić od pozostałej siatkówki, mającej jednostajny białawy wygląd. Tętnice były prawie nie widoczne, żyły zaś grube i mocno pokręcone.

Żrenice były rozszerzone, a sprawność wzrokowa = 0.

Po kilku dniach obrzęk siatkówki zaczął ustępować, a jednocześnie dały się spostrzedz na siatkówce liczne wynaczynienia.

Po miesiącu obrzęk ustąpił zupełnie, ale źrenice pozostawały

O mianach ogniskowanie i mięsien ogniskujący, autor Notatek mówi, że nie wydają się mu lepszymi od nastawianie i mięsien rzęskowy; ja zaś sądzę, że wyższość ich polega na pojęciowem kojarzeniu tych mian z mianami krótko, długo, prawidłowo, nieprawidłowo ogniskowością, co nie tylko dla pamięci, ale i dla przedstawienia sobie rzeczy tych wielkiem jest ułatwieniem.

Autor Notatek mówi, że wyraz przezroczystry jest co najmniej równie polski i co najmniej, równie piękny, jak i wyraz przezierny. Sądzę, że gdyby nawet i tak było, to wyraz przezierny już dla tego jest lepszy, że będąc równie dobrym, jest krótszy.

Autor Notatek jest nakoniec zdania, że miano drobnozorny byłoby tylko w takim razie usprawiedliwione, gdybyśmy mikroskop nazywali drobnozorem, ale nie widzi przewagi tego miana nad mianem drobnowidz, a to dla tego, że przezorny i przewidujący znaczą zupełnie toż samo i w takim samym są do siebie stosunku, jak i drobnowidz i drobnozor.

Na to należy odpowiedzieć, że drobnowidz należy do jednego szeregu nazw z mianami: krótkowidz, dalekowidz, ostrowidz, które najwyraźniej oznaczają nie przyrządy, przez które się widzi, ale osoby widzące. Drobnozor już przez to jest lepszy, że nie jest dwuznaczny, jak drobnowidz.

stały bez zmiany, wynaczynienia trwały dalej, a wzrok zanikł na zawsze.

Porównyując objawy chorobowe, przebieg i zejście w naszym wypadku z tem, co podają inni autorowie, można wytłumaczyć mniejsze nasilenie i pomyślnie zejście mniejszą ilością zażytego wyciągu paproci samczej. Tak np. chory Stuelp'a leczył się wyciągiem paproci samczej dwukrotnie, zażywając każdym razem po 10 gramów wyciągu, trzecim zaś razem zażył jednego dnia 4 grm, a nazajutrz 8 gramów. Nasz chory leczył się wyciągiem paproci samczej 9 razy; nie wiadomo jaką ilość wyciągu paproci samczej zażywał każdym razem, prawdopodobnie jednak ilość ta była mniejsza niż zażyta po raz ostatni, kiedy w ciągu 2-ch godzin przyjął 3,6 grm.

Według Rulle³⁾ objawy zatrucia występują już po zażyciu 0.9 gr paproci samczej.

Wypadek opisany przeze mnie jest ważny pod względem łudzącego podobieństwa do barwikowego zwyrodnienia siatkówki (*retinitis pigmentosa*).

Zapalenie siatkówki trwało tu bardzo długo, bo od r. 1901 aż do r. 1905 i przez cały ten czas pomimo leczenia głównie jodkiem potasu najmniejszej nie zauważono poprawy; chciano go nawet leczyć wcieraniem szaruchy, ale chory się nie zgodził.

W ostatnim roku leczył się małemi dawkami chininy i galwanizacją.

Literatura.

1. W. Uthoff. Graefe-Saemisch. 2-te Aufl. Die Augenveränderungen bei Vergiftungen.
2. Dr Stuelp. Ueber dauernde Filix mas-Amaurosen bei der Wurmkur der Bergleute im Rhein Westf. Kohlen-revier. Arch. f. Augenh. k. T. LI. z. 2.
3. Rulle. Ein Beitrag zur Kenntniss einiger Bandwurmmittel. Diss. Dorpat. 1867.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

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

Nr. 4.

Doniesienie tymczasowe o rodzaju zmian wstecznych we włóknach soczewki. (Note préliminaire sur la nature des altérations dégénératives des fibres cristalliniennes). P-na Toufesco.

Autorka wykazuje jak rozmaicie różni badacze przedstawiają rodzaj zmian patologicznych, występujących w soczewce w okresie tworzenia się zaćmy. Mianowicie nowsi autorowie zaprzeczają istnieniu zwyrodnienia tłuszczowego. Jest to błąd spowodowany używaniem przy sporządzaniu preparatów mikroskopowych eteru, alkoholu, ksydolu, loluenu i t. p. płynów, w których się tłuszcz ze złatwością rozpuszczają. Autorka zbadała mikroskopowo w pracowni oddziału ocznego szpitala Lariboisière w Paryżu około 40 operacyjnie wyjętych zaćm starczych, jedną zaćmę urazową, i jedną zaćmę wywołaną u królika przez zatrucie naftaliną. Przy sporządzaniu preparatów unikała starannie rozpuszczalników tłuszczu, np. do zamrażania preparatów zamiast eteru używała chlorku etylu. Wykazała ona zapomocą odczynników mikrochemicznych, a głównie kwasu osmowego, że w zaćmie starczej przychodzi do zwyrodnienia tłuszczowego włókien soczewkowych, wakuole, opisywane przez licznych autorów są tylko jamkami, pozostałemi po kropelkach tłuszczu, który został wytrawiony przez różne, do sporządzania preparatów używane odczynniki. Co do rodzaju tłuszczów, występujących w soczewce, zastrzega sobie T. głos na później po przeprowadzeniu dalszych badań, na razie zaznacza tylko, że lecytyna, jak się zdaje, nie pojawia się w zaćmie, bo kropelki tłuszczu nie polaryzują światła. Spotykała natomiast liczne kryształy cholestearyny, które można wytrawić eterem i ponownie skryształizować. Zwyrodnienie tłuszczowe w rozpoczynającej się zaćmie zajmuje przeważnie części w pobliżu równika soczewki.

Nowe badania nad ciśnieniem i przesączaniem wśródoocznem. (Nouvelles recherches sur la pression et la filtration de l'oeil). Th. Leber.

Dalsze uwagi polemiczne z powodu zarzutów podniesionych przez Dra Uribe-y Troncoso.

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

Dalszy ciąg zapisków historycznych, odnoszących się do różnego rodzaju optotypów polecanych przez różnych autorów.

Rogówka o długiej osi pionowej a stożkogłowie (oxycephalia). (Cornée à grand axe vertical et oxycéphale). André Patry.

Na oddziale ocznym szpitala Lariboisière spostrzegano u 17-letniego wyrobnika, który się zgłosił z powodu ciała obcego, wybitny stopień stożkogłowa (*crâne en tour, Thurmschädel*) w połączeniu z wrodzoną zmianą postaci obu rogówek. Zamiast prawidłowego owalu poziomego, przedstawiały rogówki wyraźny owal pionowy, przyczem wymiary rogówek wogóle były powiększone, zachodziła zatem *megalocornea*. Średnica pionowa rogówki wynosiła obustronnie 12,5 mm, co stanowi znaczne powiększenie w porównaniu z wymiarem przeciętnym. Średnica pozioma miała 12 mm długości, a więc także nieco ponad średnią miarę. W literaturze znalazł autor jeden tylko przypadek, opisany przez Hirschberga (*Glaucoma infantile*), z takim odwrotnym stosunkiem wymiarów rogówki. W przypadku, który autor opisyje, badanie oftalmometrem wykazało, mimo istniejącej zmiany postaci rogówek, *astigmatismus cornealis rectus*, wynoszący 1, o D. Bystrość wzroku na obu oczach prawidłowa, łożsamo dno oczu bez zmian. Ze względu na powiększenie ogólnych rozmiarów rogówek, możnaby przypuszczać, że chory przebył *glaucoma infantile*, przeciw temu jednak przemawia prawidłowy wzrok i brak jakiegokolwiek innych objawów.

Archiv für Augenheilkunde. Bd. LIV. Heft 2. (Referent Dr Bałtaban).

Badania doświadczalne nad ciałkami ochronnymi składnikami siatkówki. (Experimentelle Untersuchungen über Antikörper gegen Netzhautelemente). C. Hess und P. Römer.

III. Analiza otrzymanych przez uodpornianie ciałek ochronnych dla pręcików siatkówki. (Analyse der immunisatorisch erzeugten Antikörper gegen die Netzhautstäbchen).

W tej części swej pracy rozprawiają autorowie najpierw o związku, w jakim pozostają zawiesziny pręcików w jamie brzusznej do sprawy wzmaganania się natu-

ralnej odporności i do zapalenia. I tak podnoszą oni najpierw analogię opisanego w poprzedniej pracy zaniku pręcików siatkówki w jamie brzusznej u zwierząt, których poddano działaniu t. z. fenomenu Pfeiffera. Badali oni również zachowanie się pręcików siatkówki w jamach brzusznych u zwierząt, których nie poddano takiemu działaniu wprost swoistemu, przyczem ciała ochronne otrzymywano przez poprzedzające działanie różnych substancji, jak soli, bulionu i t. p. Pokazało się przytem, że w drażnionej w ten sposób jamie brzusznej pręciki o wiele prędzej się rozpuszczały, przyczem odporność wzmagala się tylko przemijająco.

Następnie omawiają autorowie biernie uodpornienie przeciwko pręcikom siatkówki i wartość uodporniających glutyn i lizyn. Przy tem pokazało się, że zwierzęta, do których stosowano uodporniającą surowicę, objawiały o wiele większe działanie lityczne, natomiast brak im było agglutynacyi. Co się tyczy swoistości ciałek ochronnych, to autorowie udowodnili ponownie licznymi badaniami, że lizynom powstałym z pręcików przypisać należy pewną swoistość. Dalej omawiają autorowie różnicę a raczej rozdział glutyn i lizyn surowicy uodporniającej otrzymanej z pręcików. Różnica tych agglutyn otrzymanych dla składników siatkówki i lizyn dla pręcików wynika już z tego, że niektóre surowice uodporniające w ciele zwierzęciem posiadają bardzo znaczne własności lityczne, a nie posiadają wcale żadnych własności agglutynujących, podczas gdy inne surowice zachowują się wręcz przeciwnie.

Następne doświadczenia, mające na celu udowodnić powstanie antilizyn i antiagglutyn wykazały, że te składniki prawidłowej surowicy krwi bydłowej, które powodują agglutynację pręcików ócz wolek, sprowadzają w organizmie królika powstanie antiagglutynin dla pręcików.

Podobnie się ma też sprawa z antilizynami.

Ostatniem zagadnieniem w tym rozdziale jest pytanie, czy u zwierzęcia poddanego poprzednio zabiegom zapomocą światła przyjmujących składników siatkówki powstają hemolizyny. Otóż badania przeprowadzone w tym kierunku nie dały dodatniego wyniku, a tem samym i pytanie to musi być zaprzeczonym.

IV. Über Hetero-Iso- und Auto-Antikörper des normalen Serums gegen Netzhautstäbchen).*

Znany z nauki o uodpornianiu fakt, że prawidłowe surowice zawierają w sobie ciała ochronne, spowodowało autorów zająć się

*) Przy dalszem referowaniu bardzo trudno zrozumiałej pracy będą się posługiwał oryginalnymi wyrazami technicznymi autorów.

(Przyp. sprawozd.).

badaniem, co do zachowania się pręcików siatkówki w prawidłowej surowicy.

Badania te wykazały bardzo dziwne zjawisko, a mianowicie pokazało się, że w prawidłowych surowicach różnych zwierząt znajdują się ciała ochronne nie tylko przeciwko pręcikom siatkówki innych rodzajów, lecz także przeciwko pręcikom tego samego rodzaju, ba nawet tego samego zwierzęcia. Ciała te posiadają własności agglutynujące i lityczne. Następujące badania miały na celu wykazać agglutyny prawidłowej surowicy, przyczem podnoszą autorowie jako rzecz bardzo zajmującą, że prawidłowa surowica u rozmaitych rodzajów zwierząt posiada stałe aglutyny przeciwko składnikom własnej siatkówki, a także, że 1 cm \square surowicy bydłowej jest w możności aglutynować około 800 milionów pręcików. Trudniejszą była sprawa wyszukania ciałek litycznych w prawidłowej surowicy. Badania wykazały przytem, że małe ilości prawidłowej surowicy bydłowej rozpuszczają w jamie brzusznej zdrowej świnki morskiej, już po upływie kilku minut miliony pręcików siatkówki bydłowej.

Dałej przekonali się autorowie, że prawidłowa surowica bydłowa może wprawdzie pręciki u bydła po upływie 55 minut aglutynować, ale nie rozpuścić. Natomiast dadzą się pręciki rozpuścić, jeżeli surowicę zmiesza się z płynem, który przez $\frac{1}{2}$ —4 godzin znajdował się w jamie brzusznej świnki morskiej. Całkowity rozdział pomiędzy istotami aglutynującymi a litycznymi wynika stąd, że bardzo znaczne własności aglutynujące surowicy bydłowej *in vitro*, giną całkowicie wskutek dłuższego pozostawiania w żyjącej jamie brzusznej. Pokazało się przytem, że 0.01 cm³ surowicy bydłowej wystarcza, aby w przeciągu $\frac{1}{2}$ godziny rozpuścić 20 milionów pręcików bydłowych i to po upływie pół godziny.

W następnych badaniach wykazali autorowie przy pomocy elektrycznego wchłaniania, rozdział aglutynin i lizyn w surowicy.

Autorowie nabrali przekonania, że znajdujące się w surowicy »autoantyciała« przeciwko pręcikom siatkówki, nie mają nie wspólnego z odżywianiem siatkówki.

Dalsze badania mające na celu wynaleźć w surowicy istotę szkodliwą dla purpury ocznej dały wynik ujemny. W końcu omawiają autorowie wybiórcze własności rogówki, przyczem pokazało się, że czynność ta jest o wiele mniejszą, aniżeli u siatkówki.

Różności okulistyczne. (Ophthalmologische Miscellen). Dr H o s c h.

a) *O błonach cyklotycznych.* (Über cyclitische Schwarten).

Autor badał anatomicznie gałkę oczną, w której nerw wzrokowy wraz ze siatkówką, przez ciągnięcie błon cyklotycznych został

włoczonym w głąb gałki ocznej. W innym znowu przypadku była postać soczewki dziwnie zmienioną. Autor jest zdania, że powstanie kości w takich błonach staje się często powodem współczesnego zapalenia oka drugiego, gdyż nerwy rzęskowe, weiskające się pomiędzy skostniałą naczyniówką, są ustawicznie drażnione.

b) *Tłuszczoskórzak spojówki.* (Lipodermoid der Bindehaut).

U pewnej chorej spostrzegł autor nowotwór spojówkowy, umieszczony pomiędzy *m. rectus sup i externus*, drugi zaś podobny na brzegu zewnętrznym rogówki. Nowotwór pierwszy uwydatnił się po wycięciu jako *lipodermoid*, a także i guz drugi był skórzakiem. Przypadek ten zdaje się popierać zapatrywanie Nobby, że tłuszczaki podspojówkowe wraz ze skórzakami granicy rogówkowo-twardówkowej należy nazywać „*lipodermoid*“.

c) *Zator tłuszczowy w siatkówce.* (Fettembolie der Retina).

Zator podobny powstał u pewnego mężczyzny, który doznał połamania licznych kości i wkrótce zmarł wskutek tych obrażeń. W poszczególnych tętnicach siatkówki dał się spostrzegać płynny tłuszcz i to w postaci mniejszych i większych kropeł.

d) *Przyczynek do etyologii zaćmy warstwowej.* (Zur Aetiologie des Schichtstares).

Autor zastanawia się nad nierozstrzygniętym jeszcze pytaniem co do śródmacicznego powstania zaćmy warstwowej. Jeżeli przyjmniemy, że pomiędzy tego rodzaju zaćmą a krzywicą istnieje związek przyczynowy, to należy przyjąć, że warstwowa zaćma nie powstaje śródmacicznie podobnie jak i krzywica tworzy się później dopiero w życiu pozapłodowym. Następnie opisuje on nie liczne w literaturze znane przypadki śródpłodowego powstania zaćmy warstwowej i wspomina o rodzinie, w której dziad, ojciec i 3 dzieci (z 10-ciu) cierpią na obustronną zaćmę warstwową, przyczem w żadnym z tych przypadków nie dała się wykazać krzywica. Z tego wysnuwa autor wnioski, że jest niewątpliwem, iż zaćma warstwowa bywa niekiedy wrodzoną, nie ma ona jednak z krzywicą nie wspólnego.

Przypadek bąblowca śródocznego. (Ein Fall von Echinococcus intraocularis). Dr Scholtz.

W górnym wewnętrznym kwadrancie dna oka dawał się spostrzegać wzornikiem utwór pęcherzykowy i gronowej powierzchni. Pęcherz ten weiskał się do ciała szklistego a ku górze wdzierał się on pod oderwaną siatkówką. Punkcya zrobiona w celach rozpoznawczych nie wykazała żadnych składników morfologicznych.

Do patologii skrzydlika. (Zur Pathologie des Pterygiums).
Dr Falta.

Autor jest zdania, że także skrzydlik stały a zatem nie posuwający się, może być dla oka szkodliwym, co wynika ze spostrzeganych przez niego dwóch przypadków. U pewnej chorej, która równocześnie miała jaglię i skrzydlik, zniknęła jaglica bez śladu natychmiast po usunięciu skrzydlika.

Zdaniem autora należał ten przypadek jaglię do tych, które po usunięciu drażnienia same się uleczej. W tym przypadku powodował to drażnienie skrzydlik. W innym zoowu przypadku znajdował się mały zbliżnowaciały skrzydlik na oku, zehorzałem na zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Zdaniem autora skrzydlik ten powodował przy ruchach gałki ocznej ucisk na ciało rzęskowe, tak, że wskutek tego powstawały silne bole. Po usunięciu skrzydlika nastąpiło uleczenie, pomimo, że dotychczasowe zabiegi lecznicze były zupełnie bez skutku.

Drażnienie, które skrzydlik powoduje polega:

- 1) na tarcu pomiędzy nim a spojówką powiekową;
- 2) na pociąganiu (*Zerrung*) przy ruchach gałki ocznej;
- 3) na ciśnieniu odpowiadajęcem powstaniu i wzrostowi skrzydlika.

Autor przychodzi ostatecznie do następujących wniosków:

1. Stały skrzydlik nie należy uważać za ciałem nieszkodliwym.
2. Istniejące choroby oczne mogą się przez taki skrzydlik pogorszyć.
3. Należy go zaraz usunąć, jeżeli przy istniejącem cierpieniu ocznem nie da się jego szkodliwość stanowe wykluczyć.

Do techniki operacji z magnesem. (Zur Ausführung der Magnetoperation), Dr Türk.

Powołując się na ogłoszoną przez siebie pracę w tymże Archiwie T. 42, zeszyt 4, w której podał nowy przyrząd, mający służyć do usunięcia odłanków z oka, podnosi autor, że przyrząd daje się stosować tylko do odłanków większych. Hirschberg oświadczył na podstawie jednorazowego użycia, że przyrząd ten nie jest praktycznym przy odłankach małych.

Spontane cofnięcie się zwiecznionej soczewki i ponowne jej zwiecznienie. (Spontane Reposition der ectopischen Linse mit nachfolgender erneuter Luxation). Dr Brückner.

Autor opisuje przypadek obustronnego wrodzonego zwiecznienia soczewki. Po upływie 45 lat zsunęła się soczewka oka prawego

która była przesuniętą ku górze i do środka na dół w obręb źrenicy. Po dalszych kilku tygodniach zesunęła się soczewka jeszcze głębiej i znajduje się obecnie na dole i wewnątrz w ciałku szklistem. Posuwanie się soczewki odbyło się bez żadnych wpływów szkodliwych dla oka, gdyż bystrość wzroku zwiększyła się nawet z $\frac{1}{4}$ na $\frac{1}{3}$.

O nerwowych objawach ocznych. (Über neuropathische Zustände der Augen). Dr Fejér.

Autor opisuje niektóre zaburzenia oczne, które powstają w następstwie czynnościowych zaburzeń nerwowych.

I. Najczęstszą przypadłością jest skurecz powiek (*blepharospasmus*), powikłany skurezem akomodacji. Co do charakteru to skurecz powiek jest po większej części kloniczny, skurecz akomodacji natomiast toniczny. Czasami przychodzą te objawy w towarzystwie *chorea minor*. Leczenie polega na wkraplaniu atropiny i leczeniu nerwów.

II. *Blepharospasmus cum photophobia*. W takich przypadkach skurecz powiek może być albo objawem tylko symptomatycznym albo swoistym. Skurecz ten jest klonicznym. Autor opisuje dwa takie przypadki, które nastąpiły w następstwie zaburzeń czynnościowych i podnosi, że olśnienia, przy których pojawiają się kurecze, są charakterystyczne dla hysterycznego skureczu powiek. Następnie opisuje autor przypadek światłowstrętu, powstałego wskutek neurastenii i hypochondryi.

III. *Neurosis conjunctivae*. Objawy tej choroby zgadzają się do pewnego stopnia z objawami t. z. *catarrhus siccus*. Leczyć poleca autor okładami z lodu i adrenalina.

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

Nr 3.

Obustronny przewlekły trzeszcz gałek ocznych, spowodowany gruźliczem stwardnieniem mięśni wśródoczdolowych. (Double exophtalmie chronique déterminée par une sclérose tuberculeuse des muscles intra-orbitaires). Rochon Du vignaud i Onfray.

U 62-letniego stolarza powstał wzmagający się stopniowo trzeszcz obu gałek ocznych bez objawów zapalnych i bez upośledzenia ruchomości. Gałki można było weisnąć napowrót w głąb

oczodołów, przyczem nie uczuwało się żadnego twardego oporu. Gdy z powodu powiększającego się wysadzenia przyszło do niedomykalności powiek i na rogówkach zaczęły się wytwarzać owrzodzenia zaszyto obie szpary powiekowe. Chory dotknięty był niedomykalnością zastawki dwudzielnej i po przebyciu ropnego zapalenia opłucnej bez charakteru gruźliczego, umarł wśród objawów adynamii serca. Pośmiertne badanie zwłok oprócz zmian w sercu i zwyczajnych następstw tychże oraz zrostów opłucnowych nie wykazało żadnych innych złożeń, a w szczególności nigdzie żadnych ognisk gruźliczych, natomiast szczegółowe badanie histologiczne obu oczodołów wykazało sklerotyczną zmianę we wszystkich mięśniach prostych i skośnych obu gałek ocznych, uznaną przez autorów za zmianę gruźliczą z powodu wykrycia nielicznych, ale typowych gruzelków. Brzuśce wszystkich mięśni były mniej więcej w czwórnasób powiększone, i to było jedyną przyczyną wysadzenia gałek ocznych. Że jad gruźliczy może wywoływać wśród tkanek ustroju odczyn w postaci sklerozy, to nie podlega już dziś wątpliwości. Auclair wykazał, że wyciąg eterowy hodowli prątków Kocha powoduje zserowacenie, wyciąg zaś chloroformowy sklerozę. Wyjątkowem i dziwnem w przypadku autorów jest tylko umiejscowienie zmiany, ograniczającej się wyłącznie do mięśni oczodołowych. Jedyne pod względem obrazu klinicznego analogiczne spostrzeżenie, opisane przez Bussego i Hochheima, różni się jednak co do ła etyologicznego, tam bowiem niewątpliwie zmiany w mięśniach ocznych były przyrody kiłowej.

O związku między niezbornością rogówki, a niezbornością całkowitą. (Sur les rapports entre l'astigmatisme cornéen et l'astigmatisme total). Antonelli.

Na podstawie długoletniego doświadczenia, jakiego autor był, badając w każdym przypadku refrakcyjnym krzywiznę rogówkową, zapomocą astygmetru Javala i Schiøetza i kontrolując badanie następnie zapomocą skiaskopii, zestawia obecnie praktyczne wskazówki, w jaki sposób należy oceniać wynik badania astygmetrycznego i o ile badanie to można wyzyskać do dokładniejszego wyrównania niezborności. Do skiaskopii używa autor źródła światła w postaci świetlnego kwadratu, co ma w wysokim stopniu badanie ułatwiać.

Czy zwój rzęskowy odgrywa jakąkolwiek rolę w wytwarzaniu cieczy wodnej. (Le ganglion ciliaire joue-t-il un rôle dans la production de l'humeur aqueuse?). Landolt M.

Zapatrywania co do wpływu nerwów na wytwarzanie cieczy wodnej nie są dotąd jeszcze ustalone. Nicati wykazał wprawdzie

doświadczalnie, że ciecz wodna po wypróżnieniu przedniej komory nie wytwarza się w oku, z poza którego wyluszczone *ganglion ciliare*, i wysnuł z tego wniosek, że od zwoju tego zależy czynność wydzielnicza tęczówki i ciała rzęskowego. Jakkolwiek zapatrywanie to ma za sobą powagę Claude Bernard'a, który utrzymywał to samo, to jednak doświadczenia Nicati'ego spoikały się z krytyką ze strony wielu autorów.

Aby rzecz rozstrzygnąć podjął Landolt w pracowni wyreburskiej kliniki prof. Hessa doświadczenia Nicati'ego na nowo, stosując jednak bardziej udoskonaloną technikę. Doświadczenia te wykazały, że po wypróżnieniu przedniej komory, zapomocą cięcia nożem grotowym, ciecz wodna odtwarzała się równie szybko i w jednakiej ilości tak po stronie, gdzie zwój rzęskowy wycięto, jak po drugiej. Po wstrzyknięciu podskórnem fluoresceiny, pojawiała się w wypróżnionej komorze ciecz wodna, zabarwiona zielono, również bez żadnej różnicy na obu oczach. Nawet po trzykrotnie ponawianem wypuszczeniu ciecz wodna odnawiała się każdym razem w sposób prawidłowy, mimo wyluszczenia zwoju rzęskowego. Z doświadczeń tych, robionych na psach wynika, że *ganglion ciliare* nie ma wpływu na wydzielanie cieczy wodnej.

Wrodzona przetoka woreczka łzowego. (Fistule congénitale du sac lacrymal). Caillaud.

Dziewczynka 11-letnia. Objawy ogólnego obrzęku śluzakowego (*myxoedema*). Dopiero w piątym roku życia zaczęła chodzić. *Emuresis nocturna*. Od wczesnego dzieciństwa oczy ropieją i łzawią. Poniżej i nieco ku wewnątrz od wewnętrznych kącioków obu oczu ledwo dostrzegalne otwory przetok, prowadzących do obu woreczków. Po stronie lewej udało się przez zwężony punkcik i przewodzik łzowy przeprowadzić sondę Nr 2. Płyn wstrzyknięty przechodzi do nosa, kilka kropelek wypływa przez przetokę. U prawego oka nie można było ani sondy wprowadzić, ani przewodu przestrzyknąć. Z powodu dokuczliwego łzawienia wyluszczone u prawego oka gruczoł łzowy Rosenmüllera. Na lewym oku łzawienie ustąpiło pod wpływem sondowania. Autor uważa przetoki łzowe w tym przypadku za następstwo przebytej w życiu płodowem *dacryocystitis*.

Nr 4.

Oblak (cylindroma) oczodołu. (Cylindrome de l'orbite). Laperonne i Mettey.

Autorowie podają szczegółowy opis histologiczny nowotworu oczodołowego, wyluszczonego u 28-letniego mężczyzny. Był to przy-

bloniak, wychodzący prawdopodobnie z gruczolu łzowego, okazujący znamiona mikroskopowe, odpowiadające postaci opisanej w r. 1883 przez Malasseza pod nazwą *cylindroma* (inaczej *epithelioma alveolare*).

Badania kliniczne i doświadczalne nad działaniem barwików anilinowych na spojówkę. (Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des couleurs artificielles d'aniline sur la conjonctive). A. Vogt z Bazylei.

Wobec coraz bardziej rozwijającego się wielostronnego zastosowania barwików anilinowych i olbrzymiego wzrostu fabrycznej produkcji tych przetworów chemicznych badania nad skutkami, jakie wywołują one, zetknąwszy się z okiem, nabierają wielkiego znaczenia, zwłaszcza, że ciężkie obrażenia oczu, spowodowane barwikami anilinowymi u robotników fabrycznych nie należą wcale do rzadkości. Autor przeprowadził szereg ścisłych badań doświadczalnych na oczach króliczych i miał sposobność w klinice okulistycznej prof. Mellingera w Bazylei wielokrotnie spostrzegać przypadki ciężkich zmian ocznych u robotników, zajętych w licznych tamtejszych fabrykach barwików anilinowych.

Na podstawie swych doświadczeń i spostrzeżeń dochodzi on do innych nieco wniosków niż Graeflin, który się już dawniej tym przedmiotem zajmował. Vogt przekonał się, że tylko barwiki zasadowe działają szkodliwie na spojówkę króliczą, jakoteż i ludzką, obojętne zaś, a zwłaszcza kwaśne, nie wywołują prawie żadnego odczynu. Tak więc wszystkie pochodne ftaleiny np. cozyna, erytryna, Primerose, fluoresceina, cyanozyna etc., które zachowują się na wzór kwasów, są dla oka zupełnie nieszkodliwe. Zśród barwików ftaleinowych jedna tylko rodamina, a zwłaszcza jej pochodna anizolina ma własności zasadowe i działa już drażniąco na spojówkę. Wszystkie barwiki zasadowe są dla oka niebezpieczne, jakkolwiek w niejednakim stopniu, co nie tyle zależy od stopnia ich zasadowości, jak raczej od pewnych grup atomowych, wchodzących w ich skład, a zwłaszcza od grupy alkylowej. Tak np. chryzoidyna, fuksyna, błękit metylenowy, w małym stopniu tylko drażnią spojówkę, gdy tymczasem fiolet metylowy i etylowy, żółty barwik akrydynowy, auramina, zieleń malachitowa, fiolet kryształowy, safranina etc. wywołują na oku królika nie tylko ostre zapalenie spojówki, ale częstokroć prowadzą także zniszczenie rogówki, a nawet zropienie całej gałki ocznej. Podobne, smutne następstwa spostrzegano i u ludzi, czy to po zatarciu oka jednym z powyższych barwików, czy też wskutek dostania się do worka spojówkowego odprysku często używanych kolorowych ołówków

anilinowych. Autor doświadczalnie wykazał, że oko daleko lepiej znosi działanie rozcieńczonego kwasu, np. kwasu solnego lub siarkowego, aniżeli działanie rozcieńczonego ługu mineralnego. Zjawisko to tłumaczy on tem, że kwasy ścinają białko, w powierzchniowych komórkach, i w ten sposób same zagradzają sobie drogę do głębszych części spojówki, gdy przeciwnie wszelkie alkalia rozpuszczają istoty białkowane, i dla tego wnikają w głąb tkanki, sprowadzając przez to daleko większe jej zniszczenie. Działanie kwaśnych i zasadowych barwików anilinowych nie jest z pewnością tak proste, z powodu ich wiele złożonej budowy chemicznej, ale niewątpliwie zachodzi tu ścisła analogia.

Badania Vogta mają tem większą wartość dlatego, że nie tylko sprowadziły rozdział barwików na szkodliwe i nieszkodliwe, ale wydały także wynik dodatni w kierunku leczniczym. Autor na podstawie licznych doświadczeń przekonał się, że wypłukanie worka spojówkowego wodą, fizyologicznym rozezyinem soli, rozezyinem sublimatu lub kwasu borowego, albo roztworem dwuwęglanu sodowego, który po fabrykach umyślnie na ten cel miewają zawsze w pogotowiu,—nie tylko nie zmniejsza bynajmniej groźnych następstw zanieczyszczenia oka jakimkolwiek zasadowym barwikiem anilinowym, ale nawet stan oka pogarsza. Na oczach, których wcale nie wypłukiwano, stopień reakcyi bywał mniejszy, niż na tych, które wypłukano jednym z wyżej wymienionych zwyczajnie w takich razach używanych płynów. Jedynym środkiem, który wczas użyty zupełnie zobojętnia żrące działanie zasadowych barwików anilinowych, jest tannina, w rozezyinie wodnym 5—10%, z dodatkiem kwasu borowego. Taki rozezyin tanniny powinien się, zdaniem autora znajdować wszędzie tam, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo uszkodzenia oczu barwikami anilinowymi. Tannina tworzy z barwikami zasadowymi połączenia nierozpuszczalne i w ten sposób pozbawia ich żrącego działania, oczywiście musi być jednak zapuszczona do oka natychmiast po sparzeniu, a najpóźniej we dwie, lub trzy minuty, zanim żrący barwik zdoła wniknąć w głąb spojówki, musi być zatem zawsze pod ręką.

Atetozja źrenicy, czyli hippus. (De l'atétose pupillaire ou hippus). Fromage t.

U pewnej chorej, która zgłosiła się z powodu nieznanego drgania powieki na oku prawem, stwierdził autor na oku lewem objawy porażenia nerwu okoruchowego: opadnięcie powieki górnej, znaczny zez porażenny rozbieżny i zniesienie ruchomości gałki ocznej ku górze, ku dołowi i ku wewnątrz. Zmiany te istniały już od dzieciństwa, wzrok lewego oka *ex anopsia* bardzo upośledzony.

Osobliwem było zachowanie się źrenicy lewego oka: wielkość jej ulegała regularnie po sobie następującym zmianom. Po silnem rozszerzeniu, trwającym 3—4 sekund, zaczynała się źrenica zwężać i w ciągu, mniej więcej, 8 sekund zwężenie dochodziło do szczytu. W tym stanie pozostawała źrenica przez przeciąg 10 sekund, potem zaczynała się znów powoli rozszerzać. Do maximum rozszerzenia dochodziła w ciągu 30 sekund. Te rytmiczne ruchy źrenicy odbywały się wciąż niezmiennie bez względu na oświetlenie. Trudno na pewne rozstrzygnąć, czy rozszerzanie się źrenicy było ruchem czynnym, a zwężenie biernym, czy odwrotnie. Ze względu na porażenie nerwu okoruchowego, przypuszcza autor, że w przypadku tym źrenica, skutkiem niedowładu zwieracza rozszerzona, ulega rytmicznym skurczom, wywoływanym przez jakieś stałe, bliżej nie dające się określić, podrażnienie ośrodków nerwowych mózgu. Ze względu na analogię między tymi rytmicznymi ruchami porażonej źrenicy, a atetozą przy porażeniu połowiczem, uważa autor nazwę *atetosis pupillae* za bardziej uzasadnioną, od przyjętej powszechnie, ale nie wiele mówiącej nazwy *hippus*.

Die ophthalmologische Klinik. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 8.

Znamię barwikowe w naczyniówce. (Pigmentnaevus der Chorioidea). Segalowitz.

W klinice ocznej prof. Königshöfera w Stuttgarcie spostrzegano rzadki przypadek wrodzonej zmiany na dnie oka u 11-letniej dziewczynki. Na zewnątrz od plamki żółtej, między rozgałęzieniami żyły skroniowej, górnej widać było dużą czarną plamę barwikową, postaci nerkowatej, znacznie większą od tarczy nerwu wzrokowego, prócz tego kilkanaście drobniejszych plamek w pobliżu, jedna zaś większa, półksiężycowata otaczała od strony skroniowej obwód plamy dużej. Dno lewego oka prawidłowe. Na obu oczach dość znaczna niezborność rogówkowa. Bystrość wzroku prawego oka = $\frac{5}{12}$, lewego = $\frac{5}{4}$. Obraz wziernikowy w czasie kilkoletniego spostrzegania nie uległ żadnym zmianom. Autor uważa opisaną zmianę barwikową za *naevus pigmentosus chorioideae* i podnosi, że dziewczynka ma również na skórze (na szyi, pod lewą pierśią i na lewem biodrze) ciemne znamiona barwikowe.

Nr 11.

O uszkodzeniach wywołanych prądem elektrycznym o wysokim napięciu, w szczególności o uszkodzeniach oczu.

(Über Unfallverletzungen, insbesondere Augenkrankungen durch elektrische Starkströme). Dr Junius.

Ogólnie przyjmują, że prąd elektryczny o napięciu 200 wolt jest już dla ludzkiego ciała niebezpieczny, a prąd o napięciu powyżej 500 wolt zwyczajnie zabija. W rzeczywistości jednak skutek przejścia prądu przez ciało ludzkie zależy nie tylko od jego pierwotnego napięcia, ale od mnóstwa czynników ubocznych, wchodzących w grę w chwili wypadku, jak kierunek prądu, rodzaj prądu, stały lub przerywany, czas działania tegoż, zmienne i zupełnie przypadkowe w danej chwili warunki przewodnictwa, a wreszcie zgoła nieobliczalna wrażliwość osobnicza. Wobec tego nie dziw, że z jednej strony znane są przypadki śmierci wskutek prądu o napięciu nie dochodzącem 100 wolt, a z drugiej strony opisywano bądź co bądź nadzwyczajne zdarzenia, gdzie rażeni prądem o napięciu przeszło 1000 wolt wyszli jednak cało z wypadku. Autor w krótkości zbiera wyniki bardzo już licznych dzisiaj spostrzeżeń zmian ocznych, wywołanych prądem o wysokich napięciach, używanych w przemyśle, lub też wskutek chwilowego spotęgowania siły prądu w urządzeniach obliczonych na prąd względnie słaby, np. przy nderzeniach piorunu w sieć telefoniczną. Liczba podobnych wypadków, wymagających orzeczenia lekarskiego w celu wymiaru renty lub odszkodowania wzrasta obecnie z każdym rokiem. Mimo obfitego materiału kazuistycznego nie podobna dziś jeszcze zdobyć się na ułożenie jakichkolwiek ogólnych prawideł, któreby mogły zauwecy ułatwić zadanie. W każdym wypadku potrzebna jest dłuższa obserwacja, bo nie zawsze zmiany występują odrazu. Autor przytacza spostrzeżenie, gdzie u robotnika rażonego prądem o napięciu 500 wolt, dopiero po 6 miesiącach pojawiło się lekkie drżenie gałek i osłabienie odruchów źrenicznych, a w cztery lata później zanik lewego nerwu wzrokowego.

Nr 12.

Pojęcie i lokalizacja odruchowej martwoły źrenic.
(Begriff und Lokalisation der reflektorischen Pupillenstarre). L. B a c h.

Autor utrzymuje, że nieporozumienia i trudności, jakie zachodzą wśród badań, odnoszących się do odruchowej martwoły źrenic, mają po części swe źródło w niedostatecznem ustaleniu pojęcia tej zmiany chorobowej. Odruchową martwołą źrenicę powinno się, zdaniem jego, nazywać tylko ten stan, w którym źrenice (zwężone) nie oddziałują, ani bezpośrednio, ani współczulnie na światło, ani też na bodźce nerwowe i psychiczne, natomiast zwężają się szybko i wyraźnie przy konwergencyi. Co do lokali-

zacyi tej zmiany czynnościowej, towarzyszącej tak często wiađowi rdzenia i porażeniu postępowemu, stawia autor hipotezę, że przychodzi ona do skutku bądź to przez uszkodzenie drogi nerwowej, wiodącej od wzgórków czworaczych do rdzenia przedłużonego, bądź też, w rzadszych przypadkach, przez przemijające podrażnienie ośrodku hamującego, znajdującego się w rdzeniu przedłużonym. Zdanie to opiera B. na swych doświadczeniach wykonywanych na kotach. Przez odsłonięcie rdzenia przedłużonego powstawało silne zwężenie źrenic i brak oddziaływania na światło. Stan ten ustępował niezwłocznie po przecięciu rdzenia przedłużonego w środku jego długości w kierunku czołowym. Ponieważ z doświadczeń na kotach nie można stanowczo wnosić o zachowaniu się analogicznych dróg nerwowych u człowieka, pożądane jest powtórzenie tych doświadczeń na małpach.

O wyroślach rąbka zębatego. (Über Exkreszenzen der Ora serrata). Trantasa.

Autor spostrzegał w całym szeregu przypadków wyrosłe polipowatej postaci, wejrzenia szklistego, wychodzące z okolicy rąbka zębatego i dające się dojrzeć przy pomocy wziernika zazwyczaj tylko przy możliwie skośnem rzucaniu światła i równoczesnem wgniataniu zapomocą palca odpowiedniej okolicy obwodu siatkówki. Po większej części chodziło tu o przypadki wrodzonej lub nabytej kiły, ze swoistemi zmianami w siatkówce i naczyniówce. Widywał jednak autor podobne wyrosłe także u osób wolnych od kiły, w przypadkach zwyczajnych wad refrakcyi, raz w przypadku skurczu akomodacyi, dwa razy u alkoholików. O budowie histologicznej tych wyrosli nie prawie dotąd nie wiadomo. Wyrosłe rąbka zębatego podobne do tworów spostrzeganych przez autora badali anatomicznie Kuhl i Kerschbaumer. Ostatnia autorka uważa je za zmianę starca, spostrzeżenia Trantasa odnoszą się jednak w znacznej części do osób młodych. Autor zachęca do poszukiwania za podobnemi wyrosłami rąbka zębatego przy użyciu opisanego przez siebie sposobu badania, spodziewając się, że bogatsza kazuistyka zapozna nas lepiej z właściwościami i przyrodą tych mało dotąd spostrzeganych tworów.

Nr 13.

Etyologia przewlekłej iridochorioiditis u dorosłych. (Über die Aetiologie der chronischen Iridochorioiditis der Erwachsenen). Distler.

Autor kreśli często w praktyce spotykany obraz zapalenia jagodówki, zaczynającego się zazwyczaj od objawów ze strony tę-

czówki lub ciała rzęskowego pojawieniem się złogów wypocinowych na błonie Descemeta, a kończącego się niejednokrotnie mimo wszelkich wysiłków leczniczych zajęciem całej jagodówki, utratą wzroku, a nawet zanikiem gałki. Na podstawie własnego doświadczenia twierdzi autor, że cierpienie to w tej postaci najczęściej występuje u osób, między 40—50 rokiem życia, i to o wiele częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Dla wyjaśnienia etyologii przejrzał autor całą bogatą literaturę odnoszącą się do tego przedmiotu i wyniósł z tego przeglądu wrażenie, że niema czynnika etyologicznego, któremoby w powstawaniu tego cierpienia nie przypisywano pewnej roli. W końcowym wywodzie, wykazuje jednak, że rolę kłły w etyologii przewlekłej *iridochoroiditis* stanowczo się przecenia, że i tam nawet, gdzie przebycie kłły nie ulega wątpliwości, nie należy zaniedbywać badania ogólnego także w innych kierunkach. Zdaniem jego daleko większe znaczenie w etyologii tej choroby ma gruźlica, w drugim rzędzie zaburzenia w przemianie materii spowodowane nieprawidłowem trawieniem, wreszcie u kobiet *climacterium*. Dalsze ścisłe badania w tym kierunku są bardzo pożądane i mogą przynieść wyjaśnienie wielu ciemnych punktów tego zagadnienia.

Nr 14.

O jaskrze następowej i zaćmie urazowej. (Ueber Sekundärglaukom und traumatische Katarakt). Raehlmann.

Autor rozodzi się nad anatomiczną przyczyną jaskry następowej w sprawach zapalnych w przednim odcinku gałki ocznej, np. przy *iritis serosa*, oraz w przypadkach zranienia torebki soczewkowej i pęcznienia kory. Wiadomo, że przy nieznacznem nawet zadrażnieniu zapalnym wzmagają się ilości istot białkowych w cieczy wodnej. Jakkolwiek ciecz ta zachowuje jeszcze pozorną przezroczystość, to jednak badanie zapomocą ultramikroskopu wykazuje nawet przy 500-krotnem rozcieńczeniu niezliczoną ilość drobnutkich kuleczek globuliny, wykonujących żywe ruchy wśród płynu, ale pozostających stale w równych mniej więcej odległościach. Dopiero wskutek pojawienia się pod wpływem stanu zapalnego precypityn w cieczy wodnej zbijają się poszczególne kuleczki we większe grudki, tworząc znane klinicytom opady na błonie Descemeta. Podobny skutek wywiera także zmniejszenie ilości chlorku sodu, który utrzymuje globulinę w roztworze. Takie zmniejszenie ilości soli przychodzi do skutku w czasie pęcznienia skałczonej soczewki. Strącone białko zanala wtedy niejako obwodowy kącik przedniej komory, osadzając się na beleczkach więzadła grzebieniastego i w przestrzeni Fontany. Zamulenie dróg

odpływowych cieczy wodnej staje się powodem podwyższenia ucisku wśródocznego zarówno w sprawach zapalnych, jak i w przypadkach pęczniejącej zaćmy urazowej. Błędnem jest przypuszczenie, jakoby samo zwiększenie objętości było jedyną przyczyną jaskry następowej, bo pomiędzy stopniem pęcznienia a stopniem stwardnienia gałki zbyt często zachodzi znaczny niestosunek.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. (Ref. Dr. Liebermann)

R. XLIV. T. I. Luty—marzec 1906.

O zachowaniu się neuroglii w przebiegu zaniku nerwu wzrokowego na tle wiaćdu rdzenia. (Ueber das Verhalten der Neuroglia bei tabischer Opticusatrophie). Dr. W. Spieglmeyer — Fryburg w Bryzgowii.

Miejsce zanikłych włókien nerwowych zajmuje neuroglia. Również i w prawidłowych warunkach istniejąca około wiązek nerwu wzrokowego neuroglia pojawia się w zwiększonej ilości.

W ośrodkach nerwu wzrokowego t. j. w *thalamus opticus* sklepieniu III komory, i *corpora geniculata*, ilość włókien neuroglii jest w przebiegu *tabes* zwiększoną.

Kliniczne i doświadczalne spostrzeżenia nad operacyjnem leczeniem odczepionej siatkówki. (Klinische und experimentelle Beiträge zur operativen Behandlung der Netzhautablösung). Dr. Georg Wernicke — Wrocław, klinika okulistyczna prof. Uthoffa.

Nakłucia twardówki i jej przypalenia powodują następowe miejscowe zapalenia naczyńówki i silny wzrost siatkówki z naczyńówką. To samo osiągnąć można zastrzykowaniami roztworu soli kuchennej. Wystrzegać się jednakże należy zbytnio zgęszczonych roztworów. Znane są dwa wypadki, w których po kilkakrotnym podspojówkowym zastrzyknięciu 30% roztworu soli nastąpiła jaskra, o ile się zdaje, z powodu wzrostów w przestrzeni Tenona.

Daleko gorsze wyniki i daleko niebezpieczniejszą jest elektroliza przez wprowadzenie pod odczepioną siatkówkę dwóch małych elektrod.

Wszelkie zaś wstrzykiwania do ciała szklanego czy to roztworów soli, czy też zwierzęcego ciała szklanego nie prowadzą do celu, nadto zwierzęce ciało szklane powoduje zaburzenia w oku, które zazwyczaj kończą się zniszczeniem gałki ocznej. Wyczerpującą swą pracę doświadczalną przeprowadził autor na zwierzętach.

Wpływ wieku na zdolność adaptacji. (Ueber den Einfluss des Lebensalters auf die Adaptation). Dr. Curt Cohen — Wrocław.

Autor badał zdolność adaptacji zapomocą zmodyfikowanego nieco fotometru Förstera. Mianowicie zamiast kresek umieścił on na tylnej ścianie przyrządu biały krążek, na czarnym tle.

Wyniki doświadczeń były następujące:

I. Szybkość adaptacji we wieku dziecięcym znaczna, maleje w późniejszych okresach życia.

II. Zdolność adaptacyjna (*Adaptationspotenz*) jest u dziecka małą, później zwiększa się, a zmniejsza się znów znacznie w 5—6 dziesiątku życia.

O leczeniu naświetlaniem lupus conjunctivae. (Behandlung (Lichtbehandlung) von Lupus conjunctivae). K. K. K. Limds-gaard — Kopenhaga.

Sposób leczenia wilka spojówkowego zależy od przestrzeni jaką ta choroba zajmuje. Radykalne, chirurgiczne leczenie lub wypalanie nadaje się tylko tam, gdzie choroba na niewielkiej toczy się przestrzeni. Inne sposoby leczenia, jak leczenie tuberkuliną, formaliną i t. d., sprowadzają wprawdzie czasowe polepszenie, lecz są bardzo częste nawroty choroby.

W przypadkach rozległych zmian na spojówkach powiekowych daje naświetlanie, przy odpowiedniej i dostatecznej ochronie gałki, zadawalniające wyniki.

O obumarcia tkanek po zastrzyknięciu suprareniny. (Nekrosen nach Suprarenin-Injectionen). Doc. Dr. Stargardt — Kiel.

Po wstrzyknięciu w okolicę woreczka łzowego 0.4 cm³ 1% roztworu kokainy z dodatkiem 8 kropli suprareniny nastąpiło obumarcie tkanek na dosyć znacznej przestrzeni. Wogóle doświadczenia autora wykazują, iż przez zwiększenie dawki suprareniny efekt znieczulający nie wzmagają się, a niebezpieczeństwo obumarcia infiltrowanej tkanki, jakoteż niebezpieczeństwo objawów ogólnego zatrucia znacznie staje się większem. Obecnie używa autor 1% kokainy z dodatkiem 1 kropli suprareniny na każdy cm³ roztworu kokainy.

O przedwczesnem postawieniu rzęs i o t. zw. nagłym zjawieniu się tej zmiany. (Frühzeitiges Ergrauen der Zilien und Bemerkungen über den sogenannten plötzlichen Eintritt dieser Veränderung). Dr. Alfred Vogt — Bazylea.

U chorego na zapalenie jagodówki i ciała rzęskowego nagle zauważono grupkami stojące siwe rzęsy i to niektóre z nich miały

posiwiacie końce, inne znów straciły swój barwik u podstawy, podczas gdy reszta włosa okazywała prawidłowe zabarwienie. Inne wreszcie rzęsy były w zupełności siwe.

Część siwych rzęs autor wyrwał, resztę zaś uciął tuż przy nasadzie, chcąc się przekonać o zachowaniu się nowowyrastających, względnie odrastających rzęs. Wyniki doświadczenia były następujące: Na brzegu powiekowym znajdują się równocześnie rzęsy różnego wieku. Włoski odecięte, które były siwe, odrastają jako takie; w miejscu zaś wyrwanych siwych rzęs wyrastają znów siwe rzęsy.

Jako dalszy wniosek wynika z pracy autora, że powodem przedwczesnego siwienia rzęs są zaburzenia w dostarczaniu barwika wyrastającemu włosowi. Co do nagłego zaś zjawienia się tej choroby to zjawisko to, zdaniem autora, często jest tylko pozornem i polega na tem, iż włosok, względnie jego barwę, dostrzegamy dopiero, wówczas, gdy wyrósł już do pewnej długości.

O guzkowatym zmętnieniu rogówki. (Ueber eine Form der knötchenförmigen Hornhauttrübung). Dr. P. Vidéky i Max Goldzieher.

Groenouw, Fuchs i inni opisują przypadki zmętnienia środkowej części rogówki, polegające na tem, iż powstają małe wyniosłości, których podstawa otoczona jest zmętnionym pasem.

Autor miał sposobność badania histologicznego takiego przypadku. Okazało się, iż zmiany dotyczą tak przybłonka, jakoteż i miąższu rogówkowego. Pasma miąższu rogówkowego w obrębie guzka są napęczniałe i jakby szklisto zwyrodniałe. Na wierzchołku guzka widać brak błony Bowmana. Przybłonek rogówkowy wykazuje znaczne zrogowacenie.

Na obwodzie guzka widać natomiast w głębszych warstwach przybłonkowych objawy znacznego bujania. Tu i owdzie w przybłonku znajdują się pęcherzyki, tak że cały przybłonek robi wrażenie napęcznienia.

O leczeniu gonoblennorrhœa. (Zur Behandlung der Gonoblennorrhœe). Prof. Dr Bernheimer — Innsbruck.

W przypadkach rzeżączki oka, w okresie obfitego wydzielania się ropy wysypuje autor łyżeczkę Dawielowską airołu pod dolną powiekę. Dopiero, gdy wydzielina się zmniejszy, leczy azotanem srebrowym 1%. Cierpienie w ten sposób leczone ma nawet w groźnych przypadkach ustępować w 8—14 dniach.

Dodatnie działanie airołu tłumaczy się tem, iż pod wpływem ńez wydziela się z niego powoli jod, tak że gałka oczna jest trwale pod wpływem środka przeciwnielego.

R. XLIV. T. I. Kwiecień — maj 1906.

O zmianach w oku w przebiegu leukemii i pseudo-leukemii. (Ueber Augenveränderungen bei Leukämie und Pseudo-leukämie). Dr W. Stock — Fryburg w Bryzgowii.

W białaczce widać często dna oka rozszerzone, pokręcone i miejscami zylakowato rozdęte. Całe dno oka lub części jego są jasno-żółte. Zjawiska te tłumaczy autor w sposób następujący. Ciąłka białe, które w przebiegu wyżej wspomnianej choroby, występują w bardzo wzmoczonej liczbie, osiadają skutkiem swej lepkości, wzdłuż ścian naczyń włosowatych, a utrudniając temsamem krążenie powodują rozszerzenie, pokręcenie, a nawet zylakowate wydęcie żył. Ciąłka białe mogą również, opuściwszy naczynia, tworzyć nacieki w naczyniówce, a nacieki te, zdaniem autora, dają przy wziernikowaniu żółtawy odbłask.

Autor opisuje jeden przypadek białaczki z rozległymi, rozlanymi naciekami w oczodole i jeden przypadek, który przebiegał również pod postacią pseudo-leukemii, w którym jednakże sekcya wykazała nowotwór na podstawie czaszki, wychodzący z kości klinowej.

Doświadczenia nad tuberkulinę Kocha. (Ueber Erfahrungen mit dem Kochschen Tuberkulin). Dr H. Reuchlin.

Jako środka rozpoznawczego używa autor dawnej tuberkuliny (1—3 mg). W przypadkach dodatniego wyniku próby, wstrzykuje przez dłuższy czas tuberkulinę T. R. ($\frac{1}{500}$ — $\frac{22}{500}$). We wielu wypadkach nastąpiła poprawa, względnie zupełne wyleczenie cierpienia.

O operacyjnem leczeniu odczepionej siatkówki. (Zur operativen Behandlung der Netzhautablösung). Pr. Dr Deutschmann — Hamburg.

Autor zaleca swój wielokrotnie opisywany sposób operacyjny w przypadkach, w których wszelkie inne, łagodniejsze zabiegi, zawiodły. Podaje on, iż tym sposobem wyleczył 34% oczu, które bez tego zabiegu należało uważać za stracone.

O zaćmie soczewkowej w przebiegu tężyczki. (Ein Beitrag zur Tetaniekatarrakt). Dr Rolf Bartels — Drezno.

Autor opisuje 8 przypadków zaćmy, w których można było wykazać tężyczkę jako podstawę choroby ocznej. Zmętnienia były w różnych częściach soczewki umiejscowione, tak, że o jakimś systematycznym postępie w zmętnieniach mówić nie można.

Przypadek panophthalmitis u chorego, operowanego na zaćmę jako następstwo włóknikowego zapalenia płuc (Ein Fall von metastatischer Panophthalmie bei einem Kataraktoperirten als Folge einer krupösen Pneumonie mit Friedländers Pneumobacillus). Dr Wopfner, asystent klin. okulista w Innsbrucku.

Przebieg operacji był zupełnie prawidłowym. rana operacyjna goiła się prawidłowo. Czwartego dnia wieczorem chory dostał dreszczy, a w płucach wykazano ogniska zapalne. Pomimo, iż rana operacyjna żadnego nacieku nie wykazała, rozwinęła się *panophthalmitis*. Chory zmarł na zapalenie płuc. Badania bakteriologiczne, tak ognisk zapalnych z płuc, jakoteż zropiałego ciała szklistego, wykazały czyste kultury prątki Friedländera. *Panophthalmitis* była zatem w tym przypadku przetrztem z płuc.

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

Nr 5.

Pseudotuberculosis aspergillina. wywołana doświadczalnie w naczyniówce. (Pseudotuberculose aspergillaire expérimentale de la choroïde). Prof. Rollet i Dr Aurand.

Autorowie wszczepili królikowi do oka między twardówkę a naczyniówkę zarodki kropidlaka popielatego (*aspergillus fumigatus*) zapomocą cięcia zrobionego przez grubość twardówki w górnej części gałki ocznej w okolicy równika. W następnym dniach wystąpiło lekkie zapalenie tęczówki i wytworzyły się tylne zrosty. W trzy tygodnie po zaszczepleniu widać już było wziernikiem w dolnej części gałki ocznej grupę białych ognisk w naczyniówce, wystających ku ciału szklistemu. Białe te ogniska bez obwódki barwikowej, łudząco były podobne do zmian gruźliczych naczyniówki, jakie autorowie również przez zaszczeplenie wywołali w oku króliczem. To kliniczne podobieństwo nie powinno nas dziwić, gdyż i w płucach aspergilloza występuje pod postacią nie różniącą się makroskopowo od gruźlicy. Jeżeli obraz wziernikowy gruźlicy naczyniówki nie różni się wcale od jej zakażenia kropidlakowego, to jednak przebieg nie bywa tu i tam jednaki. W doświadczeniach autorów aspergilloza była już w trzy tygodnie po zaszczepleniu widoczna wziernikiem w postaci dużych wyraźnych guzków, gdy na wytworzenie dostrzegalnych ognisk gruźliczych w naczyniówce

trzeba było czekać blisko 5 miesięcy. Zasluguje na uwagę okoliczność, że pomimo wszczepienia zarówno zarodków kropidlaka, jak i hodowli prątków gruźliczych w górną obwodową okolicę naczyńówki, ogniska tak gruźlicze, jak i kropidlakowe pojawiły się nie w miejscu zaszczepienia, lecz na obwodzie dołem.

Nr 6.

Gruźlica naczyńówki. (Tuberculose de la choroïde). Aurand.

Autor opisuje przypadek *tuberculoma chorioideae*, które rozwinęło się na jednym oku u 22-letniego robotnika. Chory ten przeszedł poprzednio zapalenie płuc, prawdopodobnie na tle gruźliczem i ropienie gruczołów na szyi. Guz gruźliczy w oku doprowadził do przebicia twardówki po nad rogówką. Wtedy wyłuszczone gałkę. Jakkolwiek nie przeprowadzono badania bakteriologicznego, ani nie wykazano prątków gruźliczych pod mikroskopem, to jednak autor rozpoznanie gruźlicy naczyńówki opiera na badaniu histologicznem, które wykazało typowe utkanie gruźlicze, oraz na badaniu stanu ogólnego. Spostrzeżenie to ogłasza autor ze względu na rzadkość *tuberculoma chorioideae* w porównaniu z *chorioiditis tuberculosa miliaris*. Na uwagę zasługuje jeden szczegół badania mikroskopowego stwierdzony już w niektórych przypadkach przez Haab'a i Poncet'a de Cluny. W tylnych częściach naczyńówki nacieczenie nie występowało jak zwykle w postaci oddzielnych guzków, lecz było jednostajnie rozlane tak, że można tu mówić o typowej *chorioiditis tuberculosa diffusa*.

SPRAWY OSOBOWE.

Dr Cirincione w Palermo mianowany prof. nadzwyczaj. tamże.

Dr C. Magnani habilitował się w Turynie dla okulistyki.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

DR. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BIEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANN, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FULTZA W KRAKOWIE, DRA KRANSZTYKA 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 ÓSMY -&-

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego szpitala św. Zofii i z pracowni Uniw. kliniki okulist. we Lwowie.

O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgąłkowem pochodzenia wewnętrznego.

Podał

DR ADAM BIEDNARSKI

docent pryw.

Przypadki ropowicy oczodołu pochodzenia wewnętrznego czyli przerzutowego są bardzo rzadkie. Również rzadko spotykamy się z podobnie przebiegającym zapaleniem ropnem powięzi Tenona; kilka przypadków, świeżo ogłoszonych w literaturze francuzkiej, odnoszą autorowie do przerzutowego zapalenia śródgąłkowego, anatomicznie jednak tego nie stwierdzono. Niedawno miałem sposobność spostrzegać na oddziale ocznym szpitala św. Zofii przypadek ropowicy oczodołu i powięzi Tenona przy ropieniu śródgąłkowem, który zakończył

się śmiercią, i w którym wykonano sekcję i badanie anatomiczne treści oczodołu. Przypadek ten, żywo przypominający wspomniane przypadki francuzkich autorów, pozwalam sobie przeto poniżej opisać.

Dnia 24/VIII 1905 zgłosili się do ambulatoryum szpitala św. Zofii rodzice z córką sześcioletnią Zofią Hupato. Wedle wywiadów dziecko przechodziło przed czterema tygodniami odrę, poczem zaczęło oko lewe boleć, a dwa tygodnie jak jest wysadzone.

Badanie wykazało silny obrzęk, lekkie zaczerwienienie i wybitne chełbotanie powiek oka lewego. Poniżej kącika zewnętrznego rana zlepiona po cięciu, które lekarz na prowincyi wykonał. Gałka oczna była silnie wysadzona ku przodowi, tak, że wystawała ze szpary powiekowej, powieki nie pokrywały rogówki, ruchy gałki były zniesione. Sama gałka oczna oprócz tego, że źrenica była zarośnięta, objawów zapalnych nie okazywała. Brak widocznego nastrzyknięcia rzęskowego, rogówka czysta, ciecz przedniej komory również, tęczówka nie przekrwiona. Z dna oka nie można było wydobyć odbłasku różowego.

Rozp. *Phlegmone palpebrarum et retrobulbaris, seclusio et oclusio pupillae oc. sin.*

Dziecko przyjąłem na oddział oczny, aby wykonać operację. Zrobiłem szerokie nacięcie na powiece dolnej, głębokie nacięcie przez powiekę górną, tu i tam wyszła mierna ilość ropy. Na drugi dzień gorączka spadła, trzeszcz gałki jednak wcale się nie zmniejszył. Wykonałem więc przez powiekę górną jeszcze jedno cięcie szerokie i głębokie, sięgające po za gałkę. I tędy wyszła mierna ilość ropy, objawy zapalne jednak nie tylko, że się nie zmniejszały, ale owszem zaczęły powstawać świeże ogniska ropne i tak: pod spojówką gałkową górą zewnątrz, następnie pod spojówką gałkową dołem zewnątrz, wreszcie na czole wzdłuż przebiegu naczyń środkowych. Ogniska te ropne kolejno, w miarę jak powstawały, szeroko otwierałem i tamponowałem.

Dziecko w tydzień po przyjęciu do szpitala zmarło (dnia 1/IX 1905).

Z przebiegu choroby zanotować jeszcze wypada, że stan ogólny dziecka był przez cały czas pobytu w szpitalu względnie dobry, dziecko było swobodne, ani wymiotów, ani dreszczy, wogóle objawów zajęcia opon mózgowych zauważyć nie było można, raz tylko skarżyło się na ból głowy. Apetyt i stolec dobry. Temperatura mierzona rano i wieczór wynosiła:

24 w. . . .	39·3	28 w. . . .	37·6
25 r. . . .	37·6	29 r. . . .	36·2
w. . . .	37·5	w. . . .	37·6
26 r. . . .	37·0	30 r. . . .	37·3
w. . . .	38·2	w. . . .	37·3
27 r. . . .	37·0	31 r. . . .	36·4
w. . . .	39·5	w. . . .	37·2
28 r. . . .	36·8		

Na kilka dni przed śmiercią przyszło do wytworzenia się wrzodu na rogówce, skutkiem niedomykania się szpary powiekowej i niekorzystnego działania ropy spływającej z otoczenia, sprawa więc czysto następową, uboczną.

Jak więc z historyi choroby wynika, mieliśmy do czynienia, oprócz ognisk ropnych ograniczonych powiekowych i podspojówkowych, z rozlanem ropieniem pozagałkowym (*phlegmone retrobulbaris*). Zabieg operacyjny sprawy chorobowej nie był w stanie powstrzymać, gdyż już przedtem musiało przyjść do ropienia w zatokach mózgowych względnie do wytworzenia się ropnia mózgowego, który, jak wiadomo, może niepostrzeżenie przebiegać. Dziecko nagle zmarło, a sekcya przypuszczenie nasze potwierdziła.

Secycja zrobiona w zakładzie uniwersyteckim anatomii patologicznej przez Dra Nowickiego wykazała: *Sinusitis suppurativa sinus cavernosi utriusque, petrosi super. sin. et sinus circularis. Leptomeningitis purulenta bascos et abscessus lobi tempor. et frontalis dextri. Abscessus metastacici pulmon. d.*

Tumor lienis acut. Degeneratio organorum parenchymatosa. Pyaemia. Enteritis follicularis.

Badanie obu kości skalistych zmian zapalnych (ropnych) nie wykazuje. Kości oczodołu nigdzie obrażenia nie okazują.

Sekeya zatem nie wykazała punktu wyjścia ropowicy oczodołu, sprawa ropna w mózgu i w płucach były wyrazem ogólnego zakażenia.

Badanie anatomiczne tkanki pozagałkowej wykazało rozlane ropienie w tejże, bez ścisłego odgraniczenia. Gałkę wypreparowałem wraz z nerwem wzrokowym 26 mm długim. Makroskopowo nerw wzrokowy wraz z torebką zmian żadnych nie okazywał. Gałka oczna była nieco zmniejszona i spłaszczona w osi pionowej (26 mm oś przednio-tylna, 26 mm wymiar poziomy, 19 mm wymiar pionowy). Odpowiednio do tego zachowywała się i rogówka (12×9.50 mm).

Badanie anatomiczne gałki wykazało, że mieliśmy do czynienia z rozległymi ropniami wewnątrzgałkowymi, które następnie przebiły w dwóch miejscach ściany gałki ocznej, tak, że ropa *per continuitatem* dostała się na zewnątrz do pochewki Tenona. W ten sposób powstały na powierzchni gałki dwa ograniczone ropnie, jeden w górze o średnicy 12 mm, sięgający z przodu aż do rogówki, drugi zaś leżący dołem i zewnątrz, 20 mm długi, 12 mm szeroki. Ropnie te powstały podczas pobytu chorej w szpitalu i jako ropnie podspojówkowe były nacinane, oba leżały w przedniej części gałki. Siatkówka była w całości lejkowato oderwaną i pomarszczoną, między nią a naczyniówką, przylegającą ściśle do twardówki, znajdował się gruby naciek ropny, barwy żółto-białej.

Ciało szkliste przedstawiało się jako nieprzezroczysty wiotki naciek barwy szaro-białej. Nadto w tylnej części gałki znajdował się jeden ropień podnaczyniówkowy wielkości prosa.

Badanie drobnowidowe.

Rogówka w obwodowych częściach, oprócz lekkiego pomarszczenia tylnych warstw, przedstawia się prawidłowo. Cały środek rogówki zajmuje rozległy wrzód. Widzimy tutaj

brak przybłonka, błony Bowmana i powierzchniowych warstw miąższu, skutkiem czego rogówka jest tutaj zapadnięta, pomarszczona i do połowy zcieńczała. Na powierzchni wrzodu włókna rogówkowe napeężniałe, mają wygląd szklisty, zawierają mało komórek, są pomarszczone, ponadżerane, często sterczą końcami ku górze, miejscami zlewają się w masę szklistą jednostajnie się barwiącą. Na dnie wrzodu warstwa leukocytów wielojądrzastych i fragmentowanych. Część rogówki poniżej wrzodu jednostajnie dość silnie nacieczona.

Na błonie Descemeta i w przedniej komorze liczne leukocyty głównie wielojądrzaste, tworzą na dnie przedniej komory zbitą naciek, przechodzący miejscami cienką warstwą na tęczówkę i źrenicę, komórki tego nacieku zawierają czasem barwik.

Tęczówka obrzękła i jednostajnie nacieczona, po nad to widzimy w niej także odosobnione nacieki.

Ciało rzęskowe jednostajnie obrzękłe, ciałek ropnych tutaj nie widzimy. Źrenica zarośnięta cienką warstwą tkanki granulacyjnej przenikniętą ciałkami wielojądrzastymi.

Soczewka oprócz lekkiego pozaginania torebki na obwodzie tylnej powierzchni zmian nie przedstawia. Do około naciek zbity, nekrotyczny, dalsza jego część barwi się dobrze.

Naczyniówka kilkakrotnie zgrubiała, jednostajnie nacieczona licznymi leukocytami wielojądrzastymi a w mniejszej ilości limfocytami.

Taki sam naciek, składający się głównie z leukocytów wielojądrzastych, leży między naczyniówką a oderwaną siatkówką, a granica między tym naciekiem a naczyniówką jest często zatarta. Budowa naczyniówki jest miejscami prawie zupełnie zanikła, nie widać naczyń ani komórek barwиковych. W miejscu przebicia ściany gałki widzimy, jak naczyniówka wypada na zewnątrz i wyściela kanał w twardówce. Rozchodzi się więc o przebicie twardówki i naczyniówki. W przedniej części gałki naczyniówka jest mniej zmienioną, tuż za ciałem rzęskowym widać tylko jej obrzęk i naciek zapalny.

Ropień podnaczyniówkowy, leżący w tylnej części gałki można stwierdzić jako taki, zresztą nie przedstawia nic szczególniejszego.

Siatkówka jest w całości lejkowato oderwaną, tylko tuż koło nerwu wzrokowego widać komórki barwikowe jeszcze utrzymane obok tego rozpadłe, zresztą budowa siatkówki jest zatarta, można na niej rozróżnić tylko obie warstwy ziarniste. Siatkówka jakby obrzękła, gdzieś tam porozrzucane leukocyty. Po pod siatkówką leży warstwa wypociny siatkowatej nacieka ciałkami białymi.

W ciele szklistem pojedyncze leukocyty jedno i wielojądrzaste.

W nerwie wzrokowym zmian nie spotykamy. W pochewkach nerwu wzrokowego tu i owdzie nieco wypociny, składającej się z ciałek wielojądrzastych i złuszczonej śródbłonek.

W tkance pozagałkowej spotykamy tak w mięśniach, jakoteż w tkance łącznej, bardzo liczne drobne foliкуły niezropiałe jeszcze, złożone ze samych limfocytów a dookoła nich zapalenie, a nadto liczne ropnie złożone z limfocytów, a głównie z leukocytów wielojądrzastych z jądrami często rozpadającymi się, wreszcie jamy po ropniach, z których treść się wylała.

Badanie metodą Grama wykazało bardzo liczne gronkowce (*staphylococcus*).

Na podstawie powyższego badania anatomicznego tłumacząc sobie w danym przypadku w ten sposób przebieg sprawy chorobowej. Po odrze przyszło do zapalenia przerzutowego gałki o charakterze ropnym. Następnie drogą naczyń zakażenie udzieliło się powięzi Tenona i tkance pozagałkowej, dając powód do powstania ropowicy oczodołu, a nadto w kilku miejscach przyszło do przebicia ściany gałki, tak że ropa mogła się dostać bezpośrednio na zewnątrz, tworząc ropnie podspojówkowe. Wykluczyć jednak nie można, że ropowica pozagałkowa powstała samodzielnie (bez pośrednictwa gałki) na drodze przerzutowej podobnie jak ośłmia lub ropnie

mózgowe. Sekcyja nadto wykazała zajęcie zatok żylnych i opon mózgowych, ropnie w mózgu i w płucach. Pomijam na razie stosunek sprawy ropnej w gałce i oczodole do przerzutów w innych narządach i do ogólnego zakażenia, do sprawy tej jeszcze na końcu powrócę, przedtem chcę omówić wynik badania anatomicznego gałki ocznej.

Badanie drobnowidowe wykazało rozlane nacieczenie naczyńki, najsilniejsze w tylnej części gałki, gdzie budowa naczyńki była miejscami zupełnie zatartą, natomiast tuż za ciałem rzęskowem naczyniówka była najmniej zajęta, a samo ciało rzęskowe okazywało tylko obrzęk; okoliczność ta, jako też i to, że siatkówka nie okazywała nacieczenia ropnego wskazują, że ropna sprawa przerzutowa w gałce zaczęła się w naczyniówce w tylnym odcinku gałki. Z powodu szerzenia się nacieku ku wewnątrz gałki, przyszło następnie do oderwania się siatkówki, sprawa to więc uboczna, następowa.

Również wrzód rogówkowy, jak to już powiedzieliśmy, był sprawą czysto uboczną, wytworzył się w ostatnich dniach przed śmiercią skutkiem działania niekorzystnego ropy spływającej z otoczenia. W związku z wrzodem rogówkowym stoi również obecność ciałek ropnych w przedniej komorze i obrzęk tęczówki a zdaje się także i ogniska ropne w tęczówce.

Natomiast zarośnięcie źrenicy tkanką granulacyjną odpowiada sprawie starej, zgodnie z wywiadami podającymi, że najpierw zaczęło oko boleć, a potem wystąpił trzeszcz, powstało ono prawdopodobnie jeszcze przed wytworzeniem się ropowicy pozagałkowej, jako sprawa towarzysząca rozwijającemu się zapaleniu ropnemu naczyńki.

Z przebiegu tego przypadku należy podnieść, że gałka oczna, gdy chory zgłosił się do szpitala, oprócz tego, że źrenica była zarośniętą i to bardzo niepostrzeżenie, nie okazywała żadnych objawów zapalnych, stan jej odpowiadał t. zw. przez francuzów *quiet iritis* — *iritis torpida*.

Bólów chora nie doznawała, co tłumaczy nam badanie

anatomiczne, które wykazało tylko obrzęk ciała rzęskowego, brak zaś ognisk ropnych.

Podobne przypadki jak w. o. opisali Le Roux¹⁾, Trousseau²⁾ i Joqs³⁾, które pozwolę sobie w krótkości przytoczyć. W przypadku Le Roux w 15 dni po porodzie, który się odbył prawidłowo, przyszło do obrzęku powiek, chemozy i trzeszczu gałki, nadto stwierdzono zarośnięcie źrenicy i brak bólów. Poczucie światła było utrzymane. W ciągu dwóch tygodni oczne objawy zapalne ustąpiły, natomiast przyszło do *polyarthrititis* i chora wśród objawów mózgowych zmarła. Sekcyi nie robiono, Le Roux rozpoznaje ropną *tenonitis* i przyjmuje tło reumatyczne, przyczyny śmierci nie tłumaczy.

Joqs, opierając się na swoim przypadku, słusznie podaje w wątpliwość tło reumatyczne *tenonitis* i zwraca uwagę na możliwość zakażenia przerzutowego z narządów rodnych. Przypadek Joqs'a jest podobny. U starszego mężczyzny z przerostem stercza i utrudnionem oddawaniem moczu, stwierdził autor przy pierwszym badaniu *hypopyon*, stare zarośnięcie źrenicy, poczucie światła utrzymane, przyczem tylko nieznaczne nastrożenie okołorogówkowe (*quiet iritis*). W kilka dni później objawy oczne ustąpiły po wytworzeniu się ropnia podspojówkowego, który sam pękł, mimo tego jednak chory zmarł. Sekcyi nie robiono. Joqs uważa drogi moczowe (cewka, pęcherz) za punkt wyjścia sprawy chorobowej ropnej, skąd przyszło do przerzutowego zapalenia naczyń i następowo drogą naczyni do ropnego zapalenia powięzi gałkowej. Joqs przytacza bardzo podobny przypadek Trousseau'a i podnosi podobnie jak Le Roux brak bólów jako objaw, który odróżnia *tenonitis metastatica* od pierwotnej, reumatycznej, zazwyczaj tak bolesnej przy ruchach gałki, jakoteż od ropnia pozagałkowego.

Co się tyczy ropienia pozagałkowego, to nasz przypadek, który przebiegał bez bólów, zdania tego nie potwierdza.

Tutaj możnaby zaliczyć również i przypadek Tersona⁴⁾, opisany jako śródgałkowe ropienie przerzutowe w przypadku zakażenia kryptogenetycznego. Terson nie rozpoznaje w swo-

im przypadku *tenonitis*, wobec trzeszczu gałki jednak i przebiecia ropni przez twardówkę w dwóch miejscach w przednim odcinku gałki, sądzę, że i pochewka Tenona mogła być zajęta. Badanie ropy w przypadku Tersona wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Chory walcząc długo ze śmiercią wyzdrowiał, gałka zanikła.

Autorowie wyżej wspomnianych przypadków opierali się tylko na badaniu klinicznym, nasz zaś przypadek badany anatomicznie wykazuje, jak to już wspomnieliśmy, że punktem wyjścia sprawy ropnej w gałce była naczyniówka.

Mój przypadek, Le Roux, Joq's'a i Trousseau skończyły się śmiercią, jedynie tylko w przypadku Tersona, chory wreszcie wyzdrowiał. Przypadek Tersona stanowi niejako przejście do przypadków przerzutowego zapalenia ropnego gałki bez *tenonitis* i bez ropienia pozagałkowego. Wiadomo, że takie przerzutowe ropienia wewnątrzgałkowe kończą się prawie zawsze utratą wzroku a nadto często są dla życia niebezpieczne. Wedle zestawienia Axenfelda⁵⁾ przy przerzutowych oftalmiach po chorobach zakaźnych większość chorych wychodzi, w następstwie zakażenia kryptogenetycznego przy jednostronnych oftalmiach śmiertelność wynosi 33·3%, po popołogowych 66%, a po zakażeniach chirurgicznych 53·3%.

W przypadkach tych ropienie śródgałkowe występuje na pierwszy plan, w przypadkach zaś powikłanych z *tenonitis* lub *phlegmone retrobulbaris*, jak to widzieliśmy, sprawa chorobowa w gałce samej przebiega niepostrzeżenie (*quiet iritis*), na pierwszym planie jest zajęcie oczodołu. Z rokowaniem natenczas należy być bardzo ostrożnym.

Co się tyczy ogólnego zakażenia i przerzutów w innych narządach, to wedle Gussenbauera i Fehlinga⁶⁾ oftalmie przerzutowe powstają tylko równocześnie z przerzutami do innych narządów, do zapatrywania tego przyłącza się również Stellwag von Carion.

Wedle Axenfelda⁷⁾ jednostronne oftalmie stanowią nie rzadko jedyne ognisko przerzutowe przy lekkich zakażeniach ogólnych np. przy schorzeniach płuc. Taka oftalmia,

jako jedyne ognisko w ustroju, może wystąpić wśród objawów ogólnych, a przy zakażeniu kryptogenetycznym może robić wrażenie samoistnego powstania.

Literatura.

1. Clin. ophtalm. X. 1904.
2. Ann. d'oculistique III.
3. Clin. ophtalm. XI. 1905.
4. Clin. ophtalm. XI. 1905.
5. Arch. f. Opht. 40. 1894.
6. Wedle Axenfelda Arch. f. Opht. 40. str. 11.
7. l. c. str. 183.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique R. 1906. Nr. 5. (Referent K. W. Majewski).

Krwotoki siatkówkowe w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej. (Des hémorrhagies réliniennes dans la compression du thorax). Raymond Béal.

Przypadki zgniecenia klatki piersiowej nie należą do rzadkości. W razie silnego zgniecenia, jakie się zdarza np. u robotników kolejowych przez dostanie się między talerze dwóch wagonów, występuje chwilowo niesłychanie silny zastój żylny w całej górnej połowie ciała. Częstokroć twarz i szyja sinieją do najwyższego stopnia, a w skórze powstają niezliczone krwawe wybroczyny. Opisywano również wynacynienia na błonie śluzowej ust i gardła, krwotoki nosowe i krwawe podbiegnięcia na spojówkach. Wybroczyny powstają wszędzie tam, gdzie naczynia nie doznają od zewnątrz żadnego znaczniejszego ucisku. Dlatego to petocie kończą się na szyi ostrą granicą odpowiadającą kołmierzowi koszuli, dlatego też nie przychodzi do krwotoków wśródczaszkowych. Z tego samego

zapewne powodu i wyznaczenia w siatkówce należą w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej do rzadkich powikłań, bo przeciwstawia się im napięcie wśródgałkowe.

Autor opisuje jedno spostrzeżenie własne krwotoku siatkówkowego u górnik, który się dostał między dwa wózki ładowne kamieniami. Krwotok w tym przypadku wystąpił w jednym oku i zajął okolicę planki żółtej. Krew uległa wkrótce wessaniu, ale z biegiem czasu przyszło do stopniowego zaniku obu nerwów wzrokowych. Ponieważ w jednym oku była ograniczona, dawna plama zanikowa w naczyniówce prawdopodobnie pochodzenia kilowego, przypuszcza autor, że istniały już zmiany w ścianach naczyniowych w siatkówce, które spowodowały krwotok w chwili zgniecenia klatki piersiowej, pomimo, że nie przyszło do wybroczyn ani w skórze, ani na spojówkach, ani na innych błonach słuzowych.

Pęcherzyca hysteryczna na spojówce i powiekach.
(*Pemphigus hystérique de la conjonctive et des paupières*). Fromaget i Lavie.

Autorowie opisują rzadki przypadek pęcherzycy (*pemphigus*) na skórze powiek i spojówce dolnej u 15-letniej dziewczyny, dolkniętej ciężkimi zaburzeniami nerwowymi. Niezliczone i w przebiegu choroby, jak w kalejdoskopie zmieniające się objawy, składały się na typowy obraz wielkiej hysteryi, to też i zmianę, jaka wystąpiła na oku i przez długi czas chorej wiele cierpień sprawiała, uważają autorowie za jeden z objawów ogólnej choroby nerwowej.

Pierwotny wrzód syfilityczny na spojówce gałkowej.
(*Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire*). Sauvinau.

Autor opisuje przypadek pierwotnego wrzodu syfilitycznego na spojówce gałki między mięskiem łzowym a brzegiem rogówki. Pomimo rzadko spotykanego umiejscowienia i mimo, że zmiana wystąpiła w kilka dni po zasypaniu oka wapnem i poczytaną była zrazu za następstwo tego uszkodzenia, znamiona kliniczne owrzodzenia pozwoliły autorowi stanowczo rozpoznać pierwotną zmianę kilową. Poszukiwanie za krętkiem bładym dało wynik ujemny, prawdopodobnie jednak tylko z powodu niedostatecznej techniki badania, bo w kilka tygodni wystąpiły niewątpliwe zmiany drugorzędne na skórze i błonach słuzowych. Głównym objawem, na którym autor oparł swe słuszne, jak się okazało, rozpoznanie, było pergaminowate stwardnienie podstawy wrzodu. Prócz tego za kiał przemawiał twardy i niebolesny obrzęk gruczołów podszczękowych.

Szparę wrodzoną u wejścia nerwu wzrokowego. (Colobômes à l'entrée du nerf optique). Cosmellatos.

W dwóch przypadkach spostrzegł autor wrodzony ubytek w naczyńiówce i siatkówce w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego. W jednym przypadku zmiana była jednostronna i obejmowała tarczę nerwu wzrokowego tylko od strony skroniowej. W drugim przypadku na obu oczach biały pierścień zanikowy otaczał szerokim pasem wejście nerwu wzrokowego. Wiadomo, że dla wrodzonej szpary naczyńiówki, tak jak i innych zresztą wewnętrznych błon oka, a także i tęczówki zamiennem jest położenie zmiany w dolnej części gałki ocznej, jako odpowiadające położeniu zarodkowej szpary ocznej. Dla wyjaśnienia szpar wrodzonych nerwu wzrokowego, zwróconych w innym kierunku niż ku dołowi, przypuszczają niektórzy autorowie (Ammon, Vossius) okręcenie gałki ocznej dookoła osi strzałkowej w latach wzrostu. Zapatrywanie to jednak zwalczają inni badacze, jak Deyl, Henkel, Strahl. Autor sądzi, że w swoich spostrzeżeniach nie potrzebuje się uciekać do przypuszczenia Ammona i Vossiusa, zwłaszcza w drugim przypadku, gdzie zanik błon obejmował wkoło tarcz nerwu wzrokowego. Zdaniem jego zanik ten jest następstwem przebytej w życiu płodowem sprawy zapalnej, nie pozostaje zatem w żadnym związku z embryologicznym rozwojem gałki ocznej.

Nr 6.

Wskazania do irydektomii w przypadkach iridochorioiditis. (Des indications de l'iridectomie dans les iridochorioidites). Abadie.

Wiadomo, jak trudnem jest nieraz leczenie *iridochorioiditis*, jeżeli do tego cierpienia jest niepewne. Do miejscowego leczenia ograniczać się nie można, i nawet w tych przypadkach, gdzie ani kiły, ani reumatyzmu napewno wykazać niepodobna, a takich przypadków jest wiele, radzi autor stosować leczenie rękoiowe z równoczesnem podawaniem salicylu, uważając to połączenie leków za najskuteczniejszy sposób leczniczy w tych razach. Mimo najlepszego jednak leczenia ogólnego i miejscowego, zdarzają się często w przebiegu choroby pogorszenia, albo przynajmniej stan przestaje się poprawiać. W takich przypadkach doradzał Desmarres wykonywać irydektomię, mającą działać przeciwwzapalnie. Graefe zalecał irydektomię tylko w tych przypadkach, gdzie z powodu zarosnięcia źrenicy zagrażała oku jaskra następowa. Autor wykazuje, że wskazaniom do irydektomii w przypadkach *iridochorioiditis chronica recidivans* należy zakresić szersze granice. Przekonał

się on wielokrotnie, że irydektomia dobrze wykonana zbawienie wpływa na przebieg tej uporeczywej choroby i tłómaczy ten jej wpływ korzystny ułatwieniem wymiany cieczy wodnej przesyconej wytworami patologicznymi. Nietylko zatem bystrość wzroku podnosi się zwykle skutkiem utworzenia nowej szlucznej źrenicy, ale i przez to, że cała sprawa chorobowa zmniejsza się i ustępuje. Wycięcie kawałka tęczówki pozwala nam nadto niejednokrotnie wykryć istnienie wysięków zapalnych pomiędzy tęczówką a soczewką położonych i które dopiero przy swobodniejszym krążeniu płynów wśródocznym łatwiej mogą uleść wessaniu. W ogólności autor rozszerza wskazania do irydektomii postawione przez Desmarres'a i Graefe'go w tym duchu, że radzi wykonywać ją nietylko tam, gdzie przyszło do całkowitego przyrośnięcia brzegu źrenicy, ale nawet tam, gdzie zrosty są nieliczne, lub niema ich wcale, ale gdzie mimo odpowiedniego leczenia miejscowego i ogólnego stan oka przestaje się poprawiać, lub występują niezem na pozór nieusprawiedliwione pogorszenia.

Przyczynki do patogenyzy zaćmy biegunowej przedniej. (Sur la pathogénie des cataractes polaires antérieures). V a l u d e.

Powstanie zaćmy biegunowej przedniej *Cataracta polaris anterior* tłómaczymy sobie w dwojaki sposób: Może to być zmiana wrodzona zależna od zaburzenia embryonalnego rozwoju oka, albo też jest to następstwo zapalnej sprawy przebytej już po urodzeniu, najczęściej *blennorrhoea neonatorum*, przyczem przyjmuje się, że skutkiem pęknięcia wrzodu środkowego rogówki i zetknięcia się czasowego przedniej torebki z rogówką przychodzi do zaćmienia i zgrubienia torebki w okolicy przedniego bieguna soczewki (*cataracta pyramidalis*).

Autor opisuje dwa spostrzeżenia własne, z których jedno stanowi przykład wrodzonej zaćmy biegunowej przedniej, ponieważ w przypadku tym żadnego zapalenia nie było, a zaćmieniom torebki towarzyszyły inne zmiany wrodzone, jak *membrana pupillaris perseverans*, *coloboma iridis et chorioideae*. W drugim przypadku wystąpiło u 2-tygodniowego dziecka bardzo silne ropne zapalenie spojówek z nacieczeniem przybłonkowej warstwy na całej powierzchni obu rogówek bez żadnego jednak owrzodzenia. Po wygojeniu się sprawy zapalnej pozostało tylko nieznaczne ogólne zaćmienie rogówek i punktikowate białe zaćmienie w środku przedniej torebki niewystające, na obu oczach jednakie. Autor wnosi z tego spostrzeżenia, że *cataracta polaris anterior* może wytworzyć się także bez przebicia rogówki.

Przykurczenie mięśni, unoszących górną powiekę. Tenolomia. Wyleczenie. (Retraction des muscles releveurs des paupières. Réculement. Guérison). H. Truc.

U 60-letniego urzędnika kolei wystąpiła po przebyciu grypy niemożność zamykania powiek, a mianowicie opuszczania powiek górnych. Przy zwróceniu gałek ku dołowi powieki górne pozostawały uniesione, przez co odsłaniał się szeroki pas twardówki nad rogówką. Bliższe rozważenie objawów nakazywało przypuścić przykurczenie mięśni unoszących powieki górne, nie było bowiem żadnych oznak jakiegokolwiek porażenia. Gdy stan ten pomimo różnych sposobów leczenia nie ulegał żadnej zmianie, zrobił autor operację, zdaje się dotąd przez nikogo nie wykonywaną, a polegającą na odcięciu mięśni, unoszących górne powieki *levatoris palpe. super.* od ich przyczepów na chrząsteczkę powiekową. Skutek operacji był zupełnie zadawalniający, bo chory mógł odtąd powieki prawidłowo domykać.

Oko starcze i oko miażdżycowe. (L'oeil sé nile et l'oeil arthério-scléreux). V e n n e m a n.

Oko starca tak samo różni się od oka prawidłowego, jak cały organizm człowieka zgrzybiałego różni się od organizmu człowieka zdrowego w sile wieku. Główną przyczyną zmian starczych jest zdaniem autora zmniejszenie ilości krwi w układzie naczyniowym, a zatem również zmniejszony jej dopływ do gałki ocznej. Ta względna niedokrewność powoduje zwiócenie wszystkich tkanek składających oko, ubytek składników postaciowych, a co zatem idzie upośledzenie zdolności czynnościowej. Od zmian starczych odróżnić należy zmiany, wywołane miażdżycą tętnic, która co prawda często występuje w wieku podeszłym, ale równie zdarzać się może i u ludzi młodych. Autor opisuje obraz, jaki przedstawia miażdżycza naczyń w gałce ocznej, rozróżniając 3 stopnie tej patologicznej zmiany: *arteriosclerosis*, gdzie zmiany dotyczą tylko błony wewnętrznej (*intima*); *atheroma*, gdzie zajęta jest także *tunica media*; wreszcie *arteriitis*, względnie *perivasculitis*, gdzie w pierwszym rzędzie cierpi *adventitia*. Nakoniec wymienia różne zaburzenia następowe, wywołane bezpośrednio miażdżycą naczyń, jak zanik naczyńki, krwotoki, zatory, etc.

Krwistek samoistny oczodołu u kobiety. (Hématome spontané de l'orbite chez la femme). Brunetiè re.

Dotąd niewiele znajduje się w literaturze opisów samoistnego, nie urazowego, krwistka oczodołu. P a n a s był pierwszym, który bliżej zajął się patologią tej zmiany chorobowej.

Do skapej dotychczasowej kazuistyki dorzuca autor 2 spostrzeżenia własne, odnoszące się do młodych kobiet, z których jedna dostała krwotoku oczodołu z wysadzeniem gałki, obrzękiem powiek i bólami w 3 dni po odstawieniu dziecka od piersi; druga zaś, cierpiąca na bolesne miesiączkowanie dostała tych samych objawów na jednym oku podczas regularności, jak zwykle, skapej i połączonej z ogólnem osłabieniem. Tak w jednym jak i drugim przypadku wykonano kilkakrotnie nacięcie celem wypuszczenia krwi i wydobycia skrzepów, krew jednak każdym razem zbierała się ponownie, i tak obrzęk jak i bóle wracały. Dopiero założenie drenu kauczukowego w głąb oczodołu położyło w pierwszym przypadku koniec ciągłym nawrotom. U drugiej chorej sprawa zakończyła się wyluszczeniem gałki ocznej, z powodu zaniku nerwu wzrokowego osłepłej.

Autor wyraża przekonanie, że samoistny krwistek oczodołu może się pojawiać u kobiet młodych, jako *menstruatio vicaria*. Przypadki te bywają ciężkie i mogą się skończyć zanikiem nerwu wzrokowego przez ucisk. Wbrew zapatrywaniu Panasa, który przestrzegał przed zabiegiem operacyjnym ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia, sądzi autor, że właśnie tylko interwencya chirurgiczna, oczywiście w warunkach aseptycznych wykonana, byle nie spóźniona, może wzrok uratować i chorą od cierpień uwolnić.

Plamy barwikowe na spojówce. (Les taches pigmentaires de la conjonctive). L. Steiner (Sourabaya, Jawa).

Według podręczników anatomii spojówka oka ludzkiego nie zawiera barwika. Plamy barwikowe spotykane wyjątkowo u ludzi rasy białej uważane są w Europie bądźto za wrodzone znamiona nieprawidłowe, bądź też za wylwory chorobowe i stają się nieraz jako przypadki rzadkie przedmiotem publikacyi. Ponadto czarne znamiona barwikowe bywają przez europejskich okulistów zazwyczaj uważane za niebezpieczne ogniska, które mogą się stać w przyszłości punktem wyjścia złośliwych nowotworów. Autor, który wykonywa praktykę okulistyczną na Jawie, podnosi, że w Europie zbyt często zapomina się o tem, iż rasa biała stanowi tylko małą stosunkowo część rodzaju ludzkiego. Otóż co do znachodzenia się barwika w spojówce twierdzenia zawarte w podręcznikach anatomii i okulistyki są prawdziwe tylko odnośnie do rasy białej, nie sprawdzają się jednak wcale w odniesieniu do ras czerwonej, czarnej i żółtej. U Malajczyków, Kreolów, Hindusów, Japończyków i Chińczyków, które to narodowości składają klientelę autora, plamy barwikowe na spojówce powiek i gałki są tak częstem i codziennem

zjawiskiem, że wzbogacać ich opisem kazuistykę okulistyczną byłoby rzeczą bezcelową, a usuwać je operacyjnie z tych samych pobudek, którymi się kierują okuliści europejscy, byłoby zadaniem wprost niewykonalnem. Zresztą autor nie zauważył, żeby złośliwe nowotwory barwikowe występowały u ras kolorowych częściej niż u ludzi białych, u których zatem wyjątkowe pojawianie się barwika w spojówce może mieć zgoła inne znaczenie, niż obecność plam czarnych lub brązowych na oczach ludzi ras kolorowych.

Autor rozróżnia 3 rodzaje plam barwikowych, spotykanych na spojówce u mieszkańców Jawy. Do pierwszego rodzaju zalicza szare lub brunatne zabarwienie spojówki w częściach jej wystawionych na działanie światła słonecznego, a zatem w obrębie szpary powiekowej po obu stronach rogówki, a także na spojówce powiek w przypadkach *ectropium*. Do drugiej grupy zalicza on ciemne lub czarne, ostro ograniczone ogniska, które nie są niczem więcej, jak wrodzonymi znamionami barwikowemi (*Naevi pigmentosi*) spotykanymi wyjątkowo i u Europejczyków. Trzeci wreszcie rodzaj stanowią plamy występujące na spojówce powiek i załuszków u Arabów i Murzynów dotkniętych jaglicą. Tę szczególną właściwość przebiegu jaglicy u owych plemion stwierdził autor w wielu przypadkach mikroskopowo, wykluczając z wszelką stanowczością srebrzycę, z którą możnaby w danym razie pomieszać to ciemne zabarwienie spojówki.

O soczewce patologicznej. (Sur le cristallin pathologique).
P-na Toufesco.

Autorka na podstawie swych badań histologicznych, przeprowadzonych na oddziale ocznym szpitala *Lariboisière* dochodzi do następujących wniosków. Każda zaćma rozpoczyna się w okolicy równika soczewki, t. j. w tem miejscu występują pierwsze dostrzeżalne zmiany wsteczne. Pierwotną jednak przyczyną zaćmiewania się soczewki jest nieznana bliżej zmiana odżywcza środkowych jej części. We wszystkich postaciach zaćmy, z wyjątkiem może zaćmy jądrowej, przemiany wsteczne, jakim ulega tkanka soczewkowa, są tego samego rodzaju. Główną zmianą, jaką składniki zaćmiewającej się soczewki okazują, jest zwyrodnienie tłuszczowe.

Porażenie nerwu odwodzącego w przebiegu zapalenia ucha środkowego. (La paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites). Terson.

Autor przytacza dwa spostrzeżenia, jedno własne, jedno swego syna i nieliczne jak dotąd w literaturze opisane przypadki. Na podstawie tej kazuistyki wysnuwa następujące wnioski:

1) Porażenie nerwu odwodzącego pojawia się częstokroć po tej samej stronie, co *otitis media suppurativa* i łączyć się może z zapaleniem nerwu wzrokowego.

2) W większości przypadków powikłanie to ustąpiło bez śladu, nie sprowadzając żadnych trwałych następstw.

3) Jest rzeczą prawdopodobną, że zmiana ta nie jest odruchową, lecz polega na przeniesieniu zakażenia drogą połączeń naczyń żylnych i limfatycznych, istniejących między 6-tą parą, a środkową częścią ucha.

O barwnej tatuacji rogówki. (Du tatouage coloré de la cornée). Chevallereau i Polaek.

Vacher był pierwszym, który podał sposoby barwnej tatuacji płam rogówkowych. Obszerną pracę w tym przedmiocie ogłosił Holth z Chrystyanii, a do udoskonalenia techniki przyczynili się także Nieden, Bachum i Cofler. Celem barwnej tatuacji jest nadanie plamom rogówkowym, położonym po za obrębem źrenicy koloru zbliżonego jak najbardziej do koloru tęczęwki. W ten sposób plamy te stają się znacznie mniej widoczne. Oprócz tego tatuacja barwna może służyć do zamaskowania szpary tęczęwkowej (*coloboma*) przez zabarwienie części przezroczystej rogówki, przed tą szparą położonej. Wynik bywa korzystny tak pod względem kosmetycznym, jak pod względem optycznym.

Z całej palety różnych barwików nadających się do barwienia rogówki dzięki temu, że nie wywołują odczynu zapalnego i nie zmieniają swego koloru, zatrzymali autorowie tylko kilka najmniej drażniących, a pozwalających uzyskać przez zmieszanie prawie wszystkie możliwe odcienie koloru tęczęwki. Skład palety zaleconej przez autorów jest następujący: Żółty barwik neapolitański, okra brunatna i okra czerwona, glinka zielona, glinka ombryjska, a wreszcie błękit ultramarynowy Guimeta. Mieszanie tych barwików dla stworzenia różnych żądanych odcieni nie ma być wcale trudne i nie wymaga bynajmniej specjalnych zdolności malarskich. Jako barwika czarnego do naśladowania źrenicy nie używają autorowie tuszu chińskiego, bo ten przecież powoduje czasem zadrażnienie i nacieczenie tatuowanej rogówki. Daleko lepsze wyniki uzyskali oni, używając sadzy ze spalonej kości słoniowej, lub kopciu naftowego.

Rak mięska łzowego. (Epithélioma de la caroncule). Paul Petit.

U 82-letniej staruszki wyciął autor guzek, wyrastający z mięska łzowego lewego oka. Badanie histologiczne wykazało znamiona raka skórnego (*épithéliome pavimenteux*).

Nr 8.

Zaburzenia oczne, wskutek bezpośredniego oglądania zaćmienia słońca. (Troubles oculaires consécutifs à l'observation directe des éclipses de soleil). Villard.

Pod powyższym tytułem przedstawia autor symptomatologią zaburzeń wzroku, spostrzeganych u osób, które bez zachowania koniecznych ostrożności spoglądały na słońce, i to nie tylko w czasie zaćmienia, ale także przy innych okolicznościach. I tak opisane są przypadki podobne u osób, które przypatrywały się płomom na słońcu, przejściu Wenus przed słońcem, a nawet obrazowi słońca odzwierciedlonemu przez gładką powierzchnię wody. Najczęstszym objawem jest *scotoma centrale positivum*, bądź to *relativum*, bądź *absolutum*. Wziernikiem we wielu przypadkach nie stwierdzono żadnych ważniejszych zmian na dnie oka, często jednak spotykano krwisto-czerwone ognisko w miejscu plamki żółtej. Rokowanie jest zazwyczaj o tyle pomyślne, że *scotoma centrale*, nazwane przez Emmert'a obrazowo: *scotoma helioclipticum* ustępuje zazwyczaj po upływie kilku tygodni lub kilku miesięcy. Jako leczenie stosował autor w kilku spostrzeżeniach własnych z początku środki odwodzące, a potem na wewnątrz jodek potasu i pigułki ze strychniną.

O soczewce prawidłowej. (Sur le cristallin normal). P-na Toufesco.

Na podstawie swych badań histologicznych i embryologicznych formułuje autorka następujące wnioski: Węzadełko Zinn'a jest pochodzenia mezodermalnego. Powstaje ono weześnie w związku z rozwojem wśródoczej sieci naczyniowej. Włókna węzadełka przechodzą na wskróś przez ciało rzęskowe i łączą się z siecią włókien sprężystych, pokrywających mięśnie rzęskowe. Na soczewce włókna węzadełka przyczepiają się do ścian naczyń torebki naczyniowej, pokrywającej soczewkę u zarodka, U osobnika dorosłego włókna te łączą się z włóknistą siatką, która otacza soczewkę.

Na torebce przedniej rozróżnia autorka 3 rodzaje komórek przybłonkowych: wielkie komórki jasne, zajmujące środek torebki i odgrywające ważną rolę w odżywieniu soczewki; małe komórki obwodowe z licznymi i długimi wypustkami, które mają dla soczewki znaczenie warstwy ochronnej; komórki twórcze w okolicy równika ułożone w szeregi południkowe, które służą do regeneracji włókien soczewkowych. Wszystkie te 3 rodzaje komórek są tworami odpowiadającymi różnym okresom rozwojowym pierwotnej komórki soczewkowej.

Ctrblt. f. pr. Aghk. 1906. Z. 6. (Ref. Dr L. Gruder).

Przypadek nowotworów rzekomo białaczkowych w oczodole. (Ein Fall von pseudoleukämischen Orbitaltumoren). Dr W. Seeligsohn w Berlinie.

Wątku 21 l. kobieta, po przebyciu anginy średniego stopnia, zachorowała nagle na brak apetytu, przyczem miała gorączkę do 38°, przyspieszenie tętna, ogólne osłabienie, reumatyczne bóle w mięśniach, obrzęk w stawach i *nephritis acuta*. Do tego wśród silnych bólów głowy przyłącza się: na obu oczach tarcz zastoinowa, zapalenie ciałaka rzęskowego i *exophthalmus*. Po siedmiu tygodniach widać pod *margo supraorbitalis* na gałce spoczywający elastyczny nowotwór, obustronnie w części nosowej. Badanie krwi wskazuje na nowotwór pseudoleukaemiczny. $V = \frac{8}{35}$ obustronnie.

Autor uważa to za następstwo zakażenia septycznego, wychodzącego z *glandula tonsillaris*, a także zapalenie ciałaka rzęskowego uważa za następstwo takiego zakażenia.

W ciągu dalszych dwóch miesięcy septyczne objawy zmniejszały się, chora otrzymała *solutio Fowleri*, ogólny stan stopniowo się polepszał, aż nareszcie i objawy ze strony gałki zmniejszyły się tak, iż po czterech miesiącach ogólnej choroby bystrość wzroku znów wynosiła na pr. oku $\frac{6}{8}$, na l. $\frac{6}{7}$.

Co się tyczy nowotworów pseudoleukaemicznych, utrzymuje autor, iż te wypełniały cały oczodoł, a wystający pod *margo supraorbitalis* guz był tylko ich częścią. Prawdopodobnie nowotwory te obejmowały także nerw oczny, ugniatały go i spowodowały tarcz zastoinową.

Przekrwienie zastoinowe na usługach okulistyki. (Die Stauungshyperaemie im Dienste der Augenheilkunde). Dr Robert Hesse, asystent przy klinice okul. w Gracu.

Doświadczenia z przekrwieniem zastoinowem, dokonane przez Rennera przez założenie gumowej opaski na szyję, wykazały pomyślny przebieg choroby przy *keratitis parenchymatosa* i *ulcus serpens*.

Aby zaś leczenie Bierowskie na oku dokładniej zastosować, trzeba działanie dokładniej zlokalizować i siłę działania stopniować.

Robert Hesse zastosowuje przy oku metodę ssania, aby wywołać przekrwienie. Posługuje się w tym celu przyrządem, złożonym ze szklanego naczynia w postaci bańki, której otwór odpowiednio jest zrobiony, aby mógł szczelnie przylegać do zewnętrznych granic oczodołu. Do drugiej strony tego naczynia przy-

mocowana jest 30 cm długa rączka kauczukowa, zakończona balonikiem o objętości 50 c³. Zamiast balonika można użyć pompy ssącej.

Do wywołania pożądanego skutku potrzebną jest różnica 20—30 mm rtęci.

Przy zamkniętych powiekach w takim razie po 5 minutach skóra czerwieni się, po pół godzinie niebieskawo zabarwiona i silny obrzęk. Brzegi powiek obrzmiałe i lekko odwrócone ku zewnątrz.

Przy otwartych powiekach widać na powiekach te same objawy, co przedtem. Spojówka powiek silnie nastrzyknięta, obrzmiała; spojówka gałki wykazuje rozszerzenie naczyń, następnie nagromadza się pod spojówką płyn surowiczy, tworząc po pół godzinie silną chemozę na około rogówki. Rogówka lekko matowa i oedematyczna, nastrzyknięcie rzęskowe. Na głębszych częściach oka zapomocą dotychczasowych doświadczeń nie można było wykazać zmian.

Przy końcu opisuje autor szczegółowo jeden przypadek *ulcus serpens* u 60-letniego pacyenta. Galwanokauter, atropina i t. p. nie polepszyły stanu choroby; hypopyon wysokości 3 mm. Dopiero zastosowanie przekrwienia zastoinowego, zapomocą powyżej podanego przyrządu ssącego nadało chorobie przebieg pomyślny. Autor wstrzymuje się z wydaniem stanowczego sądu do ukończenia dalszych doświadczeń.

Szczególnie zaleca zastosowanie tej metody przy zapaleniach brzegu powiek, spojówki i rogówki, także przy *blepharitis ciliaris* i *hordeolum* i różnych rodzajach zapalenia spojówki (*conj. eczematosa*).

Kilka spostrzeżeń przy urazach odłamkami żelaza
(Einige Beobachtungen bei Eisensplitter-Verletzungen des Auges)
Dr Kreuzberg w Kolonii.

Autor opisuje trzy przypadki urazu odłamkiem żelaznym, gdzie wywiady były w zupełnej sprzeczności z wynikiem badań i zabiegów leczniczych.

W jednym przypadku autor wyciągnął z oczodołu magnezem odłamek żelazny 14 mm długi i ważący 20 mg, gdy tymczasem chory uparczywie utrzymywał, iż żaden odłamek żelazny nie wpadł mu do oka. W drugim chory utrzymywał, że mu wpadł do oka duży odłamek żelazny, gdy tymczasem po kilkakrotnem badaniu znaleziono w twardówce drobny odłamek 1 mm długi i ledwie 0.1 mm gruby. W trzecim przypadku mimo wywiadów, iż rzekomo wpadł do oka odłamek żelazny i mimo widocznych

następstw zapalnych nie znaleziono w gałce żadnych śladów ciała obcego.

Kilka spostrzeżeń oftalmologicznych. (Einige ophthalmologische Beobachtungen). Dr Pick w Królewcu.

a) Leczenie zaćmień rogówkowych. Od trzech lat autor stosuje salmiak (*Ammonium chloratum*), podany przez Guillery'ego do rozjaśnienia zaćmień rogówkowych i otrzymuje przytem bardzo pomysne wyniki. Z roztworu salmiakowego używa autor 1—3 łyżeczek, rozcieńczonych w przegotowanej wodzie i przez 20 minut robi trzy razy dziennie t. zw. kąpiele oczne, aby płyn dotykał także rogówki. Boleści ani znaczniejszych objawów drażniących nie było. Zaćmienia rogówkowe muszą być zadawnione, a przepisana kąpiel oczna musi być stosowana przez kilka tygodni.

b) Działanie wiatru na oczy opisuje autor na podstawie własnego spostrzeżenia podczas podróży na okręcie, gdzie podczas silniejszego wiatru znajdował się przeszło dwie godziny na przedniej części okrętu. Podczas tej podróży spostrzegł autor nagle ciemny punkt, stale z ruchami gałki się poruszający, który wzornikiem okazał się małą wybroczyną do ciała szklistego. Autor sam jest krótkowidzem ($V = \frac{6}{5}$ zapomocą — 5.5 D.) i przypisuje powstanie tego krwotoku działaniu długotrwałego ciśnienia wiatru na nie całkiem prawidłowe (tutaj myopia) oko.

c) *Hydrophthalmus congenitus*; wyleczenie zapomocą sklerotomii. Obustronnie *Hydrophthalmus congenitus*, w drugim roku irydektomia i codziennie zakraplanie ezeryny, aż do 14 roku życia było czytanie i pisanie możliwem. W tym czasie za poradą innych zaprzestano zakraplania ezeryny, poczem bystrość wzroku obustronnie znacznie zmalała. L oko = $\frac{1}{8}$. Pr. oko = palce na 2 m. rogówka mętna, nakłuta, komora głęboka, źrenica szeroka, T + 2. Zrobiono sklerotomię, później wycięto wypadniętą łączówkę. Po pół roku w miejscu operacyjnem było pęcherzykowate zabliznienie (*cystoide Vernarbung*), rogówka była przeważnie czysta, dno (*excavatio glaucomotosa atrophica*) było widoczne, Tn, a bystrość wzroku podniosła się znacznie.

Ponieważ przez ten czas bystrość wzroku i na drugim (lepszem) oku znacznie się pogorszyła, zrobił autor i na tem oku sklerotomię z blizną otwartą (*diastatische Narbe*); po pół roku bystrość wzroku znacznie się polepszyła, tak iż chory mógł nawet listy czytywać.

Przypadek ten jest analogiczny do przypadku przez prof. Schoena opisanego, gdzie bystrość wzroku przy *Hydrophthalmus congenitus* dała się ocalić tylko przez pęcherzykowate zabliznienie rany wielkich rozmiarów.

1906. Z. 7.

Krwotok w siatkówce, którego następstwem był zanik gałki. (Ein Fall von Netzhaut-Blutung, die zur Schrumpfung des Augapfels führte). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Kobieta 51 l. przeżyła jedenaście porodów, z których ostatnie trzy połączone z silnymi krwotokami. Od półtora roku menstruacja ustąpiła. Przed 4 miesiącami spostrzegła chora znaczne upośledzenie wzroku na pr. oku. Vo. pr = $\frac{5}{15}$ — 0.75 D, oko lewe = $\frac{5}{7}$ — 0.75 D. Pole widzenia prawidłowe obustronnie.

Wziernikiem na pr. oku krwotoki na dolnej części siatkówki i do ciała szklistego.

Po dalszych czterech miesiącach pole widzenia od góry zwężone do 38°, wziernikiem widać od dołu niebieskawe masy a w ciałku szklistem rozgałęzione nitki ciała szklistego. Tarcz nerwu wzrokowego i środkowa część siatkówki prawidłowe.

Po pół roku dalsze pogorszenie wzroku. Lewe oko zdrowe i niezmienione.

Prawe oko ślepe. Brakuje górna połowa pola widzenia po za punkt fiksacyjny. Górna połowa siatkówki niezmieniona; poniżej tarczy nerwu siatkówka szaro-niebieskawo odbarwiona, na niej silniej zabarwione plamy; od dołu wielka niebieskawa zasłona, rozpięta przed siatkówką.

Po siedmiu latach: zanik gałki prawej, zmętniona soczewka, naczynia na tężówce i przedniej torebce i silne bóle prawej strony głowy. Wyjęcie gałki prawej. Lewe oko bez zmian.

Makroskopijnie: tężówka przylega do rogówki. Zaćma w soczewce; siatkówka odczepiona aż pod okolicę równika, gdzie zrośnięta jest ze zgrubiałą naczyniówką; za soczewką tkanka pajęczna zrośnięta z siatkówką. Naczyniówka, przeważnie w tylnej części, pokryta szarą, silnie do niej przylegającą warstwą. Warstwa ta pokrywa tarczę nerwu wzrokowego i dochodzi do okolicy równika; szara ta masa miejscami kościsto stwardniała.

Uraz sfery widzenia. (Verletzung der Sehsphäre). Prof. Hirschberg w Berlinie.

a) Właściciel okrętów przypadkowo uderzony żelaznym drągiem w tył głowy. Przez ośm tygodni leżał bezprzytomny, poczem stwierdzono połowiczą ślepotę i zupełną ślepotę na barwy. Po upływie półtora roku wyciągnięto z *os occipitale* odłamek kostny.

Poczucie na barwy prędko się polepszyło, tylko połowicza ślepotą pozostała trwałą; również pozostało porażenie lewej twarzy i głuchota tejże strony.

W górnej części *os occipitale*, więcej w lewo, głębokie zagłębienia a na kości czołowej (na prawej stronie) blizna skórna; oczy zewnątrz prawidłowe. $V = \frac{5}{5}$ obustronna połowiczna ślepota od strony prawej; prócz porażenia lewej strony twarzy i głuchoty nie było żadnych objawów ze strony nerwów.

Uraz lewej sfery widzenia spowodował tutaj trwałą połowiczną ślepotę od strony prawej i lewostronną głuchotę. Nerw twarzowy prawdopodobnie dotknięty został na podstawie mózgowej.

b) Chory 21-letni został uderzony w lewą stronę głowy. Przez 3 tygodnie bez przytomności, poczem widział tylko od strony prawej przedmioty większe.

Na lewej stronie kości ciemieniowej 18 cm długa blizna zrósnięta z kością; pod blizną wgłębienie kości. Źrenice oddziałują jednakowo, ruchy gałki utrzymane. Chory widzi przedmioty, znajdujące się na lewo i górze. V oka prawego = palec $\frac{3}{4}$ m; lewego oka na $1\frac{1}{2}$ m. Tarcz pr. oka biała, l. oka czerwono zabarwiona, lecz bledsza, aniżeli tarcz prawidłowa. Na lewym oku źrenica oddziałuje na światło tylko od lewej strony; na pr. oku różnice nie są tak dokładne.

W tym wypadku uraz uszkodził obie sfery widzenia, lecz lewą sferę silniej niż prawą.

Wrodzone zwiększenie ucisku śródocznego ze zmętnieniem rogówki; skuteczność wczesnej irydektomii. (Angeborene Drucksteigerung mit Hornhauttrübung, frühzeitig und mit dauerndem Erfolg iridektomirt). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dziewczynka 5 tygodni licząca. Obustronnie od urodzenia rogówki białawo zmętniałe; źrenica ledwie widoczna; żadnych objawów zapalnych. Gałki nieco zwiększone a na dotyk twarde.

W narkozie irydektomia od strony nosowej na prawem oku. Gojenie prawidłowe. Po tygodniu brzegi rogówki zaczęły się wyjaśniać, tęczęwka widoczna, z źrenicy czerwony odbłask.

Po 2 tygodniach irydektomia na drugim (lewem) oku, którego rogówka była białą, jak kreda. W ciągu trzech miesięcy rogówka na lewym oku znacznie się wyjaśniła, tylko w środku pozostało zmętnienie. Komora obustronnie bardzo płytka. Tn. Rogówka na prawem oku prawie całkiem jasna. Tn. Na prawem oku widać wzornikiem siatkówkę i zmętniony brzeg soczewki. W ciągu dalszych sześciu miesięcy obie rogówki były prawie zupełnie czyste a dziecko widziało dobrze.

Po 12 latach bystrość oka prawego wynosiła $\frac{4}{50}$, oka lewego $\frac{3}{50}$.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1906. Vol. 46. Nr 21.
(Refer. Dr W. Reis).

Pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego w następstwie porodu. (Retrolubar optic neuritis following childbirth). Kipp.

Autor przytacza przypadek powrotnego pozagalkowego zapalenia nerwu wzrokowego w następstwie kilku po sobie następujących porodów u kobiety 25-letniej, u której po każdym porodzie występowały zaburzenia w nerwie wzrokowym z wybitnym środkowym ubytkiem w polu widzenia. Po trzecim porodzie wystąpił także nerwoból nadoczołowy i częściowe zblienienie rzęs powiekowych i brwi. Po czwartym porodzie można już było stwierdzić zanik tarczy nerwu wzrokowego. Nie ulega wątpliwości, że ciąża względnie poród wywołały w tym przypadku zaburzenia wzrokowe. Autor przypuszcza, że ciąża wywołała zaburzenia w krążeniu, przekrwienie w sąsiedztwie wierzchołka oczodołu, które wywierało ucisk na nerw wzrokowy i jego pochewki oraz na rozgałęzienie ocznej gałęzi nerwu trójdzielnego. Inni autorowie spostrzegali podobne zaburzenia wzrokowe także w okresie karmienia i przypisywali powstanie ich samozakażeniu. Zblienienie rzęs spostrzegano już kilka razy przy współzależnym zapaleniu jagodówki, zdaniem autora nie ma jednak dotychczas wzmianki o zblienieniu rzęs przy pozagalkowym zapaleniu nerwu wzrokowego. Drugi przypadek spostrzegany przez K. dotyczy 35-letniej kobiety, u której po pierwszym porodzie wystąpiło pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego z przebiegiem pomyślnym t. j. odzyskaniem wzroku. Dalszych porodów nie było.

Zapalenie rogówki drzewkowate pochodzenia zimniczego. (Dendritic keratitis of malarial origin). Ellet.

Po skreśleniu obrazu klinicznego zapalenia drzewkowatego rogówki rozpoczynającego się mikroskopowo drobnymi pęcherzykami, które pękają i tworzą powierzchowne owrzodzenia drzewkowate się rozgałęziające—omawia E jego patogenezę, czyniąc spostrzegane przez siebie przypadki zależnymi od zimnicy. Badanie krwi wykazało istnienie zakażenia zimniczego. Zaburzenia w rogówce są prawdopodobnie natury odżywczej; rozwijają się też głównie wzdłuż przebiegu nerwów rogówkowych. Nieregularne zarysy zmian anatomicznych w rogówce odpowiadają przebiegowi włókienek nerwowych i rozmieszczeniu tychże w przybliżeniu i w przednich pokładach rogówki. Pojawienie się tych zmian chorobowych w środku rogówki tłumaczy nam fakt, że nerwy rogówki tracą swe pochewki

w odległości 1 mm od rąbka rogówko-twardówkowego, tak że zupełnie odsłonięte włókienka nerwowe w środku rogówki łatwiej mogą podlegać sprawom chorobowym. Następne ubytki tworzą się tylko na powierzchni, nie sięgają nigdy w głąb i nie powodują ropienia. Oprócz leczenia ogólnego uwzględniającego łto cierpienia, należy stosować leczenie miejscowe w postaci ciepłych okładów, wkraplań atropiny i nalewki jodowej po poprzednim znieczuleniu kokainą, a gdy ubytek pokryje się przybłonkiem, można użyć maści żółtej.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XI część III. c. d. Październik 1905. (Refer. Dr W. Reis).

Zatkanie tętnicy środkowej siatkówki. (Obstruction of the central artery of the retina). Coats.

Badań anatomicznych, dokonanych w przypadkach zatkania tętnicy środkowej siatkówki jest zaledwie 24. Ze względu na rzadkość badań anatomicznych oraz na istnienie różnych zapatrywań na powstanie tej postaci chorobowej ogłasza autor dwa przypadki przez siebie klinicznie spostrzegane i anatomicznie badane. Określenia »zator« używa C. tylko w tem ścisłym znaczeniu, jako czop, który oderwany z ogólnego krążenia zatyka tętnicę środkową— podczas, gdy bardziej ogólne miano »zatkanie« może odnosić się do rozmaitych spraw chorobowych, zwykle objętych klinicznym terminem zatoru tętnicy środkowej. W pierwszym przypadku zmiany anatomiczno-patologiczne były następujące: Po wyjęciu zaćmy pozostały w ranie rogówkowej końce torebki i tęczówki, oprócz tego rozległe zmiany po przewlekłym zapaleniu jagodówki. W tętnicy środkowej stwierdza się wapienną masę wyścielającą światło naczynia. W ścianach naczyń przed i poza czopem zmiany następowe a w jednej z głównych gałęzi żyły środkowej uorganizowany skrzep. Masa wapienna była rzeczywistym zatorem, który mógł pochodzić od schorzatej zastawki aorty. Brak wszelkiej organizacyi da się tem wytłómaczyć, że zator był już wapienny z chwilą, gdy się dostał do tętnicy, wskutek czego komórkowe nacieczenie nie mogło przyjść do skutku. Jako zajmujący kliniczny objaw wymienia C. zachowanie odrobiny wzroku przez czas jakiś w skroniowej części pola widzenia. Z kilku hipotez tłómaczących ten objaw największe prawdopodobieństwo posiada przypuszczenie, że połączenia włosowate między naczyniami rzęskowymi a naczyniami środkowymi odżywiają

część siatkówki położoną w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego. Powstanie ubocznego krążenia zależy od indywidualnych różnic w przebiegu klinicznym i od umiejscowienia czopu. Jeśli czop był umiejscowiony z przodu, po wewnętrznej stronie blaszki sitowej tuż przy rozdzieleniu się naczyń, połączenia są wykluczone od współdziałania, gdyż czop znajduje się poza nimi. Skoro zaś czop leży w środku blaszki sitowej, anastomozy dokoła tarczy nerwu wzrokowego mogą spełniać swą czynność w całej pełni. W niektórych przypadkach powierzchowne części tych połączeń można oglądać wziernikiem w postaci delikatnej siateczki około tarczy — są one dość częste w przypadkach zatkania żył, rzadsze zaś przy zatkanium tętnicy.

W drugim przypadku ważniejsze zmiany patologiczne były następujące: Krwotoki w przedniej komórce, w mięszu tęczówki i ciele rzęskowem oraz przestrzeniach Fontany. Przyczepy tęczówki do tylnej ściany rogówki. Krwotoki i ogniska wypocinowe w siatkówce. Zwężenie światła wielu tętniczek siatkówkowych przez bujanie śródbłonna, zupełne zaciopowanie górnej tętnicy środkowej. W głównym pniu tętniczym na poziomie blaszki sitowej ograniczony guzek zapalenia błony wewnętrznej, który wypełnia światło tętnicy lecz pozostawia jeszcze z jednej strony wąską szczelinę. Nieco ku górze tętnica jest wolną, poczem znowu ścieśniona przez sprawę zapalną. Żyła środkowa jamista w blaszce sitowej, nieco dalej z naciekiem drobnokomórkowym w ścianach, później prawnidłowa.

C. przytacza następnie rozbiór kliniczny jednego przypadku bez badania anatomicznego.

Przeglądając przypadki schorzeń naczyniowych oka można stwierdzić, że z wszystkich części krążenia ocznego część w bezpośrednim sąsiedztwie blaszki sitowej jest najpodatniejsza dla powstania tych zaburzeń.

Dla wytłómaczenia tego faktu istnieje kilka hipotez. 1) Tętnica środkowa zwęża się, przechodząc przez blaszkę sitową. 2) W blaszce sitowej prąd krwi napotyka na dwie przeszkody: rozdział pnia głównego na gałęzie i śródgałkowe ciśnienie. 3) Gałka jest przymocowaną jak na kotwicy, przez nerw wzrokowy, tak że przy ruchach gałki, naciąga się także i nerw. Być więc może, że blaszka sitowa obłita w składniki elastyczne wywiera pewien ucisk na naczynia.

W końcu omawia C. stosunek zatkania tętnicy środkowej do następowego pojawiania się jaskry.

W obu opisanych przypadkach istniała jaskra niezależnie od zmian w naczyniach; na razie zaś brak jeszcze danych, by można

twierdzić o istnieniu jakiegoś przyczynowego związku między zatkaniem tętnicy a powstaniem jaskry.

Zapalenie przybrzeżne powiek: jego przyczyna, patologia i leczenie. (Marginal blepharitis: its cause, pathology and treatment). Macnab.

Znaczna ilość przypadków znanych pod kliniczną postacią przybrzeżnego zapalenia powiek należy w rzeczywistości do postaci chorobowej zw. nieżytem kątowym spojówki (*conjunctivitis angularis*) a wywołanym przez prątek Morax-Axenfelda. Cierpienie to przedstawia się jako odrębny typ kliniczny: rozpoczyna się zwykle na jednym oku uczuciem swędzenia przy brzegu powiekowym, suchością i uczuciem piasku pod spojówką powiekową; po kilku dniach dopiero występują podobne objawy na drugim oku. Powieki są rano ciężkie i sklejone. Po kilku dniach czerwienieją brzegi powiekowe, najsilniej w kącie wewnętrznym i zewnętrznym powiek. Skóra powiek w sąsiedztwie kątów również jest zaczerwienioną. Spojówka gałkowa może być nieznacznie nastrzykniętą. W tym okresie wygląda oko, jakby było oprawione przez dwa silnie zaczerwienione V ułożone w kątach powiekowych. Mięsko łzowe jest silnie zaczerwienione i pokryte wydzieliną. Na spojówce powiek górnych zmian prawie nie ma, spojówka powieki dolnej może być lekko obrzękniętą o wejrzeniu aksamitnem. W okresie rozwoju choroby można badaniem bakteryologicznem wykryć liczne prątki Morax-Axenfelda, w późniejszym okresie, gdy cierpienie przechodzi w stan przewlekły jest prątków bardzo mało a łatwo je znowu odnaleźć podczas nawrotów. Po omówieniu szczegółowem patologii i bakteryologii tej postaci chorobowej zaleca M. jako środek leczniczy siarczan cynku, którym osiąga się najlepsze wyniki. Samoistne wyleczenie rzadko się wydarza a cierpienie to nieleczone traci swój odrębny obraz kliniczny i przechodzi w szereg powszechnych przewlekłych nieżyków spojówki.

O skórzakach spojówki wskutek wszczepienia. (On implantation dermoids of the conjunctiva). Mayon.

Bezpośrednie wprowadzenie do przybliżka spojówkowego ciała obcego może przyczynić się do powstania skórzaka z wszczepienia. Autor spostrzegł przypadek oglądany w tydzień po uszkodzeniu spojówki gałkowej oka kawałkiem drzazgi, która wpadła choremu do oka przy rąbaniu drzewa. Po zewnętrznej stronie spojówki gałkowej, 6 mm od rąbka rogówko-twardówkowego znajdował się czerwony guz, z wejrzenia podobny do szerokiego pryszczyka. Badanie mikroskopowe stwierdziło istnienie ciała obcego, rozrost przy-

blonka, liczne leukocyty, komórki plazmatyczne i obrzymie. Jądra niektórych wiele i jednojądrzastych krwinek białych w bezpośrednim sąsiedztwie drzazgi były brązowo zabarwione, być może pod wpływem tanniny.

Glejak siatkówki. (Glioma retinae). Owen.

Autor zestawia statystykę 50 przypadków glejaka (24 przypadków własnych a 26 dostarczonych przez innych kolegów) i dochodzi do następujących wniosków:

Przeważa płeć żeńska. W jednym przypadku rozpoznano glejaka w pierwszym miesiącu życia u dziecka, którego ojciec był lekarzem. W przypadkach pomyślnych wielu z chorych przekroczyło 3-letni okres, uznany na mocy doświadczenia za wystarczający, by być poza wszelkiem niebezpieczeństwem. W przypadkach niepomyślnych najdłuższy okres czasu, który upłynął od operacji do śmierci wynosił $1\frac{1}{2}$ roku, najkrótszy 3 miesiące. Wbrew przyjętemu powszechnie mniemaniu, że zwykle tylko jeden z członków rodziny obciążony jest glejakiem, znane są przypadki, w których glejak pojawił się u kilku członków tej samej rodziny.

Brodawczak rąbka rogówko-twardówkowego. (Papilloma limbi conjunctivae). Pascheff.

Na podstawie czterech klinicznie spostrzeganych i mikroskopowo badanych przypadków oraz uwzględnienia dotyczącej literatury omawia P. obraz kliniczny brodawczaka, różniąc 3 typy: 1) Brodawczak rozpoczyna się na spojówce gałkowej i rozszerza się ku rąbkowi rogówko-twardówkowemu. Zwykle przekracza jednak tę granicę i pokrywa także rogówkę. 2) Brodawczak powstaje w samym rąbku i zamiast rozszerzać się na rogówkę staje się uszypułowanym i wrasta na wysokość. 3) Brodawczak, który powstaje w rąbku i całkowicie rozwija się na rogówce. Może on całkowicie nawet pokryć rogówkę, a nie przechodzi na spojówkę. Badanie histologiczne stwierdza wszędzie przewagę składników przybłonkowych; tkanka łączna jest obfitszą w typie pierwszym i drugim.

Zapalenie spojówki lub poprzedzające zadrażnienie może stanowić moment wywołujący powstanie brodawczaka, nie wyjaśnia jednak właściwej etyologii nowotworu.

Przypadek gruźlika tarczy nerwu wzrokowego. (A case of tubercle of the nerve head). Coats.

U dziecka $1\frac{1}{2}$ -letniego, ciągle chorego od urodzenia, u którego sekcyja wykazała zajęcie gruźlicą całego ustroju, stwierdził autor przy badaniu anatomiczno-patologicznem wyjętej lewej gałki

ocznej w tarczy nerwu wzrokowego masę żółtawą, położoną po obu stronach blaszki sitowej nerwu wzrokowego. Część śródgalkowa była postaci czworokątnej o 4·5 mm szerokości a 3·5 mm wysokości. Część pozagalkowa, 3 mm szeroka, połączona była z częścią przednią wąską szyją i przechodziła w nerw wzrokowy na długość 4·5 mm. Siatkówka prawie w całej rozciągłości oderwana od podstawy. Badanie mikroskopowe guza wykazuje budowę ziarniniaka, a chociaż brak typowego utkania gruzliczego, to stwierdzone ogniska gruzlicze w przylegającej do tarczy naczyniówce, znalezione prątki gruzlicze oraz wyniki klinicznych i sekcyjnych oględzin przemawiają za zupełnie pewnym rozpoznaniem tej sprawy chorobowej jako sprawy gruzliczej. Z omówionej przez C. literatury wnosić można, że przypadki podobne należą do rzadkości.

Objawy oczne w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa. (Ocularsymptoms of accessory sinus affections). Posey. N. Y. Med. News. 28 Oct. 1905.

Niekiedy w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa występują jako jedne z najwcześniejszych zaburzenia narządu wzrokowego, mianowicie zaburzenia refrakcyi i bóle, rzadziej stosunkowo zajętym bywa nerw wzrokowy.

Często bywa zmiana w zarysach oczodołu, natomiast zapalenie błony śluzowej zatok bocznych nosa (*sinusitis*) rzadko bywa przyczyną cierpień narządu łzowego; te ostatnie częściej występują bezpośrednio *per continuitatem* z błony śluzowej nosa.

Obrzęk powiek jest częstym objawem cierpień zatok bocznych nosa; może on najpierw wzbudzić podejrzenie co do tych ostatnich; nie jest to obrzęk zapalny, przeważnie wyrażonym jest na powiece górnej, występuje przeważnie rano, w ciągu dnia natomiast znika.

Również uporczywe: *blepharitis et conjunctivitis* występują w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa, ustępując jednocześnie z wyliczeniem tych ostatnich.

Niedowłady (*pareses*) mięśni zewnętrznych oka, uważane niekiedy za sprawy pochodzenia gośćcowego, według autora częściej mają swoje źródło w cierpieniach zatok bocznych nosa.

Owrodzenia rogówki mogą występować w następstwie wysadzenia oka (*exophthalmus*), warunkowanego ropieniem w zatokach, lub w następstwie zajęcia 5-go nerwu mózgowego.

Cierpienia wewnątrzoczne rzadko towarzyszą ropieniom w za-

tokach bocznych nosa, natomiast występują często zaburzenia refrakcyi i astenopia, jako następstwo ucisku w oczodole, oraz spraw zapalnych w mięśniach.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Przypadek ropienia w tylnych komórkach siatowych z porażeniem połączonych ruchów ocznych i ograniczeniem pola widzenia. (A case of empyema in the posterior ethmoidal labyrinth with paralysis of the conjugate movements of the eyes and limitation of the visual fields). Glegg i Hay. Lancet 30 September 1905.

19-letnia chora z ograniczeniem pola widzenia, zwłaszcza po stronie skroniowej. Siła wzroku $\frac{6}{12}$ i $\frac{6}{18}$.

Przy próbach patrzenia na prawo oba oczy nie przekraczają linii środkowej; podczas patrzenia na lewo można było zauważyć lekkie drżenie gałki ocznej w kierunku poziomym (*nystagmus*).

Za pomocą *rhinoscopiae ant.* widać ropę na tylnym końcu prawej muszli średniej. Chora skarży się na tępy ból głowy.

W uśpieniu usunięto muszlę środkową, oraz wyskrobano tylne komórki siatowe. Powolne wyzdrowienie.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Przypadek powikłania ocznego w przebiegu zajęcia zatoki klinowej. (Un cas de complication oculaire d'une sinusite sphénoïdale). Delneuville. La Presse oto-rhino-laryngol. Belge. Nr 1. 1906.

46-letni chory zauważył od pewnego czasu osłabienie siły wzroku, które przypisywał urokowi, prosząc autora o odpowiednie szkła oczne. Siła wzroku po lewej stronie zmniejszona o połowę, podczas gdy prawem okiem może liczyć palce zaledwie na odległość 1 metra. Ośrodk i dno oka — zdrowe; odnośnie do kolorów istnieją środkowe ubytki (*scotoma*).

Rozpoznanie: *neuritis retrobulbaris*.

Badanie jam nosowych wykryło przyczynę tych zaburzeń w zajęciu zatoki klinowej (*sinusitis ethmoidalis*).

Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia tego ostatniego cierpienia, przyczem zajęcie zatoki klinowej ustąpiło po upływie miesiąca, powróciła wkrótce do stanu prawidłowego i siła wzroku po obu stronach.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

III. ROZMAITOŚCI.

Prof. Dr Grosz Emil, komisarz rządowy dla spraw trachomatycznych, ogłasza międzynarodową premię konkursową w wysokości 1000 koron, którą ustanowił za napisanie najlepszego dzieła o pochodzeniu jaglicy minister węgierski dla spraw wewnętrznych.

Praca samodzielna winna oznaczać pewien postęp w pojęciach i zapatrywaniach na etyologię, patologię lub terapię tej choroby, a oddać ją trzeba do 31 grudnia 1908, pod adresem: Budapest I. Var. Belügyministerium. Do konkursu dopuszczone będą także prace drukiem ogłoszone po raz pierwszy w roku 1907 lub 1908. Wolno pisać po węgiersku, niemiecku, francusku lub angielsku.

Sąd jury będzie ogłoszonym w czasie XVI międzynar. lek. kongresu w wrześniu 1909 w Budapeszcie.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Czermak z Pragi znany ze swego znakomitego podręcznika operacyi ocznych um. na paraliż serca.

Prof. Herman Cohn umarł w Wrocławiu. Ur. w r. 1838 w Wrocławiu, oddawał się najprzód naukom przyrodniczym, a zwłaszcza fizyce i chemii, a uzyskawszy doktorat filozofii w Wrocławiu udał się na studia lekarskie do Berlina, gdzie w r. 1863 uzyskał stopień doktora medycyny.

Powróciwszy do Wrocławia oddawał się praktyce okulistycznej pod kierunkiem Foerstera, którego niebawem został asystentem. Habituje się w r. 1872 a w kilka lat później zostaje prof. nadzwyczajnym, w r. 1883 wręcza mu ówczesny następca tronu Fryderyk osobiście medal złoty państwowy za zasługi na polu higieny. Dla wybitnych na tem właśnie polu zasług otrzymał przed kilku laty tytuł tajnego radcy medycynalnego.



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO. DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FULTZA W KRAKOWIE, DRA KRĄMŚZYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik

· · · ROCZNIK ÓSMY · · ·

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek załamania rogówki (*Infractio corneae*).

Podał

Doc. Dr K. W. MAJEWSKI.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzeżać przypadek niezwykłego uszkodzenia oka wskutek tępego urazu.

Jednemu z kolegów lekarzy zdarzył się przy wycieraniu irychą dużych nożyc do rozcinania opatrunków następujący wypadek: Jedno z ramion, mianowicie to, którego ostrze posiada na końcu główkę, wyskoczyło ze zamku i zatoczywszy na trzymającym je palcu młyńca ugodziło silnie w prawe oko. W pierwszej chwili wystąpił silny ból, poczem spłynęły łzy i oko uspokoiło się o tyle, że pozwalało patrzeć dosyć swobodnie, a nawet nie przeszkadzało w ordynacyach. Wśród zajęcia jednak zaczęły występować coraz znaczniejsze dolegliwości, ból, utykanie, łzawienie i światłowstręt. Objawy te wznęgały się z godziny na godzinę, tak, że chory zaniepokojony zgłosił się do mnie pod wieczór, mniej więcej w pięć godzin po wypadku.

Badanie wykazało na prawem oku następujące zmiany: Zmrużenie powiek z powodu dość silnego światłowstrętu, przekrwienie spojówki, oko zażawione, dookoła rogówki lekkie nastrożenie rzęskowe. Rogówka w świetle dziennem wydaje się prawidłową, przy oświetleniu ogniskowem jednak i przy użyciu lupy dostrzec się daje rysa prostolinijna, przebiegająca poziomo, nieco poniżej poziomej średnicy rogówki, zaczynająca się w odległości 1—2 mm od brzegu wewnętrznego rogówki, i w tej stronie najwyraźniejsza, w kierunku zaś ku skroni coraz cieńsza, gubiąca się nieznacznie o kilka milimetrów przed zewnętrznym brzegiem rogówki. Wyraźnie widoczna część rysy siega mniej więcej do środka rogówki, przedłużenie zaś jej w części skroniowej tylko z trudnością daje się przy użyciu soczewki wyśledzić. Rysy tej nie można było nazwać zaćmieniem, nie była bowiem linią ani białą, ani szarą, a stała się tylko widoczną dzięki zmienionemu współczynnikowi załamania. Prócz tego uwydatniała się może i przez to, że stanowiła granicę, poniżej której rogówka zdawała się nieco opalizować. Innych zmian na rogówce nie można było dostrzec. Koła keratospoku odbijały się na rogówce prawidłowo, nie zdradzając żadnej regularnej, ani też nieregularnej niezborności. Ciecz wodna czysta, przednia komora prawidłowej głębokości, tęczęwka nieco przekrwiona, źrenica po kokainie zapuszczonej dla ułatwienia badania już nieco rozszerzona, regularna, na światło zwęża się jeszcze wyraźniej. Żadnej irydodonezy. Przy badaniu wziernikiem widać na czerwonym tle dna oka bardzo subtelną linię ciemną, odpowiadającą opisanej na rogówce rysie. Linia ta w kierunku ku nosowi staje się coraz mniej widoczną, podobnie jak rysa przy oświetleniu ogniskowem. Soczewka, ciało szkliste i dno oka bez zmian.

Przy dotyku chory odczuwa dość dotkliwy ból w jednym tylko punkcie, mianowicie górą zewnątrz w okolicy rzęskowej. Dodać jeszcze wypada, że gałka oczna nie okazywała wcale zapadnięcia wgląd oczodołu (*enophthalmus*), ani żadnego upośledzenia ruchomości. Ze względu na bardzo znaczne zadra-

znienie oka i światłowstręt badania wzroku na razie nie można było przeprowadzić.

Opłukałem oko starannie, włożyłem trochę maści kokainowej 3% i założyłem na drogę opatrunek lekko uciskowy z gazy, waty i czarnej opaski jedwabnej, w domu zaś poleciłem robić zimne okłady z 30% spirytusu.

Nazajutrz 17 czerwca przed południem dowiedziałem się, że chory w nocy nie spał z powodu bólu w oku, utykania i łzawienia. Znalazłem nastrzyknięcie rzęskowe o wiele znaczniejsze, górą wewnątrz znaczną bolesność rzęskową i rysę na rogówce o tyle wyraźniejszą, że przybrała już barwę wybitnie szarą. Opalizacja rogówki poniżej rysy również wybitniejsza, tęczęwka silnie przekrwiona, źrenica wązka. Chory dostaje co parę minut nagłego napadu klucia w oku, światłowstrętu i łzawienia tak, że zupełnie patrzeć nie może, przez co i badanie co chwilę doznaje przerwy. Źrenica po atropinie 1/2% regularnie się rozszerza. Soczewka i dno prawidłowe.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{Pro} : \frac{6}{12}; \frac{6}{6} \text{ stenop.} \\ \text{Lo} : \frac{6}{6} \text{ Hp. m. 1, o D.} \end{array}}$$

Ther: Ung. Cocaini 3%, na drogę opaska, w domu: Sol. Cocaini 2% + Adrenalin 1/2%/00, co dwie godziny i zimne okłady.

Po południu stan gorszy. Chory ani na chwilę spojrzeć nie może. Ścisk powiek, oko silnie łzawi. Stwierdziłem tylko, że źrenica od rana znacznie się zwężyła.

Ther: Atropina, opaska, w domu okłady lodowe.

Wieczorem odwiedziłem chorego w mieszkaniu. Stan lepszy, lód sprawia ulgę.

18 czerwca: W nocy spał chory lepiej, od rana znaczna poprawa. Oko bledsze, ścisku powiek, światłowstrętu prawie niema. Stan rogówki niezmieniony, źrenica szeroka, regularna.

Ther. eadem.

19 czerwca: Podmiotowo czuje się chory znacznie lepiej, badanie przedmiotowe wykazuje jednak większe nieco nastrzyknięcie rzęskowe dookoła rogówki, rysa pozioma nieco

mniej wybitna, natomiast w dolnej części rogówki nowe zaćmienie szare w postaci małego pióropusza, zaczynającego się w jednym punkcie tuż przy dolnym brzegu rogówki. Ku górze zaćmienie to rozszerza się, kończąc się pierzasto rozstrzępionym brzegiem kilka milimetrów poniżej opisanej już rysy poziomej. Zaćmienie to widać dobrze zapomocą płaskiego lusterka na tle źrenicy *ad maximum* rozszerzonej. Za dotykiem zawsze to samo miejsce górą zewnątrz okazuje żywą bolesność rzęskową.

Ther: Okłady lodowe dalej; adrenalinę z kokainą poleciłem zapuszczać tylko w razie znaczniejszych dolegliwości. Wieczorem Sol. Dionini 1%.

20 czerwca: Oko bledsze, zaćmienie dolnej części rogówki znacznie słabsze, rysa środkowa niezmiennona.

W ciągu następných dni pod wpływem coraz to silniejszych rozeznów dioniny zaćmienia na rogówce coraz bardziej się wyjaśniały, źrenica tylko okazywała jeszcze skłonność do zwięzania się, lecz w dziesięć dni po wypadku (27 czerwca) oko było już zupełnie blade, zaćmienie miotłkowate znikło bez śladu, rysa jednak widoczna. Soczewka przezroczysta, dno prawidłowe.

\sqrt{Pro} : $\frac{6}{6}$; $\frac{6}{5}$ Hp 1, o D. Snel: 0,5 : 19 cm.

Z końcem października b. r. miałem sposobność zbadać ponownie uszkodzone oko. Cieniuchną, prosto-linijną, białą rysę poziomą na rogówce dotąd jeszcze widać w ogniskowym oświetleniu zupełnie wyraźnie, choć już piąty miesiąc upływa od chwili wypadku. Widać z tego, jak silną musiała być infrakeya i jak mocno został zgnieciony miąższ rogówki w miejscu zagięcia. Linijna ta bliżenka pozostanie już zapewne na zawsze, zwłaszcza, że nie widzę potrzeby używać jakichkolwiek środków drażniących, celem jej wyjaśnienia, bo dla gołego oka nie jest widoczną i ani najmniejszych dolegliwości nie sprawia, ani wzroku wcale nie upośledza. (Tęczęwka, zre-

nica i dno oka bez zmian, soczewka przezroczysta, napięcie gałki prawidłowe.

$\sqrt{Pro} : \frac{6}{5} \text{ 4}$

Jaeg. nr 1 : 10 cm (p. prox.).

Wystąpienie po urazie poziomej rysy na rogówce można sobie w tym przypadku wytłumaczyć, przyjmując, że główkowate zakończenie nożyce, które ruchem odśrodkowym okręciły się naokoło palca, ugodziło ze znaczną siłą w środek rogówki, zanim powieki zdołały się zamknąć odruchowo. Uderzenie to sprawiło, że rogówka ugięła się, podobnie jak się ugina piłka gumowa pod wpływem zewnętrznego ucisku. Dzięki własnej sprężystości i napięcia śródgałkowego rogówka rozprostowała się natychmiast i przybrała postać prawidłową, o czem świadczył prawidłowy obraz keratoskopowy. Uraz był nie dość silny, żeby wywołać pęknięcie ścian gałki ocznej, co byłoby spowodowało zniesienie napięcia śródgałkowego i utrudniło natychmiastowe wygładzenie się rogówki. Ale to chwilowe głębokie załamanie (*infractio corneae*) pozostawiło ślad w postaci opisanej rysy. Krawędź kąta załamania przebiegała przez rogówkę poziomo, co odpowiadałoby działaniu krawędzi rozklepanego zakończenia nożyce opatrunkowych. Za tym sposobem powstania rysy przemawia także i ta okoliczność, że właściwe zaćmienie, a zatem nacieczenie zapalne pojawiło się dopiero w 24 godzin po urazie, w pierwszym dniu zaś linia zagięcia dostrzegalna była tylko wskutek zmiany optycznych własności warstw rogówki w miejscu chwilowego załamania. Inne przypuszczenie, jakie możnaby też zrobić, iż przyszło tu do powierzchownego zranienia rogówki krawędzią nożyce, nie wydaje mi się prawdopodobnem. Owszem, sądzę raczej, że warstwa przybłonkowa w pierwszej chwili nie wiele nawet ucierpiała i tem tylko tłumaczę sobie to, że przez pierwszych kilka godzin dolegliwości były nieznaczne. Później dopiero, gdy ugnieciona i poniekąd zmiażdżona w miejscu zagięcia tkanka ro-

gówkowa uległa reakcyjnemu nacieczeniu, ucierpiał następowo i przybłonek i dolegliwości się wzmogły.

Przypominam sobie podobny przypadek z krakowskiej uniw. kliniki okulistycznej z przed kilku laty, gdzie skutkiem tępego urazu przyszło do podobnego chwilowego załamania rogówki bez pęknięcia gałki. Tam obraz był niezwykle o tyle, że zaćmienie spowodowane załamaniem rogówki przybrało postać zupełnie podobną do liścia paproci, którego główna łodyżka odpowiadała właściwej krawędzi załamania, a nadzwyczaj regularne i równoległe do siebie gałązki boczne odpowiadały najwidoczniej takiemuż, regularnemu zmarszczeniu błony Descemet'a.

Podobne zagięcie rogówki nie rzadko się widzi po operacjach zaćmy z dużym cięciem płatowem, gdy z jakiegokolwiek powodów rana szeroko się rozewrze i płat się przez to odegnie. W miejscu takiego zagięcia powstaje często zaćmienie limfatyczne, które samo przez się nie powoduje zwykle większego zadrażnienia, o ile oko nie jest równocześnie zadrażnione skutkiem wypadnięcia tęczówki, lub innych przyczyn, powodujących odgięcie płata. Przypadki takie jednak różnią się zasadniczo od tych, gdzie załamanie rogówki jest następstwem tępego urazu, nie doprowadzającego do pęknięcia lub przedarcia gałki, gdzie zatem rogówka odzyskuje natychmiast po przejściu działania urazu pierwotną postać, a okazuje potem jedynie pewne znamienne zaćmienia, po których *ex post* rozpoznajemy rodzaj i mechanizm uszkodzenia. W przypadkach takich musimy brać zawsze w rachubę opowiadanie chorego o sposobie, w jaki uraz na oko zadziałał, oraz uwzględnić własności przedmiotu czy narzędzia, które uszkodzenie spowodowało. Ze zmian przedmiotowych za chwilowem głębokiem zagięciem rogówki przemawiać może linijne, choćby nawet bardzo niepozorne zaćmienie, odpowiadające wyglądzonemu kątowi załamania, oraz pewien niestosunek między tą niewinną napozór zmianą, a bardzo dokuczliwymi objawami podmiotowymi, które, jak w opisanym powyżej przypadku potęgują się jeszcze przez czas pewien, mimo, że zaćmienie

na rogówce wcale się nie powiększa. Wyobrażam sobie, że możliwy jest przypadek, gdzie rogówka nie okazuje żadnego liniowego ani wogóle ograniczonego zaćmienia. Zdarzyć się to może w razie, jeśli rogówka przez uraz zadany ciałem twardym, o powierzchni gładkiej i mniej więcej kulistej zostanie chwilowo włożona ku środkowi oka tak, że z wypukłej stanie się wklęsła, aby w następnej chwili znowu się wypuklić. Tutaj więc wobec jednostajnego ucisku i przy braku kątowanego załamania nie wystąpiłoby zapewne inne zaćmienie, jak tylko chyba ogólne i rozlane. W każdym razie znacznym dolegliwościom podmiotowym, jak ból, łzawienie, światłowstręt etc. dziwić się nie należy nawet tam, gdzie rogówka wydaje się czystą, skoro się zważy, że tak znaczna, choć krótkotrwała deformacja nie może się obejść bez dotkliwego uszkodzenia gałązek nerwów czuciowych, w które mięsz rogówki tak obfituje.

2. Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.

(z rysunkiem).

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Przed kilku miesiącami miałem sposobność, operując silny zez rozbieżny, stwierdzić niezwykle przyczep mięśnia prostego wewnętrznego, wobec czego pozwolę sobie opisać cały przebieg operacji i anatomiczne stosunki miejscowe, jakie przy tem znalazłem.

Hirschspr. 19 l. zgłasza się do kliniki z powodu, iż od dziecka zezuje prawem okiem. Pragnąłby się zezu pozbyć. W rodzinie nikt podobnej wady nie ma. Rozbieżność prawego oka wynosi 50—60 stopni perim. Wpro = palce na 1 metr.

Dno oka prawidłowe. Wlo $= \frac{6}{6}$ Mp. 1.5. Sn. 0.5. Prawa gałka silnie zbączająca na zewnątrz nie daje się doprowadzić rogowką do załamka półksiężycowego.

Dn. 13. czerwea przystąpiłem do operacyi, którą wykonałem w następujący sposób, dążąc do przesunięcia mięśnia prostego wewnętrznego (*antepositio*) ku przodowi. Po wpuśczeniu kokainy do worka spojówkowego zastrzyknięto nowokainę z adrenaliną pod spojówkę w okolicę nosową gałki, ze spojówki wycięto nad mięśniem owal stojący, dalej podminowano spojówkę i założono na haczyk do operacyi zezu ścięgno. Teraz podpadło mi, iż mała była szerokość nadzianego na haczyk nieco ku górze umieszczonego ścięgna; jałem więc badać po zatamowaniu krwotoku stosunki anatomiczne i znalazłem w oddaleniu kilku milimetrów poniżej tego ścięgna drugie; uchwyciwszy i to na takiż haczyk, znalazłem następujące stosunki: W zwykłym oddaleniu od brzegu rogowkowego t. j. około 7 mm przyczepiają się włókna ścięgna szeroko, bo 14 mm, ale w przyczepie tym znajduje się przestrzeń wolna około 4 mm szeroka; przestrzeń ta obejmuje także mięsień, jest 16 mm długa i zwęża się ku tyłowi. Tam, gdzie szpara trójkątna wierzchołkowa się kończy, łączą się dwa działły mięśnia prostego, z których górny dział jest $4\frac{1}{2}$ mm, dolny zaś $5\frac{1}{2}$ mm szeroki.

Przypuszczałem w pierwszej chwili, że wkładając haczyk zrobiłem może wśród tkanki mięśniowej otworek, badając atoli wraz z pp. asystentami i obecnymi lekarzami stosunki dokładnie, przekonaliśmy się, że przerwa była zanadto regularna, ażeby mogła być przypadkowo urazem wywołana, a przedewszystkiem szpara ta trójkątna sięgała podstawą do samej

Rectus internus o. d.



Odległość od limbus do przyczepu mięśnia 7 mm.

Szerokość mięśnia 14 mm.

Szerokość górnego odcinka $4\frac{1}{2}$ mm.

Szerokość dolnego odcinka $5\frac{1}{2}$ mm.

Odstęp między oboma odcinkami $\frac{1}{4}$ mm.

Długość rozszczępu 16 mm.

twardówki i najwyraźniej w dwóch miejscach od siebie oddzielonych znalazł się przyczep. A co najgłówniejsza, szerokość obu przyczepów ścięgniowych razem 10, odpowiada mniej więcej szerokości ścięgna tego mięśnia, wynoszącego około 8—9 mm, włączając zaś do tego jeszcze szparę otrzymaliśmy szerokość 14 mm, która stanowiłaby dla oka ludzkiego byłaby niezwykła. Nie ulega zatem, jak sędzę, wątpliwości, że mięsień prosty wewnętrzny w połowie swego brzęgu oczodołowego rozczepił się i dwoma ścięgnami do gałki przyczepił.

Operacja dalsza przebiegała w ten sposób, iż najprzód przez przyczep ścięgniowy każdej części mięśnia i przez mięsień sam, przez spojówkę nad przyczepem ścięgniowym a nadto przez torebkę Tenona przeprowadziłem po jednej nitce cienkiej, katgutowej, a odciawszy pod haczykiem odciągającym od gałki mięsień, 4 mm długi kawałek tegoż, związałem nitki. Następnie grubsze, jedwabne nitki wprowadziłem przez spojówkę, *ponad* względnie *poniżej* rogówki w południku pionowym a prowadząc je podspojówkowo dalej przez pole rany i znowu pospojówkowo zbieżnie ku nosowi i obok siebie wprowadziłem przez spojówkę przy *plica sem.* i związałem, poczem gałka znacznie ku nosowi się przesunęła. Dla wzmocnienia skutku, przeciąłem jeszcze prosty zewnętrzny i trzema szwami poziomo ułożoną spojówkową ranę zaszyłem. Oko operowane przysłonięto opaską zwojową. Po kilku dniach wyjęto szwy. Kierunek oka okazał się zupełnie prawidłowy.

Dnia 22. czerwea zapisano, co następuje: Od strony nosa znaczny wał nabrzmiącej spojówki. Rogówka ku nosowi dochodzi do mięska, natomiast na zewnątrz nie dochodzi do kącika. Divergencya perimetrem mierzona wynosi około 5 stopni

Ponieważ cel kosmetyczny, a o ten przedewszystkiem chodziło, został osiągnięty, chorego puściłem do domu.

Nietylko korzystny wynik operacji czyni przypadek dość zmiennym ale przedewszystkiem niezwykła nieprawidłowość mięśniowa uprawnia do ogłoszenia go. W literaturze nie wiele dotychczas spotykamy opisów nieprawidłowości mięśni zewnętrznych oka. W obszernem dziele anatomicznem „*Traité*

d'anatomie humaine“ profesora Testut z Lyonu (Paris, Octave Doin 1899) znajdujemy na stronie 484 t. III. po krótko zaznaczone odmiany tych mięśni.

Wskazując na podstawie literatury na kilka odmian co do wspólnego przebiegu dwóch mięśni przypomina autor tylko jeden przypadek Curnow a analogiczny do naszego: „*Le droit externe peut être divisé en deux faisceaux. Dans un cas de Curnow le droit externe envoyait deux faisceaux sur le tarse de la paupière inférieure*“. Oto wszystko, co znajdujemy pod tym względem w podręczniku tak znakomitym. Ale i w pracy zbiorowej Graefe-Saemisch a dział anatomii mikroskopijnej (Merkel i Kallius) nie zawiera żadnej wzmianki dotyczącej podobnej anomalii.

Może przytoczenie powyższego przypadku pobudzi do większej uwagi przy wykonywaniu operacyi, a w ten sposób odsłoniemy częściej nieprawidłowości podobne, które inaczej bywają niepostrzeżone.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique R. 1906. Nr. 9. (Referent K. W. Majewski).

Studjum o stereoskopii. (Étude sur la stéréoscopie). Pigeon.

Praca zawiera rozbiór geometrycznych podstaw stereoskopii i opis stereoskopów Wheatstone'a, Giraud-Teulon'a, Gaześ'a, Manch'a Almeidy i Brewster'a.

Seroterapia w błonicy porażeniu akomodacyi. (La sérothérapie dans la paralysie diphtérique de l'accommodation). Aubineau.

Większość autorów jest zdania, że o ile surowica przeciwbłonicza zastosowana w odpowiedniej ilości może do tego stopnia

zatrucie jadem błonieczym osłabić, że tak częste zresztą porażenia następowe wcale nie występują, o tyle na istniejące już porażenia niema ona żadnego wpływu. O skuteczności seroterapii trudno zresztą stanowczo w takich przypadkach wyrokować, bo wiadomo, że porażenia podłyfterytyczne ustępują także i bez leczenia po dłuższym lub krótszym trwaniu. Autor przytacza jednak jedno spostrzeżenie własne, które ma przemawiać za skutecznością w tych razach surowicy przeciwbłonieczej. W przypadku porażenia podniebienia miękkiego i akomodacyi zrobił on szereg zastrzyknięć surowicy i stwierdzał po każdej dawce poprawę, zwłaszcza co do szerokości akomodacyi. Przyznaje jednak, że do zupełnego wyleczenia potrzebował 230 cm³ surowicy!

Przypadek urazowego zapadnięcia gałki. (Un cas d'enophtalmie traumatique). Chaillous.

28-letni rolnik doznał silnego uderzenia drzewcem łopaty w oko prawe. Po ustąpieniu obrzęku stwierdził autor znacznie, bo około 10 mm wynoszące zapadnięcie gałki ocznej w głąb oczodołu, prócz tego upośledzenie ruchomości, podwójne widzenie i wybroczyny na tarczy nerwu wzrokowego. Na podniesienie zasługuje objaw, który polegał na tem, że przy schyleniu twarzy ku dołowi oko wysuwało się wyraźnie z oczodołu, a po podniesieniu głowy, zapadało ponownie w głąb, przyczem różnica między jednym, a drugim położeniem wynosiła około 4 mm. Objaw ten spostrzegał już Terson w pewnym przypadku urazowym. Galwanizacya nerwu współczulnego na szyi pozostała bez żadnego wpływu na *enophtalmus*. Wobec tego autor nie zgadza się na podział przypadków urazowego *enophtalmus* na takie, gdzie przyczyną wpadnięcia gałki jest złamanie kostnej ściany oczodołu i powiększenie jamy oczodołowej i na takie, gdzie niema przyczyny mechanicznej, a *enophtalmus* zależy wyłącznie od uszkodzenia nerwu współczulnego, jest zatem zjawiskiem odruchowem. Autor skłania się raczej do zapatrywania Moraxa, który każde urazowe wpadnięcie gałki ocznej uważa wprost za objaw uszkodzenia kości oczodołu, częstokroć nie dającego się zresztą inaczej wy badać. W przypadku przez autora opisanym jeszcze jeden szczegół zasługuje na wzmiankę. Przy pierwszym badaniu stwierdził on napewne wyraźne zaćmienie soczewki w pobliżu tylnego bieguna. W ciągu kilku tygodni zaćmienie to znikło bez śladu. Podobny przypadek zupełnego wyjaśnienia urazowego (pierścieniowatego) zaćmienia soczewki przedstawili b. r. w paryżkiem Towarzystwie oftalmologicznem Chaillous i Polack.

Nr. 10. *O związku między anizometropią a nierównością źrenic.* (Sur les rapports de l'inégalité pupillaire avec l'inégalité de réfraction). Frenkel H.

Prawie we wszystkich podręcznikach okulistyki powtarza się twierdzenie, że anizometrya może być powodem nierówności źrenic. Autor sądzi, że nie dostarczono dotąd dość ścisłych dowodów słuszności tego twierdzenia i dla wyjaśnienia sprawy zestawił 3 szeregi spostrzeżeń, mianowicie przypadki, w których mimo anizometropii źrenice były równe, dalej przypadki, w których anizometropii towarzyszyła anizokorya, a wreszcie, gdzie mimo jednakiej na obu oczach refrakcyi źrenice nie były równe. Oczywiście objął on zestawieniem tylko te przypadki, w których dla nierówności źrenic nie można było wykryć żadnej innej przyczyny, jak uraz, porażenie, wzmożone napięcie etc., a już sam fakt, że w liczbie 5 tysięcy chorych zdołał wyszukać zaledwie 10 przypadków, w których anizometropia łączyła się z anizokoryą (2^o/₆₀) świadczy o tem, że związek przyczynowy nie jest tu prawdopodobny. Przeciw istnieniu takiej zależności przemawia także i to, że jeśli źrenice były nierówne, to większa źrenica zdarzała się równie często na oku o większej ametropii, jak na oku o mniejszej ametropii. Tożsamo rodzaj ametropii zdaje się nie wywierać wpływu na rozwartość źrenicy. Na podstawie swych spostrzeżeń wnioskuje autor, że anizometropii nie możemy zaliczać do przyczyn nierówności źrenic. Wiadomem jest wprawdzie, że przy myopii źrenice bywają średnio szersze a przy hypermetropii węższe, niż przy emmetropii, ale jeżeli u jednej osoby zachodzą między oczyma różnice co do refrakcyi, to wpływ współzależnego oddziaływania źrenic na światło jest zwykle silniejszy i wyrównywa wielkość obu źrenic. Zachodzą jednak wypadki wrodzonej nierównomierności źrenic, połączenie tychże jednak z anizometropią jest czysto przypadkowe.

Obustronne nabyte porażenie mięśni ocznych zewnętrznych. Operacja opadnięcia powieki górnej przez przszczępienie ku przodowi muscui levatoris palp. superioris, połączona z założeniem szwów sposobem Dransarta (Ophtalmoplégie externe double acquise. Opération du ptosis par avancement du releveur combiné aux sutures de Dransart). C. Fromaget.

Nagłówek pracy stanowi zarazem krótkie jej streszczenie, do którego dodać jeszcze można, że operacja wykonana była u dziecka rodziców kilowych, u którego w drugim roku życia wystąpiło porażenie wszystkich mięśni ocznych, oraz mięśni unoszących powieki górne. Gdy kilkakrotnie i długotrwałe leczenie swoiste pozostało bez

skutku, wykonał autor przeszycie ku przodowi mięśni, unoszących powieki górne sposobem *Lapersonne'a*, wzmacniając skutek operacji przez dodanie jeszcze szwów *Dransart'a*. O bardzo korzystnym wyniku kosmetycznym przekonują reprodukcje dwóch fotografii, sporządzonych przed i po operacji.

Badanie histologiczne nieżyłu wiosennego (postaci powiekowej). (*Étude histologique du catarrhe printanier (forme larvienne)*). *C. Lafon*.

Na podstawie swych badań dochodzi autor do wniosku, że wybujałości na spojówce chrząstkowej, występujące w przebiegu nieżyłu wiosennego, polegają na przeroście prawidłowych składników spojówki. Wykrył on też w nich wyraźną eozynofilię miejscową. Zachodzi ścisła analogia co do budowy histologicznej między temi wybujałościami spojówkowemi, a niektórymi zmianami przerostowemi błony śluzowej gardła i nosa (wyroście adenoidalne w jamie nosogardłowej, przerost migdałków, przerost muszli nosowej dolnej etc.). Autor zwraca uwagę, że powyższe zmiany w nosie i gardle niejednokrotnie towarzyszą nieżyłowi wiosennemu spojówek.

Stan mięśni ocznych zewnętrznych u chorych dotkniętych porażeniem połowiczem na tle zmiany organicznej (*Sur l'état des oculo-moteurs dans hémiplégié organique de l'adulte et de l'enfant*). *Chaillous E.*

Do niedawna uchodziło za rzecz nieulegającą wątpliwości, że w przypadkach porażenia połowiczego obustronne mięśnie parzyste, kurejące się równocześnie i wspólnie (synergicznie) są wolne od porażenia. Tu należą zatem mięśnie górnej części twarzy, mięśnie brzucha, klatki piersiowej, krtani, a także mięśnie oczne zewnętrzne. Przypuszczano, że w przeciwieństwie do mięśni kończyn, do których bodźce dochodzą zawsze od przeciwnej półkuli mózgowej, kureczenie się wyżej wymienionych mięśni parzystych zależy od pobudki wychodzącej równocześnie z obu półkul mózgowych, w przypadkach zaś porażenia połowiczego, pobudka, wychodząca z półkuli nieszkodzonej, wystarcza do utrzymania sprawności czynnościowej mięśni tych po obu stronach. W ostatnich czasach jednak pojawiły się liczne spostrzeżenia, wykazujące, że od tej reguły zdarzają się liczne wyjątki, zwłaszcza co do mięśni brzucha, klatki piersiowej i twarzy. Pewne zboczenia w zakresie mięśni ocznych zewnętrznych wykazały też badania *Wilson'a*, *Mirallié* i *Desclaux*. Autor powyższej pracy zestawia szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do przypadków porażenia połowiczego na tle zmiany organicznej. Siłę mięśni ocznych badał on zapomocą pryzmatów, przyjmując za miarę

najślanniejszy pryzmat, który jeszcze nie wywoływał stałego dwuwidzenia. Na podstawie 11-tu spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że mięśnie oczne bywają przy porażeniu połowiczem zajęte i to obustronnie, w wyższym jednak stopniu po stronie porażonej. Najwyraźniej osłabienie występuje na mięśniach prostych zewnętrznych i wewnętrznych. Opadnięcie powieki, rozszerzenie źrenicy i porażenie akomodacji zdarza się o wiele rzadziej, lub przynajmniej ustępuje już we wczesnych okresach porażenia.

Przypadek symulacji jednostronnego niedowidzenia przy zezie naprzemiennym (Simulation d'une amblyopie élevée dans un cas de strabisme alternant). Delord.

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do młodego człowieka, który okazywał zez zbieżny naprzemienny i bystrość wzroku na obu oczach zbliżoną do prawidłowej. Chory ten posiadał zdolność dowolnego przenoszenia zezu z jednego oka na drugie, lub też zatrzymywania zezu na jednym oku przez czas nieograniczony. Korzystając z tej swej zdolności, i wiedząc, że oko stałe zezujące zazwyczaj okazuje znaczniejsze upośledzenie bystrości wzroku, wprowadził w błąd pewnego ze znanych i poważnych okulistów i uzyskał od niego świadectwo lekarskie, potwierdzające znaczny stopień niedowidzenia ($\frac{1}{10}$) na oku prawem. Na podstawie tego świadectwa został symulant uwolniony przy poborze wojskowym. W kilka miesięcy później dopiero zgłosił się do autora, aby się poddać operacji zezu i przyznał mu się do wszystkiego.

Tenotomia mięśnia, unoszącego powiekę (Reculement du releveur palpébral). H. Truc.

W majowym zeszytzie »Annales d'oculistique« R. 1906, str. 135 podał autor opis przypadku niedomykalności powiek skutkiem przykurczenia mięśni unoszących powiekę (*levator palpebrarum*) po przebyciu grypy. Odcięcie mięśni tych od ich przyczepu na chrząstce powiekowej spowodowało zupełne wyleczenie*). Obecnie podaje autor cztery reprodukeye fotografii chorego: dwie wykonane przed operacją, trzecia w kilka dni, a czwarta w kilka miesięcy po operacji. Z rycin tych można dobrze ocenić zupełnie zadawalniający wynik zabiegu.

*) Porównaj »Post. ok.« R. 1906, Nr. 9, str. 284.

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

Nr 5. *Kilka uwag o narzędziach, używanych w chirurgii okulistycznej.* (Quelques remarques sur les instruments courants en chirurgie oculaire). Landolt.

Na wstępie przytacza autor słowa jednego z kolegów, który przypatrując się operacji ocznej, wykonywanej przez pewnego znakomitego okulistę w Ameryce wyraził podziw dla zręczności, z jaką operator ten pokonywa trudności, które sam sobie stwarza. W wypadku tym chodziło o operację katarakty, dokonywanej zapomocą jednego tylko nożyka i bez rozwórki. Autor oddawna występuje przeciw tym, co gonią za efektem i aby operować z pewną elegancją nie wahają się narażać na niebezpieczeństwo oko operowane. Potępiał on w dawniejszych swych publikacjach niejednokrotnie różne podawane sposoby operacyjne, które zupełnie niepotrzebnie utrudniają zadanie operatorowi. W obecnej pracy zajmuje się Landolt szczegółowo powszechnie w chirurgii okulistycznej używanymi narzędziami, wykazując ich braki i niedostatki znoszone przez dzisiejszych operatorów ze zbytnią cierpliwością. Wykazuje on, że większość narzędzi okulistycznych powinna ulec zmianom co do postaci i rozmiarów, jeśli mają one odpowiadać swemu celowi. Przechodzi w ten sposób krytycznie prawie wszystkie rodzaje instrumentów używanych do operacji ocznych, a liczne jego uwagi techniczne warto przeczytać w oryginale. Między innymi omawiając warunki, jakim powinno odpowiadać trzonki naszych nożyków, grotów, cystotomów, łyżeczek etc., oświadcza się stanowczo za kością słoniową, która zdaniem jego stanowi materiał do tego najlepszy i niestłusznie przez fabrykantów dziś prawie zarzucony. Trzonki metalowe, nawet aluminiowe są zwykle za ciężkie i za ślizkie, czemu nawet ich nakarbowanie dostatecznie nie zapobiega. Zarzut, jakoby kość słoniowa nie wytrzymała temperatury autoklawu jest niestłuszny i odnosić się może chyba tylko do kitu, jakim fabrykanci spajają trzonek z metalową częścią instrumentu. Autor jest zdania, że możnaby znaleźć kół, wytrzymujący ciepłotę 140° Cels., albo też może być metalowa część narzędzia poprostu wśrubowaną w gwint kościanego trzonka. Po za krytyką samych instrumentów znajdujemy w pracy Landolta także krytykę sposobu używania przez niektórych operatorów narzędzi okulistycznych. Reprodukuje on z niektórych nowoczesnych podręczników chirurgii okulistycznej ryciny przedstawiające i zalecające wadliwy i wprost błędny sposób trzymania nożyka Graefego przy operacji zaćmy i innych narzędzi. Na końcu pracy robi uwagę, że w czasach przedaseptycznych operatorowie większy nacisk kładli na wzorową

i staranną technikę, bo od niej w wyższym stopniu zależały pomysłnie wyniki operacji wówczas, aniżeli dziś, gdy dzięki ścisłej aseptryce przebieg gojenia bywa korzystny nawet po operacjach pod względem technicznym bardzo źle wykonanych.

Wzrok strzelców. (La vision des tireurs). Ginestous i Coullaud.

Jednym z nieodzownych warunków, jakie posiadać musi dobry strzelec, jest wystarczająca bystrość wzroku. Przedmiotem tym zajmowali się już niejednokrotnie okuliści, między innymi obszerną pracą ogłosił Segget. Przekonano się, że można strzelać bardzo celnie mimo dość znacznie obniżonej bystrości wzroku. Fakt ten potwierdziły również badania wyżej wymienionych autorów, przeprowadzone na żołnierzach jednego z pułków piechoty francuskiej, z którego wybrali 25 najlepszych i 25 najgorszych strzelców, aby porównać ich oczy co do siły wzroku. Okazało się z tego, że tak pomiędzy najlepszymi strzelcami znajdowali się astygmatycy, krótkowidze etc., jak z drugiej strony między najgorszymi nie brakło takich, którzy cieszą się wyśmienitym wzrokiem. To ostatnie nie może zadziwiać, boć celność strzału nie tylko od oka, ale i od innych czynników zależy, jak zręczność i pewność ręki, konieczny spokój umysłu etc. Dziwić natomiast może, że niektórzy z najlepszych strzelców okazywali obniżoną bystrość wzroku. Sprawę tę jednak łatwo wyjaśnić. Jest rzeczą dowiedzioną, że przy celowaniu strzelec zazwyczaj akomoduje do muszki, znajdującej się na końcu lufy, a łamaniem celu nie może widzieć inaczej, jak tylko w zatartych zarysach; celność strzału nie może zatem uciepnieć, gdy z powodu wady refrakcyj odległe przedmioty widziane są niezupełnie wyraźnie. Wystarczy, żeby bystrość wzroku obniżona czy to z powodu niezborności, czy myopii, pozwalała strzelcowi widzieć wyraźnie muszkę na końcu lufy. Z drugiej strony zważywszy, że celowanie jest aktem *par excellence* monokularnym, zrozumiemy, że nawet bardzo znaczne osłabienie wzroku jednego oka nie stanowi przeszkody dla dobrego strzelca, dlatego i jednoocy mogą strzelać doskonale.

Jest też rzeczą prawie obojętną, które oko jest gorsze, bo nawet przy małej różnicy strzelec instynktownie zazwyczaj wybiera oko lepsze, przymykając drugie. Dlatego to nierzadko myśliwi strzelają z oka lewego, a we wojsku dawne przepisy nakazujące celować wyłącznie okiem prawem, zostały w armiach europejskich przeważnie już zniszczone, ponieważ zupełnie niepotrzebnie wykluczały ze służby wielu młodych ludzi, którzy mimo osłabienia oka prawego mogli stać się wybornymi strzelcami.

Oprócz badań wzroku, przeprowadzonych u żołnierzy, przy-

łącza ją jeszcze autorowie szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do strzelców światowej sławy, którzy zdobyli liczne nagrody na konkursach strzeleckich, lub którzy się nawet celnością swych strzałów popisują publicznie. Z licznego szeregu tych spostrzeżeń wspomnę tylko o pułkowniku Cody (*Buffalo-Bill*), którego nadzwyczajną celność w strzelaniu mieliśmy sposobność niedawno podziwiać w Krakowie, a który pozwolił się zbadać autorom, w czasie swego pobytu w Bordeaux. Przekonali się oni, że znakomity ten strzelec ma na prawem oku $V = \frac{6}{50}$, a na lewem oku $V = \frac{6}{36}$. Dodać wreszcie należy, że celuje on ze swego sztućca trzymając obydwa oczy otwarte.

Nr 6. *Trzy przypadki nowotworu złośliwego woreczka łzowego bez owrzodzenia; nowe wskazanie do wyłuszczenia woreczka.* (Trois cas de cancer non ulcéré du sac lacrymal; nouvelle indication de l'extirpation du sac). Rollet.

Autor jest zwolennikiem wyłuszczenia woreczka łzowego we wszystkich przypadkach uporczywej *dacryocystoblennorrhoea*. Oprócz tego miał niejednokrotnie sposobność usuwać woreczek łzowy zajęty gruzlicą. Obecnie opisuje trzy przypadki, w których wyłuszczył woreczek łzowy z powodu nowotworu złośliwego. W dwóch przypadkach badanie wykazało utkanie rakowe, a w jednym *melanosarcoma*. To ostatnie nie było pierwotnym nowotworem woreczka, poprzednio już bowiem z powodu *melanosarcoma chorioideae* wyłuszczone była gałka oczna i wypatroszony cały oczodół. Mięsak odnowił się w woreczku i przez przewód łzowy przedostał się do jamy nosa. W dwóch pierwszych przypadkach *carcinoma sacci lacrymalis* stanowiło pierwotne ognisko nowotworowe, nie przekraczające ścian woreczka, nie zdradzające się zatem na zewnątrz żadnem owrzodzeniem. Autor radzi, aby w każdym przypadku powiększenia woreczka łzowego u ludzi podeszłych wiekiem pamiętać o możliwości nowotworu złośliwego i o niebezpieczeństwie, jakie przedstawia w takich razach sondowanie. Operacja radykalna, polegająca na doszczętnem usunięciu woreczka wraz z następowem wyskrobaniem tkanki otaczającej jest w takich wypadkach, zdaniem jego, zabiegiem uzasadnionym i wskazanym.

Stan kącika rogówko-teczówkowego w przypadkach zwknięcia soczewki, z podniesieniem ucisku śródocznego. (De l'état de l'angle irido-cornéen dans les luxations du cristallin accompagnées d'hypertonie). Terson.

Autor miał sposobność badać histologicznie kilka gałek ocznych, wyjętych z powodu jaskry następowej wywołanej zwknię-

ciem soczewki. Badania te wykazały, że zaciśnięcie obwodowego kącika przedniej komory nie jest bynajmniej koniecznym warunkiem podniesienia napięcia środkowego. Czynnikiem, wywołującym to wzmoczenie przy zwiechnięciu soczewki jest więcej, a zaciśnięcie kącika rogówko-tęczęwkowego nie jest między nimi czynnikiem najważniejszym. Działa tu podrażnienie mechaniczne nerwowych zwojów rzęskowych, zanulenie przestrzeni Fontany i przewodu Schlemm'a zwyrodniałymi komórkami, szczątkami komórkowymi i grudkami barwika. Autor przypuszcza także zadrażnienie chemiczne ścian dróg odpływowych wytworami rozkładu komórek pochodzących z części ugniecionych lub uszkodzonych przez zwiechniętą łą soczewkę. Udział tych poszczególnych czynników w patogenezie jaskry następowej bywa oczywiście różny w każdym przypadku zwiechnięcia soczewki.

Antepozycja przez zagięcie i zeszytie mięśnia. (Avancement capsulo-musculaire par doublement et adossement du muscle). Bourgeois.

Przy klasycznym sposobie *avancement capsulomusculaire* ulega mięsień zmarszczeniu, co głównie przyczynia się do jego skrócenia. Autor opisuje sposób operacyjny, polegający na zagięciu obnażonego mięśnia zapomocą srebrnej szpakułki po poprzednim powierzchniowym okrwawieniu części, które mają ze sobą się zetknąć. Tak zgięty i skrócony mięsień zeszywa się następnie jedwabnymi nitkami. W podobny sposób operuje także Todd, używając do zagięcia mięśnia przyrządu w rodzaju widełek.

Okolica Mariotte'a, a rokowanie w myopii. (La région de Mariotte et le pronostic de la myopie). Cantonnet.

Przed 3 laty ogłosił autor 34 spostrzeżeń myopii, w których dokonał bardzo szczegółowych zdjęć perymetrycznych plamki Mariotte'a.

Przekonał się on wówczas, że w oczach, w których wziernik wykazuje zanik siatkówki i naczyńówki dookoła tarczy w postaci *conus externus* lub t. zw. *staphyloma posticum* ślepa plamka jest odpowiednio powiększona, co więcej to *scotoma absolutum*, otoczone bywa zazwyczaj przestrzenią częściowego upośledzenia wrażliwości siatkówki tak co do barwy białej, jak co do kolorów. To *scotoma annulare relativum* nazwał on okolicą Mariotte'a. Odpowiadająca część siatkówki i naczyńówki nie okazuje dostrzegalnych zmian wziernikowych, ale badanie mikroskopowe poucza, że części te albo pozbawione są zupełnie czopków i pręcików, albo też posiadają je w stanie znacznego zaniku i zwyrodnienia.

Autor postanowił przekonać się, jakie znaczenie mieć może to subtelne badanie perymetryczne dla rokowania co do postępów myopii. W tym celu po upływie 3 lat powtórzył badanie w tych samych przypadkach.

Zdołał to uczynić tylko w 11 przypadkach i na podstawie porównania wyników dochodzi do wniosku, że z rozmiarów ślepej plamki Mariotte'a nie wiele co można wnosić, bo i w tych przypadkach, gdzie ta plamka była znacznie powiększona myopia nie zrobiła postępów, ani bystrość wzroku nie ucierpiała. Większe natomiast znaczenie dla prognozy myopii przypisać należy badaniu okolicy Mariotte'a. Badanie to wykrywa upośledzenie czynnościowe okolic siatkówki, nie okazujących jeszcze żadnych zmian wziernikowych. Wykrywa ono istnienie mikroskopowych zmian anatomicznych, posuwających się od tarczy w postaci wypustek we wszystkich kierunkach. Świadczy to o pewnego rodzaju rozciąganiu i rozrzedzeniu, jakim ulega wrażliwa warstwa siatkówki i zdradza się przez to postępujący charakter myopii. Spostrzeżenia autora potwierdzają to zapatrywanie. Istotnie bowiem w przypadkach, w których okolica Mariotte'a okazała się niezwykle rozległą i sięgała wypustkami daleko w głąb zdrowej na pozór siatkówki, badanie ponowne wykazało znacznie wyższy stopień myopii, dalej posunięte zmiany zanikowe i upośledzenie bystrości wzroku. Jako *signum mali ominis* piętnuje autor zwłaszcza rozprzestrzenianie się okolicy Mariotte'a w kierunku plamki żółtej, gdy ta bowiem dostanie się w obręb *scotoma relaticum*, bystrość wzroku znacznie podupada.

Uwagi o t. zw. reumatycznych schorzeniach oka. (Considerations sur les affections oculaires dites rhumatismales). Antonelli.

Uwzględniając najnowsze poglądy na różne cierpienia ogólne, obejmowane dawniej wspólną nazwą cierpienia reumatycznych, wiodzi autor, iż nie należy się zadawałniać nie wiele mówiącą nazwą: *iritis, scleritis, neuritis etc. rheumatica*, lecz trzeba etiologię bliżej wyszczególniać, zachodzą bowiem zmiany oczne pseudo-reumatyczne w rzeczywistości zależne od kiły, rzeżączki, gruźlicy i t. p.

Clin. ophthalm. Nr 7—10. (Ref. A. Bednarski).

Zaćma zimnicza. (Cataracte, suite de malaria). Dr Cosmettatos.

Przypadki zaćm w następstwie zimnicy są rzadkie. Autor wspomina 7 odnośnych przypadków, opisanych przez Bigot,

Kraisky i Inouye Mitsiasu; wszystkie dotyczyły osób młodych, były obustronne, miękkie. W przypadku autora u mężczyzny 30-letniego po silnej zimnicy w ciągu pół roku przyszło do zupełnego zaćmienia soczewek. Autor przyłącza się do zapatrywania Bigoła, który uważa zaburzenia naczyniowe jako przyczynę powstania zaćmy zimniczej. Odpowiada to i badaniom anatomicznym Guarneri i Ponceła, którzy w przypadkach zapaleń siatkówki i naczyniówki na tle zimnicy znaleźli największe zmiany w systemie naczyniowym, a ciała czerwone zawierały plazmodya.

Ślepota i widzenie połowicze w przypadku kiły mózgu.
(Cécité et hémianopsie dans un cas de syphilis cérébrale). Poulard i Boidin.

Opis jednego przypadku chorobowego.

Wyrośnięte rąbka zębatego i ich obraz wziernikowy.
(Excroissances de l'ora-serrata et leur aspect ophthalmoscopique).
Dr A. Trantas.

(Patrz »Post. Okul.« sierpień b. r.).

Zaburzenia wzrokowe wywołane przez oglądanie zaćmienia słońca. (Troubles visuels déterminés par l'observation d'une éclipse de soleil). Dr Ferentinos.

Autorem spostrzegano 5 odnośnych przypadków. Zmiany chorobowe cierpienia są bardzo znamienne. Wziernikiem widzimy w plamce żółtej plamę czerwoną wielkości soczewki a w środku tejże punkt szary wielkości łebka szpilki. Szara plama powstaje przez zmętnienie składników siatkówki. Plamę czerwoną w plamce żółtej widzimy nieraz w oczach prawidłowych, pochodzi to stąd, że siatkówka jest tutaj cieńszą, więc lepiej przez nią przebiega naczyniówka. W odnośnych przypadkach przechodzi do obrzęku siatkówki, pierwszego objawu zapalenia, który w plamce żółtej, z powodu cienkości siatkówki mniej się może rozwinąć, i stąd tem wybitniej występuje różnica w przeświecaniu naczyniówki. Plama szara ginie szybciej, po upływie miesiąca widać tylko plamę czerwoną. Z objawów podmiotowych występują: osłabienie bystrości wzroku, ubytek środkowy pola widzenia i nużenie się oczu, które objawia się tem, że podczas czytania, giną choremu pewne słowa lub pewne zgłoski. Również i poczucie barw bywa osłabione. Rokowanie dobre — leczenie wyczekujące, jodek potasu zdaje się korzystnie wpływać, natomiast ciemnica i wstrzykiwania strychniny nie mają żadnej wartości.

Gruźlica oczna u dzieci. (La tuberculose oculaire chez l'enfant). Dr Parsons.

Krótki referat zbiorowy.

Dwa przypadki skurczu powiek uleczone odmiennem postępowaniem. (Deux cas de blépharospasme guéris par deux procédés différents). Dr Spéville.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 62-letniej, która cierpiała na kurecz twarzowy od lat 14. Liczne zabiegi bez skutku. Autor wstrzyknął 1 ctm alkoholu 80° w okolicę nerwu twarzowego z dodatkiem stowainy. Bólu chora przytem nie uczuła a skutek był natychmiastowy. Zamiast skurczu wystąpiło porażenie, które do dziś dnia się utrzymuje, mimo że znacznie się zmniejszyło. Chora może dziś zamykać powieki, czy porażenie ustąpi zupełnie, nie wiadomo. Dr. Babiński stwierdził reakcyę zwyrodnienia nerwu. Chora jest zadowolona.

W przypadku drugim kurecz twarzowy w następstwie zatrucia tlenkiem węgla od 5 lat. Wszelkie zabiegi lecznicze bez skutku, wykonano przecięcie nerwu twarzowego i wszczepienie jego końca obwodowego do zewnętrznej gałęzi nerwu dodatkowego (*spinal*). I tu wystąpiło porażenie połowy twarzy, a nadto przez dwa miesiące chora nie mogła unieść ręki do głowy, a dzisiaj, skoro rękę podnosi kureczą się równocześnie mięśnie twarzy.

Krwotoki naczyńiówki i siatkówki u osób młodych w następstwie zmęczenia fizycznego. (Hémorrhagies choriorétiniennes chez des adolescents à la suite d'une période de surmenage physique). Dr Thilliez.

O skombinowanem znieczuleniu chlorkiem etylu i chloroformem w chirurgii ocznej. (De l'anesthésie combinée, par le chlorure d'éthyle et le chloroforme, appliquée à la chirurgie oculaire). Dr Gendron i Dr Serval.

Autorowie używają do narkozy zmodyfikowanej maski Régnault'a. Najpierw wlewa się do maski około 3 centymetrów kubicznych chlorku etylu, a następnie dodaje się chlorku etylu aż do pierwszego zaśnięcia (około 20 ctm³), poczem dalej narkotyzuje się chloroformem. Sposób ten ma te zalety, że zużywa się mniej chloroformu, stan podniecenia jest znacznie mniejszy, wymioty tylko wyjątkowo występują, chorzy budzą się szybko. Ujemne strony chloroformu przy tym sposobie narkotyzowania w ogóle są znacznie mniejsze. Znanym jest przecież wypadek śmierci podany przez Guinard'a i przypadek silnego zapadu, który się zdarzył d-rowsi Ambialet w Marsylii.

Ochrona gałki podczas radioterapii. (Protection du globe oculaire pendant les séances de radiothérapie). Dr Beltrémieux.

Doład używane płyty lub pincety metaliczne celem ochrony gałki przy roentgenowaniu są niedogodne. Van Duyse używa skorupki wyrobu Müllera z Wiesbadenu z emalii paryskiej te jednak łatwo pękają i jak się autor przekonał przepuszczają promienie X. Lütér w Paryżu sporządził na polecenie autora miseczki metalowe, które wkłada się pod powiekę. Doświadczenia z użyciem tychże okazały się zupełnie zadawalniające.

Centrbl. f. pr. Aghk. 1906. Z. 8. (Ref. Dr L. Gruder).

Częściowy zator arteriae centralis retinae. (Ueber die partielle Embolie der Arteria centralis retinae). Dr Julius Fejer w Peszcie.

Chora 22-letnia ociemniała nagle na pr. oku. W dwie godziny później autor spostrzegł typowy obraz zatoru *art. centr. retinae*. Zamglona siatkówka, zatarcie granice tarczy, wąskie żyły, a jeszcze węższe tętnice i czerwona plama w *macula*. $V =$ ruchy ręki. Po trzech dniach pole widzenia polepszyło się. Opaska, JK i masaż gałki ocznej. Po 10 dniach $V = \frac{5}{30}$; znaczne rozszerzenie pola widzenia tak, iż górna połowa była zupełnie prawidłową. Z polepszeniem wzroku zniknęły także zmiany na siatkówce; przy końcu obraz był następujący: tarcz zanikła, zewnętrzna jej połowa bardziej biaława; tętnice górnej połowy t. j. rozgałęzienia górnego ramienia *art. centr. retinae* bardziej węższe, aniżeli dolnego; żyły wszędzie jednako wąskie. *Macula lutea* silnie barwikiem zabarwiona.

Zator powstał wskutek kaszlu. Polepszenie bystrości wzroku i rozszerzenie pola widzenia wskazują, iż zator tylko częściowo zamknął *art. central. retinae*. Górna połowa pola widzenia była tylko lekko zwężona, co wskazuje na prawie prawidłowe stosunki w dolnym rozgałęzieniu. Uszkodzenie najprawdopodobniej miało miejsce w górnym rozgałęzieniu, za czem przemawiał obraz wziernikowy (górne ramię nader zwężone i ledwie wziernikiem dostrzegalne).

Z. 9. *Nowotwór tęczówki, wyleczony bez operacji.* (Eine ohne Operation geheilte Irisgeschwulst). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Lekarz na prowincyi doradzał wyjęcie gałki u 28-letniej chorej z powodu nowotworu na tęczówce.

Badanie wykazało. L. oko: nastrzyknięcie rzęskowe, osad na tylnej ścianie rogówki. Od strony nosowej wyrasta ponad powierzchnię tęczówki guz 3·5 mm długi, 2 mm szeroki, a okrągławej żółtawo-różowej, silnie unaczynionej powierzchni. Guz zdaje się wyrastać z ciała rzęskowego i tęczówkę częścią przerastać na wskrós, lub ją przesuwając. Dno oka zamglone lekko, lecz prawidłowe. $V_u = \frac{5}{35}$, Sn I w 25 cm. Pole widzenia prawidłowe.

Autor zalecił silniejsze dawki *ung-ciner.*, później JK ponadto 3 razy dziennie kokainę z atropiną. Po dwóch tygodniach guz prawie znikł, a $V = \frac{5}{15}$; osad na tylnej powierzchni rogówki pozostał. Lekkie męty w ciałku szklistem. Po dalszych dwóch tygodniach bystrość wzroku była $\frac{5}{5}$.

Ciało obce w oczodole. (Ein Fall von Fremdkörper in der Orbita). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Odłamek żelazny wpadł robotnikowi do lewego oka. Mała rana w zewnętrznej części górnej powieki i w twardówce; w ciałku szklistem silne krwotoki. Magnesem Hirschberga nie wydostano żadnego odłamka. Po 3 miesiącach na dnie oka, po stronie skroniowej, 4—5 średnic od tarczy, białe miejsce, otoczone złogiem barwikowym. Z tego miejsca ciągnęła szarawa masa do ciała szklistego i biała smuga aż do obwodu siatkówki. $V = \frac{5}{20}$; drugie zdrowe oko $V = \frac{5}{7}$.

Sideroskop nie dawał dodatniego wyniku.

Po sześciu latach chory udał się do Prof. Hirschberga z powodu wielkich dolegliwości oka. $V =$ ruchy ręki przed okiem, na dnie oka w miejscu przebiecia odczepienie siatkówki. Blizna na spojówce i twardówce po stronie skroniowej. Sideroskop nie dawał dokładnych wskazówek. Dopiero badanie światłem Roentgena wykazało wielki odłamek u brzegu oczodołu po stronie skroniowej.

Wyjęty odłamek ważył 250 mg, po odjęciu otaczającej go grubej warstwy tkanki łącznej. Bóle natychmiast ustąpiły z oka.

Trzy przypadki urazu oka przez piłkę tenisową. (Drei Fälle von Augenverletzung durch Tennis-Ball). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor opisuje trzy przypadki przerwania naczyńki wskutek uderzenia piłką tenisową w gałkę oczną. Wszystkie trzy przypadki, prócz chwilowego upośledzenia wzroku, miały przebieg pomysłny.

Die ophthalmologische Klinik. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 16. *O gruźlicy naczyńiówki.* (Über Tuberkulose der Aderhaut). Stephenson.

Autor wykazuje, że gruźlica zajmuje naczyńiówkę częściej niżby się to z pozoru mogło wydawać, i że wiele przypadków zmian ogniskowych w naczyńiówce, które się uważa za syfilityczne lub artrytyczne, odnieść należy do gruźlicy. Spostrzegął on 80 przypadków, w tem 49 przypadków gruźlicy prosówkowej, 11 przypadków zmian w naczyńiówce, występujących w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, jelit lub kości, a 20 przypadków plam zanikowych w naczyńiówce, które autor uważał za blizny po przebytej sprawie gruźliczej, podając znamiona, wyróżniające plamy te od ognisk zanikowych na innym tle powstałych.

Nr 18. *Dalszy przyczynek do fotografii odwróconego dna oka.* (Weiteres über die Photographie des directen umgekehrten Augengrundbildes). H. Wolff.

Do artykułu dołączona jest reprodukcya zdjęcia fotograficznego dna oka, które autor wykonał na własnym oku. Fotografia jest bardzo wyraźna i mimo znacznego powiększenia nie prawie na wyrazistości nie traci. Przedstawia ona dno oka prawidłowe, ale przypuścić można, że zmiany patologiczne dałyby się na podobnym zdjęciu z łatwością rozpoznać. Autor pierwszą próbę swego nowego, ulepszonego przyrządu wykonał na sobie ze względu na znaczne oślnienie, na jakie oko fotografowane jest narażone, potrzebne jest bowiem bardzo silne źródło światła. Oprócz przemijającego powidoku płomienia innych następstw oślnienia autor nie doznał.

Nr 19. *Nowa teoria poczucia barw i światła.* (Die neue Theorie der Licht- und Farbenempfindungen). Raehlmann.

Autor ponownie rozwija zasady nowej teorii poczucia barw i światła, streszczającej się w tem, że przyjmujemy powstawanie t. zw. fal stojących w wewnętrznych członach czopków i pręcików. Wiadomo, że wewnętrzne człony tak czopków jak i pręcików różnią się bardzo znacznie od zewnętrznych pod względem współczynnika złamania, a oddzielone są gładką powierzchnią graniczną, która wskutek tego nabiera własności zwierciadła. Od powierzchni tej promienie światła odbijają się i wracają po tej samej drodze, przyczem wskutek interferencyi fal powstają w wewnętrznym członie w warstewkach równoległych do powierzchni granicznej drgania o największej amplitudzie, porozdzielane kolejno płaszczyznami wę-

złowemi, w których amplituda ta schodzi do zera. Gdy na siatkówkę działa jednorodne światło barwne, wtedy odstęp między płaszczyznami węzłowemi równają się połowie długości fali, najmniejsze są zatem przy świetle fioletowem, a największe przy czerwonym. Przy działaniu światła o barwie mieszanej układ fal stojących, jakie powstają w wewnętrznych członach czopków i pręcików jest wypadkową interferencyi różnobarwnych promieni, wchodzących w skład tego światła. Wiadomo, że wewnętrzne człony czopków i pręcików kurczą się pod wpływem światła. Nowa teoria, o której pisze Raehlmann, wprowadza w związek tę zmianę postaci z rodzajem promieni świetlnych. Autor powołuje się na liczne badania, wykazujące, że człony wewnętrzne kurczą się znacznie więcej w świetle błękitnem niż czerwonym, przy innych zaś barwach stopień skurczu jest pośredni. To kurczenie się czopków i pręcików jest zatem następstwem podrażnienia świetlnego i polega na warstwowem zagęszczeniu się i rozrzedzeniu protoplazmy w warstwach, odpowiadających co do swej grubości wymiarom fal stojących. Jasnym jest przeto, że od rodzaju światła t. j. od barwy jego, zależy rozkład tych zmian we wrażliwych składnikach siatkówki, a tem samem i rodzaj odczutego wrażenia.

Na podstawie tej nowej teorii poczucia barw przyjąć należy wbrew dawnym teoryom, że każdy z osobna element wrażliwy siatkówki zdolny jest odczuwać wszelkie rodzaje barw. Doskonałą bystrość wzroku w plamce żółtej tłumaczy autor tem, że granice, rozdzielające zewnętrzne człony czopków leżą dokładnie w jednej płaszczyźnie i zlewają się wskutek tego w jedną, nieprzerwaną powierzchnię zwierciadłą. Poza obrębem plamki żółtej zachodzą w tym względzie różnice między czopkami i pręcikami, stąd też płaszczyzny węzłowe fal stojących nie są jednolite, co, jak łatwo pojąć, zacierać musi wyrazistość wrażeń świetlnych.

Powidoki dodatnie można przy pomocy nowej teorii objaśnić z łatwością, przyjmując, że star skurczu członów zewnętrznych trwa jeszcze przez czas pewien po ustaniu działania światła, przez co się i wrażenie świetlne przedłuża. Zrozumiałem jest również, że zanim protoplazma wróci do stanu spoczynkowego, musi przejść przez szereg stanów pośrednich, które powodują powstanie powidoków ujemnych, względnie powidoków barwnych.

Daltonizm tłumaczy się wedle nowej teorii nieprawidłową budową optyczną zewnętrznych członów pręcików i czopków, które nie odcinają się ostrą granicą od członów wewnętrznych, lecz wchłaniają część światła, które odbite w sposób nieregularny wraca do członów wewnętrznych i psuje regularny układ fal stojących, zna-

miennych dla każdej poszczególniej barwy. Temsamem i wrażenie barwy staje się niepewnem i nieokreślonem.

Fizyologiczna ślepotą barwną obwodowych części siatkówki tłumaczy się skośnem ułożeniem czopków i pręcików względem osi optycznej oka. Wobec tego, że promienie nie padają prostopadle na płaszczyznę graniczną, nie wracają zatem po tej samej drodze i nie może być mowy o wytworzeniu regularnych fal stojących, a temsamem o odczuwaniu różnic pomiędzy barwami.

Oslabienie bystrości wzroku i poczucia barw przy zmianach patologicznych w siatkówce i naczyniówce ma swe źródło w przemieszczeniu (wypchnięciu ku przodowi) poszczególnych czopków przez wysięk, krew wylaną etc. Następstwem tego jest pewna chropowatość owej granicznej powierzchni zwierciadłacej, która (przynajmniej w płamce żółtej) jest w prawidłowym stanie zupełnie gładką i równą. Zmącenie tego zwierciadła powoduje osłabienie bystrości wzroku. Obniżenie poczucia barw świadczy już zwykle o zmianach anatomicznych w wewnątrznych członach czopków i pręcików.

Ołśnienie i adaptację tłumaczy autor zmianami warstwy barwikowej (*tapetum nigrum*), która pod działaniem światła wysuwa wypustki barwikowe, osłaniające ze wszystkich stron zewnętrzne człony czopków i pręcików. W ciemności wypustki te cofają się i kurczą, odsłaniając zupełnie warstwę członów zewnętrznych. Na tem polega przystosowanie siatkówki do słabego oświetlenia. Nagłe przejście do światła, które oblewa obnażone z barwikaczopki i pręciki, powoduje, jak łatwo zrozumieć, uczucie ołśnienia.

O zmianach w nerwie wzrokowym w przebiegu stwardnienia rozsianego (Über Sehnervenleiden und multiple Sklerose). Fleischer z Tybingi.

W 39 przypadkach *sclerosis disseminata*, spostrzeganych w klinice ocznej w Tybindze, znalazł autor 13 razy zblednięcie tarczy nerwów wzrokowych różnego stopnia. 10 razy granice tarczy zatarte, a 16 razy dno oczu bez zmian. Wobec tego, że z wielu stron zrobiono spostrzeżenia, iż w przypadkach ostrego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, niejednokrotnie później dopiero pojawiają się znamienne objawy stwardnienia rozsianego, zasięgnął autor wiadomości co do obecnego stanu chorych dawniej leczonych z powodu *neuritis optica* (11 przyp.), *atrophia e neuritide* (15 przyp.), *atrophia genuina* (23 przyp.), tarcz zastoinowa (11 przyp.), a wreszcie kilka przypadków hemianopsyi.

Oдноśnych poszukiwań wprawdzie dotąd nie ukończył, do-

tychczasowe jednak badania nie wykazały w żadnym z powyższych przypadków wyraźnych objawów *sclerosis disseminatae*.

Nr 20. *Etyologia zaburzeń wzrokowych, względnie utraty wzroku, zależnej od zmian w jamie nosowej* (Die Aetiologie der kontralateralen Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprunges) A. Onodi.

Autor wykazuje bliskie sąsiedztwo anatomiczne nerwu wzrokowego i tylnych komórek sitowych, a zwłaszcza jamy kości klinowej. Ostatnia mianowicie tylna komórka sitowa i jama kości klinowej bywają często oddzielone od nerwu wzrokowego przeciwnej strony, lub od skrzyżowania nerwów wzrokowych (*chiasma*) cienką jak papier blaszką kostną, która w dodatku może posiadać wrodzone szczeliny, a przez uraz lub w przebiegu niektórych operacji niezmiernie łatwo może uleść uszkodzeniu (pęknięciu lub złamaniu). Tak krucha i wątpa ścianka kostna nie może też stanowić dostatecznej ochrony dla nerwu wzrokowego w razie sprawy zapalnej, toczącej się we wspomnianych zatokach. Znajomość takiego niebezpiecznego sąsiedztwa jest dla wyjaśnienia etiologii niektórych pozagalkowych zapaleń nerwu wzrokowego niezmiernie ważną. Autor ogranicza się na razie do zestawienia niektórych już w literaturze zapisanych spostrzeżeń i podnosi potrzebę dalszych badań wspólnych, prowadzonych równocześnie przez okulistów i rynologów, przyczem rozstrzygające znaczenie miałyby przypadki, zakończone sekcyjną anatomiczną.

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

Nr 9. *Postacie kliniczne gruźlicy powiek.* (Formes cliniques de la tuberculose palpébrale). Rollet.

Gruźlicę powiek spostrzega się obecnie częściej niż dawniej, a to dzięki temu, że umiemy ją już lepiej wyróżniać z pośród innych podobnych zmian chorobowych. Autor przechodzi kolejno wszystkie warstwy, z jakich się składa powieka i omawia zmiany, jakie gruźlica powoduje na spojówce, w chrząstce powiekowej, w tkance podskórnej i na skórze powieki. Pomija mieleniem tylko warstwę mięśniową, wiadomo bowiem, że pierwotna gruźlica mięśni należy do wielkiej rzadkości. Na spojówce opisuje 3 różne postacie zmian gruźliczych: postać guzkową (*conjunctivitis tuberculosa nodosa*),

postać wrzodziejącą (*conj. lbc. ulcerosa*), a wreszcie trudną nieraz do rozpoznania postać przerostową. Niektóre przypadki, należące do tej ostatniej postaci naśladują do złudzenia jaglicę i dziwić się temu nie można, boć w klasycznych podręcznikach często się spotykamy z porównaniem ziarn jaglicowych ze skrzekiem żabim, a z drugiej strony chirurdzy widzą wielkie podobieństwo między ziarniną gruzliczą (np. w torebce maziowej stawów), a skrzekiem rybim. Jeśli porównania te są trafne, to łatwo pojąć, że gruzlica usadowiona na spojówce może być na pozór do jaglicy bardzo podobną.

W chrząstce powiekowej przybiera gruzlica postać bądź to rozlaną, przypominającą *tarsitis trachomatosa*, albo *tarsitis luetica*, ale może także wedle Rolleta ograniczyć się do jednego lub kilku gruczołów Meiboma i wytworzyć guzek nie różniący się zewnętrznie niczem od zwyczajnej gradówki.

Na skórze powieki występuje gruzlica w takich samych postaciach, jak na skórze w innych miejscach ciała, a zatem bądź w postaci wilka, który najczęściej przechodzi *per continuitatem* z twarzy na powiekę, albo w postaci gruzliczego owrzodzenia, którego ulubionem miejscem jest okolica kącika wewnętrznego i woreczka łzowego.

Szczególony nacisk kładzie autor na zmiany gruzlicze w tkance podskórnej. Spostrzegał on tutaj gruzlicę w postaci zimnego ropnia, oraz nieopisany dotąd rodzaj gruzlicy, tworzącej w tkance podskórnej powieki liczne drobne, twarde guzki, przypominające w dotyku uwięzione pod skórą ziarna śrutu. Drobne te guzeczki dają się pod skórą przesuwac, a również skóra, zresztą zupełnie nie zmieniona przesuwac się nad nimi swobodnie. Różnią się one zasadniczo od guzyczków, które znamionują liszaj żrący, te bowiem usadowione są we właściwej skórze i pozostają z nią w ścisłym związku.

Opis wyżej wymienionych różnych postaci gruzlicy powiekowej ilustruje autor szeregiem spostrzeżeń własnych, w których rozpoznanie gruzlicy zostało potwierdzone tak badaniem anatomicznem, jakoteż szczepieniem na zwierzęciu.

Nr 10. *Leccenie choroby Basedowa grasicą.* (Du traitement de la maladie de Basedow par le thymus). H. Dor.

Autor wylicza różne używane dotąd sposoby leczenia choroby Basedowa, polegające bądź to na organoterapii, bądź to zabiegach operacyjnych, bądź na elektroterapii. Przed kilku laty lekarz angielski Dr Owen, zastosował w pewnym przypadku choroby Basedowa przez pomyłkę zamiast wyciągu z gruczołu tarczycowego wyciąg z grasicy. Pomyłka ta nie tylko choremu nie za-

szkodziła, lecz przeciwnie, skutek był bardzo pomyślny, Odtąd zaczęto stosować grasicę z intencją (Cunningham, Eder, Boisvert, Blondel, Mikulicz, Taty, Guérin) i wyniki leczenia na ogół były dobre. Autor przytacza 2 spostrzeżenia własne choroby Basedowa z wybitnymi objawami ze strony oczu, w których zastrzykiwania podskórne wyciągu z grasicy doprowadziły do zupełnego wyleczenia. W niektórych przypadkach stosował autor zamiast wyciągu świeżą grasicę surową z dodatkiem mąki i soli, podawaną wewnątrznie w ilości od 15 aż do 100 gr. dziennie.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1906. Vol. 47. (Refer. Dr W. Reis).

Nr 2. *Stosunek mięśnia prostego górnego i dolnego do zezą zbieżnego.* (Relations of the superior and inferior recti muscles to convergent squint). Jackson.

Wyniki po operacji zezą zbieżnego bardzo często są niepewne. Na podstawie dokładnego rozbioru czynności pierwszorzędnych i wtórzędnych mięśni przywodzących (*adductores*) stara się autor poznać przyczynę owych niepowodzeń. W prawidłowych warunkach mięsień prosty górny i dolny wywierają bardzo nieznaczny wpływ na addukcję gałki, nawet przy ruchach gałki na wewnątrz kierunek siły działania tych mięśni przechodzi obok środka obrotu gałki. Skoro jednak oko jest silnie zbieżnie ustawione, staje się wpływ mięśnia prostego górnego i dolnego bardzo znaczny przy zwracaniu gałki na wewnątrz, a nawet większy od siły działania mięśnia prostego wewnętrznego. Przy skierowaniu gałki na wewnątrz oddalają się coraz bardziej miejsca przyczepu ścięgna mięśnia prostego górnego i dolnego od środka obrotu tak, że przy największej zbieżności wywierają one największy wpływ na zwrócenie gałki ocznej na wewnątrz. Mięsień zaś prosty zewnętrzny, który usiłuje zbieżność pokonać, znajduje się w coraz niekorzystniejszych warunkach. Ta sama zasada dotyczy także czynności wtórzędnych mięśni odwodzących (*m. obliqui*), im bardziej oko skierowanem jest w kierunku działania tych mięśni t. j. na zewnątrz, z tem większą siłą ciągną one gałkę w tym kierunku.

W sposobie więc działania owych pomocniczych mięśni przywodzących i odwodzących należy upatrywać przyczynę dla nawrotów i powstania wysokich stopni zezą.

W zezie zbieżnym nadmierna zbieżność zależną jest nie tylko od mięśnia prostego wewnętrznego, lecz także od nosowych włókienek mięśnia prostego górnego i dolnego.

Operacyjne leczenie tylko wtenczas będzie doszczętne, gdy uwzględni to zasadnicze zбочenie i zmniejszy wpływ wtórczych mięśni przywodzących. Zabieg operacyjny skierować więc także trzeba przeciw nosowym częścią przyczepów mięśnia prostego górnego i dolnego.

Nr 8. *Zastosowanie płytek parafinowych przy operacji rozległego zrostu powiek z galką oczną i przy utworzeniu worka spojówkowego dla sztucznego oka.* (Paraffin plates as an aid in operations for extensive symblepharon and for the restoration of cul-de-sacs for prothesis). Wilder.

Ze sposobów operacyjnych zrostu powiek z galką oczną tylko te mogą liczyć na powodzenie, które zapobiegają ponownemu zrostowi blizu. Samo przeszczepienie płatu błony śluzowej lub skóry tu nie wystarcza — potrzeba jeszcze płat należycie przytwierdzić. W tym celu używają niektórzy autorowie, jak Morton, May protez szklanych lub porcelanowych, Weeks nadstawek z gutaperchy, Hotz płytki z ołowiu, Woodruff płytki z blachy cynowej.

W. stosuje do tego celu płytki ołowiane, powleczone parafiną, z jednym otworem w środku dla rogówki lub dwu bocznych otworach, gdy idzie tylko o wytworzenie jamy oczodołowej. Wówczas proteza taka zostaje przez czas dłuższy, a worek spojówkowy można przepłukiwać. Płytki sporządza się z cienkiej 0,5—1 mm grubej blaszki ołowianej, której nadaje się odpowiednią postać, poczem wyjąławia się ją i zanurza do parafiny o punkcie topliwości 130° F. Chcąc parafinę grubiej nałożyć, oziębia się szybko pierwszą warstwę w zimnej wodzie, potem zaś znowu zanurza w gorącej parafinie. Skrawek skórny, jak najcieńszy, otrzymany metodą Thierscha, przykładają się w oznaczonym miejscu do płytki, gdzie bardzo dobrze przylega i gdzie go można wyprostować, poczem powierzchnią zranioną przykładają się do miejsca, które ma być pokryte.

Szwów zakładać nie trzeba.

Przy odtworzeniu worka spojówkowego pozostawia się płytkę 6—7 dni, poczem wyjmują się ją, znowu parafiną pokrywa i napowrót wkładają.

Zalety płytek parafinowych: że nie uszkadzają rogówki i że płytek przylega ściśle do parafiny tak, że zapewnionem jest ścisłe złożenie między płatkami a odświeżoną powierzchnią worka spojówkowego.

III. ROZMAITOŚCI.

Dr Trantas w broszurze obszerniejszej po grecku napisanej «τὸ τραχύμα ἐν Τουρκίᾳ» podaje szczegóły statystyczne o tej w Turcyi bardzo rozpowszechnionej chorobie, zwracając uwagę na niektóre szczegóły i odrębności, wyróżniające rzekomo jaglicę turecką od tejże choroby w innych krajach.

Nie przypuszcza też autor, by choroba ta zawleczoną była przez wojska francuskie do Europy z Egiptu, ale słusznie sądzi, że ona w Europie i Azji już w starożytności istniała. Dalej stoi *Trantas* i to zdaniem naszym bardzo słusznie, na stanowisku dualistów, uważając zapalenie mieszkowe (*conj. follicularis*) jako chorobę zupełnie odrębną. Przyjmuje również, co znówu naszym odpowiada zapatrywaniom, ostrą jaglicę, która jednak w stosunku do przewlekłej występuje tylko rzadko (4,5%). Zwraca dalej uwagę na szczegół rzekomo u nas nie zachodzący a przynajmniej nie opisywany t. j. na występowanie jaglic w pasie pomiędzy górnym załamkiem a górnym brzegiem rogówki na spojówce gałkowej bliżej górnego załamka. Co do tej odrębności to autor myli się, gdyż i u nas, gdy się uważnie bada jaglica również w tem miejscu obficie się objawia.

Jako *tylosis sclerae* opisuje autor stwardnienie wystające twardówki w pasie 3 mm szerokim a 8 mm ponad górnym rąbkiem równoległe do tegoż przebiegającym, w tych przypadkach, gdzie chrząstka górnej powieki znacznie była zmieniona. Różniczkując jaglicę i nieżył wiosenny zaznacza autor, iż ostatnia choroba w Turcyi bardzo często występuje a na 12.000 chorych ocznych stwierdził aż 92 przypadki tej u nas rzadkiej choroby.

Przechodząc do omawiania skuteczności środków leczniczych chwali przede wszystkim wyciskanie, dalej *jequiritol* a co ciekawa, przytacza przypadek, w którym ze skutkiem szczepił krowiankę w skórę powiekową. Krowianka się przyjęła a pod wpływem jej silna jaglica z mętnieniem rogówki połączona ustąpiła rzekomo zupełnie. Szczepienia ospy robił w innych jeszcze przypadkach, ale, że krowianka się nie przyjęła, skutku nie było też co do choroby ocznej.

Wedle *Comptes - rendus du Club médical de Constantinople*.
W.

Bezczelność. Firma „*Gesellschaft für Gumperts künstliche Augen in Wien*“ będąca filią istniejącego towarzystwa w Nowym Jorku, zwraca się do rozmaitych okulistów a także do nas z prośbą,

by na dołączonym do listu arkuszu wypisywać nazwiska osób potrzebujących protezy i obiecuje za każdy skutecznie podany adres 4 korony. Tym zaś, którzyby sami chcieli chorym przystosowywać te protezy, robi firma korzystne oferty. Przypuszczenie, iż znajdzie się lekarz, któryby podjął się roli agenta wobec firmy a nadto, któryby zdradzał tajemnicę, do której zachowywania zawód go zobowiązuje, napiętnować musimy jako ubliżające stanowi lekarskiemu i temu daliśmy wyraz w piśmie do owej firmy wystosowaniem, zwracając uwagę na obowiązujący wszystkich lekarzy kodeks etyki lekarskiej.

Nie chcemy przesądzać, czy protezy amerykańskie lepsze są od europejskich, ale nie tą drogą uczciwa konkurencya kroczyć powinna dla uzyskania palmy pierwszeństwa.

W.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Natanson mian. docentem okulistyki przy uniwers. w Moskwie.

Dr Bartels habił. się w Strassburgu.

Dr Stan. Markowski i Dr Wiktor Reis mian. asystentami kliniki uniwers. we Lwowie.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Umarli: Prof. Rothmund w Mnichowie. (Monachium). — Prof. Adamük w Kazaniu.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

Z WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DR. BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DR. BALABANA, DOC. DR. BIEDNARSKIEGO, DR. GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DR. SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DR. LIEBERMANN. DOC. DR. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DR. KRAMSZYKA W WARSZAWIE, DR. NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DR. RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DR. SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DR. STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DR. J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad

· · · · · ROCZNIK ÓSMY · · · · ·

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

O szklistem zwyrodnieniu spojówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

(w Kijowie).

A. M., 35-letni, mocnej budowy i zupełnie zdrowy osobnik, uprzejmie przysłał mi przez kol. Kozłowskię. Powieki górne opadnięte o tyle, iż brzegi ich wolne są położone niżej dolnych brzegów źrenic. Zmarszczki chrząstkowo-oczdolowe z obu stron zupełnie niewidoczne, zastępują je bardzo znacznie wypukłe, półkuliste prawie powierzchnie, które stanowią bezpośrednio prawie ciąg dalszy chrząstkowych części powiek. Są one gładkie, równe i twarde przy dotknięciu. W kącie wewnętrznym oka prawego spostrzegać się daje guz o nierównej powierzchni, który początek bierze od spojówki chrząstki powieki górnej. Mięsko łzowe widoczne, nieco może zanikłe; rogówki prawidłowe. Chory przywykł podnosić po-

wieki górne przy pomocy rąk, zwłaszcza gdy miał patrzeć wprost przed siebie, lub ku górze. $V = I$.

Cierpienie powstawać zaczęło przed trzema laty; stan obecny trwa od pół roku. Odwijanie powiek dość utrudnione i zawsze powoduje pęknięcie tkanek z pewnym krwotokiem. Po odwinięciu powiek, załamki przejściowe są zupełnie gładkie, zgrubiałe, zwłaszcza w pobliżu kątów zewnętrznych. Tkanka ich żółtawo-biała, nieprzezroczysta. Spojówka gałki zupełnie prawidłowa. Objawów jaglicy zgoła żadnych nie było.

Ze względu na kruchość tkanek i wygląd zewnętrzny spojówki rozpoznać wypadło zwyrodnienie skrobiowate. Ponieważ chory dłużej zabawić nie mógł, postanowiłem wyciąć jednorazowo oba załamki przejściowe, posuwając cięcia znacznie głębiej ku kątom zewnętrznym, nadto jeszcze wyciąłem kilkanaście drobniejszych (2 mm □) cząstek ze spojówki powiek i wspomniany już wyżej guz z okolicy kąta wewnętrznego prawej powieki górnej. Po czterech tygodniach opadnięcie powiek było ledwo dostrzegalne, wygląd spojówki był prawidłowy.

Części wycięte przechowałem w 10% roztworze formliny z dodaniem kwasu chromowego do barwy bladej-żółtej. Badanie drobnovidowe wykazało: W przybliżeniu żadnych widoczniejszych zmian nie było. W spojówce właściwej przerost tkanki adenoidalnej był bardzo nieznaczny, zmian zaś w tkance tej stanowczo żadnych nie było. W głębokich warstwach dawały się spostrzegać jednolite drobne bryłki, obok brzegów których znajdowały się szeregi jąder. Nigdy wszelako nie otaczały one bryłek dookoła, przeciwnie zwykle nie więcej nad trzecią część powierzchni tychże, jakkolwiek były ułożone często we dwa i więcej szeregów. Na pierwszy rzut oka utwory te sprawiały wrażenie komórek olbrzymich, nie trudno się jednak było przekonać, że jądra należały do tkanek otaczających, bardzo zaś często położone były bezpośrednio obok ścian naczyń włosowatych, w których kulki krwiste były widoczne, lub też światło naczyń już zanikło, pozostały zaś tylko ściany ich. Dość często bryłki dookoła prawie otaczały naczy-

nia włosowate, w których miejscami jeszcze kulki krwiste spostrzegać się dawały. Bryłki zatem odpowiadały jakby wysepkom tkanki, pomiędzy pętlami naczyń położonym. Swoją drogą, w istocie bryłek często spostrzegać można było przekroje naczyń włosowatych. Jądra obok obwodu bryłek położone były to typowe jądra śródbłonka; tworzyły one nie tylko dwa, lecz trzy i więcej nawet szeregów. Jądra obok ścian naczyń położone barwiły się bardzo wyraźnie, dalej ku obwodowi o wiele słabiej, jeszcze dalej były blade, zupełnie prawie niezabarwione. Wreszcie w samej istocie bryłek dawały się napotykać bądź resztki jąder, bądź też próżnie tylko odpowiedniej wielkości. Bryłki głębiej położone znacznie były większe, jądra zaś obok obwodu ich o wiele mniej liczne, jakkolwiek tworzyły nieraz kilka szeregów, nigdy jednakże całkowitych otoczek. Kształt tych bryłek był nieprawidłowy. I tu również obok brzegów dawały się spostrzegać naczynia włosowate, które miały szczególnie rozwiniętą błonę dodatkową, w której to błonie jądra śródbłonka często były ułożone we dwa i więcej szeregów. W niektórych też miejscach ku zewnątrz od błony dodatkowej widoczne były bardzo drobne bryłki. Już ta okoliczność, jakoteż stosunek bryłek do naczyń włosowatych, typowe jądra śródbłonka, obok obwodu, w części w samych bryłkach położone, wreszcie stopniowe w nich zmiany zanikowe, w miarę odsuwania się od naczyń, wyraźnie zdają się wskazywać na okoliczność, iż same bryłki były wytworem komórek śródbłonkowych, najprawdopodobniej komórek pochewek chłonnych naczyń krwionośnych. Już Neelsen utrzymywał, że istotę szklistą wytwarzają komórki śródbłonkowe. Sprawę tę dla naczyń mózgu udowodnił już dawniej Chołszczewnikow (Virchow's Archiv. 112, 3); przypomnę, iż Leber w swoim czasie (Arch. f. Ophthalm. XIX. 1 i XXV. 1) utrzymywał, że istotę skrobiowatą wytwarzają komórki otoczek bryłek i również obrzynie. Pożaryński (Medicinskoje Obozrenje 1993, Nr 15) na mocy dwóch zbadanych przez siebie przypadków zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, wypowiada zdanie, iż guzy skrobiowate spojówki są to nowotwory śródbłonkowe,

które następnie bardzo szybko ulegają zwyrodnieniu skrobiowatemu. Z tego punktu widzenia, zdaniem jego, łatwo dają się wytłumaczyć często spostrzegane nawroty cierpienia. Co do zwyrodnienia szklistego przyznaje to również Van Duyse. Spostrzegać się jednak dawały bryłki innego jeszcze rodzaju. Postać miały one okrągłą, raczej nawet jajowatą. W środku ich nigdy nie spostrzegalem ani komórek, ani też resztek ich, były one zupełnie jednolite, dokoła zaś otaczała je zupełnie prawidłowa warstwa komórek śródbłonkowych. Trudno wątpić, że były to naczynia chłonne, rozciągnięte przez ciecz, która następnie stężała. Barwiki barwiły je zupełnie tak samo, jak inne części zwyrodniałe. Taki sposób powstawania bryłek pierwszy opisał Ischreyt (*Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiva*, Arch. f. Augenheilkunde LIV, 4, str. 403). Bryłki tego rodzaju były jednak nieliczne.

Pomiędzy bryłkami dawały się niekiedy spostrzegać niewielkie wysepki tkanki adenoidalnej, w której żadnych objawów zwyrodnienia nie było. Początek tkanka ta brała widocznie od błony dodatkowej naczyń. W pobliżu wysepek tych znajdowały się bardzo nieliczne prawdziwe komórki olbrzymie. Głębiej jeszcze widoczne były drobne tętnice i żyły, w których często spostrzegać się dawał rozrost śródbłonka. Obok tego ściany naczyń tych były przeważnie bardzo zgrubiałe, lśniące, o budowie współśrodkowej, światło zaś bardzo było zwężone, często zupełnie zanikłe. W drobnych tętnicach zmiany występowały przeważnie w błonie środkowej, w drobnych zaś żyłach przeważnie w błonie dodatkowej. W warstwie tej bryłek w rodzaju uprzednio opisanych wcale już nie było, jeśli zaś twory na pierwszy rzut oka przypominały bryłki, przy badaniu dokładniejszym zawsze poznać w nich można było zupełnie zwyrodniałe, z zupełnym zanikiem światła naczynia krwionośne, w środku których znajdowały się jednak wyraźne reszki śródbłonka.

W warstwie podspojówkowej wygląd tkanki znowu zupełnie się różnił, przypominając raczej budowę naczyniaka. Tkanki adenoidalnej nigdzie tu nie było, natomiast ściany na-

czyni, zarówno tętnie, jakoteż żył, były bardzo zgrubiałe. W drobniejszych naczyniach światła zwykle zupełnie były zanikłe, tylko w środku pozostawały resztki śródbłonna. Nawet budowa współśrodkowa nie była już widoczną; wyglądały one jako bryłki, resztki tylko tkanki śródbłonna w środku zdradzały cięcia poprzeczne naczyń krwionośnych, obok obwodu zaś jąder wcale nie było.

W warstwie tej bardzo wyraźne nadto były zmiany w tkance łącznej. Pęczki jej były bardzo zgrubiałe, lśniące, przejrzyste, na pierwszy rzut oka bardzo przypominały woskowo zwyrodniałe poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe. Często na znacznej przestrzeni na preparatach widoczne były li tylko bezpośrednio obok siebie położone cięcia poprzeczne i wzdłużne naczyń krwionośnych i obrazy najzupełniej odpowiadały podanemu przez Bałlabana (*O sklistem zwyrodnieniu spojówki gałkowej*, Postęp Okulistyczny 1904, Grudzień).

Wyżej podane zmiany dawały się spostrzegać, nadto zupełnie w opisanym porządku, na cięciach dokonanych ze wszystkich części wyciętych. Na osobną wzmiankę zasługują chyba guz, wycięty z kąta wewnętrznego prawej górnej powieki i części z okolic kąta zewnętrznego załamków powiek górnych. Budowa o tyle się tu różniła, że tkanki adenoidalnej znacznie było więcej i nie tylko w warstwie podprzybłonkowej, lecz nadto w postaci wysepek pomiędzy bryłkami położonych. W częściach z okolicy kąta zewnętrznego załamka przejściowego powiek górnych bryłki mniej były liczne, natomiast występowały tu bardzo wybitne zmiany w gruczolach Krausego, które w okolicy tej, jak najpierw opisał Wolfring (*Zur Lehre v. d. contagiösen Augenentzündungen*, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft 1874), znajdują się w części zewnętrznej powiek, nie w górnej części chrząstek ich, jak w części nosowej, lecz po za obrębem chrząstki, nawet za ścięgnem dźwigacza powieki. Otóż obszar przez gruczoly te zajęty był bardzo zwiększony, natomiast zraziki były bardzo nieliczne, zanikłe, miejsce zaś ich zajmowała tkanka drobno-ziarninowa. Rozrost tkanki tej uciskał nie tylko same zraziki, lecz również

przewody gruczołów, gdyż te w niektórych miejscach o tyle były rozszerzone, że na cięciach tworzyły dość znaczne torbiele. Zmiany zanikowe w gruczołach Krausego spostrzegał również Vossius w drugim przypadku swoim. W gruczołach Meiboma, o ile znajdowały się takowe w częściach wyciętych, zmian żadnych nie spostrzegałem.

Co do sposobów barwienia to Vossius posługiwał się przeważnie pikrokarminowym dwuboranem sodu Neumanna, który częściom szklisto-zwyrodniałym nadaje wyraźnie żółtą barwę. Najszczegółowszych badań nad barwieniem dokonał Kamocki. Zastosował karmin alunowy, purpurynę, wodny roztwór siniawca metylenowego, dahlę, wezuwiny, pikrokarmin, safraninę, purpurynę, fiolet metylenowy i gencyanowy, eozyne i indygokarmin. Sposoby barwienia Weigerta, Grama, Russela, Ziehl-Nielsen a i thioninę Ehrlicha. Wogóle istota szklista jest czułą dla wszystkich kwaśnych barwików anilinowych. Za najpraktyczniejsze barwiki uważam pikrokarmin, dalej potrójne barwienie karminem borowym, indygo-karminem i kwasem pikrynowym, sposób v. Giesona, fuksynę kwaśną, thioninę Ehrlicha, zwłaszcza dla topografii sposób Ziehl-Nielsen a, który najlepiej chyba uwidatnia części szklisto-zwyrodniałe i dziwi mię bardzo, że w przypadku Dimmera sposób ten nie dopisał.

Zwyrodnienie szkliste spojówki bezwarunkowo spostrzegano już bardzo dawno. Gdy w roku 1871 Kyber (*Studien über die amyloide Degeneration*, Dorpat 1871), i v. Oettingen (*Die ophthalmologische Klinik Dorpat's in den ersten Jahren ihres Bestehens*, Dorpat, str. 49—58), pierwsi opisali przypadki zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, następnie liczne przypadki tegoż opisali i właściwie samą sprawę zwyrodnienia skrobiowatego spojówki na porządek dzienny wnieśli uczniowie szkoły Dorpackiej. Wszakże już rychło nie uszło uwagi badaczy (Zwingmann, *Die Amyloidtumoren der Conjunctiva*, Dorpat 1879 i innych również), iż mimo zupełnie

prawie jednakowego wyglądu sprawy przy badaniu drobnowidowem, oddziaływanie typowe wypadalo niedokładnie, lub wcale się nawet nie udawało. Okoliczność tę w ten starano się wytłumaczyć sposób, iż skład chemiczny istoty skrobiowatej bynajmniej nie jest jednostajny, lecz znacznym ulega zmianom, stąd też powstaje rozmaite zachowanie się wobec odczynnika Virchowa. Różne to zachowanie się tkanek pierwszy dokładnie wytłumaczył Raehlmann (Archiv. f. Augenheilk. X, str. 129). Wypowiedział on wyraźne zdanie, iż w przypadkach, w których chybiało oddziaływanie Virchowa, miało miejsce li tylko zwyrodnienie szkliste, zastosował zaś to twierdzenie swoje nietylko do własnych przypadków, lecz również do przypadków uprzednio przez uczniów kliniki Dorpackiej opisanych, mianowicie: Kybera, v. Oettingena, Stroehmberga (*Ein Beitrag zur Casuistik der amyloiden Degeneration*, Dorpat 1877) i Zwingmanna, po których pozostałe resztki powtórnemu poddał badaniu. Zdaniem Raehlmanna, zwyrodnienie szkliste stanowi zawsze okres przedwstępny zwyrodnienia skrobiowatego. Pogląd taki wypowiedział już dawniej v. Recklinghausen.

Poglądy klinicysty Dorpackiego dokładniej wyłożył uczeń jego Kubli w pracy swej *Die klinische Bedeutung der sogenannten Amyloidtumoren der Conjunctiva*, Arch. f. Augenheilk. X, 2, 1882), w której zestawil wszystkie znane podówczas przypadki zwyrodnienia skrobiowatego spojówki. Wypadało, iż w rozwoju sprawy 1-wszy okres stanowi bujanie tkanki adenoidalnej, 2-gi zwyrodnienie szkliste, 3-ci zwyrodnienie skrobiowate, 4-ty—skostnienia i zwapnienia. Była to pierwsza monografia w sprawie zwyrodnienia szklistego i skrobiowatego spojówki. Odtąd przybywało coraz więcej spostrzeżeń. Gdy Kubli w pracy swej zestawil 30 spostrzeżeń, ja, w monografii mej sprawie tej poświęconej a ogłoszonej w 10 lat później, znalazłem w literaturze 9 nowych spostrzeżeń, do których dodałem cztery własne (*O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki*, Przegląd lekarski i Archiv. für Augenheilkunde

XXV, str. 363, 1892), co stanowiło już 43 spostrzeżenia, dokładniej opisane.

Z zestawienia przypadków tych przede wszystkim udało się obalić twierdzenie pierwszych badaczy, któremu zresztą zaprzeczali już uprzednio Raehlmann, zwłaszcza Kubli, jakoby zwyrodnienia szkliste i skrobiowate powstawać miały na gruncie jaglicowym. Co do pierwocin, które zwykle zwyrodnieniu ulegają, zaprzeczyłem stanowczo twierdzeniu Raehlmana, jakoby pierwotnie ulegać miały mu komórki siateczki i limfoidalne, później zaś dopiero naczynia i tkanka łączna. Udowodniłem nadto, że właściwie sprawa powstaje najczęściej w załamkach przejściowych, w okresach początkowych w postaci bardziej rozlanej i że zatem wprowadzony przez Zwingmanna a przez późniejszych badaczy przyjęty termin »guzów skrobiowatych« stosownie zastąpić terminem »zwyrodnienie«. Wypadało dalej, że obie sprawy, nie tylko skrobiowata lecz nawet szklista, należą do bardzo przewlekłych.

Z opisów uprzednich wypadało dalej, jakoby przy zwyrodnieniu li tylko szklistem tkanki były bardziej przejrzyste, mniej kruche; późniejsze wszakże spostrzeżenia kliniczne na danych tych oparte, stanowczo zawiodły. W przypadkach Kamockiego, Czemołosowa, Vossiusa i moim ostatnim, objawy kliniczne upoważniać się zdawały do rozpoznania zwyrodnienia skrobiowatego, jednakże mieliśmy do czynienia ze zwyrodnieniem li tylko szklistem. Co do innych szczegółów, skieruję czytelnika do wyż wspomnianej monografii mojej. Tu zwrócę uwagę li tylko na okoliczność, iż w przypadkach Mandelstama (Mandelstam i Rogowitsch. *Ein Fall von Amyloid etc.* Arch. f. Opth. XXV, I. 1880), Raehlmana, Porywajewa (*Przypadek szklisto-skrobiowatego guza spojówki*, Wiestnik oftalm. III, 9. 1886 po rosyjsku) i w moim 3-cim, jakkolwiek wygląd drobnowidowy preparatów był mniej więcej jednaki, to jednak typowe oddziaływanie skrobiowate w pewnych miejscach i w pewnych ustrojach nawet tylko dawało się spostrzeżyć, w innych zaś wcale nie.

Dalej zwróciłem uwagę na okoliczność, iż skostnienia i zwapnienia bynajmniej uważane być nie mogą za ostateczny (według poglądów Raehlmanna) okres rozwoju sprawy skrobiowatej, gdyż spostrzegałem je również przy zwyrodnieniu li tylko szklistem. Stwierdziły to również późniejsze spostrzeżenia (Kamocki *Ein Beitrag zur Kenntniss der hyalinen Bindehautentartung*, Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1886, str. 68, Dimmer, *Ein Fall von hyaliner Degeneration der Lider und der Conjunctiva*, Zeitschr. f. Augenheilkunde IX, str. 474, 1903 i Ischreyt *Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiva*, Arch. f. Augenheilk. LIV, 4, 1906).

Spostrzeżenia uprzednie i własne moje nie upoważniały mię jednakże do zaprzeczenia słuszności poniekąd poglądów Raehlmanna i uczniów jego, co do porządku chronologicznego zmian przy zwyrodnieniu skrobiowatym spojówki. Kamocki (*Ueber die hyaline Bindehautentartung. Bericht über die XX. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft im Jahre 1889* i *Untersuchungen über hyaline Bindehautentzündung*, Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde I. Heft VIII, 1893) i Vossius (*Ueber hyaline Degeneration der Conjunctiva*, Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie u. allgem. Pathologie V, 1889) stanowczo wszakże wypowiedzieli zdanie, iż zwyrodnienia szkliste i skrobiowate stanowią sprawy samoistne, nie wspólnego ze sobą nie mające. Pierwszy z nich zwłaszcza opracował najdokładniej stosunek tkanek uległych zwyrodnieniu szklistemu do odczynników. Lubarsch (*Ergebnisse der allgemeinen Pathologie u. pathologischen Anatomie* 1895 i 1899) również stanowczo utrzymuje, że istota szklista może wcale nie przeistaczać się w skrobiowatą, zwyrodnienie zaś skrobiowate obejść się może bez uprzedniego zwyrodnienia szklistego.

Niepodobna wszakże zaprzeczyć faktom spostrzeganym przez Raehlmanna i uczniów jego. Kubli, np., u jednego osobnika spostrzegał w dolnej powiece jednego oka zwyrodnienie wybitnie szkliste, w górnej zaś — wybitnie skrobiowate. W jednym z uprzednio opisanych moich przypadków (3-ci) spostrzegałem wybitne zwyrodnienie skrobiowate, w nawrocie

zaś—li tylko szkliste. Z późniejszych badaczy jedni Czernomosołow (*W sprawie zwyrodnienia szklanego spojówki*, Wracz, str. 1143, r. 1895) i Guth (*Ein Fall von hyaliner Entartung, der Bindehaut*, Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1902, str. 386) stanowczo utrzymywali, że zwyrodnienie szkliste stanowi sprawę zupełnie samoistną, Rogmann (*Un cas de dégénérescence hyaline des paupières*, Annales d'oculistique CXX, str. 89) jest zdania, iż w niektórych przypadkach istota szklista może nie przeistaczać się w skrobiowatą. Znowuż Van Duyse (*Deux cas de dégénérescence hyaline de la conjonctive*, Arch. d'ophtalmologie XIV, p. 472, 1894) zupełnie się przechyliła do poglądów przeze mnie wypowiedzianych.

Dalej obok uprzedniego spostrzeżenia Porwajewa, który w przypadku swoim spostrzegł jednocześnie szkliste i skrobiowate zwyrodnienie, mamy jeszcze cały szereg nowych zupełnie podobnych spostrzeżeń, których dokonali Scimeni (*Delle relazioni fra la sostanza ialina o l'amiloidea nei tumori Atti del XI Congresso med. inter. Roma VI, str. 74, 1895*), Colucci (*Di un tumore ialino-amiloideo della congiuntiva*, Annali di ottalmologia XXIX, str. 349), Ramenar (*Zwyrodnienie skrobiowate i szkliste*, Nagel's Jahresbericht 1902, str. 205), Puccioni (*Degenerazione amiloidea etc.*, Annali di ottalm. XXVII, 3, str. 215) i Suszkin (Wracz XXII, str. 889, po rosyjsku). Saemisch (*Handbuch d. gesamten Augenheilk.* v. Graefe u. Saemisch. Wyd. 2-gie, zes. 84—90, str. 571) z powodu różnicy poglądów w uprzednich pracach, wypowiada zdanie, iż zwyrodnienie szkliste pozostać może jako takie, nie przeistaczając się w skrobiowate, to zaś ostatnie powstawać może samo przez się, bez uprzedniego zwyrodnienia szklanego. Po za tem bynajmniej nie zaprzecza on ścisłej pokrewności obu spraw.

Saemisch znalazł w literaturze tylko 12 przypadków zwyrodnienia szklanego. Odtąd przybyły nam nowe spostrzeżenia, nie licząc tu opisanego. Poglądu mego co do następowości obu zwyrodnień zmieniać nie mam podstawy, wobec znów faktów wyżej przytoczonych, nie mogę zaprzeczyć naj-

zupełniej uzasadnionym twierdzeniem tych, którzy utrzymują, iż: 1) zwyrodnienie szkliste powstawać może i nadal pozostawać li tylko jako takie, nie przeistaczając się w zwyrodnienie skrobiowate i 2), iż zwyrodnienie skrobiowate powstać może, wbrew zdaniu v. Recklinghausen'a, również bez uprzedniego zwyrodnienia szklistego. Wszelako nie od rzeczy może będzie rzucić okiem na opisane dotąd dokładniej przypadki, w których mieliśmy zwyrodnienie li tylko szkliste.

Przypadków takich mamy obecnie 25. Mianowicie trzy Raehlmann'a, 3 moje (z tych dwa dawniej opisane), 5 Kamockiego, 3 Vossiusa, 2 Van Duyse'a, Rogmanna, (*Un cas de dégénérescence hyaline des paupières*, Annales d'oculistique CXX, str. 89), Guth'a, 2 Czemołósowa, Monesi (*Supra un caso di degenerazione ialina della congiuntiva*, Archivio di ottalmol. VIII. fare. 7—8, str. 289), Dimmer'a, Bałłabana i dwa Ischreyt'a.

25 spostrzeżeń to nie tak jeszcze wiele, zasługują one jednak bądź co bądź na kilka uwag ogólnych.

Określmy też jeszcze raz stosunek sprawy do jaglicy.

Otóż mniej więcej wyraźne objawy jaglicy mieliśmy w 2 tylko przypadkach (Monesi, 1-wszy Ischreyt'a) i mniej wyraźny w jednym (1-wszy Kamockiego).

Co do wieku: od 10—20 lat—2; od 20—35 lat—12; po 35 roku życia—4 spostrzeżeń. W innych przypadkach wieku nie wskazano. Fakty te zaprzeczają twierdzeniu Vossius'a, który utrzymywał, jakoby zwyrodnieniu szklistemu ulegać miały osobniki tylko w wieku od 20—30 lat.

Rozwój sprawy trwał od 3 miesięcy do 16 lat.

Co do klinicznego obrazu cierpienia, podałem go już w wyż wspomnianej monografii mojej. Co się tyczy rozpoznania klinicznego obu spraw, jak wspomniałem już wyżej, jest ono zgoła niemożliwym, rozstrzygnąć wątpliwość zachodzącą może li tylko badanie cząstek wyciętych przy pomocy odczynników typowych, lecz i tu należy pamiętać o przypadkach, w których pewne części dawały typowe oddziaływanie skrobiowate, inne zaś weale nie. Okoliczność ta zresztą pod

względem klinicznym podrzędne ma tylko znaczenie, gdyż leczenie w obu razach jest jednakie. mianowicie, stosując się do okoliczności, bądź całkowite wycięcie guza, gdy w postaci jego sprawa występuje, lub załamka przejściowego, bądź wycinanie częściowe, gdy sprawa jest bardziej rozlaną. W pierwszym przypadku bywają coprawda nawroty, które również dają się usunąć, po częściowych zaś wycinaniach, dokoła cząstek wyciętych następuje odrodzenie cząstek nie tylko wyciętych, lecz nawet na znacznej przestrzeni w przyległej tkance otaczającej.

Co do umiejscowienia sprawy, dane dokładniejsze mamy tylko dla 23 przypadków, mianowicie:

Mieliśmy sprawę li tylko na spojówce powiek w 1 przypadku; na spojówce załamek w 7; na spojówce powiek i załamek w 12; na spojówce powiek i załamek, nadto częściowo gałki i załamka półksiężycowego w 4 przypadkach; li tylko na spojówce gałki w 1 (Bałła b a n). W 2 przypadkach umiejscowienia dokładniej nie wykazano.

Przyjrzyjmy się teraz sprawie ze stanowiska anatomicznego. Szkoła Dorpacka pierwszy początek jej rozwoju widziała w bujaniu tkanki adenoidalnej. Bujanie to jednak w trzech z podanych opisów wcale na wzmiankę nie zasłużyło, w 16 bynajmniej znacznem nie było i bardzo znacznem było tylko w 7-miu. Słuszny stąd chyba wypada wniosek, że w bujaniu tkanki adenoidalnej trudno przyznać okres przedwstępny zwyrodnienia szklatego.

Co do naczyń, w opisach czterech przypadków o stanie ich wzmianki nie znajdujemy, nieznaczne zmiany zachodziły w 14 przypadkach, bardzo znaczne w 7-miu. Zmiany spostrzegano już w naczyniach włosowatych, które otaczały nawet niekiedy płaszcze szkliste, przeważnie jednak w tętnicach, mniej wybitne — w żyłach. W tętnicach zwyrodnieniu ulegała przeważnie błona środkowa, wyjątkowo li tylko błony wewnętrzna i dodatkowa; w żyłach — błona dodatkowa. Nadto często bardzo spostrzegano rozrost komórek śródłonkowych tętnic, zwłaszcza tętniczek, również rozrost tkanki dokoła na-

czyń. To też Czernomorosow np. widzi w zwyrodnieniu szklistem przewlekłą sprawę zapalną z przerostem tkanek i ze zmianami w naczyniach krwionośnych (*peri- et endarteriitis obliterans*), która powoduje zmiany w odżywianiu, prowadzące w końcu do zwyrodnienia szklistego.

W bardzo wielu przypadkach, gdyż w połowie prawie spostrzegano komórki tuczne. Co do komórek olbrzymich, były one szczególnie obfite w I przypadku, obfite w trzech, nie-liczne w dziesięciu, wreszcie w 11 przypadkach wcale ich nie spostrzegano. Zwyrodnienie błony własnej gruczołów spostrzegano w trzech tylko przypadkach. Zwyrodnienie pęczków tkanki łącznej, mniej lub więcej znaczne, spostrzegano we wszystkich niemal przypadkach. Dalej w badaniach dokładniejszych opisano zmiany w siatce tkanki adenoidalnej.

Co się tyczy tak zwanych bryłek, które stanowią utwory poniekąd typowe dla zwyrodnienia zarówno szklistego, jakoteż skrobiowatego, to badania dokładniejsze wykazują w nich zwyrodniałe naczynia, bądź krwionośne, bądź chłonne, lub też pęczki tkanki łącznej. Mogą one nadto stanowić wprost wytwory komórek śród błonkowych, jak to wyraźnie miało miejsce w ostatnim moim przypadku.

Rzadziej o wiele napotykamy opisy zmian w samych komórkach. Raehlmann spostrzegał początkowo zmiany w komórkach siateczki, później w limfoidalnych. Komórki te stawały się przezroczystymi, jednolitemi. obwody ich, jakoteż jąder—niewyraźnymi, bardzo słabo zabarwiała się karminem. Utrzymywał on, iż grupy komórek przeistaczały się następnie w typowe bryłki. Zmianom w naczyniach Raehlmann przypisywał znaczenie bardziej podrzędne. O wiele dokładniej zmiany w komórkach opisał Kamocki w 3-cim przypadku swoim. Ulegały im nie tylko limfoidalne, lecz również gwiazdziste komórki siateczki. Wypadły one jednak inaczej, niż Raehlmann opisywał, mianowicie istota szklista pojawiała się pierwotnie w postaci drobnych ziarenek, które uwydatniały się przy zastosowaniu odpowiednich barwików (thionina, podwójne barwienie wezuwiną i indygo-karminem). Ziarnka te, łącząc się

razem, przeistaczały się w kulki, wreszcie w jedną kroplę, obok jądra położoną. Van Duyse w 2-gim przypadku swoim również dostrzegał zmiany w samych komórkach.

Gdy Raehlmann główną rolę przypisywał komórkom, najpierw siatki adenoidalnej, potem limfoidalnym, Kamocki, Vossius, ja, Van Duyse i wszyscy późniejsi badacze, zwróciliśmy uwagę na zwyrodnienie pęczków tkanki łącznej, beleczek tkanki adenoidalnej, przeważnie zaś na zmiany w naczyniach włosowatych, tętnicach i żyłach. Zmiany te spostrzegano we wszystkich niemal przypadkach, nadto w tętnicach zajęta była przeważnie błona środkowa, w żyłach — dodatkowa i tylko Czernofosow utrzymuje, iż błona środkowa w tętnicach zwyrodnieniu jakoby nie ulega. Obok tego często bardzo spostrzegano w naczyniach *endo* — i *periarteriitis*.

Co do komórek olbrzymich, w 11 przypadkach wcale ich nie spostrzegano, w 10-ciu — nieliczne, w 3 — liczne i w 1-m bardzo liczne. Zdaniem Kamockiego, nie dają się one napotykać w bardzo wczesnych i w bardzo późnych okresach rozwoju sprawy. Wraz ze mną utrzymuje on, iż komórki powstają li tylko jako oddziaływanie tkanek otaczających na części zwyrodniałe.

Ischreyt przyznaje dla zwyrodnienia szklatego cztery różne typy. Aż cztery typy dla 25 tylko dokładniej dotąd opisanych spostrzeżeń — to chyba za wiele, zwłaszcza, że wypadłoby jeszcze przyznać typy przejściowe. Poprzestaniemy lepiej wprost na wzmiance, iż gdy w przeważnej części przypadków zwyrodnieniu ulegały najczęściej naczynia krwionośne, dalej pęczki tkanki łącznej, rzadziej beleczki tkanki adenoidalnej, w przypadkach Raehlmanna, Kamockiego (3-ci) i Van Duyse'a (2-gi) spostrzegano zwyrodnienie szkliste komórek tkanki adenoidalnej, mianowicie gwiazdzistych komórek siateczki i limfoidalnych.

Etyologii w przypadkach zwykłego zwyrodnienia szklatego wcale nie znamy. Z tego też powodu w zestawieniu uprzednio opisanych przypadków nie uwzględniłem wcale 2-ch przypadków Ewetzky'ego (*Sclerom der Bindehaut, Beiträge*

zur Augenheilkunde Deutschmann'a III. str. 101. 1896) w których powstałe zwyrodnienie szkliste komórek, najzupełniej przypominało zmiany przez Kamockiego opisane, wszelako zachodziła tu etyologia swoista, dalej niezupełnie wyraźny przypadek Herberta (*Colloid Degeneration of Conjunctiva*, Ophth. Soc. of the United Kingd. 1902) i wreszcie Fejér'a (*Tarsitis trachomatosa*, Arch. f. Augenheilk. LIII, str. 246. 1905).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. Bd. LIV. Heft 2. (Referent Dr. Baßaban).

Prace z dziedziny współczulnego zapalenia oka. (Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie) Prof. Römer.

Dalsze doświadczalne badania w sprawie drażnienia oka i zmieniona teoria nerwów rzęskowych. (Weitere experimentelle Untersuchungen über die Frage der Reizwirkung am Auge und die modifizierte Ciliarnerventheorie).

Pomimo, że Römer w dawniej przeprowadzonych badaniach, zgodnie z badaniami Wessely'ego wykazał, że patogenesa współczulnego zapalenia oka nie da się obecnie już tłumaczyć drażnieniem pochodzącem z oka pierwotnie schorzałego, to jednak postanowił on ważne to pytanie przeniesienia drażnienia z jednego oka na drugie wytłumaczyć przy pomocy badań nad surowicą.

Discongruenz zwischen hämolytischen Amboceptoren und Complementen im Kammerwasser und die Feinheit der Hämolysin und Eiweißsreaction.

Przy tych badaniach jest korzystnem posługiwać się równocześnie chemiczną metodą Wessely'ego oznaczania białka, jak również metodą autora oznaczania hemolizyny, i to tem bardziej, że częstokroć metoda Wessely'ego okazuje się dokładniejszą, natomiast w przypadkach, w których do doświadczeń używa się zwierząt bardzo uodpornionych metoda Römera jest pewniejszą i czulszą. Metoda Wessely'ego jest także wskazaną wówczas, gdy się rozchodzi o rozpoznanie bardzo delikatnych drażeń.

Badania te wykazują zawsze, że drażnienie jednego oka przez drugie oko pierwotnie schorzałe w znaczeniu zmienionej teoryi nerwów rzęskowych nie daje się wytłumaczyć ani odczynem białka ani też rozczynem hemolitycznym.

Über den Parallelismus des Eiweißgehaltes und des Hämolysegehaltes im regenerierten Kammerwasser.

Należy przyjąć jako rzecz udowodnioną, że zgęszczenie cieczy wodnej zwiększa się w ogólności ze zwiększaniem się zawartości białka w przedniej komorze.

Porównanie jednak nie da się w tej mierze ściśle przeprowadzić. I tak udowodnił autor, że przy nakłuciu przedniej komory nie można ustalić także porównania pomiędzy hemolitycznymi składnikami białka a zwiększaniem się jego zawartości.

Tak samo nie da się rozstrzygnąć związek pomiędzy hemolitycznymi amboceptorami a białkiem zawartem w przedniej komorze.

Versuche über Trigeminalgurchschneidung.

Autor poddał krytyce badania Jessnera i wykazał, że są one mylne. Mianowicie udowodnił, że przecięcie n. trójdzielnego nie może spowodować odruchowo przeniesienia się do cieczy wodnej oka drugiego hemolizyny ani też spowodować zwiększenia się w niem białka.

Wszystkie zatem badania autora udowodniły, że odruchowe przeniesienie drażnienia z jednego oka na drugie, nie da się wykazać przy pomocy teoryi nerwów rzęskowych. Na zarzut Schmidt-Rimplera, który twierdzi, że badania autora nie są miarodajne, gdyż ograniczają się do doświadczeń prawidłowej cieczy wodnej, która wedle twierdzeń niektórych autorów powstaje z tęczówki, a nie z ciała rzęskowego odpowiada autor, że jeżeli się tak rzecz bierze, to należy uważać także za mylne rzekome dodatnie wyniki co do zmiany w składzie cieczy wodnej — a na nich właśnie opiera się teorya nerwów rzęskowych.

Tak więc odrzuca autor całą zmienioną teoryę nerwów rzęskowych i przyjmuje z niej tylko jedyny czynnik, powodujący współzależne zapalenie, usposobienie.

Przypadek obustronnej szpary górnych powiek powikłanej ze skórzakami na granicy rogówko-twardówkowej: Przyczynę do etyologii tej nieprawidłowości. (Ein Fall von doppelseitigem Colobom der Oberlider mit Dermoiden der Corneo-Scleralgrenze: Ein Beitrag zur Actiologie dieser Missbildungen).
Dr O h s e.

W przypadku tym chodzi o jedenastoletnią dziewczynkę z następującymi zmianami: oko lewe: Na górnej powiece znajduje

się prawie prostokątny guz około 1 cm² wielki, gdzie też skóra przechodzi bez dokładnej granicy w błonę śluzową, chrząstka zaś zupełnie nie istnieje. Odpowiednio do dalszej połowy rogówki i do przylegającej do niej twardówki, znajduje się guz o powierzchni podobnej do skóry, a guz ten wciska się dokładnie przy zamykaniu powiek w opisaną powyżej szparę powiekową. Oko prawe: Na powiece górnej znajduje się 5 mm długa szpara o podobnej budowie, jak na oku lewym. Na dolno-zewnętrznej granicy rogówko-twardówkowej widać już guz wielkości soczewicy i całkiem podobny do guza na oku lewym.

W okolicy twarzy znajdują się wrodzone zmiany, jak guz na górnej wardze ust i ł. p. Zapomocą operacji plastycznej zostały guzy te usunięte. Badanie anatomiczne wykazało, że guzy te mają związek ze skórą i że okazują znamiona skórzaków. W skrawkach drobnowidowych znaleziono obok składników skóry, równocześnie i twory mające własności błon śluzowych. Zdaniem autora twory te przedostały się do materiału badanego przy sposobności operacji.

W przypadku tym chodzi, jak widzimy, o wrodzone zбочenia, przyczem powikłanie zaburzeń oka ze zбочeniami twarzy nie jest wcale przypadkowem. Wbrew zapatrywaniom różnych innych autorów skłania się autor do zapatrywania Van Duysse'go, którego zdaniem należy szukać przyczyny skórzaków spojówkowych w pozostałościach pasma amnionu. A mianowicie jeżeli pasmo amnionu przetrwa, to powstaje z niego skórzak i szpara w powiece, jeżeli natomiast pasmo to następowo się przerwie, to powstaje skórzak bez szpary w powiece. A także i inne wrodzone zmiany na twarzy dają się z łatwością wytłumaczyć jako powstałe przez ucisk i przez zanik tkanki wskutek ucisku pasemek amnionu.

Przypadek powstającego glejaka. (Ein Fall von beginnendem Gliom). Prof. Ogawa.

Autor opisuje 14 miesięczne dziecko, u którego na oku lewym stwierdził trzeszczę gałki, przyczem źrenica przeświecała z oddali żółtawo, ucisk śródoczny był wzmożony. Rozpoznanie wobec tego opiewało na glejak siatkówki. Na oku prawem znajdowała się ku górze od tarczy wzrokowej wystająca mała biała plamka. Dziecko zmarło, a po wyłuszczeniu gałki ocznej wykazało badanie anatomiczne lewej gałki typowy glejak. Także i guz oka prawego, który był 3·6 mm szerokim, 5 mm długim i 1·5 mm grubym, wykazał budowę właściwą glejakowi.

Szczególnie na obwodzie dało się spostrzegać bardzo liczne t. zw. rozety Wintersteinera, które były miejscami bardzo obfite. Najbardziej zajmującym było to, że na brzegach nowotworu

dało się bardzo dokładnie widzieć, jak nowotwór ten powstawał ze zgrubiałej wewnętrznej warstwy ziarnistej, co też można było na wszystkich przekrojach dokładnie spostrzegać. Nie podlega też wątpliwości, że powstanie nowotworu na oku drugim było zupełnie niezawisłem od glejaka na oku pierwszym, gdyż guz ten nie przeżarł gałki i nie wytworzył przerzutów, lecz guzy w obu oczach powstały niezawisłe od siebie.

Przypadek ten jest z pośród dotychczas opisywanych dopiero drugim, w którym spostrzegano glejak w tak wczesnym okresie rozwoju. Autor podnosi, że powstanie guza z wewnętrznej warstwy ziarnistej, jak to mógł wykazać, przemawia przeciwko zapatrywaniu, jakoby glejak powstawał z warstwy ziarnistej zewnętrznej. Przeciwno takiemu powstaniu przemawiają bardzo liczne naczynia, które się znajdowały w glejaku początkowym. Naczynia te powstały z naczyń siatkówki, a jest rzeczą wiadomą, że zewnętrzne warstwy siatkówki naczyń nie posiadają. Co się tyczy sposobu powstania oderwania siatkówki przy glejaku, to autor skłania się w tym względzie do zapatrywania Wintersteinerja, jakkolwiek sprzeciwia się on zdaniu tego autora, jakoby rozety pochodziły od czopków i pręcików, a sądzi, że twory te powstają wskutek przemiany się przybłonków gleju i to w obrębie mas obumarłych.

Przyczynek do klinicznego obrazu i do leczenia jaglicy.
(Zum klinischen Bilde und zur Therapie des Trachoms). Dr Schiele.

Autor opisuje istotę i początek jaglicy i wspomina, że wedle jego spostrzeżeń chorzeją przy postaci przewlekłej załamki spojówek dopiero bardzo późno, szczególnie zaś tyczy się to załamek górnych.

Zarazek jaglicy umiejscawia się natomiast początkowo w zewnętrzny kąciku spojówki dolnej powieki.

W bardzo obfitej w jaglicę gubernii kurskiej spostrzegał autor względnie bardzo często jaglicę u małych dzieci, szczególnie u niemowląt, podczas gdy choroba ta jest u dorosłych rzadką. Ten rodzaj jaglicy różni się od postaci przewlekłej tem, że może objąć równocześnie wszystkie części spojówki i rogówkę.

Następnie opisuje autor przebieg jaglicy, przyczynę powstania łuszczyki i inne rodzaje zboczeń spojówki, które bywają często zamieniane z jaglicą, a w których uwidaczniają się ziarenka podobne do jagiel. Tak n. p. widział autor w jednym przypadku śluzoropotoku spojówek podobne zmiany.

Następnie podnosi autor, że znana choroba t. zw. *ophthalmia aegyptica* nie jest chorobą o zmianach jednostajnych, lecz powstaje z ostrej rzeżączki spojówek i z jaglicy o przebiegu łżejszym.

Na podstawie badań przeprowadzonych w gubernii kurskiej jest autor zdania, że wiele przypadków jaglicy leczy się samoistnie i znika bez zabiegów leczniczych. Z podanej tablicy wynika, że z wyższym wiekiem następują co raz częstsze przypadki uleczenia samoistnego i że ślepotą po jaglicy nie przenosi 2%.

Autor badał w przeciągu 10 lat, 8.076 chorych na jaglicę na 18 279 przypadków chorych na oczy.

Tak więc chorzy na jaglicę wynosili 49·2% ogólnej sumy chorych. Przy badaniach zwracano także uwagę na wiek i płęć chorego, jak i na postać chorobową.

Opisane dotychczas badania tyczyły się chorych leczonych ambulatoryjnie, następne zaś badania były przeprowadzane w szkołach. I tak znalazł autor na 2.550 badanych dzieci 57% zaś po odciągnięciu chorych na nieżyt mieszkowy spojówek 47% chorych na jaglicę, przyczem główną przyczyną powstania tej choroby był brak zmysłu czystości u nauczycieli. Większa część uczni przychodzi do szkoły już zakażoną, dla tego też wpływ szkoły na rozprzestrzenienie się choroby nie daje się łatwo wykazać. Przy wszystkich badaniach autor stoi na stanowisku tożsamości jaglicy z zapaleniem mieszkowem, dla dokładności jednak oznacza on procent sehorzei ze stanowiska dualistycznego. Bardzo liczne są przypadki jaglicy po wsiach, gdzie autor znalazł często 75% dzieci dotkniętych jaglicą. Z przeprowadzonych więc badań wynika, że połowa ludności kurskiej jest chorą na jaglicę. Z pomiędzy przyczyn ślepoty zajmuje tutaj jaglica naczelnę stanowisko, gdyż wynosi 42·4%.

Do leczenia poleca autor bardzo gorąco nacieranie przecikiem kwasu jodowego i objaśnia jego działanie. Działanie to może być spotęgowanem, przez wewnętrzne zażywanie jodku potasu, lub też przez zastrzykiwanie jodu pod spojówkę gałkową. Przy takim leczeniu nie ma bólu i nie tworzą się blizny.

Prace z zakresu fizjologii i patologii soczewki. (Arbeiten zur Physiologie und Pathologie der Linse). Dr Freytag.

O wpływie zmian soczewki na refrakcyę oka. Wedle badań Hessa nie można starcze dalekowidzenie tłumaczyć zwiększeniem się współczynnika kory soczewkowej, gdyż gdyby tak było, to należałoby równocześnie przyjąć tem większe zwiększenie się współczynnika (*Index*) jądra. Jeżeliby zaś tak było, to siła łamliwości oka musiałaby się raczej zwiększyć, a nie jak się to rzecz ma, zmniejszać. Natomiast tak przy jądrze płaskiem, jak i silniej wypukłóm pokazuje się wzmożenie ilości promieni soczewki. To zdaje się najbardziej przemawiać za powstaniem star-

czej długowzroczności, a takiemu pojmowaniu tej sprawy nie sprzeciwia się wcale fizyologiczny wzrost soczewki.

Jest to tem prawdopodobniejszem, że ogólne zwiększanie się przekroju krzywizny dla powstania krótkowidzenia przy zaćmie pęczniającej (*Cat. intumescens*) jest przyczyną prawdopodobnie zmniejszenia się współczynnika kory soczewkowej. Przy soczewce o podwójnem ognisku chodzi prawdopodobnie o nieprawidłowe także różnice pomiędzy współczynnikiem jądra i kory. Większość tych przypadków należy tymczasowo uważać za czystą myopię jądra soczewki.

O obrazkach odbijających się na ludzkiej soczewce.

U 81 osób badał autor 147 prawidłowych ocz, przy czem spostrzegał u wszystkich osób ponad 24 lat życia mających bardzo dokładny obrazek na przedniej powierzchni jądra. Po 31 roku życia mieli wszyscy badani bardzo dokładny obrazek na tylnej powierzchni jądra, a tylko w jednym przypadku u 57 l. czło-wieka widział autor ten obrazek tylko na jednym oku. Tak więc połowa trzeciego dziesiątka jest mniej więcej granicą, od której dają się prawie zawsze spostrzegać obrazki jądrowe. Z tych badań, jako też ze silniejszego występowania obrazków z wzmagającym się wiekiem wynika, że zapatrywanie Hessa, co do zwiększania się różnicy pomiędzy współczynnikiem załamania kory i jądra soczewki odpowiednio do wzmagania się wieku u ludzi, jest zupełnie słusznem.

Heft 4.

Zaczopowanie tętnicy środkowej siatkówki z utrzymaniem przytarczowej części siatkówki. (Ein Verschluss der Arteria centralis retinae mit gesundem parapapillärem Bezirk). Dr Ernst Graefenberg.

Autor opisuje przypadek, w którym środkowa tętnica nagle została zaczopowaną, przy czem jednak pozostała nienaruszoną pięciokątna część siatkówki, przylegająca tuż do tarczy wzrokowej. Utrzymana ta część była na jeden przekrój tarczy wzrokowej szeroką i wysoką. Pomimo, że w ciągu trwania tej zmiany utrzymana ta część siatkówki straciła nieco na zabarwieniu, to jednak czynność wzrokowa nie została przez to upośledzoną.

Ponieważ przez utrzymane to miejsce siatkówki przebiegało naczynie okrążające łukowato zewnętrzny brzeg tarczy wzrokowej a zdawało się ono być tętnicą rzęskowo-siatkówkową, sądził autor, że naczynie to pośredniczy w odżywieniu tej części siatkówki. Gdy jednak z czasem i to naczynie zatkanem zostało a pomimo tego czynność wzroku niezmienną pozostała, wynikało z tego, że naczynie to było odgałęzieniem środkowej tętnicy, a od-

żywienie siatkówki musiało w tem miejscu odbywać się drogą cieniutkich naczyń końcowych rzęskowych.

Do kazuistyki kryształowych utworów oka. (Zur Casuistik krystallähulicher Gebilde des Auges). Dr Paul Schuster.

W przypadku t. z. *leucoma adhaerens* znalazł autor w bliznie wyraźne utwory gruczołowate. Gruczoły te składały się z krystalicznych cząstek szpilkowatych o jedwabistym połysku. W innym znowu przypadku widział autor liczne lśniące bulwiaste twory w obu nerwach wzrokowych, przyczem bystrość wzroku była prawidłową. Przypadek ten w tarczy wzrokowej przemawia, zdaniem autora, za niezapalnym powstawaniem tych gruczołowatych tworów.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach soli. (Über subconjunctivale Kochsalzinjectionen). Dr Beck.

Odnosnie do spostrzeżeń opisanych w tym archiwie tom LIII. opisuje autor dalsze dodatnie wyniki zastrzykiwań solnych. I tak, widział on w 5 przypadkach zmętnień w ciałku szklistem 4 razy polepszenie, z 8-miu spostrzeganych przypadków *Chorioiritis centralis* 7 przypadków polepszenia.

Równocześnie stosował leczenie napolne.

Polepszenie spostrzegał także w jednym przypadku oderwania siatkówki i w jednym przeszywającego urazu, w przypadku zaś współzależnego zapalenia oka wystąpiło pogorszenie.

O polu widzenia przy skiaskopii i przy wziernikowaniu. (Über das Gesichtsfeld beim Skiaskopieren und Ophthalmoscopieren). Dr Borscheke.

Autor polemizuje z Wolffem i zbija dowody, które Wolff naprowadza przeciwko teorii odtwarzania się światła (*Lichtabbildungstheorie*) przyczem zaznacza, że jego w tym kierunku doświadczenia były zawisłe od wielkości otworu wziernika a nie od środka optycznego, jak to Wolff mylnie sądzi.

Zdaniem autora wielkość pola widzenia przy wziernikowaniu i skiaskopii jest zawisłą od źrenicy oka badanego i otworu we wzierniku i równa się sumie obu tych projektowanych płaszczyzn. Autor nie twierdził nigdy, że pole widzenia przy skiaskopii ma być większem aniżeli przy oftalmoskopii, jak to twierdzi Wolff. Kończy on uwagą, że teoria Wolffa opiera się na domysłach, które nie odpowiadają rzeczywistości i jest zupełnie mylną.

O zacmie powstałej wskutek tęcza. (Zur Tetanie-Cataract). Dr Sperber.

Autor opisuje 6 przypadków takiej zacmy u kobiet, które przeżyły poród. Przytem spostrzegał utratę włosów i paznogi

a również dały się we wszystkich przypadkach spostrzegać objawy Trousséau i Chwosteka. W większej ilości przypadków wyjęte jądro było bardzo płaskie i znacznie powiększone: Objaw ten tłumaczy autor w ten sposób, że przez tę chorobę nastąpiło bardzo rychle stwardnienie jądra, a również znaczne zmniejszenie się jego objętości przez utratę wody, czem się też daje tłumaczyć tak bardzo nagłe i rychle powstanie tego rodzaju zaćmy.

Badania przy niedowidzeniu, spowodowanem nadmiernem użyciem tytoniu i alkoholu. (Untersuchungen bei Tabak-Alkohol-Amblyopie). Dr Bär.

Z pośród licznych chorych, spostrzeganych przez autora z powodu niedowidzenia, powstałego przez zatrucie tytoniem i alkoholem, nie spostrzegał autor ani jednego przypadku czystego niedowidzenia tytoniowego. U badanych alkoholików najwyższą granicą nadmiernego zużycia trunków stanowiło dziennie $1\frac{1}{2}$ litra wódki, albo 3 l wina lub też 4 l. piwa. Z pośród badanych cierpiało 5% równocześnie na zapalenie innych nerwów. Najmłodszy z badanych miał lat 17, najstarszy lat 70. Autor zauważył dość często przy stanie prawidłowym wzroku na odległość, znaczne upośledzenie siły wzroku w pobliżu. Przytem poczucie na światło było bardzo upośledzonym, przy równocześnie istniejącym całkowitym ubytku w polu widzenia. Autor spostrzegał podobnie, jak Groenouw, że całkowity ubytek w polu widzenia był częstokroć nie jednolitym, ale składał się z dwóch części, z których część jedna znajdowała się obok punktu środkowego, część druga zaś odpowiadała okolicy ślepej plamki. Obie te części łączyły się ze sobą za pomocą względnego ubytku, w postaci mostu. W ogólności zgadzają się spostrzeżenia autora po większej części ze spostrzeżeniami Groenouwa. I tak podnosi i on, że przy względnym ubytku w polu widzenia ucierpiała przedewszystkiem wrażliwość na barwę zieloną. W tym okresie choroby bywa częstokroć białe rozpoznawane jako niebieskie. Autor mógł tylko w jednym przypadku rozpoznawać ubytki przyśrodkowe (*Scotoma paracentrale*). Przy znacznieszem współśrodkowem ścięśnieniu pola widzenia trzeba zawsze mieć na myśli inną jeszcze jakąś chorobę i to najczęściej rdzenia paieczowego.

O szklistem zwyrodnieniu spojówki. (Über hyaline Degeneration der Conjunctiva). Dr Ischreyt.

Autor opisuje dwa przypadki powyższej zmiany, w których zwyrodniała była spojówka powiekowa, z częściowymi przerzutami i na spojówkę gałkową. W pierwszym przypadku zdaje się, że

przyczyną zwyrodnienia była jaglica, którą autor przy badaniu mikroskopowem znalazł. W przypadku zaś drugim etiologia była niejasną. Autor znalazł złogi szkliste także w przekrojach naczyń krwionośnych i limfatycznych, co jego zdaniem nie było weale dotychczas spostrzeganem, lub co najmniej nie dokładnie*).

W przypadku pierwszym znajdowały się zorganizowane złogi i to najliczniej w komórkach wstecznie zmienionych. Były to najprawdopodobniej przybłonki naczyń przemieszczone w złogi szkliste. W przypadku drugim dała się spostrzegać jakaś dziwna zmiana wsteczna w jądrze komórki. Z powodu braku podziału w różnych przypadkach zwyrodnienia szklistego, radzi autor rozróżniać 4 typy, oparte na podstawie anatomiczno-patologicznej.

Do typu 1-go należą przypadki t. z. spojówkowego koloidu (*Lubarsch*). Przytem spływają maleńkie ziarenka szkliste, znajdujące się w komórkach tkanki adenoidalnej i powodują zanik komórek.

Do typu 2-go należą te przypadki, w których występuje wybitne zwyrodnienie szkliste w ścianach naczyń pomiędzy chrząstką a przybłonkiem i które rozprzestrzenia się dalej na powierzchni naczyń.

Do typu 3-go należą te przypadki, w których *tunica mucosa conjunctivae* silnie wybija a zwyrodnienie szkliste schodzi na drugi plan.

Typ 4-ty jest nacechowanym tworzeniem się złogów szklistych w pośrodku tkanki adenoidalnej.

Operacja jaskry absolutnej, z uwagami o soczewkach przy jaskrze. (Die Operation des Glaucoma absolutum, nebst Bemerkungen über Glaucomlinsen). Dr. Topolański.

Jako środek usuwający całkowicie ból przy jaskrze absol. poleca autor wyjęcie soczewki. Postępuje on przytem w sposób następujący: 15 minut przed operacją zastrzykuje podskórnie mor-

*) Gdyby autor był się dokładnie przyglądał pracy mej, tyższej się tego przedmiotu, a ogłoszonej w tymże Archiwie t. LII. str. 205, byłby się przekonał, że twierdzenie jego, jakoby dotychczasowe badania nie wykazywały złogów szklistych w przekrojach naczyń, jest bezpodstawnem. Na str. 211 t. c. piszę dokładnie: »Das Hyalin ist besonders in den Gefäßwänden etablirt, aber spärlich auch zwischen die Bindegewebslagen eingebettet. Die ausgesprochene Erkrankung der Gefäßwände, die bis zur Obliteration zahlreicher Gefäße geführt hat, legt es zuerst nahe die Ursache der Hyalindegeneration in einer primären Gefässerkrankung, einer Vasculitis, proliferans zu suchen. Aber es ist auch die Deutung möglich, dass aus irgend einer uns unbekanntem Ursache hyaline Ausscheidungen in den Gefäßwänden erfolgten, und diese dann durch Reizwirkung zu Wucherung der zelligen Elemente der Gefäßwand Anlass gaben«.

finę, potem znieczuliła dokładnie oko kokainą. Następnie robi irydektomię i wyjmuje soczewkę. Przytem nie należy robić płatu spojówkowego, gdyż z łatwością przychodzi do utraty ciała szklistego, przez co też przy następowem leczeniu ranka długi czas nie zamyka się. Autor spostrzegał bardzo często po operacyi przewlekłej jaskry zaćmę łobekową, przyczem można było stanowczo wykluczyć powstanie zaćmy wskutek operacyi. Taka zaćma powstaje najczęściej na obwodzie koloboma odpowiednio do równika soczewki. Przyczyny szukać należy w silnem napięciu wieńca rzęskowego, które przy jaskrze szczególnie usposabia do pęknięcia, wskutek gwałtownego wsunięcia się soczewki ku przodowi. Inny znowu rodzaj zaćmienia soczewki spostrzegał autor po operacyi jaskry ostrej, przyczem soczewka całkowicie mętniała, a wyjaśniała się po upływie 3—5 dni.

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

Nr 7. *Cyanopsya i ksantopsya pochodzenia soczewkowego u jednej i tej samej osoby.* (Cyanopsie et xanthopsie d'origine cristallinienne chez le même sujet). Van Duysse.

Widzenie barwne może, jak wiadomo, powstawać z bardzo różnych powodów: Przyczyna leżeć może w ośrodkach nerwowych (halucynacye barwne, stany histeryczne), albo też wchodzą w grę pewne zatrucia lekarstwiane (santonina, kwas pikrynowy) albo wreszcie barwne widzenie zależy od soczewki ocznej. Co do częstości zestawia autor poszczególne rodzaje widzenia barwnego w następujący szereg, zaczynając od najczęściej zdarzającego się czerwonowidzenia: erytropsya, ksantopsya, chloropsya, cyanopsya, jantynopsya (od *ζῳδῖνος* fiołkowy).

Autor opisuje przypadek, w którym bez żadnej wątpliwości widzenie barwne było pochodzenia soczewkowego. U 59-letniej kobiety z zarośnięciem źrenicy wystąpiła po wykouaniu irydektomii wybitna ksantopsya. Badanie wykazało żółto-brunatną zaćmę jądrową. Po usunięciu zaćmy ksantopsya ustąpiła miejsca cyanopsyi. Autor zwraca uwagę, że cyanopsya po operacyi zaćmy, zwłaszcza zaćmy jądrowej, nie jest wcale rzadkiem zdarzeniem. Przed operacyą soczewka chłoneła promienie niebieskie i fiołkowe, przepuszczając głównie tylko żółte i czerwone, po wydobyciu zaś zaćmy promienie niebieskie nie znajdują już przeszkody i uzyskują przewagę, powodując widzenie wszystkich przedmiotów w barwie błę-

kitnej. Podobną cyanopsję można też wywołać sztucznie, używając przez czas krótki okularów ze szkła żółtego. Cyanopsya, jaka potem występuje, trwa oczywiście bardzo krótko, gdy po operacyi katarakty utrzymuje się nieraz przez kilka tygodni, bo też w tym ostatnim wypadku promienie niebieskie nieraz przez lata całe były przez soczewkę zatrzymywane.

Gruczolak, wychodzący z gruczołów Meiboma. (L'adé-
nome des glandes de Meibomius). Cabannes i Lafon.

Gruczolaki, wychodzące z gruczołów Meiboma muszą niewątpliwie zachodzić o wiele częściej niż się na pozór wydaje, często jednak bywają zapoznawane z powodu wielkiego podobieństwa zewnętrznego do gradówek. Dopiero badanie anatomiczne może wyświetlić właściwą istotę guzka. Dla tego to w literaturze znajduje się zaledwie kilka spostrzeżeń gruczolaka (Baldanf, Bock, Rumszewicz, Wadsworth, Mills, Knapp i Salzmann). Do tej kazuistyki dodają autorowie jedno spostrzeżenie własne guzka wielkości ziarna pszenicy, wyciętego z powieki dolnej u 69-letniej kobiety. Badanie histologiczne wykazało typowe utkanie gruczolaka. Guzki gruczolakowe, wychodzące z gruczołów Meiboma rozwijają się bez żadnych objawów zapalnych i mogą dojść do wielkości orzecha laskowego, jak w przypadkach Salzmann'a i Bock'a. Miewają one zbitość chrząstkową i są ostro ograniczone. Czasem wytwarzają się w ich mięszu przestwory torbielowe, a wtedy przy nacięciu zachowuje się gruczolak prawie tak samo jak gradówka. Zresztą odróżnienie gruczolaka od innych nowotworów łagodnych lub złośliwych, wychodzących z chrząstki powiekowej bywa niejednokrotnie przynajmniej w początkowych okresach bardzo trudne.

Częściowe wycięcie rogówki. (La kératectomie à lambeaux).
Fage.

Autor opisuje operacyjny sposób pomniejszania gałki ocznej rozdętej wskutek garbiaka rogówkowego dla stworzenia dobrego podkładu dla protezy. Przy operacyi tej stara się oszczędzić jak największą część rogówki i po wycięciu garbiaka wykonywa syndezmoplastykę.

Przypadek blepharochalasis. (Un cas de blepharochalasis). Scrinii.

Opis typowego przypadku obustronnej *blepharochalasis* ze zwiegnięciem gruczołów łzowych oczodołowych. Badanie mikroskopowe wykazało zanik i zwiotezenie skóry, i rozszerzenie podskórnych spłotów żylnych.

Thrombophlebitis venae centralis retinae u osobnika gruźliczego. (Thrombo-phlébite de la veine centrale de la rétine chez un tuberculeux). P é c h i n.

U 30-letniego mężczyzny z zawodu koszykarza, dotkniętego rozwiniętą już gruźlicą płuc, wystąpił nagle niedowład prawej połowy twarzy, a po upływie roku nagła utrata wzroku na oku lewym. Badanie wzornikiem wykazało zblednięcie tarczy, zwężenie tętnie, a rozszerzenie żył. Siatkówka w otoczeniu tarczy była zmątlona, a w plamce żółtej plama koloru wiśniowego. Na szyi po lewej stronie ropne zapalenie gruczołów chłonnych. Zmianę w oku tłumaczy autor ropnem zacopowaniem środkowej żyły siatkówki. Podobna sprawa w jamie czaszkowej była powodem niedowładu. *Thrombophlebitis* zdarza się, zdaniem autora, często przy gruźlicy płuc, a nawet przez niektórych bywa uważaną za jeden z jej objawów zwiastunowych.

Przybłoniak nagałkowy. (Epithelioma épibulbaire). C o s s m e t t a t o s.

Autor wyłuszczył gałkę oczną u 45-letniej kobiety z powodu guza rakowego, wychodzącego z okolicy granicy twardówki-rogówkowej, i pokrywającego gałkę oczną w zupełności. Nowotwór zajął już znaczną część spojówki gałkowej, zniszczył przybłonek rogowki, błonę B o w m a n a i powierzchowne warstwy miąższu rogowkowego. Ten właśnie ostatni szczegół wyróżnia ten przypadek od wielu podobnych, zwyczajnie bowiem błona B o w m a n a najdłużej stawia opór nacieczeniu nowotworowemu. Wnika ono najeczęściej w głąb gałki w okolicy rąbka rogowko-twardówkowego drogą przestworów żylnych i limfatycznych.

Nr 8. *Irydektomia i sklerektomia w leczeniu jaskry przewlekłej: Nowy sposób wytwarzania blizny przesączającej.* (Iridectomie et sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome chronique: Procédé nouveau pour l'établissement de la cicatrice filtrante). F. L a g r a n g e.

Skuteczność irydektomii w jaskrze ostrej nie podlega dziś żadnej wątpliwości, natomiast w różnych postaciach jaskry przewlekłej wyniki irydektomii są co najmniej niestałe, a w niektórych wypadkach nawet ujemne. Dla tego to dążeniem operatorów jest stworzenie blizny przesączającej, która by zapewniała trwałą odpływ nadmiarowi cieczy śródocznych. Żadna z dotychczas używanych i zalecanych operacji nie stwarza jednak trwałej blizny filtracyjnej, najeczęściej bowiem tkanka bliznowata twardnieje w krótkim czasie i przestaje być przepuszczalną. Autor używa od kilku lat

nowego sposobu operacyjnego własnego pomysłu, zapewniającego trwale przesączenie się cieczy śródocznych. Robi on cięcie płatkowe nożem Graefego, wytwarzając u góry spory płatek twardówko-spojówkowy. Z płatka tego odgina szczypeczykami spojówkę, a następnie zapomocą zakrzywionych nożyczek wycina kawałek trójkątny twardówki. Wreszeie dodaje zwyczajną irydektomię. Przebieg pooperacyjny bywa zwyczajny z tą różnicą, że przednia komora nie od razu się odtwarza, lecz nieraz dopiero po upływie kilku dni. W miejscu wyciętego kawałka twardówki powstaje zagłębienie rodzaj okienka, przykrytego spojówką. Okienko to stanowi jakoby klapę bezpieczeństwa dla oka skłonnego do podwyższenia ucisku śródocznego. Aby wykazać trwałą skuteczność tego nowego sposobu operacyjnego przytacza autor 15 przypadków spostrzeganych przez szereg lat, w których w powyższy sposób wykonana sklerektomia w połączeniu z irydektomią sprowadziła trwałą poprawę, a względnie ostateczne wyleczenie przewlekłej jaskry.

Szczególna postać gruźlicy jagodówki. (Forme spéciale de tuberculose du tractus uvéal). Pechin.

Autor wskazuje, że jakkolwiek zarazek gruźlicy jest oddawna znany, to jednak rodzaje zatrucia tkanek ustroju, jakie on jest w stanie wywołać, nie są dotąd wystarczająco zbadane. Z tego powodu spotykamy się niejednokrotnie z zupełnie nowymi, nieopisanymi dotąd obrazami klinicznymi. Przytacza on dwa spostrzeżenia własne gruźlicy jagodówki u kobiet młodych, dotkniętych gruźlicą ogólną. Na całym obwodzie rogówki widać było na błonie Descemet'a liczne drobne plamki okrągłe barwy cytrynowo-żółtej. Prócz tego okazywały oczy inne zwykłe znamiona gruźlicy śródgałkowej, jak gruzelki w tęczówce, pospolite szare złogi na tylnej ścianie rogówki etc. Autor utrzymuje, że w przypadkach podobnych zmiany w oczach nie są wywołane bezpośrednio obecnością prątków Kocha, lecz są następstwem zatrucia tkanek jadem gruźliczym we krwi krążącym.

Zaćma biegunowa przednia obustronna. (Badanie histologiczne). (Cataracte polaire antérieure bilatérale. Examen histologique). Onfray i Opin.

Na podstawie mikroskopowego badania przypadku zaćmy biegunowej przedniej przechyła się autor do teorii, wedle której zaćma taka ma być mechanicznem następstwem odzepienia torebki przedniej od miąższu soczewkowego, czy to wskutek działania resztek tkanki mezodermalnej, czy w następstwie przebicia środkowego wrzodu rogówkowego.

Osteoperiostitis w następstwie zapalenia zatoki czołowej. (Ostéo-périostite consécutive à une sinusite frontale). Moissonnier.

Autor opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 17-letniej dziewczyny, u której przy operacyi ropnia zatoki czołowej wydobyty został martwiak z kości czołowej $3\frac{1}{2}$ em długi, 2 em szeroki, nieregularnie ponadzerany. Zapalenie zatoki czołowej wystąpiło w tym przypadku bezpośrednio po błonicy gardła. Autor przypuszcza, że sprawa błonicowa z gardła przez jamę nosa dostała się do zatoki czołowej. Jako najlepszy sposób postępowania operacyjnego zaleca on w przypadkach *sinusitis frontalis* szeroką resekcję przedniej ściany zatoki, wyłuszczenie dokładne jej wnętrza, i osuszkowanie po częściowem lub zupełnem wycięciu kości siłowej.

Okolice między łarcza a plamka żółta i badanie perymetryczne barw przy oderwaniu siatkówki. (La région papillo-maculaire et la périmétrie des couleurs dans le décollement rétinien). Cantonnet.

Autor ogłosił już szereg artykułów o t. zw. okolicy Mariotte'a, w której można zapomocą perymetru wykazać pewne upośledzenie sprawności fizyologicznej siatkówki w przypadkach postępującej krótkowzroczności. Objaw ten ma dla rokowania w tych przypadkach bardzo ważne znaczenie. (Por. »Postęp Okuli-styczny« 1906, str. 320).

Obecnie podjął autor szereg analogicznych, żmudnych i cierpliwych badań zapomocą perymetru w przypadkach częściowego oderwania siatkówki i na podstawie porobionych spostrzeżeń wykazuje, że siatkówka nie oderwana w miejscach sąsiadujących z oderwaniem nie jest zupełnie prawidłową, chociaż zmian wzornikiem dostrzegalnych nie okazuje. Ścisłe badanie perymetryczne pozwala zazwyczaj wykryć osłabienie lub zniesienie poczucia barw w granicach, trzymających się w pewnej odległości od granic rzeczywistego odzepienia. Zjawisko to odnieść oczywiście należy do ustawicznego potągania, jakiego doznaje przylegająca część siatkówki ze strony siatkówki oderwanej.

Berl. klin. Wechschrift. 1906. (Ref. Dr W. Reis).

Nr 16. *Przemijająca obu stroną ślepotą z utrzymaniem oddziaływaniem źrenic i niemota pamięciowa po napadzie kurczowym.* (Transitorische doppelseitige Amaurose mit erhaltener Pupillenreaktion nach Krampfaufall). H. Schmidt.

U kobiety 54-letniej z miążdżycą tętnic mózgowych, cierpiącej od dawna na padaczkę, wystąpiły po napadzie zupełna ślepotą

i utrata mowy. Oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność były utrzymane, uszkodzenie więc pierwotnych ośrodków wzrokowych było wykluczone. Oddziaływanie źrenic było osobliwe: po początkowym zwiężeniu źrenicy następowało rozszerzenie, które utrzymywało się stale nawet przy dłużej trwającym oświetlaniu. Powstanie tego zjawiska tłumaczy S. podobnie jak Silex nadmiernem pobudzeniem włókien źrenicznych nerwu wzrokowego, bodziec świetlny wywołuje nadmierny wysięk i następnie znużenie włókien zwiężających źrenicę, tak że włókna nerwu współczulnego uzyskują przewagę. Zupelną ślepotę na obu oczach spostrzeżono w 2¹/₂ godziny po napadzie, trwała ona cztery godziny, poczem stopniowo bystrość wzroku wracała. W opisanym przypadku wspólna jakaś przyczyna musiała spowodować wystąpienie ślepoty i utraty mowy; być może, że podczas napadu wystąpiła przemijająca przeszkoda w krążeniu tętniczym, zaopatrującem obszar obu płatów potylicznych.

Nr 40. *Przyczynek do leczenia jaglicy radem.* (Beitrag zur Behandlung des Trachoms mit Radium). Dinder.

Autor naświetlał ziarna jaglicze z początku 5 mg radu dwa razy w tygodniu przez przeciąg jednej do pięciu minut, później zaś tylko raz w tygodniu i przez czas o połowę krótszy, ale za to radem dwa razy mocniejszym. W leczeniu były przeważnie przypadki przestarzałe, leczone już przez przeciąg 2—6 lat. Z 16-u w ten sposób leczonych przypadków u 7-u ziarna całkowicie znikły. Im młodszym jest osobnik, tem szybciej następuje wyleczenie, w starszych przypadkach powikłanych łuszczką, wyleczenie następuje powoli, łuszcзка i ziarna jaglicze stopniowo zanikają a chorzy są znowu w stanie pracować. Wyniki otrzymane zachęcają autora do przedsięwzięcia dalszych prób na większą skalę.

Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie. Nr 20. Avril 1906. (Referent Dr Matusewiczówna).

Dwa przypadki blepharitis wywołane przez farbę na włosy. (Deux cas de blépharo-conjonctivite dus à l'usage de la teinture capillaire). Bettremieux (Roubaix).

Choroba wystąpiła w postaci *blepharitis eczematosa*, w jednym przypadku dotkniętą była również skóra twarzy. Farba użyta zawierała zapewne związki anilinowe, które, jak to wykazał Dr Vogt (Archives d'Ophthalmologie, avril 1906) działają szkodliwie na spojówkę. Choroba trwała kilka tygodni po nieostrożnem zastosowaniu barwika. Leczenia używał autor takiego, jakie się zwykle stosuje przy *blepharitis eczematosa*.

Przypadek silnego zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego ze zmianami w naczyniówce. (Considérations à propos d'un cas de névroréinite violente avec lésions choroïdiennes). Dr Ev. Stocké (Gandawa).

Chora zgłasza się z powodu obniżenia bystrości wzrokowej w oku prawem, trwającego $2\frac{1}{2}$ miesięcy. Leczone ją wstrzykiwaniami podskórnymi i podspojówkowymi bez skutku. Wywiady oprócz 3 poronień nie wykazały nic szczególnego. Autor znalazł wziernikiem obraz silnego zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki, dalej w okolicy m. l. i około nerwu stare i świeże ogniska zapalne i atroficzne w naczyniówce $V = \frac{1}{50}$. Zastosowano energiczne leczenie rtęciowe w postaci wieerek, zastrzyknięto sinek rtęci pod spojówkę. Oprócz tego Kf i salicyl na poty. W 5 dni po pierwszej konsultacji $V = \frac{5}{50}$. Wziernikiem tarcz n. wzr. płaska, brzegi wyraźne, wysięk siatkówkowy znikł, żyły jeszcze nieco rozdęte.

Leczenie dalej prowadzono tak samo. Po upływie $1\frac{1}{2}$ miesiąca $V = \frac{5}{50}$, wziernikiem: tarcz górą i dołem nieco zatarta, naczynia prawidłowe. Pomimo, że choroba zdaje się opanowana, autor radzi jeszcze chorej od czasu do czasu powtarzać wieerki i jod.

Referent zwraca uwagę, jak nieocenionem jest leczenie rtęcią głębokich zachorzeń oka i szczególniej radzi stosowanie dużych dawek, aby działanie mogło być jak najenergiczniejsze.

Zachorzenia kłowe dróg łzowych. (Des affections syphilitiques des voies lacrymales). Dr Tacké (Bruxelles).

W 1-m i 3-m przypadku chodziło o kłaki Obrzmienie woreczka łzowego, skóra nad nim nieco błedsza od otaczającej, dotyk dość bolesny, przy ucisku nie wydobywa się przez punkcik łzowy ropa. Badanie drobnowidowe wykazało w 1-m przypadku tkankę granulacyjną, dużo leukocytów i nieco komórek zserowiałych bez jądra. Wywiady wykazały kłę.

W 2-m przypadku skóra nad obrzmiałym woreczkiem była zaczerwieniona i przedstawiała niewielkie owrzodzenie o wyniosłych brzegach.

Zmiany w gardle wykazywały wtórzaną kłę.

Pod wpływem leczenia swoistego nastąpiło we wszystkich tych przypadkach zupełne wyzdrowienie.

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

Nr 31. *O starczym zaniku mięśni ocznych.* (Über senile Atrophie der Augenmuskeln). Thiele i Grawitz.

U chorej 70-letniej wystąpiło odosobnione obustronne opadnięcie powieki górnej t. z. *ptosis amyotrophica*. Etiologia tego cierpienia dokładnie nie jest znana. Fuchs uważa je za pierwotny zanik mięśni dźwigacza powieki górnej, Silex i Kuhn zaliczają to cierpienie do grupy rzekomego przerostu mięśni, Möbius zaś uważa zmiany w mięśniach za niewystarczające, by zasadnicze wyprowadzić z nich wnioski. Zmiany mikroskopowe mogą być bowiem takie same przy porażeniach jądrowych, a w zastarzałych przypadkach trudno odróżnić zanik mięśniowy pochodzenia nerwowego od zaniku pierwotnego. Na podstawie licznych systematycznych badań mikroskopowych nie tylko mięśni powiek, lecz także pozostałych mięśni ocznych osobników, którzy za życia nigdy nie cierpieli na opadnięcie powieki, doszli autorowie do wniosku, że u starszych osobników bez różnicy płci wszystkie mięśnie oczne wykazują podobne zmiany wsteczne (zanik, zwyrodnienie tłuszczowe).

Zmiany te napotymano już w 30 r. życia. Zapoznanie tych zmian i uważanie je za swoistą postać chorobową tłumaczy się tem, że badania poprzednich autorów ograniczyły się tylko do małego kawałka dźwigacza powieki górnej, wyciętego przy operacji opadnięcia powieki. Opisana postać chorobowa nie zależy więc od zmian znalezionych tylko w mięśniach powiekowych, lecz należy ją uważać za jeden z objawów zaniku starczego wszystkich mięśni ocznych.

Rokowanie i leczenie drażących zakażonych ran oka.
(Prognose und Therapie der perforierenden infizierten Augapfelverletzungen). Schirmer.

Rokowanie zranień drażących w głąb oka powinno wyłącznie zależeć od tego, czy rana jest zakażona czy nie. Fuchs i Praun uważają zakażoną gałkę za niewątpliwie straconą. Autor nie jest jednak tak pesymistycznie usposobiony i twierdzi, że przy odpowiednim i wczesnym leczeniu udaje się prawie $\frac{2}{3}$ zakażonych gałek utrzymać, a z tych znaczny nawet odsetek z użyteczną bystrością wzroku. Przy leczeniu zwraca S. główną uwagę na zalanie wprost ręką całego ustroju. Osoby dorosłe mogą wcierać 6—9 gramów szaruchy, rano i wieczór po połowie — dzieciom $\frac{1}{3}$ —3 gr. lub gdy wcierań nie znoszą — fartuszek rękawowy (*mercolint*) po 50 $\frac{0}{5}$. W przypadkach cięższych równocześnie wstrzykiwania głębokie w pośladki łatwo rozpuszczalnej soli rtęciowej (1 cm³ 1 $\frac{0}{10}$ dwuz

jodku rtęci, rozpuszczonego w 10% roztworze jodku potasu). Oprócz tego wstrzykiwania podspojówkowe 0,3 cm³ roztworu sublimatu 1 : 2000.

Równocześnie z energicznym leczeniem rtęciowym powinien chorey zachowywać jak największy spokój lub też pozostawać w łóżku aż do końca choroby, co zwykle trwa 4—6 tygodni. Po za tem dawniej używane sposoby leczenia również mogą być stosowane, a więc, atropina, opaska, galwanokaustyka, poty i t. d.

Z 157 ócz leczonych powyższy sposób w ostatnich 10-u latach, udało się wyratować 103 t. j. 66%, z tych zaś 90 czyli 57% z większą lub mniejszą bystrością wzroku. Współczulne zapalenie nie wystąpiło ani razu, nawet po upływie trzech miesięcy po zaprzestaniu leczenia; dopóki rtęć w ustroju się znajduje zdaje się ona działać zapobiegawczo.

Nr 35. *Porażenie mięśni ocznych po znieczuleniu rdzeniowym.* (Augenmuskellähmung nach Rückenmarksanästhesie). Mühsam.

U chorego 26-letniego, operowanego z powodu zapadania wyrostka robaczkowego wystąpiło po wstrzyknięciu rdzeniowym 0.15 g nowokainy dziesiątego dnia porażenie mięśnia odwodzącego; w drugim przypadku u 27-letniej chorej, operowanej z powodu kamicy żółciowej i zapalenia wyrostka robaczkowego, wystąpiło również po znieczuleniu zapomocą 0.08 g stowainy porażenie tego samego mięśnia. Objawy porażenia ustąpiły w krótkim przeciągu czasu. Autor upatruje związek przyczynowy między porażeniem mięśni ocznych a znieczuleniem rdzeniowym, a dla jego wytłumaczenia powołuje się na zapatrywanie Loesera, który przypuszcza, że ów lek zmieszany z płynem mózgo-rdzeniowym wywiera bezpośrednio trujące działanie na ośrodek nerwu.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Saemisch w Bonn i Prof. Voelkers w Kolonii następują z katedr na Wielkanoc 1907.

Habilitowali się: Dr Erdmann w Rostoku i Dr Marcia Bartels w Strasburgu.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: Dra BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. Dra BAŁABANA, Doc. Dra BEDNARSKIEGO Dra GRUDERA, Prof. MACHEKA, I OC. Dra SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, Prof. KOSTANECKIEGO, Dra LIEBERMANN, Doc. Dra K. W. MAJEWSKIEGO, Prof. ULTZA W KRAKOWIE, Dra KRĄMSZYCA W WARSZAWIE, Dra NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, Dra RUMSZEWICZA W KIJOWIE, Dra SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, Dra STRZEMINSKIEGO W WILNIE, Dra J. TALKI W LUBLINIE.

Grudzień

— 8 — ROKNIK ÓSMY — 8 —

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek brodawczaka załamka półksiężycowego.

Podał

Dr. KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Elschnig pierwszy (Arch. f. Augenheilk. XIX, str. 63) zastosował do utworów szypułkowatych na spojówce spostrzeżanych, które uprzednio znane były pod mianem ogólnem polipów, poglądy Billrotha (Allg. chirurg. Pathologie u. Therapie, str. 868) i Eppingera (Klebs Handb. d. pathol. Anatomie 3 Lief.), mianowicie, iż miano polipów tym tylko należy się nowotworom, które powstają z błony śluzowej i przechowują najściślej budowę błonie tej właściwą. Utworów takich na spojówce nie spostrzegali dotąd ani Elschnig, ani też inni. Zdaniem Elschniga, utwory w postaci polipów występujące, prócz ziarniniaków urazowych, są to miękkie włókniki, twarde włókniki, brodawczaki, rzadziej mięsaki. Budowa brodawczaków, właściwie włókników brodawkowych, zdaniem Elschni-

ga, jest bardzo prostą; rozrost tkanki łącznej w postaci wyrostków, w środku których znajduje się pętla naczyniowa, dookoła zaś otacza powłoka przybłonkowa. Fuchs zbadał 11 przypadków brodawczaków spojówki i wciągnął je również do rubryki włókniaków brodawkowych, według klasyfikacji Virchowa.

Postać zewnętrzną brodawczaków przybierać mogą również inne nowotwory. Kroschinsky (Zur Lehre von den Polypösen Geschwülsten etc. Greifswald 1894) w trzech przypadkach znalazł włókniakomięsaki naczyniowe i mięsaka naczyniowego, zaś Zimmermann (Klinische Monatsch. f. Augenheilk. 1894, str. 371) utwór gruzliczy.

W r. 1878 opisałem (Arch. f. Augenheilk. XXXVI, str. 139) przypadek brodawczaka spojówki, który powstał właściwie w okolicy mięska łzowego. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż jakkolwiek nowotwór powstał z tkanki łącznej, jednakże w budowie jego przybłonek jego tak dalece wchodził w grę, iż naczynia i tkanka łączna nie stanowiły nawet $\frac{1}{50}$ części ogólnej masy nowotworu. Przed dwoma laty Velhagen (Ueber die Papillombildung auf der Conjunctiva. Vossius, Sammlung zwangloser Abhandlungen 7 Heft 1904) zebrał w literaturze 95 przypadków brodawczaków spojówki. W 16 znajdowały się one na mięsku łzowym lub fałdzie półksiężycowym, a z tych w 13 były samotne, w 3 — liczne. Sam on opisał 2 przypadki, w których brodawczaki powstały w jednym ze załamka półksiężycowego, lecz jednocześnie znajdowały się drobne utwory na spojówce, w pobliżu kąta wewnętrznego brzegu powieki, w drugim przypadku — w okolicy mięska łzowego, lecz były tu również liczne drobne utwory i nie tylko w pobliżu twardówki, lecz nadto na spojówce dolnej powieki, górną zaś powiekę pokrywały prawie całkowicie.

Przed dwoma miesiącami spostrzegałem następujący przypadek: A. S. 24-letni. Gałki oczne zupełnie prawidłowe, spojówka i powieki również. Przed trzema laty dostrzegł punkcik białawy w kącie wewnętrznym oka prawego, który następnie stopniowo i stale się zwiększał. Przy badaniu spostrzegamy

w okolicy kąta wewnętrznego oka utwór bladuróżowy, który zupełnie prawie kąt ten wypełnia. Po rozszerzeniu szpary widzimy guz bladuróżowy z dłuższą średnicą pionową, a powierzchnią zupełnie gładką, który zajmuje właściwie górną część załamka półksiężycowego, dolny zaś brzeg jego przytyka tylko do mięska łzowego.

Chory nie doświadcza żadnych dolegliwości, prócz chyba nieznacznego łzawienia. Usunąłem więc narośl raczej ze względu na kosmetykę. Długości utwór wycięty miał 8 mm, szerokości 5 mm, postać podługowatą, osadzony był na szerokiej podstawie. Powierzchnia przednia była zaokrągloną i wydatną ku przodowi, środek jej nie wznosił się nad podstawą wyżej nad 3 mm; jest ona zupełnie gładką, co prawda dają się na niej spostrzegać nierówne linje, bez żadnego jednak zagłębienia.

Jakkolwiek wygląd zewnętrzny upoważniał do mniemania, iż w danym przypadku mieliśmy li tylko zwyczajny rozrost załamka, to jednakże badanie drobnovidowe wykazało budowę zupełnie inną. U podstawy guza dawały się spostrzegać pięć pęczków naczyniowych, w każdym 2—5 tętniczek i żyłek, które stopniowo się rozgałęziały. Naczynia te otaczała luźna tkanka łączna, w której znajdowały się gdzieś indziej nieliczne zbiorowiska drobnych komórek okrągłych. Dalej już dopiero pod powierzchnią znajdowały się naczynia włosowate. Powierzchnię guza przykrywał przybłonek z 10—12 warstw złożony. Komórki warstwy powierzchniowej były zupełnie płaskie, zrogowaciałe. Głębiej przybierały kształt stopniowo bardziej okrągły, w warstwie zaś najgłębszej postać miały zupełnie walcowatą. Od powierzchni przybłonka do istoty guza zanurzały się wyrostki przybłonka grubości 8—10 komórek. W pobliżu miejsca zagłębienia komórki stopniowo zmieniały postać i w obrębie zagłębień, w warstwie najbardziej obwodowej, postać miały walcowatą, w części środkowej bardziej okrągłą. O 1 mm głębiej, w wyrostkach, początkowo stałych, dawały się spostrzegać próżnie, a to z powodu, iż komórki ulegały w znacznej ilości zwyrodnieniu śluzowemu, przeistaczając się w komórki puharowe. Zwyrodnieniu temu ulegały zresztą nietylko znacz-

niejsze grupy komórek przybłonka, lecz również odosobnione komórki.

Wyrostki przybłonka zanurzały się do istoty guza głęboko, prawie do podstawy jego i dzieliły w ten sposób istotę guza na kilka zupełnie odosobnionych części, najwyraźniejsze brodaweczki. W warstwie podprzybłonkowej, w której znajdowały się naczynia włosowate, dawały się spostrzegać bardziej znaczne gniazda drobnych komórek okrągłych, które niekiedy przypominały zupełnie woreczki limfatyczne. Pod względem zatem budowy guz w niczem się nie różnił od zwyczajnego brodawczaka.



O zapobiegawczem leczeniu garbców rogówkowych.

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Gdy większych rozmiarów wrzód rogówkowy np. pełzający lub powstały po zapaleniu rzeżączkowym przeszedł okres rozwoju a skłania się po szczęśliwie przebytej walce ciała z drobnoustrojami do zagojenia się, dwie okoliczności grożą oku utratą pozostałej nadziei ocalenia choćby cząstki wzroku, to jest wczesna jaskra następowa lub garbiec rogówki (*staphyloma*). Jeżeli nie przyszło do perforacyi rogówki lub takowa była tylko nieznaczna, jeżeli przeważna część tylnej warstwy rogówki zachowana została, lecz tęczęwka szeroko z rogówką zlepiona wysiękiem, prędkiej czy później, czasami już nawet w czasie klinicznej obserwacyi, zanim chory wypuszczonym zostaje z opieki lekarskiej powstaje jaskra następowa. Z tych to względów wypada nam wczesnie, ile możliwości, przed wypuszczeniem chorego z naszej opieki wykonać irydektomię zapobiegawczą. Nie jest ona częstokroć łatwą, zwłaszcza gdy zaledwo mały przybrzeżny pozostaje nam pasek przezroczystej rogówki, ale jest możliwą przedewszystkiem, gdy dobrym gro-

tem i pod wodzą soczewki powiększającej grot ściśle przeprowadzamy pomiędzy pozostałą przezroczystą mniej więcej rogówką a tęczęwką. Wtenczas to nieraz nietylko bóle, które chorego trapiły, ustają, ale i zablizniająca się rogówka mniej okazuje skłonności do wypuklania się, przezroczystość zaś rogówki wzmagą się. Po miesiącach, jeżeli nie zaraz po operacji bezpośrednio, wzrok w części powraca.

Drugą okolicznością, jaka w czasie przebiegu gojenia się wrzodu nastąpić może, a która nas tutaj szczególniejszej zajmuje, jest tworzenie się garbca, zwykłe następstwo wypadnięcia lub obnażenia tęczęwki, po znaczniejszem przez wrzód zniszczeniu rogówki. Wtenczas to garbiec będzie częściowym, ale w miarę wzmagającego się wzmożonego napięcia gałkowego może się dalej rozszerzać, jeżeli zaś przy spokojnem zachowaniu się chorego i wczesnem przez odczynowe zapalenie zarośnięciu źrenicy mogła tęczęwka pokryć się obfitą tkanką łączną, z początku następuje zabliznienie gładkie, później wytwarza się atoli wydęcie tej tęczęwki i tkanki bliznowatej utworzonej na niej w miejsce rogówki wskutek wzmożonego napięcia. Jeżeli blizna była dość ściśła, jednostajna, rozdęcie będzie powolne, nieznaczne, a u młodych osobników dostanie się w zakres rozdęcia i tylny odcinek gałki (*buphthalmus*). Gdy blizna była wiotka, więcej podatna lub napięcie wzmożone wśródgałkowe z jakichkolwiek powodów weześnie wpływ swój w oczach takich rozwijać zaczęło, szybko wytworzy się garbiec w miejscu przedniego odcinka gałki.

I w jednym i w drugim przypadku oko takie dla wzroku stracone, a nieraz później nietylko dolegliwości choremu sprawia i szpeci go, ale i do następstw przykrych prowadzi (*lagophthalmus*, *blepharitis*, *conjunctivitis etc.*) Wprawdzie przez odpowiednie zabiegi operacyjne zdołamy usuwać i garbiec i następstwa, ale ważniejszą pozostałością rzeczą wczas zapobiegać tworzeniu się tych garbców, co najzupełniej jest w naszej mocy, a jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w przeważnie większej ilości przypadków.

Jaka w tym względzie wskazana jest droga postępowania

nia? Gdy mamy do czynienia z wypadniętą w następstwie wrzodu tęczęwką, a sprawa infekcyjna już zwalczona tak, że nacieku w otoczeniu wypadniętej tęczęwki niema, robimy codziennie nakłucia najwyższego szczytu wypadniętej tęczęwki, a po założeniu maści 10% tigenolowej samej lub w razie wydzieliny spojówkowej z kseroformem (3%) zakładamy opaskę uciskową.

Nakłucia te często też tylko co kilka dni powtarzane być potrzebują, dopóki ciecz wodna przez otworek przesącza. Wtenczas to widzimy, że ściana dalszemu wydęciu nie ulega, a po kilku lub kilkunastu dniach przyplaszcza się. Chory winien przytem zachować się całkiem spokojnie, a mianowicie unikać schylania się, dźwigania ciężkich przedmiotów, wydymania itd. Jeżeli mimo naszych zabiegów w miejscu wypadniętej tęczęwki tworzy się garbiec, wcześniej irydektomię wykonać wypada. Zazwyczaj szybko potem w miejscu garbca małego wytwarza się blizna ścislejsza, opierająca się uciskowi wśródoczynnemu, który zresztą już przez samą irydektomię został obniżonym.

Trudniejsza atoli sprawa, gdy mamy do czynienia z garbceem tworzącym się »na całej linii» tj. w miejscu całej lub prawie całej rogówki. Ale i tu przez konsekwentne nakłuwania i przestrzeganie okoliczności powyżej przytoczonych udaje się zapobiedz postępowi procesu, a nawet już daleko rozwinięte garbce świeże mogą się cofnąć, jak tego znamieny przykład miałem niedawno sposobność śledzić.

Wróciwszy bieżącego roku do Krakowa po wakacjach letowych zastałem na moim oddziale szpitala św. Łazarza chorą 50-letnią, u której na lewem oku z powodu przebytego wrzodu pełzającego wytworzył się garbiec półkulisty o ciemnej ścianie, obejmujący prawie $\frac{3}{4}$ powierzchni rogówki, gdy pozostała $\frac{1}{4}$ była zmętniona.

Z wywiadów przekonałem się, że chora w czasie wakacyj uniwersyteckich tj. 6 sierpnia zjawiła się w ambulatoryum klinicznem podając, iż przed dwoma tygodniami została zraniona przy pracy w polu żdźbłem. Szeroki wrzód pełzający z nagromadzeniem się ropy do przedniej komory do wysokości

$\frac{1}{3}$ pk. był tego następstwem. Chora przyjętą została na oddział oczny szpitala św. Łazarza. Gdy wróciłem do Krakowa zastałem stan powyżej opisany, a chorą przedstawiono mi jako taką, u której wskazanem być miało wyjęcie gałki, na które się też rzekomo zgodziła. Przekonawszy się atoli, że znaczne ropienie worka łzowego tejże strony, pomijając już inne okoliczności, sprzeciwiało się wyjęciu gałki i przekonawszy się dalej, że ściana garbca była cienka, przeświecająca, zarządziłem przedewszystkiem leczenie sprawy ropnej worka łzowego, zawierającego strepto- i stafylokoki. Gdy wystrzykiwania pyoktaniną względnie argentainą ropienie to prawie usunęły, zacząłem robić nakłucia systematyczne garbca, po których tenże zawsze wśród obfitego odpływu cieczy wodnej zapadał, by powoli choć w słabszym stopniu znowu powstać.

Po kilku tygodniach atoli garbiec coraz więcej zmniejszał się, przypłaszczał, pasek zaś rogówki pozostałej rozszerzał się, a ostateczny wynik tego leczenia połączonego po ustąpieniu ropienia woreczka łzowego ze zakładaniem opaski uciskowej po każdorazowym zrobieniu nakłucia był ten, iż w dniu 12/11 zaznaczyłem, iż przedni odcinek gałki równał się pod względem postaci i wielkości prawidłowej rogówce. Zanim chorą wypuściłem ze szpitala wykonałem w sposób powyżej opisany irydektomię, przyczem udało mi się po za częścią pozostałej zmętnionej rogówki wyciąć dość znaczny kawałek tęczówki. Przebieg pooperacyjny był dobry, a lubo po kilku dniach można było tylko przy pomocy światła bocznego o istnieniu szpary tęczówkowej się przekonać, to jednak wygląd oka był dobry, napięcie prawidłowe i chora rozpoznawała ruchy ręki. Nie ulega zaś wątpliwości, iż później i palce na mniejszą odległość rozpoznawać będzie mogła. Jako najważniejszą jednak przy tem okazuje nam się ta zdobycz, iż osobie skazanej na pracę rąk zachowaliśmy gałkę z postacią prawidłową i zabezpieczoną przez irydektomię przed dalszemi jakimi w najbliższej przyszłości zmianami.

Ograniczamy się na przytoczeniu tego jednego tak wymownego przypadku, ale bywało ich w naszej praktyce więcej,

choć nie dotyczyły garbca tak wielkich rozmiarów jak poprzednio opisany.

Na zakończenie nadmienię, iż przy tych nakłuciach winniśmy oczywiście uważać bacznie na to, by nie nakłuć soczewki, co się zdarza w wielu razach, gdy ta przylega do przedniej ściany gałki. Łatwo to niebezpieczeństwo ominie, skoro tylko ostrze noża Graefoskiego zwrócone trzymamy ku przodowi i tylko samym końcem lekko ściankę nakłuwamy. Najodpowiedniejszym miejscem ku temu jest część tworzącego się garbca najwięcej wystająca, a ile możności najwięcej obwodowo położona. Niemniej i na to uważać trzeba, by cięcie nie zrobić wielkiego, gdyż w przypadkach, gdzie soczewka jest zwinięta — a zdarzyć się to może często — wypadające ciało szkliste otwór zbyt nam rozszerzy i następowo uledek może zakażeniu prowadzącemu do ropnia ciała szklistego wzgl. do ropnego ogólnego zapalenia gałki ocznej.

Gdyby nieprzewidziane takie wypadnięcie ciała szklistego nastąpić miało. wstrzymać się winniśmy od dalszych zabiegów, a tylko przypaliwszy ciało szkliste żegadłem galwanicznym i posypawszy garbiec jodoformem opaskę lekko uciskającą ochronną na dni kilka zakładać. Nieprzyjemne atoli takie przy nakłuciach zdarzenie należy do rzadkości, a da się tem łatwiej ominąć, jeżeli przed nakłuciem przez przeświecenie ściany przekonamy się o ile możności, czy przypuszczalnie soczewka miejsca swego nie zmieniła. Dyslokacja bowiem soczewki wypadnięcie ciała czyni prawdopodobnem. Jednak mimo to da ono się i wtenczas nawet ominąć, jeżeli ściana garbca nie jest zbyt cienka, a cięcie, jak rzekłem powyżej, nie większe jak tego wpływ wodnej cieczy wymaga a zatem punkci-kowate.

Ale i to niebezpieczeństwo owego wypadnięcia ciała szklistego nie powinno nas powstrzymać od podjęcia opisanego zabiegu, który tak skutecznie rozwojowi garbca zapobiega, a nieraz i przywrócenie wzroku umożliwia.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

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

Nr 9. *Gruźlica spojówki pierwotna, jej postacie kliniczne, powikłania, rokowanie i leczenie.* (Tuberculose conjonctivale primitive, formes cliniques, complications, pronostic et traitement). Gourfein.

Na podstawie szeregu własnych spostrzeżeń oraz danych z literatury zestawia autor następujące wnioski:

1) Gruźlica spojówki pierwotna może stać się punktem wyjścia gruźlicy mózgu.

2) Rokowanie postaci wrzodzącej jest gorsze niż wszystkich innych postaci klinicznych gruźlicy spojówkowej.

3) W przebiegu gruźlicy spojówkowej mogą zachodzić długie okresy, w których sprawa chorobowa zupełnie prawie przygasa.

4) Pierwotna gruźlica spojówki daje się w zupełności wyliczyć.

Jaskra wskutek wzruszeń psychicznych. (Du glaucome émotif). L. Sonder.

Autor omawia obszernie wpływ wszelakiego rodzaju wzruszeń psychicznych na powstanie jaskry i przytacza odnośne spostrzeżenia własne i Lagrange'a, oraz opinie licznych autorów w tym przedmiocie, między innymi streszcza obszernie pracę Prof. Wicherkiewicza, ogłoszoną w zeszłym roku w »Postępie«. Szczególny nacisk kładzie autor na obawę przed operacją, najczęściej irydektonią z powodu jaskry jednego oka. Obawa taka wywołuje czasem przy istniejącej skłonności wybuch jaskry na oku drugim. Zdarza się to jednak przy wielu innych drobnych nieraz zabiegach, n. p. po wprowadzeniu sondy do przewodu nosołzowego.

Nr. 10. *Badania nad ciśnieniem tętniczym u osób dotkniętych zaćmą starczą.* (Recherches sur la tension artérielle des cataractés). Frenkel i Garipuy.

Badania nad patogenезą zaćmy starczej doprowadziły do powstania licznych hipotez, z których najwięcej zwolenników ma hipoteza przyjmująca arteriosklerozę jako pierwotną przyczynę zaćmiewania się soczewki. Frenkel w jednej ze swych prac poprzednich zdał sprawę ze swych badań nad stanem narządów wydzielniczych w szczególności nerek w przypadkach zaćmy starczej. Wykazał on wtedy, że w moczu osób, dotkniętych zaćmą, bywa

zmniejszoną ilość mocznika, a zwiększoną ilość chlorków. Przepuszczalność nerek jest zmniejszona. Stwierdzić się daje wyraźne opóźnienie wydzielania się moczem wprowadzonego do ustroju błękitu metylenowego. Wreszcie w przypadkach tych zmniejszoną bywa toksyczność moczu. Obecnie, chcąc ustalić przypuszczalny związek przyczynowy między stwardnieniem tętnic a powstawaniem zaćmy starczej, przeprowadzili Frenkel i Garipuy w szeregu przypadków zaćmy ściśle badania nad ciśnieniem krwi w układzie tętniczym, wychodząc z założenia, że przy miażdżycy tętnic ciśnienie to bywa wzmoczone (Potain, Huchard). Badania te doprowadziły autorów do następujących wniosków:

1) Zaćmie starczej bardzo rzadko tylko towarzyszy zwiększone ciśnienie krwi w tętnicach (około 9%).

2) Wzmoczenie ciśnienia spotyka się tylko w tych przypadkach, w których daje się wykazać ogólna przyczyna takiego wzmoczenia (n. p. *nephritis*, *diabetes*).

3) Wiek nie ma wpływu na ciśnienie krwi w tętnicach.

4) O ile prawdą jest, że stwardnieniu tętnic towarzyszy zawsze pewne wzmoczenie ciśnienia krwi, to można twierdzić, że w przypadkach zaćmy arterioskleroza spotyka się rzadko, że zatem nie można jej przypisywać żadnego znaczenia etyologicznego.

5) Zmniejszenie przepuszczalności nerek, jakie stwierdzać się daje w przypadkach zaćmy starczej, nie wywiera żadnego wpływu na stosunki ogólnego krążenia krwi.

6) Można jednak przypuszczać, że zmniejszenie przepuszczalności nerek zbyt nieznaczne, aby wywołać jakiegokolwiek objawy kliniczne wystarcza, aby zatrzymać w ustroju cytotoksyny soczewkowe.

7) Wzmoczenie ciśnienia krwi w przypadkach zaćmy starczej usposabia do krwotoków podczas lub po operacji i to, albo krwotoków w przednim odcinku gałki, albo też groźnych krwotoków naczyńkówek.

8) Jest zatem możliwem, badając ciśnienie krwi, przekonać się przed operacją katarakty, czy nie istnieje skłonność do takich wyboczyń, a jeśli stwierdzi się wzmoczenie ciśnienia wśródtętniczego, należy starać się je obniżyć, podając środki czyszczące, przetwory jodowe etc., aby w ten sposób zapobiedz tym niebezpiecznym powikłaniom.

Przyczynek do fizjologii plamki żółtej. (Essai sur la physiologie de la fovea centralis). Fortin.

Szereg luźnych uwag o własnościach fizjologicznych środkowej części siatkówki. Autor zwraca uwagę na małe rozmiary *foveae*

centralis w porównaniu z całą powierzchnią siatkówki, ale w obrębie tego zagłębienia znajduje się w środku o wiele jeszcze mniejsza, bo zaledwie 2—3 μ . przekroju mająca cząstka siatkówki, która wykonywa właściwą czynność wpatrywania się w oglądany przedmiot. Z powodu tak drobnych rozmiarów części siatkówki przeznaczanej do wpatrywania się, ustawienie oka zapomocą mięśni ocznych zewnętrznych musi się w każdej chwili odbywać z niezmierną dokładnością. Autor przekonał się zapomocą spostrzeżeń osobistych, że mając przed sobą dwa punkciki jak najbardziej do siebie zbliżone, można mimo tego z wszelką łatwością wpatrywać się raz w jeden, raz w drugi. Odstęp takich dwóch punkcików musi być mniejszy od jednej minuty łukowej, ażeby oko nie mogło już wpatrywać się w każdy z nich z osobna. Odstęp taki odpowiada przesunięciu się siatkówki o długość 2 μ , czyli o średnicę jednego czopka siatkówkowego.

W dalszym ciągu wykazuje autor, o ile większą sprawność czynnościową posiada *fovea centralis* w porównaniu z otaczającymi i obwodowymi częściami siatkówki, w których objawy znużenia występują nierównie wczesniej niż w plamce żółtej. Nareszcie podnosi, jak znaczne zachodzą różnice wrażliwości plamki żółtej i otaczającej ją siatkówki. Różni autorowie podają w tym względzie różne cyfry: Auber i Förster znajdują, że w odległości 2° 52' od środkowego punktu siatkówki bystrość wzrokowa spada do $\frac{1}{5}$; Hirschberg w odległości 1° znajduje bystrość obniżoną do $\frac{2}{3}$; Burchardt już w odległości 2" od środka siatkówki ocenia obniżenie bystrości do $\frac{3}{4}$, lub nawet $\frac{1}{2}$ bystrości naosiowej. Bądź co bądź plamka żółta swą siłą czynnościową tak góruje nad pozostałym obszarem siatkówki, że można się zgodzić na wyrażenie autora, który ją nazywa »okiem oka«.

Dziedziczna blepharochalasis z opadnięciem gruczołu łzowego. (Blepharochalasis héréditaire avec dacryoadénoptose). Lafon i Villemonte.

Wskutek przeciągu wystąpiło u 43 letniego stolarza zapalenie gruczołu łzowego lewego, które odpowiednio leczone ustąpiło, pozostawiając po sobie stwardnienie i powiększenie gruczołu. Wskutek zwiększonego ciężaru gruczoł ten opadł, wytworzywszy dla siebie kieszonkę w powiece górnej, która odład okazywała wszystkie znamiona t. zw. *blepharochalasis*. Na podniesienie zasługuje okoliczność, że w rodzinie chorego *blepharochalasis* powtarza się w czterech pokoleniach, są nią bowiem dotknięci: dziadek, matka i syn chorego.

Sparzenie oka sproszkowanym sublimatem. (Brûlure de l'oeil par le sublimé corrosif en substance). Cassimatis.

Wskutek fatalnej pomyłki aptekarza zasypał lekarz (nie okulista) pewnemu młodemu człowiekowi do oka zamiast kalomelu sporą ilość sproszkowanego sublimatu. Natychmiast wystąpił bardzo silny ból, potem obrzęk powiek i całej połowy twarzy. Wkrótce pojawiły się objawy bardzo ostrego zatrucia rżnię: ślinotok, zapalenie dziąseł, bóle w trzewiach, biegunka i ogólne osłabienie. Spojówka powiek i galki zupełnie znekrotyzowana oddzielała się w postaci krwawo ropnych strzępów. Rogówka w całości zaćmiona za ledwie pozwalając dojrzeć mocno zwężoną źrenicę. Gruczoły podszczętkowe i przyuszne silnie obrzmiały i bolesne. Przebieg pomimo starannego leczenia był bardzo ciężki i niepomyślny. Objawy zatrucia ustąpiły wprawdzie, ale z osłabienia nie prędko się chory podźwignął. Natomiast na oku występowały nowe groźne zmiany Rogówkę od dołu zajęło ropne nacieczenie, które doprowadziło do przetobicia i wytworzenia przetoki. Przetoka ta kilkakrotnie otwierała się na nowo, a ilekroć się zamknęła, przychodziło do wzmożenia ucisku i bardzo znacznych bólów. Trzeba było kilkakrotnie powtarzać nakłucie rogówki, wykonano też z wielkim trudem irydektomię, a gdy i ta objawów jaskry nie usunęła, sklerotomię. Autor podnosi niezwykle zachowanie się oka wobec czeryny i pilokarpiny. Środki te zamiast obniżać, wznagwały jeszcze ucisk wśródoczny i potęgowały bóle. Nadmienić przytem wypada, że źrenica mimo poprzedniej atropinizacji zupełnie zarosła, a tęczówka całym swym obwodem przywarła była do rogówki. Wreszcie po 3 miesiącach cierpień zaczął chory doznawać ulgi, objawy jaskry stopniowo się zmniejszały i sprawa skończyła się nieznacznym stosunkowo wzrostem spojówkowym w załamkach i zbliżnowaceniem spojówki.

Berl. klin. Wchschrift. 1906. Nr 38.

O drganiu gałek ocznych wskutek zatrucia. (Über Nystagmus toxicus) von Th. Weyl. (Charlottenburg).

Autor robił doświadczenia na królikach wstrzykując im ciała trujące jak chinosal, lysol, kresol i karbol. Przy rozmaitych objawach zatrucia zauważył nystagmus t. j. drganie gałek ocznych, co dotychczas było spostrzeganiem przy pewnych chorobach mózgu, jak *meningitis*, *sclerosis disseminata*, *morbus Friedreichi*, guzach mózgu, przy urazach czaszki i u ludzi pracujących w ko-

palniach. Podanych jest 8 przypadków, — gdzie wstrzykiwano wspomniane ciała już to pod skórę, już to do jamy brzusznej w ilości 0·7 gr. — 2·00 na kilogram wagi zwierzęcia, Prócz tych doświadczeń robił ich autor więcej, jednakowoż nie zawsze występował *nystagmus*, być może, że rolę odgrywało usposobienie lub pewna odporność zwierzęcia. *Nystagmus* występował w rozmaitym czasie po wstrzyknięciu, wahania były między 7 minutami do 40, w jednym przypadku wystąpiły podczas agonii zwierzęcia. Czas drgania gałek ocznych wynosił pomiędzy kilku minutami do pół godziny, w trzech zaś przypadkach 40, 51, 73 minut. Ruchy gałek występowały równocześnie i symetrycznie. W dwóch przypadkach ruchy odbywały się około osi poziomej, w jednym z nich nadto około osi przednio-tyłnej. W jednym przypadku odbywały się ruchy wzdłuż osi pionowej, a zaraz potem wzdłuż poziomej. Przy jednym doświadczeniu była badaną ilość ruchów w ciągu pół minuty i w przybliżeniu wynosiła 36. Jako czynniki trujące podaje autor zawarte w związkach wstrzykiwanych, wolną grupę fenol-hydroksylową w karbolu i kresolu, w lysolu mieszaninę orto- i parakresolu, w chinolu jakiś kwas eterosiarkowy. Szczególnem ma być to, że robotnicy pracujący w kopalniach węgla, mają do czynienia z węglem, z którego właśnie otrzytać można karbol i kresol.

Berezowski.

Deutsche med. Wchschrift. 1906. Nr 38. Str. 1540—1543.

O pierwotnych gruźliczych zapaleniach jagodówki.
(Ueber die primären tuberculösen Uvealerkrankungen). Prof. Dr G. Schleich.

Niedawno jeszcze powszechnie uważano przymiot za główną przyczynę zapaleń jagodówki, gruźlicę zaś tylko wyjątkowo. Przekonano się jednak z czasem przy dokładnem badaniu klinicznem ogólnego stanu ustroju i przez następne badania anatomiczne i bakteriologiczne, że bardzo często tło stanowi gruźlica; pierwszy w tym kierunku zwrócił uwagę v. Michel. W każdym przeto wypadku ze względu na dobro chorego należy rozpoznanie co do przyczyny cierpienia jak najwcześniej ustalić. Rozpoznanie zapalenia jagodówki klinicznie łatwe, przedstawia bardzo znaczne trudności przy odszukaniu przyczyny i tła na jakim się rozwija. W małej tylko ilości wypadków wykazać można wprost zmiany gruźlicze w jagodówce; bez nich tylko dodatni wynik badania stanu ogólnego i wy-

wiady mogą ustalić przyczynę choroby. Często jednak przy wyniku ujemnym brak odpowiedzi co do etiologii.

Postacie w jakich pojawia się gruźlicze zapalenie jagodówki, wykluczwszy ostrą prosówkową gruźlicę naczyńówki, trudno ściśle od siebie oddzielić, często przechodzą one jedna w drugą.

1) Rozrzucone, gruzłkowe zmiany najczęściej znajdują się na tęczęwce już to skupione w otoczeniu źrenicy już też na samym zewnętrznym obwodzie w różnej liczbie umieszczone. Czasami dołączają się stałe objawy zapalne; częściej zmianom tym towarzyszy surowicze zapalenie tęczęwki, z osadzeniem pyłków na tylnej powierzchni rogówki. Guzki te mogą rósć, zanik ich powoduje ograniczone lub rozległe zmiany atroficzne tęczęwki, przyczepy tylne brzegu źrenicznego, przednie w obwodzie zewnętrznym tęczęwki przez ściąganie się zalegającej tamże wypociny. Guzków w ciałku rzęskowym klinicznie wykazać nie można, chyba przebijają do przedniej komory. Bardzo często jednak widzimy je w naczyniówce jako gruzelki odosobnione lub też w postaci ognisk żółto-szarawych lub różowych o granicach niewyraźnych. Wzrok przy tem zwykle mało cierpi, — rzadko przeto zdarza się sposobność oglądać ogniska świeże; zazwyczaj widzimy tylko zmiany stare, końcowe w postaci *chorioiditis disseminata*.

2) Właściwe narośle gruźlicze wrastając z tęczęwki i ciałka rzęskowego do przedniej komory lub rosnąc na dnie oka przebijają zazwyczaj ściany gałki wśród gwałtownych objawów zapalnych. Najczęściej zdarzają się w wieku dziecięcym.

3) Zwykle zapalenia na tle gruźliczem, bez tworów gruźliczych, dających się klinicznie wykazać przebiegając w przednim odcinku gałki pod postacią zwykłego plastycznego, częściej surowiczego zapalenia tęczęwki lub ciałka rzęskowego, w tylnym zaś dają obraz *chorioiditis diffusa* lub *disseminata*.

Autor uważa każde zapalenie tęczęwki połączone z tworzeniem się gruzłków za gruźlicze, chociażby nawet na razie nie można było wykazać zmian gruźliczych, gdzie tylko udało się wykluczyć przymiot i zmiany wywołane włoskami gąsienic lub ciałkami obcemi. Podobnie, lecz tylko z pewnem prawdopodobieństwem uznaje za gruźlicze i te wypadki, gdzie w naczyniówce tworzą się gruzelki, a badanie przymiotu nie wykazało.

Przy naroślach gruźliczych rozpoznanie może się wahać między temi, a naroślami przymiotowemi, mięsakiem lub glejakiem (*glioma*).

Przy zapaleniach jagodówki przebiegających pod postacią zwykłej *iritis*, *iridocyclitis*, *iridochorioiditis* i *chorioiditis* rozpoznawać możemy to gruźlicze jako w pewnym stopniu prawdopodo-

bne, tylko wtedy, gdy skłoni nas do tego wynik bardzo starannego badania skóry, gruczołów, kości, stawów, wywiady i wykluczenie innych przyczyn podobne zmiany wywołujących. Nie należy jednak bezwarunkowo uznawać zapalenia jagodówki za gruźlicze, dlatego tylko, że inne przyczyny chociażby nawet przy bardzo starannem badaniu wyklucziliśmy.

Tuberkulina użyta w celach rozpoznawczych nie daje pewnych wyników.

Zapalenia jagodówki na tle gruźliczem ciągną się z częstymi nawrotami przez miesiące i lata.

Narośle gruźlicze jagodówki niszczą nie tylko gałkę, ale sprowadzają śmierć osobnika przez ogólne zakażenie. W innych postaciach tego cierpienia rokowanie jest mniej niepomysłne; ale zawsze należy bardzo oględnie rokować nawet w lepszych przypadkach.

Leczenie obok ogólne miejscowego gra bardzo wielką rolę w tej chorobie.

Irydektomię należy wykonywać tylko w wypadkach następowej jaskry; wyjąć zaś schorzałe oko przy utracie wzroku lub zaniku gałki.

Na zakończenie artykułu autor podaje statystyczne tablice przypadków spostrzeganych i leczonych w r. 1905 w klinice w Tybindze.

Dr W. S.

Die ophthalmologische Klinik. 1906. (Ref. K. W. Majewski)

Nr. 22. *O mięśnieniu pneumatycznym jako nowym sposobie leczniczym w okulistyce.* (Über die pneumatische Massage, ein neues Verfahren der ophthalmologischen Therapie). Domec.

W przypadkach myopii połączonej z astenopią, wywołującą bóle i inne dolegliwości, stosuje autor z pożytkiem zamiast dawniej przez siebie wykonywanego mięśnienia uciskowego, mięśnienie t. zw. pneumatyczne. Mięśnienie to polega na przystawieniu do zamkniętego oka bańki ssącej, połączonej z pompką, zapomocą której można rytmicznie zmieniać w niej stopień rozrzedzenia powietrza. Mechaniczne działanie takich rytmicznych ruchów ssących jest niejako odwróceniem rytmicznego ugniatańia, jakie się wywiera przy uciskowym mięśnieniu oka. Autor przytacza korzystne wyniki leczenia wyżej opisanego w przypadkach astenopii. Zamierza on stosować ten sposób leczniczy w różnych innych cierpieniach ocznych i ustalić odnośne wskazania.

Dwa przypadki powikłań ocznych w przebiegu zimnicy. (Zwei Fälle von Augenkomplikationen im Verlaufe der Malaria). B a r g y.

Oba przypadki odnoszą się do wojskowych, którzy, odbywając służbę w koloniach francuskich w Afryce i w Azji, nabawili się tam ciężkiej zimnicy o torze czwartaczkowym (*febris quartana*) i mimo energicznego leczenia chininą wrócili do kraju z objawami zimnicy przewlekłej. U jednego z nich spostrzegł autor obfity krwotok do ciała szklanego na jednym oku. Krew uległa wessaniu, ale zostały zaćmienia, upośledzające bystrość wzroku do $\frac{1}{5}$. Drugi chory, oficer kawaleryi, w pewien czas po ustąpieniu ostrych napadów zimnicy zaczął dostawać przemijających napadów silnego przekrwienia przedniego odcinka gałki ocznej lewej. Napady te powtarzały się regularnie w 4 tygodniowych odstępach. Tak ta peryodyczność jak i skuteczność chininy przemawiały za zimniczem Źem cierpienia. Podczas jednego z takich napadów powstał nawet przybrzeżny wrzód rogówkowy. Cierpienie usadowiło się na lewym oku tylko, zdaniem autora, dlatego, że oko to, które okazywało plamki rogówkowe po przebytych w dzieciństwie zapaleniach, posiadało mniejszą odporność niż oko drugie, zupełnie prawidłowe.

Nr 23. *Podsposjówkowe wstrzykiwania wyjałowionego powietrza w przypadkach gruźliczych zmian w rogówce i przybrzeżnych wrzodów rogówkowych.* (Subconjunctivale Injectionen sterilisirter Luft bei der Behandlung der sklerosirenden Keratitis tuberkulösen Ursprungs und der infizierten Randgeschwüre der Hornhaut). T e r s o n.

Podsposjówkowe wstrzykiwania wyjałowionego powietrza w przypadkach *keratitis scleroticans* pochodzenia gruźliczego polecił pierwszy Chesneaux. Autor podjął w dalszym ciągu tesame próby, wstrzykując pod sposjówkę gałki zapomocą wygotowanej strzykawki szklanej powietrze naciągnięte do strzykawki wyżarzoną igłą przez gęsto ubitą wyjałowioną watę. Wstrzykiwania takie znoszą chorzy bardzo dobrze, nie sprawiają one bólu, ani nie wywołują znacniejszego podrażnienia. Autor przytacza spostrzeżenia, odnoszące się tak do gruźliczych zapaleń twardówki i rogówki, jak i do zwyczajnych przybrzeżnych owrzodzeń rogówkowych, w których co trzeci dzień wykonane zastrzykiwania powietrzne wywarły korzystny wpływ na przebieg choroby. T. zachęca do używania tego sposobu leczenia, który jakkolwiek nie jest niezawodnym, to jednak we wielu razach działa korzystniej niż podsposjówkowe wstrzykiwania rozeszyny soli, przetworów rtęciowych, jodu, helolu etc.

Ophthalmology, (Milwaukee). Vol. III, Nr 1. 1906. (Zeszyt październikowy). (Referent K. W. Majewski).

Wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce. (Extraction of Cataract in the Capsule with a Report of ten Cases). F. Cheney. (Boston).

Autor przyłącza dwa sprawozdania statystyczne majora Henryka Smitha z Indyi wschodnich, który w jednym roku operował 2767 zaćm, w tej liczbie 2494 w zamkniętej torebce, przyczem wpływ ciała szklistego zdarzał się w 6,8% przypadków. Wyniki optyczne miały być jednak na ogół bardzo korzystne. Autor użył w 10 przypadkach sposobu operacyjnego, zaleconego przez Smitha, z tą różnicą, że do rozwarcia powiek zamiast haczyka tenotomijnego używa blefarostatu, a drugi haczyk tenotomijny, którym Smith przez rogówkę wyciska zaćmę, zastąpił wąskim stylecikiem o zagładzonych brzegach. W jednym przypadku przyszło 7 dnia po operacji do zakażenia i sprawa skończyła się zropieniem gałki ocznej. Powikłania tego nie chce jednak autor przypisywać sposobowi operacyjnemu, jakkolwiek w przypadku tym nie obyło się bez małego wpływu ciała szklistego. Prócz tego u kilku innych chorych było *effluvium*, mimo tego jednak wynik optyczny, podobnie jak we wszystkich pozostałych przypadkach, był zupełnie zadowalniający. Mimo tego autor nie jest bynajmniej entuzjastycznie usposobiony dla metody wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce właśnie z powodu niebezpieczeństwa utraty ciała szklistego i dalszych następstw tego powikłania. Publikacyom Smitha zarzuca, że nie zawierają żadnych danych co do trwałości uzyskanych wyników i co do późniejszych losów operowanych oczu i zaleca wielką oględność w wyborze przypadków, nadających się do tego efektownego, ale zarazem ryzykownego sposobu operowania.

Wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce (wschodnio indyjska operacja), jako sposób operowania zaćm niedojrzałych. (The Extraction of the Lens in Capsule (East Indian Operation) as a Method of Procedure in Case of immature Cataract). Standish. (Boston).

Usunięcie zaćmy niedojrzałej może być rzeczą nieraz bardzo pożądaną, zwłaszcza jeśli zaćmiewają się obie soczewki, a dojrzewają bardzo powoli. Dlatego to w tych razach, aby całą sprawę przyspieszyć i jak najrychlej choremu powrócić do pracy, zalecają się różne sposoby bądź to sztucznej maturacji, bądź wydobycia soczewki niezupełnie zaćmionej. Co do sposobu Foerster'a autor niejednokrotnie zawiódł się na nim; zaćmienie bowiem

mimo szerokiej irydektomii i energicznego mięsienia soczewki wcale nie nastąpiło. Po operacjach zaćmy niedojrzałej, połączonych z wypłukiwaniem lub energicznym usuwaniem zapomocą łyżeczki na wpół zaćmionych resztek kory, obawia się autor zbyt silnego zadrażnienia, zapalenia rogówki, zapalenia łączówki, zarośnięcia źrenicy. Wobec rozgłosu, jakiego nabrała w ostatnich czasach metoda Henryka Smitha z Indyi wschodnich usuwania zaćmy w zamkniętej torebce, postanowił autor zastosować sposób ten do zaćmy niedojrzałych, których dojrzewanie postępuje bardzo powoli. Podaje on opis trzech przypadków, w których wykonał operację tę z zupełnie pomyślnym wynikiem. Mimo, że w przypadkach tych zachodziły powiktania (myopia, zaćmienia w ciele szklistem, cukrzyca), a w jednym z nich przyszło podczas operacji do małej utraty ciała szklistego, przebieg gojenia był prawidłowy i pomyślny, a wyniki optyczne zupełnie zadawalniające. Autor wyraża przekonanie, że zapomocą dawnych sposobów operacyjnych nie możnaby w tych przypadkach tak dobrych wyników uzyskać.

Opadnięcie powieki górnej i znaczenie legoż dla wykrycia lokalizacji zmiany pierwotnej. (Ptosis: its Diagnosis and Value as a localizing Symptom). A. Bradburne. (Southport).

Autor rozbiera znaczenie semiologiczne opadnięcia górnej powieki, dzieląc przypadki tej zmiany na liczne grupy wedle etyologii. *Ptosis* może być wrodzoną lub nabytą, jednostronną lub obustronną, częściową lub całkowitą. Wrodzona może zależeć od braku lub niedostatecznego rozwoju, bądź to samego dźwigacza powieki górnej, bądź także i mięśnia prostego górnego. W innych razach zachodzi wrodzony brak odpowiedniego ośrodka mózgowego. Czasem przyczyną jest niedostateczny rozwój odnośnej gałązki nerwu okoruchowego. *Ptosis* nabyta zależeć może od zmian w powiekach, jak: *trachoma*, *hypertrophia papillaris*, *neoplasmata*, *ptosis adiposa*, *blepharochalasis*, albo od zmian w mięśniu dźwigającym powiekę (*ptosis traumatica*, *p. myopathica*). Zachodzić może także zmiana w nerwie współczulnym i to zarówno ośrodkowa, jak też obwodowa. Nerw okoruchowy może być przez różne sprawy chorobowe uszkodzony w różnych częściach swego przebiegu, w jądrze, we włóknach śródczaszkowych, na podstawie mózgu, w okolicy *fissura ethmoidalis* lub w oczodole. Dalej opadnięcie powieki górnej występuje częstokroć w związku z ogólnymi schorzeniami ustroju, n. p. *myasthenia gravis*, *paralysis progressiva*, *tabes*, *myxoedema*, choroby grasicy, w następstwie chorób osutkowych, influency, zatruc (ołowiem, ptomainami, dwutlenkiem węgla). *Ophthalmoplegia progressiva*, *migraena ophthalmica*, *atrophia muscularis idiopathica* mogą dać

także powód do opadnięcia powieki. Dalej wymienia autor *ptosis hysterica* i t. zw. »*Morning-Ptosis*«, pojawiającą się u słabowitych i delikatnych kobiet. Nakoniec, choć rzadko, występuje *ptosis* wskutek urazowego uszkodzenia lub innej chorobowej zmiany w odpowiedniej okolicy kory mózgowej.

Wykonywanie mięsienia, jako zatrudnienie niewidomych. (Massage, an Occupation for the Blind). Webster. (Fildelfia).

Autor zwraca uwagę na korzyści, jakie dać może kształcenie niewidomych na masażystów, wskazując na Japonię, gdzie od niepamiętnych czasów ociemniali trudnią się masażem, nie mając w tym zawodzie z pośród widzących żadnych prawie współzawodników. Niedawno powstała w Londynie przy jednym ze zakładów wychowawczych dla ciemnych praktyczna szkoła mięsienia pod protektoratem profesorów Powera i Critchett'a, z której wkrótce wyjdzie 21 masażystek i 15 masażystów zupełnie uzdolnionych do wykonywania mięsienia wedle zasad sztuki. Autor zajmuje się obecnie czynnie powołaniem do życia podobnych kursów w niektórych amerykańskich zakładach dla ciemnych i wykazuje, że wprawny i sumienny niewidomy masażysta może mieć 200 do 300 dolarów rocznego dochodu, co mu zapewni był skromny, ale niezależny, i co przy takim kalectwie, jak ślepotą, musi być uważane za wielkie dobrodziejstwo.

Enophthalmus traumaticus (opis spostrzeżenia własnego). (Traumatic Enophthalmos, with Report of a Case). L. K. S. (Toledo, Ohio).

Pewien 54 letni mężczyzna został podczas bójki w stanie nietrzeźwym pokalęczony przez towarzyszy nożem po twarzy i w okolicy lewego oka, a następnie zrzucony ze schodów. Pierwsze badanie wykazało kilka ran skórnych, z tych jedną na powiece górnej lewego oka. Gałka oczna była wysadzona, rogówka, źrenica i soczewka nieuszkodzone, ale w głębi oka zmętnienie, nie pozwalające dojrzeć dna. Bystrość wzroku obniżona do ilościowego poczucia światła. Rany zeszyto i zastosowano środki przeciwwzapalne. Chory zgłaszał się następnie w dłuższych odstępach czasu, przy czym stwierdzono, że trzeszcz ustąpił miejsca bardzo znacznemu zapadnięciu się gałki w głąb oczodołu. Między gałką a brzegami oczodołu można było przez spojówkę wyczuć twardą bliznowatą tkankę, która prawdopodobnie wypełniała cały oczodoł. Dodać należy, że bezpośrednio po urazie utrzymywało się przez kilka dni krwawienie

z nosa, co przemawiało za złamaniem jednej z kostnych ścian oczodołu, sąsiadujących z jamą nosową lub jej bocznymi zatokami.

Autor zwraca uwagę na wielką liczbę i wielką różnorodność teorii, jakie podano dla objaśnienia patogenezy urazowego *enophthalmus*. I tak Meltzer zebrał z literatury 63 spostrzeżeń i naliczył 19 odrębnych hipotez, postawionych przez różnych autorów odnośnie do mechanizmu zapadnięcia się gałki. Autor również starannie przeszukał literaturę i zestawiał tabelarycznie 77 przypadków, między tymi także 2, ogłoszone przez Łuniewskiego («Postępy okulistyczny» 1903, str. 88). Wszystkie teorie powstania *enophthalmus* dzieli autor na trzy kategorie:

1) Do pierwszej zalicza te, wedle których cofnięcie się oka polega na wyłamaniu jednej z kostnych ścian oczodołu i powiększeniu przez to pojemności tegoż. Gałka oczna zostaje wtedy wpartą w głąb oczodołu przez samo ciśnienie powietrza. W drugiej grupie hipotez wzięte są w rachubę wpływy nerwowe, głównie zaś uszkodzenie nerwów współzulnego lub trójdzielnego. Tu przytacza także zapatrywanie Łuniewskiego, który w przypadkach swych przypuszcza istnienie drobnych wyznaczyńców do pochewek nerwu współzulnego. Do trzeciej kategorii zalicza autor wszystkie te hipotezy, wedle których *enophthalmus* jest następstwem sprawy zapalnej w tkance oczodołowej, która następnie ulega bliznowatemu skurczeniu i zanikowi, wciągając w głąb oczodołu gałkę oczną. Podobny skutek może mieć także i krwotok pozagałkowy. Dość wymienić ciekawe spostrzeżenie Würdemanna, gdzie po operacji tłuszczaka przyszło do *haematoma retrobulbare*, które najpierw wywołało trzeszcz, a potem znaczne wpadnięcie gałki. Oczywiście, że w taki sam sposób może powstać także *enophthalmus traumaticus*. Do tych licznych teorii dodaje autor jeszcze własną, wedle której sprawa zapalna (*cellulitis retrobulbaris*), wywołana urazem, powoduje nader szybkie wessanie tłuszczu oczodołowego, przez co ilościowo zmniejsza się treść jamy oczodołowej, a tem samem gałka oczna musi w głąb się cofnąć. Taki sposób powstania *enophthalmus* przypuszcza autor w opisanym przez siebie przypadku.

Ciała obce w przednim odcinku oka i sposoby ich wydobywania. (Foreign Bodies in the anterior Segment of the Eye and their Removal). W. E. Bruner. (Cleveland).

Autor jest zwolennikiem olbrzymiego elektromagnesu, podnosi również wielką wartość dyagnostyczną roentgenografii. Podaje opis 3 przypadków, w których wydobył odprysk stali, raz z tęczówki, raz ze soczewki, a raz z dna przedniej komory.

Leczenie chorób przewodu nosołzowego bez operacji.
(My Experience in Treating Diseases of the Duct without Operation). W. H. Snyder. (Toledo, Ohio).

Praca zawiera szereg drobnych uwag, odnoszących się do techniki przestrzykiwania przewodu nosołzowego. Autor uważa wszelkie nacięcia, oraz energiczne wprowadzanie sondy dopiero za *ultima ratio*. W przypadkach zwężenia punkcików łzowych radzi, zamiast je przecinać, stosować okłady gorące, pod wpływem których ściany kanaliku rozmiękają i wprowadzenie kaniuli od strzykawki staje się możliwem. Jeśli woda wstrzyknięta przez dolny punkt łzowy wraca górnym, wtedy zaciska on ten ostatni za pomocą odpowiednich szczypek. Do przestrzykiwań używa chętnie argyrolu i wyraża przekonanie, że przy cierpliwości i starannem leczeniu zachowawczem można we wielu przypadkach lepsze uzyskać wyniki, niż na drodze krwawych i bolesnych zabiegów.

Herpes Zoster Ophthalmicus. Sulzer. (Portsmouth, Ohio).

Autor opisuje przypadek półpaśca u 65 letniego cieśli z bardzo ciężkim przebiegiem. Choroba zaczęła się bólami neuralgicznymi w czole, w skroni i w oku prawem, ogólnem osłabieniem i nudnościami. Po kilku dniach wystąpił znaczny obrzęk i zaczerwienienie skóry prawej powieki górnej i okolicy czoła, zaopatrzonyj przez *nervus supraorbitalis*. Równocześnie pojawiły się typowe bolesne pęcherzyki w obrębie zaczerwienionej skóry. Rogówka była zupełnie znieczulona; wkrótce wystąpiły i na niej zmiany w postaci zaćmień miąższowych, zajmujące jej środkową część, a stąd znaczne upośledzenie wzroku. Następnie powstało porażenie wszystkich zewnętrznych mięśni oka, opadnięcie górnej powieki i rozszerzenie źrenic. Bóle neuralgiczne z przerwami przez dłuższy czas trapiły chorego, który dostał następnie udaru mózgowego, porażenia prawej połowy ciała, a w kilka miesięcy później umarł z powodu nowego krwotoku mózgowego.

Zapalenie oczu, wywołane zarazkiem gorączki siennej, przeniesionej za pośrednictwem dymu tytoniowego.
(Inflammation of the Eyes due to Infection from Hay Fever conveyed by Tobacco Smoke with Report of Cases). Wright. (Columbus, Ohio).

Pewien 52 letni ojciec licznej rodziny zapada od szeregu lat corocznie w miesiącu sierpniu na gorączkę senną, a że jest namiętnym palaczem, więc nietylko na ten czas nie rozstaje się z fajką, ale na podstawie osobistego doświadczenia stara się zmniejszyć swe dolegliwości, wciągając dym tytoniowy przez *cavum pha-*

ryngo-nasale do jamy nosa i wypuszczając go otworami nosowymi na zewnątrz. Sposób ten ma mu chwilowo sprawiać ulgę. Cała jednak jego rodzina, złożona z żony, kilkorga dzieci, a także i służba, corocznie w czasie, gdy pan domu gorączkę sienną przechodzi, dostaje ostrego zapalenia spojówek. Ilekroć się zdarzyło, że ktokolwiek z rodziny spędzał lato poza domem, zapalenia oczu nie dostawał gdy znów ojciec rodziny na sierpień wyjechał z domu, epidemia *conjunctivitis* nie pojawiła się u rodziny. Autor wysnuwa stąd wniosek, że zapalenie spojówek wywołane tu było zarazkiem gorączki siennej, który się przenosił za pośrednictwem dymu tytoniowego. Jako analogię przytacza spostrzeżenie Kinsmana a przeniesienia się odry za pośrednictwem dymu, powstałego przy spalaniu pościeli po dziecku zmarłym na ciężką odrę. Godzi się zapytać, czy i inne choroby zakaźne, a w szczególności gruźlica, nie są zdolne w ten sposób przenosić się z osoby na osobę.

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

Nr. 11. *Leczenie hypopyon przez włosowate osączkowanie komory przedniej.* (Traitement de l'hypopyon par le drainage capillaire de la chambre antérieure). Rollet i Moreau.

W przypadkach wrzodu pełzającego rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komorze leczenie bywa niejednokrotnie trudne. Do szeregu sposobów leczniczych, polecanych w tych razach, dodają autorowie nowy, polegający na włosowatym osączkowaniu przedniej komory. Jeżeli *hypopyon* sięga do znaczniejszej wysokości i nie okazuje skłonności do wessania, wtedy radzą autorowie wykonać podwójne nakłucie przedniej komory zapomocą noża Graefowskiego, wprowadzając nóż ten w taki sposób, jak przy wykonywaniu cięcia płatowego. Kontrapunkcję należy eokolwiek powiększyć przez podniesienie trzonka, wkłucie zaś ma mieć szerokość klingi Graefowskiego noża. Obydwie ranki leżą pod powierzchnią *hypopyon*. Ropa przez nie zazwyczaj nie wypływa wcale. Przez nie to przesuwają się nitkę sztywnego jedwabiu średniej grubości (*crin de Florence*). Rozszerzenie kontrapunkcji ma na celu ułatwić właśnie wyprowadzenie nitki z przedniej komory. Tak przeciągniętą nitkę, której końce sterczą po obu stronach na 2 cm. z rogówki, pozostawia się przez 12, a nawet przez 24 godzin, unieruchamiając oko zapomocą opaski uciskowej. W tym czasie *hypopyon* znika

zazwyczaj bez śladu, dzięki włosowatemu działaniu jedwabnej nitki. Autorowie przytaczają cały szereg przypadków, w których takie osączkowanie przedniej komory bardzo szybko sprowadziło wyleczenie.

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. (Rocznik).
(Referent Dr Łuniewski).

Nr 3 i 4. *Przedwstępne studia o etyologii jaglicy albo Fungi imperfecti w wydzielinie spojówkowej.* (Vorstudien zu der Aetiologie des Trachoms, oder Fungi imperfecti im Augensekret). Dr Elze.

Praca nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

Nr 5. *Przypadek zatoru arteriae centr. retinae.* (Ein Fall von Embolia der Arteria centr. retinae).

Chora 43-letnia, u której stwierdzono wadę serca, ociemniała nagle na lewe oko. Autor z typowego obrazu wziernikowego rozpoznał zator *art. centr. ret.* Zamglona siatkówka, zatarte granice tarczy, na około pl. ż. dno blade z ostro ograniczoną wiśniową plamką; między *macula l.* a tarczą wyboczyna w postaci cienkiej poziomej smugi, bliżej tarczy kilka innych małych wyboczyn. Tętnice wąskie. *Ramus ascend. venae centr.* na tarczy silnie rozszerzony, przy granicy tarczy nitkowaty, poczem znowu rozszerzony; inne żyły rozszerzone, jednak nie pokięcone. Wzrok $\frac{5}{70}$. Pole w górnej połowie znacznie ograniczone. W 3 miesiące badane oko przedstawiało obraz wybitnego zaniku nerwu wzrokowego.

Protargol. Dr Steinkühler.

Autor zwraca uwagę, że rozczyzny protargolu, jeżeli długo stoją lub jeżeli są nieumiejętnie przyrządzone, sprawiają chorym znaczne dolegliwości, gdy tymczasem świeżo sporządzone i rozpuszczone w wodzie zimnej zupełnie są bezbolesne i nie drażnią oka. Radzi, aby na przepisie zawsze umieszczać: *recenter et frigide parandum.*

Nr 6. *Przyczynek do używania alypiny.* (Beitrag zur Verwendung des Alypins). Dr Ohm.

Na mocy doświadczeń klinicznych z 1% i 3% rozczyntem alypiny przychodzi autor do wniosku, że równa się w swem działaniu kokainie, nie wpływa ani na akomodację, ani na rozszerzenie źrenicy, a przy zastrzykiwaniach podskórnych nawet dość znacznych dawek nie wywołuje ubocznych szkodliwych następstw, jak kokaina.

Nr 13. *Dionina i atropina*. Dr Arlt F. R.

Krótki komunikat, w którym autor zaleca nawet przy zastarzanych i szerokich tylnych przyczepach stosować atropinę, a w 7 minut dioninę — oba przetwory w proszku.

Nr 16. *O alypinie*. Dr Landolt.

Rozczynny alypiny tego stężenia, w jakim zwykle używamy kokainy, działają nieco powolniej i słabiej. Zaletą jej jest, że nie wpływa ani na akomodację, ani na rozszerzenie źrenicy i że przy jaskrze nie wzmaga ucisku wśródocznego, lecz tak alypina jak i kokaina wywierają na rogówkę u niektórych chorych szkodliwy wpływ.

Nr 17. *Troch Credé pro oculis*. Dr Arlt.

Autor radzi, aby używać *Trochu Credé* we flaszeczkach czarnych à 0,5 gr., zaraz po użyciu szczelnie zakorkować i nie używać jednej flaszeczki dłużej jak 3 dni.

Nr 18. *Die armirte Sonde*. Dr Haass.

Przyzeganie lapisem in subst. w tych razach, gdzie chodzi o zastosowanie go na małej przestrzeni, jest o tyle utrudnione, że z powodu łatwej rozpuszczalności nie można go długo utrzymać ostro i cienko zakończonym, jak również, że tak zakończony jest bardzo kruchy. To też autor używa cienkich sond, które macza w roztopionym lapisie i podaje opis kasetki podręcznej, w której znajdują się rozmaicie zakończone i różnej cienkości sondy i naczynko szklanne do topienia lapisu.

Nr 19. *Zwykła lampa elektryczna do wziernikowania*. (Eine einfache elektrische Ophthalmoskopierlampe). Dr F. Daxenberger.

Opis lampy elektrycznej, zastosowanej do wziernikowania. 24 świecowa mała żarówka, otoczona jest na 3 mm grubą powłoką mieszaniny asbestu z gipsem; poniżej środka wycięty jest okrągły 30 mm średnicy otwór. Taką żarówkę wkłada się do ruchomej podstawki.

Nr 20. *Dionina i atropina*. W. Foerster.

Potwierdzenie znakomitego działania tych środków tam, gdzie chodzi o maksymalne rozszerzenie źrenicy.

Nr 25. *Zapalenie spojówki przy erytromelalgii*. (Über eine Bindehautentzündung bei Erythromelalgie). Dr Hilbert.

U kobiety 45-letniej, źle odżywionej nie gorączkującej, znalazł autor stan następujący: Powieki obie i na obu oczach obrzmiałe, przy obmacywaniu stwardniałe i b. bolesne, z powodu czego

górných powiek odwrócić nie można. Spojówki dolnych powiek silnie zaczerwienione i rozpalenione. Spoj. gałkowe prawie bez zmian. Na kończynach tak górnych jak i dolnych ostatnie członki palców zaczerwienione, napięte i b bolesne. Z przebiegu cierpienia okazało się, że zapalenie spojówek było częściowym objawem erytromelalgii; początkowe bowiem leczenie środkami ściągającymi i przeciwgnilnymi pogorszyło sprawę, a cierpienie równocześnie z ustąpieniem obrzmienia i bolesności palców przy podawaniu *Syr. ferri iod.* i zimnych okładów ustąpiło.

Nr 29. *Septyczna panophthalmitis.* (Septische Panophthalmie). Dr Byltsma.

U młodej kobiety na drugi dzień po poronieniu wystąpił silny ból oka lewego, który ciągle się wzmagał. Na trzeci dzień wezwany autor rozpoznał *Panophthalmitis septica in puerperio.* Ze względu, że w tem cierpieniu rokowanie *quoad vitam* jest niepomyślne, przystąpił też autor do natychmiastowego wyjęcia gałki, który to zabieg rzeczywiście uratował życie chorej.

Nr 34. *Dwa przyrządy do badania wzroku.* (Zwei Apparate zur Sehschärfeprüfung). Dr Hoppe.

Rzecz nie nadaje się do streszczenia.

Nr 45. *Nowa rozwórka.* (Ein neuer Lidhalter). W. P. Greven.

Odnacza się nadzwyczaj prostą budową, mianowicie jest to sprężyna zgięta w kształcie lit. U, zakończona zwykłemi chwytami dla powiek i rzęs.

Nr 46. *Szczypcy do operacji gradówki i igła do ciała obcych.* (Chalazionpinzette u. Fremd-Körpernadel). Dr Wolffberg.

Autor zmodyfikował oba instrumenta w ten sposób, że u szczypek Desmarres'a eliptyczny pierścień zamienił na okrągły o średnicy $\frac{3}{4}$ cm a u igły skrócił zwyczajnie na 3—4 cm długą szyjkę między ostrzem a członkiem na $1\frac{1}{2}$ cm.

Nr 47. *Cierpienia oczu na tle podagry.* (Gichtische Augenleiden. Solurolobehandlung). Dr Wolffberg.

W dwu przypadkach zaćmieni w soczewce, a w jednym zgrubień chrząstki powiekowej (gradówek rzekomych), stosowanie 3 razy dziennie po 0,5 solurołu sprawę poprawiło, co z jednej strony przemawia za tem, że cierpienie rzeczywiście było na tle podagry, a z drugiej, że środek ten jest w podagrze skuteczny. *Solurolo* (kwas nukleolin-fosforowy) ma własność rozpuszczania kwasu moczowego.

Nr 50. *Przyczynek do wartości alypiny w okulistyce.*
(Beitrag zur Bewertung des Alypins in der Augenheilkunde) Dr F.
H a a s.

Autor podnosi wielkie zalety nowego środka.

Nr 51. *Leczenie skrofulicznych wrzodów rogówkowych*
50% roztynem kwasu mlekowego. (Die Behandlung der skro-
pflulösen Hornhautgeschwüre mit 50% Milchsäurelösung) Dr Bruno
S y l l a.

Sposób postępowania zaleca autor następujący: Rogówkę się
znieczula, następnie na ostro zakończony patyczek od zapałki na-
wija się nieco waty i napaja się ją 50% roztynem kw. mleko-
wego. Takim tamponikiem przyżega się następnie wrzody, które
już po 48 godzinach przedstawiają dno zupełnie oczyszczone. Do
uśmierzenia bólu i następowego podrażnienia oka każe przez $\frac{1}{2}$
godziny robić zimne okłady.

Dr Józef Talko.

(Wspomnienie pośmiertne).

Napisał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Śmierć przerzedziła bardzo w ostatnich latach szeregi
naszych towarzyszy zawodowych, a rok ubiegły przeprowadził
sporo najwybitniejszych z nich do wieczności: Wecker, Bre-
tauer, Czermak, Rothmund, Venneman, Cohn, Wolfring, Rog-
man, Rymowicz.

Przy samym schyłku starego roku odebraliśmy wiado-
mość o zgaśnięciu jednego z najczynniejszych i najpierwszych
naszych współpracowników, to też pragnęlibyśmy na tem miej-
scu złożyć hołd jego myśli ku sprawom nam drogim skiero-
wanej, jego ciągłej dla »Postępu Okulist.« podejmowanej pracy,
dopóki choroba nie zaćmiła władz umysłowych a i wtenczas
jeszcze, jak nam rodzina donosiła, umysł chorego w chwilach
jaśniejszych zajmował się naszym pismem, które pokochał
jak własne dziecko.

Ś. p. Talko pisząc niegdyś o wszystkich okulistach polskich, nie mógł oczywiście pominąć i siebie, ale zaraz na wstępie zapytuje: »cóż mam pisać o sobie? czy mam kreślić autobiografię? Za obszernąby była, gdyż masa faktów i myśli prosi się pod pióro«. Było to w roku 1884, gdy z pomocą grona kolegów wydał okazałe dzieło jubileuszowe poświęcone nestorowi polskich okulistów, prof. Szokalskiemu. Od tego czasu upłynęło z góry 22 lat, a w nich nie zakładał nieboszczyk rąk, ale ciągle dokładał cegiełkę po cegielce do gmachu narodowej wiedzy i nauki.

»Lepiej odłożę to na później« — dodał w wspomnianem co dopiero dziele; nie wiemy jednak czy to uczynił. Jeżeli wówczas uważał napisanie biografii za dzieło dla siebie zbyt trudne, to tem trudniejszym ono dziś dla biografą okolicznościowego. To na nasze wytłumaczenie, gdy pominąć będziemy zniewoleni szczegóły.

Józef Talko od pół wieku żył dla okulistyki, znał prawie wszystkich wybitniejszych towarzyszy i utrzymywał z wszystkimi stosunki. Jego więc biografia, to okazały okres historii naszej specjalności. Nie mogąc wobec świeżej mogiły, na którą choć z dała pragniemy rzucić dłonią przyjaciela wiązkę wspomnień, zbierać szczegółów i zdarzeń o zasługach naukowych i obywatelskich, postaramy się w krótkich słowach streścić życie i działalność tego niestrudzonego pracownika w naszej winnicy.

Józef Talko urodził się w r. 1838 we wsi Uninie na Polesiu ukraińskim, pow. Radomyski. Skończywszy gimnazjum żytomierskie w r. 1856, udał się na uniwersytet w Kijowie, który skończył z tytułem dr. med. w r. 1861. Jako wzorowy i celujący stypendysta rządowy, zniewolony pełnić służbę lekarza wojskowego, został odrazu odkomenderowany do chirurgicznej kliniki prof. Huebenetta, a w szpitalu wojskowym poruczono mu oddział okulistyczny, gdzie pierwsze stawiał kroki w specjalności, do której zamiłowanie w nim umiał wzbudzić już w czasie studiów prof. Huebenette, używając zręcznego ucznia do asystowania podczas kursów uni-

wersyteckich. Ruch narodowy i wolnościowy w Król. Polskiem w r. 1863/4 przyczynił się może do tego, iż stypendystę rządowego starano się oddalić od zetknięcia się z powstaniem i przerzucono go na Kaukaz. W Tyflisie nie było okulistów, a tylko Persowie objeżdżający wykonywali spychanie zaćmy (*Staarstecher*). To też Talko znalazł tu bardzo obfite pole do działania, a jako sekretarz Tow. lekarzy kaukaskich możność i sposobność wypróbowania sił swych na polu literackiem.

Chcąc pogłębić doświadczenia swe okulistyczne i rozszerzyć horyzont wiadomości, podejmuje w r. 1869 pierwszą podróż naukową z Tyflisu po Europie, zwiedzając prawie wszystkie ważniejsze środowiska nauki i sztuki lekarskiej i nawiązując osobiste stosunki z pionierami okulistyki, z którymi potem naukowe już stale utrzymuje. Wracając przez Warszawę zastał zreorganizowaną Szkołę Główną na Uniwersytet i robił zachody celem osiągnięcia posady docenta, ale względy natury politycznej stanęły urzeczywistnieniu tego upragnionego celu na zawadzie.

Powraca więc na Kaukaz, a owładnięty, jak sam pisze, nostalgią, podupada na zdrowiu. Na szczęście dostaje się w r. 1871 na posadę ordynatora szpitala wojskowego do Lublina, gdzie wśród swoich odzyskał swobodę, chęć do pracy i energię. Zakłada towarzystwo lekarskie, zostaje jego pierwszym sekretarzem. Stąd wysyłany bywa często w dalekie nieraz gubernie dla zwalczania epidemii ocznych i inne otrzymując misye naukowo-lekarskie. W r. 1876 mianowany okulistą okręgowym, przenosi się z urzędu do Warszawy. W r. 1880 wybiera się na kongres międzynarodowy okulistyczny do Medyolanu zaszczycony wyborem na jednego z wiceprezesów, a po kongresie zwiedza szpitale i kliniki okulistyczne na półwyspie apenińskim. W dwa lata później udaje się do Pragi a później przybywa do Poznania dla zwiedzenia młodego zakładu okulistycznego, założonego przez piszącego te słowa. Po raz pierwszy miałem wtenczas sposobność poznać tego czynnego, pełnego zapału dla ruchu naukowego okulistycznego, Kolegę. Po raz drugi przybywa on do grodu Przemysława w roku 1884. To zjazd lekarzy przyrodników

polских, a pierwszy taki w Poznaniu, który, jak wielu innych cennych gości sprowadził Talkę. Zjazd ten połączony był z obchodem 50 l. jubileuszu nestora okulistów polskich; po raz pierwszy okuliści polscy tworzą na tym zjeździe osobną sekcję, zasiadając do wspólnej wymiany myśli. Tu obok jubilata sędziwego Szokalskiego, obok prof. Rydla z Krakowa i wielu innych, widzimy i śp. dr Talkę, który głównie zajął się obchodem jubileuszowym dla sympatycznego naszego nestora i wydaniem »książki jubileuszowej dla uczczenia 50-letniej działalności naukowej prof. Szokalskiego«.

W dziele tem obok prac zbiorowych bardzo wielu okulistów polskich, spotykamy się przedewszystkiem z ciepło przez Talkę napisanym życiorysem jubilata, a dalej umieścił tutaj Talko bardzo cenny materiał do historyi oftalmologii w dawnej Polsce aż do roku wydania książki zbiorowej.

Autor skromnie nazywa go »materiałem«, ale materiał ten tworzy już sam przez się bardzo cenną, niezmiernie wyczerpującą historję polskiej okulistyki aż do roku 1884. Autor nie pominął bowiem najdrobniejszych nieraz szczegółów, wszędzie powodując się w tym zarysie historycznym życzliwością ale zarazem zmysłem krytycznym.

Przytoczenie powyższej daty przypomina nam bardzo sympatyczny epizod owego zjazdu. To też, choć on tylko pośrednio związany z biografią przez nas kreśloną, zasługuje niewątpliwie na wspomnienie.

Prof. Szokalski sprzeciwił się przyjęciu zamierzonego przez Komitet gospodarczy obchodu urzędowego w Poznaniu, sprzeciwił się również owacyom z tego powodu, pozostając pod świeżem a przykrem wrażeniem prześladowania przez rząd pruski nestora polskich pisarzy (J. Kraszewskiego), zamkniętego w twierdzy magdeburskiej. Chcąc uszanować wolę czcigodnego profesora, a jednak wyrazić mu na wielkopolskiej ziemi hołd, zainprowizowano skromną odpowiednią uroczystą chwilę w czasie uczy, danej uczestnikom zjazdu przez Wydział gospodarczy w hotelu Bazar. Jubilat, jako senior, zajął najpierwsze przy stole biesiadników miejsce, otoczony z prawej

i lewej strony najpoważniejszymi zjazdu osobistościami (August Cieszkowski, prof. Rydel z Krakowa, prof. Maixner z Pragi, radca Milewski z Poznania i t. d.). Po kilku oficjalnych toastach wygłoszonych po polsku i czesku, powstał dr. Talko, wraz z specjalnymi jubilatami kolegami i wygłosił doń w ich imieniu serdeczne słowa, wręczając przy tej sposobności dar okulistów polskich. Po tem przemówieniu posypały się inne, oddające hołd zacnemu jubilatowi. Jeżeli ten dzień, a i następne odbywały się w podniosłym usposobieniu pod znakiem Szokalskiego, to w tem *magna pars fuit* Talki, który do tego zachęcił, zagrzeał i sam wiele pracy włożył.

Nawiązując do książki jubileuszowej, która prawie w połowie była jego pióra, wypadaloby z kolei zająć się oceną literackiej nieboszczyka płodności, lub przyjętym zwyczajem wyliczyć jego prace naukowe. Ilość prac tych jest tak znaczna, że samo wyliczanie zabrałoby dużo miejsca i czasu. Zresztą czytelnicy nasi znają płodność literacką śp. Talki. Dodamy więc tylko, że każdą jego pracę znamionowała ścisłość i wyczerpujące zajęcie się nią. Przypominamy choćby tylko rozprawę pod tytułem »Wągr oka w Polsce« ogłoszoną jak tyle innych w piśmie naszym (Nr 3 z r. 1900). Widać w niej mrówczą pilność, z jaką śledził wszystkie publikacje naukowe a zwłaszcza te, które były pisane w języku polskim.

Z wielkiem zamiłowaniem badał teratologiczne przypadki i często wyniki badanych przypadków ogłaszał. Każdy dział okulistyki budził w równej mierze jego zajęcie, ale jako lekarz wojskowy z natury rzeczy oddawał się z szczególnym zapalem poznaniu i leczeniu zapalenia egipskiego i jego następstw. Najczęściej umieszczał prace swe w Zehendera »Klinische Monatsblätter«, którego to pisma stałym niemal był współpracownikiem, z chwilą zaś pojawienia się »Postępu Okulistycznego« skrzętnie zasiliał to pierwsze i jedyne pismo polskie okulistyczne, zowiąc je w listach pisywanych do redaktora i wydawcy niejednokrotnie »Nasz Postęp Okulistyczny«. I słusznie, bo zaproszony do współpracownictwa nie zadowolił się figurowaniem nazwiska swego na pierwszej stronicy, ale usta-

wicznie dawał dowody, że zadanie i rozwój pisma leżą mu na sercu, a jak roczniki »Postępu Okulist.« świadczą, zasilał je często i umiejętnie dopóki mu ciężka niemoc pióra z ręki nie wytrąciła. I to niewątpliwie za zasługę nieboszczykowi policyzyć trzeba, że nie tylko sam stawał w rzędzie pisarzy polskich lub zjawiał się do zapasów naukowych na kongresach, ale o wszelkim ruchu naukowym naszym donosił do pism zagranicznych, stawiając świadectwo naszych prac wobec obcych. Jest to czyn patriotyczny, którym niestety rzadko młodsza generacja poszczycić się usiłuje.

Przed 8 laty z wielkiem zajęciem śledzi Talko sprawę budowy nowej krakowskiej kliniki okulistycznej i jeden z pierwszych zjeżdża na otwarcie nowego naukowego przybytku widząc w tem święto isticie narodowe, czemu, nie mogąc przy samym akcie otwarcia, daje wyraz na uczcie zgotowanej przez dyrektora kliniki dla reprezentantów władz i kolegów.

A stosunek jego do kolegów? Zawsze jak najlepszy, a jeżeli zrażał sobie jednego czy drugiego przez swe otwarte wystąpienie potępiające brak energii, brak solidarności, brak współpracy lub krytykując urządzenia, które zdaniem jego były niestosowne, to zawsze wyższa myśl była tego powodem! Przypominamy tutaj, by nie przytaczać wielu innych przykładów, choćby tylko zwalczanie oddziałów ruchomych okulistycznych w Królestwie, które, zdaniem jego, a pewnie i innych mogą być stosowne na wielkich obszarach ziemi pozbawionych wogóle szpitali i okulistów, w krajach nie posiadających łatwych środków komunikacji, ale nie tam, gdzie dostęp może być chorym nieco utrudnionym do środowisk leczniczych, ale nie zamkniętym. Zresztą wolno i nie podzielać zapatrywania na tę lub ową sprawę przez niego bronioną lub zwalczaną, ale przyznać trzeba, że śp. Talko zawsze powodował się miłością prawdy i miłością sprawy bronionej. Nie miał chyba celów ubocznych, egoistycznych.

Wiemy, iż nie zbywało mu na przeciwnikach, nie wchodzimy zresztą w motywy niechęci, ale wobec świeżej mogiły przeciwnikom powiedzieć się godzi, że nigdy ani słowem ani

pismem przeciw nim nie występował z osobistych pobudek, powodując się raczej zapalem do rzeczy, którą uważał za słuszną. A to chyba cenić, uznać i przyjąć powinien każdy.

A młodość jego do kraju ojczystego? Stanowisko urzędowe mogło go czasem krępować w objawieniu cisnących się z popędu serca uczuć patryotyzmu, a musiało niewątpliwie stawiać w przykre położenie, gdy przyszło osłaniać, co serce czuło. Ale kto go, jak my, bliżej znał, ten przyznać zechce, że pod tym mundurem rosyjskim biło serce polskie, serce przywiązane i do zabytków polskich i mowy i zwyczajów polskich, a pragnące gorąco wszystkiego, co krajowi służyć może.

Była to, mimo na pozór nieco ponurego, rzekłbyś surowego, wejrzenia, dusza gorąca i wylana dla swoich, przyjaciół i chorych. Oddany z całym zapalem nauce, ale nie mniej poświęcaniu się dla cierpiących. Zręczny operator, a przede wszystkim sumienny badacz, każdy przypadek operacyjny, zanim się doń zabrał, obmyślił dokładnie, a w rzadszych i trudniejszych udawał się listownie, gdy nie mógł inaczej, o wskazówki do kolegów; korzystał z nich ściśle, czemu w pracach swych niejednokrotnie dawał świadectwo.

To też poszukiwanym był bardzo lekarzem, a mimo to majątku nie zrobił; świadczy to, że nie zysku ale zadowolenia spełnionego czynu szukał i je znajdował.

Odnaczony był orderami i tytułem rzeczywistego radcy stanu i był członkiem czynnym, korespondentem i honorowym wielu uczonych towarzystw, między innemi już przed 20 laty mianowany został członkiem korespondentem wydziału lekarskiego poznańskiego Tow. Przyjaciół nauk.

Otrzymawszy przed 9 laty emeryturę, przeniósł się do swego ulubionego Lublina, ale nie na to, by spocząć po trudach, bo na to nie pozwalał mu jego ruchliwy umysł. Znowu więc zabiera się do pracy zawodowej, biorąc czynny udział w towarzystwie lekarzy lubelskich, a staraniem ciąglem spowodował otwarcie w Lublinie oddziału okulistycznego przy szpitalu św. Józefa. Stary gród trybunalski pokochał całym sercem, tu

pracował, tu cierpiał... W samo Boże Narodzenie zakończył znojnny żywot przeżywszy 68 lat. Pochowany na cmentarzu tamtejszym.

Pozostawił żonę, zamężną córkę i syna Włodzimierza, okulistę, który po odbyciu kampanii japońskiej powrócił do boku ojca, aby mu osłodzić ostatnie chwile i zanuć do wiecznego snu.

Oby Ci, zacy Kołogo ten sen był błogim!

III. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Uhthoff nie przyjął ofiarowanej mu katedry w Bonn po Saemischu.

Doc. Dr Aleks Salzmänn w Wiedniu i doc. Dr Edward Hummelstein w Bonn otrzymali tytuł profesora nadzwyczaj.

Habilitował się: Dr Brueckner w Wuerzburgu.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Józef Talko, rzecz. radca stanu, w Lublinie.

Dr Emil Venneman, prof. okulistyki w Leodyum.

Ur. 23 czerwca 1850 w Lehle w Belgii, mian. prof. anatomii w r. 1878, a w r. 1881 okulistyki w Leodyum, zmarł tamże na udar sercowy.

Dr L. Matthiessen, prof. matematyki i fizyki w Rostoku, w 76 roku życia, tamże.

Pisał wiele z dziedziny dioptryki oka.

Dr Javal zmarł przed kilku dniami w Paryżu. Jeden z najznakomitszych znawców fizyolog. optyki, były dyrektor pracowni oftalmologicznej w Sorbonnie. Sam postradawszy przed kilku laty wzrok nie przestał mimo to pracować i brał udział czynny we wszystkich zebraniach naukowych swej specjalności.

V. OD REDAKCYI.

Szanownych Panów współpracowników uprzejmie proszę o regularne nadsyłanie referatów z pism przez siebie do streszczania obranych, inaczej miesięcznik nasz nie może dawać, jakby pragnął, całokształtu ruchu naukowego naszej specjalności i nie może wychodzić regularnie. Jeżeliby który z Szan. referentów z jakiegokolwiek powodów, nie przysyłał w ciągu trzech miesięcy streszczeń bez podania powodów, redakcyja będzie zniewoloną wnioskować, że tenże dobrowolnie zrzuca się z przyjętych obowiązków i pragnie być wykreślonym z listy współpracowników.

Bol. Wicherkiewicz.

**Spis polskich oryginalnych prac okulistycznych,
ogłoszonych w r. 1906.**

1. Kicki: *Wyniki badań chorób ocznych i bystrości wzroku u młodzieży szkół ludowych we Lwowie.* — Przegląd higieniczny Nr 1.
2. Mogilnicki: *Błonicze zapalenie łącznicy oka.* — Czasopismo lekarskie, zeszyt wydany ku uczczeniu 25-letniej rocznicy Biegańskiego.
3. Wicherkiewicz: *Dr Ludwik Wecker* (nekrolog). — Postęp okulistyczny Nr 2.
4. Reis: *Spostrzeżenia z okulistyki w sztuce włoskiej.* — Tygodnik lekarski Nr 7 i 8.
5. Bałłaban: *Miasak wśródoczny.* — Postęp okulistyczny Nr 1.
6. Reis: *Nieżyt spojówki Parinauda i jego znaczenie dla histogenezy komórek plazmatycznych.* — Postęp okulistyczny Nr 2.
7. Szulistański: *Kiła oka.* — Tygodnik lekarski Nr 12 i 13.
8. Noiszewski: *Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śródbłoniak.* — Postęp okulistyczny Nr 3 i 4.
9. Wicherkiewicz: *Niezwykle silne krwawienie spojówki powiekowej po przypaleniu jaglic.* — Postęp okulistyczny Nr 3 i 4.
10. Noiszewski: *Leczenie jaglicy przewlekłej przeszczepianiem błony śluzowej ust pod powiekę. Przyczynek do nauki ręcznego leczenia jaglicy.* — Postęp okulistyczny Nr 5.
11. Jaroszyński: *Oświetlenie elektryczne pod względem higienicznym.* — Zdrowie Nr 6.
12. Reis: *Nauka o odporności w okulistyce.* — Tygodnik lek. Nr 27 i 28.
13. Wicherkiewicz: *Dalsze doświadczenia z pyoktaniną w leczeniu okulistycznym.* — Nowiny lekarskie Nr 7.
14. Łuniewski: *Zranienie rogówki żądłem pszczoły.* — Postęp okulistyczny Nr 6 i 7.
15. Wicherkiewicz: *Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.* — Postęp okulistyczny Nr 6 i 7.
16. Bregman: *O widzeniu barw i ślepotcie dla barw w histeryi* — Medycyna Nr 32.

17. Gepner: *Kilka przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia z pierwszymi objawami ze strony powiek.* — Medycyna Nr 34.
 18. Strzemiński: *Przypadek rozpromienienia włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce ze szparami teczołek i źrenicami dodatkowymi.* — Postęp okulistyczny Nr 8.
 19. Noiszewski: *Zapalenie siatkówki po zatruciu wyciąganiem paproci samczej.* — Postęp okulistyczny Nr 8.
 20. Noiszewski: *Onanizm w świetle nauki o czuciu gruczołowym z uwzględnieniem wpływu onanizmu na wzrok.* — Nowiny lekarskie Nr 9.
 21. Bednarski: *O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgłokowym pochodzenia wewnętrznego.* — Postęp okulistyczny Nr 9.
 22. Majewski: *Przypadek załamania rogówki.* — Postęp okulistyczny Nr 10.
 23. Wicherkiewicz: *Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.* — Postęp okulistyczny Nr 10.
 24. Rumszewicz: *O szklistem zwyrodnieniu spojówki.* — Postęp okulistyczny Nr 11.
 25. Rumszewicz: *Przypadek brodawczaka załamka półksiężycowego.* — Postęp okulistyczny Nr 12.
 26. Wicherkiewicz: *O zapobiegawczem leczeniu garbców rogówkowych.* — Postęp okulistyczny Nr 12.
 27. Wicherkiewicz: *Dr Józef Talko* (wspomnienie pośmiertne). — Postęp okulistyczny Nr 12.
-
-

Spis rzeczy w roczniku ósmym.

- Acidum lacticum*: 392.
Adaptacja: Wpływ wieku na ad: 267.
Aggravacja: 150.
Akomodacja: 31. 312.
Akromegalia: 147.
Alypina: 199. 210. 215. 389. 390. 392.
Amaurosis fugax: 362.
Amblyopia toxica: 129.
Anaemia: zmiany na dnie oka: 97.
Anaesthetica: 99.
Anerwysma orbitae: 11.
Anilinowe barwicki: 259.
Anisocoria: 64. 314.
Anisotropia: 314.
Antepositio: 320.
Argyrol: 209. 210.
Arthritis: 391.
Aspergillus: 73.
Astigmatismus: As. inversus (*oxycephalia*) 251. As. corneae et As. totalis: 257.
Atrophia senilis musculorum: 365.
Atheroma oculi: 284.
Autointoxicatio: 212.
Autophagismus: 164.

Blepharochalasis: 359. Zakażenie anaerobowe: 55.
Blepharoplastica: 215.
Bulbus: Mięsak śródoczny: I. Phthisis bulbi: 33. Podwójne przebiecie gałki: 93. Tumor intrabulbaris: 152. 157. Enophthalmus traumaticus: 152. Haemorrhagia intrabulbaris: 188. Phlegmonae retrobulbaris 200. Atrophia bulbi: 207. Post haemorrh. retinae: 292. Epithelioma epibulbare: 360. Drażące rany zakażone: 365.
Bystrość wzroku: 251.
- Cavities ciliarum*: 266.
Camera anterior: Metoda mierzenia głębokości: 129.
Carcinoma: 54.
Carcinula lacrymalis: 27. 287.
Cataracta: Cat. polaris anterior: 63. 283. Oper. cataractae: 70. Zaćma tężyczkowa: 95. Leczenie pooperacyjne à ciel ouvert: 127. Zaćma skutkiem rażenia piorunem: 167. 223. Operacja wedle Antyllosa: 202. Dziedziczność w etyol. kat.: 217. Extractio cat.: 218. 383. Cat. traumatica 264. Cat. tetania: 268. Cat. polaris anterior: 361. Cat. w następstwie tężycy: 355. Cat. senilis (ciśnienie tętnicze): 375.
Cellulitis ethmoidalis: 400.
Chalazion: Oper. Antonello: 69. Szczypce do oper.: 391.
Chorioidea: Sarcoma chorioideae: 29. 204. Membrana Bruchii i wyrośle koloidowe: 35. Chorioiditis purulenta: 119. Coloboma chor.: 192. 237. Naevus pigmentosus chor.: 261. Iridochoioiditis (etyologia): 263. Pseudotuberculosis aspergillina: 269. Tuberculosis chor. 270. 326.
Ciśnienie wśródoczne: 250.
Collargol: 163.
Conjunctiva: Zwrodnienie szklisto-limfomatyczne spoj.: 23. Rzekome nowotwory spoj.: 23. Conj. Parinaud: 39. 66. Cysticercus subconjunctivalis: 62. Pemphigus conjunctivae: 65. 281. Blebno-rhoea adullorum: 69. Zapalenie sienne spoj.: 70. Papilloma ad limbum corneae: 298. Papilloma conj.: 77. Krwotok po galwanokaustyce: 81. Osteoma conj.: 87.

- Degeneratio hyaloidea: 33, 96, 335, 356. Fibroma polipoides multiplex: 110. Conj. neonatorum spuria: 149. Conj. staphylococcica: 155. Catarhus vernalis: 160, 315. Myxofibroma conj.: 189. Tbc. conj.: 194, 221, 375. Amyloidosis: 212. Lupus conj.: 266. Conjunctivitis blennorrhoeica: 267. Sclerosis initialis conjunctivae bulbi: 281. Pigmentatio conj.: 285. Dermoidum conj.: 297.
- Cornea*: Slerokeratitis: 69. Keratitis aspergillina: 73. *Ulcus serpens* (Seroterapia): 92, 211. Badanie bakterjol.: 93. Kerat. parenchymatosa traum.: 106. Keratitis hypopyon: 122. Zmiany krzywizny podczas skurczu mięśni: 125. Keratoconus (galwanokaustyka): 125, 195. Keratitis parenchymatosa: 131. Otruch rogówkowy: 160. Zranienie zapłem pszczoły: 173. Obrażenie piorunem: 179. Wrodzone zaćmienia rog.: 193. Keratoconus: 195. Wrodzone złogi barwikowe: 203. Ectasia peripherica corneae: 215. Keratitis annularis-traumatica: 232. Zmętnienie guzkowate rogówki: 267. Keratitis dendritica e. malaria: 294. Infractio corneae: 303. C. malaria: 322. Koratektomia partialis: 359. Staphyloma corneae (zapobieganie): 370. Tbc. corneae: 382.
- Corpora aliena*: umiejscowienie radiograficzne: 87. C. a. w przednim odcinku: 386.
- Cyanopsya*: 358.
- Cysticercus*: 62. C. orbitae: 26.
- Dacryosis sanguinea*: 69.
- Dionina*: 71, 390.
- Diploskop*: 195.
- Ductus lacrymalis*: badania dośw.: 124. Stan jamy nosa przy dacryocystitis: 167. Schorzenia kłbowe: 364. Leczenie chorób bez operacji: 387.
- Echinococcus*. Ech. intrabulbaris: 254.
- Elektromagnes*: 255.
- Enophthalmus traumaticus*: 152, 385.
- Enucleatio*: Nożyczki do przecięcia nerwu wzrok.: 90. Znieczulenie miejscowe: 198.
- Erytromelalgia* (zapal. spojówki): 390.
- Exophthalmus*: 256.
- Extractio dentis* (osłepnięcie): 121.
- Extractum filicis maris*: 246.
- Fibrae medullares*: 237.
- Fotografia dna oka*: 326.
- Fractura baseos crani*: 115.
- Galwanokaustyka*: 81.
- Ganglion ciliare*: 257.
- Gaszienice*: zniszczenie gałek ocznych: 160.
- Glandula lacrymalis*: (embryol.): 122. Konkrementa w przewodnikach łzowych: 122. Lymphosarcoma lacr.: 153. Gl. lacr. mobilis: 154. Guzy rzekomo białaczkowe: 159. Sarcoma gl. lacr.: 164. Cylindroma glandulae lacr.: 213. Dacryoadenoplosis: 377.
- Glioma*: 33.
- Glaucoma*: Gl. tuberculosum: 28. Irydektomia i masaż: 57. Gl. traumaticum: 61. Sympatektomia: 69. Gl. po irydektomii: 199. Gl. consecutivum: 264, 319. Gl. congenitum: 293. Gl. absolutum (oper.): 357. Gl. chronicum (irydektomia i sklerektomia): 360. Gl. emotivum: 375.
- Gorączka sicana*: 387.
- Gwajakol*: 70, 112.
- Hemianopsia*: 148, 322.
- Hemeralopia*: 133.
- Hemiplegia* (stan mięśni ocznych): 315.
- Hemispasmus facialis*: 196.
- Hemolizyna*: 129.
- Herpes zoster ophthalmicus*: 387.
- Hippus*: 197.
- Humor aqueus*: 257.
- Hydrogenium hyperoxydatum*: inkrustacje: 113.
- Hydrophthalmus*: 165.
- Hypopyon*: leczenie zapomocą osączkowania włosowatego: 388.

- Infekcja po oper. oczu*: bad. bakteri-
ryol: 88.
- Infractio corneae*: 303.
- Injectiones subconj.*: Natr. chlor.
101. 355. I. powietrza sterylizo-
wanego: 382.
- Iniekcje parazyj*: 57.
- Iris*: Iritis luetica: 56. Atrophia iri-
dis: 59. Coloboma iridis congeni-
tum: 63. Anomalie wrodzone: 96.
Cystis iridis: 96. Iridodialysis
traumatica: 98. Iritis tuberculosa:
113. Wyltwory brodawkowe 130.
Melanosarcoma iridis: 152. Irido-
tomia praecornealis: 214. Irido-
chorioiditis (etiologia): 263. Iry-
dektomia: 282. Tumor iridis: 325.
- Irydektomia*: 57. 282.
- Itrol*: 163. 399.
- Komórki piankowate*: 152.
- Konwergencja*: 22.
- Kryształowe utwory*: 355.
- Lens*: Obrazki na jądrze przy wzier-
nikowaniu: 103. Subluxatio lentis:
187. Zmiany wsteczne: 250. Lu-
xatio lentis: 255. 319. Patologia
soczewki: 286. 353. Soczewka
prawidłowa: 288 Fizjologia socz.:
353.
- Leukaemia*: zmiany w oczach: 268.
- Lymphangioma*: 67.
- Macula lutea*: 376.
- Malaria*: 322. 382.
- Melanosis*: 211.
- Metallophon*: 202.
- Mięsienie*: M. pneumatyczne: 381.
Mięsienie, jako zatrudnienie dla
niewidomych: 385.
- Miosis spastica*: 191.
- Morbus Basedovi*: 331.
- Morbus Quinke*: 119.
- Musculus rectus internus*. Niepra-
widłowy przyczep: 309.
- Myopia*. Mp. fortis: 63. Correctio to-
talis: 85. Suppressio lentis: 116.
185. Mp. permagna 214. 224. Pe-
knięcia błony Descemeta: 215.
- Nagniatanie gałki*: 57.
- Narkoza skopolaminowo-chlorofo-
r-mowa*: 130. 323.
- Narzędzia okulistyczne*: 317.
- Nekrologia*: 36. 37. 76. 301. 396.
- Nervus abducens* przy otitis media:
286. Paralysis u. abd. traumatica:
75.
- Nervus opticus*. Fibromatosis n. opt.:
34. Sarcoma n. opt.: 63. Pignen-
tacja nerw. wzrok.: 104. Neuritis
a frigore: 187. Neuritis post mor-
billos: 188. Neuritis optica przez
ukaszenie owadu: 199. Neuritis
opt. e lue hereditaria: 206. 231.
Atrophia n. opt. tabetica: 265.
Coloboma vaginal n. opt.: 282.
Neuritis retrobulb. post partum:
294. Tuberculoma papillae n. opt.:
298. Neuroretinis: 364.
- Nervus trigeminus*: 160.
- Neuroma racemosum*: 165.
- Niereczniki*: 189. 190.
- Nystagnus*: 378.
- Objaw Bella*: 101.
- Oftalmometr Reida*: 120.
- Oftalmoskopia*: 355.
- Okolica Mariotte'a*: 320.
- Ophthalmia sympathica*: 349.
- Ora serrata*: 263 322.
- Orbita*: Cysticercus orb.: 26. Lym-
phangioma orb. 67. Schorzenia
traumatyczne 100. Phlegmone: 119.
271. Tumores retrobulbares: 120.
Haematoma retrobulbare: 163.
284. Aneurysma orb.: 212. Cy-
clindroma orbitae: 258. Tumores
pseudoleukaemici orb.: 289. Cor-
pus alienum: 325. Osteoperiosti-
tis: 362.
- Oxycephalia*: 251.
- Palpebrae*: Lymphangioma palp.: 67.
Oper. chalazii: 69. Clignement vi-
bratoire: 76. Blepharospasmus;
leczenie iniekcjami alkoholu: 89.
Entropium et trichiasis (oper.): 95.
Blepharochalasis: 118. 359. 377.
Entropion (galwanokaust.): 121.
201. Ptosis: 117. 124. 384. Brzeg
powiekowy (budowa i rozwój):
127. Epithelioma: 158. 168. 215.
Lipomatosis palp.: 193. Palp. amy-
loidosis: 212. Blefaroplastyka:
215. Pemphigus palp.: 281. Re-

tractio levatoris: 284. Blepharitis marginalis: 297. 363. Ptosis (oper.) 314. Tuberculosis palp: 330. Coloboma palp: 350. Dermoidum: 350.

Panophthalmitis przy pneumonii: 269. P. septica: 391.

Parafina: 132.

Paralysis: P. abducentis przy dysmenorrhoea: 192. Par. oculomotorii recidivans: 204. Par. progressiva: 59.

Pemphigus: 65. 281.

Pyoktanina: 234.

Plica semilunaris. Papilloma plicae: 367.

Poczucie barw: 327.

Prąd elektryczny o wysokiem napięciu: 262.

Prutki anaerobowe: 55.

Prómienie Roentgena: 54. 169.

Proteza: (wszczepienie oka króliczego po enukleacji): 25. Kule parafinowe, jako podkład dla protezy: 132. Płytki parafinowe przy operacji zrostów: 332.

Przekarmienie Biera: 106. 289.

Przyrząd ssący Bier-Klappa: 208.

Pseudotuberculosis aspergillina: 269.

Pterygium: 255.

Pupilla. Anizokorya przy tbc. pulmonum: 64. Zachowanie się przy przecięciu n. wzrok. 99. Ectropium uvae: 121. Zniesienie od ruchu na światło jednostronne: 159. Hippus: 197. 260. Ectopia pup. na tle zapalnym: 213. Polycoria: 237. Odruchowa martwość źren.: 262.

Rabies: 166.

Radium: 54. 165. 168. 170. 213. 324. 363.

Retina. Tuberculoma ret.: 34. Sublatio ret.: 85 224. 225. 265. 268. Oedema ret. traumaticum: 99. Pojawienie się ziarn w czopkach: 127. Pseudoglioma: 131. Coloboma ret.: 192. Glioma ret.: 33. 201. 298. 351. Atrophia ret.: 209. Retinitis haemorrhagica: 211. Ret. punctata albescens: 228. Ret. toxica: 246. Ciąłka ochronne siatkówki: 251. Haemorrhagiae przy zgnieceniu klatki piersiowej: 280. Haemorrhagia ret.: 292. 323. Embolia art. centr. ret.: 295. 324. 354. 389. Thrombophlebitis venae centr.: 360. Neuroretinitis: 364.

Rheumatismus: 321.

Rozwórka: 391.

Saccus lacrymalis. Exstirpatio: 105. Fistula sacci lacr.: 258. Sin. sphenoidalis: 300.

Sarcoma: 1. Sarc. chorioideae: 29. Sarc. n. opt.: 63.

Saprofity: 121.

Sclera: Scleritis: 69. Gumma sclerae: 221.

Sclerosis disseminata: 329.

Seroterapia: 251. 312.

Sinusitides. Zmiany na dnیه oka: 98. 299. Empyema frontale et ethmoidale: 119. Sin. sphenoidalis: 300.

Skiaskopia: 93. 355.

Stereoskopijne widzenie: 128. 312.

Stowaina: 216.

Strabismus. Odległe skutki operacji: 30. Str. convergens superoinfer.: 33. Str. convergens: 105. Str. sursumvergens: 108. Pole widzenia: 166. Jednostronna atropinizacya: 214. Str. alternans: 316.

Strychnina: 129.

Sublimat (sparzenie oka): 378.

Suprarenina; nekroza tkanek po zastrzyknieciu: 266.

Surowica: S. Marmorka: 70.

Sympatektomia: 69.

Symulacya: 150. 223. 316.

Syphilis: 56. 124. 221. 231.

Tubes: 59. 69.

Tarsorafia: 195.

Tarsus. Zwyrodnienie szkliste: 33.

Tatuacya barwna: 287.

Tenotomia musculi levatoris palp sup: 316.

Tetania: 268.

Thymus: 331.

Trachoma: 72. 301. 333. Krwotok po galwanokaustyce: 81. Leczenie chirurgiczne: 130. 133. Zarazliwość jagl.: 149. Leczenie ra-

dem: 165. 213. 363. Obraz kliniczny: 352. Etiologia: 389.
Trauma: 55. 61. 75. 93. 98. 99. 100. 106. 178. 150. 152. 159. 203. 205. 211. 232. 280. 290. 292. 326.
Tonometriya: 103. 114.
Torticollis pochodzenia ocznego: 154.
Tuberculosis: 28. 34. 60. 64. 70. 189. 194. 221. 233. 256. 270. 298. 323. 326. 329. 361. 382. 375. 379.
Tuberkulina: 113. 189. 268.
Tytoń: 387.
Unguentum flavum: 179.
Uraz sfery widzenia: 292.
Uwea; Tuberculosis uweae: 361. 379.

Wrażliwość powierzchni oka: 126.
Wziernik Reida: 120.
Wzrok strzelców: 318.

Xantopsya: 358.

Zaćmienie słońca, zaburzenia wzrokowe: 111. 288. 322.
Zjawiska entoptyczne: 197. 200.
Znieczulenie rdzeniowe; porażenie mięśni ocznych: 366.

Żar: Działanie na oko: 123.

Spis rycin, zawartych w roczniku ósmym.

Ryc.	Str.
1. Pięć tablic z rycinami przedstawiającemi preparaty z mięsaka wśródocznego	36
2. Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śród błoniak (obrazy mikroskopowe).	80
3. Sposób operacyjny leczenia jaglicy przewlekłej przez przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę.	143
4. Szpary tęczęwkowe i źrenice dodatkowe	238
5. Rozpromienienie włókien rdzennych nerwu wzrokowego.	239
6. Nieprawidłowy przyczep mięśnia prostego wewnętrznego	310

Spis autorów w roczniku ósmym.

- Abadie 196. 282.
Abelsdorff 100.
Adamüch 334.
Agabor 36.
André Patry 251.
Angellucci 119.
d'Angelo 120.
Antonelli 200. 257. 321.
Arlt 390.
Aubineau 56.
Aurand 73. 197. 269. 270.
Aweibach 221.
Axenfeld 71. 205. 214. 231.
- Baas** 171.
Bach 193. 262.
Baillart 85.
Bajardi 129.
Ballaban 1. 96.
Bargy 63. 382.
Baslini 197.
Basso 119. 122.
Bartels 268. 334. 366.
Baquis 121. 126. 127.
Baudoin 69.
Baudry 150.
Bär 356.
Bock 101. 355.
Bednarski 271.
Bellarminow 118.
Bernheimer 267.
de Bernardinis 118.
Betremieux 324. 363.
Bichelonne 64. 187.
Bietti 121. 122. 130.
Bistis 152.
Birch-Hirschfeld 213.
Błagowieszceński 166.
Bock 27.
Bocchi 125. 128.
Boidin 322.
Bonamico 126.
- de Bono 124. 125. 126.
Bourdeau 105. 399.
Bourgeois 320.
Borschke 93. 355.
Bradburne 384.
Breuil 197.
Brunetière 284.
Bruner 386.
Brückner 103. 255.
Burnett 76.
Bylsma 391.
- Cabannes** 194. 231. 359.
Caillaud 258.
Cantonnet 320. 362.
Capellini 122.
Caspar 66. 191.
Cassinatis 378.
Chaillous 54. 313. 315.
Cheney 383.
Chiari 125.
Chevallereau 287.
Cirincione 120. 125.
Coats 35. 295. 298.
Cohn 301.
Collins Treacher 6. 31. 218. 233.
Contino 127.
Consiglio 131.
Coopman 69.
Cosmettatos 62. 110. 159. 282. 322.
360.
Coudela 157.
Coulland 318.
Cramer-Kottbus 233.
Curt-Cohen 266.
Czemotow 117.
Czermak 301.
- Dalén** 236.
Darier 69. 199.
Daxenberger 390.
Delneuveville 300.

- Delord 316.
 Demaria 213.
 Deutschmann 268.
 Di Santo 119.
 Didkas 188.
 Dinder 363.
 Distler 263.
 Domec 381.
 Dor 69. 331.
 Duclos 88.
 Dupuy 59. 196.
 van Duyse 23. 152. 159. 169. 358.

 Eilke 93.
 Ellet 294.
 Elsaesser 113.
 Elschmig 212.
 Elze 389.
 Engelmann 114.
 Erdmann 366.

 Fage 359.
 Falchi 124. 129.
 Falta 255.
 Farina 235.
 Fejer 96. 256. 324.
 Ferentinos 111. 209. 322.
 Fernandez 216.
 Fisch 98.
 Fleischer 101. 215. 329.
 Font-Réaulx 184.
 Foerster 390.
 Fortin 376.
 Fortunato 130.
 Franko 228.
 Frenkel 314. 375.
 Fredenberg 99.
 Frenkel 170.
 Freytag 353.
 Fromaget 260. 281. 314.
 Fröhlich 214.
 Frugieule 130.

 da Gama Pinto 228. 234.
 Gallenga 120. 130.
 Garipuy 375.
 Gatti 129.
 Gelpke 171.
 Gendron 153. 323.
 Ginsberg 28. 292.
 Ginsburg 167.
 Ginestous 318.
 Glegg 300.
 Goldzieher 72. 164. 267.

 Gourfein 375.
 Gradle 229.
 Grand-Clément 75.
 Graefenberg 354.
 Grawitz 365.
 Greveau 391.
 Grosz 501.
 Guichemerre 199.
 Gussmann 223.
 Guttman 99.

 Haass 390. 392.
 Hancock 34.
 Hay 300.
 Herbert 33.
 Hess 189. 190. 251.
 Hesse 289.
 Hilbert 390.
 Hillemans 211.
 Hinschelwood 200. 210.
 Hirschberg 28. 29. 67. 202. 203. 206.
 292. 293. 325. 326.
 Hocheim 95.
 Holth 87.
 Hoppe 391.
 Hosch 253.

 Ischreyt 356.

 Jackson 331.
 Jakoby 165.
 Jochman 204.
 Joëqs 69. 105. 201.
 Jones 213.
 Junius 262.

 Kamocki 236.
 Kempler 161.
 Kirchner 210.
 Kipp 294.
 Koerber 65.
 Kostenicz 76.
 Kozłowski 116.
 Kraemer 203.
 Kreuzberg 290.
 Kuhuł 70.

 Lafon 200. 315. 359. 377.
 Lagrange 25. 360.
 Landolt 22. 257. 317. 390.
 Landmann 192.
 Lapersonne 147. 154. 258.
 Lavie 281.
 Leber 250.

- de Lieto Vollaro 124. 130.
 Limdsgaard 266.
 Lodato 119. 127.
 Lukens 385.
- Luniewski 173.**
- Macnal 297.
 Majewski 303.
 Mandelstam 115.
 Marquez 235.
 Markowski 334.
 Maslennikow 167.
 Matthiessen 399.
 Mayer 163.
 Mayon 34. 297.
 Mazza 119.
 Menacho 211.
 Mettey 258.
 Meyer 230.
 Miller 108.
 Moissonnier 60. 63. 158. 362.
 Monesi 124.
 Monthus 195.
 Moreau 388.
 Moscaro 235.
 Mühsam 366.
- Nares de Rocha 225.
 Natanson 344.
 Nedden 93.
 Neustätter 113.
 Nettleship 217.
 Neze 115.
 Nobele 169.
 Noiszewski 77. 133. 246.
- Oeller 92.
 Ogawa 104. 351.
 Ohm 389.
 Ohse 350.
 Onfray 256. 361.
 Onodi 329.
 Opiu 199. 361.
 Orłow 166.
 Ostwald 228. 234.
 Oszapowski 118.
 Oven 298.
 Ovio 121. 122.
- Pagensteher 97.
 Pansier 86.
 Pardo 128.
 Park-Leris 216.
- Parsons 323.
 Paschef 26. 298.
 Paul 211.
 Paunz 102.
 Pechin 149. 360. 361.
 Pergens 251.
 Pes 119. 121. 130. 131.
 Petella 120.
 Peters 208.
 Petit Paul 287.
 Pfalz 211.
 Pflugk 228. 234.
 Pigeon 312.
 Pick 291.
 Polatti 214.
 Pollack 115. 287.
 Posey 299.
 Poulard 149. 152. 155. 322.
 Prawosud 171.
 Purtscher 204.
- Rachlman 209. 212. 264. 327.
 Ramos de Magalhaes 235.
 Raymond-Béal 280.
 Reis 39. 334.
 Reymond 120.
 Renner 106.
 Reuchlin 268.
 Rochon-Duvigneaud 199. 201. 256.
 Rohmer 57.
 Rollet 73. 215. 269. 319. 330.
 Rosenmayer 165.
 Rothmund 334.
 Roure 187.
 Römer 90. 189. 190. 251. 349. 388.
 Rumszewicz 335. 367.
 Rymowicz 236.
- Saemisch 366.
 Salzmann 399.
 Santamaria 121.
 Sattler 224.
 Sauvineau 281.
 Sbordone 127.
 Schelske 76.
 Schiek Franc. 236.
 Schiele 352.
 Schirmer 207. 365.
 Schily 213.
 Schmidt 103. 362.
 Schmeichler 223.
 Scholtz 254.
 Schultz 160.
 Schuster 355.

Schwalbach 212.
Schwartz 70.
Scimeni 119.
Scrini 154. 359.
Seefelder 193. 214.
Seeligsohn 289.
Segalowitz 261.
Serval 153. 323.
Sgrosso 130.
Sicherer 132.
Silva Rafael 212.
Snyder 387.
Sonder 375.
Speciale 122.
Speville 201. 323.
Sperber 355.
Spilmeyer 265.
Spratt 132.
Standisch 383.
Stargardt 266.
Steiner 285.
Stephenson 326.
Stirling 172.
Steinkühler 389.
Stock 213. 268. 364.
Struve 76.
Strzemiński 237.
Sulzer 387.
Suarez de Mendoza 235.
Sylla 392.
Szymanowski 117.

Tacke 364.
Talko 392.
Teich 98.
Terlinck 106.
Terrien 157. 195. 198.
Terson 70. 90. 113. 286. 319. 382.
Thilliez 323.
Thomson 234.
Thiele 365.
Topolański 357.

Tornatola 120. 121.
Toufesco 250. 286. 288.
Trantas 160. 263. 322. 333.
Trousseau 87. 168. 189.
Truc 215. 284. 316.
Türk 255.

Uhthoff 224. 225. 399.
Ulmann 76.

Vacher 85.
Valude 51. 89. 283.
Vaucresson 188.
Venneman 284. 399.
Videky 267.
Villard 61. 288.
Villemonte 377.
Voelkers 366.
Vogt 259. 266.
Vossius 228. 232.

Wadziński 221.
Wagner 163.
Webster 385.
Wecker 37.
Weiss 202.
Wernicke 265.
Weyll 378.
Wicherkiewicz 37. 57. 81. 179. 228.
231. 234. 309. 370. 392.
Wilder 332.
Wingenroth 192.
Wolfberg 391.
Wolfring 36.
Wolff 326.
Wölfflin 96.
Wolfrum 199.
Wopfner 269.
Wright 387.

Zirm 95.



