

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK XIII. — 1911

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1911.



~~KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej~~

~~4006~~

Okuliści polscy *)
według zestawienia z r. 1911.

- Dr Ałapin H. Warszawa, Wierzbowa, 1. 9.
- *Dr Bałaban Teodor, r. c. Lwów, ul. Wałowa, 1. 7.
- Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac W.W. Świętych, 1. 11.
- *Dr Bednarski Adam, tyt. prof. nadzw. okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Akademicka, 1. 5.
- Dr Bein Kazimierz. Warszawa, ul. Smolna, 1. 23.
- Dr Bereza J. Warszawa, ul. Chłodna, 1. 26.
- *Dr T. Berezowski, Kraków.
- Dr Bernhardt Józef. Wilno.
- *Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).
- Dr Borowski. Wilno.
- *Dr Brudnicki. Bieżno (Królestwo Polskie).
- *Dr Brudzewski Karol. Kraków, ul. Floryańska, 1. 38.
- *Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna, d. Reform. kolegium.
- Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.
- Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa, Chmielna, 1. 48.
- Dr Chęciński. Łuków (Król. Pol.).
- *Dr Cichański Al. Przemyśl.
- Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpatorya (Rosya).
- *Dr Cywiński Marian. Mohylew Białoruski.
- Dr Czyżewski L. Warszawa, Żórawia, 1. 3.
- Dr Daszewski. Kielce.
- *Dr Dawidson. Warszawa.
- Dr Dembowski. Radzielnaja.
- Dr Demidowicz Bronisław Marian, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłajną.
- Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Nowogrodzka, 1. 34.
- Dr Dudziński. N. Sącz.
- Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.
- Dr Działowski Alfred. Toruń.
- Dr Ebersson Maur. Tarnów.
- *Dr Elkner Marian Aleks. Kamieniec Podolski.
- Dr Endelman L. Warszawa, Żelazna Brama, 1. 3.
- Dr Fiałkowski Henryk. Koło, gub. Kaliska.
- Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiśna, 1. 45.
- *Dr Fukała Winc. Wiedeń.
- Dr Gałęzowski Feliks Franciszek. Warszawa, Sienna, 1. 22.
- *Dr Garliński Władysław M. Łódź.
- *Dr Geisler Piotr. Jarosław.
- Dr Genelli Zdzisław. Warszawa, ul. Mokotowska, 1. 39.
- *Dr Gepner Bolesław (ojciec), nac. lek. oftalm. Instytutu Warszawa, Krakowskie-Przedm., 1. 65.
- Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, Al. Jerozolimsk., 1. 25.
- *Dr Gidlewski, Lwów.
- Dr Gedrojc Juraga Witołd. Aleksandropol.
- *Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.
- Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de Trévise, 1. 21.

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

- Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. ofl. w Charkowie.
- Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj. obwód Siemireczyńskijskiej śród.
- *Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.
- *Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p. Wilejski.
- Dr Hand Jan, c. k. lekarz pułkowy. Gieszyn.
- Dr Herlyk. Maryampol.
- Dr Hlasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.
- Dr Hoene Jan. Kijów.
- Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
- Dr Hulanicki Władysław. Sosnowiec.
- *Dr Hulewicz. Bytom.
- *Dr Huszczo Józef. Białystok.
- Dr Idzikowski Józef. Łódź.
- *Dr Jaworski. Lwów, ul. Kościuszki, l. 8.
- Dr P. Jasiński Shenandoch. Pensylwania (Ameryka).
- Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa, Jerozolimska, l. 72.
- Dr Kaczkowski. Żytomierz.
- *Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 5.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- *Dr K. Karnicki. Petersburg.
- *Dr Karpiński. Rosya. Bieżęć litewski, ul. Puszkina.
- Dr Kepiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.
- Dr Kieki Tytus. Lwów, ul. Kopernika, l. 3.
- Dr Kleczkowski T., asystent kliniki okul. Uniw. w Krakowie.
- Dr Klinkowstein Romana. Suwałki, Król. Pol.
- *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.
- *Dr Koszutki, Kalisz (Kr. Pol.).
- Dr Kozłowski Michał Kazimierz, nac. lekarz oftalm. szpitala Popowych, Kijów.
- Dr Krajski Wacław 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, Siedlce (Król. Polskie).
- *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
- *Dr Lenkiewicz-Ipolhorski. Bobrujsk.
- *Dr Lewicki Stefan. Odessa.
- Dr Liebermann. Kraków, Grodzka, l. 48.
- Dr Likiernik Maurycy. Warszawa (Król. Pol.).
- Dr Łasiński Ignacy, t. radca san., Wrocław.
- *Dr Łuniewski Stefan, b. asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- *Dr Maciesza Aleksander. Płock.
- *Dr Machek Emmanuel. Prof. zwyczaj. okulist. Uniw. Fr. I. we Lwowie, Akademicka, l. 11.
- *Dr Majewski Kazimierz W., tyt. prof. nadzw. okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Szczepańska, l. 11.
- Dr Majkowski. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks, Kraków, ul. Wisna, l. 10.
- *Dr Marczewski Józef. Częstochowa
- Dr Markiewicz D. Pzemyślany.
- Dr Markowski Stefan. Częstochowa.
- Dr Matusewicz Jadwiga. Warszawa.
- *Dr Michalski. Łódź.
- Dr Muttermich Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.
- Dr Niegolewski Felicyan. Poznań, Pl. Królewski, l. 6.
- *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk. (Dynaburg). Doc. Ak. woj. peters.
- Dr Nowicki. Disna.
- *Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
- Dr Paradowski. Warszawa, ul. Zórawia, l. 15.
- Dr Pfachecki Jan. Radom.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- *Dr Przybylski Jan. Odessa.
- Dr Putiatycki. Drezno.
- *Dr Radźwicki. Smoleńsk.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Ratulł L. Warszawa (Królestwo Polskie).
- *Dr Reis Wiktor. Lwów, Akademicka, l. 26, doc. pryw.
- *Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.
- *Dr Rosenhauch Edm., asyst. kl. ok. U. J. w Krakowie.
- *Dr Rotberg. Piotrków (Królestwo Polskie).

Dr Rothert. Mińsk litew.
 *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
 *Dr Rymśza Wacław. Hurykowa,
 pow. Klecki.
 Dr Sawicz Witold, ord. szpit. wojsk.
 w Moskwie.
 Dr Stasiński Jan. Poznań.
 Dr Świada Ignacy. Mińsk.
 Dr Świętochowska. Sosnowiec (Kró-
 lestwo Pol.
 Dr Szafnicki, pryw. asystent Prof.
 Wicherkiewicza w Krakowie
 Dr Szawelski. Siedlce (Król. Pol.)
 *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
 Dr Szware A. Warszawa, ul. Chłó-
 dna. l. 30.
 *Dr Szymański. Chicago.
 *Dr Talko Włodz. Lublin.
 Dr Tomaszewski. Smigiel.
 Dr Topolański. Wiedeń, Szpit. Braci
 Miłosierdzia.
 *Dr Uziembło. Saratów.
 Dr Wabałas B. Warszawa, Chmiel-
 na, l. 29.

*Dr Weisberg Łódź.
 *Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań,
 St. Marcin. l. 6.
 Dr Wicherkiewicz Bolesław, Rada
 Dworu : Prof. zwycz. Uniwersy-
 tetu Jagiellońskiego. Kraków, ul.
 Wolska, l. 15.
 Dr Winawer Feliks. Warszawa, ul.
 Żabia, l. 3.
 *Dr Witaliński Wincenty, I asystent
 kliniki okulistycznej w Krakowie.
 Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
 Dr Zabłocki Stan. lekarz i okulista
 portu w Petersburgu.
 *Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
 *Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.
 Dr Zamenhof L. Warszawa, ul. Dzi-
 ka. l. 9.
 Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa,
 Marszałkowska, l. 136
 Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska,
 l. 21.
 Dr Zazuliński. Winnica.
 *Dr Żurkowski J. Humań, gub. Ki-
 jowska.

Spis polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1911.

1. Wicherkiewicz: *Nowojodyna w lecznictwie okulistycznem*. Przegląd lekarski nr 2.
2. Rosenhauch: *Ospicu krowiankowa narządu wzrokowego*. Przegląd lekarski nr 4 i 5
3. Wicherkiewicz: *Dalsze słowo w sprawie nowojodyny*. Przegląd lekarski nr 9.
4. Noiszewski: *Siatkówka korowa*. Post. okul. nr 1.
5. Wicherkiewicz: *O kilku rzadkich odruchach wywołanych wpływem na oko*. Post. okul. nr 2.
6. Żurkowski: *O południkach miarowych oczu niezbornych*. Postęp okulist. nr 3 i 4.
7. Ziemiński: *Krwotok wypierający po operacji ocznej*. Postęp okulistyczny nr 5.
8. Goldflamm: *O prostej podręcznej metodzie badania źrenic i o kilku mniej znanych objawach ze strony oka*. Med. i Kron. lek. nr 28—30.

9. A. Beck: *Charakterystyka ruchów gałki ocznej podczas drżenia*. Tygodnik lekarski nr 28.
10. Reis: *O sprawie leczenia arseno-benzolem zapalenia nerwu wzrokowego*. Tyg. lek. nr 28.
11. Wicherkiewicz: *Jakim być winien okulista operator*. Nowiny lek. nr 7.
12. Bařaban: *Krytyczna ocena tymczasowej blefarotomii i o mechanizmie jej działania*. Post. okul. nr 6.
13. Wicherkiewicz: *Znaczenie salwarsanu w leczeniu rozlanego mięzszowego zapalenia rogówki*. Przegląd lek. nr 28.
14. Goldflam: *W sprawie oddziaływania źrucie przy ruchu zbieżnym*. Med. i Kronika lek. nr 34.
15. Kleczkowski: *Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę*. Przyczynek do etyologii jaskry. Post. okul. nr 7.
16. Wicherkiewicz: *W jakich postaciach występuje trachoma*. Przegląd lek. nr 42.
17. Endelmann: *Przypadek dwustronnej ślepoty potowiczej z aleksyną i agrafią w następstwie porodu*. Med. i Kronika lek. nr 43.
18. Bednarski: *Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki*. Tygodnik lek. nr 44-45.
19. Rosenhauch: *Obecny stan badań nad etyologią jaglicy*. Tygodnik lek. nr 44-47.
20. Wicherkiewicz: *Wągr śródgałkowy i jego zwalczanie*. Postęp okul. nr 8-9.
21. Ziemiński: *Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków łamiących światło*. Post. okul. nr 10.
22. Reis: *O plamach barwikowych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy*. Post. okul. nr 10.
23. Noiszewski: *Leczenie kataforezą galwaniczną ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozaplamkowych w naczyniówce*. Postęp okul. nr 11-12.
24. Szafnicki: *Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego*. Post. okul. nr 11-12.

Spis rycin zawartych w roczniku trzynastym.

1. Rzuty punktu przedmiotowego na płaszczyznę poziomą i pionową (Z. I. str. 5).
2. Układ rzutów w linii spojrzeniowej. (Z. I. str. 7).
3. Południki miarowe oka niezbornego. (Z. III. i IV. str. 54).

4. Walce nadające oku miarowemu niezborność mieszaną. Z, III. i IV. str. 55).
5. Obraz wziernikowy wągra podsiatkówkowego przed operacją. (Tab. I. Z VIII. i IX.).
6. Obraz wziernikowy wągra podsiatkówkowego po operacji. Tab. II. Z. VIII. i IX.).
7. Przekrój przez zbliżowaciałą spojówkę powieki górnej. (Z. X. str. 262).
8. Pole widzenia (*scotoma centrale*) przed leczeniem kataforezą (Z. XI. i XII. str. 296).
9. Pole widzenia (*scotoma centrale*) po leczeniu kataforezą (Z. XI. i XII. str. 297).
10. Plama Mariotte'a przy *neuritis optica*, 3 rycin. (Z. XI. i XII. str. 304. 305. 308).

Spis rzeczy w roczniku trzynastym.

A.

Acidum jodicum 96.
Adaptacja 34.
Adrenalina 157. 219.
Agrawacja 142.
Amblyopia 81. 247. *Amblyopia ex abusu alcoholi* 71. Amb. po zatruciu chininą 318.
Amblyoskop 62.
Anaphylaxia 76.
Anestezya miejscowa 243.
Angioma venosum orbitae 142.
Anizokoria 286.
Argyrosis 247.
Astigmatismus 53.
Asurol 114.
Autointoxicatio 39.

B.

Bacillus influenzae 49.
Bacillus pyocyaneus 274.
Bacterium Coli 94.
Barwne litery 222.

Blefaroplastyka 36.
Bulbus: Ruptura bulbi 23.
Buphthalmus 23.
Bystrość wzroku 76. 78.

C.

Carcinoma: Scirrhus orbitae 24.
Cataracta: Luxatio cat. 82. Patogeneza cat. 244. 317. *Cataracta zomularis* 72.
Canaliculus lacrymalis 173.
Chlamydozoa 10. 11. 12.
Choroba snu 27.
Chorioidea: Neoplasmata chorioid. 14. Chorioiditis familiaris 20. 26. Sarcoma chorioideae 75. 226. Ruptura chorioideae 85. Chor. disseminata 236. Leucosarcoma chor. 241. Angioma chorioideae 276. Coloboma chor. 277.
Conjunctiva: Blennorrhoea neonatorum 10. 247. Conj. phlyctenulosa 47. 187. Epitheliosis desquamativa conj. 67. Conj. Ichtyotoxica 111. Conj. vernalis 171. 211. 283. Conj.

Parinaudi 173. Plamy barwikowe 216. 259. Conjunctivitis pseudodiphtherica 145.

Cornea: Keratitis gonorrhoeica endogenes 73. Ulcus annulare 83. Fistula corneae 84. Kerat. hypopyon 93. Delle rogówki 110. Dystrofia epithelialis corn. 114. Keratokele anterius 148. Herpes corneae febrilis 152. Keratitis parenchymatosa 153. 179. 240. 246. Ker. parenchymat. 319. Ulcus serpens 223. Transplantatio corn. 240. 244. Kerat. luetica 246. Papilloma corneae 269. Combistio cor. 314. Keratoconus 315.

Corpora aliena 45. 113. 121. 127. 153. 316.

Corpus ciliare: Syphiloma c. cil. 92.
Corpus vitreum: Abscessus corp. vitr. 72.

Cystis epithelialis 50.

Cykloforya 79.

Cysticercus 189. 227. 286.

D.

Dementia praecox: Zaburzenia zrenicze 16. 19.

Dermoeptelioma Parinaudi 246.

Diabetes 38. 173.

Diafonoskopia 14. 274.

Diplopia monocularis 268.

Distantia pupillaris 44.

Ductus nasolacrymalis: Stałe drenowanie 72. 235. 286. Dacryocystitis 82. Gonorrhoea congenita S. lacr. 90. Canaliculus lacrymalis 173. Anomalie 210. Tuberculosis D. n. lacrym. 233. Dacryocysto-blennorrhoea 235. Radiografia 236.

Dwoinki gramnegatywne 32.

Dioptryka 239.

Dyssymulacja 142.

E.

Ektropionator 327.

Elektroliza 84.

Elektromagnesy 45.

Embolia art. centr. 285

Enucleatio bulbi 63.

Erythema nodosum 316.

Exophthalmus 17. 20. 33. E. pulsans 318.

Extractio cataractae 12. 42. 64. 84. 89. 117. 145. 154. 217. 237 (in capsula clausa).

F.

Fakoliza 91. 153.

Fibrolizyna 41.

Filaria Loa 241.

G.

Galwanokaustyka 174.

Glaucoma: Nowa operacya 21. Prodromi gl. 39. Excavatio glaucomat. 105. Patogeneza jaskry 115. 120. 137. 242. Leczenie jaskry 137. Etiologia jaskry 157. Gl. po operacyi katarakty 217. Adrenalina we krwi 219. Glauc. haemorrhagicum 267. Gl. przy myopii 272. Ciśnienie krwi przy jaskrze 274.

Gonoblenorrhoea 114.

Gonorrhoea: Keratitis gonorrhoeica endogenes 73.

Graviditas 39.

H.

Haemorrhagia expulsiva 99.

Hemianopsya 91. 123.

Hereditas 278.

Herpes 37.

Heterochromia 21.

Heterosoria 140.

Hippus 16.

Humor aqueus 34. 71. 82. 244.

Hypermetropia diabetica 38.

Hypertonia arteriarum 139.

I.

Indarsol 272.

Infectio postoperativa 145.

Iris: Heterochromia 31. Iritis guttata 23. Cystis iridis 65. Iridocyclitis tuberculosa 89. Ectopia uveae 268. Coloboma iridis congenitum 274. Unerwienie tęczówki 277. Corpus alienum 316. Iritis plastica 316.

Trydokapsulektomia 237.

J.

Jodyna (odkazanie skóry jodyną) 38.

K.

Kataforeza 293.

Kat widzenia graniczny 147.

Keratokele anterioris 148.

Konwergencja 78.

Kontrast barwny 210.

Kryptophthalmus 170.

L.

Limbus corneae 78.

Luxatio lentis 154, 238, 239.

Lymphorrhagia retinae 107.

Lyssa 63.

M.

Melanosis sclerae, conjunctivae 120.

Meningitis 37.

Miesienie wibracyjne 108.

Mięśnie oczne: Operacje 236.

Migraena ophthalmica 15.

Mikrophthalmus congenitus 49.

Minimum separabile 77.

Morbus Basedowi 17, 65.

Morbus Raynaldi 24.

Morbus Recklinghauseni 246.

Mydriasis 68, 69.

Myopia 90, 91, 272. *Myopia traumatica* 242.

N.

Naphthalan 38.

Nekrologia 28, 130, 188, 248, 292, 324.

Neoplasmata 75, 78, 121.

Nervus opticus 21, 24. *Atrophia N.*

opt. 36. *Abcessus N. opt.* 37.

Neuritis optica 77, 300. *Anatomia*

246. *Neuritis retrobulbaris* 268,

282. *Coloboma n. opt.* 277, 317.

Neurotomia optico ciliaris 107.

Nowojodyna 149.

Nystagmus: N. verticalis 24. *Nyst.*

fossorum 89, 92. *Nyst. vestibularis* 111. *Nystagmografia* 146.

O.

Odczyn Wassermanna 38.

Odruchy oczne 29.

Oftalmofakometrya 110.

Oftalmologia porównawcza 291.

Oftalmoskopia 89, 209.

Okulary o podwójnem ognisku 43.

Opaska oczna 70.

Ophthalmia metastatica 48.

Ophthalmia sympathica 36, 73, 116,

141, 239, 276, 279, 280, 281.

Ophthalmoplegia congenita 123.

» *progressiva* 150.

» *externa* 287.

Orbita: Angioma venosum orbitae

142. *Teratomata orbitae* 186. *Cy-*

stis retrobulbaris 275. *Exentera-*

tio orbitae 315.

Orsudan 24.

Środek wzrokowy 112.

Orycephalia 287.

P.

Palpebrae: Cystis palpebr. 49. *Car-*

cinoma palpebr. 49. *Trophoede-*

ma palp. 93. *Blepharotomia* 131.

Operacja ptozy 184. *Blefaropla-*

styka 226. *Tarsopleptysis* 246. *Sym-*

blepharon 317. *Ulcus lueticum*

317.

Panophthalmitis 88.

Papilloma corneae 269.

Paralaksja jednooczna 104.

Paralysis: P. musculorum 14, 20.

P. nervi sympathici 21.

Perithelioma 124.

Personalia 28, 51, 98, 129, 248.

Perymeter 11.

Pestis bubonica 95.

Plama Mariotta 300.

Pletysmografia oczodołowa 106.

Plumbum aceticum 239.

Poczucie świątła: (Badanie przy za-

ćmieniu środków łamiących) 249.

Polikorya 316.

Promienie X 27.

Pupilla 104.

Pupillometer 11.

Pyocyanaza 23, 318.

R.

Radiografia 236.
Radium 26, 183, 314.
Rasilli 12.
Reclinatio cataractae 68.
Refraktometr 231.
Regio ethmoidalis anterior 144.
Retina: Siatkówka korowa I. Zmarszczki siatkówki 35. Haemorrhagia retinae 36. R. albuminurica 39. Amotio R. 70, 275, 279, 290. Periphlebitis Ret. 70. Spasmusart. centr. 85. Thrombosis venae centr. 86. Glioma Ret. 113, 115, 312. Cystis ret. 209. Ret. proliferans 241. Art. ciliaris ret. 244. Twory rozetowate 269. Otwór w fovea centr. 281. Angiomatosis ret. 277. Zwyrodnienie ganglion siatkówki 281. Ret. albuminurica 290. Maculitis 293.

S.

Succus lacrymalis: Plastyka woreczka Ł. 46.
Salvarsan 17, 18, 19, 69, 171, 211, 240, 277.
Sarcoma: S. m. recti super. 92.
Sclera: Scleritis exulcerans 83. Abscessus melastaticus sclerae 311.
Sclerectomy 240, 241.
Scotoma scintillans 15.
Siderosis bulbi 113.
Slepota słowna 22.
Soamina 24.
Statystyka 319.
Stereoskop 248.
Steresol 240.
Strabismus 35, 62, 78, 80, 109, 270.
Symulacja 142.
Syphilis 37, 92, 93, 170, 246, 273, 277, 317.

T.

Tarcz zastoinowa 37, 109.
Teleskopowe okulary 145.
Tenonitis 171, 172.
Tenotomia 140.
Teratomata orbitae 186.
Thrombosis: Th. venae nasalis luetica 37.
Tinctura jodi 248.
Tonometrya 214, 220, 275.
Trachoma: Ciąka Prowazka 13, 33, 66, 73, 314. Leczenie światłem kwarcowym 15. Zarazek jagliczy 16. Leczenie 41, 81, 95, 96, 239. Etiologia 42, 155, 176, 176. Plamy barwikowe na spojówce 259. Zmiany na spojówce gałkowej 272. Patogeneza jagl. 233. Reinfekcya 313.
Trauma 11, 12, 14, 36, 73, 82, 85, 88, 289.
Trepanacja twardówki 137.
Trichiasis; Operacya 229.
Trypanosomiasis 27.
Tuberkulina 66, 87.
Tuberculosis 70, 87, 89, 140, 170, 171, 212, 233, 273, 290.
Typhus recurrens 240.

V.

Varix orbitae 142.
Vitiligo 37.

W.

Wypłukiwanie resztek 84.

Z.

Zdolność zarobkowa 147.
Zmysł kierunku u niewidomych 327.

Spis autorów w roczniku trzynastym.

A.

Abadie 234. 241.
 Abelsdort 312.
 Adamiuk 49.
 Albrand 105.
 Aleksander 89.
 Armaignac 236. 247.
 248.
 Aroustam 26.
 Axenfeld 70.
 Aubaret 236.
 Aubineau 246.

B.

Bailliard 239.
 Bałaban 131.
 Baunet 178.
 Bartels 78. 111.
 Batten 24.
 Baum 15.
 Bednarski 187. 216.
 Berger 210.
 Bergemann 65.
 Bergmeister 276.
 Best 212.
 Bettremieux 240.
 Bielski 317.
 Birch-Hirschfeld 272.
 275.
 Bittorf 69.
 Blair 23.
 Bohac 19.
 Bonnefont 244.
 Borsch 240.
 Bossuet 27.
 Botteri 37.
 Bourgeois 237.
 Braithburne 79. 137.
 Brav 86.
 Brewerton 89.
 Bronner 23.
 Brown 83.
 Brunetière 243.
 Bruns 85.
 Bumke 19.

Butler 89.
 Buys 146.
 Bychowski 121. 287.

C.

Campos 44.
 Cargill 21.
 Carlini 71.
 Caspar 312.
 Catapano 68.
 Cetnarowicz 118. 152.
 Cível 246.
 Chailloux 246.
 Chance 82.
 Chevallereau 236.
 Chevalier 241.
 Clark 21.
 Clarke 24.
 Clausnirer 313.
 Cohen 12.
 Colin 47.
 Connor 145.
 Contino 269.
 Coppez 240.
 Coruwall 84.
 Cosmetatos 211.
 Curtil 48.
 Czyrkowski 49.
 Czysziakow 172.

D.

Dawidsohn 156.
 Debenne 239.
 Demets 239.
 Denis 238.
 Derby 87.
 Deutschmann 70. 116.
 281.
 Dianoux 234.
 Dmitriew 170.
 Domec 240. 248.
 Dor 43. 245.
 Dowling 144.
 Doyne 23. 26.
 Dudziński 180.

Duclos 238.
 Dufour 34. 239.
 Dupuy-Dutemps 246.
 Dutoit 268. 275.

E.

Eleutheriades 246.
 Elliot 137.
 Eloui 145.
 Elschnig 69. 116. 279.
 Emerson 80.
 Endelmann 119. 152.
 282. 285. 286. 287.
 290.
 Enslin 16.

F.

Page 235.
 Farnarier 35.
 Fehr 319.
 Fitatow 92. 170.
 Fisher 22.
 Fleischner 38. 72.
 Flemming 66. 211.
 Foster 90.
 Franck 72.
 Francke 11.
 Frieberg 72.
 Fromaget 242.
 Fuchs 75. 110. 271.
 Fujita 209. 269.

G.

Gabrielides 247.
 Gastiew 318.
 Gebb 14.
 Geis 12.
 Gepner 117. 119. 153.
 154. 283. 286. 289.
 290.
 Gifford 36.
 Gilbert 37. 73.
 Ginzburg 170.
 Gleichen 104.

Goldseth 82.
Golesceano 244.
Gofowin 315.
Gorbunow 171.
Górski 118.
Gouin 236.
Grow 78.
Gullstrand 209.

H.

Hack 268.
Halberstaedter 10. 12.
16.
Hamman 20.
Heckel 141.
Heerfordt 73. 115.
Heilbrunn 78. 275.
Hegner 15.
Henschen 112.
Herbert 21.
Hertzell 11. 327.
Heymann 13.
Hippel 277. 280. 281.
Hirsch 18.
Hirschberg 107.
Hoffmann 17.
Hofobut 63.
Hugh 91.
Hummelsheim 65.

I.

Ichikawa 272.
Igersheimer 18.
Inouye 78. 272.
Iscovescu 33.
Ischreyt 39.

J.

Jacqueau 238.
James 88. 91.
Jeleonskaja 317.
Jocqs 245.
Judin 93. 315.

K.

Kadziński 173.
Kalt 237.
Kamocki 148. 119. 155.
Karnicki 181. 182.

Kenny Ruby 81.
Kępiński 119. 152. 156.
Kerschbaumer 41.
Kirpiewa-Leontowicz
277.
Kleczkowski 157. 219.
Klinedinst 142.
Kleijn 77. 280.
Knapp 114.
Knieper 113.
Koboziew 316.
Koerber 107.
Komoto 37.
Kopczyński 150. 287.
Königstein 63.
Kovy 77.
Koliński 180. 215. 216.
218. 222. 223. 227.
229. 231.
Koszuński 178. 183. 222.
225. 228. 230.
Kraupa 108.
Kraus 106.
Kramsztyk 156. 175.
180. 229.
Krusius 62.
Kuffler 112.
Kulebiakin 318.
Kümmel 76. 274. 281.

L.

Lacoste 244.
Lafon 239.
Lagrange 241.
Lakah 238.
Lapersonne 234.
Langenhans 274.
Lawson 24.
Lebenhart 212.
Leber 67. 112.
Lewinsohn 68.
Likiernik 177. 181. 183.
224. 227. 229.
Lindner 33. 114. 247.
Linsler 39.
van Lint 237.
Lohmann 35.
Lorentowicz 284.
Lundsgaard 38.
Lurie 171.
Lutz 278.

Ł.

Lazariw 93. 317.
Luniewski 220. 230.
Lurie 316.

M.

Machek 182. 186. 223.
228. 230. 231.
Macyrhof 313.
Magitot 245.
Majewski 185. 215. 216.
221. 222. 223. 231.
243.
Marczewski 118. 179.
184. 225.
Markbreiter 105.
Markow 95.
Martius 19.
Martin 81.
Marx 63.
Matusiewiczówna 287.
Mayer 39. 277.
Mayou 21.
Mawas 34. 244.
Maynard 82.
Meissner 36.
Meis 248.
Meyer 16.
Meyerhof 42.
Morax 242. 247.
Moreau 237. 247.
Morcew 171.
Molais 236.
Mould 20.
Mügge 270.
Munro 91.
Muttermilch 118. 152.
155. 284.

N.

Nagano 64.
Napp 14.
Natanson 170.
171.
Neapolitański 314.
Nicati 147.
Noiszewski 1. 293.

O.

Odinow 50.
Oertel 15.
Ohlemann 65. 92.
Ohm 108. 279.
Oppenheimer 70.
Orłow 49. 318.
Ostwalt 235.

P.

Pagenstecher 274.
Parent 243.
Parisotti 242.
Perciwal 89.
Petit 241.
Peter 139.
Pichler 210.
Pokrowski 173.
Pollack 247.
Pöjlot 111.
Popławska 118. 119.
Priestley 90.
Prowazek 10. 12. 67.
Purtscher 72.
Puscaryn 37.
Putiata 41.

R.

Rachlis 319.
Rahlsou 111.
Reiper 85.
Reis 216. 259.
Reuss 113.
Richter 20.
Rollet 42. 45. 46. 233.
Rönne 71. 83. 109.
Rosenfeld 314.
Rosenhauch 175. 186.
214. 223. 227. 228.
Rubert 113.
Rumszewicz 177. 179.
181. 186. 219. 225.
226. 227. 230.
Rżanicyn 316.

S.

Salus 279.
Schanz 17.
Schoffer 173.
Schieck 39. 109.
Schmeichler 11.
Schnaudigel 211.
Schreiber 114.
Schull 14.
Scott 145.
Segal 317.
Segelken 38.
Seidel 277.
Sidorienko 41.
Siwcew 316.
Smith 84. 90.
Sobotka 19.
Starodubcewa 173.
Stern 60.
Stäli 267.
Stock 70.
Stoever 36.
Sulzer 235.
Szafrnicki 223. 225. 300.

T.

Tamaszew 318.
Terrien 246.
Terson 246.
Teulières 241.
Thompson 24.
Tier-Arutiniane 172.
Tkalcic 216.
Tockel 11.
Toczyski 220. 224.
Truc 148.

U.

Ulbrich 27.
Ubthoff 15.

V.

Vacher 234. 237. 238.
243.

Velhagen 106.
Verderame 32.
Vervay 106.
Vogt 38. 311.
Voss 14.

W.

Wasiutinskij 96.
Wegner 214.
Wernke 95.
Wicherkiewicz 29. 149.
176. 178. 179. 181.
182. 183. 184. 188.
189. 216. 218. 220.
223. 234. 225. 226.
227. 229. 230. 231.
233. 240. 242. 244.
248.
Winawer 122. 152.
Windbiel 240.
Witlinski 217.
Witmer 64.
Władyczewski 174.
Wolff 273.
Wolffberg 77.
Wölflin 268.
Wulffson 125. 286.
Würdemann 142.

Z.

Zade 73.
Zajciew 94.
Zajdeman 154.
Zeeman 110.
Zehden 14.
Ziemiński 99. 118. 119.
153. 154. 155. 249.
286. 290.
Ziegler 140.
Zirm 272.

Ż.

Żurkowski 53.

Spis pp. współpracowników i podział czynności
sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

- Dr Bałaban, Archiv für Augenheilkunde.
Prof. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique. Medycyna Posiedzenia Tow.
lek. lwowskiego.
Dr T. Berezowski, Zeitschrift für Augenheilkunde.
Prof. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
Dr Ebersson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aerztliche Zentral.
zeitung i Przegląd lekarski.
Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek., Czasopismo lek.
Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.
Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
Dr Kleczkowski, Graefego Archiv. f. Ophthalmologie.
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des
Auges.
Prof. Dr Majewski, Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmology.
Dr Matusewicz, Wracz i Ophthalmic Review.
Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'Ophthalmologie.
Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische
Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.
Dr Szafnicki, Wiestnik oftalmologii.
- Prosimy o regularne referowanie w odnośnych czasopismach za-
wartych prac, stosownie do zobowiązania. *Redakcyja.*

Otwarta prenumerata na rok XV (1912)
Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincyi 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszy-
stkich wybitniejszych pracowników na polu filozofii,
stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnie
polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch fi-
lozoficzny wogóle.

Każdy zeszyt zawiera

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 5. Autoreferaty |
| 2. Przegląd nauk szczegó-
wych | 6. Sprawozdania |
| 3. Przegląd krytyczny | 7. Przegląd czasopism |
| 4. Przegląd systematów współ-
czesnych | 8. Wiadomości bieżące i no-
tutki |
| | 9. Bibliografię |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcyja otwarta od godz. 4-ej — 7-mej.

4006

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BALEBANA, PROF. BĘDŃNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACIEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRĄMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNAMBURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Styczeń.	→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←	1911.
----------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Siatkówka korowa.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

(Rzecz czytana na pierwszym zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie dn. 13-go października 1909 roku).

(Opuszczony dodatek o rozkładzie wyobrażeń wzrokowych).

Według Munka¹ i jego szkoły, na korze obrębów wzrokowych mózgu, jak na ekranie, odbijają się powtórnie obrazy przedmiotów w tym samym porządku, jak na siatkówce. Po samym środku obrębu wzrokowego mają się znajdować te części obrazów wzrokowych, które w siatkówce oka odbijają się na plamce żółtej; na około zaś tego środka siatkówki korowej ułożone są uczestki siatkówki korowej odpowiadające obwodowym częściom siatkówki oka.

Munk i jego szkoła utrzymuje, że wycinając jakiś uczestek obrębu wzrokowego w mózgu, sprowadza tem samem ślepotę odpowiedniego uczestku w siatkówce oka. Jako dowód

słuszności swego poglądu przytacza Munk stronoślep oboczny (*Hemianopsia*) u psów po wycięciu obrębu wzrokowego w półkuli przeciwnej i brak widzenia naośnego po wycięciu w obrębie wzrokowym uczestku dla plamki żółtej.

Według Munka pies, któremu wycięto uczestek korowy dla plamki żółtej, nie podchodzi wprost do jądła na podłodze, ale podchodząc, obraca głową na wszystkie strony. Te ruchy głowy u psa Munk uważa jako dowód, że pies utracił możność przyjmowania wrażeń naośną częścią siatkówki i zastępuje naośną część siatkówki jej częściami obwodowymi.

Na XIII zjeździe międzynarodowym lekarskim w Paryżu korowy ośrodek wzroku był programowym tematem sekcji ocznej. Opracowali ten temat dla zjazdu Angelucci, Bernheimer i Henschen. Ponieważ pogląd Angelucci'ego był najzupełniej zgodny z poglądem Bernheimer'a, zatrzymano się więc tylko na poglądach Bernheimer'a i Henschen'a.

Bernheimer przedewszystkiem kładzie nacisk na techniczne niedokładności przy usuwaniu istoty korowej mózgu i utrzymuje, że przy usuwaniu istoty korowej łyżeczkowaniem i Paquelin'em, niepodobna prawie uniknąć uszkodzenia istoty podkorowej, mianowicie układu łuków skojarzeniowych i układu korony promienistej. Niezmiernie zasługującym na uwagę jest też twierdzenie Bernheimer'a, że plamka żółta nie posiada stałego zastępstwa korowego w półkulach mózgu i że tory plamkowe kończą się w *corpus geniculatum laterale*.

Bernheimer i Angelucci występowali jako przeciwnicy Munka, Henschen zaś jako stronnik poglądów Munka, znacznie jednak zmienionych.

Według Henschen'a korowy obręb wzrokowy znajduje się na średniowej powierzchni półkuli, mianowicie zajmuje okolicę *fissurae calcarinae*, przytem brzeg górny *fissurae calcarinae* zastępuje górną, a brzeg dolny dolną połowę siatkówki.

Twierdzenie Bernheimer'a, że przy usuwaniu kory mózgowej zarówno łyżeczkowaniem, jak i Paquelin'em niepodobna uniknąć uszkodzenia pokładów podkorowych, ma

doniosłe znaczenie dla zrozumienia występowania stronoślepu przy pochodzeniu korowem.

Jest to rzeczą ze wszech miar zastanawiającą, że Fitzner² u osób, chorych na niewład postępowy, u których badanie pośmiertne wykazało zmiany chorobowe w korowym obrębie wzrokowym, spostrzegał za życia objawy, które Noiszeewski³ później oznaczył mianem bezładu wzrokowego. Przyjęto, mówi Fürstner, że w takich razach mamy za życia stronoślepa (*hemiotopia*), tymczasem zaznacza z naciskiem Fürstner, że przy niewładzie postępowym ani razu nie spotkał się ze stronoślepem: »Hemiotopie niemals nachweisen konnte«.

W bardzo licznych przyczynkach do nauki o siatkówce korowej starałem⁴ się wykazać bezpodstawność twierdzeń Munka, ale dopiero wypadek dał mi możliwość wykazania prawdziwej przyczyny ruchów znamienych dla psa, operowanego sposobem Munka.

Jedna z moich chorych, p. Czeta, która oddawna już utraciła widzenie naosne w obu oczach przez zapalenie naczyńki pozapłamkowe (*chorioiditis ad maculam*), posiadająca węch fenomenalny, zwróciła moją uwagę, że i ona, chociaż nie wycinano jej żadnego uczątku w obrębie wzrokowym kory mózgowej, szukając powonieniem jakiegobądź woniejącego przedmiotu, wykonywa głową ruchy takie, jak i pies operowany sposobem Munka.

Gdy chcę, mówi p. Czeta, rozpoznać miejsce, gdzie znajduje się przedmiot, którego woń mię dołata, idę w kierunku płynącej woni, wciągając ją do nosa, ale wydycham powietrze na strony od prądu woni, żeby ją wydychaniem powietrzem nie odpędzać od siebie.

Gdy mi się zwrócił następnie do myśliwych, wszyscy oni zgodnie podawali, że psy myśliwskie z tak zwanym górnym węchem, węsząc, zawsze obracają głowy na strony.

Na podstawie powyższych danych przychodzimy do wniosku, że ruchy głową psów, operowanych sposobem Munka, nie należą do ruchów porządku wzrokowego, ale są

ruchami porządku węchowego. Pies wzrokiem nie może już znaleźć jadalną i szuka go węchem, jak zwierzyinę.

Jeżeli jednak obręb wzrokowy kory mózgowej nie jest powtórzoną siatkówką oka, jak utrzymuje Munk i jego szkoła, nasuwa się pytanie o anatomicznem i czynnościowem znaczeniu obrębu wzrokowego.

Dla zrozumienia zarówno anatomicznego jak i czynnościowego znaczenia korowego obrębu wzrokowego, musimy wrócić do nauki Meynerta o rzutach korowych. Układ włókien rzutowych całej półkuli skierowany jest niby do ogniska do wzgórka wzrokowego; przytem pasma skroniowe i potyłowe, ułożone z tych włókien, mają tak uderzające podobieństwo do promieni, że już Vieusenne oznaczył je mianem *grand soleil rayonnant*, a Gratiolet nazywał je promieniami wzrokowymi, sądząc, że włókna te pochodzą bezpośrednio ze szlaków wzrokowych.

Meynert wykazał bezpodstawność tego przypuszczenia, ilość bowiem włókien w szlakach wzrokowych jest zbyt niedostateczna dla utworzenia torów wzrokowych kory mózgowej.

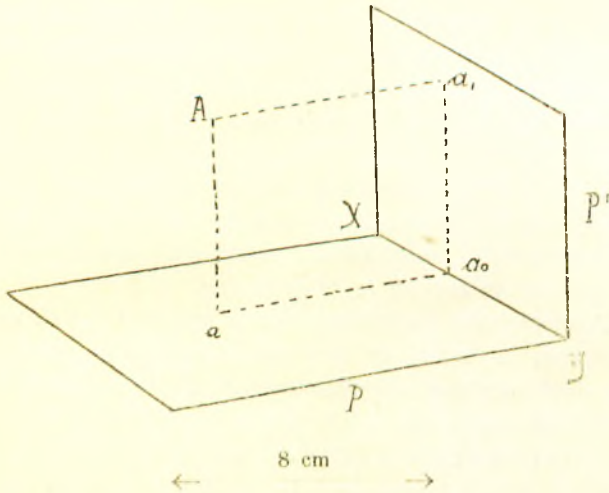
Geometryczne pojęcie rzutów wprowadzone do anatomii i fizjologii mózgu zostało przez Meynert'a.

W geometrii wykreślnej liniami rzutów oznaczają dwie prostopadłe, poprowadzone od punktu przedmiotowego w przestrzeni do dwóch płaszczyzn ustawionych do siebie pod danym kątem.

Jedna z tych płaszczyzn zwykle jest poziomą, druga pionową, a ich przecięcie nazywa się linią ziemi albo osią rzutów. Rzutem punktu przedmiotowego na płaszczyźnie nazywa się podstawa prostopadłej z tego punktu na płaszczyznę. Podstawa prostopadłej nazywa się też wyobrażeniem na płaszczyźnie punktu w przestrzeni.

Jeżeli z punktu A rzutujemy prostopadłą na płaszczyznę P , to podstawa tej prostopadłej a jest wyobrażeniem na płaszczyźnie P przedmiotowego punktu A w przestrzeni. Ponieważ jednak wszystkie punkty w przestrzeni na prostopadłej Aa mają ten sam rzut a , przeto rzut na jedną płaszczyznę

nie wyznacza jeszcze miejsca w przestrzeni punktu przedmiotowego A i dla wyznaczenia tego punktu potrzebny jest jeszcze rzut tego punktu na drugą płaszczyznę P_1 . Rzutując z przedmiotowego punktu A prostopadłą na płaszczyznę P_1 otrzymamy drugi rzut punktu A , mianowicie a_1 , który jest wyobrażeniem na płaszczyźnie P_1 punktu A w przestrzeni.



Rys. 1.

- P — płaszczyzna pozioma.
- P_1 — płaszczyzna pionowa.
- A — punkt przedmiotowy w przestrzeni.
- a — rzut punktu A na płaszczyznę poziomą.
- a_1 — rzut punktu A na płaszczyznę pionową.
- xy — linia ziemi albo oś rzutów.
- a_0 — przecięcie rzutu a i a_1 na osi rzutów.

Jeżeli dane są dwa rzuty punktu A w przestrzeni na dwie płaszczyzny, ustawione do siebie pod danym kątem, to przecięcie prostopadłych do rzutów na tych płaszczyznach najściślej wyznaczy umiejscowienie przedmiotowego punktu A w przestrzeni.

Płaszczyzny P i P_1 w odniesieniu do mózgu i oczu nie są płaszczyzną poziomą i płaszczyzną pionową, ale płaszczyzną prawą i płaszczyzną lewą, więc i rzut α przedmiotowego punktu A w przestrzeni będzie rzutem prawym na płaszczyźnie prawej, a rzut α_1 tegoż punktu A w przestrzeni będzie rzutem lewym na płaszczyźnie lewej.

Płaszczyzny prawa i lewa nie są do siebie prostopadłe, jak to zwykle pojmuje się w geometrii wykreślnej, lecz ustawiane do siebie pod coraz to innym, ale zawsze danym kątem. Wielkość tego kąta zależną jest każdą razą od wielkości aktu ruchowego mięśni średniowych (*mm. recti mediales*) prawego i lewego oka.

W geometrii wykreślnej przyjmują, że dwie płaszczyzny, na które punkty przedmiotowe dają swe rzuty, ciągną się w nieskończoność, żeby każdy przedmiot nawet największy mógł być rzutowany na te płaszczyzny.

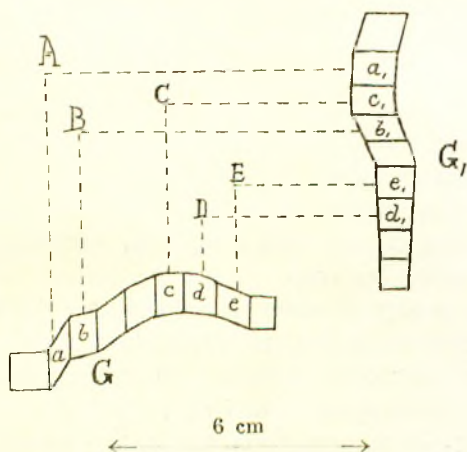
Powierzchnie siatkówek nie mogą być uważane jako płaszczyzny, a same te powierzchnie są zbyt małe, żeby wielka ilość punktów przedmiotowych mogła być jednocześnie na nich rzutowana, ale możemy wziąć dowolnie małą część siatkówki w każdym oku u podstawy linii spojrzeniowej i uważać te naośne części siatkówek za płaszczyzny, a następnie powiększać obszary tych płaszczyzn w nieskończoność przez zmiany kierunków spojrzeniowych.

Dzięki więc miejscowości linii spojrzeniowej nawet jeden punkt na siatkówce mógłby wykreślić wszystkie możliwe punkty, płaszczyzny i powierzchnie przedmiotowe w przestrzeni. Wyobrażenie wzrokowe każdego przedmiotu składa się z wielkiej liczby spojrzeń, skierowanych w górę, dół, prawo i lewo, naprzód i w tył.

Linia, łącząca kolejne punkty spojrzeniowe, jest linią wyobrażającą przedmiot. Każdy z kolei punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem zawsze na te same punkty naosiowe prawej i lewej siatkówki, ale jednocześnie na coraz

to inne punkty korowe obrębów wzrokowych prawej i lewej półkuli.

Korę obrębu wzrokowego możemy sobie przedstawić jako niezmierny układ rzutów linii spojrzeniowych, z których każdy jest środkiem coraz to innego pola widzenia, bo każdemu spojrzeniu odpowiada właściwe temu tylko spojrzeniu pole widzenia.



Rys. 2.

g — gyrus lobi occipitalis dextri.

g₁ — gyrus lobi occipitalis sinistri.

ABCDE — punkty przedmiotowe w przestrzeni.

a b c d e — wyobrażenie tych punktów na zawoju półkuli prawej.

a₁ b₁ c₁ d₁ e₁ — wyobrażenie tych punktów na zawoju półkuli lewej.

Jeżeli dowolnie małą część siatkówki ok. pr. u podstawy linii spojrzeniowej oznaczymy przez *a* a takąż dowolnie małą część siatkówki ok. lew. u podstawy linii spojrzeniowej oznaczymy przez *a₁* wówczas cała płaszczyzna prawa ułożoną będzie mozaikowym sposobem i wyrazi się przez *a* (*n* + 1), a cała płaszczyzna lewa prze *a₁* (*n* + 1).

Kora obrębu wzrokowego nie jest powtórzoną na korze mózgu siatkówką oka, ale układem nieskończonej ilości po-

dwójnych półsiatkówek, mianowicie skroniowej prawej z nosową lewą w półkuli prawej i skroniowej lewej z nosową prawą w półkuli lewej, ułożonych w kierunku biegu linii spojrzeniowych.

Zawoje obrębu wzrokowego prawej i lewej półkuli są jakby półówkami jednego cylindra, na których poruszenia linii spojrzeniowych prawego i lewego oka kreślę jak stygmografy na walcu linie swych dróg.

Dla uzmysłowienia rzutów od przedmiotów wzrokowych w przestrzeni na obręby wzrokowe kory mózgowej posłużyć nam mogą wykreślenia krojów w tygodnikach mód.

Jest rzeczą zadziwiającą jak wielka liczba krojów mieści się na jednej stronie arkusza! Linie tych krojów krzyżują się ze sobą i na pierwszy rzut oka wyglądają jak płatanina bezładna, ale nie zbłądzi wśród tych linii oko krajezycy, idąc bowiem spojrzeniem za tą lub inną linią, otrzymuje ona ten lub inny potrzebny jej krój.

Różnica między obrazem przedmiotu na siatkówce, a wyobrażeniem wzrokowym jest, jak między fotogramem, a krojem.

Linia spojrzeniowa zmienia swe miejsce w przestrzeni nie tylko przy poruszeniach gałki oka, ale także i przy poruszeniach głowy. Jeżeli poruszenia linii spojrzeniowej spowodowane ruchami gałki oka można porównać do kreślących ruchów stygmografu na walcu, to ruchy głowy można porównać z rozwijaniem zawojów papieru na tym walcu.

Bez rozwijania zawojów papieru, pióro stygmografu kreśliłoby swe wyobrażenie wciąż na tych samych miejscach zawoju.

Jeżeli poruszenia oka dają nam coraz to nowe pole widzenia, to poruszenia głowy stawia przed nami coraz to nowe pola spojrzeniowe.

Mówiliśmy dotąd tylko o punkcie przedmiotowym w przestrzeni, co się tyczy płaszczyzny w przestrzeni, to położenie jej geometrya wykreśliła oznacza liniami przecięcia tej płaszczyzny z płaszczyznami rzutów, linie te nazywają się śladami płaszczyzny w przestrzeni na płaszczyznach rzutów.

Tu jednak zachodzi różnica między płaszczyznami rzutów w geometrii wykreślnej, a płaszczyznami prawą i lewą.

Płaszczyzny prawa i lewa dają przecięcia przedmiotowe tylko z płaszczyzną przechodzącą przez linie spojrzeniowe, tylko bowiem linie spojrzeniowe są rzeczywistymi prostopadłami punktu przedmiotowego w przestrzeni na płaszczyznach prawej i lewej; wszelkie inne linie kierunkowe są liniami punktów pozornych.

Tylko kierunek linii spojrzeniowej nie ulega załamaniu w ośrodkach przeziernych gałki oka i jest linią prostą, łączącą punkt przedmiotowy w przestrzeni z punktem podmiotowym w siatkówce. Wszelka inna linia kierunkowa nie jest linią prostą, łączącą punkt przedmiotowy w przestrzeni z punktem podmiotowym w siatkówce, promień bowiem od odpowiedniego tej linii punktu przedmiotowego w przestrzeni ulega załamaniu; ale jest ona linią prostą, łączącą z punktem podmiotowym w siatkówce punkt pozorny w przestrzeni.

O jednym tylko punkcie w przestrzeni w każdym danym momencie możemy być zupełnie pewni, że jest on rzeczywiście przedmiotowy, każdy inny będzie punktem pozornym.

Kierunek, w którym pozornie spostrzegamy punkt przedmiotowy, nazywać będziemy kierunkiem zornym dla odróżnienia od kierunku przedmiotowego, który jest też i kierunkiem spojrzeniowym.

Kierunek zorny może się zmienić na kierunek przedmiotowy przesunięciem linii spojrzeniowej i ustawieniem jej w kierunku zornym. Ale linia spojrzeniowa po ustawieniu się w kierunku zornym musi następnie odchylić się od punktu pozornego na wielkość kąta załamania soczewki.

Odchylenie to jest odchyleniem odprzedmiotowem linii zornej (kierunkowej), a odległość punktu pozornego od przedmiotowego — odległością odprzedmiotową.

Właściwie kąt zorny jest jednoznaczny z kątem widzenia, w którym tak niesłusznie chcą widzieć jedyną miarę dla naszych wyobrażeń o wielkości przedmiotów.

Wielkość oznaczana kątem widzenia jest tylko pozorem

przedmiotu; rzeczywistą wielkość przedmiotu wymierzamy nie kątem widzenia, ale kątem przedmiotowym, t. j. kątem zawartym pomiędzy dwoma kierunkami spojrzeniowymi. Kąt ten dotąd nie miał miana, chociaż już Hering zwrócił na niego uwagę i radził odróżnić od innych kątów kąt zawarty między dwoma ustaleniami linii wzrokowej.

Piśmiennictwo.

1. Munk. Gesammelte Mitteilungen über d. Functionen d. Grosshirnrinde. Sitz. ber. K. Akad. d. Wiss. zu Berlin. 12 Juli 1883; 5 April 1884; 11 Febr. 1886.
2. Fürstner. Weitere Mitteilungen über einige eigenthümliche Sehstörungen bei Paralytikern str. 96. Arch. f. Psychiatrie t. IX.
3. Noiszewski. Bezład wzrokowy (ataxia optica). Postęp okulistyczny 1908 r.
 - L'ataxie optique et polyopie monoculaire. Comptes-rendus du XII congrès international de médecine à Moscou. 1897.
4. Noiszewski. Trudy V-go Sjezda rus. wraczej. t. I. str. 623 r. 1893.
 - Ślepoła umysłowa. Pam. Warsz. Tow. Lek. str. 180. r. 1893.
 - Poczucie przestrzeni i wyobrażenie wzrokowe. Now. Lek. XIII. Z. 10. r. 1901.
 - Kortikalnaja gemiopia i zritielnaja ataxia. Jubilejnyj sbornik Bechtelowowa. t. II. str. 1—12. r. 1903.
 - Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Osob. odb. Post. okul. 1904 r.

II. STRESZCZENIA.

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1909. Nr 41, 42, 46, 48, i 52, i R. 1910. Nr 6, 7, 15, 21, 24, 26, 29, 32 i 40. (Ref. Dr W. Reis).

O istnieniu chlomydozoów przy śluzoropotoku noworodków nie wiewiórowego pochodzenia. (Ueber Chlamydozobefunde bei Blenorrhoea neonatorum non gonorrhoeica). Halberstaedter i Prowazek.

W pięciu przypadkach śluzoropotoku noworodków, w których badanie bakteriologiczne nie stwierdziło gonokoków, stwier-

dził H. w komórkach przybłonkowych spojówki istnienie chlamydozoów. Także w komórkach przybłonkowych części rodnych dwóch matek tychże noworodków stwierdził autor wspomniane twory.

Zagląkanie do wnętrza oka przy zaćmionych środkach łamiących. (Zum Einblick in das Innere des Auges bei getrübbten brechenden Medien). Hertzell.

Kilka objaśniających uwag w sprawie użycia podanego przez autora przyrządu służącego do prześwietlania tylnej ściany gałki ocznej od strony gardzieli.

O istnieniu chlamydozoów przy blenorrhoea non gonorrhoeica noworodków. (Ueber Chlamydozoenbefunde bei nicht-gonorrhoeischer Blenorrhöea der Neugeborenen) Schmeidler.

Przypadek kazuistyczny.

Perymetr ze światłem błyskawicznym. (Das Blitzlicht-Perimeter). Hertzell.

Zasada przyrządu polega na tem, że na łuku perymetru w pewnych odstępach pomieszczone są lampki elektryczne, które można zaświecać przy dotknięciu odpowiednich kontaktów — odpada więc przy tym przyrządzie przesuwanie znacznika po łuku, który to ruch zawsze uwagę badanego rozprasza. Przez odpowiedni mechanizm wszystkie lampki mogą otrzymać zabarwienie czerwone lub zielone. Wyniki badania zapisuje automatycznie przyrząd do perymetru załączony.

Nowy przyrząd do mierzenia szerokości źrenicy. (Ein neuer Pupillennesser). Francke.

Zasada przyrządu polega na tem, że dwie cienkie linijki metalowe umieszczone na osi poziomej dadzą się prze-uwać zapomocą śrubki — odległość między linijkami, którą można odczytać na podziałce, odpowiada szerokości źrenicy. Przy mierzeniu zbliża się przyrząd do oka od dołu i zewnątrz.

Rzadki przypadek ciężkiego drażącego w głąb uszkodzenia gałki z zakażeniem i wyleczeniem z utrzymaniem widzenia. (Ein seltener Fall von schwerer perforierender Bulbusverletzung mit Infektion, und Heilung unter Erhaltung von Visus). Tockel.

W przypadku ciężkiej drażącej w głąb rany rogówkowej w rąbku rogówko-twardówkowym z wypadnięciem ciała szklistego i następowem zakażeniem zastosował autor odciecie wypadniętego

ciała szklistego wraz z pokryciem rany rogówkowej przez płat spojówkowy i leczenie ogólne, polegające na energicznie stosowanych wlecianiach szaruchy (dwa razy dziennie 4 gr.). Miejscowo stosował także wstrzykiwania podspojówkowe *Hydrag. oxygan.*, a później, gdy zakażenie minęło, a napięcie gałki zaczęło się zmniejszać, wstrzykiwanie soli kuchennej i ogólne leczenie napotne.

Sposób zapobiegania wypadnięciu tęczówki po operacji zaćmy bez irydektomii. (Zur Verhütung des Irisprolapses nach der Staroperation ohne Iridektomie). Geis.

Wypadnięciu tęczówki po operacji zaćmy bez irydektomii starano się zapobiegać rozmaitymi sposobami (pozostawienie mostka spojówkowego (Vacher, Pansier), szew rogówkowy (Czermak, Kall), wycięcie tęczówki przy nasadzie z pozostawieniem zwieracza (Hess). Autor opisuje postępowanie przy operacji zaćmy stosowane w klinice Ulthoffa we Wrocławiu.

Polega ono na wkraplaniu zaraz po operacji i przez kilka pierwszych dni 1% czeryny. Po stosowaniu tego zabiegu odsetka wypadnięć tęczówki znacznie się zmniejszyła — z 8·9% na 1·2%.

Uszkodzenie oka „rasillitem“. (Augenverletzung durch »Rasillit«). Cohen.

Pasta służąca do niszczenia zarostu brody zwana »rasillitem« jest wylworem dla oka bardzo szkodliwym, jak o tem świadczy przypadek, spostrzegany przez autora. Mała ilość tej substancji, która dostała się do oka, wywołała mimo natychmiastowego przepłukania worka spojówkowego mierny obrzęk powiek, oraz obrzęk i silne nastrzyknięcie spojówki gałkowej i spojówek powiekowych. Dla zapoznania się z działaniem tego preparatu, przeprowadził C. doświadczenia na królikach i przekonał się, że »rasillit« już po krótkotrwałem zadziałaniu (3 minuty) wywołuje gwałtowne zapalenie spojówki i zmętnienie rogówki, a po dłuższym pobycie w worku spojówkowym rozległą martwicę spojówki i rogówki. Obraz chorobowy wywołany »rasillitem« jest podobny do obrazu powstałego wskutek uszkodzenia oka wapnem — rozbiór chemiczny »rasillitu« wykazał, że środek ten posiada odczyn wybitnie zasadowy, a częściami jego składowemi są siarka, wapno i magnezja.

O znaczeniu chlamydozoów przy jaglicy i śluzoropoto. (Ueber die Bedeutung der Chlamydozoen bei Trachom und Blenorrhöa). Halberstaedter i Prowazek.

Obaj autorowie stwierdzają następujące fakty jako pewne: przy świeżej jaglicy spotyka się twory, opisane przez autorów, jako

chlamydozoa; te same twory znaleźć także można przy niektórych postaciach śluzoropotoku noworodków, w narządach płciowych matek tychże dzieci, oraz w cewce moczowej u mężczyzn, cierpiących na zapalenie cewki moczowej (*urethritis non gonorrhoeica*). Wydzielina ze wszystkich powyższych przypadków można zakazić spojówkę powiekową małp i stwierdzić w następstwie w przybliżonych typowe chlamydozoa. Spojówka małp, zakażona materiałem z wydzieliny z ostatnich dwóch przypadków, przedstawia później obraz kliniczny ludzkiej jaglicy. Na podstawie tych danych wypowiadają autorowie przypuszczenie, że pochodzenia jaglicy szukać należy w schorzeniach przybłonka narządów płciowych (*Epitheliosen der Genitalsphäre*) i że nadal przy praktycznym zwalczaniu jaglicy będzie się musiało zwracać uwagę na śluzoropotoki i zapalenia cewek moczowych wywołane chlamydozoami — ściśle zaś dotychczas określonym objawom jaglicy należałoby więc tylko przypisać rolę drugorzędną.

O miejscach, gdzie się znajdują ciała Prowazka.
(Ueber die Fundorte der Prowazk'schen Körperchen). He y m a n n.

Na podstawie własnych badań dochodzi autor do wniosku, że ciała P. znajdują się oprócz jaglicy także przy śluzoropotoku noworodków, czasami razem z dwóinkami wiewiórowemi. Istnienie tych ciałek można także wykazać w narządach płciowych matek chorych noworodków i to również wspólnie z gonokokami. Wydzielina, zawierająca ciała P., pochodząca albo ze śluzoropotoku noworodków, albo niezty części rodnych dorosłych, przeszczepiona na spojówkę małp wywoływała niezty o obrazie klinicznym śluzoropotoku, przechodzącego później w niezty mieszkowy. W przybłonkach spojówkowych tych sztucznie u małp wywołanych nieztyw zawsze można było stwierdzić bardzo liczne ciała P.

Wydzielina narządów rodnych, w których nie stwierdzono istnienia ciałek P., a która na podstawie wywiadów pozostawała w związku z zapaleniem spojówek z tworami wewnątrzkomórkowymi, zaszczipiona na spojówkę małp dała te same kliniczne i mikroskopowe wyniki, jak wydzielina zawierająca twory wewnątrzkomórkowe.

W przybłonkach pochwoowych dwóch małp, z których u jednej zakażono pochwę wydzieliną oczną, zawierającą ciała P., u drugiej zaś wydzieliną z pochwy wolnej od ciałek P., w obu przypadkach stwierdzono ciała P.

Autor podaje następnie szereg zagadnień, których opracowanie przyczyniłoby się mogło do wyjaśnienia właściwej istoty ciałek P. i ich stosunku do jaglicy.

Na uwagę zasługujące przypadki z okulistyki operacyjnej. (Bemerkenswerte Fälle aus der operativen Augenheilkunde). Schultze-Zehden.

1. Drażące uszkodzenie oka. Odlamek kamienia w ciele szklistem. Wyjęcie z utrzymaniem widzenia.

2. Dwie rany drażące. Znaczne wypadnięcie ciała szklanego. W przedniej komórcie sześć rzęs. Uszkodzenie torebki soczewkowej, które nie powoduje powstania całkowitej zaćmy urazowej. Wyleczenie przy utrzymanej $\frac{1}{5}$ bystrości wzroku.

3. Przecięcie powieki przy zapaleniu pryszczykowym spojówki.

Przyczynek kliniczny do wiadomości o wrodzonych dziedzicznych porażeniach mięśni ocznych. (Klinischer Beitrag zur Kenntniss der angeborenen hereditären Augenmuskellähmungen). Gebbi i Voss.

Autor opisuje trzy przypadki wrodzonych porażeń mięśni ocznych. W 1-m przypadku u kobiety 47-letniej był całkowicie porażony na oku prawem lewa or *palpebrae, obliqui, rectus internus et superior*, na oku lewym *obliquus super., rectus super. et inferior*. W 2-m przypadku u dziewczyny 17-letniej: *levator palp., abducens, obliqu. infer., rectus inf. et sup.* na oku prawem i lewym. W 3-m przypadku u dziecka 7-letniego porażonemi były na oku prawem *levator palp., abducens, obliqui, rect. super.*, a na oku lewym *rectus super. et infer., obliquus inf.* Etiologia tych porażeń dotychczas jest nie znana.

Przyczynek do zachowania się siatkówki w obrębie nowotworów naczyńiówki. (Beitrag zum Verhalten der Netzhaut im Bereiche von Aderhauttumoren). Napp.

Autor przytacza wynik badania mikroskopowego gałki ocznej z nowotworem naczyńiówki, do którego powierzchni na całej rozciągłości przylepiona była siatkówka. Siatkówka w miejscu zrośnięcia z naczyńiówką była torbielowato zwyrodnioną. Powstanie tych torbieli zależnem jest od zaburzeń w krążeniu i odżywianiu, spowodowanych rosnącym nowotworem.

Rozpoznanie śródgałkowych guzów zapomocą prześwietlania dna oka. (Diagnose intraocularer Tumoren mittels Durchleuchtung des Augenhintergrundes). Langenhans.

Autor stwierdził klinicznie użyteczność oftalmodialnoskopu, sporządzonego przez Hertzella*). Przyrząd ten w rzeczywistości

*) Porówn. refer. w P. O. 1909, str. 289.

dobrze oddaje usługi przy rozpoznaniu różniczkowym między surowiczem odczuwaniem siatkówki, a śródgławkowym nowotworem. W pierwszym przypadku całe dno oka przepuszcza jednakowo światło, podczas gdy w przypadku drugim zaznacza się na różowym tle ciemny, dobrze odgraniczony cień. Naturalnie, że środki łamiące oka muszą być przezroczyste — bardzo znaczne zaćmienia środków łamiących, jak rozległe blizny rogówkowe lub krwotoki do ciała szklistego, uniemożliwiają przeprowadzenie tego sposobu badania.

Migrena oczna i schorzenie zatok czołowych. (Augenmigräne und Stirnhöhlenerkrankung). Oertel.

Autor przytacza przez siebie spostrzegany przypadek okresowo występującego połowiczego bólu głowy, wywołanego istnieniem przewlekłego niezytu prawej zatoki czołowej. Podczas napadu występowały objawy, niedomogi, silne nastrożenie i światłowstręt oka prawego.

Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia przyczynowego napady migreny zupełnie ustąpiły.

O dwóch uwagi godnych przypadkach nagłej obustronnej ślepoty w starszym wieku. (Ueber zwei bemerkenswerte Fälle von plötzlicher doppelseitiger Erblindung im höheren Lebensalter). Uthoff.

U kobiety 71-letniej, która poprzednio żadnych wybitniejszych chorób nie przeżywała, wystąpiła nagle obustronna ślepota,

Wziernikiem stwierdzić można było tarcze blade, dobrze odgraniczone, tętnice siatkówkowe znacznie zwężone i o niejednostajnym wymiarze. Na oku prawem dotyczy to zwężenie pni tętniczych w górę od tarczy idących, podczas gdy pień dolny jest względnie szeroki i drożny, na oku lewym rzecz się ma odwrotnie. Po przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego wypowiada U. przypuszczenie, że ślepota w tym przypadku powstać mogła wskutek krwotoku jednej z mózgowych gałęzi tętniczych, lub małego tętniaka, powstałego na tle miażdżycy i następowego wylania się krwi do pochewek nerwu wzrokowego. Podobną etiologię przypuszcza U. także w drugim przypadku, dotyczącym 59-letniego mężczyzny, u którego badanie wziernikowe wykazało obustronny zanik tarcz nerwów wzrokowych.

O sposobie działania światła kwarcowego na jagliczą spojówkę oka. (Ueber die Wirkungsweise des Quarzlichtes auf die trachomatöse Bindehaut des Auges). Hegner i Baumm.

Przy słabym zadziałaniu światła kwarcowego na spojówkę powiekową występuje już po kilku godzinach mniejsze lub większe

przekrwienie. Przy działaniu dłuższem (4—10 minut) tworzy się po kilku dniach na oświetlonych częściach spojówki błona rzekoma jak przy zapaleniu krupowem spojówki; gdy działanie światła jest jeszcze silniejszym, wówczas przyłącza się do błony rzekomej znaczny obrzęk powieki. Po kilku dniach błona rzekoma odpada, a naświetlone miejsce jest gładkie, pozbawione zupełnie ziarn. Błizny nie tworzą się. W obu spostrzeganych przez autorów przypadkach jaglicy naświetlanie kwarcowe spowodowało zanik ziarn jagliczych.

Czy zarazek jagliczy powstaje przez mutację gonokoka? (Entsteht der Trachomerreger durch Mutation des Gonococcus?). Halberstaedter.

Odpowiedź autora streszcza się w następujących słowach: przeciw istnieniu jakiegoś ścisłego związku między gonokokami a chlamydozami przemawiają zachowanie się morfologiczne gonokoków w hodowli i próby przeszczepiania na spojówkę małp oraz liczne badania błon śluzowych u chorych z wiewiorem i jaglicą. Dla tego też należy narazie odrzucić jako nieuzasadnione twierdzenie Herzoga, że zarazek jagliczy powstaje przez mutację gonokoka.

**Zaburzenia źreniczne przy przedwczesnem niedołę-
stwie umysłowem.** (Pupillenstörungen bei Dementia praecox). Meyer.

W jednym przypadku źrenice miernie szerokie, oddziaływu-
jące leniwie na światło, rozszerzały się znacznie przy badaniu na
ból jajnika i nie oddziaływały wtenczas zupełnie na światło. Gdy
ucisk przestał działać, źrenice znówu leniwie na światło oddziały-
wały. W drugim przypadku obok rozszerzenia i nieruchomości
źrenic przy ucisku na punkt biodrowy występowały równocześnie
drgawki tęczówki (*hippus*). Po zaprzestaniu ucisku źrenice się
zwężyły.

Münch. Med. Wochenschrift. R. 1910. Z. 43, 44, 45, 49
51 i 52. (Ref. Dr Rosenhauch).

Krótkie doniesienie o objawie ocznym u mańkutów.
(Kurze Mitteilung über ein Augensymptom bei Linkshändern).
Enslin.

Rosenbach stwierdził, że jeśli człowiek, mający jednakową
bystrość wzrokową obu ocz, stara się pomiędzy oczy o jakiś nie-

zbyt szeroki pionowo przebiegający przedmiot (jak np ramę okna) ustawić palec i w ten sposób zasłonić ów przedmiot, to ku jego zdziwieniu, po zamknięciu prawego oka, palec pozornie przesuwa się w prawą stronę. Po zamknięciu lewego pozostaje na linii fiksującej przedmiot. Jest to dowodem, że ludzie ci fiksują przedmiot prawym okiem. Autor badał w ten sposób 65 mańkutów; 7-u z nich miało nierównomierną bystrość wzrokową. Z pozostałych 58, u 20-u stwierdził, że z reguły fiksowali okiem lewym.

O oddziaływaniu na trzyczę gąłki przy chorobie Basedowa przez zabiegi w jamie nosowej. (Über Beeinflussung des Basedowexophthalmus von der Nase aus). Hoffmann.

Autor spostrzegł, że po galwanokausyce błony śluzowej w nosie w okolicy t. zw. listewek sitowych, trzyczę gąłki zmniejsza się o kilka milimetrów. Ulega również pomniejszeniu także samo wole. Skutek nie zawsze jednak jest trwałym, żadnych skutków szkodliwych autor nie widział.

Przetwór Ehrlicha „606“ w cierpieniach oka. (Das Ehrlich'sche Praeparat „606“ bei Augenkrankheiten). Schanz.

Autor spostrzegł kilka przypadków zapalenia miąższowego rogówki na tle kiły, które pod wpływem środka Ehrlicha nie uległy zupełnie zmianie. Jeden raz tylko po wstrzyknięciu „606“ u młodej osoby objawy początkowe zapalenia miąższowego cofnęły się i choroba nie doszła do szczytu nasilenia.

W przypadku zapalenia łączówki na tle kiły jedno zastrzyknięcie (obok atropiny) doprowadziło w 8-u dniach do zupełnego wyleczenia.

W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki (*neurorretinitis luetica*) bystrość wzrokowa stale się poprawiała, a zmiany chorobowe, kontrolowane wziernikiem, ustępowały. W jednym takim przypadku bystrość wzrokowa podniosła się z $\frac{5}{18}$ na $\frac{5}{6}$.

W końcu zastanawia się autor, czy w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego, postępującego podczas przebiegu władu rdzenia, stosować preparat Ehrlicha. Dochodzi do wniosku, że w początkowych stadiach lepiej nie stosować go, bo w razie, gdyby nie pomógł, a sprawa chorobowa zwykłym, znanym trybem, doprowadziła do zupełnej ślepoty, mogliby chorzy ten niepomyślny skutek przypisać środkowi wstrzykiwanemu. To by mogło 606 zdyskredytować. Radzi natomiast czynić próby tam, gdzie chorzy wielu środków używali i przekonali się, że mimo wszystko, zanik wzroku postępuje. Naturalnie poprzednio należy choremu wytłumaczyć nie-

pewność zabiegu, że jest to tylko próba, ostatnią deską ratunku i t. p.

Przetwór Ehrlicha-Haty w schorzeniach oka na tle kiły. (Ehrlich-Hata beiluetischen Augenkrankungen). Hirsch.

Autor stosował »606« w trzech przypadkach:

Pierwszy dotyczył zaniku nerwów wzrokowych na tle kiły z centralnym ubytkiem w polu widzenia. Po jednorazowym wstrzyknięciu (0.5) bystrość wzrokowa poprawiła się wprawdzie nieznacznie, ale stan ogólny znacznie był lepszy, pole widzenia rozszerzyło się, a ubytek środkowy rozpadł się na kilka drobnych ubytków. Zdaniem autora w tym przypadku 606 przywróciło częściowo zniszczonym poszczególnym wiązkom nerwu wzrokowego na nowo zdolność przewodzenia urazów wzrokowych.

Drugi przypadek odnosi się do 52-letniego mężczyzny ze zmianami trzeciorzędnymi w okostnej oczodołu, zapaleniem nerwu wzrokowego i zmianami kiłowemi naczyń dna oka. Po wstrzyknięciu 0.5 przetworu Ehrlicha bystrość wzrokowa i pole widzenia się poprawiły, a równocześnie z tem można było wziernikiem stwierdzić ustępowanie zmian okołonaczyniowych. Ważne to ze względu na częste schorzenia kiłowe naczyń mózgowych.

Wreszcie w trzecim przypadku, w którym prócz nierówności i nieruchomości (pod wpływem światła) źrenic żadnych zmian wiądu nie stwierdzono, wstrzyknięcie 606 przywróciło ruchomość źrenicy, choć szerokości nie zmieniło zupełnie. Nadmienić jeszcze wypada, że wszystkie te przypadki były leczone przez długi czas jodem i rtęcią bezskutecznie.

Doświadczalne i kliniczne badania nad Salvarsanem (606) ze szczególnem uwzględnieniem działania na oko. (Experimentelle und klinische Untersuchungen mit dem Dioxydiamidoarsenobenzol (Salvarsan) unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung am Auge). Igersheimer.

Autor wykonał liczne doświadczenia nad wpływem 606 na zdrowe oko królika i na oko dotknięte zapaleniem miąższowem, kiłowem. Wpływ na zapalenie miąższowe rogówki królika był zadowalniający. Natomiast zapalenie miąższowe rogówki ludzkiej pozostaje bez wpływu. Inne schorzenia na tle kiły dziedzicznej ustępują łatwo pod wpływem »606«. Autor mógł się przekonać nadto o zbawiennym wpływie tego środka na kilaki. Miał jednak autor też przypadki, w których środek ten nie działał: zapalenie tęczówki krwawiące (Wassermann dodatni), zanik pola widzenia u chłopca z kiłą dziedziczną, *ophthalmoplegia interna* (Wassermann

ujenny, przed 12 laty kiła, przed pół rokiem podobne cierpienie oczne ustąpiło pod wpływem jodu i rtęci).

O miejscowem działaniu środka Ehrlicha-Haty w miejscu wstrzyknięcia. (Über die lokalen Wirkungen von Ehrlich-Hata 606 (Salvarsan) am Orte der Injektion) Martius.

Autor badał liczne przypadki nekrozy lokalnej po wstrzyknięciu tego środka czy to pod skórę, czy wśródmięśniowo. W samym środku takiego ogniska nekrotycznego znajduje się masa czerwona, jest to arsenobenzol lub produktu jego rozkładu, w okolicy tkanka nekrotyczna. Cała ta masa często ulega odgraniczeniu i leży w zagłębieniu jakby ciało obce. Znamienną cechą dla tej nekrozy jest mała skłonność do gojenia się, do zabliźniania. Dla tego poważnie autor namyśla się, czy wobec takich faktów nie należałoby dać pierwszeństwo wstrzykiwaniom wśródziłnym.

Uwagi o pewnych po wstrzyknięciach Haty wydających się objawach towarzyszących. (Bemerkungen über gewisse nach Hatainjektionen beobachtete Nebenerscheinungen). Bohac i Sobotka.

Autorowie opisują kilka objawów towarzyszących wstrzyknięciu tego środka: wcześniej lub później występujące, dłużej lub krócej trwające zatrzymanie moczu, obniżenie lub brak pewnych odruchów, silne i długotrwałe parcie w odbytnicy. Jako najważniejszy i najniebezpieczniejszy objaw autorowie uważają zatrzymanie moczu. W liście do autorów tłumaczy Ehrlich wystąpienie tego objawu utlenieniem się preparatu 606. Wskutek tego tworzy się połączenie arsenu (*Paraaminophenylarsenoxyl*), które działa drażniąco i trująco. Należy uważać, by fiolki szklane były hermetycznie zamknięte.

O zaburzeniach źrenic przy dementia praecox. (Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox). Bumke.

W przypadkach tego cierpienia źrenice zwykle są szersze, niż prawidłowe i zmieniają swą szerokość nadzwyczaj szybko. Czasem występuje nieruchomość źrenic na światło. Znamienną i złośliwą cechą dla tego cierpienia jest brak niepokoju źrenicy i zniesienie oddziaływania na czuciowe podmioty przy zachowaniu reakcyi na światło. Objaw ten, jeśli raz wystąpi, utrzymuje się stale aż do zupełnego zidyocenia. Rozpoznawcze znaczenie tego objawu polega na tem, że występuje on prócz w *dementia praecox*, tylko przy innych zidyoceniach (wskutek organicznych zmian

w mózgu), a prawie nigdy u zdrowych, u melancholików lub w innych czynnościowych cierpieniach umysłowych.

Wśródczodołowy krwotok w przypadku przemijającego trzeszczu gałki. (Ueber intraorbitale Blutung bei Exophthalmus intermittens). Richter.

20-letnie dziewczę zgłosiło się do autora, celem skontrolowania, czy krótkowzroczność nie postępuje. Podała przytem, że ją od kilku dni głowa boli, a oko z oczodołu wystąpiło. Badanie wykazało silne zasinienie powiek, skóry na czole i skroni, bez podbiegnięć krwawych pod spojówką. Bystrość wzrokowa $\frac{6}{6}$ c — 3 5 D. Dno oka prawidłowe. Ruchy gałki upośledzone. Autor wszystkie te objawy tłumaczy pęknięciem żyłaka w jamie Tenona,

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Angielskie Towarzystwo okulistyczne.
(The Ophthalmological Society of the United Kingdom).

[Referent K. W. Majewski].

Posiedzenie z dnia 5-go maja 1910.

Harman: Porażenie nerwu odwodzącego u 16-miesięcznego dziecka na tle urazu.

Dziecko doznało stłuczenia tyłogłowia, po którym bezpośrednio zauważono zbieżne ustawienie obu gałek ocznych. Prawdopodobnie dziecko doznawało podwójnego widzenia, gdyż po pokazywane przedmioty sięgało ręką w błędnym kierunku. H. przypuszcza, że powodem uszkodzenia nerwu odwodzącego (głównie lewego) był chwilowy urazem wywołany rozstęp kości czaszkowych.

Mould: Chorioiditis familiaris.

U 34-letniej chorej wzrok od 6-ciu miesięcy podupada. Badanie wykazuje w naczyniówce dokoła tarczy i plamki żółtej niezliczone ogniska blado-żółte, niepigmentowane.

Dojnyne spostrzega tego rodzaju przypadki od szeregu lat. W dwóch licznych rodzinach wszyscy członkowie byli tą chorobą dotknięci. Mimo bardzo wybitnych i rozległych zmian w na-

czyniówce, wzrok przez długi czas utrzymuje się na stosunkowo dość wysokim stopniu. Sprawa prowadzi jednak zazwyczaj do zupełnego zaniku naczyńówki i do całkowitej utraty wzroku.

Cargill: Zanik nerwów wzrokowych i widzenie polowicze przy nowotworze przysadki mózgowej.

Utrata skroniowych połów obu pól widzenia i częściowe zblednięcie tarcz obu nerwów wzrokowych. Równocześnie *akromegalia*: stopniowe powiększenie rąk, nóg i kości twarzowych. Roentgenogram wykazuje rozszerzenie siodełka tureckiego.

Clark: Zanik nerwu wzrokowego po wstrzykiwaniach orsudanu.

Mimo zaprzestania wstrzykiwań przy pierwszych objawach osłabienia wzroku nie można było zaniku powstrzymać.

Mayou: Heterochromia z porażeniem nerwu współczulnego.

U dwojga przedstawionych dzieci, tęczęwka na jednym oku jest jasno-niebieska, a na drugim piwno-brunatna. Po stronie tęczęwki niebieskiej powieka górna lekko opuszczona, źrenica węższa niż na drugim oku, nie rozszerza się po zapuszczeniu kokainy, zresztą jednak prawidłowo oddziaływa. W obu przypadkach przypuszcza M. uszkodzenie nerwu współczulnego wśród porodu przy zakładaniu kleszczy.

Herbert: Nowa operacja przeciwjaskrowa.

Równolegle do brzegu rogówkowego w odległości $1\frac{1}{2}$ mm od niego, robi się podspojówkowe cięcie twardówkowe, a od jego końców prowadzi się dwa krótkie cięcia w kierunku ku *limbus*. Tak okrojony płat twardówkowy odwraca się ku przodowi, ażeby przeszkodzić jego przyrośnięciu. Płat ten ulega skurczeniu i powstaje blizna przesączająca. H. i L. w operowali tym sposobem w 20-u przypadkach jaskry, dodawszy w dwóch przypadkach wycięcie tęczęwki.

Dyskusya:

Priestley Smith zapytuje, dla czego Herbert sam zarzucił podaną przez siebie operację klinową i zamienił ją na płatowe wycięcie twardówki. Operacja klinowa daje w przypadkach jaskry przewlekłej i zaniedbanej korzystne wyniki. Nie wiadomo tylko, czy nie przewyższy jej zalecona w ostatnich czasach trepanacja twardówki, przedstawiająca na razie więcej niebezpieczeństw i trudności technicznych.

Allport chwali również dawną, klinową operację Herberta.

Herbert wykazuje potrzebę badań doświadczalnych nad stopniem przepuszczalności blizn przesączających i zapowiada przeprowadzenie takich badań na materiale szpitala Moorfielda. Z klinowej operacji osobiście był zadowolony, ale zarzucił ją dla tego, że przeważna część operatorów obawiała się zbyt długiego cięcia. Przy operacji płatowej cięcie to może być mniejsze, a jednak przynajmniej w świeżych przypadkach jaskry, dla osiągnięcia wyniku zupełnie wystarczające.

Fisher: Wrodzona ślepota słowna.

Zaburzenie to polega na niemożności spamiętania drukowanych, lub pisanych obrazów poszczególnych słów i na niemożności związania odnośnego wrażenia wzrokowego z wrażeniem słuchowym odpowiedniego wyrazu. Wrodzona ślepota słowna zależy bądź to od wady rozwojowej optycznego ośrodka mowy, położonego u osób praworęcznych w okolicy lewego *gyrus angularis et supramarginalis*, bądź też od ograniczonego wylewu krwi, powstałego w chwili porodu w okolicy tego ośrodka. W pierwszej grupie przypadków zaburzenie występuje często u kilku członków tej samej rodziny, w drugiej nie posiada znamion dziedziczności, natomiast stoi w związku z ciężkim porodem.

Dyskusya:

Batten zwraca uwagę, że pierwszym, który zwrócił uwagę na zaburzenie polegające na nierozpoznawaniu wyrazów pisanych był Bastian, który umiejscawia siedlisko zmiany nie w okolicy *gyrus angularis*, lecz we włóknach komisuralnych.

Treacher Collins podnosi, że przypadki ślepoty słownej zdarzają się o wiele częściej, niż się to na pozór wydaje, bywają jednak zwykle zapoznawane. Dzieci dotknięte tem zaburzeniem uważane są w szkole i w domu za umysłowo niedołążne, lub głupekowate, gdy w rzeczywistości, po za brakiem pamięci dla wzrokowych obrazów mowy, co niewątpliwie w wysokim stopniu naukę w szkole utrudnia, mogą zresztą w każdym innym kierunku posiadać wyborną pamięć i zupełną łatwość pojmowania. W Anglii ślepota słowna zdarza się częściej lub przynajmniej objawy jej występują wyraźniej niż w innych krajach z powodu skomplikowanej pisowni angielskiej, oddalającej się bardzo od akustycznego brzmienia wyrazu. W krajach, gdzie pisownia bardziej się zbliża do fonetyki języka, pamięć słuchowa łatwiej może zastąpić, a nawet poniekąd wyrównać brak pamięci wzrokowej.

Do yne sądzi, że nie należy w tych wszystkich tak licznych

przypadkach, wspomnianych przez poprzednich mowców przyjmować ślepotę słowną. Za rzeczywiście patologiczne można uważać tylko skrajnie wybitne przypadki. Skojarzenia dróg nerwowych u różnych osobników okazują niejednokrotnie wielkie różnice indywidualne. Nie można u wszystkich dzieci, które nie są w stanie uczyć się inaczej jak głośno, a zatem pomagają pamięci raczej zmysłem słuchu, niż zmysłem wzroku, przypuszczać zaraz istnienie ślepoty słownej.

Bronner: Leczenie wrzodów rogówkowych zapomocą pyocyanazy.

W przypadkach *ulcus corneae serpens cum hypopyo* uzyskał B. pomyślne wyniki lecznicze z pyocyanazy, preparatu sporządzonego z hodowli prątki błękitnej ropy. Równocześnie zapuszczana jednak była atropina i robiono gorące okłady. Do kaustyki nie potrzebował się uciekać.

Posiedzenie z dnia 9-go czerwca 1910 r.

Blair: Rozległe podspojówkowe pęknięcie gałki ocznej przy buphthalmus.

Wskutek urazu powstało pęknięcie twardówki po za okolicą ciała rzęskowego, obejmujące półkolem połowę obwodu gałki. Rana pod opatrunkiem uciskowym zagoiła się, ale gałka uległa jeszcze znacznieszemu powiększeniu.

Doyne: Iritis guttata.

W przebiegu przewlekłego zapalenia spojówki występują niekiedy drobne wytwory na przedniej powierzchni jakby kropelki mętnej cieczy. Znikają one samoistnie, po krótkim czasie trwania, a powstają nowe. Zrosły tylny brzeg żrenicy wytwarzają się równocześnie częstokroć, ale nie koniecznie w miejscach odpowiadających położeniu kropelek. Ta postać zapalenia tęczówki ma powstać w związku ze skazą moczanową, ale na ogół należy do schorzeń rzadkich.

Dyskusja:

Treacher Collins w przypadku torbiela tęczówkowego widział na powierzchni podobne do wyżej opisanych kropelki zmiany, które przy badaniu mikroskopowem okazały się pęcherzykami, wypełnionymi mętną cieczą, powstałymi przez miesienie warstwy przybłonkowej przez nagromadzenie płynu wysiękowego.

Thompson: Nystagmus verticalis.

U 11-letniego chłopca zauważył autor niezmiernie delikatne drżenie gałek ocznych w kierunku pionowym. Drżenie to niedostrzegalne gołym okiem, można było zauważyć tylko przy badaniu wzornikiem.

Batten: Choroba Raynauda i krwotoki siatkówkowe.

Chory przed 11-u laty utracił wskutek zgorzeli dwa palce u nogi. Obecnie utracił wzrok lewego oka. Wziernik wykazuje na dnie rozległe krwotoki. Prelegent stara się obecne cierpienie oczne wprowadzić w związek z przebyłą chorobą Raynauda.

Lawson: Przerzut oczodołowy raka włóknistego.

Przed trzema laty usunięto chorej prawa pierś z powodu twardego zbliznowacenia, które wykazało utkanie raka włóknistego, *scirrhus*. Od 10-u miesięcy prawa gałka oczna utraciła ruchomość, a powieka górna opada. Obecnie widoczne jest wciągnięcie górnej powieki i całej gałki ocznej, a przez dolną powiekę wyczuć się daje sprężysty twardy opór w głębi oczodołu. Ogólny stan zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

Diskusya:

Berry nie radzi operować.

Fisher sądzi, że zabieg operacyjny jeśli miałby być do-
szczętnym, musiałby sięgać bardzo głęboko. Jeśli zmiany na oku u przedstawionej chorej pochodzą istotnie z przerzutu raka, w takim razie bliźnowate zaciągnięcie musiał poprzedzać okres wypuklenia powiek, lub wysadzenia gałki, o ile sprawa przerzutowa nie wyszła z innej z zatok bocznych, a dopiero po zniszczeniu kostnej ściany, już w okresie refrakcyi przedostała się do oczodołu, dla tego przed ustaleniem planu operacyjnego, radzi prześwietlić zatoki boczne.

Clarke: Zanik nerwów wzrokowych po zastosowaniu soaminy i orsudanu.

U 46-letniego mężczyzny w trzy miesiące po zakażeniu zrobiono 10 wstrzyknieć soaminy, poczem wystąpiło już osłabienie wzroku. Mimo tego dodano jeszcze pięć nowych zastrzyknieć. Obecnie prawe oko widzi tylko ruchy ręki, lewe $\frac{6}{12}$. Obydwa nerwy wzrokowe w pełnym zaniku, nie okazują jednak zwężenia naczyń. Drugi przypadek odnosi się do 49-letniego mężczyzny, u którego po 9-u wstrzyknięciach orsudanu bystrość wzroku obustronnie spadła poniżej 01 wśród obrazu pierwotnego zaniku nerwów wzrokowych i ognisk zwyrodnienia w plamkach żółtych.

Soamina i orsudan są połączeniami aminofenylarsenowemi.
Dyskusya:

Wray zwraca uwagę, że dla uniknięcia zatruc dawka przetworów arsenowych musi być obliczona na kilogram wagi ciała i musi być uwzględnioną sprawność wydzielnicza nerek. Często zatrucia, jakie zdarzały się przy stosowaniu tych preparatów w chorobie snu, tłumaczą się tem, że przy tej chorobie tętno jest niezwykle zwolnione. Z tego powodu wydalenie arsenu jest utrudnione i następuje kumulacya dawek. Co do wskazań dla przetworów arseniku w leczeniu kiły sądzi, że zachodzą one mniej więcej w 25% przypadków, w których samoistnego ustąpienia objawów nie można się spodziewać, lub rtęć zawodzi, lub działa za słabo.

Brewerton: widział przypadek utraty wzroku po sześciu gramach orsudanu w dwóch dawkach. Arsen, zdaniem jego, niszczy pierwotnie zwoje nerwowe, zanik zaś włókien nerwu wzrokowego jest następowy.

Dawnay opisuje podobny przypadek. Człowiek 59-letni po dwóch seryach wstrzyknień soaminy (razem 8 g) w ciągu pięciu dni wzrok utracił, a w miesiąc potem umarł. U pewnej 35-letniej kobiety, leczonej soaminą z powodu *lichen planus*, już po 4-2 gr wystąpiło przyspieszenie tętna, duszność, osłabienie ogólne i błyski przed oczyma w chwili usypiania. Po odstawieniu soaminy objawy te zanikły w przeciągu trzech tygodni.

Doyne sądzi, że nagłe zblednięcie tarczy i zwężenie naczyń wskazuje na przerwanie, względnie uposłedzenie dopływu krwi.

Treacher Collins przyłącza się do tego zapatrywania i przypomina podobne zjawisko przy ślepcie chininowej. Zapytuje, czy przy zatruciu arsenowem były widywane obrazy wzernikowe, przypominające embolię tętnicy środkowej siatkówki.

Mayou odnosił w spostrzeganych przez siebie przypadkach, również wrażenie pierwotnej ischemii. Ponieważ jednak ischemia ta zdarza się także przy zatruciach aniliną, to należałoby się zastanowić, czy w przetworach takich, jak soamina i orsudan, arsen jako taki działa na nerw wzrokowy zabójczo, czy też druga część składowa preparatu zbliżona do aniliny.

Buzard przypomina, że już Hutchinson wiedział o szkodliwym wpływie arseniku na zwoje nerwowe, w szczególności na zwój Gassera.

Treacher Collins: Badania doświadczalne wykazują, że pierwotne zmiany anatomiczne powstają nie w komórkach zwojowych, lecz we włóknach nerwu wzrokowego.

Poolley: Przed wprowadzeniem nowszych środków arsenowych, podawano w dużych dawkach płyn Fowlera, a nigdy nie

stwierdzono ociemnienia. Przemawia to na korzyść twierdzenia, że przyczyną obecnie powtarzających się zastrużeń jest grupa anilinowa.

Mole wspomina, że dawniej w przypadkach zimnicy podawano również olbrzymie ilości arsenu, a nigdy nie było zaburzeń wzrokowych.

Clarke streszcza wyniki dyskusji i wypowiada przypuszczenie, że może ani arsen, ani grupa anilinowa sama dla siebie nie stanowi czynnika trującego, lecz dopiero połączenie tych dwóch grup jest dla nerwów wzrokowych niebezpieczne. Wszystkie dotychczasowe nieszczęśliwe wypadki tego rodzaju dotyczyły osób powyżej lat 40, należałoby zatem w tym wieku nie stosować więcej przetworów arsenowych.

Doynes: Dalsze uwagi o rodzinnem zapaleniu naczyń. nówki.

Drzewo genealogiczne dotkniętej tą chorobą rodziny.

[Według Kl. Monatsbl. f. Aghk.].

III. ROZMAITOŚCI.

Radium. Działanie radu na prawidłowe oko starał się Aronstam bliżej określić zapomocą doświadczeń na królikach. Badał on oczy najpierw klinicznie, a następnie wyłuszczone mikroskopowo po szeregu naświetleń różnych co do nasilenia i czasu trwania. Wpływ *radium* ujawnia się po krótszym lub dłuższym okresie utajenia zależnym od ilości użytego preparatu, od trwania i częstotliwości seansów. Kliniczne zachowanie się rogówki jest pierwszą wskazówką przekroczenia granicy tolerancji. Daje się też zauważyć wybitne działanie kumulatywne. Aronstam doszedł do przekonania, że dawka 10 mg nie powoduje w oku żadnych zaburzeń nawet nie zadrażnia spojówki, pod warunkiem jednak, że naświetlenia nie trwają dłużej, jak 10 minut, są powtarzane co drugi lub trzeci dzień, a liczba ich nie przekracza 7 do 10. Napięcie wśródoczne, ani duo oka nie podlegają zmianom. Jeśli się jednak tym warunkom nie uczyni zadość, występują różne zaburzenia. Rogówka się zaćmiewa, a badanie mikroskopowe wykazuje obrzęk i rozluźnienie warstwy przybłonkowej. Od strony błony Descemet'a widać podobny obrzęk warstwy przybłonkowej. Siatkówka

ulega zmianom przedewszystkiem w swej warstwie wewnętrznej: obrzmienie i rozstępły wśród składników tej warstwy i powstawanie jamistości. Zmiany w tęczówce, w naczyniówce i w ciele szklistem wyrażają się przekrwieniem i bujaniem składników łącznotkankowych. W naczyniach występuje *peri i endocaulitis*, czem się tłumaczy obrzęk siatkówki i leukocytoza rogówki i ciała rzęskowego.

K. W. M.

Promienie X. Prace Hippla, Tribondeau i Belleya wykazały szkodliwy wpływ promieni Roentgena na soczewkę płodu i noworodka.

Bossuet badał doświadczalnie działanie tych promieni na soczewkę zwierząt dorosłych. Przybłonek torebki soczewkowej ulega podobnie, jak i istota korowa przemianom wstecznym: Z początku występują objawy odczynowe ze strony przybłonka soczewkowego, który wytwarza świeże gniazda komórkowe i całe warstwy przybłonka rzekomego. Wytwory te ulegają również w krótkim czasie zwyrodnieniu. Ogólnie można powiedzieć, że wpływ niszczący promieni Roentgena na różne tkanki ujawnia się tem wybitniej, im z młodszych komórek są te tkanki złożone.

K. W. M.

Choroba snu. Ulbrich wstrzykiwał zarazki choroby snu, mianowicie krew myszy, zakażoną świdrowcami z rodzaju *Trypanosoma Evansi* i *Trypanosoma equiperdum* wprost do żyły wirowej górnonosowej oczu króliczych. Ponieważ ilość zarazka musiała być niewielką, więc zwierzęta pozostawały przy życiu i można było dokładnie śledzić powstawanie zmian w oczach, zmian ciężkich, przyrody zapalnej, rozprzestrzeniających się drogą naczyń krwionośnych, najpierw na ciało rzęskowe, później na naczyniówkę i siatkówkę. Siatkówka ulega oderwaniu i występują w niej liczne ogniska krwotoczne. Wreszcie pojawia się wysięk zapalny w przedniej komorze. Zazwyczaj przed wystąpieniem dalszych zmian zabierano króliki dla przeprowadzenia badań anatomicznych.

Co do przebiegu i obrazu choroby snu u ludzi wiele cennych wiadomości przysporzyła wyprawa naukowa R. Kocha do środkowej Afryki, ojczyzny tej choroby. Dla okulistyki ważne są smutne doświadczenia, jakie poczyniono tam nad fatalnym wpływem na nerwy wzrokowe atoksylu, stosowanego w leczeniu choroby snu. Beck podaje opis 23 przypadków zupełnej, a 7 przypadków częściowej utraty wzroku po wstrzykiwaniach atoksylu. Zanik nerwu występował bez objawów ogólnego zatrucia arsenem i bez względu na ciężkość zakażenia.

K. W. M.

Z Komitetu gospodarczego XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odebraliśmy pismo, którego główne ustępy brzmią, jak następuje:

Jak dotychczas można na pewno wnosić, że naukowo-przyrodnicza część XI Zjazdu da poważne wyniki. Między innymi postanowiły sekcye zająć się na Zjeździe sprawą nauczania nauk przyrodniczych w naszych szkołach wyższych.

Na posiedzeniu Komitetów sekcyjnych lekarskich zdano sprawę z przebiegu dotychczasowych prac. Liczne tematy zgłoszone przez wybitnych uczonych polskich z zakresu nauk lekarskich dotyczą najważniejszych zagadnień z dziedziny medycyny. Możemy stwierdzić, że najważniejsza część Zjazdu, t. j. dyskusye i odczyty, jakie na Zjeździe odbyć się mają, są już przeważnie ustalone i zapowiadają się bardzo poważnie.

Podczas obecnego Zjazdu nie będzie wystawy lekarskiej.

Kursa dla okulistów, zapoczątkowane przez Axenfelda w Fryburgu w Br. znalazły upodobanie w odnośnych kołach, tak, że dla ułatwienia tym, którym Fryburg za daleko położony, zamierza się podobny dwa tygodnie trwający kurs urządzić w Lipsku pod kierunkiem prof. Sattlera.

Kurs taki przeznaczony tylko dla okulistów chcących się zapoznać z najnowszymi zdobyczami specjalności, a honorarium wynosi, jak w Fryburgu, 200 marek.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr L. Schmeichler, doc. pryw. w Bernie mor., otrzymał tyt. prof. nadzw.

Nadzw. prof. Dr Baiardi w Genewie mian. prof. zwyczaj.

Dr Marcin Zade, dotychczas docent w Jenie, habilitował się w Heidelbergu.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Dr Frank Novel Lewis w Nowym Jorku.

Prof. Dr Cienfuegos w Santiago de Chili.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁA-
BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF.
SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MA-
JEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA
SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNA-
BURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DRYLA W PRADZE.

Luty.	→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←	1911.
-------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O kilku rzadszych odruchach wywołanych wpływem na oko.

Napisał

PROF. Dr B. WICHERKIEWICZ.

Zdarza się nie rzadko, że równocześnie z rozmaitych stron, a niezależnie od siebie pojawiają się spostrzeżenia takie same lub podobne, a jednomyślnie tłumaczone — czego dowodem chociażby przykład następujący:

Dr Neustätter z Monachium w tygodniku lekarskim »Münchener Med. Wochenschrift«, nr 45, r. 1909, czyni wzmiankę o nadmiernym śmiechu, wywołanym przez wzernikowanie oka, nawiązując do niej kilka zajmujących spostrzeżeń i uwag.

W praktyce mojej zachodziły kilkakrotnie wypadki podobne, o jakich wspomina Neustätter pod nr 1. i 2. opisu swego, lecz nie zwracałem na nie uwagi dostatecznej, oceniając wybuchy śmiechu przy wzernikowaniu jako objaw bezmyślnej dziecinnej wesołości u osobników młodszych, u starszych zaś jako symptomy histeryi i tak puszczałem w nie-

pamięć jedne jak drugie. Zastanowił mnie dopiero wypadek, w którym, badana osoba, rozsądna i stateczna, utrudniała mi niezmiernie wziernikowanie, odwracając głowę i wybuchając śmiechem mimowolnym, którego z trudem zaledwo na chwilę poskromić zdołała.

Zapytana przeze mnie o powód oświadczyła, że trudno jej znieść jaskrawy blask światła, gdy prosto w oczy jej pada, i że to właśnie wywołuje u niej wybuch śmiechu. Musiałem ostatecznie zaniechać nie bez przykrości wziernikowania.

Zupełnie podobny wypadek spostrzegałem niedawno z tą tylko różnicą, że chora, jak tamta, młoda, wobec tych samych objawów przy użyciu wziernika, nie umiała jasno zdać sobie z nich sprawy, co nie przeszkodziło, że i tu zaprzestać musiałem wziernikowania, co tem łatwiej uczynić mogłem, że chodziło o cierpienie oka zewnątrz, a wziernik miał tylko wykluczyć powikłania.

Żałowałem, że nie miałem możności badania dalszego wyżej przytoczonych objawów celem stwierdzenia, czy tego rodzaju stan podrażnienia był tylko przejściowym czy też stałym, czy dałby się może usunąć przy zastosowaniu jakich środków.

Niewyjaśnionem pozostanie na razie przyjęcie do skutku tego objawu, któryby zresztą przypisać można przesunięciu podniety odruchowej z *Thalamus opticus* na ośrodek śmiechowowy, czy też wytłumaczyć nadmiernem podrażnieniem obydwóch ośrodków? Jedna hipoteza, jak druga, wymaga dalszych spostrzeżeń i badań bardzo ścisłych.

Istnieje jeszcze zresztą inny, lepiej nam znany odruch, wywołwany wziernikiem — jest nim łzawienie oczu przy zachodzącem przeczuleniu siatkówki. Można uważać go za jeden z wczesnych objawów zapowiadającego się władu rdzenia pacierzowego i zaliczyć do napadów ocznych tej kategorii chorób.

Więcej znanymi są inne zwrotne akty, wywołane przez działanie na spojówkę czy rogówkę, a zatem przez podrażnienie kończyń nerwu trójdzielnego, co, jak wiadomo, występuje

nieraz bardzo silnie przy otwieraniu szpary powiekowej, przy wypłukiwaniu worka spojówkowego, zapuszczaniu kropel albo wprost po dotknięciu spojówki palcem.

Feilchenfeld (Kl. Monatsbl. 1889, p. 8) wymienia następujące objawy:

1. Po krótkim głębokim wdechu przerwa oddechu kilka sekund trwająca, albo też prędko po sobie następujące przerwy w oddechaniu.

2. Wywołanie ruchu łykowego.

3. Kichanie.

4. Odruch smakowy.

We wszystkich tych odruchach łuk dośrodkowy stanowi czuciowa część nerwu trójdzielnego, łuk zaś odśrodkowy stanowią nerwy ruchowe dochodzące do odnośnych organów.

Wiadomo, że odruchy te występują przeważnie u dzieci, ale także u dorosłych mniej przywykłych panować nad sobą, a zwłaszcza u kobiet.

Niewątpliwie jednak sama choroba oczna usposabia mniej lub więcej do tych odruchów.

Właśnie w ostatnich czasach spostrzegałem nadzwyczajną skłonność do kichania przy każdym choćby najlżejszem usiłowaniu odsunięcia powiek zaciśniętych, a to u 18-letniej dziewczyny z ciężką postacią zapalenia mięszonego rogówek. Skłonność ta ustąpiła dopiero, gdy po drugim zastrzyknięciu »606« silne unaczynienie rogówek szybko poczęło zmniejszać się. To samo miało miejsce u 10-letniego chłopca z taką chorobą, a dalej u mężczyzny dotkniętego pęcherzycą spojówki i powiek.

Kichanie u tych osób tak było silne, że trudno mi przyszło badać, a zmniejszało się dopiero po zadziałaniu zastosowanych środków znieczulających.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o dwóch niezwykłych spostrzeżeniach wchodzących w zakres odruchów zwrotnych w mowie będących.

Omawiając pewien przypadek zatrucia dziecka 4-letniego atropiną (Berl. klin. Wochenschrift. 1888) Guttman wspom-

mina, iż przez dotyk rogówki nie wywoływał odruchowego zamknięcia szpary powiekowej, lecz oddech ustawał na przeciąg 5—9 sekund, Murri zaś (Rivista clinica di Bologna 1883 nr 10) doświadczał, że przerwy oddechowe przy objawie Cheyne-Stokesa można było dowolnie przez odsuwanie powiek, t. j. silne otwieranie ócz, skracać.

Prof. Wagner v. Jauregg zwykł u chorych, dotkniętych śpiączką, a nie wrażliwych na żadne bodźce, wywierać silny ucisk na gałki, czem przywracał chorym świadomość zupełną. Korzystając z tego doświadczenia przerywał na klinice prof. Eiselsberga Dr Ascher sen chloroformowy po operacyi w ten sam sposób, przez co wywoływał nieraz wymiotowe odruchy i powrót przytomności.

Doświadczenia w tym kierunku kilka razy podejmowane u naszych na klinice chloroformowanych osób były tego rodzaju, iż pozwalały ludzić się iż działanie wywoływane przez taki ucisk gałkowy dawało wynik pożądaný. Sądzę jednak, że tylko w razie obawy asfyksyi uciec się wypada do tego rękoczynu, który, gdy silny, nie będzie może obojętny w skutkach dla gałki, gdy słaby pewnie bezskutecznym się okaże.

Skuteczność zaś tłumaczyćby można podrażnieniem nerwu błędnego drogą płynu mózgo-rdzeniowego (*liquor cerebro-spinalis*) albo też wpływem odruchowym przez podrażnienie zwoju rzęskowego.

II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für Bakteriologie etc. 1910. T. LIV. Z. 6, T. LV. Z. 5. (Ref. Dr E. Rosenhauch).

Przyczynek do obecności gramnegatywnych dwoinek na ludzkiej spojówce. (Beiträge zum Befund gramnegativer Diplokokken auf der menschlichen Bindehaut). Verderame.

Znane są dotąd trzy rodzaje dwoinek, odbarwiających się sposobem Grama, spotykane na spojówce ludzkiej: *meningococcus*,

gonococcus, *micrococcus catarrhalis*. Dwa pierwsze są wybitnie chorobotwórcze. Trzeci uważany zrazu za obojętny, przydzielony został do grupy chorobotwórczej dzięki spostrzeżeniom Bronsa. Autorowi udało się wyhodować ze spojówki ludzkiej trzy inne odmiany dwoinek, odbarwiających się sposobem Grama. Pierwszy z nich (hodowla Koch) zbliżony do grupy *micrococcus catarrhalis*, drugi (hodowla Schmidt), zajmuje miejsce pośrednie między grupą *meningococcus* a *micrococcus catarrhalis*, trzeci wreszcie (hodowla Reichenbach) stanowi z opisanymi przez Kaysera i Ruatalego osobną grupę i różni się wybitnie od powyżej wymienionych. Wszystkie te trzy odmiany są niechorobotwórcze, leżą w preparacie przeważnie międzykomórkowo. Hodowla Reichenbach wyhodowana z przypadku lekkiego zapalenia spojówki, z której nie udało się wprowadzić innych chorobotwórczych mikro-bów wyosobnić, jednakże czysta hodowla tych drobnoustrojów przeszezepiona na spojówkę autora dała wynik ujemny.

W sprawie barwienia ciałek Provazka. (Zur Färbung der Provazek'schen Einschlüsse). Lindner.

Z wielu sposobów podawanych przez różnych autorów uważa L. za najlepszy następujący przepis: Preparaty tarte po wysuszeniu i utrwaleniu w alkoholu bezwodnym (przez 5—10 mm) barwi godzinę w płynie:

Barwika Giemsa	5 gtt.
Kw. octowego 1%	1 >
Aq. dest.	10 cm

obmycie, olejek cedrowy. Szybkie obmycie alkoholem przed olejkim cedrowym usuwa strąty. Wynik zabarwienia: bakterye, wtręty i ziarna komórek tucznych — ciemno-niebieskie; jądra limfo- i leukocytów niebieskie lub niebieskawe; jądra komórek nabłonkowych nieco mniej różowe niż ich protoplazma. Zupełnie podobnie można barwić wtręty w skrawkach tylko czas barwienia musi wówczas wynosić 12—48 godzin.

Comptes rend. hebd. de la Société de Biologie. 1910. nr. 32, 35, 36, 38. (Referent Dr E. Rosenhauoh).

Lipoid znajdujący się w gruczole tarczycowym powodujący trzeszcz galki. (Le lipoid éxophtalmisant de la thyroéide). Iscovescu.

Autorowi udało się wykazać w gruczole tarczycowym obecność dwóch różnych lipoidów. Jeden z nich powoduje przyspie-

szenie akcyi serca, wychudnięcie zwierzęcia i konwulsye, a jeśli dawki powtarzamy może doprowadzić do charactwa i śmierci. Drugi, rozpuszczalny w acetonie powoduje trzeszcz gałki.

Zdaniem autora można trzeszcz gałki występujący podczas schorzeń tarczycy tłumaczyć tylko niezdolnością gruczołu do związania tego lipoidu lub przez jego nadmierne wytwarzanie.

W sprawie wytwarzania płynu przedniej komory prawidłowego i po punkcyi przedniej komory. (Note sur la sécrétion de l'humeur aqueuse normale et sur l'humeur aqueuse produite après ponction de la chambre antérieure). M a w a s.

Cheąc się przekonać, jaka zachodzi różnica w płynie przedniej komory, przed i po punkcyi, wykonał autor szereg doświadczeń na oczach psa i królika. Badania te wykazały, że istotnie oba te płyny wielce się różnią. Płyn prawidłowy zawiera nieznaną ilość białka i cukru; płyn po punkcyi daje z kwasem azotowym wybitną obręcz białą, odczynem Fehlinga można w nim wykazać cukier, daje reakcyę ksantoproteinową i biurelową. Na tej podstawie dochodzi autor do wniosku, że płyn przedniej komory po punkcyi jest raczej przesiękiem z naczyń krwionośnych, dzięki obniżeniu się ciśnienia w komorze po punkcyi do zera. Ma to ważne znaczenie praktyczne, gdyż po punkcyi wskutek naporu przekrwionych naczyń, nabłonek rzęskowy przepuszcza do przedniej komory substancye (hemolizyny, toksyny ...), które w prawidłowych warunkach przez tę zaporę przedostać się nie mogą.

Wpływ pilokarpiny na wytwarzanie płynu przedniej komory. (Action de la pilocarpine sur la sécrétion de l'humeur aqueuse). M a w a s.

Doświadczenia na psach i królikach doprowadziły autora do następujących wniosków: pilokarpina wstrzyknięta do żyły lub wkroplona do worka spojówkowego wpływa na wzmożenie się substancyi białkowatych i cukru w płynie przedniej komory. Nadto sprzyja przechodzeniu z krwi pewnych substancyi, które w prawidłowych warunkach, albo wcale do przedniej komory nie przechodzą, albo w tak małej ilości, że ich wykazać nie można. Pod wpływem pilokarpiny przedostają się również liczne ciała białe do przedniej komory. Płyn przedniej komory po pilokarpinie jest bardzo zbliżony do płynu wytwarzającego się po punkcyi.

W sprawie adaptacyi oka. (Sur l'adaptation de l'oeil). D u f o u r.

Adaptacya odbywa się w dwojaki sposób: 1) drogą adaptacyi źrenicznej; jeśli z jasnego miejsca przejdziemy w ciemniejsze

żrenica się rozszerza, zwęża się, gdy z ciemnego w jasne się udajemy. Prócz tego istnieje 2) adaptacja siatkówkowa, polegająca na purpurze wzrokowej. Jest ona wybitniejsza w obwodowych częściach siatkówki, gdzie znajdujemy obfitą ilość słupków; w płamce żółtej adaptacja siatkówkowa jest b. małą lub równa się 0. W końcu dochodzi autor do wniosku, że adaptacja ta może być różną dla obu ocz i że stan adaptacji jednego oka jest niezależnym od adaptacji drugiego oka.

O pewnych zmarszczkach siatkówki podczas jej rozwoju. (Sur certaines plicatures de la rétine en voie de développement). Farnarier.

Autor opisuje pewne morfologiczne znamiona siatkówki, jakie spostrzegał u zarodków królika i barana. Były to drobne jakby grzebienie w różnych warstwach siatkówki, współśrodkowo rozrzucone w płamce żółtej, i w jej okolicy, długości 1 mm. Grzebienie te złożone z komórek ulegają na szczycie płamki zmianom wstecznym, które kończą się ich zniszczeniem.

Podobne zmiany opisał Seefelder i uważa je za początkowy okres glejaka siatkówki. Zdaniem autora są to zmiany spowodowane jakimś zaburzeniem rozwojowym, dysharmonią między rozwojem twardówki i naczyńiówki z jednej strony, a siatkówki z drugiej. Jeśli zaburzenia te trwają stale, wytwarza się mała galka (*microphthalmus*), w której niejednokrotnie podobne grzebienie wykazano; zaburzenia te mogą jednak być także przejściowe, zmiany goją się i pozostają tylko drobne blizny, nie widoczne dla oka uzbrojonego we wzornik. Być może, sądzi autor, w tych zaburzeniach szukać należy źródła dla t. zw. niedowidzeń wrodzonych bez zmian wziernikowych, dla których dotąd nie mamy wytłumaczenia.

Klinische Monatsblätter f. Aghk. R. 1910. R. XLVIII. maj, czerwiec, lipiec i sierpień. (Referent Dr Liebermann).

O ważnem zjawisku ruchowem oka. (Ueber ein beachtenswertes Bewegungspänomen des Auges. (Doc. Dr W. Lohmann — Monachium).

Jeżeli jedno oko zezuje na zewnątrz i ku górze, zwłaszcza jeżeli to oko jest ślepe, zauważyć można, zasłaniając oko widzące, iż to oko ślepe wykonuje ruch ku dołowi wewnątrz, przy równoczesnej lekkiej rotacji około osi przedmiotylnej. Zjawisko

to tłumaczy autor unerwieniem oka, a mianowicie, *radix motoria ganglionis ciliaris* należy do tej części *n. oculomotorius*, która zaopatruje *musculus obliquus inferior*. Współczulny odruch tęczyówki idzie także i do oka zbaczającego, nie mogąc tu jednakże z powodu zmian w obwodowych gałązkach wywołać skutku, przeskakuje na *obliquus inferior* i oko zbacza ku górze. W chwili jednakże, gdy przez zakrycie oka widzącego wszelkie podrażnienie ustaje, oko wykonuje wyżej wspomniany ruch.

Zanik nerwu wzrokowego, wybroczyny siatkówkowe i obrzęk skutkiem zgniecenia klatki piersiowej. (Sehener-venatrophie, Netzhautblutungen infolge von Thoraxkompression). Dr P. Stoeber — Witten.

W kopalni węgla zgniółł choremu wózek klatkę piersiową tak silnie, iż tenże omal przytomności nie stracił. Zaraz po wypadku zauważył przed oczyma błyski i widział wszystko we mgle. Oftalmoskopem stwierdzono rozszerzenie żył i wybroczyny na dnie obu ocz.

Dotychczas nie ma dokładnego teoretycznego wytłumaczenia, dla zmian na dnie oka powstających skutkiem silnego ucisku klatki piersiowej.

Leczenie ophthalmia sympathica dużemi dawkami salicylanu sodowego lub aspiryny. (Ueber die Behandlung der sympathischen Ophthalmie mit grossen Dosen Natron salicylicum oder Aspirin). Dr H. Gifford. Omaha Nebr. U. S. A.

Autor leczył z pomyślnym wynikiem sympatyczne zapalenie oka podając choremu znaczne dawki salicylanów. Podaje on 5 razy dziennie po 2 gramy *natrii salicylici* w pół szklanki wody z dodatkiem dwóch łyżeczek od kawy alkoholu. Gdy burzliwe objawy zapalenia minęły, pozwala choremu co trzeci dzień lekarstwo opuścić, lecz chory zażywać je musi conajmniej przez 2—3 tygodni.

Plastyka powiek płatem skórno-chrzęstnym. (Zur Lidplastik mit Hautknorpellappen). Dr Wilhelm Meissner — Królewiec.

W przypadku raka powieki dolnej zastosował prof. Krückerman następujący sposób. Wyciąwszy całe, nowotworem zajęte miejsce, wstawił w ubytek odpowiedni kawałek ucha wycięty temu samemu osobnikowi. Jest to sposób Büdinger'a zmieniony o tyle, iż podczas kiedy tenże odcina płatek pokryty tylko z jednej strony skórą, tu płatek wycięty został przez całą grubość ucha. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Ponieważ u chorej w kilka miesięcy później nastąpiła recydywa, musiano przystąpić do powtórnej operacji, podczas której usunięto część poprzednio wstawionego płatk. Badanie histologiczne wykazało, iż w implantowanym kawałku, częściowo wystąpiła degeneracja chrząstki, w znacznej jednakże części utrzymała się ona w prawidłowej budowie.

Vitiligo oka jako przyczynek do nauki o schorzeniach oka na tle herpes. (Vitiligo und Auge, ein Beitrag zur Kenntnis der herpetischen Augenerkrankungen). Dr. W. Gilbert — Monachium.

U chorego już od dłuższego czasu na *vitiligo* młodego osobnika, zbiegły również i rzęsy a równocześnie wystąpiło guzkowate zapalenie tęczęwek z krwotokami i zapalenie nerwu wzrokowego na obu oczach. Objawy te powtarzały się peryodycznie. Wychodząc ze założenia, iż *vitiligo*, podobnie jak *herpes* polegają na *trophoneurosis*, która podstawę swą ma po największej części w autoinfekcyacji, przypuszcza autor, iż w danym wypadku *neuritis* i *iritis* miały to samo tło co i *vitiligo*.

Przyczynek do rzadkich zmian wrodzonych dna oka. (Beitrag zu den seltenen angeborenen Augenhintergrundsbefunden). Dr. A. Botteri — Innsbruck.

Opis jednego przypadku *coloboma chorioideae* i resztek przedwodu Cloqueta i jednego przypadku *membrana epipapillaris*.

Ropień nerwu wzrokowego i tarcz zastoinowa w następstwie zapalenia opon mózgowych. (Sehnervenabscess und Stauungspapille infolge von Meningitis). Dr. L. Komoto — Tokio.

U chorego na *meningitis* (jednostronną) wystąpiła jednostronna ślepota ze zastoinową tarczą i krwotokami na dnie oka, które to objawy niebawem zmieniły się w *panophthalmitis*. W kilka dni chory zmarł skutkiem zapalenia opon mózgowych. Sekcyja wykazała ropień na podstawie czaszki w okolicy *chiasma n. opt.* a nadto ropień w samym nerwie wzrokowym i drugi w tegoż oponach. Zmiany te ostatnie tłumaczy sobie autor jako następstwa *thrombophlebitis*.

Zakrzep we vena nasalis superior na tle syfilitycznym. (Ein Fall von Thrombose der oberen Vena nasalis superior syphilitischer Natur). Doc. Dr. Helena Puscarin — Jassy.

Opis przypadku zakrzepu we *vena nasalis superior retinae* spowodowany kiłą nabytą przed trzema laty.

Przejsciowa dalekowzroczność w przebiegu cukrzycy.
(Transitorische Hypermetropie beim Diabetes mellitus). Dr K. Lundsgaard — Kopenhaga.

U ludzi cierpiących na cukrzycę zjawia się nagle dalekowzroczność, objawiająca się w tem, iż dotychczasowe szkła używane do czytania, nagle nie wystarczają, dobre są natomiast do patrzenia w dal. Stan taki trwa 1—2 miesięcy, poczem mija. Badania krzywizny rogówki i napięcia oka, zmian żadnych nie wykazują, wobec czego przypuścić należy, iż przyczyna dalekowzroczności leży w soczewce.

Odkazanie skóry jodyną przy operacjach ocznych.
(Zur Desinfection der Haut mit Jodinctur vor Augenoperationen). Dr H. Segelken — Stendal.

Jodyna, garbując skórę, unieruchamia, zdaniem autora, bakterye tak, że one do rany operacyjnej dostać się nie mogą. Ujemną stroną tej metody jest to, iż u niektórych ludzi, zwłaszcza skrofolicznych, łatwo powstaje wyprysk lub też skóra zaczerwienia się i złuszcza w miejscu najoddynowanem. Objawy te jednakże niebawem mijają. Przy tej sterylizacji wykonywał autor cały szereg operacji między innymi i kataraktę, *enucleatio* względnie *ecentratio bulbi* z pomyślnym wynikiem.

Wyniki badań odczynu Wassermanna w okulistyce.
(Ueber Resultate mit der Wassermannschen Reaktion bei Augenerkrankungen). Prof. Dr B. Fleischer — Tybinga.

W wątpliwych wypadkach chorób ocznych reakcyja Wassermanna rozstrzygnęła o dyagnozie i leczeniu chorego.

Zastosowanie naftalanu przy zewnętrznych chorobach ocznych. (Verwendung von Naftalan bei äusseren Augenerkrankungen). Dr A. Vogt — Aarau.

Autor zaleca leczenie skrofolicznych schorzeń rogówki, jako też *ectropion catarrahale* maścią naftalanową, wedle następującej recepty:

Naftalani	20.00
Zinci oxydati	
Amyli tritici	aa 10.00

Również bardzo dobrze ma powyższe lekarstwo działać w przypadkach wyprysków brzegów powiekowych i twarzy. Podczas leczenia naftalanem nie wolno ocazu myć.

O przedwstępnym okresie jaskry pierwotnej. (Ueber eine Vorstufe des »primären« Glaukoms. *Iridocyclitis anterior, adhesiva Knies*). Dr G. Ischreyt — Libawa.

Opis przydadku stanu zapalnego w ciałku rzęskowym, które jednakże żadnych podmiotowych zmian nie dawało. Oko wyjęło z powodu bardzo rozległego raka.

Znaczenie charakterystycznych, dla retinitis albuminurica zmian w plamce żółtej. (Die Bedeutung der für Retinitis albuminurica typischen Degenerationsherde der Makulagegend). Prof. Dr Franz Schieek — Getynga.

W 12-stu przypadkach rozmaitych schorzeń oka znalazł autor zmiany, uważane zazwyczaj za typowe przy chorobach nerek. We wszystkich tych przypadkach białka w moczu nie stwierdzono, ani też innych objawów choroby nerek nie było.

Münchener med. Wochenschrift. R. 1910. Z. 52. (Sprawozdawca A. Szulistański).

Próba leczenia samozatrucia ciężarnych, wstrzykiwaniami surowicy krwi zdrowych ciężarnych. (Ein Versuch, Schwangerschaftstoxikosen durch Einspritzungen von Schwangerschaftsserum zu heilen). Doc. pryw. Dr Mayer, lekarz naczelny kliniki położniczej i Prof. Dr Linsler, przełożony oddziału skórno-ginekologicznego kliniki lekarskiej w Tybindze.

Samozatrucia ciężarnych, są to pewne anatomiczne lub czynnościowe zbożenia ustroju męzycznego w następstwie ciąży.

W części teoretycznej (Mayer) przedstawione są rozmaite, dotyczące się tej sprawy, teorie. Trzeba przyjąć, że w przebiegu ciąży wytwarzają się, czy to w łożysku, czy też we krwi matki z przyłoneków kosmówki, czy też w inny jakiś sposób, pewne trucizny. W prawidłowym przebiegu ciąży, organizm matki wytwarza pewne odrutki, które zubożniają działanie owych trucizn. Jeśli to z jakichkolwiek powodów się nie stanie, gromadzi się we krwi męzycznej obce białko, i tu właśnie jest przyczyna samozatrucia ciężarnych. Należą do nich pewne postacie wymiotów, nerka, wątroba i rzucawka ciężarnych (*eclampsia*). Z postaci skórnych wymienić należy swędzenie, występujące samo, lub też w towarzystwie pokrzywki, albo też mniej lub więcej rozległych wyprysków skórnych. Do rzadkości należy liszaj, czyli opryszczka u ciężar-

nych (*Herpes gestationis*), który tak ze względu na objawy skórne, jako też ciężkie objawy ogólne, zbliża się najbardziej do pęcherzycy (*Pemphigus*). Leczenie w tych przypadkach było dotychczas zupełnie bezskuteczne. Wyzdrowienie następowało samo przez się wkrótce po ukończeniu ciąży. Jednak niemal połowa przypadków kończyła się śmiercią, wśród ciężkich objawów ogólnych, zapadu i białkomoczu, bądź też w następstwie gorączki połogowej.

Przypadek, który opisują autorowie, jest tak pouczający, że zasługuje na obszerniejsze przytoczenie.

Chora zamężna od trzech lat. Przy pierwszej ciąży wystąpiła opryszczka w 7-m miesiącu ciąży z wysoką gorączką i wśród ciężkich objawów ogólnych, tak, że już w 14 dni potem odbył się przedwczesny poród. Dziecko wątłe, ale zresztą zdrowe. Opryszczka znikła do 14 dni po porodzie. Przy drugiej ciąży pojawił się *herpes gestationis* we wcześniejszym nieco okresie, bo przy końcu 5 miesiący ciąży, najpierw na dolnych kończynach, skąd szybko się rozszerzył po całym tułowi.

Przez miesiąc leczyła się bezskutecznie ambulatoryjnie. Przyjęto ją wreszcie do kliniki. Oprócz objawów skórnych (ropiejące pęcherze, rozległe strupy na całym ciele), była wysoka gorączka (powyżej 39° C.), znaczne bóle i w ich następstwie leżenie mimo narkotyków, w moczu białko (1 - 2 ‰) i wałeczki. Mimo bardzo ciężkiego stanu ogólnego, położnicy nie doradzali sztucznego przyspieszenia porodu, z powodu znacznego ropienia na skórze i obawy gorączki połogowej.

Dalsze 14-dniowe leczenie (środki wewnętrzne, opatrunki, kąpiele, chinina, arsen) bez skutku, raczej ogólne pogorszenie stanu. Wobec tego postanowiono, na wniosek Mayera, próbować wstrzyknięcia surowicy krwi od kobiety ciężarnej, z prawidłowym przebiegiem ciąży. Po pierwszych 10 cem. stan niezmienny. W trzy dni potem wstrzyknięto znów 10 cem. surowicy, zdrowej ciężarnej w 8-u miesiącu ciąży, a po dalszych trzech dniach 20 cem. od innej znów, zdrowej kobiety ciężarnej.

Wszystkie wstrzyknięcia robiono do żyły. Po drugim wstrzyknięciu spadła ciepłota do 38° C., a po trzecim na stałe do normy. Równie wybitny był wpływ na skórę. Pęcherze zaczęły przysychać, nowe się nie tworzyły, do dwóch tygodni wszystko się niemal doszczętnie wygoiło (podano fotografie przed i po wstrzyknięciu), białko znikło z moczu. Chorą wypuszczono z kliniki. W 5 tygodni potem wystąpił wśród gwałtownego swędzenia nowy nawal opryszczki, który, tak, jak pierwszym razem, ustąpił po wstrzyknięciu 20 cem. surowicy.

Poród odbył się 1. XII. 1910. prawidłowo, siłami natury; dziecko żywe, zdrowe, dobrze rozwinięte. —

Trudno z jednego, choćby nawet tak wybitnego przypadku, wyprowadzać wnioski stanowcze, choć nie da się zaprzeczyć, że uprawnia on do pewnych nadziei. Byłaby to jednak niezwykle zdobycz, gdyby się udało w ten niewinny, prosty i nieszkodliwy sposób, leczyć intoksykozy ciężarnych, wobec których byliśmy dotychczas bezsilni.

Należałoby w danym razie spróbować tego sposobu także w przypadkach zapalenia siatkówki w następstwie białkomoczu ciężarnych. (Przyp. sprawozd.).

Nowoje w medycynie. R. 1910. Nr 22, 23 i 24. (Ref. Dr M. Szafnicki.

O leczniczym działaniu fibrolizyny. Dr P. I. Sidorienko,

Autor stosował w 16-u przypadkach fibrolizynę, gdzie następowo powstały blizny po różnych sprawach chorobowych. Wstrzykiwał od 20—40 fiołek podskórnie lub w bliznę. Prócz tego wytwarzał sztucznie u kilku królików bielmo rogówkowe i następnie robił od 15—30 wstrzyknięć. Na podstawie swych spostrzeżeń, autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Fibrolizyna, o ile się można o tem przekonać z badań histologicznych, zupełnie nie działa na tkankę bliznowatą 2) Dotychczas niema żadnych podstaw uważać fibrolizynę, jako *Lymphagogum*. 3) Fibrolizyna powoduje takie nieokreślone wahania w ilości białych ciałek krwi, że niema powodu uważać ją jako środek wywołujący leukocytozę. 4) Fibrolizyna w dawkach leczniczych nie jest szkodliwa. 5) Sprawiedliwa ocena klinicznych wyników innych autorów i własne badania zniewalają do twierdzenia, że dotychczas fibrolizyna względem spraw chorobowych połączonych z wytwarzaniem się blizn zachowuje się obojętnie.

O leczeniu jaglicy. Dr R. Kerschbaumer - Putjata. Autorka bardzo szczegółowo omawia sposoby leczenia jaglicy w różnych okresach tego cierpienia. Bardzo dobre wyniki miała stosując kwas borowy z tanniną (3:1) w drugim i trzecim okresie jaglicy. Również przy podwinięciu powiek z dobrym skutkiem stosowała autorka operacyę prof. Wicherkiewicza. Sama nie oryginalnego do lecznictwa nie wnosi.

Revue Générale d'Ophtalmologie. R. 1910. Nr 7, 8, 9, 10, 11 i 12 (Ref. K. W. Majewski).

Badania nad etyologią jaglicy. (Recherches sur l'étiologie du Trachome). Meyerhof — Kairo.

Jaglica i ostre zapalenia spojówek są najczęstszymi postaciami chorób ocznych w Egipcie, podczas gdy jednak te ostatnie w ostatnich czasach okazują dzięki postępowi higieny znaczne zmniejszenie, tak częstości, jak i ciężkości przypadków, jaglica, mimo rozległych środków ostrożności i zaprowadzenia, dzięki Eloui Baszy, kontroli w szkołach, nie przestaje grasować wśród ludności tubylczej. Śmiało można powiedzieć, że w dolinie Nilu przynajmniej 90% mieszkańców dotkniętych jest tem cierpieniem w różnych jego okresach i postaciach. Okuliści, których klientela składa się przeważnie z krajowców spotykają się w 98% swych chorych ocznych z jaglicą, występującą w słabszym lub silniejszym stopniu. Wielka trudność zwalczania jaglicy tkwi w nieznaności jej etyologii. Liczne poszukiwania bakteriologiczne nie doprowadziły dotąd do niczego. Autor wraz z Dr Dreyerem badali bakteriologicznie wydzielinę spojówkową w trzech tysiącach przypadków, ale w bogatej flory bakteryjnej w wydzielinie jagliczej nie znaleźli drobnoustrojów, którymby można przypisać rolę etyologii jaglicy. Z kolei przechodzi autor odkrycia nowsze Provazka, Halberstättera i Greeffa, którym dotąd nie udało się jednak dostarczyć dowodu, że ciała jaglicze, tak często w przypadkach świeżej jaglicy spotykane, są rzeczywiście czynnikami powstania jaglicy wywołującym. Autor jednakowoż ze względu, że, wedle jego własnych badań, ciała te spotykają się w dużym procencie przypadków jaglicy, a tylko rzadko, lub wcale nie w innych chorobach spojówki, uważa wykazanie ich obecności za jeden z momentów dyagnostycznych, które w przypadkach wątpliwych mogą przeważać rozpoznanie na stronę jaglicy i stara się słuszność tego twierdzenia wykazać na kilku przykładach z własnych spostrzeżeń.

Uwagi o operacji zaćmy na podstawie 2430 operowanych przypadków. (Considérations sur 2430 extractions de cataracte). Rollet.

W krótkim zestawieniu statystycznym podaje autor liczby odnoszące się do 2430 wykonanych przez siebie operacji zaćmy w lądzińskim szpitalu okulistycznym. *Cataracta congenita* stanowiła 2.6% przypadków, *Cat. adultorum* 4.1%, *Cat. senilis* 93.1%. Liczby odnoszące się do wyników optycznych okazują bardzo znaczną różnicę, zależnie od tego, czy za podstawę wzięto wyniki

doraźne z czasu od 10 dni do 3 miesięcy po operacji, czy wyniki późniejsze od 3 miesięcy do 9 lat po operacji. Podczas gdy wyniki doraźne wykazują zaledwie 5 5^o/₆ przypadków z bystrością wzrokową zadawalnąjącą leżącą w granicach między $\frac{6}{24}$ a $\frac{6}{6}$, to wśród wyników późniejszych, takie stopnie bystrości wzrokowej zdarzały się w 43 2^o/₆ przypadków. Widać z tego, jak wiele można liczyć po operacji zaemy na stopniową poprawę wzroku z upływem czasu. Niezborność pooperacyjna wynosiła w pierwszych czasach po operacji przeciętnie 7₁₀ D i schodziła w późniejszych okresach do 2₁₀ D. Zaćma wtórzędna, wymagająca następowej dyscyzyi powstała tylko w 1 6^o/₆ przypadków. Co do sposobu operacyjnego to przeważnie operuje Rollet z irydektomią. Ekstrakcję bez irydektomii wykonał w 929 przypadkach. Porównanie wyników i na tej podstawie ocenę wartości tych dwóch sposobów operowania zastrzega sobie na później. Nie jest zwolennikiem wydobywania zaemy w zamkniętej torebce. Uciekł się do tego sposobu tylko w 19 przypadkach, ale wyniki, jakie uzyskał, nie są zachęcające. Z zadowoleniem stwierdza, że wypadki zakażenia pooperacyjnego zdarzają się mu coraz rzadziej. Gdy w pierwszych czasach dochodziły one do 2 1^o/₂ 6^o/₆ przypadków, obecnie zeszyły na 0 4^o/₆. W roku 1900 wykonał 206 ekstrakcyi z rzędu, a w ostatnich czasach seryę 438 operacyi, bez przypadku ropienia.

Okulary o podwójnem ognisku. (Les lunettes à double foyer). Dr H. Dor.

Wiadomo, że ktokolwiek ma znaczniejszy stopień myopii, hypermetropii lub astygmatyzmu, ten, po 45 roku życia w okresie przebyopii, nie może posługiwać się tem samem szkłem do patrzenia w dal i do pracy z blizka, lecz musi używać dwóch par szkieł. Szkla te mogą być wprawione w jedną parę okularów pod warunkiem, że każde z nich składa się z dwóch części, górnej, przeznaczonej do patrzenia na odległość, a dolnej do pracy z blizka. Autor krytykuje wszystkie modele szkieł o podwójnem ognisku zalecano do tego rodzaju okularów przez europejskich optyków i fabrykantów. Czy to są szkla brzegami ze sobą spojone, czy jedno z nich jest na drugiem naklejone zapomocą kanadyjskiego balsamu, czy wreszcie soczewki z jednego kawałka dwuogniskowo szlifowane, wszystkie mają, zdaniem Dora, tę wspólną wadę, że, część szkla, służąca do pracy z blizka, stanowi odcinek dolny całej soczewki i przeszkadza w widzeniu dalszych nieco przedmiotów dolnej części pola widzenia, utrudnia zatem w wysokim stopniu poruszanie się po nierównym terenie, przestępywanie progów, chodzenie po schodach i t. d. Aby zapobiedz temu radzi autor,

za przykładem amerykańskich okulistów i optyków, sporządzać szkła o podwójnem ognisku w ten sposób, ażeby mała ich część, przeznaczona do widzenia przy pracy z bliska, stanowiła nie dolny lecz dolno-wewnętrzny odcinek całej soczewki. Ułożenie to odpowiada przedewszystkiem zbieżnemu ustawieniu osi ocznych przy patrzeniu z bliska, a powtórę sprawia, że przy spuszczeniu oczu np. podczas wstępowania na schody, lub chodzeniu po górach, oście widzenia nie spotykają szkła zbyt silnego, upośledzającego widzenie. Zanim nasi optycy i fabrykanci dadzą się nakłonić do wyrabiania szkła tego rodzaju, zaleca autor dla prezbyopów okulary lądguńskiego wyrobu o szklach podwójnych i w całości się nakrywających, a tak dobranych, że gdy są złożone, mogą służyć do patrzenia w dal, na ulicy, w teatrze i t. d. Do pracy zaś z bliska w czterech ścianach swego mieszkania, gdzie na zewnętrznym wygładzie niejednemu mniej już zależy, przednie szkła odchyla się na zawiaskach na podobieństwo drzwiczek i pozostają soczewki tylne umieszczone od strony oczu o sile tak dobranej, że wyrównują istniejącą prezbyopię. Ktoś np., u kogo obustronnie $H_p = 2,0 D$ a prezbyopia $= 1,0 D$, dostałby tego rodzaju szkła podwójne, w których tylna soczewka miałaby siłę $+ 3,0 D$ a przednia (do odchylania) $- 1,0 D$.

Mierzenie oddalenia linii wzrokowych i oddalenia źrenic z zastosowaniem do doboru szkła. (Mensuration pratique de l'écartement de lignes visuelles et détermination de la ligne de base. Application à la prescription des lunettes). Campos — Kair.

W celu mierzenia odległości osi widzenia zaleca autor używać oprawy okularów próbnych pomysłu Armaignaca. Przed każde oko stawia się płytkę z otworem stenopeicznym w środku. Badanej osobie poleca się przez oba te otwory patrzeć na punkt świecący, który ukazuje się pojedynczo, objęty jednym kręgiem w chwili, gdy oba otwory stenopeiczne znajdują się na osiach widzenia, krzyżujących się w oglądanym przedmiocie t. j. w owym punkcie świecącym. Odległość ich odpowiada zatem odległości źrenic z pominięciem małej różnicy wynikającej z oddalenia płaszczyzny oprawy i otworów stenopeicznych od płaszczyzny źrenic. Im oddalenie to jest mniejsze, tem i niedokładność jest mniejszą. Odpowiednie urządzenie oprawy Armaignaca pozwala z łatwością i dość ściśle odczytać rozstęp otworów stenopeicznych. Rozstęp ten odpowiada w tym wypadku pewnemu, ściśle określonemu stopniowi zbieżności osi widzenia, zależnej od odległości punktu świecącego. Dla oznaczenia odległości środków obrotowych

obu gałek ocznych (t. zw. *linea basalis*) koniecznem jest, aby oczy wpatrywały się w punkt nieskończenie odległy. Badanie wypada, zdaniem autora, najdokładniej, jeśli polecamy osobie badanej wpatrywać się w księżyc w pełni, albo nawet w słońce przez szkło silnie zadymione, gdyż wtedy osie widzenia można uważać za równoległe. Warunkowi temu czyni się jednak i wtedy zadość, jeżeli umieści się jakikolwiek punkt świecący w odległości większej niż 6 metrów. Przy osiach widzenia równoległe ustawionych, rozstęp otworów stenopeicznych jako też oddalenie środków źrenice odpowiada dokładnie długości linii podstawowej. Autor omawia szczegółowo w jaki sposób z tych pomiarów należy korzystać przy doborze i zapisywaniu okularów.

O wydobywaniu ciał obcych metalicznych z oka za pomocą elektromagnesu. Rodzaje stali i żelaza słabomagnetyczne lub niemagnetyczne. (De l'extraction des corps métalliques intra-oculaires à l'aide de l'électro-aimant. Aciers et ferros peu ou pas magnétiques). Prof. Rollet.

W podręcznikach fizyki, nawet bardzo obszernych, okulista nie znajdzie zazwyczaj wskazówek, które mogłyby mu przydać się w praktyce przy wydobywaniu za pomocą elektromagnesu ciał obcych metalicznych z oka. To też skłoniło Rolleta, że przedsięwziął szereg doświadczeń i pomiarów przy pomocy swego olbrzymiego elektromagnesu, opisanego w jednym z poprzednich artykułów*). Podręczniki fizyki pouczają, że magnes ma własność przyciągania żelaza, i niektórych innych metali, jak nikiel, kobalt, chrom. Dla okulistyki praktycznej tak ogólnikowe wskazówki zgoła nie wystarczają. Przy dzisiejszym olbrzymim rozwoju wszystkich gałęzi przemysłu zyskują coraz rozleglejsze zastosowanie przeróżne aliaże żelaza zachowujące się pod względem magnetycznym bardzo rozmaicie. Okulista mający często do czynienia z odpryskami w oku u robotników, musi znać własności magnetyczne różnych gatunków żelaza i stali, z których te odpryski mogą pochodzić. Istnieją dwie kategorie aliaży żelaza: stopy żelaza z węglem w różnych stosunkach (różne rodzaje stali) i stopy żelaza z innymi metalami lub metaloidami. Z pierwszej kategorii badał autor dziewięć próbek w postaci 20 gramowych cylindrycznych kawałków. Są to stale różnego stopnia twardości, sprężystości, wytrzymałości etc. Ośm z tych próbek przyciąga elektromagnes Rolleta z odległości 65 do 70 mm, ostatnią zaś dopiero za zbliżeniem na odległość 6 mm

*) Por. referat. P. O. 1910, nr VII, str. 187.

do bieguna. Ten ostatni rodzaj stali, o tyle słabszy pod względem magnetycznym od wszystkich innych — zawiera w swym składzie 71·70% żelaza, 0·5% węgla, 0·80% manganu, 0·50% krzemu, 1·50% chromu, a 25·0% niklu. Z drugiej kategorii badał autor 39 próbek różnych stopów żelaza z innymi metalami lub z niektórymi metaloidami. Stopy te zachowują się względem magnesu bardzo rozmaicie, zależnie nie tylko od jakości przymieszki, ale i od procentowego składu danego aliażu. Tak np. dodatek tytanu do żelaza w ilości 21% sprawiał, że elektromagnes przyciągał próbkę z odległości 10 cm, gdy zaś zawartość tytanu podnieśliśmy do 50%, wtedy działanie magnetyczne słabnie o tyle, że przyciąganie próbki tej samej wagi i tego samego kształtu rozpoczyna się dopiero z odległości 4 cm, — i to mimo, że tytan sam jest ciałem w słabym stopniu magnetycznym. Praktyczne znaczenie dla okulisty poza magnetyzmem żelaza może mieć tylko magnetyzm niklu i kobaltu. Działanie elektromagnesu na chrom, tytan, molibden, wanad i mangan jest bardzo nieznaczące.

Bardzo ważne wyniki praktyczne uzyskał R. z doświadczeń nad wpływem ciężaru i postaci kawałka żelaza na jego własności magnetyczne. 10 cg żelaza w postaci sześciianu przyciąga elektromagnes z odległości 1 cm, a tę samą ilość żelaza w postaci dwukończystego pręcika — z odległości 15 cm, a wreszcie w postaci cienkiego 4 cm długiego drucika z odległości 27 cm. Z doświadczeń porównawczych wynika, że ciężar odłamek w o wiele mniejszym stopniu wpływa na przyciąganie, niż ich postać. Odłamki podługowate, pręcikowate, igielkowate i t. p. zanim zostaną przyciągnięte, ustawiają się swą długą osią w kierunku bieguna elektromagnesu. Odpryski przyciąganę magneselem z pod wody zatrzymują się często na jej powierzchni, a dopiero po chwili przyskakują do bieguna. Jest to niewątpliwie wpływ tak zwanego powierzchniowego napięcia cieczy.

Przeszczepienie naczynia krwionośnego w celu zastąpienia wyluszczonego woreczka łzowego. (De la greffe vasculaire pour restaurer le sac lacrymal extirpé). Rollet.

Prawidłowe i doszczętne wyluszczenie woreczka łzowego pociąga za sobą z reguły zupełne zarośnięcie przewodu nosołzowego i oko uwolnione wprawdzie od ropienia, zostaje najczęściej skazane na dożywnie łzawienie. Łzawienie to zazwyczaj jest nieznaczące i znośne. W niektórych razach jednak bywa tak obfite i dokuczliwe, że chory domaga się usunięcia tej dolegliwości. W tym celu niektórzy operatorowie dla zmniejszenia produkcji łez wycinali gruczoł łzowy. Nie zawsze jednak ze skutkiem pożądanym.

Rollel, aby zapobiedz następownemu zarośnięciu jamy powstałej po wyłuszczeniu woreczka łzowego, wkładał bezpośrednio po operacyi sondę *à demeure*. Jednakowoż po wyjęciu jej przewód przecież wkrótce zarastał. W ostatnich czasach powziął Rollel myśl plastyki żyłnej w celu zachowania drożnego przewodu dla odpływu łez. Zachęciły go do tego pomysłu wyniki wszczepiania naczynia żylnego uzyskane przez Tanton'a przy próbach plastyki cewki moczowej. Na wzór takiej uretropolastyki obmyślił Rollel lakrymoplastykę polegającą na wszczepieniu kawałka *vena cephalica medialis* z przedramienia długości jednego centymetra. Bezpośrednio po wyłuszczeniu woreczka wkłada przez punkcik łzowy dolny metalowa sondę odpowiedniej grubości, a gdy jej koniec pojawi się w głębi jamy operacyjnej, nadziewa na nią świeżo wycięty kawałek żyły, poczem wprowadza ją dalej, przez przewód łzowy aż do nosa. Górny koniec żyły zrasła się z dolnym kanałikiem łzowym, dolny zaś łączy się z przewodem nosołzowym. Gdy rychłozrost jest już zapewniony, wyjmuje sondę. Plastykę taką wykonał R. dopiero w jednym przypadku, to też ani technika jej nie jest jeszcze ustalona, ani o wynikach nie się stanowczego nie da powiedzieć. Pomysł zatem swój podaje na razie jako doniesienie tymczasowe.

Zapalenie pryszczkowe oczu w okręgu nicejskim.

(L'ophtalmie phlycténulaire dans la région de Nice). Dr A. Colin.

Prowadząc oddział okulistyczny szpitala Lenval w Nicei spotrząga autor niezwykłą częstotść zapaleń skrofuleicznych, pryszczkowych spojówki i rogówki. W liczbie 1200 chorych ocznych było zapaleń skrofuleicznych aż 452 przypadków. Bliższe rozpatrzenie stosunków wykazało, że chore dzieci pochodzą prawie wyłącznie z rodzin włoskich i piemonckich, żyjących w nędzy i w najgorszych warunkach higienicznych. Samo przyjęcie tych dzieci do szpitala położonego przy *Promenade des Anglais*, w odległości 30 metrów od morza, wystarcza najczęściej do szybkiego wyleczenia zmian ocznych. W szpitalu dzieci dostają kąpiele z wody morskiej, schludną odzież, zdrowie pożywienie i z daszkami na oczach lub w okularach ochronnych przebywają godzinami w słonecznym ogrodzie zakładowym. W leczeniu miejscowem uwzględnia się przede wszystkim tak częste wypryski na twarzy, nosie, uszach, które nie usunięte stają się najczęściej punktem wyjścia nawrotów zmian ocznych. W okresie rekonwalescencyi kąpią się dzieci w morzu.

Dwa przypadki przerzutowego zapalenia oka, naśladujące głejaka siatkówki. (A propos de deux cas d'ophtalmie métastatique simulant un gliome de la rétine). Curtil.

Przy sposobności ogłoszenia dwóch histologicznie po wysuszeniu gałki badanych spostrzeżeń *pseudoglioma*, które okazało się w rzeczywistości niezem więcej jak tylko plastycznym zapaleniem naczyńki i nacieczeniem ciała szklistego, prawdopodobnie na tle przerzutu, dla którego jednak ani źródła, ani punktu wyjścia, tak w jednym jak i w drugim przypadku nie można było wykazać, — omawia autor znamiona kliniczne, zapomocą których, na podstawie dotychczasowego zasobu doświadczeń kazuistycznych i danych z literatury możnaby przed wyjęciem oka rozstrzygnąć wątpliwość, czy mamy do czynienia z prawdziwym glejakiem złośliwym, czy też z t. zw. glejakiem rzekomym. Wątpliwość zachodzi w istocie w tych tylko przypadkach, w których wiek chorego nie wyklucza jeszcze glejaka siatkówki. Wiadomo, że *glioma* występuje najczęściej u dzieci w pierwszych dwóch lub trzech latach życia, po trzech latach zdarza się już bardzo rzadko, a po ukończonym siódmym roku prawie nigdy. Z objawów klinicznych różniczkowych, żadnemu nie można przypisać znaczenia rozstrzygającego. Pewną wartość posiada objaw Brière'a, że w przeciwieństwie do *glioma*, przy *pseudoglioma* unaczynienie ogranicza się do sieci żyłno-tętniczej na powierzchni guza, rozprzestrzenionej w jednej płaszczyźnie, ponieważ sieć ta odpowiada odczepionej siatkówce. Napięcie wśródgałkowe przy *pseudoglioma* częstokroć się obniża, a gałka przechodzi w zanik, przy prawdziwym glejaku występuje nieraz podwyższenie ciśnienia wraz z innymi objawami jaskry następowej. Wiadomo jednak, że zachodzą przypadki, w których stosunki te są wprost odwrotne. Równie niepewnym jest rozróżnienie na podstawie skłonności do objawów zapalnych, która na ogół większą bywa przy *pseudoglioma*, niż przy glejaku prawdziwym. Wobec tych trudności rozpoznania różniczkowego najlepiej mieć w pamięci zasadę, że stokroć mniejszą szkodę poniesie chory, gdy mu się usunie oko dotknięte plastycznym zapaleniem wśródgałkowym, dla wzroku i tak stracone, niż jeśli mu się zostawi gałkę oczną, w której rośnie nowotwór złośliwy.

Wiestnik Oftalmologii. R. 1910. nr 12. (Ref. Dr M. Szafnicki).

LaseczNIK influenzy Pfeiffera w patologii niektórych schorzeń ocznych. Doc. pryw. W. W. Czyrkowski.

Autor w ciągu dwóch lat badał 11 przypadków zapalenia spojówki powiek na tle zarazka influenzy. Tylko w dwóch przy-

padkach było ogólne zakażenie. Prócz tego miał autor przypadek ciężkiego zapalenia rogówki prowadzącego do przebicia. V = $\frac{1}{100}$. Przypadek dotyczył 60-letniej kobiety. Badanie bakteryologiczne z worka spojówkowego wśród wielu innych drobnoustrojów wykazało lasecznika influenzy. Dalej opisuje autor rzadki przypadek ropienia oczodołu wraz z zapaleniem jagodówki, gdzie badanie bakteryologiczne wykazało również influencję. Przypadek dotyczył 43-letniego mężczyzny, który, zanim się zgłosił do autora, od trzech tygodni gorączkował. Oko było wysadzone, nieruchome, spojówka silnie przekrwiona, obrzękła, a w źrenicy widać było szary odbłask. Po nacięciu spojówki wydobyło się dużo ropy, oko wróciło do oczodołu, a po dwóch tygodniach chory wyszedł z pod obserwacji. Oko było bez zmian zapalnych ze śladami rozpoczynającego się zaniku. Wzrok taki, jak przed przyjściem do leczenia = $\frac{1}{100}$. Autor na podstawie wywiadów przypuszcza, że w tym przypadku schorzenie oka nastąpiło wskutek ogólnego zakażenia, na co wskazywała gorączka, ślad przebytego zapalenia płuc, silny katar, bóle głowy. W końcu podaje autor przypadek pooperacyjnego zakażenia po usunięciu zaćmy, gdzie wśród innych drobnoustrojów znalazł lasecznika influenzy.

Przyczynę do anatomii patologicznej i patogenezy wrodzonego microphthalmus z torbielami powiekowemi.
Dr med. K. H. Orłow.

Autor opisuje szczegółowo dwa przypadki z własnej praktyki, podając badania mikroskopowe wyciętych cyst. Przyłącza szczegółowo teoryę powstawania tej wady rozwojowej i uwzględni obszernie odnośną literaturę, sam nie oryginalnego nie wnosząc.

O atypowych postaciach raka powiek w szczególności o pierwotnym raku gruczołów Meibom'a. W. Z. Adamiuk.

Autor opisuje dwa przypadki dotyczące mężczyzn 52- i 72-letniego, u których na górnej powiece powstał guzek niebolesny początkowo przypominający *chalazion*, lecz po wycięciu szybko recydywujący. W obu przypadkach wskutek nawrotów, rozszerzania się sprawy i rozpadu przyszło do zajęcia oczodołu. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie raka. Autor zwraca uwagę, że raki tego rodzaju, jak to widać z jego własnych przypadków i poprzednio już ogłoszonych w literaturze, sadowią się tylko na górnej powiece. Przyczynę widzi autor w tem, że na górnej powiece jest więcej gruczołów Meiboma, niż na dolnej.

O przedostawaniu się nabłonka do tkanki twardówkowej i w głąb oka i tworzenie tam torbieli nabłonkowych. W. P. Odincow.

Autor bardzo szczegółowo podaje odnośną literaturę, a następnie opisuje dwa przypadki z własnej praktyki. W pierwszym powstała cysta napelniona cieczą surowiczą i wyścielona nabłonkiem rogówkowym. Znajdowała się ona w przedniej komorze. Oko zostało wyjęte wskutek napadów jaskry. Przed 5-ciu laty było ono skaleczone szkłem i powstała blizna rogówkowa z wrośnięciem tęczówki. W tej to bliznie powstała cysta, która została zupełnie oddzielona od powierzchni rogówki tkanką łączną, jedynie na podstawie badania charakteru nabłonka wyścielającego tę cystę można twierdzić, że pierwotnie nabłonek tworzył pas nieprzerwany, który tylko następnie tkanka łączna bliznowaciejąca rozłączyła. Drugi przypadek dotyczył oka operowanego na zaćmę, gdzie w końcu blizny twardówkowej powstała cysta otoczona z zewnątrz tkanką twardówkową, a wewnątrz pokryta nabłonkiem spojówkowym. Ta ostatnia okoliczność przemawia za tem, że jest to cysta, a nie rozdęcie blizny. W końcu swej pracy autor zaznacza, że zajmuje się sprawą wrastania nabłonka w głąb gałki, a szczególnie do przedniej komory dlatego tak szczegółowo, gdyż w wielu przypadkach to wrastanie nabłonka może wyjaśnić przyczynę powstawania jaskry po usunięciu zaćmy.

III. ROZMAITOŚCI.

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Sekeya okulistyczna.

W dalszym następstwie zgłoszono następujące odczyty:

Prof. K. W. Majewski z Krakowa: Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania.

Dr Walenty Kamocki z Warszawy: Z kaznistyki śród-błoniaków naczyniówki.

Dr Bronisław Ziemiński z Warszawy: Zaburzenia psychiczne a operacye oczne.

Pp. Ddr: Bałlaban, prof. Machek ze Lwowa, Zygm. Kramsztyk i Zygm. Wuiffson z Warszawy przyrzekli później zgłosić tematy.

Nadto Dr Aleksander Kuropatwiński zgłosił demonstrację umywalni dla okulistów praktyków.

Biuro I. Zjazdu Towarzystwa okulistów polskich.

Zebrańie okulistów niemieckich Czech i Morawii odbędzie się 20. marca r. b. w Pradze, w klinice prof. Elsehniga. Program zebrania będzie później ogłoszony.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

W spisie okulistów polskich, dołączonym do numeru grudniowego 1910 r. P. O. pominięto Dr Koszutskiego w Kaliszu i Dr Rotberga w Piotrkowie.

Miejsce pomieszkania zmienili, przenosząc się: Dr Ratul z Paryża do Warszawy, a Dr Klinkowstein Romana z Kalisza do Suwałk.

Habilit. się Dr Ryszard Cords w Bonn.

Otwarta prenumerata na rok XIV (1911)

Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincyi 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszystkich wybitniejszych pracowników na polu filozofii, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnie polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny wogóle.

Każdy zeszyt zawiera

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 5. Autoreferaty |
| 2. Przegląd nauk szczegółowych | 6. Sprawozdania |
| 3. Przegląd krytyczny | 7. Przegląd czasopism |
| 4. Przegląd systematów współczesnych | 8. Wiadomości bieżące i notatki |
| | 9. Bibliografię |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcyja otwarta od godz. 4-ej — 7-mej.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Marzec. Kwiecień.	—* ROČNIK TRZYNASTY. *—	1911.
----------------------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O południkach miarowych oczu niezbornych.

Napisał

Dr J. ŻURKOWSKI,

(Humań, g. kijowska).

W swojej pracy: »Ile mamy sposobów wyrównywania nie-
zborności mieszanej (As. M. H.) i jakie«, zamieszczonej w Post.
okul. w nr 8 i 9 roku 1910, wspomniałem o tem, że na ro-
gówce oka, obarczonego As. M. H., można wykazać obecność
dwóch południków o miarowej refrakcyi i nawet ściśle ozna-
czyć umiejscowienie ich.

Tutaj zajmę się rozpatrzeniem miarowych południków
na niezbornych oczach rozmaitych rodzaj.

Rozpatrzmy najpierw oko, mające niezborność mieszaną;
taki rodzaj niezborności jest najogólniejszą postacią niezbor-
ności prawidłowej, ponieważ zawiera w sobie jakby kombina-
cję rozmaitych rodzaj astygmatyzmu prawidłowego. Zwróćmy
przytem uwagę, że rógówka oka niezbornego wszelkich rodzaj
niezborności prawidłowej ma postać bardzo zbliżoną do po-

staci soczewki torycznej, odciętej od zewnętrznej strony bryły torycznej; w jednym z kierunków swej powierzchni owa powierzchnia toryczna rogówki ma największą krzywiznę (najczęściej w kierunku pionowym), powodującą największą łamliwość; w oku o As. M. H. ona przewyższa prawidłową łamliwość oka i daje myopową refrakcję; w drugim kierunku prostopadłym do pierwszego, łamliwość jest najmniejsza i oko o As. M. H. ma tam refrakcję słabszą od prawidłowej, t. j. hyperopową.

Przypuśćmy, iż fig. 1 oznacza rogówkę oka, w którym mamy As. M. H., że mm jest południk myopowy, mający A dyoptryi myopii, zaś hh jest południkiem hyperowym, mającym B dyoptryi hyperopii. Punkt przecięcia się tych dwóch południków jest biegunem przednim oka.

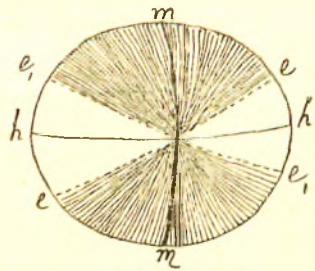


Fig. 1.

Zacznijmy obracać linię, przechodzącą po południku myopowym mm dookoła bieguna rogówki w kierunku ruchu wskazówek zegarowej i zwracamy uwagę na zmianę, jaka zachodzi w sile refrakcyi kolejnych jej pozycyi; przy takim badaniu widzimy, że wraz z obro-

Skrócenia: mm — południk myopowy; hh — południk hyperowy; ee i e, e , — południki miarowe; część zakreślona = część myopowa rogówki; część niezakreślona = część hyperopowa.

tem linii ilość dyoptryi myopii stopniowo się zmniejsza, dochodzi do 0 w pozycyi ee , a później zaczynają się południki z hyperopią, która stopniowo wzrasta i dochodzi do B dyoptryi hyperopii; będzie to wówczas, gdy badana linia ułoży się na południku hh . Obracając dalej badaną przez nas linię w tymże kierunku, zauważymy, że ilość dyoptryi hyperopii się zmniejsza, dochodzi do zera w pozycyi e, e , po której zaczynają się południki mające już myopię, zwiększającą się w pozycjach, następujących po e, e , i dochodzącą do *maximum* w pozycyi mm . Badanie zmian refrakcyi przy dalszem obra-

caniu nie da nam nic nowego, a raczej wskaże powtórzenie tychże kolejnych zmian w refrakcyi następujących po sobie południków; widzimy więc, że przy obrocie rozpatrywanej przez nas linii dookoła bieguna rogówki na 180° ona przechodzi 1 raz przez *maximum* myopii 1 raz przez *maximum* hyperopii i 2 razy przez południki, w których refrakcyja jest miarową; takie dwa południki nazywamy *miarowymi* (*emmetropowymi*).

Ażebymy znaleźć położenie południka miarowego w oku, mającemu niezborność mieszaną, wyobraźmy, że mamy oko całkiem miarowe i zamienimy go sztucznie na oko o niezborności mieszanej, przy którejby w południku pionowym była myopia o sile A dyoptryi, a w południku poziomym hyperopia o sile B dyoptryi; dlatego trzeba przed okiem miarowym postawić walec wypukły o sile A dyop. z osią leżącą poziomo i oprócz tego drugi walec wklęsły o sile B dyoptr. z osią pionową; wówczas oko miarowe zamieni się na oko mające

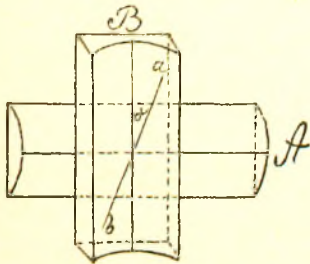


Fig. 2.

niezborność mieszaną, a walce nadające oku taką niezborność będą ułożone, jak na fig. 2. Na kombinacyi tych dwóch walców łatwo wyszukać ukośny kierunek ab , w którymby refrakcyja = 0 (zeru). Rozumujemy tak: w walcu wklęsłym kierunek ab jest odchylony o kąt α od jego osi, a w walcu wypukłym tenże kierunek ab odchylony od osi jego o kąt $90-\alpha$. Wiemy rów-

nież, że siła refrakcyi w kierunkach ukośnych w walcach = maksymalnej refrakcyi walca pomnożonej przez kwadrat wstawy kąta, jaki tworzy ten ukośny kierunek z osią walca; znaczy:

$$\text{Refrakcyja w } ab \text{ w walcu wypukłym} = + A \sin^2 (90-\alpha)$$

$$\text{Refrakcyja w } ab \text{ w walcu wklęsłym} = - B \sin^2 \alpha$$

Dodając obydwa równania, otrzymamy:

Refrakcyja w *ab* = $A \sin^2 (90 - \alpha) - B \sin^2 \alpha$
w kombinacyi walców

Potrzebujemy wyszukać na kombinacyi walców taki kierunek, ażeby:

$$A \sin^2 (90 - \alpha) - B \sin^2 \alpha = 0$$

wówczas:

$$A \sin^2 (90 - \alpha) = B \sin^2 \alpha.$$

Ponieważ $\sin (90 - \alpha) = \cos \alpha$, więc zamiast ostatniego równania możemy napisać:

$$A \cos^2 \alpha = B \sin^2 \alpha$$

Ponieważ $\cos^2 \alpha = 1 - \sin^2 \alpha$, więc wstawiając tę wartość zamiast $\cos^2 \alpha$, otrzymamy:

$$A (1 - \sin^2 \alpha) = B \sin^2 \alpha$$

albo:

$$A - A \sin^2 \alpha = B \sin^2 \alpha$$

czyli:

$$A = A \sin^2 \alpha + B \sin^2 \alpha = \sin^2 \alpha (A + B)$$

skąd:

$$\sin^2 \alpha = \frac{A}{A + B}$$

znaczy:

$$\sin \alpha = \pm \sqrt{\frac{A}{A + B}} \dots \dots (I)$$

Ta ostatnia formuła (I) określa położenie miarowego południka i dając dwie odpowiedzi, wyrażone znakami \pm , pokazuje jednocześnie, że takich miarowych południków jest dwa; przytem widocznem jest, że one są ułożone symetrycznie do południków głównych.

Zwróciwszy uwagę na ilość stojącą pod znakiem pierwiastku, zauważymy, że zależnie od tego, czy $A < B$, czy $A = B$, czy $A > B$, otrzymamy albo ułamek $< 1/2$, lub $= 1/2$.

lub $> \frac{1}{2}$; znaczy kąt, którego wstawę będzie wyrażać pierwiastek z tego ułamku, będzie albo $< 45^\circ$, albo $= 45^\circ$, albo $> 45^\circ$; z tego wysnuwamy prawidło o pozycyi południków miarowych oka z As. M. H., które brzmi:

Jeżeli ilość dyoptryi południka krótkowzrocznego jest równą ilości dyoptryi południka nadwzrocznego, to południki miarowe oka o As. M. H. przebiegają na jednakowej katowej odległości od obydwu głównych południków, t. j. pod 45° od nich; jeżeli zaś południki krótkowzroczny i nadwzroczny mają niejednakową ilość dyoptryi, to południki miarowe zbliżają się do tego z głównych, który ma mniejszą ilość dyoptryi.

Widzimy także z tego, że tylko wtedy południki miarowe są prostopadłe względem siebie, gdy główne mają jednakową ilość dyoptryi; gdy zaś niejednakową, to kąt między nimi nie jest prosty.

Stąd wynika zupełna analogia pomiędzy południkami obojętnymi toryku dwuznakowego i południkami miarowymi oka o As. M. H. Na rogówce takiego oka południki miarowe dzielą jej powierzchnię na cztery wycinki, z których jedna para przeciwległych wycinków stanowi część krótkowzroczną rogówki, druga zaś para — część dalekowzroczną (fig. 1); znaczący odgraniczenie tych dwóch części rogówki jest ściśle określone południkami miarowymi; w zależności od tego, czy hyperopia, czy myopia ma więcej dyoptryi, przeważa na rogówce część nadwzroczna, lub część krótkowzroczna.

Wyżej określona pozycya południków miarowych oka odnosi się tylko do wypadku, gdy oko znajduje się w stanie zupełnego zwolnienia nastawczości. Takie położenie południków miarowych, zależne tylko od stanu refrakcyi oka bez udziału nastawczości, nazwijmy pierwotnem. Teraz rozważmy, co się stanie z temi południkami, gdy oko zacznie się nastawiać (akomodować); wiemy, że każdy stopień nastawczości, możemy zastąpić wypukłą soczewką odpowiedniej siły, postawioną przed okiem nie akomodującym; wiemy także, że

jeżeli stawimy soczewkę wypukłą przed okiem dalekowzrocznym, to stopień jego hyperopii zmniejszy się o siłę soczewki; jeżeli zaś stawimy ją przed okiem krótkowzrocznym, to stopień krótkowzroczności powiększa się o siłę soczewki; jeżeli zaś soczewkę wypukłą postawimy przed okiem o As. M. H., to nastąpi i jedno i drugie zjawisko, t. j. zmniejszy się hyperopia i powiększy myopia; przytem, jeżeli siła postawionej soczewki wypukłej lub napięcia nastawczości będzie się równać ilości dyoptryi hyperopii, to hyperopia będzie wyrównaną, t. j. zniknie, znaczy południk hyperowy zrobi się miarowym; co się tyczy południka myopowego, to wskutek napięcia nastawczości, wynoszącego pewną ilość dyoptryi, myopia powiększy się o tę ilość (jak w naszym przykładzie o B dyoptryi). Ostatni wynik jest ten, że otrzymamy jakby oko, mające prostą krótkowzroczną niezborność (As. M.); ta zmiana nastąpiła wskutek przesunięcia się południków miarowych z ich pierwotnego położenia do pozycyi południka hyperopowego, do którego miarowe podeszły z dwóch stron i złąły się z nim.

Nazwijmy każde ustawienie południków miarowych, zależne od napięcia nastawczości, w tórnem.

Przy takim przesuwaniu się południków miarowych do pozycyi wtórnych istnieje zupełna ciągłość tego zjawiska, polegająca na tem, że przy stopniowem przejściu akomodacyi ze stanu zupełnego zwolnienia do stanu napięcia wynoszącego np. B dyoptryi, południki miarowe także stopniowo zbliżają się do hyperopowego, a przy osłabieniu napięcia akomodacyi znowu oba powracają do dawnej pozycyi i przytem każdemu stopniowi napięcia nastawczości odpowiada pewna ściśle określona pozycja południków miarowych.

Gdybyśmy mogli widzieć te miarowe południki i ruchy ich zależne od napięcia i zwolnienia nastawczości, to nam by się wydawało, że to szczęki nożyc odmykają się i zamykają.

Przy dalej wzmagającym się napięciu nastawczości mamy następne zmiany: ponieważ to napięcie porównujemy z przedstawianiem coraz silniejszych wypukłych soczewek, przez co wzmaga się krótkowzroczność we wszystkich kierunkach, więc

i na południku miarowym, który, jak mówiliśmy wyżej, utworzył się od zlania dwóch miarowych i ułożenia się ich na hyperopowym. zrobi się także myopia, a ponieważ na innych południkach jest jeszcze silniejsza myopia, więc jak widzimy, przy napięciu akomodacyi większem, aniżeli ilość dyoptryi hyperopii, miarowy południk już znika, hyperopowy staje się myopowym, a myopowy otrzymuje jeszcze większą myopię, słowem oko o As. M. H. staje się okiem o niezborności złożonej krótkowzrocznej (As. M. M.).

Widzimy więc, że chociaż istnieje zupełna analogia pomiędzy południkami obojętnymi toryku dwuznakowego i południkami miarowymi oka o As. M. H., jednakże jest i różnica między nimi, polegająca na tem, że południki toryku są nieruchome, ich położenie jest niezmienne, zaś południki miarowe oka o As. M. H. wykonują ruchy dookoła bieguna rogówki: przy napięciu akomodacyi w kierunku od pierwotnego swego położenia do południka hyperopowego i odwrotnie — przy złuznieniu akomodacyi. Po drugiej stronie od pierwotnego położenia, t. j. w kierunku do południka myopowego ruchy południków miarowych przy naturalnych warunkach nie odbywają się, t. j. południki miarowe nie wkraczają na część krótkowzroczną rogówki; tylko sztucznie można by było wywołać ten ruch, stawiając przed okiem soczewkę wklęsłą. Prawda i na toryku dwuznakowym można zmienić położenie południków obojętnych, przystawiwszy do niego soczewkę wklęsłą lub wypukłą, lecz to nie będzie ruch południków, ale jednorazowe ustawienie ich w nowej pozycyi.

Widzimy więc, że na rogówce oka o niezborności mieszanej są dwa miarowe południki, ułożone symetrycznie względem głównych południków i wykonujące w zależności od napięcia lub złuznienia nastawczości symetryczne ruchy po nadwzrocznej części rogówki na podobieństwo to rozwierających się to znow się zamykających szczęk nożyczek; biegun przedni oka jest jakby ćwiekiem, łączącym obie szczęki.

Teraz rozpatrzmy oko mające niezborność prostą nad-

wzroczną (As. H.). W takim oku zwykle południk pionowy ma miarową refrakcyę, inne zaś południki mają refrakcyę hyperopową, stopniowo się zwiększającą aż do poziomego, mającego *maximum* hyperopii. Tak się rzecz przedstawia podczas stanu zupełnego zwolnienia akomodacyi rozpatrywanego oka. Teraz wyobraźmy, że takie oko zaczyna akomodować i że stopień napięcia akomodacyi jest narazie mniejszy, aniżeli stopień niezborności, czyli — co na jedno wychodzi — mniejszy, aniżeli stopień hyperopii południka poziomego; taki stopień napięcia nastawczości możemy zastąpić soczewką wypukłą odpowiedniej siły, a jak w naszym przypadku, soczewką o siłę mniejszej, aniżeli stopień hyperopii południka poziomego; taka więc soczewka nie wyrówna całkiem hyperopii w południku poziomym, część jej zostanie w nim, a przytem oko otrzyma i pewien stopień krótkowzroczności, która ujawni się najpierw w południku pionowym, który stanie się myopowym; znaczy oko robi się jakby mającemi niezborność mieszaną; a wiemy, że takie oko ma dwa miarowe południki; przed akomodacją więc oko posiadało jeden miarowy południk (pionowy), obecnie zaś dwa; znaczy wskutek akomodacyi pionowy miarowy południk jakby się rozdzielił i utworzył dwa inne miarowe, które odchyliły się symetrycznie od pionowego na dwie strony i utworzyły między swoimi ramionami część krótkowzroczną rogówki.

Przy dalszem napięciu nastawczości nowo utworzone miarowe południki zaczęły się coraz dalej odchyłać od pionowego, a jednocześnie zbliżać do poziomego i, kiedy stopień napięcia nastawczości stanie się równym stopniowi hyperopii południka poziomego, to wtedy miarowe południki zleją się z poziomym i z sobą, t. j. utworzą jeden miarowy, ale już poziomy południk; na pozostałej części rogówki będzie refrakcyą krótkowzroczną; przy jeszcze większem napięciu nastawczości znika już miarowość i w południku poziomym i zostaje zastąpiona refrakcyą krótkowzroczną. Przy zluźnieniu akomodacyi wszystkie wyżej opisane zjawiska powtórzą się w porządku odwrotnym.

Jeżeli będziemy rozpatrywać południki miarowe oka, mającego niezbornosć nadwzroczną złożoną (As. H. H.), to stosując wyżej podane rozumowanie, dojdziemy do wniosku, że w takim oku przy stopniowo wzmagającej się nastawczości zjawiska następują w takim porządku:

- a) brak południków miarowych;
- b) zjawia się południk miarowy, ułożony wzdłuż południka pionowego;
- c) pionowy miarowy południk rozdwa się i nowo utworzone dwa miarowe południki odchylają się symetrycznie od pionowego, a zbliżają się do poziomego;
- d) obydwa miarowe, doszedłszy do poziomego, tworzą jeden poziomy miarowy południk;
- e) zniknięcie poziomego miarowego i zastąpienie go krótkowzrocznym.

Wszystkie tylko co wyszczególnione zjawiska przy zluźnieniu akomodacji powtórzą się w porządku odwrotnym.

Teraz rozpatrzmy oko z niezbornością krótkowzroczną prostą (As. M.). Takie oko posiada jeden miarowy południk, zwykle poziomy. Przy najslabszem napięciu nastawczości ten południk znika i zostaje zastąpiony przez myopowy; przy zluźnieniu zaś nastawczości znowu się zjawia.

W oku o niezborności myopowej złożonej (As. M. M.) niema wcale miarowych południków i zjawienie się ich w zależności od akomodacji także jest niemożliwym, ponieważ napięcie akomodacji wywołuje tylko powiększenie stopnia krótkowzroczności we wszystkich południkach.

Poznawszy pozycję południków miarowych i granice ich ruchów dookoła bieguna przedniego oka, będziemy mogli stworzyć sobie pojęcie o wartości metody badania refrakcyi rozmaitych południków oka przy pomocy szczelinki. Przez szczelinkę oko niezborne widzi na odległość dobrze wówczas, gdy ustawi przed nią jeden ze swoich miarowych południków; a ponieważ przy niektórych rodzajach niezborności, mianowicie przy As. H. i As. H. H., miarowe południki, jak widzie-

liśny wyżej, mogą być ustawione we wszystkich dowolnych kierunkach, byleby sprawność akomodacyi była dostateczną, więc szczelinka, izolując miarowy południk od reszty niemiaryowych, przyczynia się znakomicie do wyraźnego widzenia bez względu na to, w jakiej pozycyi jest ustawiona. Przy As. M. H. na całej przestrzeni nadwzrocznej części rogówki znajdujemy przez szczelinę wyraźne widzenie; na części zaś krótkowzrocznej gorsze; tu możemy skorzystać z tego faktu i, rozdzieliwszy po połowie kąt, na przestrzeni którego otrzymujemy dobre widzenie, znaleźć pozycję południka nadwzrocznego. Przy As. M. otrzymujemy jedyną pozycję szczelinki, przy której siła widzenia na odległość jest dobra. Przy As. M. M. możemy rozróżnić dwa prostopadłe południki, w których siła widzenia będzie najlepsza i najgorsza.

Teraz zrozumialiśmy jest powszechnie znany fakt, że najczęściej bywa, iż oko niezborne najlepiej widzi przy poziomo ustawionej szczelinie.

Widzimy przeto, jak wogóle mało danych można osiągnąć ze stosowania metody badania refrakcyi rozmaitych południków przy pomocy szczelinki, szczególnie, gdy się bada bez zastosowania atropiny; słusznie więc ta metoda została zarzuconą.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVI. Z. 1. (Referent Dr Baßaban).

Uwagi kliniczne co do leczenia ócz zezowatych amblioskopem. (Klinische Bemerkungen zur Amblyoskoptherapie bei Schielenden). Krusius.

Konserwatywna metoda leczenia zezu ma na celu osiągnąć zapomocą ćwiczenia stereoskopem równoległe ustawienie się ócz. Działają przytem dwa czynniki, a mianowicie optyczno-fizyologiczny i motoryczny. Stosownie do tego, jak te składniki działają, można

przez wywołanie silniejszej tendencji fuzyjnej ustawić oczy równolegle. Przy tych ćwiczeniach można spostrzedz, że oczy aż do miejsca, w którym obrazy mają się przykrywać zmierzają do ustawienia osi widzenia w kierunku równoległym, samo zaś to miejsce unikają one i przechodzą w zbieżność lub rozbieżność. Ten »horror fusionis« wyzyskuje autor i stara się nie przechodzić z wolna ze względnego równoległego ustanowienia osi ocznych w kierunku skrajnej zbieżności lub rozbieżności ócz, lecz stara się osiągnąć nagle zbieżności lub rozbieżności osi ocznych, a następnie znowu zwolna równoległe ich ustawienie, po częstszych takich codziennych ćwiczeniach daje się spostrzegać dłużej trwałe równoległe ustawienie się ócz. Następnie osiągnięty ten stan należy utrwaląć ćwiczeniami stereoskopowymi. Autor jest zdania, że jednak ćwiczenia stereoskopowe, bez poprzedniego leczenia amblioskopem są zupełnie bez wartości.

O drodze, którą w oku przebywa zarazek wścieklizny. (Über den Weg der Lyssa im Auge). Königstein i Holbut.

Poprzednie badania Krausa i Fukahary stwierdziły, że obok zakażenia zarazkiem wścieklizny przestworu subduralnego, najprawdopodobniejszą jest teoria zakażenia, przez przedostanie się zarazka do rogówki. Doświadczenia przeprowadzone przez autorów mają na celu wyjaśnić, w jakim kierunku zakażenie się rozszerza, jak długo ono trwa zanim zarazek dostanie się z rogówki do mózgu i kiedy zniszczenie zakażonej rogówki może powstrzymać wybuch wścieklizny. Zakażenie postępuje przez ciecz wodną i posuwa się wzdłuż nerwu wzrokowego tak, że przecięcie nerwu tego przed ogólnem zakażeniem wstrzymuje wybuch wścieklizny, a w 6—10 godzinach po zakażeniu rogówki może zniszczenie lub wycięcie rogówki wstrzymać wybuch wścieklizny. Zarazek wdziera się tak przy zakażeniu rogówkowem, jak też subduralnem wgłąb nerwu wzrokowego a roztynem otrzymanym z takich nerwów można wywołać wściekliznę.

O przeszczepianiu tłuszczu po wypatroszeniu i wyluszczeniu gałki ocznej. (Über Fettransplantation nach Evisceratio und Eucleatio bulbi). Marx.

Dotychczas nie brak prób, które miały na celu po wyluszczeniu i wypatroszeniu gałki ocznej osiągnąć możliwie największy kikut, na którym mogłaby gałka oczna swobodnie się poruszać. W r. 1885 próbował Mules przemieszczać sztuczne ciało szkliste, następnie używano w tym celu gałek szklanych a także

kości słoniowej, szklistą bawełnę, agar, bez, parafinę, wreszcie oczy psów i królików. Wszystkie te jednak ciała albo nie były przez worek spojówkowy znoszone, albo też powodowały zapalenia i zadrażnienia. Pierwszym był Baraquez, który zalecał przeszczepianie tłuszczu z pośladków. W kilku przypadkach przeszczepiał on kawałki tłuszczu z uda. Najważniejszym było przytem zadaniem starać się, aby kawałek tłuszczu mającego być przeszczepionym był nie zmacerowanym i tak utrwalonym szwami, aby nie występował z jamy oczodołowej. Po założeniu szwów spojówkowych leczenie następowało bez reakcyi, a kikut był silnym elastycznym i dobrze się poruszał. Niestety, najdłuższa obserwacya w tym kierunku trwa dopiero $\frac{3}{4}$ roku. Przeprowadzone drobnowidowe badania po zastosowaniu tej metody u królików wykazały, że w przeciągu 10—14 dni nastaje silny wzrost pomiędzy twardówką a tłuszczem, przyczem weiskają się w głąb kikuta wypustki z tkanki łącznej twardówki. Przeszczepiona tkanka tłuszczowa zachowuje się w podobny sposób, jak każde ciało obce, a z czasem zostaje zastąpioną tkanką łączną, która jednak ma tendencyę do kureczenia się. Obecnie należy wyczekiwać, jakie będą wyniki tego przeszczepiania po upływie kilku lat.

600 operacji zaćmy przy stosowaniu obwodowej irydektomii. (600 Extraktionen von Altersstar mit peripherer Irdektomie). Wittmer i Nagano.

Przy wszystkich w ten sposób podjętych operacyach wskazaniem do zabiegu było zachowanie się bystrości wzroku, to znaczy upośledzenie w widzeniu, a nie stan, w jakim się zaćma znajdowała. Sam zabieg przedstawia się następująco. Po zrobieniu cięcia łukowego, otwiera się torebkę szczypcami Förstera i wyjmuje się soczewkę, zaś pozostałe cząstki łyżką Hessa. Następnie tęczęwkę umiejscawia się w dawnym jej położeniu i wycina się z górnego jej bieguna możliwie najmniejszy kawałeczek. Po należytem zreponowaniu tęczęwki łyżką Daviela i uporządkowaniu płatu spojówkowego pokrywa się oko kapsłą aluminiową, w której znajduje się środkowy otwór. Po 14 dniach wypuszcza się zazwyczaj chorego z kliniki. Okazuje się, że takie wycinanie tęczęwki u jej podstawy jest bardzo korzystnem, gdyż w ten sposób pozostaje źrenica okrągłą i oddziaływa należycie. Wypadnięcia tęczęwki z ranki prawie nie spostrzegano, a także nie było nigdy zakażenia ranki. Niezborność oka jest przy tym zabiegu mniejszą, aniżeli przy robieniu szpary tęczęwkowej w zwykły sposób. Następową operacyę musiano wykonać w $3\cdot5\%$, a wskazaniem do podjęcia operacyi była bystrość wzroku mniejsza aniżeli 0·3. Przy zaćmach

powikłanych z jaskrą osiągnano tym zabiegiem całkowicie dodatni wynik.

Przyczynek do wrodzonych torbieli tęczówki. (Beitrag zu den angeborenen Iriszysten). Bergemann.

W przytoczonym przypadku chodzi o wynik badania drobnowidowego torbiela tęczówki, który usunięto u 9-miesięcznego zdrowego dziecka przez irydektomię. Ściana torbiela była wyściełaną jedno i więcej warstwowym przybłonkiem, który posiadał okrągłe i podłużne jądra. Na zewnętrznej ścianie torbiela daje się spostrzegać bardzo ścięnczała tkanka tęczówki. Zawartość torbiela wypłynęła, a pozostały tylko włókna z nielicznymi leukocytami. Sama tęczówka była przepelnioną naczyniami i komórkami. Pokazało się, że twór ten był surowiczym przybłonkowym torbielem, który się rozwinął w tkance tęczówki i zdaje się, że był wrodzony, gdyż żadnej przyczyny jego powstania nie dało się wykazać.

O objawach ocznych przy chorobie Basedowa. (Über Augensymptome bei Morbus Basedovii). Ohlmann.

Obok znanych już objawów ocznych przy chorobie Basedowa a opisanych przez Greefego, Stellwaga i Moebiusa opisuje autor nowe, oparte na swych spostrzeżeniach.

Autor sądzi, że przyczyna rozszerzenia żył spojówkowych i twardówkowych nie jest zatrucie, jak to twierdzi Topolański, ale zastoina. Zastoina ta powstaje także wtedy, gdy powiększenie gruczołu tarczycowego jest tak nieznaczne, że spostrzegać się ono nie daje. Następstwem zastoiny jest także obrzęk powiek, brwi i chrząstki powiekowej. W każdym razie nie chodzi nigdy o wielkość przerostu gruczołu tarczycowego, ale o jego położenie. Jako początkowe objawy spostrzegał autor ruchy płasawicze, podrażnienie, zmęczenie, następnie przyspieszenie tętna i bicie serca. Przedmiotowo dawał się spostrzegać przerost lewego serca. Następnie pojawiały się porażenia mięśni ocznych i trzeszczenia gałki ocznej. Przyczyny oftalmoplegii szuka autor w porażeniu jądrowym, powstałym przez zmianę w ścianach naczyń. Co się tyczy leczenia, to najkorzystniejszym okazało się podawanie małych dawek jodku potasu, lub zażywanie po kropli nalewki jodowej przed obiadem i wieczną. W początkach choroby zaleca się długo trwające leżenie w łóżku. Autor jest przeciwnikiem stosowania tyreoidyny.

O leczeniu chorób ocznych tuberkuliną. (Zur Tuberkulinbehandlung bei Augenleiden). Hummelsheim.

W niniejszej pracy opisuje autor tylko sposób leczenia tuberkuliną i czas trwania wyniku leczniczego. Wedle wskazówek

Hippela, który dotychczas stosował te zastrzykiwania, należy najwyżej stosować przy 1 mg TR, 1.5 mg rozczyzna drobnoustrojowego. Przy takim stosowaniu występuje jednak często podniesienie ciepłoty, które wprawdzie nie jest szkodliwym, jednak wcale nie pożądanem. Co się tyczy trwania tych zastrzykiwań, to zaleca się starać o zniszczenie zarazka gruźliczego, przez dawanie coraz większych dawek. Autor poleca postępować wedle wskazówek Saathoffa, który znalazł, że odczyn powstały w miejscu zastrzykiwania odpowiada wysokości gorączki. Saathoff postępuje w ten sposób, że robi poprzednio próbne zastrzykiwanie z tuberkuliną i to w ilości $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{5000}$ tuberkuliny. W przerwach 5—7-dniowych robi on następnie wstrzykiwania o wyższym lub niższym procentowym stężeniu stosowanie do odczynu, jakie te zastrzykiwania miejscowo wywołują i to aż do wysokości $\frac{5}{10}$ mg. Postępując w ten sposób osiągnął autor w trzech przypadkach polepszenie, względnie uleczenie.

Badania nad t. zw. „ciałkami jaglicy“. (Untersuchungen über die sogenannten »Trachomkörperchen«). Flemming

Z dodatniego wyniku badań i znalezieniu ciałek jaglicy przy śluzoropotoku spojówki wnioskuje Heymann, że przyczyną jaglicy nie są znane dotychczas t. zw. ciałka jaglicy. Nedden uważa, że powstają one wskutek odczynu jadu. Na podstawie 300 badań poleca podział ciałek jaglicy na 4 kategorie: 1) pojedyncze ziarenka wielkości koków, 2) jądro o kształcie czapki, 3) czerwono fioletowe ziarenka bardzo małe, 4) poszczególne gronady takich ciałek w środku lub po za obrębem komórki nie mające żadnego związku z jądrem. Wedle ogłoszonych badań znajdują się ciałka nie tylko w śluzoropotoku, lecz i w innych nieżyłach spojówki. W śluzoropotoku dają się one jednak wykazać dopiero po ustaniu wydzieliny. Bardzo znamioną jest ta okoliczność, że przy leczeniu jaglicy, ciałka te znikają już w bardzo krótkim czasie leczenia, pomimo, że choroba sama trwa jeszcze dalej tygodniami. Fakt sam, że ciałka te spostrzegać się dają często przy różnorodnych nieżyłach spojówki dowodzi, że dla jaglicy nie mają one żadnego swoistego znaczenia. Dotychczas nie robiono nigdy szczepienia samymi ciałkami jaglicy, a zawsze tylko z wydzieliną i cząstkami tkanki. Z przeprowadzonych badań na zwierzętach wypływa, że »ciałka jaglicze«, które się spostrzegać dają w różnych cierpieniach spojówki nie są przyczyną tych schorzeń, ani też nie są wytworami zwyrodnienia komórek, a tylko są pasożytami*).

*) Wyniki i końcowe wnioski tych badań nabierają tem większego

Handwritten in red ink:
Tuberkulose
5

Tymczasem drobnoustrój ten, który rzekomo zdaniem Greeffa przez niego odkryty został i ma być powodem powstawania jaglicy, *de facto* został znalezionym przez Provaszka i Clausena i jak się obecnie okazuje jest niewinnym pasożytem.

Wynika więc z tego, że ze składaniem kart wizytlowych u kolumny wielkich wynalazków należy być powściągliwym. A Greeff ?!

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1911. Nr 5, 6, 8. (Referent Dr W. Reis).

O nowem zakaźnem schorzeniu spojówki. (Ueber eine neue infektiöse Bindehauterkrankung). (Epitheliosis desquamativa conjunctivae). Leber i Provaszek.

W pracy powyższej zdają autorowie tylko tymczasowe sprawozdanie z badań przedsięwziętych podczas podróży na wyspy Samoa nad nagminnie tam od szeregu lat panującym zapaleniem spojówek. W obrazie klinicznym tego schorzenia odróżnić można trzy okresy: w okresie pierwszym stwierdzić można spojówkę powiekową obrzękłą, przy zachowanej gładkiej powierzchni, a wydzielina, nie bardzo obfita, wykazuje mleczne zabarwienie, pochodzące od licznych złuszczonych komórek przybłonkowych. Dlatego też autorowie określają to cierpienie nazwą *epitheliosis desquamativa conjunctivae*. Gruczoły przyuszne nie są powiększone. W dalszym ciągu trwania choroby spojówka powiekowa coraz bardziej grubieje i przybiera wejrzenie aksamitu, a czasami powstaje obraz podobny do nieżyty mieszkowego. W okresie drugim ustępują objawy zapalnego przerostu spojówki powiekowej, natomiast spojówka gałkowa staje się nastrzykniętą, a jako powikłania występują płytkie, przewlekłe wrzody na rogówkach. W okresie końcowym przychodzi do zaniku przybłonka spojówkowego. Na spojówce powiekowej tworzą się z początku małe, później powiększające się białe przestrzenie zanikowe, które w następstwie sprowadzić mogą skrócenia powieki i powikłania jak wrost rzęs, podwinięcie powieki, zrost spojówki gałkowej z powiekową. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy w pierwszym okresie jaglicę, w końcowym zaś pęcherzyecę oka.

znaczenia, że pochodzą z zakładu Greeffa — a zatem z zakładu tego autora, który nie dawniej, jak przed rokiem, chlubił się po wszystkich czasopismach, jako odkrywca drobnoustroju jaglicy, a nawet kazał umieścić tamże swe fotografie.

Jako przyczynę wywołującą to cierpienie uważają autorowie istnienie w komórkach przybłonkowych tworów wewnątrzkomórkowych, przypominających pod względem morfologicznym i rozwojowym twory opisywane jako ciała jaglicze.

Lecznico stosowali autorowie pyoktaminę (1:1000 lub 1:100), która już po kilkukrotnym wkropleniu zmniejszała ilość wtęrlów komórkowych; azotan srebrowy stosowali tylko w przypadkach zakażenia mieszanego, a po ustąpieniu okresu zapalnego stosowali środki ściągające. Powstałe powikłania w końcowym okresie leczono operacyjnie.

Działanie rozszerzające źrenicę wyciągów i płynów z narządów. (Mydriatische Wirkung von Organextrakten und Flüssigkeiten). G a t a p a n o.

Autor starał się na drodze doświadczalnej zbadać czy wyciągi z rozmaitych narządów nie posiadają również własności rozszerzających źrenicę i doszedł do następujących wniosków: 1) z nadnercza i przysadki otrzymuje się wodne i alkoholowe wyciągi, które posiadają wybitne działanie rozszerzające źrenicę. 2) Wyciągi z innych narządów, jak grasicca, nerki, trzustka, wątroba, jajniki, jądra, mięśnie posiadają podobne lecz mniej wybitne własności. Natomiast ujemne działanie wykazują wodny wyciąg gruczołu tarczycowego, wodny i alkoholowy wyciąg mózgu i wodny wyciąg śledziony. 3) Istota działająca i powodująca rozszerzenie źrenicy znajduje się w poszczególnych narządach; nie znajduje się zaś w surowicy krwi. Niezasadnym jest więc przypuszczenie, że własności rozszerzające źrenicę, stwierdzane w moczu i surowicy osobników chorych na nerki zależą tylko od nadmiaru czynności nadnercza. Badania autora bowiem wykazały, że oprócz nadnerczy i inne narządy posiadają własności rozszerzające źrenicę, brak zaś tych własności w niektórych narządach również przemawia za tem, że działanie rozszerzające źrenicę nie jest zależnym od istoty w ustroju krążących.

O zepchnięciu zaćmy. (Ueber die Reklination des grauen Stars). L e w i n s o h n.

Obecnie zepchnięcie zaćmy (*reclinatio*) stosuje się tylko w przypadkach wyjątkowych, jak np. u osobników z wybitną krwawiączką, u chorych umysłowo lub u osób w podeszłym wieku bardzo niespokojnych. Autor miał sposobność wykonać tę operację u dwóch kobiet 80-letnich, cierpiących na *dementia senilis*, przyczem użył klasycznej metody S c a r p y - H i m l y ' e g o (*scleronyxis posterior*). Igłą lekko zakrzywioną wkłuł L. w twardówkę w odle-

głości 4 mm od rąbka nieco poniżej południka poziomego, następnie przesuwając igłę między tęczówką a soczewką doprowadził koniec igły aż do przeciwległego brzegu źrenicznego tęczówki, i ucisnął lekko wklęsłą powierzchnię igły samą soczewką. Soczewkę trzeba było kilka razy zepchnąć, a w drugim przypadku był autor zmuszony końcem nożyka poprzecinać równocześnie włókienka wiązadła Zinna. W szczególności na ten ostatni pomocniczy zabieg zwraca L. uwagę, gdyż zupełne zepchnięcie soczewki do ciała szklanego mniej usposabia do powstania następnej jaskry lub zapalenia ciała rzęskowego niż zwiechnięcie soczewki niezupełne. Przywrócenie obu umyślowo chorym kobietom zdolności widzenia wpłynęło uspokajająco na ich stan ogólny.

Działanie rozszerzające źrenicę wyciągów z narządów.
(Mydriatische Wirkung von Organextrakten). Bittorf.

Odwołując się na pracę Catapano*) zaznacza autor, że niezależnie od C. stwierdził również własności rozszerzające źrenicę w wyciągach z niektórych narządów (gruczoł tarczowy).

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 1, 2, 3, 6 i 9. (Referent Dr W. Reis).

Dalszy przypadek porażenia mięśni ocznych po zakażeniu. (Ein weiterer Fall von Augenmuskellähmung nach Salvarsan). Stern.

Autor opisuje przypadek, w którym u chorego leczonego przez rok po zakażeniu wcieraniami zastosował podskórne wstrzyknięcie salvarsanu. W dwa miesiące potem wystąpiło na oku lewym porażenie górnego mięśnia skośnego i niedowład mięśnia odwodzącego. Także pole widzenia na oku prawym było ścięśnione na barwy. Autor uważa powstanie tych zmian chorobowych jako następstwo wstrzyknięcia salvarsanu.

Patologia i leczenie uszkodzeń oka. (Die Pathologie und Therapie der Verletzungen des Auges). Elschnig.

Trzy wykłady kliniczne.

*) Porówn. refer. na str. 68.

Opaska oczna z guzikiem zatraskowym. (Augenklappe mit Druckknopf). Oppenheimer.

Wiązanie opaski ocznej ma swoje ujemne strony; opaska wiązana łatwo się przesuwają, niektórzy chorzy niechętnie ją znoszą, skarżąc się na ucisk wstążek i t. p. Autor dostosował do zwykłej muszlowej opaski ochronnej zamknięcie zapomocą guzików zatraskowych. Jedną połówkę guzika przeprowadza się przez otworek w przylepcu, który przymocowuje się do czoła i policzka, a druga połówka znajduje się przy krótkich tasiemkach, umieszczonych z obu stron opaski.

Leczenie oderwania siatkówki. (Die Behandlung der Netzhautablösung). Deutschmann.

Odpowiedź na artykuł Horstmann'a, umieszczony w jednym z poprzednich zeszytów czasopisma. D. zaleca swe metody operacyjne leczenia oderwania siatkówki: podwójne nacięcie siatkówki w okolicy rąbka zębatego lub też w okresie późniejszym cierpienia wstrzykiwania ciała szklistego królików.

O znaczeniu gruźlicy w etyologii śródgałkowych krwotoków i rozrostowych zmian w siatkówce, w szczególności o siatkówkowym zapaleniu okołozylnem u gruźliczych. (Ueber die Bedeutung der Tuberkulose in der Aetiologie der intraokularen Hämorrhagien und der proliferirenden Veränderungen in der Netzhaut, besonders über Periphlebitis retinalis bei Tuberkulösen). Axenfeld i Stock.

Na podstawie spostrzeganych kilku przypadków chorobowych dochodzą autorowie do wniosku, że krwotoki śródgałkowe do ciała szklistego u osobników młodych i zapalenia siatkówki z rozrostem tkanki łącznej przynajmniej w części stoją w genetycznym związku z gruźlicą. U chorych gruźliczych stwierdzić bowiem można więcej lub więcej przemijające zmiany chorobowe dookoła naczyń siatkówkowych, w szczególności dookoła żył, które to zmiany występują pod postacią białawych smug wzdłuż naczyń, często bez równoczesnego istnienia jakiegokolwiek ogniska gruźliczych w jagodówce. Autorowie przypuszczają, że zmiany powyższe nie należy uzależnić od istnienia prątków gruźliczych w siatkówce, mogą one być raczej wynikiem wpływów toksycznych, podobnie jak inne »tuberkulidy«.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1910. T. LXXVII. Z. 1, 2, 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Anatomo-patologiczne badania nad niedowidzeniem w następstwie zatrucia alkoholowego. (Pathologisch - Anatomische Untersuchungen über Alkoholische Intoxikationsamblyopie). H. Rönne — Kopenhaga.

Przy anatomicznem badaniu dróg wzrokowych znalazł autor na 38 przypadków ciężkiego alkoholizmu 11 przypadków, w których pęczek tarczowo-plankowy był zwyrodniały. Zmiany w siatkówce usadowione były w warstwie ganglionów, a położenie ich w zupełności odpowiadało położeniu środkowego względnego ubytku w polu widzenia. Możliwość zbadania w seryi 6 *chiasma n. optici* dało sposobność autorowi do badania przebiegu włókien nerwowych. Poszukiwania te stwierdziły, że pęczek włókien nieskrzyżowany leży w środku n. wzrokowego, a w *chiasma* również nie zmienia swego położenia. Pęczek skrzyżowany leży początkowo w środku n. wzrokowego tuż koło nieskrzyżowanego, potem jednak w części nerwu śródczaszkowej oddziela się od niego i leży więcej grzbietowo od nieskrzyżowanego pęczka. W *chiasma* leży całkiem grzbietowo, a po za nim znów koło pęczka nieskrzyżowanego. Badanie *corp. genicul. extern.* wykazało obecność zwyrodnienia małych komórek ganglionu, podczas gdy wielkie komórki były zupełnie prawidłowe. Również żadnych zmian nie było w płacie potylicznym. Obraz drobnowidowy zwyrodnienia włókien nerwowych nie przemawia za *neuritis interstitialis*. Zwyrodnienie to, według autora, należy uważać za zwyrodnienie ganglionów siatkówki z następowem wtórnem zwyrodnieniem włókien. W jednym przypadku barwił autor Weigertem na gleję i znalazł obraz typowy Spielmeiera spotykany przez tego autora przy *tabes*.

Zmiany nabłonka tęczówki i ciała rzęskowego po punkcyi przedniej komory. Przyczynek do badań nad mechanizmem wytwarzania się płynu wodnego. (Die Veränderungen des Iris- und Ciliarepithels nach Punction der Vorderkammer. Beitrag zum Studium des Produktionsmechanismus des Humor aqueus). V. Carlini — Livorno.

Autor nie mógł wykazać w nabłonku ciała rzęskowego ani ziarn wydzielniczych ani wakuoli. Badania wykonywał autor na komórkach żyjących w surowicy izotonicznej metodami barwienia Manna, Altmanna, Galeottiego i Heidenhaina. Postaciowe zmiany spostrzegane przez autora w nabłonku po punkcyi

uważa autor nie za dowód wzmożonej czynności komórek, lecz za objaw szybkiego rozpadu pierwoszczy. Zmiany te polegają na powstawaniu wakuoli w pierwoszczy. Jako wniosek z tych badań wyciąga autor twierdzenie, że płyn wodny należy uważać za produkt filtracyjny nabłonka, a nie wydzielnicy.

O naturze kurczów przy zaćmie okołojądrowej. (Über die Natur der Krämpfe bei Schielstar). E. Frank — Heidelberg.

Autor przytacza 36 przypadków z kliniki prof. Lebera. W większości przypadków skurcze były toniczne, w dwóch tylko przypadkach kloniczne. Z tych 36 przypadków, w 24 można było wykazać *rachitis*, z tych zaś w 15 notowano w historii choroby kurcze. Ze zmian rachitycznych najczęstszą zmianą były zmiany w zębach.

Ciekawy obraz w ropniu ciała szklistego. Ein merkwürdiger Befund in einem Glaskörperabscess). A. Purtscher — Wiedeń.

W przypadku autora po ranie drażącej rogówki przyszło do wytworzenia się ropnia ciała szklistego. Drobnowidowo wykazać w nim było można obecność ogniskowego nagromadzenia się komórek, wykazujących w swym środku lipid i leukocytów naokoło ciał niebiesko się barwiących. Ciała te uważa autor za rozpadające się drobnoustroje.

O charakterystycznym dotychczas nieopisanem zmętnieniu rogówki [wskazówka co do prawidłowej budowy rogówki]. (Über eine eigenartige bisher nicht bekannte Hornhauttrübung [ein Hinweis auf die normale Struktur der Hornhaut]). Prof. Fleischer — Tübingen.

Autor spostrzegł charakterystyczne zmętnienie rogówek obu oczów u osoby cierpiącej na *sclerosis multiplex*. Zmętnienie rogówek leżało w warstwie powierzchniowej, zajmowało całą jej powierzchnię, a składało się z pęczków szarawych promienisto z poniżej środka rogówki falisto nieco się rozbiegających. Rodzaj tego zmętnienia, którego powstanie autorowi nie jest jasnym, daje pewną wskazówkę na rodzaj ułożenia się elementów rogówki w stanie prawidłowym.

Nowy przyrząd do stałego drenowania dróg łzowych. (Ein neues Instrument zur Herbeiführung permanenter Drainage der Tränenabflusswege). T. Friberg — Stockholm.

Nowy przyrząd polega na użyciu sondy pastej w środku z mandrynem kulką zakończonym.

O endogenetycznych wiewiórowych schorzeniach rogówki i skóry. (Ueber endogene, gonorrhoeische Hornhaut- und Hautaffektionen). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Przypadki spozteżegane przez siebie, a zawsze będące w łączności z *conj. epibulbaris* dzieli autor na 4 grupy, a mianowicie:

- 1) *Keratitis vesiculosa (phlyctenulosa)*.
- 2) *Keratitis parenchymo-vesiculosa*.
- 3) *Keratitis parenchymatosa*.
- 4) *Keratitis marginalis progrediens*.

Po rozważeniu danych anatomicznych, fizyologicznych i klinicznych (przebieg choroby) dochodzi autor do przekonania, że jady w rogówce rozchodzą się drogą włókien jej nerwowych. Chorzy przy ogólnem zakażeniu wiewiórowem często wykazywali objawy skórne, polegające na powstawaniu *dermatitis*, wytwarzaniu się pęcherzyków i krwotoków podskórnych. Schorzenia te często poprzedzane bywały bólami reumatoidalnymi. Objawy »nerwowe«, występujące również przy schorzeniach skóry, przemawiają i tutaj również za przenoszeniem się jądów drogą nerwów.

Przyczynek do wiadomości o ciałkach jaglicowych i ich obecności. (Beitrag zur Kenntnis der Trachomkörperchen und ihres Vorkommens). M. Zade — Jena.

Na 25 przypadków jaglicy, badanych na ciałaka jaglicowe, w 10-u znalazł autor typowe chlamydozoa; w 5-u przyp. wynik był niepewny, w 10-u przyp. wynik zupełnie ujemny. Autor potwierdza badanie dawnych autorów, że leczenie wpływa na to, że ciałaka są mniej następowo liczne. W skrawkach nigdy autorowi nie udało się wykazać ciałek jaglicy. Ciałaka jaglicowe spozteżegał autor jedynie przy jaglicy.

Badania nad etyologią i anatomią patologiczną chronicznych urazowych śródocznych zapaleń, jak również nad patogenezą zapalenia sympatycznego, (Untersuchungen über die Aetiologie und pathologische Anatomie der schleichenden traumatischen intraokulären Entzündungen, sowie über die Pathogenese der sympathischen Ophthalmie). W. Gilbert — Monachium.

Badania autora wykazały, że wielkie aseptyczne rany przedniego odcinka gałki ocznej wywołują wysokiego stopnia *papillitis*, która prawdopodobnie powstaje dzięki wwędrowaniu produktów zapalnych przez zranione ciałako szkliste do tarczy. Mniej-zego stopnia *papillitis* spozteżegać można również przy septycznych zapaleniach. Ropienie otaczające kawałki zelaza w ciałaku szklistem składa się początkowo z leukocytów, które następnie zostają za-

4. Wzrost

66,67

5

stąpione przez limfocyty. Przy *iritis serosa traumatica* spostrzegając autor czasem silniejsze zapalenie plastyczne, a nawet naciek naczyńniówki podobny do nacieku przy *endophthalmitis septica*. Jeżeli zapalenie śródoczne pourazowe zostało wywołane gronkowcami, to charakteryzowało się zawsze obecnością ropy na powierzchni błon oka, w ciałku szklistem, miejscami w siatkówce i mniej lub więcej znacznym naciekiem naczyńniówki. Charakter nacieku naczyńniówki odpowiadał naciekowi, spostrzeganemu przez Fuchsa przy *endophthalm. septica*. Naciek naczyńniówki głównie składa się z limfocytów; leukocytów jest znacznie mniej, a całkiem brak jest leukocytów eozyno-chłonnych. W naczyńniówce znajdują się eozynochłonne komórki w tem większej ilości, im mniejszy jest wysięk na powierzchni; w ciałku szklistem przeważają wtedy leukocyty neutro-chłonne. Wogóle komórki neutro-chłonne przedstawiają typ zapalenia ropnego, eozynochłonne są dowodem chronicznego naciekowego zapalenia. W oku można spostrzegać powstawanie komórek eozynochłonnych przy rozpadzie krwi. Komórki te jednak różnią się od innych komórek eozynochłonnych nieregularną ziarnistością. Komórki plazmatyczne spostrzegając autor przy *uveitis chron.* z różnej przyczyny powstałej. Charakter komórek wysiękowych w zapaleniach pourazowych oka zależy, według autora, głównie od stopnia nasilenia zapalenia, a nie od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących zapalenie. W dwóch przypadkach udało się autorowi wychodować z oczów skałeczonych *bac. xerosis*, które przeszczepione do c. szklistego królika jeszcze po 5-u tygodniach dały się wychodować. Zachowanie się to dowodzi, że nie wszystkie w c. szkl. znajdowane *bac. xerosis* można uważać za saprofyty. Większego znaczenia jednak autor drobnoustrojom tym nie przypisuje. Na pytanie, czy dane oko skałeczone zostało zakażone czy nie, nie można, według G., w pierwszych dniach zaraz odpowiedzieć, czasem nawet klinicznie potem nie można stwierdzić. Autor radzi w każdym niejasnym przypadku skałeczenia robić zdjęcie Roentgenem, czy niema ciała obcego. Przy urazowych zapaleniach oka i zapaleniu sympatycznym często można spostrzegać we krwi wzmożenie się ilości limfocytów przy zmniejszeniu się ilości komórek neutro-chłonnych. Jediną stałą postacią komórek przy *uveitis* sympatyzującej są limfocyty. Oprócz nich najczęściej znajdują się komórki epiteloidalne i eozynochłonne; komórek olbrzymich i plazmatycznych często jest brak. Z obrazu drobnoustrojowego jedynie nie można postawić jeszcze rozpoznania, czy dane zapalenie jest sympatyzujące. Pomocą jest zawsze obserwacja kliniczna. Przeniesienie zapalenia sympatycznego drogą połączeń żylnych między dwoma oczodolami możliwe jest trojaka droga: przez

grzbiet nosa, przez żyły przegrody nosowej i przez *sinus circularis*. Kataralne stany błony śluzowej nosa, przelotne przekrwienia oka drugiego, ból głowy przed i po wybuchu zapalenia sympatycznego można sobie, według autora, tłumaczyć zastojem krążenia oczodołowego i międzyoczdolowego. Objawy te, według G., mogą przemawiać z pewnem prawdopodobieństwem za powstawaniem zapalenia sympatycznego przez przeniesienie się jego drogą naczyń krwionośnych żylnych.

O mięsaku naczyńcówki wraz z uwagami o nekrozie naczyńcówki. (Über Sarcom der Aderhaut nebst Bemerkungen über Nekrose der Uvea). E. Fuchs — Wiedeń.

W pierwszej części swojej obszernej pracy, opartej na doświadczeniu uzyskanem z badań drobnowidowych 150 mięsaków naczyńcówki zajmuje się autor sposobem układania się komórek nowotworowych. Komórki mięsaków nie leżą bezładnie obok siebie, ale można zauważyć pewne typy ułożenia charakterystyczne, które dały możność F. ułożenia mięsaków w pewne grupy. Typ pierwszy odznacza się ułożeniem komórek w pasy, typ drugi w linie łukowate, trzeci znamionuje się ułożeniem w okrągłe gniazda komórkowe. *Sarcoma tubulosum* cechuje się zachowaniem pasów komórkowych do naczyń, które zazwyczaj w środku pasów przebiegają. Przeciwstawieniem tego ostatniego typu jest nazwany przez F. *sarcoma fimbriatum* zbudowany z pasów komórek okrągłych, pomiędzy którymi przebiegają naczynia krwionośne. Druga część pracy poświęcona jest barwikowi mięsaków. Komórki mięsakowe naczyńcówki mają zdolność metaboliczną wytwarzania barwika. Ta zdolność polegająca na wytwarzaniu barwika z ciał niebarwnych surowicy krwi (a więc nie z hemoglobiny) przemawia zatem, że komórki mięsakowe pochodzą z komórek barwikowych naczyńcówki. Jak należy jednak tłumaczyć to, że w mięsakach naczyńcówki jedne komórki posiadają barwik, drugie zaś nie? F. podaje dwie możliwe na to odpowiedzi: 1) Komórki barwikowe powstają z chromatoforów naczyńcówki, bezbarwikowe zaś z komórek przybłonka. 2) Wszystkie komórki powstają z chromatoforów i wszystkie mają potencjalną siłę wytwarzania barwika, nie we wszystkich komórkach siła ta staje się kinetyczną. Pewne światło co do powstawania barwika rzuca oglądanie części nekrotycznych mięsaków naczyńcówki. F. wykazał, że komórki mięsakowe, otaczające miejsca nekrotyczne, stają się fagocytami, niszczącymi części nekrotyczne, przyczem posiadają zdolność wytwarzania barwika. Drobnowidowo część nekrotyczna otoczona jest kilkoma warstwami, a mianowicie: 1) warstwa limfocytów, 2) nowowytworzona warstwa barwikowa

i 3) warstwa tkanki łącznej. Powstawanie tych nowych pierścieni barwikowych spostrzegł autor również naokoło tkanki nowotworowej nieobumarłej. Wytwarzanie się barwika z nekrotycznych części niebarwikowego mięsaka dowodzi obecności w komórkach, obumierających melanogenu. Blizkie jest więc twierdzenie autora, że melanogen musi się również znajdować we wszystkich komórkach niebarwikowych mięsaka. Przemiana bezbarwnego melanogenu w barwik (melanina) powstaje dzięki czynności komórek leżących na granicy części nekrotycznych nowotworów. Działa tutaj proces fermentatywny (wpływ melano-eozynu). Na proces ten wpływają różne czynniki: W stanach fizyologicznych prawidłowy rozwój komórki, w stanach zaś patologicznych podniety działające na komórki, a więc zetknięcie się komórek z częściami nekrotycznymi mięsaka. Często, lecz nie stałym składnikiem mięsaków są t. zw. wolne komórki barwikowe, leżące między gniazdami komórek nowotworowych. Są one, według autora, pochodniami komórek mięsaków, a nie komórek nabłonka, jak przypuszcza Leber. Leżą one najczęściej w okolicy naczyń, a zdolność ich wędrowania, silnego wzrostu i obfitość zawartego w nich barwika dowodzi wielkiej ich żywotności. Później komórki te ulegają rozpadowi. W ostatniej części swej pracy zastanawia się autor nad przyczyną nekrozy w nowotworach i przychodzi do przekonania, że brak miejscowy tlenu jest jej pierwszą przyczyną — drugą następową to wytwarzanie się jądów w komórkach rozpadających się.

O anafylaktycznych objawach na oku. (Über anaphylaktische Erscheinungen am Auge). R. KümmeI — Erlangen.

Autorowi udało się przez wstrzykiwanie podskórne surowicy heterogenetycznej znieczulić oko, tak że potem lokalnie można było wywołać objawy anafylaktyczne. Z drugiej strony można z oka znieczulić cały organizm i w ten sposób wywołać ogólne objawy anafylaktyczne. *Iridocyclitis* wywołana przez wstrzyknięcie jednorazowe surowicy do oka lub wywołana przez wywołanie miejscowej anafylaksyi, niejednokrotnie po wstrzyknięciu śródżylnem lub podskórnem surowicy ulegało zaostrzeniu. Oko można miejscowo znieczulić i anafylaksję można na temsamym oku wywołać. Jeżeli naczynność została przygotowana na jednym oku to można ją następnie wywołać na oku drugim. Objawy anafylaktyczne oka polegają na zapaleniu naczyńiówki.

Analityczne badania nad literami i liczbami w celu zastosowania ich do badania bistości wzrokowej. (Analy-

tische Studien an Buchstaben und Zahlen zum Zweck ihrer Verwertung für Sehschärfeprüfungen). L. Wolffberg — Wrocław.

Sprawność wzrokowa, według autora, jest wyrazem możności rozpoznania punktu na powierzchni (*minim. separabile*) pod kątem widzenia $1'$ przy czarno-białym kontraście i dobrem oświetleniu. Przez bystrość wzrokową rozumie zaś autor sprawność wzrokową dyoptryjnie prawidłowego, lub dyoptryjnie wyrównanego oka. Jedynym przedmiotem, dla którego dokładnej widoczności jest miarodajnym, najmniejszy kąt widzenia jest powierzchnia koła czarnego na białym tle (lub odwrotnie), tylko bowiem w takim razie kąt widzenia jest we wszystkich kierunkach jednakowy. Chociaż wyżej wspomniana powierzchnia koła jest najlepszym przedmiotem do badania bystrości wzrokowej, to jednak nie dowodzi to tego, żeby innych nie można było używać. W każdym razie wymiary powinny się zawsze dać określić wielkością kąta widzenia. Ostatni kongres w Neapolu (1909) uchwalił za międzynarodowe optotypy znane pierścienie Landolta. Autor zastanawia się nad stosunkiem pierścieni do liter i liczb. W pierścieniach L. za »zasadę« (*basis*) należy uważać ciągłość linii za »wskaznik« (*index*) przerwę w ciągłości pierścienia. Miarodajnym dla bystrości wzrokowej jest wskaznik, zasada może być dowolna. Doświadczenie i obrachunki przeprowadzone przez autora wykazały, że pierścieniowi Landolta odpowiada taki sam pierścień, lecz składający się z 12 punktów czarnych z wypuszczeniem jednego z nich w celu uzyskania przerwy na wzór Landolta. Pierwsze to odkrycie pozwoliło W. użyć kilku już liter jako optotypów. Następnie wykazał autor, że zamiast koła można użyć owalu i prostokąta. Do uzupełnienia swych optotypów dodaje autor szereg kolistych figur z białym w ich środku *minim. separabile*. Drugim rodzajem optotypów są optotypy obrazkowe (czarne na białym tle) dla dzieci i analfabetów.

O kilku przypadkach schorzenia nerwu wzrokowego i o wyspowatej postaci pola widzenia przy tych schorzeniach. (Über einige Fälle von Opticusleiden und die inselförmige Gestaltung des Gesichtsfeldes bei diesen Erkrankungen). J. M. Kovy i A. de Kleijn — Utrecht.

Badanie pola widzenia zazwyczaj perymetrem a nie kampimetrem jest według autorów przyczyną, dlaczego dotychczas nie opisano zachowania się pola widzenia przy schorzeniach n. wzrokowego, spostrzeganego w 11-u przypadkach kliniki w Utrechcie. Pole widzenia cechowało się obecnością wysp, któremi chorzy widzieli, oddzielonych od siebie częściami niewrażliwej siatkówki.

O szybkości dodatnich i ujemnych ruchów zbieżnych. (Über die Geschwindigkeit der positiven und negativen Konvergenzbewegungen). N. Inouye — Lipsk.

Czas trwania symetrycznych dodatnich i ujemnych ruchów zbieżnych oka przy wielkości kąta $1^{\circ}, 47' 35''$ do $11^{\circ} 47' 35''$ wynosił między 0:180 do 0:260 sekund. Czas trwania ruchów tem był dłuższy, im kąt zrobiony był większy. Ruchy dodatnie zbieżne krócej trwają niż ujemne. Jeżeli oczy robiły ruchy zbieżne (o jednakowej wielkości) z rozmaitych położeń zbieżności — to ruchy te tem były silniejsze, im silniejsza była początkowa zbieżność.

O regulacji położenia oczów przez narząd słuchowy. Zez i narząd słuchowy. (Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat. Schielen und Ohrapparat). M. Bartels — Strasburg.

Objaw Gradeniga, polegający na porażeniu *n. abducens* przy *otitis acuta media*, tłumaczony jest zazwyczaj odruchem z ucha. Autor udowadnia, że odruchu takiego doświadczalnie nie można otrzymać, a tylko odruchowo może wystąpić zbieżność oka przeciwległego lub hyperforia oka równoimiennego. Objaw Gradeniga trwa tygodniami — wszelkie zaś odruchy z ucha są chwilowe. Objaw należy tłumaczyć jako następstwo *neuritis n. abducentis*. Następnie na podstawie badania dzieci zezujących dochodzi autor do przekonania, że przy braku zdolności fuzyi obrazów i wadzie umiejscowionej w jednym z uszów zez (*strab. concomitans*) może być następstwem odruchu ze strony narządu słuchowego.

Przyczynę do znajomości nowotworów rąbka rogówki. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Neubildungen am Limbus corneae). K. Heilbrun — Halle.

Na podstawie materiału z kliniki prof. Hippla dzieli autor nowotwory na następujące grupy: 1) łagodne guzowate przerosty nabłonka; 2) przerosty nabłonka z częściowym przerostem tkanki łącznej; 3) *papillomata* i 4) pierwotne raki.

Ophthalmology. R. 1911. Vol. VII. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Tablica do badania bystrości wzrokowej z literami nie dającymi się spamiętać do użytku w marynarce wojennej. (An »Unlearnable« Vision Test Card for Use in the Naval Service). E. J. Grow — Waszyngton).

Autor wykazuje, że tablice t. zw. Snellenowskie do badania wzroku, jakie się w handlu znajdują, a przynajmniej te, które są

w Ameryce sporządzane prawie nigdy nie odpowiadają ani postacią, ani wymiarami, ani układem liter zasadzie przez Snellena postawionej. Przeprowadził on ściśle pomiary na różnych tego rodzaju tablicach, jakimi się posługują amerykańscy okuliści i przekonał się, że wyjątkowo tylko wielkość liter z przepisanej odległości odpowiada kątowni widzenia $5'$, a grubość pałeczek i odstępów pomiędzy poszczególnymi częściami liter odpowiada kątowni $1'$. Pochodzi to zapewne stąd, że jedni biorą za podstawę obliczenia łuk kąta $5'$, inni wstawę tego kąta, inni znów styczną tego kąta, a są zapewne i tacy wydawcy, którzy nie wdają się wcale w tak drobiazgowo obliczenia. Tymczasem wielkość liter powinna odpowiadać 2 tang. $2:5'$. Aby zapobiedz temu brakowi, sporządził autor nowe tablice ściśle na zasadzie Snellenowskiej oparte i przeznaczone głównie do celów poboru rekrutów do wojska i do marynarki wojennej. Zwłaszcza przy marynarce zdarza się nietylko symulacya, ale u kandydatów pragnących dostać się do służby dys-symulacya w razie obniżenia wzroku stanowiącego przeszkodę do przyjęcia. Kandydaci uczą się poprostu na pamięć tych niewielu liter, które stanowią ostatnie rozstrzygające o przyjęciu rządki tablicy Snellena. Aby temu nadużyciu zapobiedz tablice przez autora wydane posiadają bardzo wielką ilość liter ułożonych w rzędy o stopniowo, wedle zasady Snellena, malejących rozmiarach. Tablicę tę zasłania pokrywa przesuwalna w kierunku pionowym i poziomym i posiadająca prostokątną szczelinę, przez którą lekarz może, przesuując mechanicznie pokrywę, pokazywać badanemu coraz to inne szeregi liter. Wobec takiego urządzenia badany porządku i następstwa liter nie może ani przewidzieć, ani wykombinować, ani tem mniej spamiętać.

Cykloforia. (Southport. Bradburne.

Zdaniem autora zaburzenia równowagi zewnętrznych mięśni ocznych zależne od niedomogi mięśni skośnych i objawiające się dążnością do skręcania się gałek dookoła osi przednio-tylnej, zdarza się częściej, niżby się to na pozór wydawać mogło. Stan taki nazywany cykloforją. Przedewszystkiem pamiętać należy, że i w prawidłowych stosunkach skręcenie takie gałek ocznych przychodzi do skutku zawsze, ilekroć oczy z równoległego ustawienia osi w płaszczyźnie poziomej przenoszą wzrok na przedmiot blizki, przytem osi widzenia ustawiają się zbieżnie i pochylają się naprzód ku dołowi. To też przy zapisywaniu szkieleł walcowatych trzeba pamiętać, że osie niezborności, znalezione przy badaniu wzroku na odległość 6-ciu metrów, zazwyczaj nie odpowiadają wcale osiom przebiegającym inaczej, gdy oczy ustawione są zbieżnie, up. przy

czytaniu lub pisanii. Jeśli w okularach do pracy z bliska przeznaczonych nie uwzględnii się w ustawieniu osi szkieł walcowatych zachodzącego tu skręcenia gałek, wtedy przy używaniu ich powstają nieraz dokuczliwe objawy astenopii mięśniowej. Po za tą cykloforyą do pewnego stopnia fizyologiczną, zdarzają się nierzadko przypadki cykloforyi towarzyszącej różnym wadom refrakcyi, anizometropii i dające również powód do objawów znużenia i niedomogi wzroku. Autor opisuje sposoby wykrywania istnienia cykloforyi (*torsio latens*) i oznaczania jej stopnia.

Etyologia, patologia i leczenie towarzyszącego zezu zbieżnego. (The Etiology, Pathology and Treatment of Concomitant Convergent Squint). Linn Emerson — Orania.

Autor skarży się, że zbyt często nie tylko sami rodzice, ale i lekarze nie specjaliści, a zwłaszcza lekarze domowi lekcoważą zez zbieżny u dzieci i przypadków takich nie odsyłają do leczenia okulistom. Pochodzi to niewątpliwie stąd, że jeden tylko objaw choroby bierze się za całą chorobę. Każdy okulista dobrze to rozumie, że sam zez jest tylko zewnętrznym objawem głęboko sięgających i od objawu tego bez porównania ważniejszych zaburzeń w całym narządzie wzrokowym. Autor szkicuje patogenezę zezu zbieżnego i gromadzi dowody przemawiające za istnieniem osobnego ośrodka zdolności jednoczenia obrazków siatkówkowych. Zdolność ta w przypadkach zezu bądź to nie istnieje wcale, bądź jest w mniejszym, lub większym stopniu upośledzona. Pod względem leczenia zezu zbieżnego wyraża przekonanie, że nigdy nie jest zawześnie na jego rozpoczęcie, czyli, że go nigdy nie należy odkładać, aż dziecko będzie starsze. Zaleca zgodnie z powszechnie przyjętymi zasadami ćwiczenia ortoptyczne, stereoskopowe i monokularne. Co do szkieł posuwa się do tego, że zapisuje je dzieciom 16—18-miesięcznym, a w niektórych razach nawet w pierwszym roku życia (!). W pewnej mierze stosuje też atropinizację oka nie zezującego. Tam gdzie może się spodziewać, że ćwiczenia ortoptyczne i inne przepisy lecznicze będą wykonywane sumiennie i wytrwale odkłada operację do lat szkolnych, o ile byłaby jeszcze potrzebną. W innych razach operuje znacznie wcześniej. Operuje własnym sposobem (*Split-tendon-Operation*). Po nacięciu spojówki ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego, odsłania to ścięgno, nakłada na haczyk tenotomijny i przeprowadza przez nie dwie pętli nitki jedną blisko górnego, drugą blisko dolnego brzegu. Następnie odcina ścięgno tuż przy twardówce i rozcina je wzdłuż, między pętlami nitki aż do mięśnia. Jedną z nitki górnej pętli przeciąga igłą pod spojówką popod podminowane ścięgno mięśnia

prostego górnego, poczem wykluwa igłę na zewnątrz i związując obie nitki pętli, przyciąga górny jęczyzek ścięgną pod spojówką aż do mięśnia prostego górnego. W ten sam sposób zapomocą dolnej pętli dolny jęczyzek przyczepia pod spojówką do ścięgną mięśnia prostego dolnego. Jako zaletę tej metody podnosi to, że bezpośredni efekt, jaki daje, potem się już nie zmienia i może być uważany za wynik ostateczny. Jeżeli efekt ten nie jest wystarczający, to natychmiast przystępuje do wykonania takiej samej operacyi na mięśniu prostym zewnętrznym drugiego oka. W wyjątkowych razach, gdzie i to nie wystarcza dodaje tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego po jednej lub nawet po obu stronach (!).

Sprawozdanie z 60 przypadków jaglicy leczonych według sposobu Coover'a. (A Report on Sixty Cases of Trachoma Treated after the Coover Method). Martin — Sawanna.

Sposób leczenia Coover'a*) polega na wycieraniu spojówek, pokrytych ziarnami, szorstkim papierem piaskowym. Wyjaławia się papier ten poprzednio w ten sposób, że nalewa się nań absolutnego alkoholu i zapala takowy, ażeby się wypalił doszczętnie. Autor nie robi tej sterylizacyi powierzchni papieru, natomiast po wytarciu spojówki, wyciera ją rozezynem sublimatu 1:10000, co zupełnie zapobiega wszelkiemu zakażeniu. Następnie, podczas gdy Coover na jednorazowem wytarciu kończy całe leczenie, to Martin leczy jeszcze następnie przez kilka tygodni zapuszczeniem wysyconego rozezynu siarkanu miedzi. Na 60 spostrzeczonych przypadków leczył 15 ściśle według przepisów Coover'a, a 45 tymże sposobem w powyższy sposób przez siebie zmienionym. Badanie chorych po roku wykazało w pierwszej grupie 18^o/_o, w drugiej zaś tylko 13^o/_o nawrotów. Autor poleca zatem sposób Coover'a, jednakowoż z zastosowaniem następnego leczenia rozezynem siarkanu miedzi.

Niezwykła przyczyna niedowidzenia. (An Unusual Factor in Amblyopia). Fred Mc Kenny Ruby — Union City.

Autorowi przyprowadzono 7-letniego chłopca z powodu znacznego niedowidzenia. Badanie wykazało na obu oczach bystrość wzroku do $\frac{1}{5}$ obniżoną, przyczem oczy zewnątrznie żadnych zmian nie okazywały, a badanie wziernikiem wykazywało objawy przewlekłego przekrwienia żylnego tarczy i naczyń siatkówkowych. Przy wywiadach pokazało się, że chłopak, który miał sposobność w cyrku przypatrywać się różnym ćwiczeniom akrobatycznym, popadł w pra-

*) Wycieranie spojówki trachomatycznej szorstkim liściem już starożytnym było znane, przed 25-u laty Mamolescu polecał szczotkowanie.

wdziwają manię naśladowania akrobatów i nauczył się chodzić na rękach z głową na dół spuszczoną, a nogami do góry wzniesionymi. Przestrogi, ani upominania rodziców, nie odnosiły skutku i chłopak przez długi okres czasu codziennie godzinami oddawał się tym niezdrowym ćwiczeniom. Gdy wreszcie, dzięki energicznemu dozorowi, udało się rodzicom zupełnie oduczyć chłopca tego chodzenia do góry nogami, bystrość wzroku szybko zaczęła się podnosić i w krótkim czasie wróciła do prawidłowego stanu. Nie ulega zatem wątpliwości, że stałe przekrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego, spowodowane nienaturalnem położeniem głowy i ciała, było w tym wypadku wyłączną przyczyną niedowidzenia.

Leczenie zapalenia woreczka łzowego. (Treatment of Dacryocystitis). Goldsseth — Jamestown.

Artykuł nie przynosi zgoła nic nowego. Autor podaje szczegółowy opis typowej operacji wyluszczenia woreczka łzowego.

Urazowe zwichnięcie zaćmy w zamkniętej torebce pod spojówką. (Traumatic Subconjunctival Dislocation of Cataractous Lens in its Capsule). Maynard — Kalkuta.

U 48-letniego Hindusa, wskutek silnego uderzenia, doznanego przez lewe oko, przyszło do podspojówkowego pęknięcia twardówki i zwichnięcia zaćmy, jaką miał na tem oku, pod spojówkę gałki powyżej rogówki. Krwotok do przedniej komory był bardzo nieznaczny, rana twardówkowa wkrótce się wygoiła, a zaćmę autor przez nacięcie wydobyl z pod spojówki, przyczem okazało się, że była ona zwichnięta w całości w zamkniętej torebce. Ponieważ uraz żadnych innych zmian głębszych w oku nie spowodował, przeto chory, w następstwie tego wypadku, odzyskał na tem oku wzrok utracony. Przypadek ten przypomina historję dziwaczną, opisaną przez Fuchsa o owym wieśniaku, któremu krowa rogami wybiła z oka kataraktę i przywróciła wzrok temu oku, a co dziwniejsza, że tenżesam człowiek w rok później przez drugie, również szczęśliwe uderzenie krowiego rogu, pozbył się katarakty z drugiego oka. Badanie wykazywało na obu oczach regularne *coloboma* w tęczęwce i zupełny brak soczewek, które widocznie przez pękniętą twardówkę w całości z oka zostały wyrzucone. Wzrok, po wyrównaniu afakii, miał być weale dobry na obu oczach.

Obecność niezapaalnych wysięków w cieczy wodnej. (On the Presence of Non-inflammatory Exudates in the Aqueous Humor). Burton Chance — Filadelfia.

U szeregu chorych okazujących zaburzenia w narządzie trawienia z objawami samozatrucia jelitowego, spostrzegał autor męty cieczy wodnej przedniej komory, osadzające się następnie bądź to

na dnie przedniej komory, bądź na tylnej ścianie rogówki. W żadnym przypadku nie było ani śladu objawów zapalnych ze strony tęczówki, lub ciała rzęskowego. Chorzy ci byli nadto poprzednio poddawani atropinizacji w celach oznaczenia refrakcyi. Autor stara się wprowadzić w związek przyczynowy powstawanie osadów w cieczy wodnej, z jednej strony ze zmianami w ścianach naczyń tęczówki, zależnemi od ogólnej autointoksykacyi, z drugiej zaś strony z silnem rozszerzeniem źrenic i wyraźnym przez to uciskiem na te naczynia. Pod wpływem tego ucisku, miałyby się przez ścianę tych naczyń wypacać białko z osocza krwi i strącać następnie w cieczy wodnej. Dalej dopatruje się autor pewnej analogii między patogenezą tego wydzielenia się białka do cieczy wodnej a patogenezą pewnych postaci białkomoczu.

Przybrzeżny wrzód pierścieniowaty rogówki. (Marginal Ring Ulcer of the Cornea). S. H. Brown — Filadelfia).

Opis przypadku wrzodu rogówkowego w postaci sierpa przybrzożnego, oddzielonego od rąbka paskiem przezroczystej rogówki, a obejmującego całą zewnętrzną połowę obwodu rogówki. Badanie bakteryologiczne dało wynik zupełnie ujemny. Leczenie zaś zapomocą maści jodoformowej, atropiny i ciepłych okładów, sprowadziło zupełne zabliznienie owrzodzenia. Sprawa robiła początkowo wrażenie nacieku rakowego, przebieg jednak mimo ujemnego wyniku bakteryologicznego wyłączył tę wątpliwość.

Przypadek wrzodziejącego zapalenia twardówki. (A Case of Ulcerous Scleritis). Rönne — Kopenhaga.

We wszystkich podręcznikach powtarza się twierdzenie, że jednym z głównych znamion zapalenia twardówki jest brak skłonności do owrzodzenia. Odnosi się to zwłaszcza do *scleritis rheumatica* występującej w postaci sino-czerwonych guzów coraz to w innych miejscach twardówki w pasie przyrogówkowym. W literaturze znalazł autor przypadek opisany przez Hirscha w roku 1874, gdzie właśnie w takiej postaci zapalenia twardówki powstające guzy zapalnie rozpadały się tworząc mniej lub więcej głębokie, kraterowate owrzodzenia. Drugi podobny przypadek ogłosił autor przed trzema laty, a obecnie ogłasza trzeci, odnoszący się do 35-letniej kobiety, u której obraz kliniczny i przebieg tem tylko się różnił od zwyczajnego typu, że w obrębie nacieków twardówkowych stale powstawały owrzodzenia. Owrzodzenia te goiły się w miarę ustępywania nacieków, pozostawiając blizny, najpierw barwy sinej, potem szaro-fupkowej, nie różniące się od śladów, jakie *scleritis* zazwyczaj po sobie zostawia. Wiadomo, że do owrzodzeń twar-

dówki może dać powód gruźlica, kiła, lub sprawa nowotworowa. Jednakowoż, ani w przypadku Hirschberga, ani w obu spostrzeżeniach autora o żadnej z tych trzech spraw chorobowych nie było mowy. W ostatnim przypadku część zajętej tkanki twardówkowej została wycięta i badana mikroskopowo. Badanie to nie wykazało ani utkania gruźliczego, ani obecności prątków gruźliczych. Badania anatomiczne przeprowadzone przez innych autorów, w niektórych przypadkach zwyczajnej *scleritis*, wykazały w obrębie nacieku nie tylko ogniska zupełnie nekrotyczne, ale nawet pewnego rodzaju odsłoję obumarłej tkanki (Friedland). Wobec takich spostrzeżeń nietrudno wyłumaczyć sobie powstanie owrzodzeń. Przychodzą one widocznie do skutku wtedy, jeżeli nekroza rozpoczynająca się w środku, w głębi guzów naciekowych obejmuje zarazem warstwy powierzchowne i gdy po oddzieleniu się części obumarłej powstanie mniej lub więcej głęboki ubytek.

Leczenie atonicznych wrzodów, oraz przetok rogówki zapomocą elektrolizy. (Electrolysis in the Treatment of Indolent Ulcers and Fistulae of the Cornea). Cornwall — San Francisco.

Na wstępie wywodzi autor, że myśl stosowania galwanokautera do leczenia wrzodów rogówki nie powstała w Europie, lecz w Ameryce i przypisuje pomysł ten Drowi Martinascze z San Francisco. Sam jednak od szeregu lat, zamiast galwanokaustyki używa do tego celu elektrolizy, wychodząc z przekonania, że skutek leczniczy uzyskiwany zapomocą elektrolizy jest co najmniej taki sam jak po galwanokaustyce, ale zniszczenie tkanki zdrowej w otoczeniu ogniska ropnego o wiele mniejsze. Elektrolizę stosuje on przeważnie w przypadkach trudno gojących się wrzodów atonicznych, jakoteż w celu pobudzenia, zadawnionych przetok rogówki, do zamknięcia się i zabliznienia. Siła prądu nie powinna przekraczać $\frac{1}{2}$ miliampera. Elektrode dodatnią przykładą się gdziekolwiek do twarzy, elektrodę zaś ujemną w postaci zgiętego na końcu drucika platynowego dotyka brzegów i dna wrzodu, względnie brzegów i ścian przetoki, przyczem mają się wywiązywać drobne pęcherzyki gazu.

Uwagi o wypłukiwaniu przedniej komory po operacji zaćmy. (A Note on Anterior Chamber Irrigation after Cataract Extraction). E. T. Smith — Queenstand, Australia).

Autor sądzi, że wypłukiwanie przedniej komory nie jest dość powszechnie używanym sposobem przy operacjach zaćmy, a przedstawienie tej metody, jakie przeczytał w monografii Herberta

o *Cataract Extraction* z powodu skomplikowanego *instrumentarium* i potrzeby fachowej asysty, odstraszyło go z początku od stosowania jej w praktyce prywatnej. Dopiero artykuł Harmana w listopadowym zeszycie »*Ophthalmic Rewiew*« zachęcił go do wypróbowania tego sposobu. Podaje szczegółowy opis wypłukiwania sposobem zalecanym przez Harmana, który zaczął w praktyce stosować od czasu, jak w jednym przypadku zaćmę niedojrzałą całą niemal godzinę strawił na usuwaniu zapomocą masażu i łyżeczki Daviela resztek zalegających źrenicę. Sposobu od dawien dawna wykonywanego i zalecanego przez Wicherkiewicza, ani Harman, ani Smith widocznie nie znają, skoro undinę swoją łączą ze srebrną kanką, którą wprowadzają między brzegi rany zapomocą rurki gumowej 8 cali długości. Trudność wyjąłowania kauczuku przedstawia poważne niebezpieczeństwo zakażenia wnętrza oka i stanowi słabą stronę Harmanowskiego sposobu.

Pęknięcie naczyniówki. (Rupture of the Chorioid). George F. Reiper — La Fayette, Indiana.

Opis przypadku typowego pęknięcia naczyniówki wskutek uderzenia w oko piłką tenisową. Ogłoszenie przypadku usprawiedliwia autor tem, że w obrazie wziernikowym uderzało, jako szczególwi niezwykły, dość obfite nagromadzenie czarnego barwika dookoła półksiężycowatej białej szczeliny odpowiadającej pęknięciu naczyniówki. Zdaniem referenta takie nagromadzenie barwika nie należy w podobnych przypadkach weale do objawów wyjątkowych.

Przypadek skurczu tętnic siatkówkowych. (A Case of Spasm of the Retinal Arteries). Henry Dickson Bruns — Nowy Orlean.

W kwietniu 1908 r. przyprowadzono do autora 14 letnią dziewczynę smukłą, szczupłą, źle odżywioną, bladą na twarzy i okazującą niezwykłą pobudliwość naczynio-ruchową, z powodu nagłego upośledzenia wzroku, które miało nastąpić bezpośrednio po napadzie ogólnych drgawek. Badanie na oczach nie wykazało żadnych zmian zewnętrznych, natomiast wziernik wykazywał nadmierne zwężenie tętnic siatkówkowych, które były nitkowate, a miejscami ledwie dostrzegalne, żyły zaś rozdęte i ciemną krwią wypełnione. Tarcze nieco bledsze, a w ich otoczeniu zamglone, jakby od obrzęku siatkówki pochodzące. Prawem okiem liczyła chora palce na odległość 4 stóp, a lewem na odległość 15 stóp. Interniści i neuropatologowie, którzy ją badali, orzekli, że zachodzi histerya ciężkiego stopnia z napadami drgawek i autor skłania się do przekonania, że bardzo silny skurecz tętnic siatków-

kowych pozostawał tu w związku z ogólną nerwicą i z nadmierną pobudliwością naczynio-ruchową. Nadmienić jednak wypada, że ten skurecz naczyń okazał się w tym wypadku bardzo uporczywym, bo trwał cały szereg miesięcy i na jednym oku doprowadził nawet do częściowego zaniku nerwu wzrokowego. Prócz tego badanie moczu przez dłuższy czas wykazywało obecność małych ilości białka, jednak bez składników upostaciowanych. Wobec tych danych autor sam przyznaje, że zarówno rozpoznanie w tym przypadku nie jest całkiem pewne, jak i etiologia niezupełnie jasna.

Autor przytacza z literatury opisy podobnych spostrzeżeń podane przez Soeberga Wellsa pod nazwą *epilepsia retinae*, przez Noyesa, Burcharda, Schweinitza i innych. W dziele Wilbranda i Sängera zestawiona jest etiologia skurezu tętnic siatkówkowych. W szeregu przyczyn wyliczają oni: migrenę, w szczególności t. zw. migrenę oczną, *helminthiasis*, urazy, słuźczenia, wstrząs ogólny, zakażenia ogólne (zimmica), zatrucia (antyfebryną, bromkiem potasu, a zwłaszcza chininą, a także przewlekłe zatrucie ołowiem), nakoniec miażdżycą tętnic pośrednio może być przyczyną o tyle, że powoduje częściowy zator tętnicy środkowej siatkówki, a ten obecnością swą podrażnia ściany tętnicy do silnego i długo trwałego skurezu. Skurecz ten sprowadza ostateczne zamknięcie światła tętnicy i zupełne odcięcie dowozu krwi do siatkówki, która szybko ulega obumarciu.

Pomiędzy przyczynami zestawionemi przez Wilbranda i Sängera nie widzimy histeryi, która wedle przypuszczenia autora, mogła odegrać pewną rolę w przypadku przez niego opisanym.

Przypadek samoistnego zakrzepu środkowej żyły siatkówki w następstwie porodu. (A Case of Spontaneous Thrombosis of the Central Vein of the Retina Following Parturition). Aaron Brav — Filadelfia.

Zakrzep środkowej żyły siatkówki zdarza się najczęściej u osób w wieku podeszłym. I tak przypadki ogłoszone przez Lebera, Michela, Angelucciego, Schoeblla odnoszą się do chorych między 50-ym a 70-ym rokiem życia. Ammann zestawił z kliniki Haaba z ogólnej liczby 20.000 chorych 20 przypadków zakrzepu środkowej żyły siatkówki. W tem było 15 chorych w wieku między 50—80 lat. Większość autorów za główną przyczynę zakrzepu uważa sprawę miażdżycową. Amman wskazuje jako na czynnik usposabiający rodzaj zajęcia, zazwyczaj ciężkiej pracy fizycznej, zniewalającej do częstego schylania się. W liczbie ogłoszonych przez niego wypadków 13 odnosiło się do wie-

śniaków pracujących na roli, a pozatem byli jeszcze 2 kowale. U młodych osób *thrombosis venae centralis* zdarza się rzadko. Autor spotrzągał u 19-letniej kobiety dotkniętej niewyrównaną wadą zastawkową serca (*stenosis et insufficientia mitralis*) w dziesięć dni po ciężkim porodzie nagłą utratę wzroku lewego oka. Badanie wzornikiem wykazało typowy obraz zakrzepu środkowej żyły siatkówki nie pozostawiające co do rozpoznania żadnych wątpliwości. Chora zmarła w tydzień po wystąpieniu tej trombozy. Sekcey nie było.

Szczepienie i surowicze leczenie gruźlicy ocznej. (Vaccine and Serum Therapy in Ocular Tuberculosis). G. S. Derby—Boston.

Od czasu jak Robert Koch na kongresie w Berlinie w r. 1890 ogłosił swe odkrycie surowicy przeciwgruźliczej, sprawa leczenia gruźlicy na tej zasadzie opartego przeszła zmienne koleje. Pierwotny entuzjazm ustąpił miejsca rozczarowaniu, a przynajmniej znacznemu otrzewieniu, potem zapatrywania na wartość leczniczą tuberkuliny rozeszły się dyamentralnie, wreszcie zaczęto preparaować nowe wytwory tuberkulinowe, których dziś już jest cały szereg i które różnią się pomiędzy sobą nieraz bardzo znacznie tak pod względem działania, jak i pod względem sposobu użycia. Autor poświęca obszernie zestawienie różnych przypadków gruźlicy ocznej, leczonych przez siebie różnymi rodzajami tuberkuliny. Dochodzi on do wniosku, że stosunkowo najlepiej działa leczenie tuberkuliną w przypadkach gruźlicy tęczówki i rogówki (*keratoiritis tuberculosa*). Wyniki są mniej pewne przy gruźlicy naczyniówki (*tuberculoma chorioideae*), a zupełnie niepewne wyniki daje tuberkulina w przypadkach gruźlicy powiek i spojówki. Tę szczególną uporeczywość gruźlicy spojówki objaśnia tem, że są to najczęściej pierwotne ogniska zakażenia. Na końcu pracy znajduje się dla orientacyi bardzo pożyteczne zestawienie i charakterystyka używanych obecnie różnych przetworów tuberkulinowych. Autor wymienia następujące przetwory:

1) Stara tuberkulina (TA). Jest to przesącz hodowli prątków gruźliczych wyrosłej w bulionie zaprawionym gliceryną i przez ogrzanie zagęszczonej do $\frac{1}{10}$ części pierwotnej objętości. Tuberkulina ta jest właśnie pierwotnym przez Kocha podanym przetworem. W okulistyce nie jest używaną, chyba wyjątkowo do celów rozpoznawczych.

2) Tuberkulina TR sporządza się z wysuszonych hodowli prątków, rozpuszczonych następnie w fizyologicznym roztworze soli i rozdzielonych następnie w centryfudze na dwie warstwy, z któ-

rych dolna zawiera wylwory bakteryjne nierozpuszczalne w glicerynie. Tuberkulina ta, dotąd jeszcze w oftalmologii często używana. Dawka początkowa $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{500}$ mg.

3) Tuberkulina BE (*bacillus emulsion*) jest zawiesiną jednej części wysuszonych i rozlanych prątków gruźliczych w stu częściach przekroplonej wody zmieszanej z taką ilością gliceryny. Dawka początkowa $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{500}$ mg.

4) Tuberkulina BT (*bouillon filtrate*) (D e n y s) jest przetworem podobnym do TA z tą różnicą, że nie została poddana zageższczeniu przez ogrzanie. Oprócz toksyn wydzielanych przez żyjące prątki, zawiera ona istoty białkowe, które przechodzą do roztworu w płynnych hodowlach, nie zawiera zaś istot nierozpuszczalnych, które pozostają w ciałach prątków. Dawka początkowa $\frac{1}{10000}$ — $\frac{1}{10000}$ mg.

5) Tuberkulina TBK (B e r a n e c k) zdobyła sobie w ostatnich czasach szczególne wzięcie u okulistów. Zawiera ona oprócz pozakomórkowych jądów z bulionowych hodowli prątków gruźliczych, także jady wśródkomórkowe wytrawione z ciał samychże prątków 1% roztworem kwasu fosforowego. Teoretycznie zatem powinna ta tuberkulina posiadać w sobie w przybliżeniu wszystkie istoty uodparniające. Nie przedstawia zaś niebezpieczeństwa emulsji tuberkulinowych, w których mogą się znaleźć także prątki żyjące. Dawkowanie tuberkuliny B e r a n e c k a jest o tyle ułatwione, że bywa ona dostarczana w 15 roztworach lak ponumerowanych, że każdy roztwór następujący posiada stężenie, a zatem i działanie lecznicze dwa razy silniejsze od roztworu poprzedniego.

Prócz wymienionych wyżej istnieje jeszcze nieskończony szeregi innych na różny sposób przyrządzanych przetworów tuberkulinowych, które nie doznały dotąd jednak znaczniejszego rozpo-
wszechnienia.

The Ophthalmic Review. R. 1910. Czerwiec, lipiec, wrzesień, październik i listopad. (Ref. Dr J. Matusewiczówna).

Drażąca rana gałki i następca panophthalmitis wywołana przez drobnoustroje wydzielające gaz. (Penetrating injury of the Globe with panophthalmitis due to a gasforming microorganism). R. J a m e s.

Na drugi dzień po urazie wystąpiły początkowe objawy *panophthalmitidis*. Z rany wydobywały się pęcherzyki gazu. Z usuniętej gałki udało się autorowi wyodrębnić hodowle *bacilli aerogeni*

capsulati. Drobnoustroje te opisane po raz pierwszy przez Welch a spotykają się w przypadkach ostrej zgorzeli, ropnicy wyrostka robaczkowego i w ciekawem pośmiertnem zjawisku pienienia się wątroby. James sądzi, że opisywany przez autorów francuskich *bacillus aerogenes capsulatus* są identyczne.

Prosty obraz dna przy oftalmoskopowaniu w t. zw. odwrotnym obrazie. (An erectimage of the fundus by indirect ophthalmoscopy). F. Aleksander.

Jeżeli zamiast wypukłej soczewki weźmiemy wklęsłą tej samej sily, to otrzymany obraz dna prosty i odpowiednio do tego duży. Warunki do tego potrzebne są: należyte rozszerzenie źrenicy badanego, aby dno było dostatecznie oświetlone; bliskość soczewki od oka badanego; oko badającego musi również znajdować się niedaleko, ponieważ więc akomodacya może okazać się niewystarczającą we wzorniku należy użyć soczewki wypukłej.

Przewlekłe gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. (Chronic tuberculous Irido-cyclitis). Elmore Brewerton.

Dwa przypadki zakończone ślepotą na obu oczach. W pierwszym przypadku nie stosowano wcale tuberkuliny, w drugim dopiero po schorzeniu drugiego oka. Autor dochodzi do wniosku, że w tych przypadkach, gdzie ma się do czynienia z przewlekłym zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, nasuwając za podejrzenie co do gruźlicy, a gdzie reakcyja Wassermana wypadła ujemnie, należy od początku stosować tuberkulinę.

Oczopląs górników a kwas mrówczany. (Miners nystagmus and formic acid). Archibald Stanley Percival.

Okoliczność, iż niedawno kwas mrówczany stosowano przy *paralysis agitans* nasunęła autorowi myśl zastosowania go w oczopląsie górników. W 2-eh przypadkach wynik był zdumiewający i po upływie paru tygodni oczopląs znikł pomimo, że górnicy pracowali dalej w podziemiach. Stosowano 25% roztwór po 5—10 kropel trzy razy dziennie.

Przypadek opóźnionego wytworzenia się przedniej komory po operacyi zaćmy. (A case of delayed Reformativum of the anterior chamber after Cataract Extraction). Harrison Butler.

Przypadek operowany dwuczrasowo, z przygotowawczą irydektomią. W nocy po ekstrakcyi chorey, przestraszony jakimś hała-

sem, siadł na łóżku. Przednia komora wytworzyła się dopiero po 17-u dniach. Po następnych dwóch tygodniach znówu przednia komora znikła, w ranie przetoka, hypotonia. Po kilkunastu dniach silne bóle, T—1, obniżenie bystrości wzrokowej, poczem poprawa, małe torbielowate obrzęknięcie na miejscu przetoki. Po paru następnych tygodniach znówu hypotonia, przetoka. Choremu zaproponowano kauteryzację, ale sprawa wreszcie samoistnie się zagoiła — końcowy wynik Tn. Visus $\frac{6}{6}$.

Autor przypisuje to długie niezamykanie się rany temu, że przy gwałtownym ruchu wypłynęła cząstka torebki i umieściła się w ranie. Rana była tak długo otwarta, że kiedy się wreszcie zamknęła, warunki równowagi między sekrecją i ekskrecją zostały zachwiane i stąd wynikł przejściowy napad jaskry. Leczenie polegało na opasce uciskowej i spokoju w łóżku.

U drugiego chorego po wymiotach ranka nie zamykała się przez 4 dni wskutek, jak się okazało uwięźnięcia łączówki bez wypadnięcia. Wbrew zdaniu Widmarka, który podobne przypadki przypisuje cięciu rogówkowemu i zaleca ścisłe trzymanie się granicy rogówko-twardówkowej, autor uważa, że główną winę ponosi łączówka względnie resztki i że w tym kierunku należy przeciwdziałać.

Wrodzony ropotok worka łzowego. (Congenital Blepharorrhoea of the lacrimal sac). John Foster.

W pierwszym przypadku u 3-tygodniowego dziecka, na razie były tylko objawy kataru spojówkowego. Stosowano cynk, masowanie worka. *Argentum nitricum*. Po pięciu miesiącach objawy ustąpiły.

W drugim przypadku, który wystąpił w 10-m dniu życia, odrazu przy ucisku na worek wydobywała się wydzielina śluzoworopna. Leczenie kroplami i przez wyciskanie dało dobry wynik w 16-m miesiącu. Autor jest wogóle za leczeniem tych przypadków bez nacięcia i sondy.

Krótkowzroczność, rozwijająca się w 26-roku życia. (Myopia developing at 26 Years of Age). Campbell Munro-India.

Przypadek dotyczył krajowca żołnierza, który poprzednio badany odznaczał się wyjątkową bystrością wzrokową. Obecnie Visus $\frac{6}{15}$. Przy badaniu dna Mp. 3 D — 2.75 D. Visus $\frac{6}{6}$ c — 2.75 D \odot cyl. — 0.5 D, os prostopadła.

Zagadnienia dotyczące się jaskry. (Glaucoma problems). Priestley-Smith. (d. c. n.).

Leczenie operacyjne wysokiej krótkowzroczności. (The operation treatment of high Myopia). Thompson Hugh.

Na podstawie doświadczeń swych (20 operowanych ócz) dochodzi autor do następujących wniosków:

Poniżej refrakcyja po usunięciu soczewki przeciętnie wynosi $\frac{Mp.}{2} + 10.5$, przeto — 16 D jest granicą, powyżej której operacja jest usprawiedliwioną.

Co do wieku, to dzieci znoszą operację bardzo dobrze (najmłodszy chory autora miał 6 lat, powyżej lat 30-u lepiej nie ryzykować: 1) soczewka źle się resorbuje, stąd może być potrzebna ekstrakcyja z niebezpieczeństwem utraty ciała szklistego, 2) częstsze są w tym wieku powikłania ze strony naczyń i płamki żółtej. Operacja sama przez się nie wpływa na przyspieszenie wydłużania się osi podstawy gałki, należy przytem pamiętać, że całkowity wynik refrakcyi w oku bezsoczewkowym jest o połowę mniejszy.

Zmiany na dnie lub męty w ciałku szklistem stanowią przeciwskazanie do operacyi, w lekkich przypadkach zresztą nie absolutne, w każdym razie jednak należy pamiętać, że właśnie na oczach to zmianami temi występuje odczepienie siatkówki. O ile zmian w oku nie ma operacyja niema wpływu na ich powstawanie.

Tam, gdzie oba oczy są dotknięte, wybiera się do operacyi bardziej krótkowzroczne. Przy miarowości jednego oka operacyi robić nie warto.

W przypadkach, gdzie jedno oko dotknięte jest odczepieniem siatkówki, należy pamiętać, że i drugie może być do tego skłonne. Autor za najlepszy sposób operowania uważa: dyscezyę, następnie wypuszczenie napęczniałych resztek, w razie potrzeby powtórna dyscezyę zaémę wtórnej.

Co do wyników operacyi to ze 20 ócz na 3-eh, operacyja się nie udała — 1 raz wskutek odczepienia siatkówki.

Z powikłań autor dłużej omawia odczepienie siatkówki i dochodzi do wniosku, że jednym z momentów doni usposabiających jest utrata ciała szklistego podczas operacyi, aby tego uniknąć należy być ostrożnym przy usuwaniu resztek.

Przypadek widzenia połowiczego. (A case of Hemianopsia). James.

Rzadki przypadek równomiernego widzenia połowiczego dotyczył kobiety, która upadła ze znacznej wysokości na prawą połowę ciała. Autor sądzi, że dotknięte zostały drogi wzrokowe poza ciałami czworacemi, być może w samym zrazie potyliczym.

Oczopląs górników i kwas mrówczany. (Miners ny-stagmus et formic acid). Ohlemann — Wiesbaden.

Idąc za radą Percivala (Ophthalmic Review, sierpień) próbował autor w 12-u przypadkach zarówno starych, jak i świeżych kwasu mrówczanego i nigdy nie zauważył żadnego skutku. Tylko wstrzymanie się od pracy w podziemiach i odpoczynek mogą być skuteczne. Strychnina również nie oddziaływa na przebieg cierpienia.

Więstnik Oftalmologii. R. 1911. Styczeń — luty. (Ref. Dr M. Szafnicki).

O zmianach kiłowych ciała rzęskowego. W. P. Filatow.

Ponieważ klinicznie trudno odróżnić w ciałku rzęskowem zmiany kiłowe drugo- od trzecio-rzędnych, autor jest zdania, że wogóle ograniczone zmiany, wywołane kiłą, należałoby nazwać ogólnem mianem *syphiloma*. Następnie podaje dwa przypadki z własnej praktyki, które nie oryginalnego nie przedstawiają. W końcu autor bardzo szczegółowo uwzględnia odnośną literaturę opisując dokładnie każdy ogłoszony przypadek zmian kiłowych ciała rzęskowego.

Mięsak górnego prostego mięśnia ocznego. K. A. Judin.

Dotąd w literaturze ogłoszono cztery odnośne przypadki (Lopes i Piquero. Antigneau, Napp, Maruo). W tak obszer-nych podręcznikach, jak Graefe-Saemisch, Panas'a, Vossius'a, autor nie znalazł zupełnie wzmianki o podobnej sprawie chorobowej. Wobec tego, pozwolę sobie nieco szczegółowiej odnośny przypadek autora streścić. Mężczyzna, lat 48, został przyjęty do kliniki z powodu podwójnego widzenia i guza oka lewego. Dwojenie zauważył chory przed trzema miesiącami. W miesiąc poczem spostrzegł niewielki guzek w górnej części oka lewego, który stale rósł ku przodowi. W 15-roku życia przechodził jakąś chorobę gardła, która trwała dwa lata. Wówczas wystąpiło bliżej nie dające się określić porażenie oka lewego. Badany miał 8 dzieci, z których 5 żyje. Na ogół zdrow. Ból głowy i łamania po kościach nigdy

nie miewa. *St. praesens*. Po. *membrana pupillaris perseverans*. *Astg. hp.* Bystrość wzroku z korekceją 0·9. Lo. Skóra, brzeg i spojówka powiek prawidłowa. Ruchy powiek dostateczne. Przy zamkniętej szparze powiekowej i zwróconej wprost gałce, powieki wypuklają się ku przodowi. Ruchy gałki ku górze ograniczone, w innych kierunkach prawidłowe. W górnej połowie gałki widać guz — przedstawiający odcinek kuli, podstawa której leży na twardówce, a powierzchnia wypukła zwrócona ku przodowi, szerokość podstawy 3 cm. Guz dochodzi do rąbka rogówkowego, od tyłu i boków, ginie w oczodole. Spojówka nad guzem lekko przekrwiona i obrzęknięta, z silnie rozszerzonymi żyłami, szczególnie w wewnętrznym i zewnętrznym kąciku oka, z guzem, nie zrosnięta, silnie napięta. Nad częścią guza najwięcej wypukłą spojówka ma odcień żółtawy. Guz o konsystencji niezmiernie zbitej, powierzchni zupełnie gładkiej, nie wykazujący chęłbotania, do twardówki szczelnie przyrośnięty i przesuwają się tylko wraz z gałką. Zresztą oko zmian nie przedstawia. Przy wziernikowaniu żyły może nieco szersze. Bystrość wzroku z korekceją 0·7 (również jak w pro. *astg. hp.*). Ponieważ u chorego stwierdzono zmiany trzeciorzędne kręgowo-kiwiania salicylanu rtęciowego. Pomimo to sprawa w oku nie tylko nie ustąpiła, ale się nawet wzmogła. Leczone jodem i rtęcią trzy tygodnie. Następnie wycięto kawałek tkanki dla badania mikroskopowego, które wykazało utkanie mięsaka drobno-komórkowego, z bardzo małą ilością tkanki łącznej. Wycinając kawałek — autor równocześnie stwierdził, że guz ten zrosnięty jest z twardówką w miejscu przyczepu górnego mięśnia prostego. W kilka dni potem wykonano *exenteratio orbitae*, przyczem z górnej ściany oczodołu zdjęto okostną. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Badanie histologiczne wykazało, że cały mięsień górny prosty był nacieczony komórkami okrągłymi z dużym jądrem. Chory zgłosił się w 17 miesięcy po operacji do kliniki, przyczem nawrotu autor nie stwierdził.

Ciekawy przypadek powtarzającego się zapalenia tkanki podskórnej powiek. (Trophoedema?). E. G. Łazariew.

Autor badał w przeciągu 8-u miesięcy dziewczynę 24-letnią, w której neuro-patolodzy rozpoznali *lues cerebri*. Chora ta, zgłosiła się z powodu guza wielkości migdała na górnej powiece oka lewego, który miał powstać nagle po urazie. Guzek ten ze skórą nie był połączony, lecz zdawało się, że jest zrosnięty z chrząstką. Skóra nad guzkiem zaczerwieniona. Stawiono rozpoznanie *larisitis syphilitica*.

Zaordynowano weierki i ciepłe okłady z sublimatu (1:2000). Po kilku dniach cierpienie zupełnie ustąpiło. Jednak już po tygodniu nagle obrzękły powieki lewego oka. Skóra napięta — czerwona, fałdy powiekowe wygładzone, a pod skórą można wyczuć twarde guzy wielkości dużego migdała — na każdej powiece po jednym. Związku z chrząstką wykazać nie było można. Brzęki kostne oczodołu bez zmian, i nie bolesne. Ucisk na guzy lekko tkliwy, spojówka powiek, gałki nieco przekrwione, trzeszczu niema, ruchy gałki prawidłowe, *media* i dno bez zmian. Gruczoły, przyuszny i podszczękowy nie powiększone. Ciepłota prawidłowa. Tutaj wahano się już z rozpoznaniem, ale zastosowano również weierki i sublimatowe okłady. Zmiany ustępowały bardzo powoli, to słabnąc, to nasilając się i dopiero po 2-ech tygodniach ustąpiły, lecz powieki pozostały nieco obrzęknięte. Po dwóch tygodniach nowy napad, lecz już znacznie silniejszy. Chora zupełnie nie mogła otworzyć lewego oka. Obrzęk rozszerzył się na czoło, skroń, nos i szczękę dolną. Pod skórą już cztery guzy: dwa na górnej powiece, jeden na dolnej, a jeden na grzbiecie nosa, przyczem znacznie większe, jak poprzednio. Gałka sama bez zmian. Chora ciągle robiła weierki i piła jod. Podczas trzeciego napadu weierki zastąpiono wstrzykiwaniami wśrodmięśniowymi sublimatu 2‰. Chwilami miała się chora lepiej, to znów gorzej. I stan taki trwał sześć miesięcy. Guzy zmieniały swoją postać, wielkość i miejsce, lecz zupełnie nigdy nie znikwały. Autor stracił nadzieję wyleczenia chorej. Guzków mikroskopowo badać nie było można, gdyż chora stanowczo opowiadała przeciw wycięciu. W 8-m miesiącu autor postanowił wstrzykiwać sublimat w roztworze 1:1000 do samych guzków, od 0-3 do 0-8 cm co drugi dzień. Po trzecim zastrzyknięciu już można było zauważyć znaczną poprawę, a po 8-iu sprawa zupełnie ustąpiła. Od tego czasu minęło 1 $\frac{1}{2}$ roku i chora ma się zupełnie dobrze. Autor przytacza następnie różne podobne sprawy chorobowe. Opisywane w literaturze, lecz nie znajduję ani jednej, któraby przypominała spostrzeżaną przez niego. Przypuszcza, że należy tu myśleć o ścisłym związku tej sprawy ze schorzeniem mózgu.

Bacterium coli jako przyczyna hypopyon keratitis. N. T. Zajciew.

Przypadek dotyczył 34-letniego mężczyzny, który od szeregu lat cierpiał na jaglicę. Autor widząc chorego pierwszy raz, stwierdził jaglicę w okresie bliznowacenia; obie rogówki pokryte były licznymi naczynekami, a prócz tego na lewej wrzód naciekły sierpowaty $\frac{3}{4}$ obwodu zajmujący. Pomimo odpowiedniego leczenia po sześciu tygodniach powstała *applanatio corneae*, *atrophia bulbi si-*

nistri; badanie wydzielin z worka spojówkowego i z dna owrzodzenia wykazały prócz nielicznych gronkowców białych bardzo obfite grube, krótkie łaseczki, które po odpowiedniej dyagnostyce bakteriologicznej okazały się *bacterium coli*. Jest to czwarły przypadek w literaturze, a przytem najeęższy, może dla tego, że wystąpił na oku dotkniętem poprzednio jaglicą.

O zmianach chorobowych ocz wywołanych przez dżumę. Doc. pryw. T. K. Wernke.

Autor spostrzegał trzy przypadki dżumy, gdzie wystąpiły schorzenia oczne. W dwóch: *iritis serosa o. u.*, a w jednym *neuritis n. opt.* We wszystkich przyszło do zupełnego wyleczenia. Na podstawie własnych przypadków i odpowiedniej literatury autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Dotychczas opisano w literaturze sześć przypadków, gdzie pierwsze ognisko choroby było w oczach. W pięciu przypadkach choroba wystąpiła pod postacią ostrego zapalenia spojówek, przypominającego *blennorrhoea*, tylko z nieco mniej obfitą wydzieliną, lecz z małą domieszką krwi, a w jednym w postaci ostrego zapalenia woreczka łzowego. (Lekarz Jakota). 2) Z tych ognisk przychodzi łatwo do ogólnego zakażenia organizmu nawet bez żadnych zranień. 3) Jako powikłanie ze strony ocz przy dżumie zauważono dotychczas *panophthamitis*, *iridocyclitis*, *iritis*, *keratitis*, *ulcus corneae*, *conjunctivitis* i *neuritis*. 4) We wszystkich przypadkach, gdzie przyszło do zniszczenia oka znajdowano zarazek dżumy. 5) *Neuritis*, *iritis*, *iridocyclitis* i *keratitis* najprawdopodobniej powodowane są przez toksyny i dają dobre rokowanie. 6) Powikłania ze strony ocz występują zwykle na 2—5 dzień choroby. 7) Schorzenia oczne zdarzają się w 4·3% ogłoszonych przypadków dżumy. 8) Przekrwienie spojówek nie jest stałym i charakterystycznym objawem dżumy.

O jaglicy w Samarskiej gubernii. I. E. Markow.

Autor z polecenia władzy badał ludność kilku kolonii niemieckich w Samarskiej gubernii, wśród których nie było prawie wcale zdrowych na ocy mężczyzn w wieku 20—22 lat. Ścisłe badanie wykazało, że 85% ludności cierpi na jaglicę; nawet u dzieci kilkumiesięcznych stwierdził autor w kilkunastu przypadkach drugi okres jaglicy, a pięć razy spotkał bliźny po przebytej jaglicy u dzieci od 1—5 roku. Jako przyczynę podaje autor zaniedbanie potrzeb higienicznych wśród ludności i bardzo małą ilość lekarzy w odnośnej okolicy.

Leczenie jaglicy zapomocą acid. jodicum w porównaniu ze zwykłym sposobem. Dr med. Wasiutinskij.

Na podstawie 36-u przypadków, leczonych zapomocą *acid. jodicum* w różnych postaciach tego przetworu, przychodzi autor do następujących wniosków. Przy jaglicy ziarnistej (bez wyraźnego nacieczenia) zwykły sposób leczenia działa również dobrze, jak i przypalanie *c. acido jodico in substantia*. Przy formie nacieczonej zwykłe sposoby są pewniejsze niż stosowanie *ac. jodici*. Przy podostro przebiegającej wycieranie *c. 5%*, *ac. jodico* działa również dobrze, jak i inne środki. Tuszowanie *c. ac. jod. in subst.* i kombinowany sposób Schiele'go działa w takich formach bardzo źle. W trzecim okresie krople 1% *ac. jod.* znoszone są bardzo dobrze. Wogóle *ac. jodicum per se* działa bardzo żrąco. Powstają strupy, a następnie znaczne blizny. Słabe rozczynty 1% nie działają tak energicznie i mogą mieć szerokie zastosowanie. *Ac. jodicum in stilo* można z korzyścią stosować przy jaglicy ziarnistej szczególnie na spojówce gałki załamka półksiężycowego i mięska. Sposób kombinowany należy zupełnie zarzucić i jedynie można go wtedy stosować, gdy wszystko inne zawodzi. Wycieranie spojówek i wkraplanie *c. ac. jodico* ma tę korzyść, że mogą to leczenie wykonywać sami chorzy.

III. ROZMAITOŚCI.

Wedle wyniku wymiaru gałek, dokonanego przez siebie na najrozmaitszych oczach, zapomocą osobnego przyrządu, dochodzi Wesely do przekonania, że gałka w późniejszym wieku w całości ulega zmniejszeniu, co by tłumaczyło jej skłonność do jaskry.

Wedle spraw. Tow. fizykalno-lekarskiego w Wyrzburgu z d. 16-go lutego b. r.

Polskie Towarzystwo okulistyczne warszawskie z siedzibą w instytucie oftalmicznym, istniejące od r. 1908, liczy 40 członków, a mianowicie: 37-u z Warszawy, a 13-u z miast Królestwa Polskiego.

Prezesem na dorocznem zebraniu wybrany Dr Br. Ziemiński, wiceprezesem Dr Gepner, sekretarzem i skarbnikiem Dr Paradowski.

Towarzystwo okulistów polskich odbywać będzie swe posiedzenia jako sekcya okulistyczna XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który mimo wieści o odroczeniu odbędzie się stanowczo w czasie od 18—22 lipca b. r. w Krakowie.

Czas już niedługi dzieli nas od tego terminu, dlatego jeszcze raz zwracamy się do Szanownych Kolegów z usilną prośbą o wzięcie jaknajliczniejszego udziału i zgłoszenie referatów i komunikatów na ręce kierownika biura sekcji okulistycznej zjazdu, Dr Rosenhaucha (klinika okulistyczna).

Dotychczasowy program naukowy naszej sekcji przedstawia się jak następuje:

Temat ogólny:

Etylogia i postaci kliniczne zapalenia jądlicowego. Sprawozd. R. dw. Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Zgłoszone odczyty:

Doc. Dr Noiszewski z Petersburga: O jaskrze niezapalnej.

Dr W. Witaliński z Krakowa: Przypadki jaskry po operacji zaćmy.

Dr Edm. Rosenhauch z Krakowa: Cataracta e lactatione.

Dr Kleczkowski z Krakowa: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego.

Dr Szafnicki z Krakowa: Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Tenże: Ulcus serpens w uniwersyteckiej klinice krakowskiej w latach 1900—1909.

Dr Lewicki z Krakowa: Pyocyjanaza w okulistyce,

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego.

Tenże: Niezwykłe ciężki przypadek choroby Basedowa.

Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe.

Prof. K. W. Majewski z Krakowa: Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania.

Dr Kamocki z Warszawy: Z kazuistyki śródbłoniaków naczyńniówki.

Dr Ziemiński z Warszawy: Zaburzenia psychiczne a operacje oczne.

Prof. Dr Adam Bednarski ze Lwowa: Uwagi o zapaleniu przyszczykowem spojówki i rogówki.

Dr Bałlaban ze Lwowa:

Prof. Dr Machek ze Lwowa:

Dr Kramsztyk z Warszawy:

Dr Wulffson z Warszawy:

Dr Fukala z Wiednia:

Dr Kuropatwiński: Demonstracya umywalni dla okulistów praktyków.

Temat zastrzeżony.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilit.: Dr G. Samperi w Turynie.

Prof. Dr Helfreich w Wyrzburgu obchodził 5-go marca r. b. 25-letni jubileusz profesorski. Przesyłamy czei godnemu Koledze życzenie: *ad multos annos*.

Otwarta prenumerata na rok XIV (1911)

Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincyi 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszystkich wybitniejszych pracowników na polu filozofii, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnie polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny wogóle.

Każdy zeszyt zawiera

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 5. Autoreferaty |
| 2. Przegląd nauk szczegółowych | 6. Sprawozdania |
| 3. Przegląd krytyczny | 7. Przegląd czasopism |
| 4. Przegląd systematów współczesnych | 8. Wiadomości bieżące i notatki |
| | 9. Bibliografię |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcyja otwarta od godz. 4-ej—7-mej.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZIEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Maj.	—* ROČNIK TRZYNASTY. *—	1911.
------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Krwotok wypierający po operacji ocznej.

Podał

Dr med. Br. ZIEMIŃSKI

(Warszawa).

W obecnym stanie chirurgii ocznej wynik zupełnie pomyślny po operacji zaćmy należy do zdarzeń zwykłych. Kto dużo i starannie operuje, miewa przypadki z wybora, nawet całkowitą siłą widzenia, wyjątkowo zaś tylko siła widzenia po tej operacji wynosi mniej niż $\frac{1}{10}$ prawidłowej bystrości wzroku. Lecz trudno zaprzeczyć, że — mimo najnowszych udoskonaleń w technice i w dyagnostyce chorób oka, oraz mimo najściślejszej aseptyki czy antyseptyki — każdemu może się zdarzyć zejście niepomyślnie po wydobyciu zaćmy. Te straty albo są następstwem zakażenia przyranego, które się objawia w 24—48 godzin, po tym zabiegu, ale chyba nie więcej niż średnio raz na 200 przypadków, pomyślnie operowanych.

Częściej już się zdarza inne groźne powikłanie i to dopiero w kilka dni po operacji zaćmy — w postaci ostrego lub przewlekłego, zdradliwego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego (*iritis, iridocyclitis plastica*); tej sprawie, w przypadkach złośliwych, towarzyszy obrzęk nieraz wydatny powieki górnej — gdy go brak ma się prawo lepiej rokować. *Iritis plastica* niekiedy wiedzie do zarośnięcia źrenicy, do wytworzenia błony grubej w obszarze źrenicznym, do zmętnienia ciała szklanego, wyjątkowo nawet do zaniku gałki. Tym powikłaniom, a tembardziej utracie wzroku wskutek jaskry następczej, po operacji zaćmy, w wielu przypadkach można zapobiedz.

Chociaż więc wynik niepomysłny operacji zaćmy przeważnie — a zwykle i słusznie — obarcza sumienie operatora, zawsze jednak można stracić oko po operacji zaćmy i to bez winy operatora, mianowicie, wskutek krwotoku śródocznego w czasie lub wkrótce po operacji. Taki przypadek i, co rzecz szczególna, u osoby młodej, u 9-letniej dziewczynki niedawno się zdarzył w oddziale moim, a to po raz pierwszy na przeszło tysiąc operacji zaćmy.

Historya tego przypadku jest następująca:

Józefa J., lat 9, z Tomaszowa Rawskiego, została przyjęta do Warszawskiego Instytutu Oftalmicznego 3-go maja 1909 r.

Według słów ojca: ma od urodzenia obie źrenice »szarawo zbiełałe«, od urodzenia też była »ślepa«; w 6-ym roku życia jakoby przejrzała na prawe oko tak, że zaczęła się oryentować w przestrzeni; nigdy nie zauważono objawów zapalnych w jej oczach. Badanie oczne wykazało: Przydatki prawidłowe. Obie gałki drgają wahadłowo. Obie tęczówki fałują. Zaćma w obu oczach zrosła w wielu miejscach z tęczówką. Chora liczy okiem prawem palce nie dalej niż w odległości 1 metra i prawidłowo rzutuje czucia świetlne; rzecz wątpliwa, czy należycie odczuwa światło okiem lewym.

11. V. 1909. Po uśpieniu chorej chloroformem przystąpiono do wydobywania zaćmy z oka lewego. Natychmiast, po wykonaniu cięcia płatowego w rogówce, tęczówka wypadła na

znacznej rozległości, wycięto szeroki jej płat, resztę odprowadzono. Ukazała się zaćma błoniasta, tego zbita, zrosła z tęczęwką. Za ledwie szczypczykami nożyczkowymi udało się wyciąć część zaćmy. Po oczyszczeniu rany i po odprowadzeniu tęczęwki dano opatrunek obuoczny. Mała pacjentka, nad wiek roztropna, zachowywała się po operacyi bardzo spokojnie, nie doznawała bólu lub innych dolegliwości; nie było wymiotów. Gdy nazajutrz (12. V.) zdjęto opatrunek, stwierdzono, że rana szeroko zieję, a z niej sterczy twór różowawy, powleczony błonką szarawą; zwisa on nad rogówką, którą niemal całkowicie przysłania. Dano opatrunek uciskowy obuoczny.

15. V. 09. Po zdjęciu opatrunku, stwierdzono, że twór, sterzący z rany, zwiększył się w swych rozmiarach. Wobec tego, że ojciec chorej stanowczo nie zezwoliłby na wyłuszczenie gałki, wycięto ów twór szczypczykami nożyczkowymi (w dwu okresach).

26. V. 09. Rana goi się prawidłowo, ale gałka nieco się zmniejsza.

8. VI. 09. Gdy chora opuszcza Instytut, lewa gałka jest nieco nastrożona i widocznie przybiera postać czworokątną.

Badanie mikroskopowe, które wykonał kol. Kamocki, dowiodło, że błona, która pokrywała twór wycięty, jest to siatkówka zwyrodniała — brak jej wielu warstw właściwych. Krwotok wypierający po operacyi ocznej, który Terson trafnie nazwał *Haemorrhagia expulsiva*, a który dawniej nosił miano *Haemorrhagia gravis v. essentialis v. retrochorioidealis*, a nawet *Cataracta haemorrhagica*, opisał po raz pierwszy Wenzel (r. 1779), później Beer, Arlt, Rivaud Landron, White, Cooper. Do r. 1898 Spalding i S. Bloom zestawili z literatury przeszło 100 przypadków *H. expulsiva*. To powikłanie może się zdarzyć w czasie operacyi, zupełnie prawidłowo przebiegającej, ale spostrzegano je też w kilkanaście minut, w kilka godzin, nazajutrz, w 48 godzin, a nawet w 5 dni po operacyi na gałce. Krwotokowi nieraz towarzyszy ból dotkliwy. Gdy krwotok się objawia podczas operacyi, to rana zwykle szeroko się rozwiera, ciało szkliste się wypukła, krew

wypiera zawartość gałki, wzrok raptownie i na zawsze gaśnie, rzadko kiedy zdołano na razie zachować część wzroku, ale i wtedy z czasem gałka zanika. Gdy krwotok później nastaje, to krew przesiąka lub się sączy przez opatrunek; a skoro go się zdejmie i uchyli powieki, widać guzowaty skrzep krwi, w którym się stwierdza szczątki ciała szklistego i siatkówki; skrzep jest szypulasto złączony z gałką. To powikłanie może się zdarzyć w samym początku operacji (po prawidłowym cięciu rogówki, nawet zanim zdołano dotknąć tęczówki); częściej wybucha w okresach późniejszych operacji zaćmy, czasem po choćby nieznacznej utracie ciała szklistego. Sattler i Terson sądzą, że od lat 25, gdy zaczęto operować zaćmy pod kokainą, krwotok wypierający częściej następuje. Skądinąd trzeba zaznaczyć, że Knapp nie spostrzegał tego powikłania wśród 2300 zaćm przez się operowanych, Hess też ani razu, a Mooren tylko jeden raz na tysiąc przypadków operacji zaćmy. Sattler do roku 1886 nie miał ani razu *H. expulsiva* na 1250 operacji zaćmy, a po roku 1886 (operując pod kokainą) aż 6 przypadków *H. expulsiva* na 1869 operacji wybobycia zaćmy. Schiess przed rokiem 1885 miał 0·11%, a po r. 1885 aż 4·476% tego powikłania na 630 operacji zaćmy. Dimmer miał cztery razy *H. expulsiva* na 385 operacji zaćmy.

Przypadki, dotąd znane w literaturze, dotyczyły osób dorosłych, zwykle starców z oznakami stwardnienia tętnic ciała lub osób, które przedtem cierpiały na jaskrę. Badania anatomo-patologiczne oczu ociemniałych po krwotoku wypierającym wykazały, że następował z żył naczyńówki, przy ich schorzeniu (*Phlebitis*, *Periphlebitis*, *Dilatatio anepulliformis*) i przy ogólnem lub nawet miejscowem stwardnieniu tętnic. W tych warunkach krwotok łatwo może powstać, gdy w czasie operacji zaćmy, przy upośledzonej sprężystości tkanek, nagle wytwarza się próżnia w gałce ocznej. Obfitość i długotrwałość krwotoku wynika ze szczególnego spojenia tętnic rzęskowych z twardówką, co się przyczynia do wydatnego ziania tych naczyń w razie pęknięcia śródocznych gałązek krwionośnych.

Jak się zachować wobec podobnego krwotoku?

Przedewszystkiem dać opaskę uciskową. Jeżeli krwotok ustanie w ciągu krótkiego czasu, to opaska może wystarczyć do zagojenia doraźnego i do uniknięcia zapalenia następczego. W przypadku wyżej opisanym trzeba było wyciąć części wypadłe, poczem zdołano zachować przynajmniej jaki-taki kształt gałki. Gdy się nie zdoła opanować krwotoku, to można albo zaszyć ranę, albo lepiej chyba wyłuszczyć oko.

Niestety, opisano kilka przypadków krwotoku wypierającego w obu oczach, ale spostrzegano też przypadki, w których to powikłanie zdarzyło się tylko w jednym oku, gdy drugie przedtem lub później operowano z wynikiem pomyślnym.

Jak postąpić, gdy, po stracie jednego oka, ma się operować drugie? Jedni (Valude, Truc, Holth, Santos Fernandez) radzą zaniechać wydobycia zaćmy i poprzestać na zepchnięciu zaćmy z pola źrenicznego (*Reclinatio*). Inni poszli za radą Peschla, który zaleca rozcięcie torebki soczewki i późniejszą *extractio linearis simplex* nożykiem trójkątnym. Tak postąpili Lisicyń i Peirone i osiągnęli skutek pożądaný.

Nie należy utożsamiać krwotoku wypierającego z krwotokiem z przedniej powierzchni tęczówki. W tym razie — nie raz już za dotknięciem tęczówki szczypczykami — wynika krwotok i tworzą się skrzepy tak znaczne, jak przy *H. expulsiva*, ale w skrzepie niema żadnego organu wnętrza oka (ani ciała szklistego, ani siatkówki). Zapewne do tej kategorii należą przypadki krwotoku wypierającego z zejściem stosunkowo dobrem.

Wreszcie trzeba pamiętać, że i zwykle uleczone oderwanie naczyniówki (*Amotio chorioideae*), które czasem występuje w parę, w kilka lub w kilkanaście dni, albo i wiele później po operacji zaćmy, bywa też pochodzenia krwotocznego, wtedy można je uznać za postać łagodną krwotoku wypierającego.



II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVI. Z. 2. (Referent Dr Bałlaban).

O dokładności widzenia głębokości przy pomocy jednoocznej paralaksy. (Über die Genauigkeit des Tiefenschens, mittels der monocularen Paralaxe). Dr Verway.

Jednooczni doznają bardzo mało przeszkód przy pracy i orientują się w przestrzeni bardzo dobrze, jakkolwiek brak im t. zw. poziomej dysparacji. Czynniki, które u ludzi dwuocznych wchodzi w rachubę, jak wielkość kąta widzenia, cień, perspektywa powietrzna i t. p., nie odgrywają u jednoocznego żadnej roli, natomiast ważnym czynnikiem jest t. zw. jednooczna paralaksa, która nam w zwykłych warunkach umożliwia badanie położenia wyłobienia nerwu wzrokowego, badanie stereoskopem, fotografią Roentgena i t. p. Autor opisuje przyrząd sporządzony przez siebie, który jednak nie okazał się korzystnym. Bezpośrednie poznanie głębokości można osiągnąć przez jednooczną paralaksę, przy czym musi jednak być zachowane pojęcie o przestrzeni. Dokładność poznawania wrażeń głębokości przez jednooczną paralaksę zostaje oznaczana pojęciem zmysłu przestrzeni i ćwiczeniem osobnika.

O stanowisku źrenicy w systemie optycznym oka ludzkiego. (Über die Stellung der Pupille innerhalb des optischen Systems des menschlichen Auges). Dr Gleichen.

W systemie optycznym oka ludzkiego znajduje się źrenica, która jako dyafragma ma na celu ograniczenie działania wpadających do oka promieni świetlnych. Przy przyosiowym kierunku promieni, dyafragma ta nie posiada żadnego znaczenia i nie ma wpływu na wyrazistość odtworzonego obrazu, gdyż wszystkie promienie, które wychodzą z jednego punktu łączą się znowu w jednym punkcie. Gdyby się powiodło system optyczny tak skorygować, aby po wykluczeniu zbieżności aberracji wszystkie promienie świetlne wpadające także pod kątem łączyły się w jeden obraz, to każdy promień przechodzący przez dyafragmę musiałby się połączyć w jednym punkcie do dokładnego obrazu — co jednak teoretycznie wiemy, że jest nie możliwe. Przy znacznym bowiem nachyleniu promieni, promień główny nie przechodzi przez otwór dyafragmy, przez co w przestrzeni obrotowej nie tworzy się koniec stożka, lecz okrągława plamka (*Coma*). Na podstawie badań i licznych obliczeń przekonał się autor, że źrenica ma właśnie zadanie

zapobiegania powstawania takich piamek, które powodują powstawanie niedokładnego obrazu.

O czynności okulistycznej w zakładzie dla obłąkanych. (Zur augenärztlichen Tätigkeit in der Irrenanstalt). Dr Albrand.

Autor opiera swoje doświadczenia na badaniach podjętych przez 9 lat na 1445 chorych umysłowych, z której to liczby 23% leczono okulistycznie z pominięciem chorób ocznych, wpływających z powikłań z chorobami mózgu. Najwięcej chorych cierpiało na choroby powiek i rogówki. Leczenie nie dawało się bardzo często stosować, z powodu oporu chorych. Bardzo często spostrzegał autor okaleczenia powiek, których następstwem była niejednokrotnie róża i ropnie oczodołowe. Przy jaglicy trzeba było ograniczać się do izolacji chorych, gdyż leczenie swoiste było niemożliwym do przeprowadzenia. Tosamo leczenie operacyjne jest niemożliwym. Bardzo znaniecznie zachowują się obłąkani przy utracie wzroku, którą znoszą bez najmniejszej przykrości i żyją jak dawniej wśród halucynacji. Szkieł używać nie chcą.

Dane histologiczne do poznania powstawania wyłobienia nerwu wzrokowego przy jaskrze. (Histologische Daten zur Entstehungskennntnis der glaucomatösen Excavation). Dr Irene Markbreiter.

W ostatnich czasach opisywano dwa przypadki, które są w możności zmienić zapatrywanie co do sposobu powstawania wyłobienia tarczy wzrokowej przy jaskrze. W jednym z tych przypadków nie było przy ostrej jaskrze wyłobienia tarczy, pomimo znacznego ucisku śródocznego, natomiast w przypadku drugim istniało głębokie wyłobienie pomimo braku ucisku. Jakkolwiek wedle Schmidt-Rimplera nawet przy prostej jaskrze musi istnieć choćby tylko czasowe wzmoczenie ucisku śródocznego, to jednak nasuwa się pytanie, czy takie nieznaczne wzmoczenie ucisku może spowodować powstawanie wyłobienia. Jest bowiem przypuszczenie, że im większy jest ucisk to tem większe musi być wyłobienie. To jednak nie jest prawdziwym, a także nie udało się przez eksperyment wywołać wyłobienie przy pomocy ucisku. W przypadku ogłoszonym chodziło o oko schorzałe na ostrą jaskrę, które po pierwszym ataku ociemniało i zostało wyłuszczone. W nerwie wzrokowym znaleziono lejkowate wgłębienie 6—7 mm głębokie, którego koniec znajdował się po za twardówką. Na wysokości siatkówki widać trzy wgłębienia, które sięgają aż do brzegu siatkówki. Tkanka nerwu wzrokowego znisz-

czała. Zmiany wszystkie powstały bez żadnych objawów zapalnych, nie mogły powstać przez wzmocnienie ucisku śródocznego, gdyż w tym razie musiałyby wgłębienie mieć postać walca. W przedniej części gałki ocznej były zmiany odpowiednie jaskrze. Następuje opis kilku przypadków i przytoczenie zdań różnych autorów co do sposobu powstawania wyłobienia przy jaskrze*).

Przyczynki do anatomii, fizyologii i patologii oczodołowego systemu żylnego, z uwzględnieniem oczodołowej pletysmografii. (Beiträge zur Anatomie, Physiologie, und Pathologie des orbitalen Venensystems; zugleich über orbitale Plethysmographie). Prof. Kraus.

Kwestya, co do sposobu odpływu krwi żyłnej, pochodzącej z oczodołu i gałki ocznej, nie da się rozstrzygnąć wyłącznie badaniem anatomicznem, to też autor posługiwał się też badaniem pletysmograficznem oczodołu. Odpowiednie zdjęcie röntgenogramu udowodniło dosadnie, że główne żyły, a mianowicie *V. ophthalm. sup.*, *V. ophthalm. infer.* i *V. lacrymalis* są bez klap i że one są zbiornikiem i miejscem przejścia całej ilości krwi, przyczem są one ze sobą połączone licznymi komunikacjami, a tem samem stanowią same dla siebie oddzielny system. Autor opisuje następnie przyrząd swego pomysłu, który jest połączony z elektrokimografem, na którym reprodukuje odpowiednie linie krzywe. Na tych liniach spostrzegać się dają małe tętniczne i oddechowe wahania, przyczem linie te zmieniają się przy silnym oddechu, przy połyku — z czego dokładnie widać, że napełnienie naczyń oczodołowych jest zależne od ciągłych zmian w jakościowym i ilościowym sposobie oddechania. Prócz tego ma pewien wpływ na zachowanie się naczyń oczodołowych, powiek i ich mięśni.

Centralblatt f. Augenheilkunde. R. 1910. Z. 12 (grudzień). R. 1911. Z. 1 (styczeń). Z. 2 (luty). (Ref. Dr L. Gruder).

Przypadek zatoru w unaczynieniu rogówko-twardówkowym. (Ein Fall von Embolie des Randschlingennetzes der Hornhaut). Dr Velhagen w Chemnitz.

Chory na *sepsis chronica* posiadał następujące objawy na oku: Po stronie górnego-zewnętrznego, bezpośrednio w nieprzezroczy-

*) Autorka w całej swej t. zw. pracy bawi się opowiadaniem nieszkodliwemi, ale też wyłącznie bez znaczenia. Osobistych wniosków nie wysnuwa żadnych, wogóle w całej pracy przebiega brak związku i logiki. (Ref.).

stym brzegu rogówkowym oka lewego, pod spojówką widać wzniesienie pryszczkowe (*phlyctæna*) ze zmętnieniem głębszych warstw sąsiedniej rogówki. W otoczeniu tego zmętnienia spojówka i episklera były lekko nastrzyknięte; zresztą oko prawidłowe. Zastosowano gorące okłady. W następnych pięciu dniach całość zatraciła podobieństwo do *phlyctæny* i miała raczej wygląd czopa ropnego, idącego ze spojówki w głąb. Naciek w rogówce ustąpił.

Przy lekkim podniesieniu górnej powieki i lekkim nacisku powieką wydostano żółty czop ropny. W twardówce, względnie na granicy rogówko-twardówkowej widać było głęboki, okrągły ubytek o ciemnym dnie. Tęczówka była wrośniętą w ten ubytek. Objawy zapalne z wolna ustępowały, jednak wrośnięcie tęczówki pozostało nadal. Ubytek został wyrównany tkanką spojówkową. Bystrość wzroku pozostała obustronnie dobrą.

Wylew limfy na dnie oka złamaniu czaszki. (Lymphorrhagie im Fundus nach Schädelbruch). DrK oerber w Marxloh.

Robotnik doznał pęknięcia czaszki. Upośledzenie wzroku na lewym oku. Tuż obok tarczy kilka białych ognisk, dobrze odgraniczonych i wielkości tarczy nerwu ocznego; częścią przykrywały one naczynia krwionośne. Kilka mniejszych ognisk leżało obok naczyń. Większe naczynia wykazywały nieregularności w wypełnieniu krwią. Krwotoków na naczyniówce nie było.

Po trzech tygodniach pęknięcie czaszki zagojone. V oka pr. = $\frac{9}{8}$, lewego $\frac{9}{7}$ — $\frac{6}{6}$. Pole widzenia (lewe) prawidłowe. Zmniejszenie białych ognisk w znacznym stopniu i wyglądały one niby delikatne plamki; małe zupełnie znikły.

Położenie ich względem naczyń krwionośnych, barwa i ustąpienie tych objawów prawie zupełnie skłoniły autora do uważania ich za wystąpienie limfy z dróg limfatycznych, otaczających naczynia krwionośne. Takie trzy przypadki ogłosił niedawno Purtscher.

Przypadek korzystnego przecięcia nerwu ocznego. (Ein Fall von nützlicher Nervendurchschneidung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

40-letni chory podaje następującą historję choroby: przed 15 laty *ulcus durum* i *lues*. Po 8-u latach zapalenie lewej tęczówki, irydektomia; po 4-ech latach reumatyzm. Przed 3-ma laty *glaucoma acutum* prawego oka z irydektomią i sklerotomią, ale bezskutecznie. Gdy jednak liczne nawroty zapalenia rogówki (pęcherzyki) bardzo dotkliwie dawały się we znaki choremu, autor zdecydował się na przecięcie nerwu ocznego. Bóle po operacyi zupełnie ustąpiły.

Po dalszych siedmiu latach pęcherzyki na powierzchni rogówki wprawdzie znowu występowały, lecz nigdy nie były już bolesne. Gałka cała bez nastrożnienia, wykonuje ruchy prawidłowo, a rogówka posiada wprawdzie czucie, lecz nawroty zapalne nie sprawiają już bólów. Nawroty powtarzają się w odstępach 2—4-tygodniowych, lub rzadziej, lecz zawsze są bezbolesne. Jest to więc przypadek, gdzie przez neurotonię *optiociliaris* gałka została utrzymaną narazie przez dwadzieścia lat.

Masaż gałki przy jaskrze wtórnej, wywołanej przez pęcznienie soczewki. (Vibrationsmassage bei Secundärglaukom von Linsenquellung) Dr Jan Ohm w Bottrop.

Przypadek z uporeczywą jaskrą wtórną, która powstała po dyscezyi soczewki. Autor stosował sposób masażu, opisany przez Piesbergera, prawie przez trzy tygodnie (w różnych odstępach) i otrzymał dobry wynik ostateczny.

Widoczne krążenie krwi w naczyniach naczyniówki. (Die sichtbare Blutströmung in den Aderhautgefässen). Dr Ernest Kraupa w Pradze.

Autor przytacza dwa przypadki, w których spostrzegał krążenie krwi w naczyniach naczyniówki w postaci t. zw. ziarnistego krążenia (*körnige Strömung*).

Pierwszy przypadek dotyczy 37-letniego tabetyka. V pr. = 0.5, l. oko = 0.7. Pole widzenia przy dziennem świetle prawidłowe dla białej barwy, znacznie zwężone dla innych barw. Żrenice nierówne, objaw Argyll Robertsona dodatni. Bardzo delikatne męty w ciałku szklistem. Wziernikiem widać znaczny zanik naczyniówki, plamka żółta wolna. Przy dokładniejszym badaniu widać było w naczyniu naczyniówki blisko tarczy wyraźne ziarniste krążenie krwi w ten sam sposób, w jaki opisane jest w naczyniach spojówki, rogówki i siatkówki. Ruch był wyraźnie dośrodkowy do wyraźnie dających się spostrzegać naczyń żylnych.

Długi przypadek to wysoka myopia (— 10^oD) z zanikiem naczyniówki w postaci rozszaniych ognisk po całym dnie oczu.

Autor widzi przyczynę tego zjawiska w utrudnieniu krążenia, spowodowanem przez zapalne zmiany w naczyniówce i częściowem zaniku naczyń krwionośnych.

Autor zwraca też uwagę na twierdzenie Liebreicha, który utrzymuje, że zjawisko to nie jest tak rzadkiem, tylko należy o tem myśleć i dokładnie badać zawartość naczyń krwionośnych.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1911. T. LXXVIII. Z. 1, 2, 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Przyczynki do wiadomości o powstawaniu tarczy zastoinowej. (Beiträge zur Kenntnis der Genese der Stauungspapille). Fr. Schieek — Getynga.

Najwcześniejszym objawem, według autora, powstającej tarczy zastoinowej, jest zamglenie środka tarczy nerwu wzrokowego, a mianowicie tego miejsca, gdzie wielkie naczynia przechodzą przez blaszkę siłową. W obrazie prostym widać prócz tego odbłask od podniesionej blaszki lśniącej wewnętrznej. Odbłask ten leży od przodu od odbłasku od ścian naczyń krwionośnych. Wkrótce potem widoczny jest wysięk przed naczyniami, przedstawiający się jako chmura wnikająca w ciało szkliste. Równocześnie występują koło naczyń jasne pasy najpierw w zakresie tarczy, później też w jej okolicy. Jest to dowód wypełnienia limfą przestrzeni okolonaczyniowych. Zatarcie granic tarczy jest już nieco późniejszym objawem, a widoczne jest najpierw w tych miejscach, gdzie naczynia brzeg tarczy przekraczają. Stopnia wypełnienia krwią naczyń krwionośnych nie uważa autor za miarodajne, a czyni go zależnym od przypadkowych warunków. Drobnowidowe badanie świeżych tarcz zastoinowych przeprowadził S. metodą Marchiego i po utrwaleniu w płynie Ortha. Badania te wykazały zupełny brak objawów zapalnych, a główną i jedyną zmianą był obrzęk niezapalny w najwcześniejszych okresach zastoiny, dający się wykazać zawsze przy ujściu osiowej przestrzeni limfatycznej, w przestrzeni międzyoczkowej n. wzrokowego i tuż przed blaszką siłową w zakresie tarczy. Ażeby udowodnić, że tarcz zastoinowa powstaje jedynie dzięki działaniu czynników mechanicznych starał się autor otrzymać ją na zwłokach. Autor wstrzykiwał do pochewki nerwu płyn Tandlera i Thierscha. Objawy kliniczne i drobnowidowe w zupełności odpowiadały zmianom spostrzeganym u człowieka żyjącego. Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że do powstania tarczy zastoinowej potrzebne jest prócz zwiększenia ciśnienia śródmózgowego również i zwiększenie ilości płynu mózgodzeniowego. Zwiększenie się ilości płynu po jednej stronie czaszki wywołuje silniejsze objawy zastoiny w nerwie po stronie równoimiennej, aniżeli po przeciwnej.

Przyczynowość i sposób powstania wtórnego zezabozbieżnego. (Ätiologie und Pathogenese des sekundären Strabismus divergens). H. Rönne — Kopenhaga.

Przyczyny wywołujące, względnie wyzwalające powstanie operacyjnego zezabozbieżnego układu autor w 4 grupy: 1) Niedomoga mięśnia

z powodu błędu technicznego przy operacji. 2) Niestosunek między wielkością istniejącego zezła a otrzymanym wynikiem operacyjnym. Powstać to może, albo dzięki złemu obliczeniu skutku operacyjnego, albo z powodu nadmiernego działania mięśnia przeciwdziałającego. 3) Samoistne wyleczenie się wady w unerwieniu względnie mięśniowej, która była przedtem przyczyną zezła. 4) Każda przyczyna, która więcej lub mniej niezależnie od pierwotnej operacji zezła, wpływa na powstanie zezła rozbieżnego.

O dellach rogówki. (Über Dellen der Hornhaut). E. Fuchs (Wiedeń).

Zmiana dotychczas nieopisana polega na zagłębieniu w rogówce tuż przy *limbus*. Brzegi zagłębienia są wyraźnie bardziej prostopadłe w kierunku ku środkowi rogówki. Wymiar delli od 1—3 mm. Dno zagłębienia wykazuje lekkie srebrnawe zmętnienie. Czucie w zakresie delli nieco obniżone. Najczęstszą przyczyną jest obrzęk zapalny lub niezapalny rąbka. Dwa razy spostrzegał autor po zapuszczeniu kokainy, dwa razy po operacji zaćmy, raz u osobnika dotkniętego kurzą ślepotą, raz przy *lagophthalm. paralyticus*, trzy razy spostrzegał F. powstanie ich samoistne. Różnica między dellami F. a t. zw. zagłębieniami Gaule'go polega: 1) na miejscu usadowienia ich (Gaule'go zagłębienia w środku rogówki). 2) Delle Fuchsa są większe i głębsze. 3) Delle nie powstają z powodu *lagophthalmus*. Autorowi udało się raz wywołać dellę doświadczalnie na oku, mającem być wyjętem z powodu nowotworu oka przez wstrzyknięcie podspojówkowe rozezninu kokainy. Badanie drobnowidowe wykazało w zakresie delli zcieńczenie nabłonka o $\frac{2}{3}$ od prawidłowej grubości nabłonka. Błony Bowmanna w miejscu delli był brak zupełny. Powstanie delli z pewnem prawdopodobieństwem należy sobie tłumaczyć przez miejscowe wyschnięcie z powodu utraty płynu.

Pomiary soczewek i emmetropizacya. (Linsenmessungen und Emmetropisation). W. F. C. Zeeman — Amsterdam.

Badania przeprowadzone przez autora *oftalmofakometrem* Tscherninga wykazały, że $\angle \alpha$ (kąt między osią optyczną a linią wzrokową) u myopów mniejszy jest aniżeli u emmetropów, u tych zaś znowu mniejszy aniżeli u hypermetropów. Różnica wielkości kąta α przy różnej łamliwości oka spowodowana jest różnicą w długości osi oczów. Różnica w wielkości $\angle \alpha$ u ludzi z jednakową łamliwością jest wyrazem różnic w odległości plamki żółtej od osi optycznej. Odległość zaś osi optycznej od plamki żółtej nie stoi w żadnym związku z łamliwością oka. Najmniejszy

promień rogówki posiadają krótkowzroczni, większy o łamliwości miarowej, a największy dalekowzroczni. Z zachowania się tego widać, że rogówka ze swoją łamliwością zwiększa jeszcze wysokość danej wady łamliwości, a nie zmniejsza. Pomiarów głębokość przedniej komory wyazują, że głębokość jej przeciętnie większa jest o 0.37 mm u myopów aniżeli u emmetropów, a o 0.42 większa aniżeli u hypermetropów. Łamliwość przedniej powierzchni soczewki jest większa u emmetropów aniżeli u myopów a silniejsza u hypermetropów aniżeli u emmetropów. Grubość soczewki największa jest u hypermetropów, najmniejsza u myopów. Z pomiarów soczewki widać, że łamliwość jej stoi w odwrotnym stosunku do względnej łamliwości oka. Pomiarów wykonane przez Z. zdają się w zupełności stwierdzać twierdzenie Strauba co do emmetropizacji oczów, mówiące, że na emmetropizację głównie wpływa zachowanie się soczewki.

O regulacji ustawienia się oczów przez narząd słuchowy. (Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat). M. Bartels — Strasburg.

Ruchy gałek ocznych bywają wywołane odruchowo. Z ucha powstają zawsze dzięki działaniu jednej pary mięśni, z której jeden mięsień kurczy się, drugi zaś ulega zwiotczeniu. Skurecz jest zawsze nieco silniejszy aniżeli rozkurcz. Mięśnie są w stanie czynnym podczas całego trwania drażnienia doświadczonego błędnika. Przy przejściu *nystagmus rotatorius* w drganie następowe oba mięśnie ulegają zwiotczeniu. Przejście wolnych ruchów ocznych w szybkie następowe zawsze podczas *maximum* zmiany napięcia mięśniowego, t. j. podczas największego zwiotczenia mięśnia, albo podczas największego skurczu. Czynność mięśni jest zupełnie innego rodzaju podczas wolnej fazy ruchów, aniżeli podczas szybkiej fazy. Podczas narkozy skurecz mięśnia był znacznie silniejszy, aniżeli zwiotczenie mięśnia. Wolne ruchy mięśniowe są ostatnim odruchem, jaki znika podczas głębokiej narkozy. Wywołany *nystagmus* z ucha wpływami termicznymi nosił cechy *nystagmus rotatorius*. Przy drażnieniu ucha, występujące zwiotczenie mięśni należy tłumaczyć, według autora, obecnością stałego odruchowego, życiowego nie wpływami mechanicznymi wywołanego stanu napięcia. Stan ten napięcia jest stałym, działający nawet w głębokiej narkozie.

O zapaleniu spojówki wywołanem krwią węgorza. (Über Aalblutconjunctivitis). W. Pöllot i Rahlson — Heidelberg.

Autorowie spostrzegli przypadek ostrego zapalenia spojówki w następstwie dostania się do worka spojówki kilku kropel krwi

węgorza (podczas preparowania go). Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach i sobie samym (Pöllot) przekonały autorów, że tylko surowica węgorza objawy zapalne wywołuje. Surowica innych zwierząt (królik, pies) jadów takich nie posiada. Zapalny wpływ surowicy zależy jest od obecności w surowicy węgorza jadu (*ichtyotoximum*) związanego w niej z globulinami (Mosso). Surowica ogrzana do 7^o C. traciła swój wpływ zapalny.

O ograniczonym obszarze odżywczym w płacie potylicznym i jego znaczeniu dla nauki o ośrodku wzrokowym. (Über circumscribte Nutritionsgebiete im Occipitallappen und ihre Bedeutung für die Lehre vom Sehzentrum). S. E. Henschen (Stockholm).

W r. 1892 ogłosił autor rzadki przypadek rozmięczenia, obejmującego jedynie korę *fiss. calcarinae*. *Radiatio optica* było niezajęte. Klinicznie w przypadku tym było połowicze widzenie. Autor postawił twierdzenie, że ośrodek wzrokowy leży w korze *fiss. calcarinae* (t. zw. przez H. *area striata*). Monakow sprzeciwił się twierdzeniu H. mówiąc, że kora wzrokowa nie jest ograniczona tylko do medialnej części, lecz również rozszerza się na całą lateralną część płata potylicznego. Henschen na podstawie dwóch nowych przypadków (zdjęcia fotograficzne!) powtarza dawne swoje twierdzenie.

W sprawie zakażenia ciała szklanego i ropnia okrężnego. Doświadczalne i krytyczne badania. (Zur Frage der Glaskörperinfektion und des Ringabscesses. Experimentelle und kritische Untersuchungen). O. Kuffler — Giessen.

Autor wykazał, że przeszczepienie przesącza ropy z *panophthalmitis* nie zawierającej drobnoustrojów do ciała szklanego wywołuje silne objawy zapalne, polegające na obrzęku powiek i spojówek, wydzielinie śluzowo-ropnej, lekkim zmętnieniu rogówki, wysięku galaretowato-włóknistym w przedniej komorze i gęstym wysięku w ciałku szklanym. Stare kultury *bac. subtilis*, które już dawno nie były przeprowadzone przez zwierzęta, nie wywoływały widocznego schorzenia. Autor przekonał się, że *bac. subtilis* w kulturze zdolny jest wytworzyć produkta sekrecyjne, które wywołują u królika *panophthalmitis*. Czy te produkta są toksynami, dotychczas autor nie daje zupełnie pewnej odpowiedzi. *Panophthalmitis* wywołana przez *bac. subtilis* była tem silniejsza, im jadowitość bakterii była większa. Jadowitość ta powiększała się przez przeprowadzenie drobnoustrojów przez zwierzęta (do ciała szklanego, lub do krwi). W jednym z doświadczeń udało się autorowi wy-

wołać przy pomocy *bac. subtilis* przy *panophthalmitis* ropień okrężny. *Bac. subtilis* wprowadzony do krwi w bardzo szybkim czasie z niej znika. Po trzech dniach można go jeszcze wykazać w śledzionie i szpiku w skąpej ilości. Potem i stąd znika w zupełności. Następne badania autora wykazały, że *in vitro* fagocytoza jest niezmiernie względem *b. subtilis* nieznaczna.

Iridochorioiditis serosa po długoletniej obecności kawałka żelaza w oku; równocześnie przyczynę do siderosis bulbi. (Iridochorioiditis serosa nach langjährigem Verweilen eines Eisensplitters im Auge, zugleich ein Beitrag zur Siderosis bulbi). J. Rubert — Kijów.

Przypadek autora dowodzi możliwości powstania *irido chorioid. serosa chronica* w następstwie obecności żelaza w oku. Cechą zapalenia były głównie sprawy degeneracyjno-proliferacyjne. Następstwem działania żelaza było bujanie nabłonka Descemeta i łączno-tkankowe złoży na tylnej powierzchni rogówki. *Siderosis* w przypadku autora była z powodu braku krwotoków ściśle ksenotyczna t. j. tylko od ciała obcego zawisła. Badanie wykazało wreszcie, że w przyjmowaniu żelaza przez komórki bierze udział nie tylko pierwszorzędne komórki, ale też i ich jądra (w tęczęwce). Autor wysnuwając wniosek ze swojego przypadku sądzi, że osady na tylnej powierzchni rogówki są pochodzenia rogówkowego.

Oftalmologiczne drobnostki. (Ophthalmologische Bagatellen). A. v. Reuss.

Autor poleca do celów dydaktycznych i rozpoznawczych ubytków nabłonka rogówki podwójne zabarwienie pyoktaniną i fluorescyną. Pyoktanina (1:1000), której autor z dobrym skutkiem używa w leczeniu od czasu stosowania jej przez Prof. Wicherkiwicza zabarwia dno wrzodu, poprzednio zaś zapuszczona fluorescyna zabarwia w postaci zielonego pasa naokoło niebieskiego wrzodu nabłonek jeszcze luźno przylegający do podstawy. Szczególnie dobre usługi oddał R. ten sposób w przypadkach *keratitis dendritica*, podczas którego to schorzenia obraz chorobowy prawie codziennie ulega zmianom. Jako leczenie *kerat. dendritica* i *fascicularis* używa autor z dobrym skutkiem elektrolizy ubytków.

Przypadek obustronnego glejaka siatkówki z enukleacją jednego od 11-stu lat atroficznego oka. (Ein Fall von doppelseitigem Glioma retinae mit Enukleation des einen und nunmehr fast 11-jähriger Atrophie des andern Auges). Frau G. Knieper — Heidelberg.

Przypadek autorki dowodzi możliwości dobrowolnego wyleczenia się glejaka przez zanik gałki — nie pozwala jednak stwier-

dzić z całą pewnością, że glejak ten już nigdy nie byłby zdolny do dalszego wzrostu.

Kazuistyczny przyczynek do „dystrophia epithelialis corneae“ Fuchsa. (Kasuistischer Beitrag zu der dyst. ep. corn. Fuchsa). P. Knapp — Bazylea).

Autor przytacza przypadek w zupełności odpowiadający obrazowi chorobowemu, podanemu przez Fuchsa. Najlepszy skutek w leczeniu oddało autorowi masowanie rogówki przez powiekę górną.

Doświadczalne badania nad bakterjobójczym działaniem „asurołu“ na oku królika. (Experimentelle Untersuchungen über baktericide Wirkung des »Asurols« am Kaninchenauge). L. Schreiber — Heidelberg.

Autor przeprowadził doświadczenia z asurolem (podwójna sól tlenku rtęciowo-salicylowego sodu i kwasu amino-oxyiso-masłowego) z veronalnatrium-rtęciosalicylanem i z bensurolem (sól podwójna kwasu amino-oxyiso-masłowego i tlenku rtęcio-benzoesanu sodu). Wyniki z 3 ma tymi środkami były jednakowe. Oko prawidłowe zwierzęcia znosiło bez najmniejszego podrażnienia wkroplenie roztworu 1--3%, założenie maści aż do 5%, wstrzykiwanie podspojówkowe $\frac{1}{2}$ cm roztworu $\frac{1}{2}$ %-ego i kąpiele oczne $\frac{1}{2}$ —1%. Autor następnie leczył wrzody rogówki, wywołane u królika przez *staphylococcus pyogenes aureus* i *bac. pyocyaneus*. Wkraplanie i zakładanie maści nie wywierało żadnego działania antyseptycznego. Kąpiele oczne miejscowo działały dobrze, wywoływały jednak objawy zatrucia (nawet śmierć zwierzęcia). Wynik dobry po wstrzyknięciach podspojówkowych spostrzegał S. w 2-ch przypadkach.

Gonoblennorrhoea, blennorrhoea z wtętami i jagicą. (Gonoblennorrhöe, Emschlussblennorrhöe und Trachom). K. Lindner — Wiedeń.

Na podstawie materiału kliniki Prof. Fuchsa dzieli autor przypadki *ophthalmiae neonatorum* na dwie grupy: 1) *gonoblennorrhoea*, 2) *blennorrhoea* z wtętami. Ze 119 przypadków do 1-ej grupy należało 49 przyp., do drugiej 53. Cztery przypadki były zmieszane (gonokokki + wtęty). Co do tych 4-ch przypadków to podczas leczenia po kilku dniach zniknęły gonokokki, wtęty utrzymywały się miesiącami. Autor wypowiada zdanie, że trachoma w swoim początku było czysto genitalną chorobą, która raz przeniesiona na oko, z powodu swojego przewlekłego przebiegu stała się zupełnie od schorzeń dróg rodnych niezależną. Względnie

rzadkie przeniesienie jadu z dróg rodnych, lub ze spojówki noworodka, cierpiącego na *blennorrhoea* z wtrętami na spojówkę człowieka dorosłego przy nieodpowiedniej higienie może stać się nowym ogniskiem jaglicy w okolicy przedtem od jaglicy wolnej.

Przyczynki do znajomości budowy głąjaka siatkówki.
(Beiträge zur Kenntniss der Struktur des Netzhautgloms). Th. Leber — Heidelberg.

Badania autora wykazały, że metodami barwienia dzisiaj zazwyczaj używanymi nie można w świeżych głąjakach siatkówki wykazać typowych komórek głąji. Obrazy, przypominające komórki spostrzegał autor w częściach nowotworów uległych zwyrodnieniu, polegającemu na obecności śród i pozakomórkowej mucyny. Przy omawianiu budowy głąjaków zwraca autor również uwagę na ogniska komórek młodych nowotworów nabłonkowatych, dookoła których to ognisk spostrzegać można pas komórek pyknotycznych i częściowo wykazujących chromatolizę jąder komórkowych.

O jaskrze. I. Rozważania i badania nad patogenezą jaskry. O lymfostatycznej i hemostatycznej jaskrze. (Über Glaukom. I. Betrachtungen und Untersuchungen über die Pathogenese des Glaukoms. Über lymphostatisches und hämostatisches Glaukom). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Dokładne kliniczne badania przemawiają, według autora, za słusznością twierdzenia Dondersa, że *Glauco. simplex* zazwyczaj jest okresem wstępnym do *Glauco. c. ophthalmia*. Na podstawie tego wysnuwa autor wniosek, że dwa muszą być czynniki wywołujące stany jaskrowe oka. Jeden wywołuje jaskrę niezapalną, drugi zapalną. Za czynnik, wywołujący *glauco. simplex* uważa H. zastój limfy. Zastój limfy wywołuje podniesienie ciśnienia śródocznego do 55 mm Hg. Stworzenie nowych dróg odpływowych usuwa objawy jaskry. Jaskra zapalna wywołana jest hemostazą. Twierdzenie to opiera autor na następujących dowodach: 1) Jaskrowatą zmianą położenia ciała rzęskowego, tężówki i soczewki jest następstwem przekrwienia *tunica vasculosa* z powodu ostrego zastoinu. 2) Zmiany te można wywołać doświadczalnie (przez podwiązanie *venae vorticosae*). 3) mikro-anatomiczne zmiany w oku jaskrowym przemawiają za zastojem krwi. Autor sądzi, że ponieważ zwężenie się naczyń krwionośnych (następstwo limfostazy) pociągając za sobą może zwężenie się ujść żył tuż przed linią graniczną zakresu ciśnienia śródocznego, więc również i przyczyny jaskrowej hemostazy należy szukać przed wejściem w twardówkę *v. vorticosae*. Tutaj zmiana w ciśnieniu dotyczyć musi wielkich

zatok żylnych, których ściany łatwo mogą ulec zagięciu lub zmarszczeniu, w następstwie czego musi nastąpić hemostaza. Zagięcie się ścian zatok żylnych zazwyczaj bywa wyrównane przez wtórne zamknięcie się kanału twardówkowego. Tem należy tłumaczyć sobie ustąpienie napadu jaskry, względnie wystąpienie jaskry stałej. Miotica przeciwdziałają napadowi jaskry przez wzmoczenie napięcia mięśnia akkomodacyjnego, przez co mniej staje się napięta ściana *sinus vorticosus*. Mydriatica działają odwrotnie. W ten sam sposób działa napięcie akomodacji przeciw napadowi jaskry, zwiotczenie zaś napad sprowadza. Taksamo należy sobie tłumaczyć wpływ hypermetropii, wieku, płci i pory roku.

Do patogenezy zapalenia sympatycznego. Część I.

(Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. Teil I.). F. Deutschmann — Hamburg.

5

Autorowi udało się przez przeszczepienie emulsji naczyńiówki człowieka, pochodzącej z oka zupełnie pewnie klinicznie i drobnowidowo uległego zapaleniu sympatyzującemu do ciała szklistego zwierzęcia (małpy, królika) wywołać chroniczne zapalenie, polegające na obecności świeżego nacieku typowego dla zapalenia sympatyzującego. W jednym z przypadków przyszło do powstania typowej *phthisis bulbi*. Wszystkie zwierzęta okazywały objawy zapalne w otoczkach n. wzrokowego u trzech zwierząt (z 4) spostrzegł autor miejscową *meningitis* (bez jej objawów klinicznych) w jednym przypadku wysięk obejmował całe *chiasma*. U wszystkich 4-ch zwierząt zupełnie podobne zmiany rozwinęły się wzdłuż całego n. wzrokowego oka drugiego, również we wszystkich przypadkach rozwinęło się zapalenie sympatyczne oka drugiego. Doświadczenia autora dowodzą niezbicie możności powstawania zapalenia sympatycznego drogą migracji wzdłuż nerwu wzrokowego. Zapalenie sympatyczne jest wywołane przez drobnoustroje; czy one są diplokokkami gram dodatnimi, które w swych przypadkach stwierdził autor, pozostawia autor jeszcze nierozstrzygniętem.

Studia nad zapaleniem sympatycznym. Część III.

2

(Studien zur sympathischen Ophthalmie. III. Teil). A. Elschnig (Praga).

Autor wypowiada twierdzenie, że przyczyna zapalenia sympatycznego nie jest zakaźna, ale, że leży w nieprawidłowości organizmu, polegającej albo na schorzeniu organicznem (np. *nephritis*, *diabetes* i t. d.) albo na autointoksykacji w najszerszem tego słowa znaczeniu. Cały proces tłumaczy autor w następujący sposób: Uraz uszkadza ciężko pierwsze oko, ewentualnie zakaża go

jednym ze zwyczajnych drobnoustrojów, albo oko ulega zapaleniu z powodu jakiejś nieprawidłowości w ustroju, przyczem uraz działa tylko jako przyczyna wyzwalająca. Towarzyszący zapaleniu rozpad tkanki prowadzi do resorbeyi antygenetycznej tkanki naczyńiówkowej i przez to do nadezłości pozostałej naczyńiówki oka pierwszego i zupełnie jeszcze prawidłowej naczyńiówki oka drugiego. Z powodu tej miejscowej nadezłości może dana somatyczna nieprawidłowość ustroju znaleźć punkt zaczepny i wywołać zapalenie naczyńiówki obu ocz. Zapalenie to ogólnie jest znane pod nazwą zapalenia sympatyzującego.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego za rok 1909.

(ob. Postęp okulistyczny r. 1908).

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

I. Posiedzenie dnia 21-go stycznia 1909 r.

Obecnym 20-u członków (z zamiejscowych kol. Marezewski z Częstochowy, Daszewski z Kiele i Górski z Piotrkowa).

Wybory: przewodniczący kol. Ziemiński, zastępca przewodniczącego kol. Gepner (syn), sekretarz-skarbnik kol. Endelman. Na członków komisji rewizyjnej obrano kolegów: Popławską, Wulfsona i Cetnarowicza.

Gepner (syn) przedstawia chorego po operacyi zaćmy. Operacya przed 7-u tygod., przebieg prawidłowy. W jakiś czas potem zaczęły występować objawy umiarkowanego i nadzwyczaj przewlekłego zapalenia całka rzęskowego. Obecnie gałka ma taki wygląd, jakby podczas operacyi nastąpił obfity wypływ ciała szklistego. Żrenica ma postać nieprawidłową, jest wydłużona w kierunku poziomym, silnie ku górze przeciągnięta i przysłonięta cienką błoną, jej kurczenie sprawia, że tęczęwka ma wyraźną skłonność do dalszego ściągania się ku górze. Bystrość wzroku = $\frac{1}{6}$. Ten stan ma znamiona sprawy postępującej i niewątpliwie w dość krótkim cza-

się może doprowadzić do zupełnego zarośnięcia źrenicy. Przetona należy się uciec do zabiegu operacyjnego. Kol. Gepner waha się pomiędzy irydotomią poprzeczną, a t. zw. membranotomią.

Ziemiński zaznacza, że, nawet wobec napozór dosyć pospolitych stanów chorobowych oka, nieraz zachodzą poważne trudności rozpoznawcze. Na dowód tego pokazuje młodą dziewczynę ze swego oddziału szpitalnego. Chora cierpi na przewlekłą sprawę zapalną spojówki w obu oczach. Przybyła do oddziału przed 8—10 tygodniami z objawami ostrego nieżytu spojówki. Przy badaniu dokładniejszym, w prawem oku dostrzeżono w spojówce tarczkowej górnej powieki szaro-żółtawe plameczki okrągławe niewydatne, a w obu załamkach i u wierzchołka tarczki niezbyt liczne twory grudkowate, szaroszkliste, napół przezroczyste (*grudki jaglicze*); nadto stwierdzono przerost ciała brodawkowego. Gruczoł przyuszny nie jest obrzmiały. W spojówce oka lewego niema grudek jagliczych. Chore oko leczono naprzód 1% lapisem, a od dwóch tygodni 1/2% siarczanem cynku. Z. uznaje zmiany w oku prawem za niewątpliwą jaglicę.

Mutermilch stanowczo nie uważa tego przypadku za trachoma, nazwałby go *conj. follicularis chronica*.

Popławska jest tegoż zdania co i kol. Mutermilch.

Ziemiński obsłaje przy rozpoznaniu trachoma w prawem oku; za tem rozpoznaniem przemawia obecność wyrosła brodawkowatych obok znamienych grudek jagliczych nie tylko na powiece dolnej, lecz i na górnej oraz w obu załamkach.

Mutermilch jest przeciwny rozpoznaniu trachoma, choćby z tego względu, że sprawa zapalna nie doprowadziła do wyltworzenia się blizu na spojówce. Mieszek nie może być objawem patognomicznym dla jaglicy, gdyż, jak to powszechnie wiadomo, może on towarzyszyć u dzieci każdej sprawie zapalnej na spojówce, a nawet może występować na spojówce zupełnie prawidłowej. Uważa, że dla doszczętnego wyleczenia chorej kol. Ziemińskiego wystarczy dokładne wyciśnięcie znajdujących się na górnym załamku follikułów.

Kamocki zalicza demonstrowany przypadek do kategorii jaglicy ze względu na przebieg i wygląd spojówki. Nie może się zgodzić na rozpoznanie *conj. follicularis*, bo dostrzega na spojówce dość znaczny przerost ciała brodawkowych, czego nie spotykamy przy cierpieniu. Jest przeciwny wyciśnięciu bardzo nieznacznej, zresztą, ilości follikułów, bo to doprowadziłoby tylko do większych zmian na spojówce,

Cetnarowicz nie nazwałby tego przypadku jaglicą, lecz zaliczyłby go do kategorii przewlekłych nieżytów spojówki.

Górski, nie znając przebiegu choroby od chwili przybycia na oddział, nie może stanowczo się wypowiedzieć, co do jej rozpoznania. Na podstawie jednorazowego zbadania chorej przypadek ten nazwałby *conj. catarrh. chronica*.

Marczewski podkreśla, że w codziennej praktyce lekarskiej zarówno dla lekarza, jak i dla chorego, daleko większe znaczenie ma postawienie rokowania, aniżeli ściśle naukowe określenie odpowiedniego przypadku. Zgadza się, że przypadek Ziemińskiego nasuwa pewne wątpliwości pod względem rozpoznawczym, lecz wygląd spojówki i przebieg dotychczasowej choroby niezawodnie przemawiają za tem, że jest to cierpienie nadzwyczaj przewlekłe, trudno poddające się leczeniu, skłonne do częstych nawrotów, wobec czego bez wahania nazwałby je jaglicą i uprzedziłby o tem chorego.

Gepner (syn) przy badaniu chorej dostrzegł u zewnętrznego kąta górnej prawej powieki szare granulacje i złane follikuly. Przemawia to niewątpliwie za jaglicą.

Endelman zwraca uwagę na opuszczenie górnej powieki u chorej. Jest ono zapalnego pochodzenia i świadczy o zajęciu głębszych tkanek, co stanowczo przemawia przeciwko nieżyłtowi spojówki, a za jaglicą.

Kępiński opowiada o dość niezwyklej postaci ostrego obrzęku powiek, który spostrzegał u 6-ga osób jednej rodziny w przebiegu jakiejś gorączkowej choroby zakaźnej.

Popławska spostrzegła analogiczny zbiór objawów u 8-letniego chłopca. Badanie irternisty stwierdziło u chłopca influencję.

Kamocki zabiera głos w sprawie obecnego stanu magazynów optycznych w Warszawie. Szeregiem przykładów stwierdza, że handel szklami optycznymi stoi na bardzo niskim poziomie, co należałoby z gruntu polepszyć. W tym celu jest za wyborem komisji, któraby opracowała zasady racjonalnego handlu szklami optycznymi z uwzględnieniem najświeższych zdobyczy na tem polu i zwróceniem się w imieniu Towarzystwa do poważniejszych miejscowych firm z odpowiednimi przedstawieniami. Reorganizacja powinna również dotyczyć handlu sztucznymi oczami i drobnymi utensyliami, niezbędnymi w praktyce okulistycznej.

Ziemiński proponuje, by komisya, wybrana z łona Towarzystwa, porozumiała się z optykami i wysłuchała ich zdania.

Do komisji w sprawie magazynów optycznych wybrano: przewodniczącego i kol. Wulffsona z prawem zaproszenia innych członków.

II. Posiedzenie dnia 18-go lutego 1909 r.

Obecnych 20 stu członków, z zamiejscowych kol. Górski z Piotrkowa.

Endelman demonstruje przypadek *melanosis (naevus maternus pigmentosus) sclerae, conjunctivae, et cutis palpebrae inferioris* u mężczyzny 24-letniego. W dzieciństwie miał tylko szczerbóne zabarwienie twardówki, plamy zaś na powiece ukazały się dopiero przed rokiem.

Endelman odczytuje referat p. t.: »Istota jaskry w świetle badań nowoczesnych«. Sprawozdawca, wzorując się na pracy Schmidt-Rimplera, zachowuje podział wszystkich poglądów na istotę jaskry na dwie kategorie: teorye o wzmożonem wydzieleniu cieczy w gałce ocznej i teorye o ich upośledzonym odpływie. Poniekąd do drugiej kategorii należą i poglądy, które upatrują istotę jaskry w zmianach elastyczności twardówki. Przechodząc kolejno od dawniejszych poglądów v. Graefego i Dondersa, sprawozdawca kładzie nacisk na teorye bardziej rozpozniechione, uwzględniając badania anatomiczne i kliniczne. Udziela więcej miejsca najnowszym poglądom Uribe y Troncoso, Cantonneta i Lewinsolna. Streszczając wszystkie poglądy, E. przychodzi do wniosku, że żaden z nich nie może zupełnie zadowalniająco wytłumaczyć całości kształtu obrazu klinicznego tak powikłanego, jaki daje jaskra. (Wszystkie objawy kliniczne, jako też zmiany anatomiczne zdają się przemawiać za tem, że źródło jaskry bywa rozmaite i że, bądź co bądź, dwa zasadnicze czynniki podniesienia ciśnienia śródgałkowego — hipersekrecya i retencya cieczy — grają rolę równorzędną).

Ziemiński: Zbiór objawów ocznych, zwanych jaskrą, polega na pewnych zbozieniach w układzie naczyniowym i w odżywianiu tkanek, które wytwarzają ciecz wodną (wyrostki rzęskowe, powierzchnia przednia tęczówki). Skład tej cieczy zmienia się przy jaskrze, szczególnie ilość białka wyraźnie się zwiększa. W sprawie jaskry odgrywa rolę ważną nabłonek wyrostków rzęskowych, gdyż ma zdolności wybiórcze, t. j. zatrzymuje pewne substancje, inne zaś przepuszcza. Roemer wykazał, że ciało rzęskowe zatrzymuje cytoloksyny (niszczą one komórki), do tych zaliczają się i niweczniki (*Antikoerper*), które ukazują się w cieczy wodnej dopiero przy zadrażnieniu oka. W ocenie istoty jaskry i przy jej leczeniu za mało naogół się uwzględnia stan ogólny chorego. Spotyka się przypadki jaskry pochodzenia przymiotowego, gdy je zawczasu trafnie rozpoznano, to leczenie swoiste, samo przez się — bez wszelkiej operacyi — ulecza jaskrę.

Mutermilch zwraca uwagę, że badania anatomiczne gałek, dotkniętych ostrą jaskrą, są jeszcze nader skąpe. Wobec tego opierać się należy głównie na badaniu klinicznym. Ono zaś przedewszystkiem świadczy o wybitnem znaczeniu zamknięcia kąta komory przedniej dla wywołania napadu jaskry. M. uważa cierpienie nerwu wzrokowego (zaczerwienienie, rozszerzenie naczyń na tarczy) za swoiste przy jaskrze, gdyż często możemy stwierdzić te objawy wtedy już, gdy jeszcze brak jakiegokolwiek oznak wzmożonego ciśnienia.

Gepner (syn) przytacza na poparcie opinii, wygłoszonej przez Ziemińskiego, opis wyleczenia przypadku jaskry, wynikłej na tle przymiotu, a to dzięki leczeniu swoistemu.

Posiedzenie dnia 18-go marca 1909 r.

Obecnych 20-stu członków.

Gepner (syn) demonstruje trzy odłamki żelaza, wydobyte u trzech chorych z wnętrza gałki, jeden z nich wagi 6 gramów. Dalej przedstawia: 1) chorego, któremu przed rokiem odłamek żelaza przebił gałkę w dwóch miejscach; zejście tego przypadku nader pomyślnie: $W = \frac{5}{25}$; 2) chorego po irydotomii (demonstrowanego na zeszłym posiedzeniu), bystrość wzroku obecnie $\frac{5}{6}$; 3) chorego z *leucoma adhaerens* w następstwie *conj. gonorrhoeica*, u którego w celach optycznych dokonał pupillotomii; po upływie tygodnia chory dostał napadu ostrej jaskry, którą udało się opanować dzięki powtórnemu zabiegowi irydektomii.

Bychowski: »O zaburzeniach wzroku przy nowotworach mózgu«. Trzymając się zwykłego podziału objawów, spostrzeganych przy nowotworach mózgu na ogólne i miejscowe, referent omawia te zaburzenia wzroku (zaburzenia w unerwieniu mięśni ocznych ref. pominał), które mogą się przyczynić do ścisłego umiejscowienia nowotworu. *Hemianopsia homonyma* wskazuje na zajęcie zrazu politycznego, *Hemianopsia bitemporalis* — na *chiasma*. Kierując się temi i innemi objawami nowotworu, udało się dokładnie rozpoznać nowotwory we wskazanych okolicach mózgu i szczerliwie te guzy usunąć, poczem i widzenie połowicznie zniknęło. Ref. wspólnie z Endelmanem spostrzegał przypadek nowotworu przysadki mózgowej, który został usunięty; *hemianopsia bitemporalis* prawie zupełnie znikła. Z objawów ogólnych — oftalmologa interesuje głównie tarcz zastoinowa. Ref. omawia patogenezę tarczy zastoinowej i dowodzi, że moment mechaniczny (wzmózione ciśnienie wewnątrzczaszkowe) odgrywa jeżeli nie jedyną, to w każdym razie rolę bardzo poważną przy jej powstawaniu. Przeciw teorii zapal-

nej przemawiają między innymi i liczne badania anatomiczne i spostrzeżenia kliniczne. (Nowsza literatura neurologiczna i oftalmologiczna zawiera znaczną ilość przypadków, w których trepanacja — nawet bez usunięcia nowotworu — wystarczyła do ustąpienia tarczy zastoinowej i do powrotu dawnej siły widzenia). Wobec tego, że tarcz zastoinowa doprowadza zwykle do ślepoty, ref. gorąco przemawia za trepanacją nawet, gdy niema ścisłych wskazań do umieszczenia nowotworu. (Będzie to oczywiście trepanacja nieradykalna tylko zapobiegawcza). Ref. przyłącza własne spostrzeżenia, gdzie do samej śmierci nie można było wykryć siedziby guza, a gdzie jednak autopsya wykazała obecność nowotworu (najczęściej to dotyczy prawej półkuli). Ref. dalej przyłącza własne spostrzeżenia, gdzie, już po wystąpieniu zupełnego zaniku wskutek zastoiny, chorzy jeszcze żyli kilka lat. Dalej omawia t. zw. *pseudotumor Nonnego i Meningitis serosa circumscripta*, przy których widzi się takie same zmiany na dnie oka, jak przy nowotworach mózgu; w tych przypadkach niekiedy się zdarza, że objawy nowotworu z czasem mijają, pozostawiając po sobie zanik nerwów wzrokowych. (B. spostrzegł takie przypadki, gdzie operacja paliatywna, dokonana we właściwym czasie, uratowałaaby wzrok). Następnie przyłącza przypadki Saengera, Horsleya, Cushinga i innych, gdzie właśnie, dzięki tylko paliatywnej trepanacji, chorzy odzyskali zagrożony wzrok i mogli wrócić do zwykłych swych zajęć. (Pod względem technicznym trepanacja należy obecnie do rękoczynów stosunkowo mało niebezpiecznych, jak to wykazują obszernie statystyki angielskie, amerykańskie, po części i niemieckie z lat ostatnich. Idzie tylko o to, żeby nie zbyt długo czekać z trepanacją i nie wycieńczać chorego niepotrzebnem leczeniem przeciwprzmiotowem). Ostateczny wniosek referenta brzmi, że wszystkie przypadki nowotworów mózgu powinny pozostawać pod stałym i ścisłym dozorem okulisty, który, gdy stwierdzi, że wzrok szybko słabnie, niezwłocznie powinien oznajmić choremu, że zachodzi niebezpieczeństwo utraty wzroku i, w porozumieniu z internistą, zalecić trepanację (rzecz prosta), radykalną, o ile odpowiedni przypadek do tego się nadaje. Gdy zaś brak wskaźników topograficznych dla operacji radykalnej, albo gdy warunki anatomiczne na to nie pozwalają (rozlane nowotwory i t. p.), należy poprzestać na operacji paliatywnej, którą najlepiej wykonać w okolicy prawego zraza ciemieniowego).

W dyskusyi Ziemiński podkreśla znaczenie leczenia specyficznego w niektórych przypadkach tarczy zastoinowej.

Winawer zapytuje prelegenta, czy i jakie wyniki daje przekucie łądźwiowe przy tarczy zastoinowej?

Mutermilch nie jest zwolennikiem mechanicznej teorii powstawania tarczy zastoinowej. Dowodem choćby ta okoliczność, że niekiedy nowotwory mózgu nawet bardzo znacznych rozmiarów nie wywołują tarczy zastoinowej. Skłania się bardziej ku poglądom, które upatrują źródło zastoiny w wydzielaniu jadów przez nowotwory. Ze względu na poważny zabieg, jakim jest niewątpliwie trepanacja, nie byłby zbyt pohopny do jej stosowania.

Marczewski, przeciwnie, uznając całą doniosłość tego zabiegu w pewnych przypadkach, stanowczo doradzałby operację choremu.

Bychowski zaznacza, że nie jest przeciwnikiem leczenia przeciwnikowego, stosuje je stale u chorych z tarczą zastoinową, lecz, o ile, dodatnie wyniki nie występują w stosunkowo krótkim czasie, uważa dalsze leczenie specyficzne wprost za szkodliwe dla wzroku, jak to stwierdził w całym szeregu własnych spostrzeżeń. Co się tyczy punkcyj łądźwiowej, to daje ona często dobre wyniki przy zapaleniu opon mózgowych, lecz przy nowotworach niekiedy powoduje znaczne pogorszenie, co B. tłumaczy opuszczeniem się mózdzku i mostu po wypuszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego.

IV. Posiedzenie dnia 13-go maja 1909 r.

Obecnych 22-ch członków, z zamiejscowych kol. Daszewski z Kiele, Szawelski z Siedlec i Koliński z Łodzi.

Endelman. Przedstawienie trzech przypadków: 1) 42-letnia chora z nowotworem przysadki mózgowej. Objawy oczne: od roku bystrość wzroku stała, acz powoli, słabnie; obustronna skroniowa ślepotą połowicza (*hemianopsia bitemporalis*); wziernik wykazuje zbliżenie prawej tarczy, zwłaszcza w jej części skroniowej; lewa tarcz bez zmian. Z ogólnych objawów należy zaznaczyć: bóle głowy, trwające od dłuższego czasu; zaburzenia czynności narządów rozrodczych (*amenorrhoea*, lekki zanik zewnętrznych narządów płciowych, wydzielanie się pokarmu z sutek) i nieznaczne objawy poroczynającej się akromegalii (w palcach kończyn górnych i górne szczęce). Wobec tego, że chorej grozi utrata wzroku (przy pierwszym badaniu W. o. pr. = $\frac{1}{6}$; W. o. l. = palec przed okiem; przy drugim, po upływie 18 dni, już tylko W. o. pr. $> \frac{1}{10}$; W. o. l. = ruchy ręki zaproponowano jej operację (trepanacja u nasady nosa z dotarciem do przysadki), która prawdopodobnie; niezadługo będzie dokonana.

2) 7-letni chłopiec; rodzice i rodzeństwo zdrowi; jest dotknięty wrodzonym porażeniem mięśni ocznych (*ophthalmoplegia congenita, nuclearis*). Porażenie dotyczy zwłaszcza wszystkich mięśni,

unoszących górną powiekę (zupełna obustronna ptosis); z poziomych ruchów zachowały się ruchy prawej gałki na wewnątrz i na zewnątrz. Zachowanie się lewej gałki przy ruchach poziomych jest godne uwagi i przy ruchach prawej gałki lewa nie wykonywała żadnych ruchów poziomych; natomiast, przy zasłonięciu prawego oka, lewa może wykonywać wyraźne ruchy na wewnątrz i na zewnątrz poza linię środkową powieki. Te zaburzenia skojarzonych ruchów gałek zdają się przemawiać za tem, że w podobnych przypadkach zachodzi nie tylko niedorozwój jąder nerwów ocznych (t. zw. *aplasia*, „*infantiler Kerschwind*“), lecz i zajęcie włókien, łączących poszczególne jądra dla obu gałek.

3) 10-letni chłopiec z *Lipodermoidem* spojówki lewej gałki ocznej.

Kamocki przedstawia szereg preparatów i rysunków, dotyczących przypadku przybłoniaka (*perithelioma*) naczyńówki. Guz powstał w tylnej części gałki ocznej, w otoczeniu nerwu wzrokowego; odklejona lejkowato siatkówka wierzchołkiem lejka tkwiła w guzie, który zwyrodniał ją zupełnie i zniszczył wszelki ślad jej utkania. Oko wyłuszczone w okresie jaskrowym; śmierć pięćdziesięcioletniej chorej nastąpiła w parę lat później z powodu przerzutu w wątrobie.

Tkanka guza, w całej swej masie okazującego węglowo czarne zabarwienie, składała się z naczyń krwionośnych, okazujących tylko śródbłonkowe wysłanie; cała powierzchnia naczyń okryta była płaszczem z promienisto ułożonych, przepchniętych barwikiem mniej lub więcej walcowych komórek podobnych do nabłonkowych. Układ ten nadawał przekrojom nowotworu zupełnie gruczolowe wejście i przypominał klasyczny przez Günthera opisany przypadek przybłoniaka naczyńówki. Podobieństwo to występowało jeszcze wyraźniej na skrawkach, z których usunięto barwik. Z licznych w tym celu polecanych, a przez K. wypróbowanych sposobów (woda utleniona, woda chlorowa) najlepszem okazało się traktowanie nadmanganianem potasu i kwasem szczawiowym. Na preparatach odbarwionych komórki barwikowe występowały w dwójakiej postaci; jedno z nich, tworzące wyżej wspomniany płaszcz przybłonkowy naokoło naczyń krwionośnych, oddawały swój barwik stosunkowo łatwo, inne nagromadzające się w przestworach międzynaczyńowych układały się mozaikowato w postaci pięcio- i sześciokątnych tworów, przypominających niezmiernie nabłonek barwikowy siatkówki, widziany z powierzchni. Oddawały one barwik swój o wiele trudniej, niż komórki poprzedniego typu, a po odbarwieniu barwiły się nader żywo barwikami anilinowymi zasadowymi podobnie jak komórki tłuszczne. Ani jedno ani drugie ko-

mórki nie wykazywały żadnych śladów żelaza przy odczynach Perlsa i Quinekego. K. nie sądzi, aby pomimo całego podobieństwa do komórek nabłonka siatkówki zachodził pomiędzy niemi a komórkami nowotworowemi drugiego typu jakikolwiek związek genetyczny wobec zachowania na całej powierzchni guza błony szklistej naczyńcówki; prawdopodobnie były to, zgodnie z zapatrywaniem Ginsberga, tylko dalej posunięte w barwikowem wyrodnieniu przybłonkowe komórki. Przypadek K. jest właściwie pierwszym barwikowego przybłoniaka; świadczy o tem zarówno stosunek do naczyń, posiadających tylko śródbłonkowe wysłanie i obrazy w obwodowych częściach guza, gdzie można było spodziewać stopniowe grubienie ciał przybłonkowych komórek i wypełnianie się ich barwikiem. Możliwość pigmentacji przybłonków została zresztą już dawniej dowiedziona przez Fuchsa.

Wulfsson: Ze sprawą, tyczącą się magazynów optycznych w zakresie, w jakim ona nas lekarzy obchodzi, bardzo prędko, sądzę, załatwić się można; tembardziej, że dziś mają być nam demonstrowane niektóre ulepszenia szkieł optycznych i opraw, stosowanych w Ameryce. Całą prawie tajemnicą, pierwszym i najważniejszym warunkiem, aby magazyny optyczne przynosiły należyty pożytek, jest umiejętne i sumienne prowadzenie tych zakładów. Dla tego też przynajmniej kierownikiem ich powinni być optycy rzetelności, t. j. osoby obeznane praktycznie z optyką, nie zaś, jak to często u nas bywa, ludzie, nie znający najelementarniejszych zasad optyki. Również i sumienność optyków, nieświadomych doniosłości swego postępowania, po większej części pozostawia dużo do życzenia. Właściwie magazyny optyczne powinny być tak samo odpowiedzialne za dokładne i sumienne wykonywanie powierzonych im przez lekarzy robót, jak i apteki za ściśle sporządzanie lekarstw. Co do towaru, w jaki z naszego punktu widzenia zaopatrzone być mają magazyny optyczne, obchodzą nas przede-wszystkiem szkła do okularów; najczęściej przepisywane i najbardziej potrzebne są prawie tylko zwyczajne szkła sferyczne, cylindryczne i t. zw. konserwy, wszystkie szkła naturalnie w dobrym gatunku i po cenie stosownie umiarkowanej. Kolekcję konserwów wartoby uzupełnić używanemi w ostatnim czasie szklami koloru żółto-zielonego, szaro-żółtego, szaro-zielonego (szkła Fieuzala, Hallanera), pochłaniające podobno najbardziej promienie »ultrafioletowe«. Żeby składy optyczne zaopatrzone też były w różnego rodzaju szkła kombinowane, żądać naturalnie niepodobna; z jednej strony kombinacji takich być może ogromna ilość, z drugiej strony kilkodniowa zwłoka w otrzymaniu szkieł choremu żadnej szkody nie wyrządzi. Najwyżej opłaciłoby się trzymanie na składzie nie-

których, częściej się zdarzających, kombinacwi cylindrów ze sferami, co też zaprowadziły niektóre pierwszorzędne warszawskie sklepy optyczne. Ze wszelkimi jednak szklami najnowszej nawet konstrukcyi (np. bifokalnemi, podwójnie centrowanemi szklami dla operowanych na zaćmę różnej konstrukcyi) optycy powinni być jaknajdokładniej obeznani, aby na każde żądanie szkła takie sprowadzić i oprawić mogli. Opraw i dodatkowych części do okularów, nakośników i t. d. pożądanym jest wybór jaknajwiększy, stosownie do przeznaczonego użytku szkielek, kształtu twarzy i gustu klienteli. Dopasowywanie opraw powinno odbywać się umiejętnie i dokładnie. Należałoby porużyć jeszcze kwestyę sztucznych oczu, których dobieranie w obecnych warunkach jest bardzo kłopotliwe z powodu braku u nas pożądanego kompletu oczu sztucznych. Pracowni specjalnej, któraby mogła dostarczać odpowiednich oczu w każdym przypadku na miejscu niema; sprzedażą zaś sztucznych oczu zajmują się także sklepy optyczne. Należałoby więc skłonić optyków: do sprowadzenia zbioru oczu, nadających się do prawidłowych oczodołów; do trzymania tego zbioru w należytym porządku oraz do kompletowania w miarę ubywania protez. Znalezienie bowiem oka sztucznego w dostarczanych nam obecnie przez optyków nieuporządkowanych zbiorach dużo zabiera czasu i niezawsze się udaje.

Optyk Wurceldorf urządza pokaz nowszych modeli szkieł optycznych (torycznych o 2-ch ogniskach i t. d.) i różnych opraw do nich, stosowanych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

V. Posiedzenie dnia 17-go czerwca 1909 r.

Obecnych 19-u członków.

Kamocki pokazuje chorobę, którą, z przerwami ma w leczeniu od paru miesięcy. Początkowo spostrzegł na spojówce gałki oka lewego drobne owrzodzenie, pokryte nieznacznym nalotem białawym, obecnie wytworzyła się w tem miejscu wyniosłość guzowata, a przylegająca część rogówki uległa zaćmieniu. Rozpoznanie waha się pomiędzy gruźlicą a przyniotelem. Wobec bezskuteczności leków miejscowych, K. zamierza przystąpić do leczenia tuberkuliną.

Mutermilch proponuje wycięcie i wyskrobanie ostrą łyżeczką części schorzałych z następczem przeszczepieniem błony śluzowej z jamy ustnej.

Kępiński widział chorobę przed czterema tygodniami: było wtedy jedynie nacieczenie w obrębie dolnego odcinka spojówki gałki bez owrzodzenia i zmian w rogówce. Wobec tego, że sprawa

chorobowa szybko się rozprzestrzenia po powierzchni i w głąb jest również za zabiegiem chirurgicznym.

Kamocki uważa ten przypadek za beznadziejny, gdyż sprawa chorobowa w obecnej chwili niewątpliwie przeszła już na twardówkę. Gruntowne usunięcie części schorzalych — nawet tylko ze spojówki — nie uda się, gdyż zmiany ogarnęły zbyt znaczną przestrzeń. Skrobanie owrzodziałych miejsc, zdaniem K., doprowadzić może jedynie do rozkrzewienia się choroby na głębsze tkanki.

Kępiński pokazuje robotnika, cyzlera, który wstąpił do fabryki już jako jednooki i który przed 2-ma miesiącami jedyne oko skaleczył przy pracy odłamkiem żelaza. Ciało obce przebiło rogówkę i tęczówkę i zraniło soczewkę. Odłamek udało się usunąć, potem usunięto zaćmioną soczewkę. Obecnie bystrość wzroku ze szklami = 0,2, czyta Sn. 06—0,8 z soczewką nr. 1 $\frac{1}{2}$. K. zapytuje, jakie odszkodowanie należy mu przyznać? Według tablicy Jostena wypadaloby określić zmniejszenie zdolności zarobkowej na 76,5%, lecz wobec zupełnej niezdolności poszkodowanego do swego stałego zajęcia, które wymaga nadzwyczajnej sprawności wzroku, uważa tę odsetkę za zbyt niską.

Gepner (syn) zwraca uwagę, że upłynął zbyt krótki czas od operacji, aby obecny stan wzroku uważać za ostateczny. Bądź co bądź, poszkodowany będzie bezwzględnie niezdolny do robót cyzlerskich, gdyż brak mu akomodacji.

Bein uważa, że należałoby poszkodowanemu za utratę akomodacji doliczyć jeszcze 10%, więc ogółem należy mu przyznać 85%.

Kamocki nie byłby za określeniem utraty zdolności zarobkowej na 100%, albowiem poszkodowany do pewnych zajęć jest jeszcze zdolny. Sądzi, że za utratę akomodacji należy się choremu pewne odszkodowanie.

Gepner (syn) odczytuje regulamin biblioteki P. T. Ok., który zebranie przyjmuje.

(Dok. nast.).



XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie

w dniach 18—22 lipca 1911 r.

Sekcja okulistyczna

(w klinice okulistycznej Uniw. Jagiel., ul. Kopernika l. 40).

Posiedzenie 1-sze (wtorek 18-go lipca godz. 3-cia po poł.).

Temat ogólny: Etiologia i postaci kliniczne zapalenia jądlicowego. Sprawozdawcy: Rosenhauch, Kramsztyk i Wiecherkiewicz.

Posiedzenie 2-gie (środa 19-go lipca godz. 9-ta rano).

Kamocki (Warszawa): Z kazuistyki śródbłoniaków naczyniówki.

Bednarski (Lwów): Uwagi o zapaleniu przyszczykowem spojówki i rogówki.

Wiecherkiewicz (Kraków): Złośliwe narośle nagałkowe.

Szafnicki (Kraków): Plama Mariotta w przypadkach obrzękowego zapalenia nerwu wzrokowego.

Następnie odbędzie się posiedzenie administracyjne Tow. okulistów polskich.

Posiedzenie 3-cie (środa 19-go lipca godz. 3-cia po poł.).

Ziemiński (Warszawa): Zaburzenia psychiczne a operacyjne.

Noiszewski (Petersburg): O jaskrze niezapalnej.

Witaliński (Kraków): Przypadki jaskry po operacji zaćmy.

Kleczkowski (Kraków): Obecność adrealiny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynę do etiologii jaskry.

Rosenhauch (Kraków): Cataracta e lactatione.

Wicherkiewicz (Kraków): Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego.

Lewicki (Kraków): Pyocyjanaza w okulistyce,

Szafnicki (Kraków): Uleus serpens w okulistycznej klinice krakowskiej w latach 1900—1909.

Posiedzenie 4-te (czwartek 20-go lipca godz. 9-ta rano).

Wicherkiewicz: Doświadczenia nad własnym sposobem operacyi podwinięcia i dwurzędności rzęs.

Machek (Lwów):

Kramsztyk (Warszawa):

Wulffson (Warszawa):

Bałłabau (Lwów):

Fukała (Wiedeń):

Tematy zastrzeżone.

Majewski (Kraków): Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania.

Kuropatwiński (Błędów): Demonstracya umywalni dla okulistów praktyków.

Powyższy program prac sekeyi ułożyliśmy na podstawie zgłoszonego materiału — program ten może atoli uleść zmianom na życzenie Sz. Kolegów, względnie w miarę zgłoszenia dalszych odczytów i demonstracyi.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Chaillous został następcą Dr Trousseau w Quinze-Vingts w Paryżu.

Doc. pryw. i pierwszy asystent prof. Petersa w Rostoku otrzymał tytuł profesora.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Herman Knapp prof. oftalmologii w Columb. Univers. New-York. Ur. 17 marca 1832 r. w Dauborn w H. Nasawii; um. 2-go maja b. r. w N. Jorku. Studya odbywał w Gieszenie, Londynie i Paryżu. Mian. prof. oft. w Heidelbergu w r. 1862, pozostawał tamże do r. 1868, by następnie przenieść się do Ameryki, zniechęcony tem, iż plany w kierunku budowy nowej kliniki nie dość wydatnie rząd uwzględniał. W N. Jorku założył najprzód własny instytut dla chorób ocznych i usznych, łącząc te dwie specjalności zwyczajem w Ameryce przyjętym, a nadto później powołał do życia Archives of Ophthalmology and Otology. Nakłoniony przez Hirschberga rozłączył po wielu latach to wydawnictwo na dwa odrębne dla każdej specjalności. W r. 1882 został profesorem przy medical College uniwersytetu w Nowym Jorku, ale po 4-ech latach stanowisko to porzucił, przyjmując profesurę wydziału lekarskiego Uniwers. Columbia w temże mieście, a to gdy przyjęto stawiony warunek, że nauka okulistyki i egzamin z niej staną się obowiązującymi. Natura na pozór zimna, jednak pełna zapалу i energii dla rzeczy uznanych za dobre, dla podniesienia nauki, dla popierania nauczania i sprawiania ulgi cierpiącym. Jego energia i powodzenie sprawiły mu w Ameryce dużo zawistnych, a postępowanie często bezwzględne sporo nieprzyjaciół. Mimo to cieszył się prof. Knapp niezwykłym zaufaniem u swej licznej klienteli, a zasłużonem uznaniem w świecie naukowym. H.

Thomas Reid M. D., L. L. D. emer. Waltonian Lecturer w Glasgowie, um. 23 maja r. b.

Dr Chas Oliver we Filadelfii, znany okulista przy Mills Eye Hospital, um. 8 kwietnia na uremię.

Learlus Connor prof. w Detroit, um. 16 kwietnia w 68 r. życia na udar mózgowy.

Dr Albert R. Baker prof. oft. w Cleveland.

Prof. Manz um. we Fryburgu w Bryzgowii w 78 r. życia.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁDZIAŁEM PP.: DRA BARIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABÜRGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZIE.

Czerwiec.

→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Krytyczna ocena tymczasowej blefarotomii i o mechanizmie jej działania.

Napisał

Radea Dr TEODOR BAŁŁABAN.

Od czasu, gdy v. Ammon² polecił blefarotomię t. j. przecięcie powiek jako środek leczniczy przy stulejce powiek, wykonywano ten zabieg bardzo często tak przy blefarofimozie, jako też przy podwinięciu powiek (Ware, Wardrop). Następnie celem zmniejszenia ciśnienia śródocznego polecał v. Graefe³ ten rękoczyn przy śluzoropotoku, a dawniejsi oftalmologowie robili dość często z niego użytek.

W ostatnich dziesiątkach lat zaniedbano i to bardzo nieślusnie stosowania małej tej operacji, a dopiero w ostatnich czasach spotykamy kilka ogłoszeń, które wykazują jej skuteczność.

Ponieważ od długiego czasu stosuję ten zabieg z bardzo dobrym skutkiem w licznych przypadkach różnych schorzeń, to pozwalam sobie przedstawić wyniki, jakie nim osiągnąłem.

Blefarotomię zalecano szczególnie przy śluzoropotoku spojówki, jakoteż przy ciężkich postaciach zapalenia spojówek u dorosłych, i to szczególnie, gdy cierpienia te były powikłane zmianami na rogówce. Najczęściej zaś stosowano ją przy pryszczykowem zapaleniu gałki ocznej u dzieci (*keratitis et conjunctivitis eczematosa*) i to szczególnie w przypadkach, które były powikłane skurczem powiek.

Podczas gdy największa ilość nowszych autorów ograniczała się w stosowaniu tego zabiegu do przypadków pryszczykowego zapalenia gałki ocznej powikłanych skurczem powiek, w przypadkach zaś śluzoropotoku używano go tylko wyjątkowo, żądali inni autorowie, jak np. Duncan Lawrie⁶, aby operację tę wykonywać we wszystkich przypadkach śluzoropotoku noworodków.

Jeżeli przedewszystkiem zajmiemy się sprawą wskazania stosowania tej operacyi przy śluzoropotoku noworodków, to mam przekonanie, że chyba tylko w wyjątkowych przypadkach tego cierpienia należy jej używać. Ustalone i znane ogólnie leczenie, polegające na przemywaniu worka spojówkowego nadmanganianem potasu i stosowaniu jakiejś soli srebra, najlepiej 1% roztworu azotanu srebra wystarcza najzupełniej do opanowania tego procesu chorobowego, a jeżeli leczenie jest stosowanem jeszcze przed wystąpieniem powikłań ze strony rogówki, to da się ich pojawieniu tem leczeniem stanowczo zapobiedz.

Inaczej ma się rzecz ze stosowaniem tego zabiegu przy skurczu powiek, powstałym u dzieci w następstwie lub w czasie trwania pryszczykowego zapalenia rogówki. Opierając się na własnem, znacznem doświadczeniu, mogę z małym ograniczeniem przyznać słuszność Schultz-Zehdenowi⁷ w tym kierunku, że częstokroć daje się widzieć, jak trwający od tygodni skurcz powiek ustępuje nagle po zastosowaniu blefarotomii. Nie mogę jednak zgodzić się z zapatrywaniem Sz. autora, że operacya ta zapobiega stanowczo ponowieniu się nawrotów cierpienia podstawowego, a zatem zmian zapalnych na rogówce. Także wynik jej i co do skurczu powiekowego

nie zawsze jest pewnym, gdyż zdarzają się przypadki, które i po przedsięwzięciu blefarotomii zachowują się całkiem lub częściowo opornie.

Z przyczyn, które poniżej zaraz wyłuszczę, nie przedsięwzięłem nigdy i to zasadniczo, blefarotomii trwałej, a raczej posługiwałem się zawsze tylko blefarotomią tymczasową.

Nasuwa się obecnie pytanie, kiedy należy stosować blefarotomię?

Mojem zdaniem jest ona wskazaną przy pryszczykowym zapaleniu rogówki wówczas, gdy zapalenie to już usuniętem zostało środkami leczniczymi, a pozostał tylko silny skurecz powiek, który innymi sposobami usunąć się nie daje. Także w przypadkach, w których po licznych nawrotach pryszczykowego zapalenia pozostała łuszcza, nie dająca się usunąć innymi środkami, a która to łuszcza powoduje skurecz powiek i silne zadrażnienie gałki ocznej. W podobnych przypadkach widziałem niejednokrotnie, że w przeciągu 24 godzin operacyja ta usuwała nie tylko skurecz powiek, ale zniknęły bardzo rychło objawy zadrażnienia gałki ocznej.

Mojem zdaniem blefarotomia tymczasowa jest całkiem wystarczającą. Blefarotomia trwała o tyle nie jest wskazaną, że powoduje każdorazowo oszpecenie i zniekształcenie szpary powiekowej, a prócz tego, jeżeli się zgodzimy na mój sposób wytłumaczenia działania blefarotomii, nie daje żadnych korzyści większych od blefarotomii tymczasowej.

Przekonałem się, że zwykła pozioma blefarotomia tylko w nielicznych i to najcięższych przypadkach skureczu powiekowego przy *keratitis eczematosa* nie daje należytego wyniku, a prócz tego jest technicznie jej wykonanie bardzo utrudnionem. Tutaj należą te przypadki, w których pojawia się bardzo silny wyprysk skóry powiekowej i długotrwałe a recyduwujące zapalenie rogówki, znaczny obrzęk powiek, a skóra zewnętrznego spoidła (*Commissura exterior*) powiek przy biernem otwieraniu szpary powiekowej jest po nad zewnętrznym kącikiem powiekowym pieńkowato zgrubiałą. Nie chcąc robić

zbyt wielkiej ranki w skórze jest bardzo utrudnionem w tych przypadkach osiągnąć przedłużenie szpary powiekowej, tembardziej, że i doświadczenie uczy, że wynik blefarotomii, zrobionej w tych warunkach, jest bardzo znikomy. W tych nielicznych przypadkach jest zatem wskazaniem zrobić blefarotomię ukośną, jak to wskazał Stellwag¹. Jeżeli wykona się ją dokładnie t. j. jeżeli podsunie się nożyczki bezpośrednio pod kącik zewnętrzny powiek, to po zabliznieniu, nie pozostaje na brzegu powiekowym nigdy szpara lub jakiś ubytek w skórze, a cienka blizna znika całkowicie częstokroć już po upływie kilku tygodni.

Co się tyczy leczenia następowego, to pozwałam sobie zauważyć, że mała ta ranka wygaja się zazwyczaj w kilku dniach. Tylko w wspomnianych powyżej przypadkach, w których obrzęk powiek jest znaczniejszym, spostrzegąłem czasem, że ranka była przez dłuższy czas pokrytą naciekiem włóknikowym, w następstwie czego pozostawała grubsza blizna. Jeżeli skutek takiej blefarotomii nie jest w pierwszym dniu należyty, to należy w następnych dniach rankę, która rychło zarasta, przez rozdarcie odnawiać. Tutaj muszę jednak zauważyć, że w przypadkach, w których skutek nie występuje natychmiastowo, odnawianie ranki pozostaje niejednokrotnie także bez skutku.

Co się tyczy w końcu sposobu działania, a zatem mechanizmu działania tej operacji, to muszę nadmienić, co następuje:

Jak to już Czermak w swojej książce operacyjnej podnosi, nie podlega wątpliwości, że wskutek poziomej blefarotomii zmniejsza się napięcie włókienek w przegrodzie oczodołowej i nasilenie ucisku mięśnia okrężnego a temsamem zmniejsza się ucisk powiek na gałkę oczną. Tej to właśnie okoliczności przypisuje on korzystne działanie blefarotomii. Mojem zdaniem korzystne to działanie nie polega jednak jedynie na zwolnieniu tego napięcia. Wychodząc z założenia, że nie sam tylko ucisk na powieki, zwarte silnie przez skurcz mięśnia jest przyczyną niekorzystnego wpływu na gałkę

oczną, przychyłam się raczej do zdania Stellwaga, że bardzo ważną rolę przy blefarotomii odgrywa zmniejszenie się ucisku krwi w naczyniach. Mojem zdaniem, sposób działania blefarotomii, przedstawia się zupełnie inaczej, aniżeli dotychczas to tłumaczono.

A mianowicie, zdaje mi się, że wskutek ucisku powiek powstaje w naczyniach spojówki bardzo znaczna zastoina żylna. Widzimy bowiem, że we wszystkich przypadkach silnego skurczu powiekowego żyły powiekowe silnie się zarysowują. Wskutek blefarotomii zmniejsza się ciśnienie krwi w naczyniach przynajmniej na kilka godzin, usunięcie skurczu powiekowego sprawdza prawidłowe warunki krążenia w naczyniach powiekowych, a tem samem i w naczyniach spojówki. Te właśnie czynniki zdają mi się być miarodajnymi w działaniu blefarotomii i tem się da wytłumaczyć moje zapatrywanie, że blefarotomia trwała nie daje żadnych większych korzyści od blefarotomii przejściowej.

Przy pryszczycowem i jaglicowem zapaleniu rogówki polecał Mulder⁹ wycięcie wiązek mięśnia okrężnego w całej rozciągłości powieki, a zabieg ten, który nazwał *Blepharosphincterectomia* polecał przy skurczu powiek. Pod tym względem nie mam własnych doświadczeń, zdaje mi się jednak, że rękoczyn ten nie ma żadnego zasadniczego znaczenia.

Pes⁸ znowu opisywał wycięcie zewnętrznej gałęzi nerwu nosowego, pochodzącego od nerwu trójdzielnego, przyczem podwiązywał równocześnie mięsień czołowy pętlicowym szwem metalowym. Następnie Huter-Schlösser¹⁴ zalecali głębokie zastrzykiwania alkoholowe w pień nerwu twarzowego, dalej Mirto¹⁴ wycięcie 15 mm długiego kawałka gałązki *r. ophthalmicus* nerwu trójdzielnego, w końcu Abadie i Cuneo¹⁰, a także i Spóville¹¹, opisywali utworzenie zespolenia t. j. anastomozy pomiędzy jednym z nerwów rdzeniowych a pomiędzy nerwem twarzowym. Ostatni ten zabieg nie leży już właściwie w granicach oftalmologii a osobiście nie mogę tembardziej podjąć się krytyki jego, gdyż ilość spostrzeżeń

w tym kierunku ogranicza się tylko na ogłoszeniach wspomnianych autorów.

Literatura.

1. Ettinger J. Über die Verwendung der Lidspaltenerweiterung der Kinder. Centralblatt f. Kinderheilk. 1399. p. 3. i p. 519.
2. v. Ammon. Zeitschrift f. Augenheilk. und Chirurgie 1839. II. p. 140.
3. v. Graefe. Arch. für Ophthalm. III. IV. u. X.
4. Stellwag. Die Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus 1853.
5. Hinly. Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges und deren Heilung. Bd. I. p. 135. Berlin 1843.
6. Duncan - Lawrie. Treatment of ophthalmia neonatorum. Brit. med. Journ. 1909. 6. März.
7. Schultz-Zehden. Zur operativen Behandlung der rezidivirenden phlyctenulösen Bindehautentzündung. Mediz. Klinik 1909. nr. 52. p. 1966.
8. Pes. Chirurgische Kur des essent. Blepharospasmus (Centralblatt 1895. p. 470).
9. Mulder. Blepharo-sphincterectomie.
10. Abadie u. Cunéo. Behandlung des schweren Blepharospasmus durch eine spinofaciale Anastomose. Archiv d'Ophthalm. 1905 Avril.
11. Spéville de. 2 Fälle von Blepharospasmus auf 2 verschiedene Methoden geheilt. La Clinique ophthalmol. 1906. nr 9.
12. Mirto. Corticaler Ursprung des Blepharospasmus. La Clinica oculistica 1908 Juni.
13. Mellinger. Subcutane Strychnininjectionen. Centralblatt f. Augenheilk. 1900. p. 215.
14. Tiefe Alkoholinjectionen etc.:
Valude. Centralblatt 1906. p. 127. u. 1908. p. 215.
Schlösser. Heidelberg 21. Versammlung pag. 84.
Fumagalli. Centralblatt 1909. p. 435.
Mirto. Centralblat 1908. p. 390.
de Spéville. Centralblatt 1906. p. 308.

II. STRESZCZENIA.

Ophthalmology. R. 1911. Vol. VII. nr 3. (Referent K. W. Majewski).

Jaskra rozpoczynająca się, jej rozpoznanie i leczenie. (Incipient Glaucoma, its Diagnosis and Treatment). Alison Bradburne — Southport.

Artykuł ten zawiera elementarny opis objawów i przebiegu klinicznego jaskry, oraz zmian anatomicznych, jakie choroba ta wywołuje w oku. Trudno istotnie zrozumieć, jakim sposobem rzecz niezawierająca ani jednej oryginalnej myśli mogła znaleźć pomieszczenie na naczelnem miejscu w poważnym fachowym kwartalniku okulistycznym. Aby należyście scharakteryzować artykuł ten, który zasługuje raczej na miano popularnego wykładu, a nie oryginalnej pracy okulistycznej, wystarczy wspomnieć, że między innymi, autor poucza czytelnika, z jakich części składa się gałka oczna, że naczyniówka jest błoną, która się rozpościera między twardówką a siatkówką i t. p. Omawiając leczenie operacyjne jaskry zaleca autor zamiast typowej irydektomii wycinanie małego kawałka tęczówki na skrajnym obwodzie, zabieg zresztą już znany, który pozostawia oku prawidłową i ruchomą źrenicę, a otwiera drogi odpływowe w tym samym stopniu, jak całkowita dobrzeźna irydektomia.

Trepanacja twardówki jako zabieg operacyjny przeciw jaskrze. (The Operation of Simple Trephining of the Sclera for the Relief of Glaucoma). Elliot — Madras.

Dla przypadków jaskry niezapalnej uznano już dziś powszechnie jako konieczny warunek skuteczności zabiegu operacyjnego, wytworzenie blizny przesączającej. Jednym z najlepszych sposobów stworzenia stałej i otwartej drogi dla odpływu cieczy wśródocznej jest trepanacja twardówki w okolicy obwodowego kąta przedniej komory. Od sierpnia r. 1909, wykonał autor w rządowym szpitalu okulistycznym w Madras 260 takich operacji. Technika wykonywanego przez autora zabiegu jest następująca: Po należytem znieczuleniu oka kokainą, a wyjątkowo tylko w uspieniu chloroformowem, wycina on najpierw w spojówce galkowej trójkątny płat powyżej rogówki, szeroką podstawą trójkąta do rogówki zwrócony. Po dokładnem oddzieleniu płata tego od podstawy, aż po sam rąbek rogówki odwraca go rozkładając i rozścielając

na rogówce. Do odsłoniętej w ten sposób twardówki, w pasie należącym do przedniej komory, przykładła następnie trepan i puszcza takowy w ruch w ten sposób, aby wykroić w całej grubości twardówki krążek, bez jakiegokolwiek uszkodzenia innych głębszych części oka. Ważną jest rzeczą, aby ruch trepana zatrzymać natychmiast, skoro tylko przednia komora została otwarta. Chwilę tę oznacza wytrysnięcie cieczy wodnej dookoła korony trepana, pojawienie się krwi w przedniej komorze, pewnego rodzaju uczucie, jakby działania ssącego, udzielającego się wrażliwej ręce operatora, trzymającej trepan, wreszcie częstokroć drgnięcie chorego, który zazwyczaj w chwili dokonanego przewiercenia twardówki uczuwa wyraźny, choć niezbyt dotkliwy ból. Początkującym nieraz się przydarza, że po odjęciu trefiny wycięty krążek twardówki trzyma się jeszcze na kilku włóknach zazwyczaj od strony rogówki. Wtedy należy do przecięcia tych włókien użyć nożyczek tęczówkowych. Dwakroć zdarzyło się autorowi, że wycięty krążek, zamiast pozostać w trefinie, wpadł do przedniej komory i musiał być stamtąd nie bez trudu wydobywany zapomocą szczypczyków, ostrych haczyków i przez wypłukiwanie przedniej komory zapomocą irygatora Mac Keowna. W obu tych przypadkach użyto zbyt małego trepanu o średnicy 1 mm. Autor przekonał się, że i ze względu na możliwość uwięźnięcia tęczówki, która wąski otwór łatwiej w całości zatyka, tak małe trepany nie są praktyczne. Najlepiej operować trefinami średniej wielkości o średnicy 1.5—2 mm. W razie wypadnięcia tęczówki przez wytrepanowany otwór w twardówce, należy na początek naciąć ją tylko w kierunku włókien promienistych i pozwolić przez ten otwór wypłynąć cieczy wodnej. Niejednokrotnie zabieg taki wystarcza, aby tęczówka wróciła na swoje miejsce, zwłaszcza przy równoczesnem zapuszczeniu ozeryny lub pilokarpiny. O ile możności należy unikać chwytania szczypczykami uwięzłej tęczówki i wyciągania jej na zewnątrz w celu odcięcia, gdyż wtedy ramiona jej zatrzymują się w otworze twardówkowym i trudno je do przedniej komory odprowadzić. Autor zaleca przedewszystkiem trepanację twardówki prołą i tylko w ostateczności wykonuje dodatkową irydektomię. Jeżeli po trepanacji źrenica jest nieco ku górze przesunięta, a także, jeżeli do cieczy wodnej dostało się trochę krwi, wtedy przepłukuje przednią komorę zapomocą irygatora Mac Keowna, przez co i tęczówka należycie się wygładza. Na zakończenie operacji przykrywa się otwór trepanacyjny wykrojonym z początku płatem spojówkowym, którego przyszywać nie potrzeba. W kilku przypadkach jednak założył autor szwy dopiero nazajutrz po operacji, gdy przy pierwszej zmianie opatrunku znalazł płat zesunięty i zmarszczony.

Opisana operacya stwarza już nie bliznę, ale wprost kanał filtracyjny, który ma znakomicie usuwać wzmoczenie parcia wśród-ocznego, stale zapewniając odpływ wśródocznego cieczy. Autor wykonywał trepanacyę taką we wszelkich przypadkach jaskry, tak ostrej i podostrej, jak zwłaszcza przewlekłej niezapalnej, gdzie irydektomia z reguły nie wystarcza. Wprawdzie obserwacya przypadków operowanych dotąd jeszcze nie jest zbyt długa, bo od najdawniejszych trepanacyi nie upłynęły jeszcze nawet dwa lata, ale dotychczas utrzymująca się poprawa u tych chorych, którzy się do powtórnego badania zgłosili, zdaje się dobrze wróżyć na przyszłość.

Wzmoczone parcie tętnicze w związku z chorobowymi zmianami w oczach. (Arterial Hypertension and its Relation to Morbid Changes in the Eye). Luther C. Peter — Filadelfia.

Autor wykonał w 104 przypadkach różnych zmian na dnie oka bądźto kiłowych, bądź miażdżycowych, lub na tle białkomoczu szczegółowe pomiary ciśnienia krwi w tętnicy sprychowej. Dla ujednostajnienia wyników badał zawsze chorego w pozycji siedzącej z ręką wzniesioną do wysokości serca i zapisywał wyłącznie ciśnienie odpowiadające skurczowi serca. W dziesięciu przypadkach *neurorretinitis syphilitica* średnie ciśnienie wynosiło 132 mm Hg. W 20-u przypadkach *retinitis* 165 mm Hg. W 50-u przypadkach *neurorretinitis* 185 mm Hg. W trzech przypadkach *retinitis albuminurica* 190 mm. W 6-ciu przypadkach *retinitis haemorrhagica* 205 mm, a w 6-u przypadkach *papillitis* 225 mm Hg. Wyniki swych poszukiwań doświadczałnych i statystycznych streszcza autor w następujących wnioskach:

1) Wzmoczenie parcia tętniczego jest główną przyczyną zmian na dnie oczu spostrzeganych w przewlekłym zapaleniu miąższowem nerek i ogólnej miażdżycy tętnic.

2) Podobne zmiany w siatkówce mogą, przy równoczesnem wzmoczeniu parcia tętniczego, wystąpić w oczach, zanim pojawiają się inne oznaki pozwalające rozpoznać przewlekłe zmiany chorobowe w nerkach, lub w układzie tętnicznym.

3) Wygórowane ciśnienie wśródtętnicze powoduje często wynaczynienia podspojówkowe i pozostaje w tak ścisłym związku z jaskrą, że musi być uważane za jeden z głównych czynników etyologicznych tej choroby.

4) Wzmoczone parcie tętnicze jest, zdaje się, czynnikiem wywołującym wypierający krwotok naczyńwłokowy po operacyach zaćmy.

5) Aby mieć możność zapobiegania ciężkim powikłaniom

ocznym i racjonalnego leczenia tychże należałoby przeprowadzić, w celu bliższego wyjaśnienia istniejących w tym względzie stosunków, szczegółowe pomiary ciśnienia wśródtętniczego we wszystkich przypadkach zmian ocznych wśródgąłkowych z pominięciem przypadków zmian urazowych.

Gruźlica oczna i jej leczenie. (Eye Tuberculosis and its Treatment). Windbiel — Amsterdam.

Krótkie streszczenie dotychczasowych naszych wiadomości o gruźlicy oka i przydatków i opis najczęstszych postaci klinicznych, w jakich gruźlica na oku występuje. Co do leczenia oświadcza się autor za stosowaniem tuberkuliny (TR) według przepisu prof. Hippla, którego był asystentem.

Obustronna częściowa tenotomia i badanie stanu heteroforyi w przebiegu operacji przy użyciu figury greckiego krzyża. (Bilateral Partial Tenotomy, with a Greek Cross Test-Object for Use during Operation). Lewis Ziegler — Filadelfia.

Częściowa tenotomia w leczeniu utajonych zaburzeń równowagi mięśniowej zyskuje, zdaniem autora, coraz więcej zwolenników. Wskazanie do operacji stanowią jednak tylko te przypadki heteroforyi, którym towarzyszą dolegliwe objawy podmiotowe (*asthenopia muscularis*) nie dające się usunąć zapomocą innych środków, jak szkła pryzmatyczne, lub wyrównanie wady refrakcyi. Tenotomia całkowita jest w tych razach zabiegiem zbyt silnie działającym, a przytem skutek jej nie da się tak ściśle dawkować jak wynik tenotomii częściowej. Autor daje historyczny pogląd na rozwój tej metody operacyjnej. Graefe (1861) przecinał poprzecznie środkową część ścięgna, pozostawiając po bokach wązkie paski nieprzecięte. Abadie (1880) robił w dwóch miejscach, na granicy ścięgna i mięśnia i w obrębie samego ścięgna, po dwa nacięcia boczne niestykające się ze sobą i pozostawiające w środku pasek nieprzecięty. Verhoeff (1893) do cięć Abadiego dodawał jeszcze pomiędzy tamtymi cięciami jeszcze przecięcie średnich włókien, uzyskując przez to znaczne wydłużenie ścięgna. Todd (1907) ograniczył się tylko do dwóch nacięć bocznych niedochodzących do środka ścięgna, robiąc jedno bliżej mięśnia, drugie bliżej przyczepu ścięgna. Ten rodzaj tenotomii częściowej dawał jednak często powód do następowego skręcenia gałki ocznej (*torsio, cyclophoria*). Autor niniejszej pracy jeszcze w r. 1901 podał sposób tenotomii częściowej, polegający również na dwóch bocznych nacięciach ścięgna, jednak w tem samym miejscu naprzeciw siebie

dokonanych i nie dochodzących do środka, pozostawiających zatem w środku, stosownie do woli, węższy lub szerszy pasek nieprzecięty. Oprócz stopniowego powiększania tych cięć bocznych można skutek operacji potęgować jeszcze przez odcinanie końcem ostrych nożycek Cooperowskich pojedynczych włókienek powierzchniowych z brzuśca mięśniowego w miejscu, gdzie one przechodzą w ścięgna. Operację tę wykonywa Z. kontrolując co chwila zmieniający się stan heteroforyi zapomocą zmodyfikowanej nieco metody Graefego. Operuje chorego w pozycji półsiedzącej i zaraz po wykonaniu pierwszych nacięć w ścięgnię wypłukuje krew, wyjmując rozwórkę, a zakłada ramki próbne, wkładając szkło barwne przed jedno oko, a odpowiednio ustawiony przyzmat przed drugie oko. Jako znak do badania heteroforyi służy mu czarny krzyż grecki, równoramienny na tle matowej, transparentowo oświetlonej tali szklanej. Krzyż taki służyć może zarówno do oznaczania zboczeń w kierunku pionowym jak i w kierunku poziomym. Zapomocą tenotomii częściowej można dawkować skutek obniżający stopień heteroforyi w granicach między $1\frac{1}{2}^{\circ}$ a 8° . Wiadomo, że skutek całkowitej tenotomii nie da się przewidzieć, a przeciętnie wynosi około 15° . Widać z tego, że tenotomia częściowa wykonana dwustronnie z maksymalnym wynikiem około 8° dałaby korektę 16° , może zatem zastąpić jednostronną tenotomię całkowitą. Z drugiej zaś strony przy kilkakrotnie nieraz w ciągu operacji wykonanej próbie z greckim krzyżem można zapomocą tenotomii częściowej wyrównać dokładnie znacznie niższy stopień heteroforyi. Skutek tenotomii całkowitej byłby w tych razach napewno za silny.

Wyciąg ciała rzęskowego w leczeniu zapalenia współczulnego z opisem dwóch przypadków. (The Extractum Corporis Ciliaris in the Treatment of Sympathetic Ophthalmia, with a Report of two Cases). Edward Heckel — Pittsburg.

Na wstępie przypomina autor, że t. zw. dzisiaj organoterapia nie jest wcale nowym sposobem leczenia i że właściwie stosowanie jej sięga najodleglejszych czasów. Na naukowe jednak tory została wprowadzona dopiero przez Brown Séquarda i od tego czasu coraz bardziej się upowszechnia. Nie wszędzie jednak jednako święci tryumfy. W okulistyce Dor w roku 1898 zalecił wyciąg z ciała rzęskowego do wstrzykiwań podspojówkowych w przypadkach przewlekłych zapaleń jagodówki, a zwłaszcza do leczenia zapalenia współczulnego. Autor zastosował środek ten w dwóch przypadkach sympatycznego zapalenia. Wyciąg sporządzony był z wielką starannością ze świeżych oczu wołu, z których wśród kauteli aseptycznych wycinano rzęskową część jago-

dówki, wrzucano do fizyologicznego roztworu soli, rozcierano następnie ze szkłem sproszkowanym w moździerzyku i wstawiano na 24 godzin do oziębiacza. Po dokładnem odsączeniu szkła badano wyciąg co do jałowości. Wstrzykiwania podspojówkowe robiono co drugi dzień kolejno w czterech kwadrantach spojówki galkowej. Niepodobna było nie stosować równocześnie innych środków leczniczych, a nawet tak w jednym, jak i w drugim wypadku wykonaną została irydektomia. Ostateczny wynik optyczny nie upoważnia do wydania korzystnego świadectwa co do skuteczności wstrzykiwań wyciągu rzęskowego. Autor odniósł wrażenie, że ten sam, bardzo zresztą mierny wynik leczniczy byłby został osiągnięty i bez tych wstrzykiwań. W jednym z przypadków nie wyjęto oka pierwotnie zranionego i okazało się na końcu, że właśnie to oko zapewniło choremu jaką taką zdolność widzenia, gdy drugie dotknięte zapaleniem współzależnym prawie zupełnie wzrok utraciło. Jest to zatem jedno z tych spostrzeżeń, z których wypływa nauka, że jeśli oko zranione wogóle jeszcze coś widzi, a drugie uległo już zapaleniu współzależnemu i wzrok utraciło, wtedy raczej należy wstrzymać się od enukleacji.

Oszukańcze zachowanie się badanych pod względem wzroku. (Dobrowolne uszkodzenia oczu, symulacja, agrawacja, dyssymulacja). (Visual Malingering, Self-inflicted, Damage, Simulation, Dissimulation, and Aggravation). W ü r d e m a n n — Seattle.

Autor podaje z własnej praktyki niektóre ciekawsze spostrzeżenia symulacji, agrawacji i dyssymulacji u osób ubezpieczonych od wypadków przy pracy, lub domagających się odszkodowania, albo renty od Towarzystw kolejowych i zarządów fabrycznych, wreszcie przypadki symulacji i dyssymulacji u popisowych i u kandydatów do służby kolejowej i okrętowej.

Przypadek żylaka, względnie żylnego naczyniaka w oczodole. (A Case of Varix or Angioma Venosum of the Orbit). J. F. Klinedinst — York Penna.

Przypadki guzów żylnych w oczodole należą do rzadkości. Pierwsze spostrzeżenie kliniczne, w którym prawdopodobnie o tego rodzaju zmianę chodziło, opisał A b e r n e t h y. Pierwszy niewątpliwym przypadkiem *haemangioma orbitae* podał Walton 1853 r. W roku 1880 Berlin zebrał 54 ogłoszonych spostrzeżeń, a w roku 1904 Lagrange 83, z których jednak nie wszystkie zupełnie wiarygodne. Autor opisuje przypadek odnoszący się do robotnika fabryki tapetów, lat 31, u którego pod skroniową połową dolnej

powieki prawego oka powstawał obrzęk, ilekroć na chwilę choćby pochylił głowę ku przodowi. Po odchyleniu powieki widać było wtedy sinawy guz pod spojówką, dołem zewnątrz z głębi oczodołu wychodzący, silnie napięty i elastyczny. Położenie gałki, ani jej ruchomość nie były zmienione. Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe. Już w kilka sekund po podniesieniu głowy guz znikał bez śladu, a powieka wracała do prawidłowego stanu. Ani tętnienia, ani jakiegokolwiek szmerów naczyniowych nie można było wykazać. Na operację radykalną, która miała polegać na wycięciu rozdętej żyły chory nie chciał się zgodzić. Próbowano zatem elektrolizy, najpierw stosując biegun ujemny, potem dodatni, ale tak jedno jak i drugie bez żadnego skutku. Wtedy przyszło autorowi na myśl wywołać zapomocą wstrzyknięcia jakiegoś drażniącego płynu zapalenie zlepne ścian żyłaka i spowodować w ten sposób zaciągnięcie się i skurczenie tegoż. Wybrał do tego celu alkohol, który wstrzyknął w ilości kilku kropel zapomocą strzykawki o cienkiej igle, pomiędzy ścianę żyłaka, a okosną oczodołu, unikając starannie nakłucia ściany żywej. W następstwie tego wstrzyknięcia powstała wyraźna *periphlebitis* objawiająca się dość znacznym obrzękiem i bolesnością, ale już po kilku dniach objawy te ustąpiły, a guz wydatnie się zmniejszył. Zachęcony tem wykonał autor w krótkim czasie drugie, a wreszcie trzecie zastrzyknięcie alkoholu wywołując każdym razem silny obrzęk zapalny i doczekał się bardzo szczęśliwego wyniku, bo żyłak znikł stopniowo zupełnie, tak że przy pochylaniu głowy nie występowało już żadne wydęcie. Badanie po upływie roku wykazało zupełnie prawidłowe stosunki oraz brak jakiegokolwiek uszkodzenia gałki ocznej lub upośledzenia wzroku, tak, że istotnie mówić można o doszczętnem i trwałem wyleczeniu. Autor uważa się za pierwszego, który takie leczenie żylnego guza oczodołu zastosował. Knapp zalecał wprawdzie wstrzykiwania do wnętrza żyłaka rozczyńców ałunu lub octanu ołowowego, aby wywołać *endophlebitis adhaesiva*, ale przytem zachodzi niebezpieczeństwo, że nierozpuszczalne skrzepy mogą się dostać do zatoki jamistej. Wstrzykiwania alkoholu w otoczenie żyłaka są o wiele bezpieczniejsze, a nawet gdyby się nakłuło ścianę i do krwi wprowadziło alkohol, to powstają skrzepy wiotkie, które uniesione prądem krwi szybko się rozdrabniają i rozpuszczają w osoczu. Wobec tego, że elektroliza zawodzi, a operacja krwawa, wymagająca częstokroć otwarcia oczodołu sposobem Krönleina, jest trudna w wykonaniu, nie wolna od niebezpieczeństw, a w dodatku w skutkach niepewna, zaleca autor usilnie do dalszych prób opisane przez siebie okołożylne wstrzykiwania alkoholu.

Związek między przednią okolicą etmoidalną a chorobami oczu. (The Relation of the Anterior Ethmoid Region to Diseases of the Eyes). Ivimey Dowling — Albany.

Istnienie pewnej zależności tak co do fizjologicznych jak i patologicznych stosunków między błoną śluzową jamy nosa a okiem przypuszczano już od dawna, ale dopiero w ostatnich czasach nagromadzono spostrzeżenia przemawiające za tem, że okolicą, która w pierwszym rzędzie oddziaływa drogą odruchową na oko, jest przedni odcinek średniej muszli nosowej. Świadczą o tem już stosunki anatomiczne, mianowicie liczne połączenia naczyń i blizki związek nerwów zaopatrujących z jednej strony oko, a z drugiej wymienioną wyżej okolicę jamy nosa. Autor przypomina nadto szereg prostych doświadczeń, wykazujących istnienie tego związku. Tak np. wiadomo powszechnie, że podrażnienie nerwów rzęskowych (zranienie, uszkodzenie oka, ciała obce, nagłe oślnienie) wywołuje równoczesne podrażnienie jamy nosa z uczuciem kręcenia w nosie i częstym kichaniem. Naodwrot podrażnienie błony śluzowej jamy nosa powoduje zazwyczaj przekrwienie spojówek, łzawienie i inne tym podobne objawy oczne. Autor przekonał się nadto, że stałe i uporczywe obrzmienie muszli nosowej średniej ustępuje niekiedy dopiero po wyrównaniu zapomocą odpowiednich szkieł istniejącej wady refrakcyi. Naodwrot także w pewnych przypadkach astenopii, nieusprawiedliwionej ani wadliwym stanem refrakcyi, ani zaburzeniami równowagi mięśniowej, dopiero wycięcie przedniego odcinka średnich muszli nosowych kładzie koniec dolegliwościom wzrokowym. Wreszcie wspomina autor o tem, że weteranie maści czerynowej w okolicę górnych zwojów szyjnych nerwu współczulnego, powoduje równocześnie zwężenie źrenic i skłóśnięcie obrzmiącej błony śluzowej na muszlach nosowych średnich. Na podstawie całego szeregu spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że w różnych chorobach i zaburzeniach ocznych bądźto takich, których etyologia jest zgoła niepewną, bądź takich, które opierają się zwyczajnym w okulistyce używanym sposobom leczenia, należy zwrócić uwagę na stan średniej muszli nosowej i w razie zgrubienia przerostu lub obrzęku błony śluzowej wykonać odpowiedni zabieg chirurgiczny. Tu zalicza on oprócz wspomnianych przypadków astenopii i uporczywych nieżyłków spojówki ze światłowstrętem i łzawieniem, także niektóre postacie powrotnego zapalenia tęczówki, a nawet te przypadki jaskry, w których irydektomia i inne operacye oczne zawodzą, lub dają wynik niewystarczający.

**Opis przypadku zakażenia po operacyi zaćmy, le-
czonego z pomyślnym wynikiem zapomocą wakcynacyi.**
(Report of Case of Infection Following Cataract Extraction Treated
by Vaccines with Rapid Recovery). O'Connor — Fort Sereven.

W przypadku szybko postępującej infekcyi po operacyi zaćmy zastosował autor wstrzykiwania wśródmiąższowe szczepionki, sporządzonej naprędce z hodowli bakteryi ropnych wziętych z wydzieliny tegoż samego zakażeniem dotkniętego oka. Szczepionka mogła być użyta dopiero na czwarty dzień po wybuchu zakażenia. Pierwsze podspojówkowe wstrzyknięcie pozostało bez wpływu na przebieg. Natomiast cztery następne wśródmiężniowe wstrzyknięcia robione w trzydniowych odstępach wywarły skutek pomyślny, bo rogówka ocalała, a przyszło tylko do zarośnięcia źrenicy przy utrzymanem poczuciu światła. Jest nadzieja, że zapomocą irydektomii lub iry-
dolomii wzrok zostanie przywrócony. Autor kładzie nacisk na wa-
runek, ażeby szczepionka sporządzana była z materiału zakaźnego
wziętego z wydzieliny oka zakażonego. Bliższych szczegółów co do
sposobu jej przyrządzania nie podaje.

Teleskopowe szkła do okularów. (Teleskope Eyeglasses).
Kenneth Scott — Londyn.

Krótką wzniała o t. zw. teleskopowych okularach przeznac-
zonych dla użytku krótkowidzów, u których myopia przekracza
9₀D. Okulary te, mające dawać mypom szersze pole wyraźnego
widzenia, wynalezione w Niemczech, mają być bardzo ciężkie
i przypominają szkła ochronne, jakich używają automobiliści.
Autorowi udało się uprościć ich budowę i nadać im rozmiary,
ciężar i wygląd zewnętrzny okularów zwyczajnych.

Revue Générale d'Ophthalmologie. R. 1911. Nr 1, 2, 3,
5 i 6. (Ref. K. W. Majewski).

O leczeniu rzekomo błoniczych zapaleń spojówki.
(Un mot sur le traitement des Ophthalmies à fausses membranes,
appelées sans raison conjonctivites diphtériques). Eloui Pasza
(Kairo).

Pomimo braku prątków Loefflerowskich w przypadkach rze-
komo błoniczych zapaleń spojówki, leczenie zapomocą surowicy
przeciwbłoniczej jest uzasadnione, bo w przypadkach ciężkich,

zwłaszcza w takich, jakie się często zdarzają w Egipcie, daje ono dobre wyniki. Autor zmienił jednak sposób postępowania o tyle, że zamiast wstrzykiwać tę surowicę w większych ilościach w tkankę podskórną brzucha, wstrzykuje ją zapomocą strzykawki Prawaza w ilości 1 cm³ wprost pod spojówkę chorego oka. Zastrzykiwania takie powtarza codziennie przez 3—4 dni z rzędu, a w uporzeczonych przypadkach dodaje jeszcze 5-ą, a nawet 6-ą iniekcję. Sposób ten przedstawia, zdaniem jego, następujące zalety;

1. Chorzy chętniej się zgadzają na wstrzykiwania podspojówkowe niż podskórne.

2. Niebezpieczeństwo wystąpienia ogólnych objawów zatrucia jest bez porównania mniejsze.

3. Skuteczność działania jest szybsza, bo surowica dostaje się odrazu do ogniska zakażenia.

4. Zwłaszcza w przypadkach z powikłaniami rogówkowemi skutek zastrzykiwań podspojówkowych jest nie tylko rychlejszy, ale i pewniejszy, niż zastrzykiwań podskórnych.

O nystagmografii u człowieka. (De la Nystagmographie chez l'homme). Buys.

Ze względu na wielkie znaczenie, jakie posiada *nystagmus* w symptomatologii chorób błędnika, bliższe poznanie tego objawu jest bardzo pożądanem, a w niektórych przypadkach, dla różniczkowego rozpoznania, wprost koniecznem. Dokładniejsza analiza ruchów drgających, tak szybkich i tak drobnych, jakie znamionują *nystagmus vestibularis*, zapomocą zwyczajnego, choćby najuważniejszego oglądania, zupełnie jest niemożliwa. Stąd wynikła potrzeba obmyślenia przyrządów graficznych, któreby w odpowiedni sposób znaczyły krzywą tych ruchów ocznych z najdrobniejszymi ich szczegółami. W ostatnich czasach doznały szerszego zastosowania dwa tego rodzaju przyrządy, jeden pomysłu *Wojaczka*, drugi *Buysa*.

Przyrząd *Wojaczka* składa się w zasadzie z małego zwierciadła, które przykłada się do zamkniętej powieki. Zwierciadło to odbija światło od lampy Nernsta, zamkniętej w metalowym walec z pionową szczeliną. Linia świetlna odbita od zwierciadła pada na obracający się walec, na którym przewija się wstęga czułego papieru fotograficznego. Walec ten jednak wraz z papierem zamknięty jest w skrzynce, posiadającej szczelinę poziomą. Ruchy gałki ocznej udzielają się zwierciadłu za pośrednictwem kauczukowej oprawy, a odbita przez nie pionowa linia świetlna naśladuje te ruchy i pada przez poziomą szczelinę skrzynki na przewijającą się wstęgę czułego papieru. W ten sposób uzyskuje

się fotograficzne zdjęcie oczopląsu i to zdjęcie, którego rozmiary mogą być dowolnie powiększone.

Przyrząd Buysa wspiera się na statywie dwuocznym i składa się z dwóch miseczek zamkniętych cienką błonką kauczukową. Miseczki te umieszczone na ruchomych metalowych ramionach przypiera się błonkami do zamkniętych powiek ocznych. Drgania galek ocznych weiskając błonki w głąb miseczek wywołują ciągłe zmiany ciśnienia zawartego wewnątrz powietrza, a te przenoszą się zapomocą cienkich rurek kauczukowych na przyrząd piszący zbudowany na wzór kardyosfigmografu Jaqueta.

W pracy swej Buys analizuje wyniki doświadczalne uzyskane przyrządem swym w przypadkach drżenia galek ocznych na tle schorzeń błędnika, jakoteż w stanie fizyologicznym przy t. zw. próbie dziesięciu obrotów (na wirującym krześle).

Ocena wzrokowej zdolności zarobkowej na podstawie granicznego kąta widzenia. (Estimation de la capacité oculaire professionnelle d'après l'angle visuel-limite). W. Nicati.

Autor krytykuje rozpowszechniony obecnie sposób mierzenia bystrości wzroku, polegający na tem, że za jednostkę przyjmuje się przeciętną bystrość prawidłową, gdyż jest to jednostka duża, tak, że mając zazwyczaj do czynienia z przypadkami upośledzonego wzroku, musimy się tego wzroku wyrażać nie wielokrotnością tej jednostki, lecz jej ułamkiem. W szczególności potępia tablice do badania wzroku dziesiętne typu, jaką jest tablica np. Monoyer'a, ponieważ nasuwają one błędne przypuszczenie, jakoby bystrość wyrażona np. ułamkiem 0.4 była dwa razy większą od bystrości 0.2, a dwa razy mniejszą od 0.8. W rzeczywistości taka proporcjonalność wcale nie zachodzi. W zasadzie autor godzi się na formułę Snellena, wedle której graniczny kąt jednej minuty odpowiada prawidłowej bystrości, a kąt np. 2, 5, 8 minut bystrościom 2, 5, 8 razy mniejszym. Z tego sposobu określania bystrości wzrokowej wysnuwa on prostą regułę dla oceny zmniejszenia zdolności zarobkowej z powodu upośledzenia wzroku. Reguła ta opiewa: każdej minucie kątowej odpowiada $\frac{1}{10}$ całkowitej zdolności zarobkowej. Wartość wzrokowej zdolności do zarobkowania (VC — capacité visuelle professionnelle) określa się zatem następującym wzorem ogólnym: $VC = 9.4 [11 - V]$.

Według tego wzoru, gdy bystrość wzrokowa odpowiada kątowi granicznemu 7', wtedy zdolność zarobkowa wynosi 0.4, zmniejszenie zatem, czyli utrata zdolności w porównaniu ze zdolnością pełną, przyjętą za jednostkę wynosi 0.6.

Keratokele arterius. Wydęcie ampułkowate rogówki w przypadku śluzoropotoku u noworodka. (Kératocèle antérieure. Éclatse kératique ampullaire dans l'ophtalmie des nouveau-nés). H. Truc (Montpellier).

W uniwersyteckiej klinice ocznej w Montpellier spostrzegął autor u noworodka w przebiegu śluzoropotoku spojówek na jednym oku pęcherzyk, który wytworzył się w miejscu nieznacznego nacieczenia głębokiego zajmującego środek rogówki. Pęcherzyk ten zrazu wielkości łebka od szpilki już nazajutrz urosł do rozmiarów małej jagody winnej. Pęcherzyk był przezroczysty, pozwał w głębi dostrzedz ciemny otvorek, prowadzący do przedniej komory. Podczas krzyku dziecka napinał się wyraźnie, wystając z pomiędzy powiek, we śnie jednak przykrywały go powieki. Pęcherzyk ten robił wrażenie bańki nadmuchanej przez małą dziurkę w rogówce. Ponieważ ropienie spojówkowe już prawie ustąpiło, ograniczono leczenie do zapuszczania pilokarpiny i przemywania przegotowaną wodą. Przez dni dziesięć pęcherzyk nie ulegał żadnej zmianie, potem nagle zaczął się zmniejszać, treść jego stała się mętna i w ciągu tygodnia zniknął bez śladu. Pozostała blizna paracentralna na rogówce z małym zrostem przedniej tęczówki. Zupełnie podobnego spostrzeżenia autor nie mógł znaleźć w literaturze, przytacza jednak przypadek analogiczny, ogłoszony przez Marqueza w przypadku półpaśca ocznego i opis pęcherzykowatego wydęcia rogówki w wielkim podręczniku chorób ocznych Desmarresa. Autor słusznie różniła dwie postacie takiego bańkowatego wydęcia. *Keratokele posterius et arterius*. Pierwsze zdarza się często i powstaje na dnie wrzodów rogówkowych bliskich pęknięcia, kiedy jeszcze błona Descemeta opiera się rozpadowi i pod wpływem parcia wśród-ocznego mniej lub więcej się wydyma. Stąd też niektórzy nazywają tę zmianę *Descemetokele*. *Keratokele arterius* jest następstwem sprawy rozpadowej niszczącej rogówkę od wewnątrz, od przedniej komory (*ulcus posterius*). Jeśli rozkład dosięgnie już błony Bowmana i na niej się zatrzyma, wtedy przybłonek, który ocalał stanowiąc zbyt słaby opór dla ciśnienia wśródocznego wydyma się w bańkę wypełnioną przez ciecz wodną. Za takie *keratokele arterius* uważa autor zmianę spostrzeganą w opisanym przez siebie przypadku. W przypadku powierzchownego zapalenia worka spojówkowego należało się raczej spodziewać powierzchownego owrzodzenia rogówki. Tymczasem nacieczenie, które dało początek następowemu pęcherzykowi, powstało w tylnych najgłębszych warstwach rogówki. Ponieważ powstanie tego nacieku przypadło na okres, w którym dziecko karmione piersią, mimo swej choroby ocznej rozwijające się dotąd dobrze i zyskujące prawidłowo na

wadze, zaczęło wskutek zaburzeń w trawieniu szybko podupadać i nędzić, — przeto autor sądzi, że rozpad głęboki rogówki należy tu uważać za objaw ograniczonej keratomalacji niezależnej od sprawy zapalnej toczącej się na spojówkach.

Nowojodyna jako lek okulistyczny. (La Novojodine comme remède ophtalmique). Wicherkiewicz (Kraków).

Już w styczniu b. r. w zeszycie trzecim Przeglądu lekarskiego ogłosił autor w krótkim doniesieniu tymczasowem spostrzeżenia swe odnoszące się do wybitnej skuteczności nowojodyny w leczeniu zakaźnych spraw oka, w szczególności rogówki. Obecnie w znacznie obszerniejszej pracy wykazuje szczegółowo własności tego nowego środka przeciwnilnego, sposób, w jaki go stosuje w leczeniu chorób ocznych i ustalone dotychczas przez siebie wskazania do jego użycia. Nowojodyna jest organicznem połączeniem jodu i formaldehydu i przedstawia się jako proszek barwy jasnobrunatnej, bezwonny, bezpostaciowy i nierozpuszczalny w żadnym ze zwykłych rozczynników. W handlu nosi nazwę nowojodyny mieszanina wyżej opisanego ciała w równych ilościach z łójkiem (*talcum venetum*). W zetknięciu z ropą, z wysiękami zapalnymi, z wydzieliną surowiczą ran rozpada się nowojodyna na swe dwie główne części składowe t. j. na jod i formaldehyd działając przez to bakterycydojęco i przeciwnilnie. Ponieważ nowojodyna w tym stanie, w jakim z fabryki przychodzi, zbyt silnie oko drażnia, przeto używa jej autor zmieszanej ze sproszkowanym cukrem w stosunku 1:10. W przypadkach wrzodów rogówkowych zwłaszcza takich, których badanie bakteriologiczne wykazało obecność gronkowców, łańcuszkowców, albo pneumokoków, działanie nowojodyny jest szczególnie korzystnem. Po starannem opłukaniu i oczyszczeniu worka spojówkowego i po zapuszczeniu atropiny lub pilokarpiny, stosownie do wskazania, macza autor pręcik szklany, którego koniec posmarowany jest maścią borową, kseroformową, lub czystą wazeliną żółtą, we wspomnianym proszku (*novojodini 1,00, sacchari albi pulverisati 10,00*) następnie pałeczkę oblepioną proszkiem wprowadza pod dolną powiekę, gdzie nowojodyna po zamknięciu oka, a wyjęciu pałeczki zostaje, wchodząc w bezpośrednie zetknięcie z powierzchnią owrzodzeń. Do czasu ogłoszenia tej pracy leczonych już było 25 przypadków pełzających wrzodów rogówki zapomocą w ten sposób stosowanej nowojodyny, a wyniki były tak pomyślne jak przy żadnym z dotychczasowych sposobów leczenia, nawet przy stosowaniu pyoktaniny z dioniną, która to metoda przed laty przez autora podana do tej pory ze wszystkich innych najlepsze w przypadkach wrzodów zakaźnych rogówki od-

dawała usługi. Prawie równie korzystne wyniki dawała nowojodyna w przypadkach wrzodów rogówkowych na tle zakażenia dwóinkami Neisserowskiemi. Dalej przytacza autor przypadek rozwijającego się głębokiego zakażenia ropnego gałki po operacyi zaćmy z licznymi streptokokami w wydzielinie. Postępów sprawy ropnej nie powstrzymało ani wypłukanie przedniej komory rozczyntem pyoktaniny, ani zastosowanie surowicy przeciwstreptokokowej, a dopiero nowojodyna właściwie użyta położyła kres ropieniu i uchroniła gałkę oczną od zniszczenia. Również w przypadkach uporezywego ropienia spojówek u osób przeznaczonych do operacyi zaćmy zastosowanie nowojodiny przed operacyą usuwało wydzielinę i zapobiegało bardzo w innych warunkach prawdopodobnemu zakażeniu rany. Również korzystne wyniki uzyskiwał autor w leczeniu śluzoropotoku woreczka łzowego przez wstrzykiwanie bądźto glicerynowej, bądźto innej emulsyi nowojodiny. Podobne skutki obiecuje sobie autor w leczeniu otoków ropnych jam ocznych, czy to zawiesiną nowojodiny, czy wprowadzaniem gazy nowojodynowej.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego za rok 1909.

(ob. Postęp okulistyczny r. 1908).

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

(Dokończenie).

VI. Posiedzenie dnia 28-go października 1909 r.

Obecnych 23-ch członków.

Stan. Kopezyński przedstawił przypadek *ophthalmoplegiae chronicae progressivae paene completae (externae et internae)*. Chory lat 64, kawaler, kował, już w 20-m r. życia zauważył opadanie powiek. W 22-m r. życia przechodził ospę naturalną. W 40-m r. odeięto mu połowę członka z powodu jakiejś dużej

narośli. Po 40-m roku zauważył, że, chcąc spojrzeć w bok lub do góry, musi jednocześnie obracać głowę. W 60-m roku życia — przejściowe porażenie prawego nerwu promieniowego. W 61-m r. wstąpił do szpitala św. Ducha w Warszawie z powodu cierpienia gruczołu krokowego. W 62-m r. życia stopniowy zanik mięśni kięci, utrudniony chód. W ostatnich czasach znaczna poprawa pod tym względem. *Lues negatur.*

Przedmiotowo stwierdzić można po za objawami nieznacznego stwardnienia łątnic, pewnej rozedmy płuc, następujące zmiany w układzie nerwowym: chód nieco ocięższy, siła ruchowa osłabiona, zwłaszcza w rozginaczach przedramienia, wybitne osłabienie i zanik wszystkich mięśni kięci, najwięcej międzykostnych. W stopach zanik i osłabienie czynności zginaczy i rozginaczy stopy. W porażonych mięśniach odczyn zwyrodnienia. Odruchy ścięgnięte wszystkie ledwo dostrzegalne, odruchów stopowych brak, obustronny objaw Babińskiego. Ze strony nerwów czaszkowych zachodzą zaburzenia tylko w nerwach, poruszających gałki oczne — III, IV i VI para — mianowicie: opadnięcie obu powiek, — chory usiłuje je podnieść, unosząc brwi; w prawem oku widać ledwo połowę źrenicy, w lewem zaś dolny odcinek rogówki. Gałki oczne są zupełnie nieruchome. Ledwo dostrzegalnych ruchów ku wewnątrz można nie brać pod uwagę. Źrenice nie oddziałują na światło, natomiast na akomodację — prawa bardzo leniwie, lewa — pozostaje nieruchoma. Źrenice są umiarkowanie szerokie, prawa nieco szersza. Chory czyta zapomocą szkieł + 3 D. Akomodacja w pewnym stopniu zachowana. Psychika prawidłowa. K. uznaje ten przypadek za *ophthalmoplegia chronica progressiva* i zaznacza nadzwyczajną rzadkość cierpienia, jak to wynika ze statystyk Graefego, Wilbrandta i Saengera; podkreśla, jako osobliwość, powikłanie przez zanik mięśni typu rdzeniowego o charakterze *poliomyelitis anterior chronica*. Mówca kładzie nacisk, że to cierpienie oczne *ophthalmoplegia chr. progr.* niewątpliwie polega na postępującym zaniku jąder nerwów III, IV i VI p., te jądra są to twory analogiczne do jąder w komórkach rogów przednich rdzenia. Mówca zaznacza też stosunek tego cierpienia do *paralysis bulbaris*, do *sclerosis lateralis amyotrophica*, do ostrego zapalenia krwotocznego szarej istoty w okolicy wodociągu Sylwiusza (t. zw. *polioencephalitis acuta haemorrhagica* Wernickego). Wspomina o wrodzonych i dziedzicznych porażeniach jąder nerwów okoruchowych, o nabytych w dzieciństwie wskutek *encephalitis frontis*, zaznacza, iż *ophthalmoplegia* stanowić może część obrazu klinicznego bardzo wielu innych chorób układu nerwowego (kiła mózgu, wiałd rdzenia, bezład postępujący, wodogłowie wewnętrzne, wielo-

ogniskowe stwardnienie i t. p.). Etiologię cierpienia w przypadku pokazanym upatruje on w pewnem nieznanem nam, wrodzonym, przedwczesnem wyczerpaniu się żywotności wspomnianych jąder. Przymiot mózgu lub wiąd rdzenia należy tu dla braku wszelkich danych bezwzględnie wykluczyć.

W dyskusyi: Endelman zaznacza, że, o ile teoria postawiona przez mówcę w celu wyjaśnienia etiologii tego przypadku, może wytłumaczyć zanik mięśni dłoni u chorego wobec jego zajęcia (kowalstwo), niezbyt się nadaje do zrozumienia istoty *ophthalmoplegiae chr. progr.*, która zajmuje miejsce naczelné w obrazie chorobowym.

Winawer ma wątpliwości, czy porażenie mięśni ocznych nie zaczęło występować u chorego już w wieku dziecięcym, co by świadczyło, że ten przypadek należy do grupy t. zw. *infantiler Kernschwund*.

Kopezyński w odpowiedzi Endelmanowi twierdzi, że przedwczesne wyczerpywanie się żywotności (stopniowe zwyrodnienie) tych lub innych grup jądrowych lub pęczków w układzie nerwowym jest nam dobrze znane. Jakże tu przyczyny odgrywają rolę (czy niedorozwój, czy nadmierna czynność, czy działanie nieznanych nam jądów)? trudno orzec. W odpowiedzi Winawerowi zaznacza, że nie można utożsamiać cierpienia, o którym mówił, aczkolwiek rozpoczęło się w wieku młodocianym z t. zw. *infantiler Kernschwund*, którego etiologia jest inna, o czem już wspominał, dotyczy też pewnych grup komórkowych i zatrzymuje się na pewnem stopniu rozwoju, a w przypadku pokazanym postępuje nieubłaganie naprzód.

Endelman przedstawia dwóch braci, dotkniętych *Conjunctivitis vernalis* i świeży przypadek *Herpes corneae febrilis*.

Kępiński: Spostrzeżenia co do operacyjnego leczenia krótkowzroczności. K. jest zwolennikiem tego sposobu leczenia.

W dyskusyi: Cetnarowicz zaznacza, że operacya nie obroni oka od zgnubnych skutków wysokiej krótkowzroczności, jak to mylnie początkowo przypuszczano. Sam zabieg operacyjny jest bezwarunkowo połączony z niebezpieczeństwem, czego nie należy tać przed chorym. Utratę akomodacyi również trzeba brać pod uwagę i zaliczyć do ujemnych stron operacyi.

Mutermileh jest stanowczym przeciwnikiem operacyjnego leczenia krótkowzroczności. Sądzi, że nawet bardzo wysokie stopnie krótkowzroczności nie stają na przeszkodzie pracy w większości zawodów. Sam zabieg operacyjny, pomijawszy możliwość zakażenia, jest ciężki, o czem już mogą świadczyć przypadki operacyi zaćmy i krótkowidzów. Jest najmocniej przekonany, że ope-

racya przyspiesza odklejenie siatkówki. Sam operował raz jeden i z zupełnie złym skutkiem.

Ziemiński rozporządza dość licznym, bo wynoszącym przeszło 20 przypadków, własnym materiałem operacyjnym krótkowzroczności. Większa część chorych rekrutowała się ze służby domowej, która ze względów łatwo zrozumiałych zwykle unika noszenia szkieł. Jeden z przypadków pochodzi z r. 1892, dotyczył służącej z M. 22 D. Bystrość wzroku po operacji = $\frac{1}{2}$. Po kilku latach operował drugie oko z wynikiem równie pomyślnym. Chora widział po 12-u latach, pomyślny wynik operacyjny pozostał bez zmiany. Jeszcze dawniej, bo już w r. 1890 operował 11-letniego chłopca z M. 18 D. Obecnie jest on inżynierem, dużo pracuje w swym zawodzie. W żadnym z operowanych przypadków nie było zakażenia, w 3-eh przypadkach po operacji nastąpiły napady jaskry, które atoli ustępowały po wypuszczeniu pęczniejących mas korowych. Nie widział ani razu odklejenia siatkówki po operacji krótkowzroczności. Mimo te tak ponętne wyniki, jest zdania, że należy nader oględnie stawiać wskazania dla tej operacji, biorąc pod uwagę wiek, zawód i stan oczu chorego, gdyż w tych przypadkach operacya niewątpliwie jest połączona z poważnem niebezpieczeństwem dla oka.

VII. Posiedzenie dnia 18 go listopada 1909 r.

Obecnych 20-stu członków.

Gepner (syn) pokazuje przypadek *Keratitis parenchymatosa*, w którym widać tę zmianę postaci rogówki, którą po raz pierwszy Fuchs opisał i uznał za cechę znamiennej wrodzonego przymiotu przy miąższowem zapaleniu rogówki (tak jak »zęby Hutchinsona«). (Wiadomo, że rogówka, widziana z boku i od tyłu, jest prawidłowo okrągła, a rozpatrywana z przodu wydaje się nieco poziomo eliptycznie spłaszczoną, ponieważ nieprzezroczysty jej rąbek jest szerszy u góry i u dołu, niż po bokach). Otóż Fuchs zauważył, że w niektórych przypadkach *keratitis parenchymatosa* rogówka bywa wyraźnie pionowo eliptyczną; zwracając na ten objaw uwagę baczną, spostrzegł go w ciągu roku 28 razy. W 14 przypadkach istniało miąższowe zapalenie rogówki, w 5-u — przewlekła *iritis*, w jednym — wrodzona zaćma jednostronna, w 2-eh — płamy rogówki po *keratitis parenchymatosa*. Pozostałe 6 dotyczyły osób w wieku podeszłym, dotkniętych zaćmą starczą. Z ogólnej liczby — 20 przypadków dotyczyło osób płci żeńskiej, w 6-ciu zmiana postaci rogówki istniała tylko jednostronnie, 5 razy w oku lewem, raz w oku prawem. Wyłączywszy 6 przypadków zaćmy

z powodu trudności stwierdzenia przymiotu dziedzicznego w wieku późniejszym, z pozostałych 22-ch przymiot dziedziczny był niewątpliwie w 8-ju, podejrzenie kity również w 8-ju; w 6-ciu nie zdołano wykazać objawów przymiotu. Opierając się na powyższych danych, Fuchs wnosi, że rogówka pionowo-eliptyczna zdarza się znacznie częściej u osób, dotkniętych przymiotem dziedzicznym, niż u osób wolnych od tej skazy, można ją więc uważać za jeden z objawów, zroszłą niestałych (jak i inne) przymiotu dziedzicznego.

Gepner (syn) pokazuje chorego, któremu przez cięcie w twardówce usunięto odłamek żelaza z okolicy tylnego bieguna gałki. Bystrość wzroku dobra, wziernik wykazuje zmiany zanikowe siatkówki w miejscu, gdzie tkwiło ciało obce.

Ziemiński pokazuje: 1) chorą, dotkniętą przewlekłą postacią *kerato-iritis* pochodzenia gruźliczego i 2) chorą ze zwiechniętą soczewką zaćmioną w oku ociemniałym z powodu jaskry.

Ziemiński: »Krwotok wypierający po operacji ocznej« (ob. dział prac oryginalnych w Postępie okulist. r. 1911, Z. 5).

W dyskusyi: Gepner (syn) powołuje się na przypadek, o którym mówił na jednym z posiedzeń dawniejszych Towarzystwa: obfity krwotok z naczyniówki po operacji zaćmy. Drugi przypadek — ale już wypierającego krwotoku — miał przed 15 laty po operacji Critchetta.

Zajdeman jest zdania, że przypadek Z-go, jako dotyczący dziecka nie należy stawiać w jednym rzędzie z krwotokami u osób dorosłych, zwłaszcza u osób wiekowych, u których źródła krwotoku należy szukać w niewątpliwie zmienionych naczyniach naczyniówki. W przypadku Z-go, zdaniem mówcy, najprawdopodobniej wchodziły w grę czynniki natury urazowej, czy to podczas operacji, czy to w okresie pooperacyjnym.

Mutermilch na przeszło 2000 operacji wydobycia zaćmy w Szpitalu Żydowskim w Warszawie widział trzy przypadki krwotoku wypierającego. Mniema, że krwotok nie zależy od zmian w naczyniach, albowiem przytrafiały się znacznie częściej. Wina najczęściej spada na operującego, który niedostatecznie liczy się z zaćmami na oczach patologicznych, jak ze znaczną krótkowzrocznością, ze zwiechniętą soczewką i t. p., przy których to sprawach najłatwiej o krwotok pooperacyjny. Co do przypadku Z., mówca zapytuje, czy nie dostrzeżono u dziecka oznak krwawiaczki. Jest to przypadek może jedyny w literaturze, gdyż dotyczy dziecka tak młodego.

Ziemiński: Objawów krwawiaczki u dziecka nie stwierdzono.

VIII. Posiedzenie dnia 16-go grudnia 1909 r.

Obecnych 16-stu członków.

Mutermilch odczytał pracę pod tytułem: »Istota i etyologia jaglicy«, która da się streścić w wywodach następujących:

1) Jaglica nie może być rozpatrywana, jako sprawa chorobowa, stojąca po za patologią ogólną i nie powtarzająca się w ustroju na innych tkankach.

2) Jaglica należy do rzędu typowych, często w ustroju napotykanych, przewlekłych zapaleń błon śluzowych o budowie adenoidalnej.

3) Istota jaglicy polega na celowem dążeniu tkanek, wchodzących w skład budowy spojówki (nabłonka i tkanki adenoidalnej) do odzyskania utraconej równowagi w formie odmiennej pod względem anatomicznym. Nabłonek wałeczkowaty przechodzi w nabłonek wielowarstwowy, luźna tkanka adenoidalna zamienia się w zbitą, nie soczystą.

4) Follikul i pannus należą do powikłań jaglicy, nie mających żadnego wpływu na etyologię, przebieg i rozwiązanie sprawy zapalnej.

5) W etyologii jaglicy rozstrzygające znaczenie mają różnego rodzaju drobnoustroje, wywołujące zwykle zapalenie ostre. Specyficznego pasożyta jaglica nie posiada i posiadać nie może. Dyspozycja, klimat, rasa i wiek chorych należeć mogą najwyżej do przyczyn drugorzędnych, w etyologii jaglicy znaczenia nie mających.

6) Od chorego, dotkniętego jaglicą, otoczenie nabyć może tylko ostrą formę zapalną, która, zależnie od warunków higienicznych, kończy się albo szybko i pomyślnie, albo przechodzi w formę przewlekłą.

7) Jaglicę zwalczyć mogą tylko oświata i dobrobyt. (*Autoreferat*).

W dyskusji: Ziemiński zwraca uwagę, że obecnie — z małymi wyjątkami — nikt z oftalmologów nie uważa follikulu za objaw patognomoniczny dla jaglicy, gdyż grudka jaglicza może istnieć i przy innych cierpieniach spojówki. Nie sądzi, aby zgodnie z mniemaniem kol. Mutermilcha obraz kliniczny jaglicy mógł być wynikiem śluzoropotoku spojówki.

Kępiński jest zdania, że przy omawianiu etyologii jaglicy prelegent powinien był uwzględnić t. zw. geografję jaglicy, która świadczy, że ciężkie to cierpienie panuje endemicznie w nizinach, w miejscowościach, obfitujących w bagna i moczary. Liczne spostrzeżenia niezawodnie przekonały K., że prócz najczęstszej postaci jaglicy przewlekłej, istnieje i ostra, t. zw. ostre granulacye. Nie

zgadza się pod żadnym pozorem, by jakiegokolwiek zapalenie spojówki mogło przejść w jaglicę, gdyż żadne zapalenie, również i śluzoropótka, nie dotyczy głębokich tkanek spojówki, jak to stale bywa przy jaglicy. Zresztą, codzienne spostrzeżenie uczy nas, że jest to u nas choroba nader rozpowszechniona, natomiast przypadki ropotoku dorosłych spotykają się tylko sporadycznie. Zdaniem Kępińskiego, łuszczkę jagliczą wywołuje ucisk napełnionej spojówki na rogówkę, znajdującą się w złych warunkach odżywiania.

Kamocki twierdzi, że główny wniosek, jaki wypływa z referatu Mutermilcha stanowi zakwestyjonowanie specyficzności jaglicy. Na to K. bynajmniej nie może się zgodzić, aczkolwiek przyznaje, że istnieją postacie jaglicy, powikłane przez ostre sprawy zapalne spojówki, a wywołane przez znane już lub jeszcze niewykryte drobnoustroje. Po przejściu takiego zapalenia obraz jaglicy występuje w całej pełni, lecz to nie znaczy, że jaglica powstała z tych ostrych zapaleń. Błizny, które się tworzą w spojówce po ropotoku, znacznie się różnią od błizn po jaglicy. K. spostrzegał acz zrzadka niewątpliwie przypadki ostrej jaglicy. Nie może się zgodzić z referentem, że nieleczone lub źle leczone zapalenia spojówki mogą przejść w jaglicę, gdyż znane są przypadki ciężkich postaci jaglicy u lekarzy, a nawet u oftalmologów.

Z. Kramsztyk przypuszcza, że sprawa swoistości jaglicy da się rozstrzygnąć jedynie przez ścisłą odpowiedź na pytanie, czy obraz zbliznowaciejącej spojówki ma swój stały pierwowzór. W tym celu proponuje, aby szereg chorych z cierpieniami spojówki był co pewien czas poddawany wspólnemu badaniu, aby określić przy jakich cierpieniach błony śluzowej oka i w jakich warunkach może powstawać obraz niewątpliwie rozwiniętej jaglicy. Osobiście zgadza się z plelegentem, że jaglica nie jest chorobą swoistą, lecz wynikiem różnorodnych przewlekłych cierpień spojówki.

Dawidsohn zaledwie przed kilku dniami spostrzegł w swym oddziale szpitalnym wybuch ostrej jaglicy u chłopca w parę dni po wyłuszczeniu gałki; przedtem nie było najmniejszych śladów sprawy jagliczej.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Lipiec.

→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulist. U. J. R. dw. Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry.

Podał

Dr TADEUSZ KLECZKOWSKI,
asystent kliniki.

Znajomość ścisłej zależności ciśnienia śródocznego od wysokości ciśnienia krwi stała się już dawno wspólną własnością świata naukowego. Dostyć wspomnieć jest nazwiska: v. Hippa i Grünhagena^{2, 3}, Adamüka⁴, Schultena⁵ i wielu innych by się z prac ich przekonać, że każde podwyższenie ciśnienia we wielkich tętnicach ustroju pociąga za sobą podwyższenie ciśnienia śródocznego, każdy zaś spadek jego naodwrot również spadkiem ciśnienia krwi jest spowodowany. Twierdzenie to dzisiaj już zupełnie pewne, postawione zostało na podstawie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach, u których starano się wpływać na wysokość ciśnienia krwi, a na-

stępowo na ciśnienia śródoczne czy to przez podrażnienie n. błędnego (Adamük, Schöler, v. Schulten) czy przez przecięcie rdzenia ponad atlasen, lub przez drażnienie rdzenia przedłużonego (Hippel).

Nie chcę się zajmować olbrzymią literaturą odnoszącą się i stwierdzającą zależność ciśnienia śródocznego od ciśnienia krwi. Wyniki badań w tym kierunku przeprowadzone jako ogólnie znane można śmiało pominąć. To ważne odkrycie tej zależności ciśnienia śródocznego od ciśnienia krwi spowodowało powstanie myśli, jakie zmiany w ciśnieniu krwi można spostrzegać w chorobie narządu wzrokowego, w której głównym i zasadniczym właśnie objawem jest podwyższenie ciśnienia śródocznego. Nie więc dziwnego, że badania ciśnienia krwi w przypadkach jaskry są dosyć liczne i względnie dawno już przeprowadzane.

Pozornie zdawałoby się być rzeczą zupełnie naturalną, że we wszystkich przypadkach samoistnego a nie następowego podwyższenia ciśnienia śródocznego musi być również i ciśnienie krwi zwiększone. Przeglądając prace autorów zajmujących się przyczyną podniesienia ciśnienia śródocznego zauważyć można, że zdania co do obecności podwyższonego ciśnienia krwi w przypadkach jaskry są podzielone, aczkolwiek znaczna jednakowoż większość autorów wypowiedziała się za podwyższeniem ciśnienia krwi przy jaskrze. Podwyższenie ciśnienia krwi w przypadkach jaskry notowane jest bardzo często. Już K u h n t ⁶ w r. 1885 wypowiada zdanie że w żadnym przypadku jaskry nie brak jest zmian chorobowych w naczyniach krwionośnych. v. Michel ⁷ w swoim podręczniku chorób ocznych i Haab również na temsamem stanowisku stoją. Jedną z najważniejszych przyczyn jaskry jest według Langego ⁸ i Bles-siga ⁹ choroba ogólna ustroju a mianowicie zaburzenia w krążeniu krwi. O związku jaskry z zaburzeniami w krążeniu krwi świadczą wymownie przypadki R. dw. Prof. Wicherkiewicza. W przypadkach tych napady jaskry połączone były z zaburzeniami jelitowymi występującymi z uderzeniami krwi do głowy. Leczenie tylko miejscowe (trydektomia) nie wystarczyło

do usunięcia napadów jaskry, a zastosowanie dopiero środków przeczyszczających jak woda maryenbadzka uchroniła chorego od ciągłego powtarzających się nawrotów jaskry.

Blessig nawet omawiając leczenie jaskry wypowiada zdanie, że nie oko chore na jaskrę ma być przedmiotem naszego leczenia, ale cały człowiek na jaskrę cierpiący. Terson i Campos¹⁰ w r. 1908 przeprowadzili badania nad wysokością ciśnienia krwi w 30 przypadkach jaskry używając przyrządu Potaina. Z badań tych przekonano się że z 4 przypadków jaskry krwotocznej w 2 razach było bardzo znaczne podwyższenie ciśnienia krwi w 2 zaś tylko średniego stopnia. Lekkie tylko podniesienie ciśnienia krwi zauważyli Terson i Campos w przypadkach *Glaucoma simplex*. Przy badaniu jaskry zapalnej w przypadkach chronicznych zawsze stwierdzili silne podwyższenie ciśnienia krwi w przypadkach zaś jaskry ostrej zapalnej prócz notowanych przypadków, podwyższenia ciśnienia krwi zanotowanych zostało 5 przypadków w których ciśnienie krwi nie było wzmożone. Bajardi¹¹ przypisuje również wielkie znaczenie ciśnieniu krwi w jaskrze, zmianom jednak chorobowym naczyń krwionośnych tylko działanie pośrednie. W pracy swojej zaznacza jednak, że może być ciśnienie tętnicze wzmożone, a jaskry mimo to może nie być. Na podstawie tego twierdzić można że bezpośrednią przyczyną jaskry są przy ogólnem bardzo często podwyższeniu ciśnienia krwi zmiany miażdżycowe w naczyniach krwionośnych w samym oku położonych. Na 35 przypadków zapalnej jaskry chronicznej znalazł autor w 19 przypadkach podwyższenie ciśnienia krwi. W *glaucoma simplex* z 16 przypadków tylko w 6 spostrzegać było można podwyższenie ciśnienia krwi. Ciśnienie badane było przyrządem Riva-Rociniego. W 19 przypadkach Laquie'za¹² we wszystkich ciśnienie krwi było podniesione. Podobne wyniki, bo na 14 przypadków w 13 ciśnienie krwi było podniesione otrzymał mierząc przyrządem Riva-Rocciego w modyfikacji Laulaniego Frenkel. Również badania ciśnienia krwi przyrządem Potaina wykonane przez Josepha¹³) stwierdzają w 15 przypadkach na 18 badanych

podwyższenie ciśnienia krwi (do 210 mm Hg) skurczowego. Z wynikami podprzednio przytoczonych autorów w zupełnej sprzeczności stoją badania Krämera¹⁴ z r. 1910. Autor ten przeprowadził badania na 45 chorych na jaskrę i na 90 chorych będących mniej więcej w tym samym wieku, co chorzy z jaskrą. Ciśnienie krwi mierzył przyrządem Gärtnera w przerobieniu Taubera ciśnienie śródoczne tonometrem Schietza. Na 45 przypadków jaskry tylko w 16 przypadkach ciśnienie krwi było podniesione (t. j. 35·6%). Badania kontrolne wykazały że u chorych nie mających objawów jaskry różnica w tym samym mniej więcej procencie, bo w 33·3% podwyższenie ciśnienia krwi można było stwierdzić. Wyniki tych badań kontrolnych wykazać mają według Krämera że klinicznie nie można stwierdzić bezpośredniego związku przyczynowego między podniesionem ciśnieniem krwi, a wzmożonem napięciem gałki ocznej przy jaskrze. Ze zdaniem tem zgadza się teraz i Terson¹⁵ (1907) który dawniej wielkie znaczenie wzmożonemu ciśnieniu krwi przypisywał. Terson, przyznaje że wzmożone ciśnienie krwi ma znaczenie, jakiego jest ono jednak rodzaju pozostaje dotychczas przysłonięte tajemnicami. Aczkolwiek Krämer wypowiada się stanowczo przeciw ścisłemu związkowi między podwyższonem ciśnieniem krwi a wzmożonem ciśnieniem śródocznem, to jednak zwraca uwagę, że ścisłą odpowiedź na to pytanie mogłoby się dać dać używając takiego sposobu oznaczenia ciśnienia krwi, przy którymby można było oznaczyć wysokość jego tak w okresie skurczu, jakoteż i rozkurczu serca. Krämerowi wydaje się możliwem wystąpienie tętna tętniczego przy miernie wzmożonem napięciu gałki ocznej a mianowicie w tym przypadku, gdy różnica między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem krwi jest znacznego stopnia. W przypadkach tej znacznej różnicy ciśnień ogólne ciśnienie krwi może pozostać nie wzmożone. Jednym z takich sposobów oznaczenia skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi jest sposób Ehreta^{16, 17, 18}. Polega on na następującem postępowaniu: Po założeniu naciśkowego mankietu na ramię wzmagą się jego ucisk aż do

całkowitego ściśnięcia tętnicy. Osluchując słuchawką 2 cm poniżej mankietu *A. cubitalis* w tym czasie nie słyszy się naturalnie nic. Obniżając następnie ucisk mankietu zaczyna się słyszeć początkowo ciche potem głośniejsze tony. TONY te są skórczowymi serca. Obniżając jeszcze dalej nacisk mankietu prócz głośnych zaczyna się słyszeć tony słabe. TONY te są natury rozkurczowej. Sposobem tym oznaczyć się daje również szerokość (*amplitudo*) tętna. Sposobu Ehreta do pomiarów ciśnienia krwi w przypadkach jaskry użył w pracy, która ukazała się w ostatnim zeszycie Graefés Arch. f. Ophthalm. 1911 r. R. Kümmeł¹⁹. Badanie wykazało że u 30 chorych na jaskrę ciśnienie zawsze było podniesione. Ciśnienie największe było podczas skurczu, mniejsze podczas rozkurczu, a jeszcze mniejsze w międzyczasie między skurczem, a rozkurczem.

Zestawiając wyniki autorów zajmujących się stosunkiem wysokości ciśnienia krwi do wysokości ciśnienia śródocznego widocznym jest że znaczna większość badaczy spostrzegała w przypadkach jaskry wzmożone ciśnienie krwi. Z drugiej jednak strony ci sami autorzy opisują przypadki jaskry bez podniesienia się ciśnienia krwi i również przeciwnie znane są liczne przypadki, gdzie mimo stałego podniesienia ciśnienia tętniczego (np. w chorobach nerek) jaskra nie wystąpiła. Mimo tych wyjątkowych przypadków jaskry, w których ciśnienie krwi nie było podniesione jaskra przedstawia się jako schorzenie narządu wzrokowego w ustroju nieprawidłowym ale zazwyczaj zmiany w układzie naczyniowym wykazującym.

Badania własne.

Badania swoje przeprowadzałem w dwóch kierunkach. Pierwszy miał na celu stwierdzenie zachowania się ciśnienia krwi w przypadkach jaskry, drugi zaś miał odpowiedzieć na pytanie, czy może w surowicy krwi chorych na jaskrę a wykazujących objawy ogólnego podniesienia ciśnienia krwi nie znajduje się w zwiększonej ilości ciało tak ważne mające znaczenie dla napięcia naczyniowego, jakim jest adrenalina. Wydzielina śródtorbkowej części układu nadnerczowego ciągle

dostaje się do ogólnego krwiobiegu drogą żyły nadnerczynowej (*v. suprarenalis*). We krwi więc już fizyologicznie znajduje się, pewna ilość adrenaliny, wykazać jej jednak przez długi czas nie zdołano. Pierwszemu dopiero Batelliemu²⁰ udało się w r. 1902 przez odpowiednie zagęszczenie surowicy prawidłowej psa wykazać, że działanie tej surowicy podnoszące ciśnienie krwi odpowiadało roztworowi adrenaliny 1:10—20 milionów. Następnie udało się wykazać adrenalinę w prawidłowej krwi O. B. Meyerowi²¹ w r. 1900 i Fraenklowi²² w r. 1909. Pierwszy użył sposobu naczyniowego (Gefäßstreifenmethode), drugi, objawu kureczenia się włókien mięśniowych macicy pod wpływem adrenaliny. Z doświadczeń Fraenkla wynika, że w prawidłowej krwi wziętej z naczyń powierzchownie przebiegających w 1 cm³ znajduje się adrenalina w ilości 0.000.000.1—0.0000025 mg. Na pytanie dla czego mimo ciągłego wytwarzania adrenaliny tak mało się jej we krwi znajduje dali pierwsi odpowiedź Cybulski^{23, 24} i Szymonowicz²⁵ Znikanie adrenaliny ze krwi po wprowadzeniu jej śródżylnem do ustroju odbywa się dzięki zatrzymaniu jej przez tkanki oddziaływujące na nią i następowemu jej utlenieniu. Drugą drogą, którą adrenalina ustrój opuszcza są nerki. Następne badania Embdena²⁶, v. Fürtha²⁷ i Kretschmera²⁸ stwierdzają że adrenalina również ulega rozkładowi dzięki alkaliczności krwi.

Te bardzo drobne ilości adrenaliny we krwi ludzi zdrowych nie dadzą się wykazać najpowszechniej używanym dla wykrycia adrenaliny odczynem biologicznym na wyjętem oku żaby Ehrmanna ani mniej czułem od niego próbnami chemicznymi. Ponieważ w moich doświadczeniach starałem się przekonać nie o fizyologicznych ilościach adrenaliny w surowicy, ale o ewentualnem jej zwiększeniu się, użyłem więc prób mniej czułych, jakim jest z jednej strony odczyn Ehrmanna^{28, 29, 30} z drugiej strony zaś prób chemicznych. Tak próba Ehrmanna jak też i próby chemiczne z prawidłową surowicą wypadają ujemnie Odczyn Ehrmanna występuje dodatnio w surowicy u chorych na nerki (Ehrmann), w cho-

robie Basedowa i w przypadkach ogólnej miażdżycy tętnic (Mięśłowicz i Maciąg³¹).

Badając u chorych z jaskrą odczyn Ehrmanna postępowałem w sposób ściśle przez niego podany, w kilku jednak przypadkach zauważyć mogłem, że źrenice obu oczu żaby po enukleacji od samego początku trwania doświadczenia nie były równe, a również że czasem jedna źrenica miała większą skłonność do rozszerzenia się, podczas gdy druga była zupełnie unieruchomioną. Po spostrzeżeniu tych objawów oczu z tego rodzaju różnym zachowaniem się źrenic nie używałem naturalnie do doświadczeń. Przeglądając odpowiednią literaturę do odczynu Ehrmanna spostrzegłem, że na ten nierówny sposób zachowania się źrenic enukleowanych żaby zwrócił już uwagę Gautier³² i Kahn. Gautier celem usunięcia przyczyny możliwości wysnuwania błędnych wniosków przy doświadczeniu Ehrmanna radzi poprzednio unieruchomienie źrenicą oka wyjątego żaby przez zadziaływanie na niego światła sztucznego. Sposób postępowania Gautiera, którego i ja w trzech przypadkach doświadczenia użyłem jest następujący: Oczy wyjęte żaby posiadające małeńki kawałeczek nerwu wzrokowego wkłada się na 45 minut do wody w naczyniu zawartej i pozostawia się je w zupełnej ciemności. Po 45 minutach wystawia się gałki oczne rogówką ku górze układając na działanie silnego światła sztucznego (w moich doświadczeniach lampka elektryczna Wolframa 50-cio świecowa) na przeciąg kwadransa. Po naświetleniu obie źrenice są równej wielkości. Po odmierzaniu ich średnicy wkłada się jedną z gałek ocznych do płynu badanego na przeciąg jednej godziny. Druga gałka oczna pozostawiona we wodzie służy do kontroli. Po godzinie powtórnie obie źrenice przez kwadrans poddaje się naświetleniu. W razie obecności adrenaliny w płynie badanym źrenica oka badanego przed i po powtórnej wyżej opisanym naświetleniu jest szersza aniżeli u oka kontrolnego. Płynem badanym w moich doświadczeniach była surowica otrzymana z krwi wziętej drogą punkcyjną żyłnej dużą strzykawką Pravatza. Surowicę otrzymałem zapomocą odwirowania krwi.

Z prób chemicznych, mających za cel wykrycie obecności adrenaliny w surowicy krwi używałem próby G. Comessatiego³³ i A. Zangfrohnińskiego³⁴. Próba Comessatiego polega na spostrzeżeniu Mühlmanna, że wyciągi z nadnercza po dodaniu sublimatu zabarwiają się czerwono. Próbę Comessatiego z którą nigdy z surowicą prawidłową nie można otrzymać wyników dodatnich, wykonywać można w podwójny sposób. Pierwszy polega na dodaniu kilku kropli roztworu sublimatu 1—2‰ do płynu badanego poczem w razie obecności adrenaliny po 1—3 minutach występuje rozlane różowe zabarwienie. Zabarwienie to po kilku godzinach znika. Drugi sposób próby Comessatiego wykonywałem w następujący sposób: 6—7 cm³ surowicy mieszałem z podwójną ilością roztworu sublimatu w alkoholu 95‰. (10 gr. sublimatu + 200 gr. alkoholu 95‰). Po dokładnym rozmieszaniu płynu przez wstrząsanie i odwirowanie pozostawia się płyn badany w ciepocie pokojowej na 10—12 godzin. Po upływie tego czasu w razie obecności adrenaliny występuje zabarwienie różowe, odcień którego zależy jest od ilości adrenaliny w płynie zawartej. Co do nasilenia występowania zabarwienia czerwonego przy próbie Comessatiego zauważyć muszą wspólnie z Boasem³⁵, że zabarwienie czerwone staje się dużo silniejszym po zagotowaniu płynu. Przyczyną zabarwienia czerwonego jest według Comessatiego wytworzenie się oxyadrenaliny (Batelli) tej samej, która powoduje zabarwienie się czerwone starych roztworów adrenaliny stojących na powietrzu. Nadmienić jeszcze należy, że ciała pokrewne adrenalinie jaką jest brenzkatechina, dają ze sublimatem inny odczyn barwny a mianowicie zielony.

Drugą próbą, którą wykonałem, była próba A. Zangfrohnińskiego. Polega ona na zasadzie, że w razie obecności adrenaliny brązowe dwutlenki manganu przechodzą w bezbarwne niższe tlenki nadające roztworowi czerwone zabarwienie. Odczyn ten wykrywa adrenalinę w roztworach 1:1,000,000 i niezależny jest od oddziaływania płynu badanego. Odczynnika (3 gr. K₂ MnO₄ + 24 gr. aq. destil. + 8 gr. ac. lactici) dodaje

się kroplami, przyczem odczynnik zaraz się odbarwia i występuje zabarwienie różowe. Nadmiar odczynnika nie przeszkadza przy oznaczaniu adrenaliny, bo można go natychmiast usunąć jedną kroplą wody utlenionej.

Ażeby opis mego postępowania przy badaniach uzupełnić dodać muszę, że we wszystkich przypadkach badany był moczu na ewentualne nieprawidłowe w nim zawarte składniki.

Badałem 12 przypadków jaskry, z tych 8 chorych okazywało objawy jaskry zapalnej, 3 jaskry niezapalnej (*glaucoma simplex*), w jednym z przypadków rozpoznano jaskrę krwotoczną. We wszystkich przypadkach wyniki badań były zgodne, a postarałem się je uwidocznić w niżej podanej tabelicy (zob. str. 166), w której przedziałkach wszystkie badania krótko są zaznaczone.

1) Ze zestawienia tego widoczne jest, że we wszystkich przypadkach jaskry znaleźć można podniesienie się ciśnienia krwionośnego.

2) Ciśnienie śródoczne, mimo braku objawów zapalnych, a mianowicie w przypadkach *Glaucoma simplex* (przyp. 4, 6, 7) może być znacznie podniesione. W przypadkach tych taksamo jak w przypadkach jaskry zapalnej spostrzegać można podwyższenie ciśnienia krwi. W jednym z przypadków *glaucoma simplex* chory cierpiał na zapalenie chroniczne nerek (przyp. 7) w przypadku 5 ilość białka wynosiła 0.005% ale odnieść go należałoby prawdopodobnie do obfitej wydzieliny ropnej u chorej tej spostrzeganej.

3) W jednym przypadku jaskry krwotocznej powikłanej z zapaleniem nerek ciśnienie krwi znacznie było podwyższone, dochodziło bowiem do 170 mm Hg.

4) We wszystkich przypadkach jaskry wykazać było można obecność adrenaliny we krwi tak odczynem biologicznym Ehrmana jak też i mniej czułymi od niego próbami chemicznymi Comessatiego i Langfroguiniego.

5) Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę jest jednym z dowodów ogólnego schorzenia ustroju.

Stwierdziwszy w dotychczas badanych przypadkach ja-

Liczba	Nazwisko chorego, wiek Nr dziennika	Rozeznanie kliniczne	Cisnienie krtwi	Schötlz cisnienie śródoczerwne	Ehrmann	Comessati	Zangfrotnini	Mocz
1	C. Z. 64 l. 2092/911 r.	Gl. infl. chron. d. aent. s.	165 mm	pro. 17 lo. 46	+	b. słab.	+	—
2	K. M. 60 l. 2090/911 r.	Gl. infl. chr. o. n.	170 mm	pro. 48 lo. 42-5	+	+	+	—
3	R. L. 53 l. 2308/911 r.	Gl. inf. chr. abs. dex excav. glouc. colob. ind. abs. it. in	168 mm	pro. 48 lo. 55	+	+	+	białko
4	C. K. 52 l. 2305/911 r.	Gl. auc. simplex o. sin . . .	140 mm	—	+	+	+	ślaz 0-005 ^o / ₀
5	K. M. 50 l. 2889/911 r.	Gl. infl. subo ou pr. sin . . .	152 mm	pro. 31 lo. 36	+	słaby	+	ciukier
6	G. M. 68 l. 3944/911 r.	Gl. simplex ocul.	160 mm	pro. 43 lo. 60	+	+	+	—
7	U. M. 38 l. 3892/911 r.	Gl. simplex ocul.	160 mm	pro. 44 lo. 61	+	+	+	białko 1 ^o / ₄ 00
8	L. St. 2961	Gl. subac. o. d.	nie badane	nie badane	+	—	+	—
9	K. B. 55 l.	Prodr. glauc. d. Gl. infl. f. abs. in.	152 mm	pro. 44 lo. 53	+	słaby	+	—
10	P. B. 70 l. 3180/911.	Gl. infl. chr. f. abs. o. dex.	153 mm	pro. 44	+	+	+	—
11	K. G. 38 l. 2417/911.	Gl. haemorrh.	170 mm	—	+	słaby	+	białko
12	S. C. 3183/911	Gl. infl. f. abs. os	—	—	+	+	+	ciukier

skry kliniki krakowskiej obecność adrenaliny w surowicy zachodzi pytanie, jaki wpływ ona mieć może na powstanie jaskry.

Adrenalina działać tu może w dwóch kierunkach a mianowicie: podwyższa ciśnienie krwi i działa na cały układ nerwowy sympatyczny. W następstwie podniesionego ciśnienia krwi przychodzi do przekrwienia czynnego w naczyniach krwionośnych gałki ocznej. Przekrwienie to będzie tem większe, lub słabsze im więcej lub mniej naczynia krwionośne oka utraciły swoją elastyczność w następstwie zmian miażdżycowych tak często przez badaczy spostrzeganych. W następstwie podwyższonego ciśnienia w naczyniach krwionośnych oka przychodzić musi do zwiększonego z nich przesięku, a wreszcie do podwyższenia ciśnienia śródocznego. W zwyczajnych prawidłowych warunkach, choćby przyszło w pewnych razach do podniesienia ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych oka i następstwo do silniejszego przesiękania, podwyższenie ciśnienia śródocznego będzie tylko chwilowe, bo narząd wzrokowy odznacza się możliwością szybkiej regulacji dopływu w stosunku do odpływu. Już Wessely wykazał doświadczalnie, że urządzenia ochronne oka są tak dokładne, że natychmiast w razie wzmożonego ciśnienia śródocznego w następstwie zwiększonego przesiękania, przesiękanie musi się zmniejszyć a temsamem i przyczyna zwiększonego ciśnienia śródocznego musi odpaść. W przypadkach jednak jaskry adrenalina krążąca w ustroju działa i na układ sympatyczny nerwowy. Działając na cały układ sympatyczny musi działać również i na włókienka narwu sympatycznego unerwiającego mięsień rozszerzający źrenicę. Pod wpływem zadrażnienia tych włókien adrenaliną źrenica ulega rozszerzeniu, rozszerzenie zaś to w oku, w którym wytwarzanie cieczy jest wzmożone, wpływa na utrudnienie odpływu. Następstwem więc tych dwu działań adrenaliny na wysokość ciśnienia krwi i na tęczówkę możnaby sobie tłómaczyć stałe podniesienie ciśnienia śródocznego. Operacye przeciwjaskrowe irydektomia Graefego czy *sclerotomia cruciata superficialis* Wicherkiewicza³⁶ jako ułatwiające odpływ cieczy śródocznnej usuwają wzmożone napięcie gałki ocznej, a z niem

inne następowe objawy jaskry. Jak należałoby sobie jednak tłumaczyć przypadki jaskry jednostronnej, a z drugiej strony przypadki o silnem podniesieniu ciśnienia krwi z obecnością adrenaliny we krwi bez objawów jaskry ze strony narządu wzrokowego? Co do pierwszego pytania zaznaczyć należy że w większości przypadków po wystąpieniu objawów jaskry na jednym oku zwykle po dłuższym lub krótszym czasie jaskra i na drugim oku się rozwija. Z drugiej zaś strony, jak już wyżej wspomniałem wystąpienie stałego podniesienia ciśnienia śródocznego zależne jest nie tylko od wzmożonego ciśnienia krwi, ale i od zdolności regulacyjnych ciśnienia śródocznego. Zdolność ta będzie tem większa, im mniej będą naczynia oka miażdżycowo zmienione. Nawet dalej idąc można z Mönkebergiem³⁷ i in. twierdzić, że obecność zmian miażdżycowych w ustroju nie dowodzi konieczności istnienia jej we wszystkich organach ustroju. Tak więc można wyobrazić sobie że możliwe są przypadki miażdżycy z podniesieniem ciśnienia krwi z zapaleniem nerek, w których nie będzie zmian tego rodzaju w oczach, względnie będą w jednym oku, brak zaś ich będzie w drugim. Przy powstaniu stałego podniesienia ciśnienia śródocznego przy jaskrze działa adrenalina, działając na mięsień rozszerzający źrenicę. Stopień zadziałania jednak zależy od ilości adrenaliny krążącej w ustroju i od wrażliwości mięśnia rozszerzającego źrenicę. Wrażliwość ta może być różna i zdarzać się może, że źrenica się nie rozszerzy lub rozszerzy się niedostatecznie, ciśnienie śródoczne podnieść się więc nie może. Za przypuszczeniem tej mniejszej wrażliwości tęczy na adrenalinę przemawiają również spostrzeżenia nad odczynem Ehrmana, przy którym spostrzegać mogłem że jedna i ta sama surowica zawierająca adrenalinę na źrenicę dwóch żab różnych rozmaicie działała powodując w jednym oku większe, w drugim mniejsze rozszerzenie źrenicy.

Literatura.

1. Graefe-Saemisch Handb. d. Ges. Aghk. Br. H. Th. 1903.
2. v. Hippel u. Grünhagen. Arch. f. Ophth. B. XIV. 3. S. 219—58. 1868.

3. v. Hippel u. Grünbagen. Arch. f. Ophthalm. Bd. XV. 1. S. 265—287. 1869.
4. Adamük Sitzungsber. d. Wiener Akad. d. Wiss. LIX. 2. Febr. 1869.
5. Schulten. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. XXX. 3. S. 176. 1884.
6. Kuhnt. Heidelberg. Ophthalm. Ges. 1884.
7. v. Michel. Lehrbuch d. Agbk.
8. Lange. Samml. zwangl. Abhandl. I.
9. Blessig według R. Kümmla. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIX. II. 2. 1911.
10. Terson et Campos. Arch. d. Ophthalm. 1898. p. 209.
11. Bajardi. Giornale della R. Acad. du Medie di Torino LXXVIII
12. Laquièze. Thèse de Toulouse. 1907.
13. Joseph. Thèse de Paris 1904.
14. Krämer. v. Graef Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIII. S. 349. 1910.
15. Terson. Soc. belge d'ophthalm. Annal. d'oculist. CXL. p. 224. 1907.
16. Ehret. Münch. med. Woch. 1909. S. 606.
17. — ibidem 1909. S. 959.
18. — ibidem 1911. S. 243.
19. Kümmeł. v. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. LXXIII. 2. 1911.
20. Batelli. Comptes rendus de la société de biologie 1902.
21. O. B. Meyer. Zeitschr. f. Biologie 48. p. 352—397. 1906.
22. Fraenkel. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. 60. p. 395. 1909.
23. Cybulski. Gaz. lekarska 1895.
24. — Wien. med. Woch. 1896.
25. Cybulski i Szymonowicz. Anzeig. d. Krakauer Akad. d. Wis. 1896.
26. Embden u. Fürth Hofmeister. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol. 1904.
27. Kretschmer. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. 1907.
28. Ehrmann. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. 53. 1905.
29. — Deutsche med. Woch. 1908.
30. — Deutsche med. Woch. 1909.
31. Mięsowicz i Maciąg. Gazeta lekarska Nr 49. 1908 i Fol. serolog. II. 1900.
32. Gautier. Compt. rendus de la société de biol. 1909. T. 672.
33. G. Commessati. Berl. Klin. Woch. 1909.
34. A. Zangfognini. Deutsche med. Woch. 1909.
35. K. Boas. Centralbl. f. Phys. 1909. 22. p. 825. 23. p. 252.
36. Wicherkiewicz. Postęp okulistyczny 1908. p. 340.
37. Mönckeberg. Virchows. Arch. Bd. CLXXI.

II. STRESZCZENIA.

Wiestnik oftalmologii. R. 1911. Marzec, kwiecień, maj i czerwiec. (Ref. Dr M. Szafnicki).

O przyczynach i sposobie powstawania kryptophtalmus. Dr I. I. Ginzburg.

Autor bardzo szczegółowo przytacza odnośne przypadki ogłoszone w literaturze, opisuje jeden przypadek z własnej praktyki i następnie omawia wszystkie teorie powstawania tej wady rozwojowej. Kończy pracę uwagą, że w tej dziedzinie dużo pozostaje jeszcze pytań, na które może dalsze badania dać zadawalającą odpowiedź.

Gruźlica przedniej części oka. A. W. Natanson.

Autor opisuje 5 przez siebie obserwowanych przypadków dotyczących dzieci w wieku 3—12 lat. Przytacza odnośną literaturę, omawia dyagnostykę różniczkową, trudności rozpoznawcze i leczenie; sam nie oryginalnego do literatury nie wnosi.

O syfilomatach ciała rzęskowego. W. P. Filatow.

Druga połowa pracy ogłoszonej w numerze styczniowym W. O. Autor omawia objawy, dyagnostykę, zejścia, sposoby leczenia, anatomię patologiczną i etyologię tego cierpienia. Przytacza bardzo obszernie odnośne zapatrywania już ogłoszone w literaturze, sam nie nowego nie wnosząc. Praca nadająca się do obszernego podręcznika okulistyki.

O leczeniu zapalenia mięszowego rogówki wstrzykiwaniu podspojówkowym rzęci. A. G. Dmitriew.

Autor stosował u 18 chorych z *kerat parench.* wstrzykiwania sinku rzęci (1—3000). Zupełne wyzdrowienie wystąpiło w 9 przypadkach, w tych w 8 była świeża, a w 1 stara *kerat parench.* Znaczne polepszenie zauważył autor w 4 przypadkach. W tych 13 przypadkach anamneza wykazywała: w 7 — wrodzoną, a w 2 nabytą kiłę, gruźlicę w 1 przypadku, a 3 niejasne. Bez skutku pozostało leczenie u 3 chorych. Znaczne pogorszenie wystąpiło 2 razy: U jednego chorego *kerat parench.* była na tle gruźlicy a drugiego etyologia była niejasna. Przeciętnie robił autor 15 wstrzyknięć. W jednym przypadku prócz *kerat parench.* była *chorioretinitis pigmentosa*. Po 10 wstrzyknięciach nastąpiło zupełne wyle-

czenie. Autor na podstawie swoich doświadczeń przychodzi do wniosku, że podspojówkowe wstrzykiwania sinku ręki są nader cenne przy leczeniu *kerat. parench.*, skracając długość leczenia. Szczególne zaś znaczenie mają przy świeżych formach *kerat parench. luetica*.

Dwa przypadki tenonitis. O. R. Lurie. Autor opisuje przypadek *tenonitis serosa* charakterystyczny z tego, że sprawa ciągnęła się 5 miesięcy, podczas gdy opisane dotąd w literaturze przebiegały ostro. Drugi przypadek *tenonitis suppurativa* spowodowany *bac. influenzae*. W przeciągu 4 tygodni pomimo starannej opieki, przyszło do *panophthalmitis i phthisis bulbi*.

„606“ w praktyce ocznej. G. A. Gorbunow.

Autor stosował salwarsan w 4 przypadkach *atrophia n. opt. tabetica*, w 4 — *keratitis parenchymatosa*. w 2, gdzie była *paralysis oculomotorii*. Na podstawie tych przypadków autor przychodzi do następujących wniosków: Bezsprzecznie »606« jest nieszkodliwym środkiem w leczeniu zaniku nerwu wzrokowego, przeciwnie, przetwórc ten tak zbawiennie działa na włókna nerwowe, że te z nich, które już blizkie były zupełnego zaniku, zaczynają na nowo funkcjonować, wzmagają się ich żywotność, czego nie daje żadne inne leczenie. W leczeniu *kerat parenchym.* należy uważać salwarsan za nader skuteczny środek, zapewniający szybki i pewny rezultat. Porażenie nerwu okoruchowego nie poddaje się tak dobrze leczeniu salwarsanem może dlatego, że chodzi tu o sprawy stare, należy wobec tego przypuszczać znaczne zmiany w budowie włókien nerwowych, co przeszkadza powrotowi do stanu normalnego. Brak reakcji Wassermanna powinien powstrzymać od stosowania »606«, gdyż można się spodziewać w takich razach nawet szkodliwego działania tego środka.

Dwa przypadki gruźlicy tylnego odcinka gałki ocznej. A. N. Natanson.

Autor opisuje 2 przypadki gruźlicy naczyniówki, które obserwowano u dzieci dwuletnich. Postawił rozpoznanie glioma. Omyłkę stwierdziło badanie mikroskopowe, gdzie prócz tworów olbrzymich i komórek nabłonkowatych, można było zauważyć prątki gruźlicy. Następnie przytacza autor odnośną literaturę.

Przypadek kataru wiosennego. I. N. Morcow.

U chłopca 13-letniego autor spostrzegł katar wiosenny jednocześnie z jaglicą przewlekłą. Przypadek rzadki jeszcze i z tego powodu, że zdarzył się u mieszkańca Białej Rusi, gdy zwykle spo-

tyka się go na południu Rosyi. Co do etyologii tego cierpienia autor zgadza się z Axenfeldem, który widzi przyczynę tego cierpienia w specjalnym mikrobie.

Przypadek nienormalnego rozwoju mięśni zewnętrznych oka u człowieka. S. Tier-Arutinauc.

Autor spostrzegł u chorego operowanego z powodu *strabismus interno-sursurvergens* nadzwyczaj silny przerost mięśni prostych górnego i wewnętrznego. Ściągnio mięśnia wewnętrznego przy twardówce rozszerzało się wachlarzowato do 15 mm., a ściągnio górnego prostego do 10 m. wobec tego nie udało się operatorowi w zupełności odnośnie mięśnie przeciąć, gdyż pozostały połączenia boczne z torebką Tenona. Podobny przypadek, lecz dotyczący jednego tylko mięśnia prostego wewnętrznego opisał w r. 1907 prof. Wicherkiewicz. Dotąd ogłoszono w literaturze 3 podobne przypadki. Dodać należy, że w opisywanym przez autora przypadku mięsień dolny i zewnętrzny był zupełnie zanikły i przedstawiał cienkie ścięgniste pasemko.

Z powodu referatu Dr Kubli: Czy można powiedzieć prawdę chorym, którzy mają jeszcze nieznaczną bystrość wzrokową, ale którym grozi ślepotą, żeby im dać możliwość przygotowania się do nowych warunków życiowych.

Autor jest zdania, że osobom w starszym wieku z rozpoczynającymi się zmętnieniami soczewki nie powinno się mówić o grożącej zaśmie. Postępowanie przy zaniku n. wzrokowego autor różni. Osobom młodym stanowczo należy mówić całą prawdę, żeby nauczyły się jakiego rzemiosła, przy którym można się obejść bez widzenia, ażeby nie pozostawić ich w razie ślepoty bez środków do życia. Osobom zamożnym można zostawić pewną nadzieję utrzymania wzroku, gdyż nawet w razie ślepoty, nie zostają oni bezradni, a taka nadzieja, jak mówi Hamburger, »ozłaca cierpienie«.

W sprawie anatomii torebki Tenona i zapaleń tejże. P. Czysziakow.

Autor w pierwszej połowie swej pracy, przytacza badania nad anatomią torebki Tenona innych autorów, a następnie wyraża zupełnie zgodne w tej sprawie swoje zdanie. W drugiej części opisyje doświadczenia nad zwierzętami celem wywołania zapalenia torebki Tenona i przychodzi do wniosku, że wywołać jedynie to zapalenie bez zapalenia tkanek otaczających jest rzeczą bardzo trudną.

Przypadek żółtej plamy rogówkowej i próba usunięcia tej zmiany sposobem Guillerygo. Dr med. P. Scheffer.

Autor obserwował mężczyznę 20-letniego, który w celu uwolnienia się od służby wojskowej jakąś żrącą substancją spowodował plamę rogówki żółtej barwy. Przypuszczając, że spowodowana ona była lapisem, autor stosował sposób Guillerygo. W ciągu 2 tygodni kapał oko w roztworze chlorku amonowego z kwasem winnym. Rozczyn tego ostatniego stale pozostawał jednaki 0,1%, gdy roztwór chlorku amonowego zwiększał od 10—20%. Po 2 tygodniach w miejscu plamy pozostały grudki czarnej substancji, najprawdopodobniej zredukowanego srebra. Wobec powierzchownych nadżerek rogówki autor zaprzestał leczenia. Każdorazowa kąpiel trwała $\frac{1}{2}$ godziny, 2 razy dziennie. Upřednio oko było znieczulone alypiną, pomimo to jednak ból był bardzo silny.

W kwestyi przejściowej zmiany refrakcyi w cukrzycy. M. W. Kadziński.

Autor obserwował przypadek, ciekawy z tego względu, że wystąpiło tu zmniejszenie refrakcyi podczas cukrzycy — z myopii chorey na czas choroby stał się emmetropem. Cukru w moczu było 7.4%. Po 2 miesiącach, gdy cukru było 1%, wystąpił poprzedni stan refrakcyi, t. j. mp. 1,5.

W sprawie conjunctivitis Parinandi. M. T. Starodubcewa.

Autorka badała odnośny przypadek bakteryologicznie i histologicznie i również, jak inni badacze nie znalazła żadnych typowych zmian dla tego schorzenia.

Przypadek śluzoropotoku i torbielowatego rozdęcia wyłącznie górnego kanalikę łzowego. A. Pokrowski.

Autor obserwował u chorego, dotkniętego jaglicą w 3 okresie, na lewym oku w okolicy górnego kanalikę łzowego guzek o wymiarach: długość 9 mm szerokość 5 mm. Na wypukłej jego części widać było punkcik łzowy, z którego jednak nawet przy ucisku nie się nie wydobywało. Dolny kanalik prawidłowy, drożny. Chory prosił o usunięcie, gdyż guzek ten zawadzał mu. Przy wycinaniu guzek pękł i wylała się z niego ciecz jasno-żółta. Badanie histologiczne ścianek guzka wykazało utkanie kanalikę łzowego: w części przylegającej do punktu łzowego — nabłonek wielowarstwowy płaski, bliżej worka łzowego — wielowarstwowy cylindryczny.

O stosowaniu galwanokaustyki przy ropnych sprawach rogówkowych. A. P. Władyczenski.

Autor na podstawie 41 leczonych przez siebie przypadków i doświadczeń na królikach, którym wstrzykiwał hodowlę pneum. Frankla, *strept. pyog.* i *staph. pyog. aureus.* przychodzi do następujących wniosków: przypalanie galwanokauterem może powstrzymać rozwój sprawy ropnej, jeżeli jest stosowane we wczesnym okresie choroby, gdy objawy ropnego zapalenia nie zupełnie się jeszcze rozwinęły, przyczem wszystkie kolonie drobnoustrojów muszą być zniszczone; przypalanie w rozwiniętych postaciach zapalenia ropnego pozostaje bez skutku; stosowanie tego zabiegu przy ustępującej sprawie nie przyspiesza wyzdrowienia, zasadniczej różnicy w obrazie anatomopatologicznym w sprawach leczonych i nieleczonych przypalaniem, zauważyć nie można; wartość tego środka leczniczego stanowczo jest przez wielu autorów przecenioną.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(17—21 lipca 1911 r.)

ułożył

K. W. MAJEWSKI.

Posiedzenie I-sze. dn. 18-go lipca o godz. 3-ej po poł.

Przewodniczy Machek ze Lwowa.

Obecnych 29-iu członków.

Gospodarz sekcji, Wieberkiewicz, zagajając posiedzenie, przemówił następującemi słowy:

Witam Panów jaknajserdeczniej w tych murach, gdzieśmy przed 11 laty na naukowych pogadankach spędzili tyle miłych chwil. Wodle uchwały sekcji okulist. ostatniego Zjazdu we Lwowie mieliśmy już w następnym roku spotkać się znowu na tym samym terenie. Zawsze zachodziły jakieś trudności, a ankieta urządzona

przez nas nie doprowadziła do żadnego wyniku, bo jedni chcieli lata, inni zimy, jeszcze inni wiosny a i za czwartą porą roku oświadczyli się jeszcze inni. Nie wiem, czemu przypisać, nie powiem niechęć, ale pewną obojętność dla spraw naszej specjalności w naszym polskim społeczeństwie, mówię oczywiście o obojętności szerszych kół, bo zawsze znam grono gorliwych, którzy i dziś dopisali, za co im się należy podziękowanie — kilku innych panów w ostatniej chwili zaskoczonych przeszkodami nie stawi się jak, doc. Noiszewski i Dr Ziemiński, a sądzę, że panowie wraz ze mną ubolewacie nad tym tak przykrym dla nas ubytkiem.

Nie wielu nas stało, jak dotychczas, do tej naukowej pracy, ale powiedzmy sobie *non multa sed multum* i w tym duchu zabierzmy się do dzieła i z tem hasłem raz jeszcze witam Panów żyjąc, byście w Krakowie miłe spędzili dni.

Na wniosek Komitetu wybiera sekeya prezesami honorowymi: Macheka ze Lwowa, Kramsztyka z Warszawy, Rumszewicza z Kijowa, Kolińskiego z Łodzi, Niegolewskiego z Poznania; na sekretarzy honorowych: Bednarskiego ze Lwowa, Reisa ze Lwowa, Marczewskiego z Częstochowy, Karnickiego z Petersburga i Tkaleiča z Zagrzebia.

Temat ogólny: »*Etylogia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego*«.

Sprawozdawcy: Rosenhauch, Kramsztyk, Wicherkiewicz.

1) Referat Rosenhaucha:

W nowinach lekarskich 1910 ukazał się artykuł tegoż autora pod podobnym tytułem. Obecnie zbiera autor dane badania, dołączając do nich nowe spostrzeżenia i doświadczenia Lindnera, Wolfauna, Halberstädtera, Herzoga i in. i przedstawiając stanowisko, jakie zajmuje szkoła Wicherkiewicza wobec badań nad etyologią jaglicy na podstawie prac innych autorów, jakoteż spostrzeżeń i doświadczeń w klinice krakowskiej.

2) Referat Kramsztyka:

Istota i groza jaglicy to ostatnie okresy choroby: blizny łuszcзка, zawrócenie powiek. Blizna jest następstwem najrozmaitszych spraw patologicznych. Łuszcзка i entropion, to skutek blizn albo uszkodzeń, — więc niedorzecznem jest twierdzenie, że te zmiany są niezbędnie następstwem jakiejś jednej, wyłącznie specyficznej przyczyny. Toż zwoleńnicy specyficzności jaglicy przyjmują, że pierwszym ich obowiązkiem jest odnaleść owe pierwsze okresy. Ale to trudność prawie nie do pokonania. Jaglica trwa lat

bardzo wiele, zanim dojdzie do okresu końcowego, do blizn. Już pamięć ludzka nie może śledzić i objąć tego długiego okresu więc zestawia się pierwotne objawy z końcowymi, choć tego nie spostrzega się u jednego chorego. Więc są to zestawienia dowolne. Ów pierwszy okres podają wszyscy rozmaicie. Bywa to albo nagromadzenie ziarn jaglicowych, albo rozwój brodawek na powierzchni spojówki, albo jedynie zgrubienie spojówki, albo — najczęściej — mieszanka tych objawów. I oto rzecz dziwna, zarazek specyficzny ma wywoływać zrazu rozmaite objawy, a dopiero okres końcowy — zawsze jednolity — zbliża te różne postacie. I jeszcze niedbnie każdy pisarz dodać musi, że te wszystkie pierwotne postacie jaglicy mogą przejść pomyślnie, nie doprowadziwszy do zmian groźnych. Poszukują wprawdzie bardzo subtelnych odmian i różnic, które mają odróżnić choroby łagodne od trachomatu, ale napróżno. Te subtelne, a gwałtem poszukiwane różnice dowodzą, że nie bezstronnie oczyma patrzymy na chorą spojówkę, ale uprzedzeni, przekonani z góry o specyficzności, odmienności i jednolitości jaglicy. To wyraz, który dawno utracił znaczenie tak panuje nad umysłami. Nasz stosunek do jaglicy przypomina epoki scholastyczne. Można by spokojnie czekać na rozwiązanie kwestyi naukowej, gdyby ten nasz pogląd nie był dla chorych szkodliwym. W okresie różnych następstw, w niejasności okresów początkowych niektórzy lekarze już każdą chorobę spojówki zwłaszcza nieco uporczywszą uważają za jaglicę i leczą zbyt energicznie ku wielkiej szkodzie chorego. W obawie rozszerzenia urojonych klęsk utrudniają ludziom życie, wypędzają ze szkół, z kolonii letnich, z okrętów emigracyjnych. Wyraz może nieraz szkodzić, jak człowiek złośliwy, a trachomat należy do największych przestępców pomiędzy wyrazami, więc ten wyraz należy usunąć; zaniechać tak uporeczywych, choć wciąż zawodzących poszukiwań specyficznego zarazka jaglicy utworzyć nową nomenklaturę i klasyfikację chorób spojówki, obmyśleć ściślejszą metodę badania chorób tak przewlekłych i bezstronnym umysłem prowadzić te badania. Przyczynę tak rozmaitego, przebiegu chorób szukać raczej w różnych własnościach organizmu w odmiennych warunkach życia, nie zaś w przypuszczalnej specyficznej, a urojonej bakterji.

3) Referat Wicherkiewicza:

Zapalenie trachomatyczne, prowadzące zawsze do wybitnych zmian w spojówce, a często także i rogówce i sąsiednich tkankach ocznych, występuje już to w postaci wyłącznie a) jaglicowej albo b) papilarnej, już to mieszanej c) jaglicowo papilarnej, albo wreszcie d) włóknistej (*trachoma sclerosum* czyli *sclerotrachoma*).

Dyskusya. Likiernik: W okolicy, w której jaglica jest rozpowszechnioną, obserwować można w różnych generacjach jednej rodziny razem mieszkającej wypadki *conj. follicularis* z przebiegiem chronicznym, dające się wyleczyć doszczętnie i to bez blizn, gdy tymczasem u niektórych osobników tej samej rodziny obraz kliniczny pierwotnie identyczny prowadzi do blizn na spojówce i do łuszczyki t. j. do typowego obrazu jaglicy. Stąd wynika trudność kliniczna do odróżnienia *conj. follicularis* z przebiegiem chronicznym od *conj. granulosa* w początkowych okresach choroby i co najważniejsze do postawienia prognozy względnie kwalifikowania zaraźliwości. Jako kryterium zaraźliwości może uchodzić tylko ropna wydzielina.

Należy zwrócić uwagę na bezsporne wypadki jednostronnego zachorowania na jaglicę, będącą w okresie drugim t. j. przy istnieniu już blizn i łuszczyki, ze względu na etiologię tych wypadków do czasu odkrycia hypotetycznego specyficznego zarazka. Jeśli przypuścić można, że inteligentny chory na jaglicę jednostronną zachowywał pewne ostrożności zapobiegawcze (jak używanie oddzielnej ręcznika dla prawej i lewej strony twarzy, poduszczynek, wycieranie prawego oka prawą ręką *et vice versa*), to trudno przypuścić zachowania tej ostrożności w klasach niekulturalnych, w których obserwowałem takie wypadki. To mię skłoniło do zastanowienia się nad przyczynami usposabiającymi do jednostronnego zachorowania na jaglicę. Za przyczynę usposabiającą uważam: 1) Dające się spostrzegać u niektórych osób przyzwyczajenie do ściskania kureczowego powieki jednego oka odruchowo pod wpływem działania promieni słonecznych na ulicy (*gewohnheitsmässiges Kneifen*), przyczem oko wciąż zaciskane jest okiem usposobionem do jaglicy, na tej zasadzie, że zarazek usposabiający (pył uliczny) w momentach otwierania oczu, pod wpływem zmiennego natężenia światła słonecznego i siły wiatru na ulicy, w czasie zaciskania powiek łatwiej jest zaszczipianym w samą tkankę spojówki. 2) Kafary dróg nosofaryngealnych, występujące jednostronnie, usposabiają stronę chorą do zachorowania na jaglicę. 3) Każde ostre zapalenie oczów, może być przyczyną do zachorowania na jaglicę.

Nadmienić muszę, że przy badaniu robotników fabrycznych, zgłaszających się do badania przed objęciem roboty, widziałem spojówkę z bliznami (jak po jaglicy). Mieli oni zresztą zdrowe oczy i podobno nigdy nie odczuwali żadnej dolegliwości. Tem niemniej przekonany jestem, że te blizny na spojówce są następstwem jaglicy we wczesnym okresie życia, albo też *blennorrhoea neonatorum*.

R u m s z e w i c z: zauważa, że o ile chodzi o mrużenie oka cierpiącego, to jest to nie przyczyną, lecz następstwem cierpienia.

Co do względu klinicznego — w istocie w niektórych razach bardzo trudno jest przyznać tę, lub inną postać — *folliculosa*, lub *granulosa* — zwłaszcza przy nagminnym rozwoju cierpienia.

Więcherkiewicz: Wspominałem poprzednio, iż nie zaprzeczam, by jaglica mogła wystąpić jednostronnie tylko. Niewątpliwie zarazek trachomatyczny, jeszcze nam nieznany, znajdzie spojówkę mniej odporną, skoro ona staje się przekrwioną, czy to przez uraz, czy inną okoliczność. W warunkach higienicznie korzystnych ograniczy się takie jednostronne zakażenie do jednego oka, w leczniejszych jednak przypadkach przejdzie sprawa i na drugie oko.

Życzenie kolegi Likiernika znalezienie środka skutecznego, odkażającego, jest bardzo zrozumiałe. Gdy terapia trachomu nie stoi na porządku naszych obrad, nie mam zamiaru nad tym tematem się rozwodzić, niech mi jednak wolno będzie zaznaczyć, iż uważam sublimat jako najskuteczniejszy, lubo bardzo drażniący środek. Już na kongresie w Kopenhadze w r. 1884 zdawałem raport z moich doświadczeń leczenia jaglicy, zwłaszcza ostrej, wytarciem silnym, bo 1% sublimatem. Reakeya była bardzo silna, ale zato czas leczenia nawet ciężkich przypadków znacznie się przez to skraca.

Koszułski: Niewątpliwie bywają postaci zapalenia spojówki z ziarnami, w których trudno na razie zrobić różniczkowe rozpoznanie pomiędzy jaglicą, a *conj. follicularis*. Jednak takie niejasne formy stanowią tak nieznaczny procent, że mogą nie wchodzić w rachubę. Natomiast w ogromnej większości przypadków można z dużym prawdopodobieństwem rozróżnić te dwie formy zapalenia spojówki, co zresztą najlepiej można stwierdzić przy wielokrotnem badaniu dzieci szkolnych przez dłuższy czas; spotykamy bardzo znaczną ilość zapaleń z ziarnami, które przez długi czas pozostają w jednakowo łagodnym stadium. Co do spotykania jednostronnej jaglicy, to uważam, że fakty takie są wprawdzie rzadkie, ale nie mają w sobie nic niemożliwego, tak, jak spotyka się przypadki ostrej choroby zakaźnej np. skarlatyny, w których część dzieci w jednym domu, lub nawet pokoju przechodzi taką ostrą chorobą zakaźną, a druga część pozostaje zdrową.

Bannet: Podczas epidemii jaglicy jest się skłonny w wszystkim upatrywać jaglicę, podczas gdy w czasach spokojnych, przy dokładnem zbadaniu, wcale nie trudno rozróżnić *conj. follicularis*, od *conj. trachomatosa* i leczenie to potwierdza, gdyż *conj. follicularis* po stosunkowo krótkiem leczeniu ustępuje, czego niestety przy jaglicy niema.

Przy tej sposobności chciałbym poruszyć kwestyę inną: jak się zachować wobec młodzieży szkolnej cierpiącej na jaglicę. Najwyższa

Rada Zdrowia we Wiedniu orzekła, że jeżeli wydzielina spojówkowa nie jest obfita, można zezwolić na uczęszczanie do szkoły. Ponieważ kwestya jest bardzo ważna, chciałbym usłyszeć zapatrywania kolegów.

Wieherkiewicz: Sprawa poruszona przez kolegę Baneta nie jest łatwą do ryzstrzygnięcia. Moje zapatrywanie opieram na doświadczeniu zrobionem w czasie, kiedy w Poznaniu badałem szkoły ludowe: Na 11 tysięcy dzieci zachodziła jaglica może w 3 do 5% przypadków; inne były to zapalenia mieszkowe, katary spojówek, które pod wpływem leczenia w kilka tygodni ustąpiły. Leczenie przeprowadzał personal lekarski w szkole po osiągnięciu ściślejszych instrukcyi. Dzieci jaglicą dotknięte poleciłem wykluczyć i leczyć w domu pod kontrolą i po pouczeniu otoczenia o sposobach uniknięcia zakażenia. Badania wszystkich dzieci powtarzały się co 4 tygodnie, a po 3 miesiącach epidemia szkolna została pokonana. Swego czasu w poznańskiej Izbie lekarskiej odpowiedziałem na zapytanie ministerstwa, jak postępować ze żołnierzami, którzy przy asenterunku okazały się dotkniętymi jaglicą, iż najwłaściwiej byłoby ich zaciągnąć do oddzielnych kompanii, które tylko pewne wykonują ćwiczenia nie szkodzące oczom, by ich tu starannie leczyć. Zdaje się, że obecnie tego systemu armia niemiecka się trzyma.

Rumszewicz: Co do środków zaradczych przeciwko szerzeniu się jaglicy w zakładach naukowych — należy usuwać prawdziwych trachomatyków, oszczędzając cierpiących tylko na *folliculosis*. W internatach odosobnienie jest bezwarunkowo konieczne. Przy bardzo wielkiej ilości chorych (do 50%) należy zaprowadzić dwie zmiany dla wykładów, poddając stoły i ławki dokładnemu umyciu po zajęciach trachomatyków.

Marczewski: Trachoma jest dlatego dotąd sprawą ciemną, ponieważ brak dostatecznych podstaw do rozróżniania tego, co przez tę nazwę rozumieć należy. Cechy czysto anatomiczne są niedostateczne, bo i sprawy tak różne jak gruzełek i gumma mogą w pewnych fazach niezem się anatomicznie nie różnić. Cechy anatomiczne wraz z przebiegiem klinicznym dają już większe oparcie dla rozpoznania i ta podstawa pozwala już nam i — podług mnie słusznie — wyodrębnić *conj. follicularis* od »Trachoma« i pozwala nam racjonalnie leczyć te sprawy. Jednak cechy anatomiczne wraz z cechami klinicznymi nie wystarczają, podług mnie, dla definicyi jaglicy, jako jednej jedynej sprawy chorobowej, w której tak niezmiernie różne spotykają się zmiany i tak różnolity przebieg. Sądzę, iż jaglica jest nazwą obejmującą rozmaite sprawy chorobowe,

których wyodrębnienie należy do przyszłości i to na podstawie bakteriologicznego kryterium.

Dudziński: Wogóle nie wiem, co nazwać pierwszym okresem jaglicy. To co nazywamy jaglica w dzisiejszym znaczeniu tego wyrazu jest dla mnie pojęciem zbiorowem. Wogóle wszystkie cierpienia przewłoczne, które kończą się zbliżowaniem spojówki nazywamy jaglicą. Z czasem, mam nadzieję, z tego zbiorowego obrazu da się wyosobnić szereg spraw zupełnie odrębnych od siebie, a mających samo zejście jako jedyną wspólną cechę. Różnica pomiędzy mieszkciem a jagłą jest raczej ilościową niż jakościową. Spojówka oddziałuje na podrażnienie przez to, że powstają w niej t. zw. mieszki. Jeżeli podrażnienie przekroczy pewną granicę, mieszek przechodzi w rozpad i z mieszka powstaje jagła. Zbliżowacenie może więc powstać z tych wszystkich powodów, z których powstają mieszki, jeżeli tylko podrażnienie przekroczy pewną granicę, albo też warunki od osobnika samego chorego zależne spowodują rozpad mieszków. Przyczyny zaś same mogą być natury zakaźnej, lub nie.

Zwracam uwagę na pewną formę cierpienia spojówki przedstawiającą się jako szereg jagieł w szczególności na górnej powiece przy spojówce zupełnie bladej, nienastrzykanej. Formę tę uważa się za jaglicę i odpowiednio do tego leczy. Leczenie im energiczniejsze wywołuje tem większą uporczywość cierpienia. Natomiast leczenie łagodne, szczególniej masażem powoduje szybkie wyleczenie.

Kramsztyk: Wahanie i trudności wypowiedane przekonywują, że brak jest metody i sposobności do badania. Dla usunięcia tej trudności należy urządzić oddzielne uzdrowiska wiejskie dla chorych na jaglicę, jakie istnieją dla innych chorób, przedewszystkie dla gruźlicy. Wnoszę, abyśmy uchwały taką powzięli i przedstawili do zatwierdzenia zebraniu ogólnemu Zjazdu.

Koliński: Jestem w zasadzie, jak mojem zdaniem większość tu obecnych, za urządzeniem lecznic, lub sanatoryów dla jaglicowych, chociażby na wzór wojskowych stacyi, dla jaglicowych żołnierzy, funkcyonujących w Rosyi. Sanatoria takie powinny się mieścić na wsi, w lesie, nad wodą. Wpływ takich sanatoryów na uleczalność jaglicy byłby nieoceniony. Jaglica jest chorobą ubogich i nieoświeconych warstw społeczeństwa, czyli słuszny jest aforyzm: jaglica może służyć za miarę do mierzenia cywilizacyi, do mierzenia stanu oświaty. Takie ubogie narody, jak nasz, mogą się najskuteczniej bronić od szerzenia się tej choroby za pomocą leczenia swoich chorych jaglicowych w specjalnych sanatoryach.

Co do rzadkich wypadków jaglicy jednostronnej t. j. tylko jednego oka, tak szeroko tutaj dyskutowanych, to nie należy za-

pominać, że jaglica jest chorobą contagijną, a nie miazmatyczną. Łatwo pojąć, iż tylko to oko będzie chorem na jaglicę, do którego się dostał zarazek. Przecież łatwo stać się może, że zarazek dostał się tylko do jednego oka, a drugie pozostało szczęśliwie nie zarażone. Staje się to rzadko, ale jest rzeczą możliwą i dlatego takie wypadki się zdarzają.

Karnicki: Przypuszczam, że dla chorych na trachoma nie są potrzebne osobne szpitale; w każdym szpitalu chorzy na trachoma są zawsze oddzieleni. Urządzenie osobnych szpitali dla trachomatyków wpłynie na zbytnią specjalizację lekarzy; będą lekarze, którzy będą tylko specjalistami od trachomu; co zaś do badania etyologii trachomu bardzo ważne jest badanie ogólnego stanu zdrowia, do czego wszechstronna wiedza lekarza może dodatkowo wpłynąć, gdyż już prof. Wieberkiewicz słusznie zwrócił uwagę, że ogólny stan zdrowia może wpłynąć tak na przebieg jaglicy, jak i na powstanie takowej.

Rumszewicz: Urządzone w armii rosyjskiej staeyce sanitarne dla trachomatyków dają świetne wyniki. Należałoby pomyśleć o urządzeniu przytułków dla trachomatyków, ponieważ ilość łóżek w szpitalach jest ograniczoną, a trachomatyce wymagają świeżego powietrza, dalej szpitalne utrzymanie wypada bardzo drogo.

Likiernik: Wniosek Dra Kramsztyka tworzenia sanatorów dla trachomatycznych, godny jest poparcia z tych względów, że chorzy zaliczają się do warstw niekulturalnych, przeważnie nie mogących się leczyć racjonalnie. Sanatoria mogą i powinny być centrum pedagogicznego wychowania ludności dotkniętej jaglicą.

Wieberkiewicz: Przypominam Panom, że sprawę tę poruszyliśmy już przed 11 laty na tem samym miejscu, i jeżeli mię pamięć nie zawodzi, to właśnie kolega Kramsztyk stawiał to żądanie dotyczące urządzenia osobnych zakładów. Otóż zaznaczam naprzód, że stawianie rezolucyi bez należytego poparcia na nie się nie przyda. Trzeba zwrócić się z tem do odpowiedniej instancyi t. j. do rządu. A jaką drogą? Otóż sądzę, że tam, gdzie istnieją Izby lekarskie, one byłyby najwłaściwszym pośrednikiem; a zatem w Austrii i w Niemczech. Jak w Rosyi sprawa ta stoi, to osądzą panowie z Królestwa i krajów zabranych. Zresztą proponuję wybranie komisyi, któraby dokładnie sprawę przygotowała i nam do zatwierdzenia podała, by ją następnie w dalszą puścić drogę do sfer decydujących. Samo uchwalenie rezolucyi na nie się nie przyda. Wszak tę samą rezolucyę w Postępie okulistycznym opublikowaliśmy, no i szczęśliwie spoczywa sobie w aktach i tomach roczników zjazdowych.

Karnieki: Zgadzam się, że higieniczne warunki bardzo są potrzebne dla leczenia jaglicowych chorych i pod tym względem przyłączam się do zdania Dra Kramsztyka. Co zaś do zaraźliwości jaglicy, to przypuszczam, iż nieraz przosadzamy, gdyż bardzo rzadkie są wypadki zarażenia się chorego, lub kogokolwiek ze służby szpitalnej od chorych.

Wiherkiewicz: Jednostronne wystąpienie jaglicy, może zachodzić, ale prawdopodobnie rzadko, pozornie zaś jednostronne zapalenie błonaczą się tem, że drugie oko nosi ślady dawniej przebytej choroby, widoczne tylko przy bardzo szczegółowym badaniu. Nie dalej jak onegdaj, gdy wszedłem do kliniki, zaanonsowali mi panowie asystenci, że prawdopodobnie zjawił się przypadek choroby Parinauda u młodej osoby. I rzeczywiście pewne objawy pozorowały tę rzadką chorobę. Gruczoł przyuszny i podszczękowy nabrzmiałe, spojówka pokryta wyniosłościami okrągłemi, bardzo licznemi, szaro-czerwonemi, z których niektóre miały wygląd żółtawy, ale to nie te wyniosłości bardzo duże i mało czerwone Parinauda. Badając lewe oko, znalazłem i ciało brodawkowe na całej powierzchni spoj. tarsalnej przeroste i blizny lupą dostrzegalne na dolnym załamku. Chora rzekomo nigdy na oczy nie chorowała. Wzięliśmy kulturę z prawego oka, rzekomo Parinaudem dotkniętego i pokazało się, jak się w tej chwili od Dr Rosenhaucha dowiaduje, iż znaleziono Koch Weeks'a. A zatem mamy ostre zapalenie, po którego ustąpieniu pokażą się pewnie granulacye w zaostroznej postaci.

Im szczegółowiej badać będziemy, ewentualnie za pomocą lupy, tem rzadziej znajdziemy tak zwane jednostronne trachoma. Od początku mej praktyki stawiłem sobie za zadanie, badać zawsze i otocznie chorego, choćby się ono do choroby nie przyznawało i często napotykam ślady choroby przebytej tam, gdzie o niej nie wiedziano.

Machek: Świadczenia lekarskie dla emigrantów znaczenia z tego powodu mieć nie mogą, że identyczności osób stwierdzić nie można. Niestety zdarza się, że innym osobom świadectwa wydajemy, a inne osoby świadectwami się wykazują.

Wiherkiewicz: I my mamy w krakowskiej klinice nasz krzyż z tymi t. zw. amerykańskimi, a po uwagach kol. Macheka niewiele mam do nadmienia w tej sprawie, jeżeli nie to, iż załatwić się ta rzecz dałaby tylko na drodze dyplomatycznej, ale przede wszystkim obmyśleć trzeba należyty sposób zapobiegania nadużyciom ze strony kandydatów emigracyjnych, jako też sfer decydujących, czy emigranta puścić do »ziemi obiecanej« przez agentów czy nie. Niejednokrotnie bowiem takich emigrantów, których

notorycznie w klinice podleczone do tego stopnia iż stan ich już nie budził obawy zarażenia, z Nowego Yorku zwracano.

Tu niewątpliwie nietylko sanitarne, ale i polityczne względy odgrywają rolę.

Likiernik: Zwraca uwagę na nierówne traktowanie podróżnych, że mianowicie jadący okrętami w II klasie nie podlegają rewizji. —

Koszutski: »*Próba stosowania w okulistyce emanacji radu*«.

Autor po omówieniu w ogólnych zarysach fizycznych, chemicznych, a po części i fizjologicznych własności emanacji radu, przytacza historyę chorób 3-eh przypadków zapalenia twardówki (*scleritis*), w których stosował w celach leczniczych emanację radu w roztworze wodnym *per. os.*

Na podstawie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, iż emanacja radu przy zapaleniach twardówki:

1) działa kojąco, zmniejszając bolesność tak samoistną, jako też dotykową;

2) sprzyja szybszemu wessaniu guzków twardówkowych;

3) może wywołać chwilowe zaostrzenie choroby, względnie uwidocznienie ukryte ogniska zapalne.

Dyskusya: Wieherkie wicz: Naprzód pragnę wyjaśnić rzekome nieporozumienie. Wykład kolegi Koszutskiego umieściłszy z kurtuazyi, jako dla gościa zakordonowego na pierwszym posiedzeniu, i to po pierwszym głównym przedmiocie referatów nie przesądzając o treści, a że dobrze tak postąpiono pokazuje się z tego, że prelegent potrafił o wpływ radium na jaglicę. Ja zaś dodam co następuje: Gdy Cohn ogłosił swoje sensacyjne wiadomości o skuteczności radium na tę chorobę, począłem zaraz sam stosować drogo nabyty preparat bromku radowego, ale bez najmniejszego skutku. Wkrótce potem byłem świadkiem głoszenia skuteczności tego środka w Paryżu przez bardzo pomysłowego Dr Darriera. Gdy go jednak po odczycie prywatnie wypytywałem o bliższe szczegóły tej skuteczności dowiedziałem się, że ją brać trzeba *cum grano salis*.

Co do wpływu radium na inne choroby poruszone przez prelegenta nie będę się rozwodził nie mając pod tym względem po decepcyi w jaglicy żadnego doświadczenia. —

Do ostatecznego sformułowania wniosku Dra Kramszłyka w sprawie zakładania osobnych sanatoryjów dla chorych na jaglicę wybrano komisję, w której skład weszli: Dr Koliński Doc Rum-szewicz, Dr Łuniewski i wnioskodawca.

Posiedzenie 2-gie. dn. 19-go lipca o godz. 9-ej rano.

Przewodniczy Kramsztyk z Warszawy.

Obecnych 29-iu członków.

Temat ogólny.

Machek: »*O operacjach opadniętej powieki*« (Będzie publikowane *in extenso*).

Dyskusya: Wicherkiewicz: Po wyczerpującym referacie prof. Macheka nie miałbym powodu do zabrania głosu, jeżeli jednak czynię to, to tylko dlatego, by z jednej strony kilka zrobić uwag co do własnego doświadczenia dotyczącego niektórych metod przytoczonych, a dalej, by choć pokrótce wspomnieć o własnym sposobie dotychczas nie publikowanym. Operacya Pagenstechera, aczkolwiek prowadzi do celu, ale często *post multa discrimina* i to z powstaniem blizn brzydkich. Już wielkim krokiem naprzód była operacya Weckera i niejednokrotnie ładnie osiągnąłem nią wyniki, tak, że widząc chorą, dla jednostronnej *ptosis* operowaną, po latach, nie wiedziałem na razie, które to oko było operowane. Ale i ta operacya połączona z ropieniem daje blizny nieprzyjemne czasami. Operacya Panasa skuteczna, więcej skomplikowana, a czasami pozostawia zgrubienie skóry.

Operacyi Motais'go nie stosowałem, bo w przypadkach *ptosis congenita*, a te bywają najczęstsze, zazwyczaj i *rectus superior* jest w stanie niedowładu, czy zaniku, a nawet pono go czasem wogóle nie ma. A potem jest to operacya zbyt wnikająca w głąb oczodołu i łatwo, jak sądzę, może zawieść. Natomiast sam od kilku lat wykonuję z bardzo dobrym skutkiem i kosmetycznym i czynnościowym operacyę w sposób, mający na celu podskórne połączenie mięśnia tarsalnego z mięśniem czołowym. Skutek pod względem kosmetycznym i czynnościowym jest zupełny jak to fotografie, którą przedłożyć sobie pozwolę, wykażą.

Czasami operator musi sobie pomagać improwizacyą w nadzwyczajnych okolicznościach. I tak u osobnika, który wpakował sobie w zamiarach samobójczych kulę, która zniszczyła jedno oko, a drugie mocno uszkodziła, utkwivszy w kości nadoczodołowej, powstało po wyjęciu kuli zupełne opadnięcie powieki z szeroką blizną skóry, zrosniętą z kością. Tu osiągnąłem dość zadawalniający skutek zrobivszy dwa więzy skórne złączone ze sobą poprzecz blizną brwiową. Opis na tablicy illustrowany. Szczegóły będą publikowane.

Marczewski: Rzadki, w warunkach praktyki prowincjonalnego lekarza specjalisty, przypadek konieczności operowania

plozy, zdarzyć się jednak może. Przypadek taki, lat temu 8 u chłopca 7-letniego z okolicy Częstochowy, operowałem. Rzecz tak się miała: hakiem studziennym u chłopca oderwaną została na dużej przestrzeni górna i po części dolna powieka. Zrosły się powieki i rozdarta część tak, iż kąt wewnętrzny szpary ocznej oka lewego był przesunięty ku zewnątrz i znacznie ku dołowi, szpara oczna niezmiernie mała, górna powieka wiotka i tak opuszczona, iż zakrywała całą dolną powiekę. Przy odciąganiu górnej powieki przedstawiała się lejkowata, zaogniona spojówkowa powierzchnia, zakrywająca zupełnie gałkę oczną, tak, iż o stanie oka nie powiedzieć nie można było. Przystąpiłem do operacji, której celem było utworzenie szpary ocznej z możliwie normalnem jej położeniem. Po przecięciach okazało się, że gałka oczna jest prawidłowa. Przywróciłem możliwie normalne stosunki szpary ocznej i spojówki. W kilka tygodni później zrobiłem operację plozy, przyczem wykonałem, z modyfikacyami, jakie nasuwała konieczność, operację Panasa. Modyfikacya główna polegała na tem, iż trzeba było wycinać blizny i skóry i części skrzywionej i zdeformowanej chrząstki. Rezultat był nadszpodziewanie dobry, ruchy powieki bez odwijania, domykanie zupełne, otwieranie łatwe. Pod względem kosmetycznym pozostawiało jednak oko do życzenia, jak to stwierdziłem w kilka lat potem, a mianowicie głównie dlatego, iż kąt wewnętrzny szpary ocznej okazał się za niskim.

Nie mając doświadczenia rozległego, bo tylko ten jeden przypadek w swej praktyce operacyjnej i to skomplikowany, bo urazowego pochodzenia, jestem jednak z metody Panasa zupełnie zadowolony i w razach podobnych do cytowanego zawszebym usiłował myślą podstawową operacji Panasa się kierować!

Przypadek w trzy lata po operacji był demonstrowany kolegom w Tow. lekarskiem w Częstochowie.

Majewski: O ile w klinice chętnie się używa i powinno się używać rozmaitych, coraz to nowych metod operacyjnych, aby je wypróbować i porównać ich wartość, to w praktyce prywatnej, zwłaszcza przy operacyach rzadszych przypadków jak *Plosis congenita*, najchętniej decydujemy się na metodę, zapomożą której jużesmy mieli sposobność przypadki takie operować. Toteż i ja zeszłego roku mając usunąć u rocznego dziecka znacznego stopnia obustronne opadnięcie powieki górnej, wybrałem metodę Panasa, ponieważ już w klinice za asystenckich czasów, kilka razy tym sposobem plozę operowałem. Operację wykonałem zupełnie typowo i mam to zadowolenie, że skutek jest nietylko wystarczający, ale przedewszystkiem na obu oczach jednaki. Małe zgrubienia na obu końcach zmarszczki sztucznie na powiece gór-

nej wytworzonej, mam nadzieję, w miarę wzrostu dziecka stopniowo się wygładzą i efekt kosmetyczny jeszcze się poprawi.

Machek: Nie można operacji opadnięcie uważać za taką, którą się tylko w klinikach wykonuje; każdy specjalista może się znaleźć w tem położeniu, że zaufanie chorych zmusi go do wykonania operacji. Z tego powodu referat o opadnięciu ma wartość na zgromadzeniu specjalistów. Co do uwagi jednego z mowców, że połączenie nie powinno być skórne tylko mięśniowe, to za zasadę jej uważać nie można; zawsze pamiętać o tem potrzeba, że operacja jest najlepsza, która daje najpiękniejszy wynik.

Rumszewicz: »*O potworniakach oczodołu*«.

Spostrzegał dwa przypadki torbieli oczodołu. Ścianę stanowiły w części skóra, w części tkanka zupełnie zbliżona do ziarninowej, w której znajdowały się bardzo liczne komórki ołbrzymie. Te ostatnie były spowodowane obecnością w tkance włosów i były też dokoła nich ułożone. W jednym przypadku spostrzegł nadto komórki zupełnie podobne do zwojowych, inne bardzo do tych komórek zbliżone. W drugim przypadku prócz licznych bardzo drobnych dodatkowych utworów torbielowatych — pęczki włókien gładkich mięśniowych i komórki neuroglii. W obu przypadkach utwory były przyłączone głęboko w oczodole do szów kośnych, za pomocą powrózków.

Ponieważ w innych, dokładniej opisanych przypadkach podobne utwory również zawsze połączone były z kością, ponieważ nadto bardzo często znajdowano w nich pierwiociny kości, chrząstki i tkanki nerwowej ośrodkowej, przeto autor widzi w nich nie skórzaki w ścisłym znaczeniu wyrazu, lecz w całym znaczeniu wyrazu potworniki, które powstają bynajmniej nie wskutek wgłobienia skóry, lecz raczej zbłąkania się pierwiastków górnej blaszki zapłodkowej wraz z rurką mózgową. Stanowią one zatem pierwszy stopień potworniaków oczodołu, których rozwój sięgać może tak daleko, że zawierają nie tylko części pod względem budowy organów wewnętrznych zbliżone, lecz ledwo nie zupełnie wytworzony drugi organizm (*foetus in foetu*).

Dyskusya. Rosenhauch miał sposobność obserwować na bogatym materiale kliniki okulistycznej dwa przypadki torbieli w wewnętrznym kącie oczodołowym pod skórą. Liczne skórzaki rogówki, lub rąbka, które operowane przez prof. Wieberkiewicza dały wynik znakomity zarówno pod względem kosmetycznym jak i pod względem wzmocnienia się bystrości wzrokowej.

Jeden zwłaszcza przypadek był ciekawy, który zrazu mógł naśladować utkanie potwornika. Obok bowiem rąbka była wynio-

słość podspojówkowa, w której drobnowidem udało się stwierdzić tkankę gruczolową. Prawdopodobnie była i to zmiana wrodzona, polegająca na wadzie rozwojowej.

Rumaszewicz opisał niedawno przypadek zupełnie do wspomnianego przez Dra Rosenhaucha podobny. Po operacji płamkę zabarwił, tak, że zupełnie była niewidzialną. —

Bednarski: »*Uwagi o zapaleniu pryszczykowem spojówki i rogówki u dzieci*«.

B. stwierdził w szpitalu św. Zofii we Lwowie zapalenie pryszczykowe w 60% dzieci przychodnich (na ogólną liczbę 6000), zaś u 71% dzieci stale leczonych (na ogólną ilość 1500). B. stosował w 100 przypadkach zapalenia pryszczykowego odczyn skórny Pirqueta. Wiek tych dzieci nie przekraczał 10 r. ż. w szczególności szczepiono: dzieci 1—2 r. ż. — 19, 3—4 r. ż. — 28, 5—6 r. ż. — 14, 7—10 r. ż. — 39. We wszystkich 100 przypadkach odczyn Pirqueta był dodatni, występował zaś zarówno jako odczyn 1-go lub 2-go stopnia, w kilku tylko przypadkach był odczyn 3-go stopnia. Badania te przemawiają za tem, że zapalenie pryszczykowe spojówki ma podobne znaczenie dla dyagnozy gruźlicy, jak próba Pirqueta, a więc u dzieci w pierwszych dwóch latach życia zapalenie pryszczykowe wskazuje na istnienie gruźlicy czynnej w organiźmie, u dzieci zaś starszych świadczy tylko o przebytem zakażeniu gruźliczem, nie dając wskazówki, czy gruźlica w poszczególnym przypadku jest czynną czy utajoną. Dalej badania te chociaż nie udawadniają, to przecież przemawiają za tem że zapalenie pryszczykowe, jeżeli nie zawsze, to prawie zawsze jest gruźliczego pochodzenia. B. wykazuje na kilku przykładach, że próba Pirqueta ma w okulistyce pewne znaczenie dyagnostyczne w przypadkach wątpliwych, obrazem klinicznym podobnych do zapalenia pryszczykowego np. niektóre przypadki urazowe, nietypowe zmięknienie rogówki i t. p. Próba Pirqueta pomaga nam również przy sporządzaniu statystyki ślepoty w ocenianiu następstw przebytych chorób rogówki.

Autor badał 87 dzieci cierpiących na zapalenie pryszczykowe w kierunku wszy i znalazł je w 65% przypadków. Próba Pirqueta była ze wszystkich tych 87 przypadków dodatnią. W 22 przypadkach kontrolnych wszy były w 15 przypadkach (68%). Z zestawienia tego wynika, że wszy wogóle często spotykamy u dzieci szpitalnych, zarówno jednak często u dzieci cierpiących na zapalenie pryszczykowe, jak i dzieci nie mających zapalenia pryszczykowego, nie można przeto wszawicy przypisywać znaczenia etyologicznego przy zapaleniu pryszczykowem.

Autor zwraca uwagę na wrzody środkowe rogówki połączone z hypopyon, które u dzieci nie rzadko spotykamy jako formę zapalenia pryszczykowego. B. podnosi, że zapalenie pryszczykowe u dzieci nieleczonych jest najczęstszą przyczyną ślepoty względnie utraty widzenia na jednym oku. B. poleca masę jodoformową 20% jako dobry środek w przypadkach wrzodów i głębokich nacieków rogówki na tle zapalenia pryszczykowego.

Dyskusya. Wieherkiewicz: Jak odczyn Wassermann'a, tak też i odczyn tuberkulinowy, czy Pirquet'a, czy Morro ułatwia nam niezmiernie poznanie etyologii pewnych grup chorobowych. A poznanie to nie tylko dlatego jest ważne, iż wedle tego damy wskazówki higieniczne, ale nieraz wprost leczenie stosowne przeprowadzimy.

Oczywiście i pryszczyki rogówki nawet na tle tuberkulezom znikają pod wpływem leczenia lokalnego, ale często tylko leczenie ogólne kres chorobie położyć może.

W styczniu leczyłem dziewczynkę dwuletnią na *kerato-conjunctivitis phlyctenulosa*, bezskutecznie poprzednio zwalczaną najrozmaitszymi zwykle skutecznymi środkami. Poznawszy u dziecka podkład tuberkulezny wstrzykiwałem podskórnie hetol i w ciągu 2½ tygodni dziecko, które w domu zresztą w higienicznych, żyło warunkach, zostało wyleczone.

Badania Morro przeprowadzamy systematycznie i często stwierdzamy przy najrozmaitszych postaciach chorobowych tuberkulezny podkład, gdzie go nie przypuszczano.

Jodoform niewątpliwie dobry wywiera skutek jako środek miejscowy przy pryszczykowych zajęciach spojówki i rogówki. Co do owej urazowej postaci pseudo-flykteny to ona powstać może tylko przy bezmyślnem leczeniu. Przyprowadzone mi raz dziecko z takim pryszczykiem wrzekomym, leczono przeszło dwa miesiące bezskutecznie rozmaitemi maściami, proszkami i t. d. Przypatrzysz się bliżej poznałem, że to może być tylko ciało obce, które wywoławszy zapalenie odczynowe spowodowało przerost tkanki nokoło ciała, przerost przypominający duży pryszczyk. Iglą podważywszy wysunąłem lupinkę ziarna jakiegoś nasienia i sprawa była w kilku dniach zagojoną.

(Dok. nast.).

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Chibret w Clermont-Ferrand znany okulista francuski.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACIEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SIĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Sierpień, Wrzesień.	→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←	1911.
------------------------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Wągr wśródgalkowy i jego zwalczanie.

(Krytyczne uwagi oparte na własnem doświadczeniu).

Skreślił

Prof. BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(Dwa rysunki).

O tym pasożycie zagnieżdżającym się niezbyt rzadko w oku, choć często w sposób dla nas na razie niedostrzegalny, pisano wprawdzie już niemało, ale nie wyczerpano przedmiotu. Każdy zresztą przypadek zawiera coś dla nas niezwykłego, a zarazem doświadczenie nabyte przez jednych winno stać się wskazówką dla przyszłych spostrzegaczy, a zwłaszcza operatorów — czy to w kierunku dodatnim, czy ujemnym, to znaczy, czego unikać, a co naśladować wypada.

Z tych to względów postanowiłem podzielić się z czytelnikami uwagami nasuwającymi się co do przypadków przede wszystkim przezemnie w ostatnich latach spestrzeganych, względnie operowanych, tem bardziej, iż one same przez się nie są pozbawione pewnych odrębności.

Dnia 10 stycznia 1903 przybył do mnie po radę p. Wiktor P. lat 26, podając, iż od pierwszej klasy realnej ma krótki ale przy tem dobry wzrok, tak samo jak jego rodzice. Dopiero od lipca 1902 r. zauważył, że linia widziana lewem okiem przedstawia się przerwana. Udał się do jednego z okulistów miejscowych, który stwierdził odczepienie siatkówki i leczył chorego 3 miesiące bezskutecznie, dopiero potem podejrzewał wagra, którego obecność potwierdził prof. Fuchs we Wiedniu w grudniu 1902, o czem chory dopiero później, gdy sam sta-
wiłem rozpoznanie, wspomnieć mi uważał za właściwe. L. Tn.
W. l. = 1 m bokiem.

W miarę dłuższej obserwacji wagra zmienia się i obraz kliniczny, a rozpoznanie staje się utrudnionem z powodu za-
ćmień ciała szklanego. Tak też było z moim chorym, u któ-
rego sam również zrazu wiele nie widziałem. Dla dokładnego
zbadania jednak atropinowałem oko i znalazłem dnia 12 sty-
cznia co następuje: W ciałku szklanym siatka zmętnień, wśród
których silniejsze, ruchome dno oka więcej zasłaniające. Tarcz-
n. wzrokowego bardzo niewyraźnie się przedstawia, otoczona
białymi plamami nie ściśle określonymi. Od tarczy począwszy
siatkówka ku przodowi wysunięta, ku górze lejkowato rozsze-
rzając się stromo przechodzi na wyniosłość pęcherzykową
pigmentem obrąbioną. Najwięcej zaś tych pigmentowych plam
na samym trudno dostrzegalnym obwodzie. Lejkowate wznie-
sienie siatkówki ma mniej więcej szerokość odpowiadającą sze-
rokosci tarczy, długość zaś od brzegu tarczy aż do początku
właściwego pęcherza wynosi dwie szerokości tarczy. Na lejko-
watem odczepieniu siatkówki rozgałęzia się *art. temp. sup.*, gdy
inferior okrąża pęcherz od dołu, a jedna jej odnoga kończy
się wybroczyną. Pęcherz dobrze napięty sterczy silnie ku wną-
trzu gałki, co nietylko z zagiętych poznać można naczyń, ale
więcej jeszcze oznaczając refrakcyę,

Badania te jednak często powtarzane nie dawały wyni-
ków jednostajnych z powodów, o których zaraz wspomnę.

I tak na tarczy samej stwierdziłem myopię około 6 D.,
na lejku pomiędzy tarczą a pęcherzem około 3 D., najsilniejsza

refrakcyja na pęcherzu samym i to + 6, dolna granica wykazuje — 4 do 5. Górno-zewnętrzna zaś granica ustawicznie zmienia się tak, że tutaj prawie niepodobna refrakcyi oznaczyć z powodu ruchu pęcherza zasłaniającego często białą plamę naczyńkową, w obwodzie się znajdującą. Później udało mi się dostrzedz obwodowe naczynie prawdopodobnie ciliarne, które na tę plamkę wznosi się i na pęcherz i dichotomicznie dzieląc się biegnie w stronę tarczy. Na rysunku nie jest to uwidacznionem, bo rysownik nie umiał tego dostrzedz. Gdy następnego dnia znowu chorego badałem zapuściwszy mu skopolaminę, przekonałem się, że oznaczenia refrakcyi z poczynionemi dnia poprzedniego nie zgadzały się ściśle, ale nawet tegoż dnia po półgodzinnej przerwie znowu do innych dochodziłem wyników. Badając długo, gdy chory oko mocno ku górze zewnątrz zwracał dostrzegłem, że nagle ścianą pęcherza zwraca się więcej ku przodowi, przy czem ową białą na połowie prawie wyniosłości często i w górnej części uwidaczniającą się plamę a przypominającą *scolex* nagle przekręca się ku tarczy, to znowu ku tyłowi, ginąc na chwilę dla oka badającego.

Przy ruchach częstych wahadłowych główki i szyjki z przodu ku tyłowi zdaje się pęcherz przesuwać się ku górze, co powoduje spłaszczenie dolnej części. Powstaje więc wrażenie, że pęcherz wągra tkwi w podsiatkówkowym przestworze powstałym przez przesuwanie się wągra, który może przy tarczy wzrokowej rozpoczął swoją pielgrzymkę, za czem przemawiają zmiany w otoczeniu tarczy znajdujące się, a okrążywszy tarczę począł dalej swą pielgrzymkę pod siatkówką ku górze na zewnątrz.

Badając ponownie, zapisałem dnia 21 stycznia co następuje: odczepienie siatkówki rozpoczyna się wewnątrz górą przy tarczy, której naczynia są nieco rozdęte. Po przez siatkówkę przy tarczy widnieje zanikła naczyńkowa, której naczynia zdają się być rozszerzone. Dalej wynosi się wrażenie, jakoby w pęcherzu ściśle ograniczonym siatkówkowym znajdował się w górno-zewnętrznej części drugi pokryty więcej naczyniami naczyńkowej, przebijający tą swą plamą białą zmie-

niającą często swe położenie przez odczepioną siatkówkę. Refrakcja na siatkówce samej, a także na ścianie pęcherza za nią leżącego w miejscu owej szyjki jest różną, z czego wnosić można, że pomiędzy siatkówką a właściwym pęcherzem istnieje warstwa płynu.

Uwzględniwszy wszystkie te okoliczności i wynik badania wziernikowego, zniewolony byłem oczywiście przyjąć obecność wągra i to w zewnętrzno-górnym kwadrancie, blisko równika.

Zachodziłoby pytanie uprawnione, czy siedziba pasożytu znajduje się poza siatkówką czy też poza naczyńiówką? O siedlisku ostatniem autorzy nie wspominają zazwyczaj nie, a jednak, jak się później przekonałem z przebiegu operacyjnego jako też w innych przypadkach, gdzie wągr po przecięciu twardówki wydobył się w pęcherzu, sądziłoby wypadało, że tylko mógł on pozostawać poza naczyńiówką lub pomiędzy jej warstwami. W każdym razie owa zmiana refrakcyi powyżej zaznaczona pomiędzy ścianą siatkówki odczepionej a ścianą pęcherza przemawiałyby za tem, iż wągr siedział za naczyńiówką, a siatkówka w części była odczepiona następowo. Może i dopuszczalnem byłoby przypuszczenie, iż naczyńiówka w znacznej części zanikła w miejscu rozgoszczenia się pasożytu, a od twardówki oddzielała ją tylko cienka błonka, pozostałość naczyńiówki, jak to później po opisie operacyi wykazemy. Oznaczywszy więc przez ponowne długie badanie siedlisko pasożytu przystąpiłem dnia 29. I. do operacyi, którą w obecności asystentów wszystkich i kilku innych lekarzy wykonałem w następujący sposób:

Raz jeszcze bezpośrednio przed operacyą zorientowawszy się co do południka, w którym wągr mógł się znajdować, a był nim poł. 45 temp., i co do miejsca położenia w stosunku do tarczy, doszedłem do przekonania, że dostęp znajduę mniej więcej tuż za równikiem w części zewnętrzno-górnej. Ostatnie naznaczywszy sobie pyoktaniną na spojówce zapuściłem kokainę 3% do worka spojówkowego, rozciąłem tkankę podspojówkową w kierunku południka na 10—12 mm, a ostrymi haczykami poleciłem asystentowi wargi rany spojówkowej roz-

ciągać, sam dalej rozcinając błonę Tenona w rozciągłości około 8 mm, a potem wkluwszy ostry haczyk dalej ku tylnemu biegunowi, a drugi w twardówkę obok zewn. wargi spojówkowej i oddawszy go asystentowi, gałkę więcej jeszcze przesunąłem ku dołowi i ostrożnie nożykiem Graefoskim prowadziłem cięcie południkowe przez twardówkę. Niebawem pokazał się w ranie pęcherz bladło szary; teraz przedłużyłem jeszcze ku przodowi cięcia na 3 mm, a oto po odpłynięciu nieznacznej ilości cieczy żółtej, ale bez najmniejszego ubytku ciątka szklistego krwi lub jakiegokolwiek płynu odrazu wągr wyskoczył. Wydobywszy z twardówki haczyki związałem w węzeł nitkę poprzecznie przeprowadzoną przez brzegi rany spojówkowej i dałem jeszcze trzy szwy jedwabne.

Chory nie odczuwał bólu podczas operacji, która ze wszystkim nie dłużej trwała nad 3—4 minut. Zaznaczam, że w przedniej komorze nie pokazała się krew. Założono opaskę lekko uciskową papierową po włożeniu maści ichtyolowej do worka spojówkowego. Zachodzi pytanie, czem mógł być pęcherz po przecięciu twardówki w ranę wciskający się? była li to naczyniówka, czy siatkówka?

Wobec tego, że prawie ani kropelczka nie odpłynęła krwi łatwo przypuścić, że wągr usadowił się między twardówką a naczyniówką. Gdy jednak przy wzernikowaniu zbyt wyraźnie można było części pasożyta rozpoznawać i odczepioną siatkówkę przed nim wyróżnić, wypada chyba przypuszczać, iż wągr siedział podsiatkówkowo, a to co się po cięciu twardówki prezentowało była może zanikła naczyniówka z której pozostała tylko nieznaczna warstwa tkanki łącznej. Ona to dawała wygląd szary wychylającemu się pęcherzowi, tenże mógł po jej pęknięciu swobodnie opuścić swą kryjówkę wraz z wągrem. Brak krwawienia tłomaczy właśnie zanik zupełny naczyń w odnośnej części naczyniówki, co zresztą późniejszy obraz wzernikowy potwierdził.

Przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy. Chory najmniejszych nie doznawał przykrych objawów. Ranka spojów-

kowa i twardówka zagoiły się gładko. Po kilku dniach wyjęto szwy, a szczegółowemu badaniu poddano chorego.

10. II. oko bez najmniejszego podrażnienia. V lo: palec bokiem na 2 m.

Chory doznawał wrażeń następujących: Gdy zamknie powieki widzi w środku pola widzenia plamę jasną świetlną 2 cm o ostrych konturach — czasami drobne punkciki znikające na tej plamie większe i mniejsze, każdy okrążony jaśkrawą obwódką. Gdy oko otworzy, widzi plamę czarną odpowiadającą wielkością i postacią plamie widzianej przy zamkniętym oku. Wziernikiem stwierdzam, że zaćmienie c. szklatego stało się słabsze; tarcz, której granic nie było można absolutnie dopatrzeć się, już wyraźniej się znaczy, otoczona garbcem dość szeroko zachodzącym ku żółtej plamie. Ostatnia wśród białawych plam nie bardzo ściśle określonych ginie zupełnie. Cała dawniejsza przestrzeń zajęta przez odczepioną czy obrzękłą siatkówkę, a wyżej przez pęcherz wągra przedstawia tło szaro żółte plamiste, miejscami obrabione pigmentowemi plamkami, przez płaszczynę tę przebiegają naczynia siatkówkowe mało zmienione, a najwyższe wypuklenie odpowiadające miejscu, gdzie wypuklenie wynosiło około 6 D., obecnie wynosi tylko najwyżej 1 diopt. Dalej ku obwodowi już tylko 0.5. Granica miejsca, gdzie pęcherz wągra uwydatniał się, okazuje lekkie złogi pigm. a tylko bardzo obwodowo górą i zewnątrz cały szereg plamek białych okrągłych, z których jedna widocznie większa wychylała się połową z poza pęcherza, jak to na pierwszej figurze zaznaczono.

Chory po wypuszczeniu z kliniki przedstawiał się od czasu do czasu. Poprawa wzroku nieznaczne tylko robiła postępy, ale zato objawy subiektywne ustąpiły.

W dn. 23. VI. pojawiając się chory zaznacza, iż lepiej widzi, a badanie wzroku stwierdza W = palec 3 m Mp. 5 J. 20 na 20 cm.

Perimetr wykazuje znaczne zmniejszenie się środkowego braku pola widzenia, wziernikiem stwierdzamy zupełne przyleganie siatkówki. Tarcz uwydatnia się, otoczona dawnym

garbceem, a raczej białą plamą. Największa jednak zajmuje przy tarczy górną część okolicy żółtej plamy. Tu znowu wyróżniamy górą zewnątrz owalną figurę, której brzeg lekko pigmentowany jako wyraz cięcia twardówkowego.

Wynik, jak widzimy, nader korzystny umożliwiony dzięki ściśtemu oznaczeniu siedliska wągra i celnie zrobionemu nacięciu twardówki.

Położenie wągra pod siatkówką wogóle korzystniejsze przedstawia warunki do usunięcia go, bo i zmiany w ciałku szklistem nie bywają jeszcze zbyt rozwinięte i wągr sam poniekąd uwięziony na mniejszej przestrzeni łatwiej dostaje się w zasadzkę i ciśnieniem wśródgałkowym zostaje wyciśniętym na zewnątrz.

Inaczej sprawa stoi, gdy wągr pojawi się w ciałku szklistem.

I pod tym względem miałem prócz dawniejszych już opisanych przypadków *) sposobność kilka pouczających spostrzeżeń względnie operować.

Pierwszy, który mi się nawinął i to w dwa lata po powyższym tak szczęśliwie operowanym dotyczył 16-letniej panny X. z Z.

Ponieważ przypadek ten z wielu względów budzi ciekawość wykazując genezę choroby, jej przebieg i trudności nasuwające się w leczeniu, niech mi wolno będzie kilka podać o nim szczegółów. Chora zjawiała się u mnie dn. 14. X. 1904. Dowiedziałem się przy tem, iż od roku chorowała na dolegliwości żołądkowe. Przypadkiem spostrzeżono w odchodach części solitera. Kuracją odpowiednią usunięto kilka łąkci tasiemca. Przed kilku miesiącami zauważyła przy czytaniu nagle plamkę przed okiem lewym. Pierwszy lekarz badający przepisał cynk na dolegliwości, późniejsi atoli inni lekarze rozpoznali wągra w ciałku szklistem, ale operacyi podjąć się nie chcieli, o czem

*) Postęp okulistyczny r. 1900 nr 12.

dowiedziałem się dopiero wtenczas, gdy sam stwierdziłem obecność wągra tuż przy tarczy oka lewego. Zbadawszy wzrok, który wynosił pro: $\frac{1}{6}$ Em a lo. = $\frac{1}{6}$ Hp. 1,0 Sn. 0,5, stwierdziwszy nadto brak w polu widzenia przy plam. Marietha zupełny mniejszy, a względny większy górą wewnątrz tuż przy punkcie wzornym, zabrałem się do powtórnego wzernikowania po rozszerzeniu źrenicy atropiną i znalazłem: pęcherz szary, silnie wypukłony wielkości podwójnej średnicy tarczy n. wzrokowego tuż przy nim, dołem zewnątrz mniej więcej nad *art. temp. inferior*. Granice pęcherza błyszczące, w środku zaś pęcherza widać ciemniejszy punkt otoczony trzema wyrostkami. Przy dalszem często powtarzaniem wzernikowaniu stwierdzałem nieraz nagle występujące undulowanie i przedłużanie się pęcherza, który jednak zawsze do tego samego powracał miejsca, nigdy przy tarczy miejsca swego nie zmieniając. Różnica refrakcyi między tarczą a przednią częścią pęcherza wynosiła około 5 D.

Ciało szkliste czyste i reszta dna oka prawidłowa.

Rozpoznanie więc było łatwe: Wągr w ciałku szklistem prawdopodobnie przytwierdzony do pochwy nerwu wzrokowego.

Gościa nieproszonego zostawić nie było podobna, bo w swym dalszym pochodzie niechybnie prowadziłby oko do zguby. Z drugiej zaś strony świadom byłem trudnego zadania wobec umiejscowienia się wągra w ciałku szklistem i wobec położenia najniekorzystniejszego pod względem topograficznym.

Rodzina, zwłaszcza łękliwa matka, życzyła sobie wydobyć pasożyta. Zabrałem się więc dn. 20. X. do operacji, którą z przebiegiem następującym wykonałem.

Kokaina do worka spojówkowego i pod spojówkę. Oznaczenie pyoktaniną mniej więcej południka, w którym wągr mógł być znajdować się. Przecięcie spojówki, dotarcie do twardówki, którą haczykami ostrymi ująwszy w tymże południku 5 mm przed nerwem wzrokowym stopniowo warstwę po warstwie przecinałem. Nagle wypływa płyn rzadki, lekko żółtawy.

Pęcherz nie pojawił się, ale łyżką Pagenstechera udało się go wydobyć wraz z główką pasożyta. Mierny ubytek ciała szklanego, szybkie spojenie rany spojówkowej jak w poprzednim przypadku i założenie opaski zwojowej obuoecznej.

Wieczorem na opasce pokazało się trochę krwi, spojówka lekko przekrwiona i nabrzmiała, zwłaszcza dołem zewnątrz. Ruchy gałki prawidłowe.

W następnych dniach słaba reakcyja oka, która jednak pod wpływem zimnych okładów ustąpiła. Ruchy gałki stały się prawidłowe, ale chora rozpoznaje tylko palce na 1 metr, a to z powodu znacznych wybroczyn krwawych w ciałku szklanym zasłaniających dno oka. Pod wpływem dioniny, ilość krwi nieco się zmniejszyła, ale zmętnienie pozostało tak silne, że przy dobrym zresztą wyglądzie oka chora rozpoznawała niem w dn. 18. XI. tylko palce na 50 cm.

W dalszym rozwoju sprawy bardzo cierpliwą chorą ukrywającą zresztą przed matką swe troski, poczęły trapić błyski, które pod wpływem atropinowania znowu ustępowały. Jednak zaćmienia ciała szklanego już nie znikły. Po roku gałka zmniejszyła się cała, a po kilku latach soczewka zaćmiła się tak, że dla kosmetycznych względów zrobić musiałem tatuacyę rogówki w środku, gdy operacyja zaćmy nie była wskazaną z wielu względów. Gałka nie bolesna, nawet i na dotyk, a ostatnio kiedy widziałem chorą t. j. w końcu roku 1908, a zatem w cztery lata po operacyji zapisałem w protokóle uwagę, iż »oko nie zmieniło się, może nieco lepiej wygląda«. Prawe oko pozostawało dobre z bystrością wzrokową nawet 10. VI. Hp. o. 5.

Wynik przypadku tego oczywiście pod żadnym względem nie mógł zadowolić ani wyrozumiałych i na taki obrót rzeczy przygotowanych rodziców, ani też operatora samego. Prawda, że oko bez interwencyi z czasem i tak byłoby straconem, a na domiar złego, mogło drażnieniem pasożyta spowodować sympatyczne objawy drugiego oka, zachodzi jednak pytanie, czy w podobnych razach nie lepiej czekać, aby gość wśródoczny nie ulokował się korzystniej, boć tylny odcinek gałki nie tylko

częściej przedstawia trudności wydobycia pasożyta, ale niebezpieczeństwa z powodu zawartości naczyń silniejszych, których przecięcie powoduje wewnątrzgałkowy do ciała szklistego krwotok, zwłaszcza przy tegoż choćby nieznacznym ubytku. Prawda, że dziś posiadając adrenalinę, możemy pod tym względem ułatwić sobie i mniej uczynić niebezpiecznym zabieg, ale zdaniem mojem w podobnym przypadku należałoby jednak na razie powstrzymać się od operacyi w nadziei, że dłuższa obserwacya pozwoli korzystniejszą upatrzyć ku temu chwilę. Czy ona będzie korzystniejszą pod względem wyniku ostatecznego, to inna rzecz.

W każdym razie przypadek tak ważny pod względem wieku chorej, położenia społecznego, stanu oka na razie prawie że dobrego, nie łatwy do rozstrzygnięcia może poraż drugi nie nadarzy się piszącemu, ale niechajby był powodem do zastanowienia się dla każdego przyszłego operatora.

Ze wągra wśródocznego można atakować, że można go usunąć, to nie ulega wątpliwości, ale chodzi o to kiedy, z jakiego miejsca, i w jaki sposób.

Ze czekanie zbyt długie pod względem wzroku nie wyda wyników dodatnich, o tem chyba nie będzie dwóch zdań, a przemawia za tem i przypadek następny, ciekawy i z tego względu, iż wągr pierwotnie ukryty wśród zaćmień ciała szklistego przedstawiał badającemu z dostateczną uwagą i pilnością niezwykłą a wielce ciekawą grę ruchów.

Jdt Konrad, żołnierz Rosyanin, z Warszawy, stawił się 7. III. 1906 skierowany do mnie rzekomo przez zarząd szpitala wojskowego, gdzie się dłuższy czas leczył. Silny rosły mężczyzna podaje co następuje: Przed 9 miesiącami począł widzieć czarne punkty przed okiem lewym; to wzmagało się coraz więcej, a od 4 miesięcy nie już tem okiem nie rozpoznaje. Od 2 miesięcy także muszki przed pr. okiem. Nigdy wogóle, ani na oczy, dawniej nie chorował.

Badanie ocz wykazuje co następuje. Pr. oko o dnie prawidłowem ma W. $\frac{9}{5}$ Mp. 1.5 Sn. 0.5 Lo. = $\frac{1}{\infty}$, św. od góry i wewnątrz. Gałka zbacza nieco na zewnątrz. Wziernik:

zaćmienia ciała szklistego gęste, ciągnące się prawie pionowo od góry ku dołowi; najliczniejsze górą wewnątrz, gdzie łączą się z błoną ruchomą pionowo ułożoną dolnej części gałki. Po przez te zaćmienia z trudnością rozpoznaję szare dno oka, a dołem jakąś plamę białą. Górą wewnątrz zaś pozorne od-czepienie siatkówki silnie napięte, barwy ciemno - szarej, o zawartości płynnej lekko undulującej; łączy się górą ze zaćmieniem gwiaździstym leżącym na siatkówce. Zmiany te najlepiej widoczne przez T + 1.

Na razie było można tylko owe zmętnienie ciała szklistego i od-czepienie siatkówki rozpoznać. Wobec wzmożonego napięcia gałki trzeba było jednak ściślej określić przyczynę od-czepienia siatkówki.

Stawiwszy rokowanie wogóle niepomyślne, poleciłem środki napotne i jodek potasowy. Od czasu do czasu bada-łem chorego, ale dla mętów ciała szklistego nie mogłem nic szczegółowego rozeznać, nie mogąc zreszłą dla braku czasu, zbytnio badania przedłużać.

Dn. 30. III. zabrałem się znowu do ściślejszego wzieni-kowania, przy czem, gdy chory wykonał kilkakrotnie silniejsze ruchy, co sprawiło opadnięcie mętów, udało mi się podglądając dno oka od dołu ku górze i wewnątrz dostrzedz wypuklenie żół-tawe, z którego wychylała się raz po raz główka kulista z 4 smoczkami, a między niemi widać było ryjek i szyjkę. Główka wyciągała się na dłuższej szyjce zwracając się to ku górze, to znowu ku przodowi, a nadzwyczaj ciekawe wrażenie ro-biło wyciąganie smoczków. Od szyjki rozszerza się pęcherz gubiący się wśród zmętnień ciała szklistego na dnie oka w miejscu równikowym odpowiadającym okolicy między pro-stym górnym a wewnętrznym. Tu zdaje się być pęcherz przy-czepionym i rozszerza się ku dołowi. Powyżej i poniżej pę-cherza widać siatkówkę szarawą i pomarszczoną, natomiast tarcz sama z powodu zmętnień ciała szklistego nie jest wi-dzialną. Chory sam uważa, iż w oku coś się ustawicznie po-rusza. Zaznaczyć jeszcze winienem, iż ciekawe to zjawisko po raz pierwszy przedstawiło się, gdy chorego w godzinach po

poł. u siebie pomiędzy 3—4 god. badałam. I następnie zwróciwszy uwagę całego personelu lekarskiego mojej kliniki na to zjawisko, poleciłem badać w tych godzinach. Mogliśmy zaś rzeczywiście stwierdzić, iż gość ten oczny w tym właśnie czasie okazywał najwięcej żywotności. Czy to miało związek z fizyologicznym jakim aktem, w następstwie ukończonego trawienia w to nie chcę wchodzić, stwierdzam tylko fakt ponownie powtarzający się. T + 1 do 2. W lo = tylko poczucie silniejszego światła częściowo, a zatem tą częścią, przed którą wągr się usadowił, prawdopodobnie od dołu przebiwszy siatkówkę. Stwierdziłem dalej, iż wągr zmieniał nieraz kierunek swych ruchów, bo gdy po upływie kwadransa powtórnie badałem, bywało, iż już główki nie mogłem wyraźnie dostrzedz, gdy ona była zwróconą ku tyłowi i dołowi.

Zjawisko to poprzednio opisane, czasami było tak wyraźne, iż mogłem pojedyncze fazy ruchów najdokładniej oznaczyć i tak dn. 2. IV. zapisuję w protokole między innymi: Główka zwrócona ku wewnątrz dołowi nagle zwraca się ku przodowi, wydłużając szyjkę, a wyciąganie ssawków odbywa się niekiedy równocześnie, tak, że wszystkie cztery widzę wysunięte, gdy główka równocześnie okręca się. Przy wyciąganiu szyjki, widać nawet pierścienie. Zjawisko to widoczne raz przy użyciu szkła + 5 to znowu + 4.

Stwierdziwszy więc położenie i raz jeszcze przekonawszy się o ruchach ograniczonych wągra przystąpiłem dn. 5. IV. do operacji, którą wykonałem w następujący sposób:

Choremu, który objawia wielki niepokój i ścisła powieki zapuszczono kilkakrotnie kokainę do worka spojówkowego. Role rozdzielono pomiędzy asystentów. Wewnątrz i nieco ku dołowi w okolicy równikowej naznaczyłem ołówkiem anilinowym miejsce, w którym zamierzałem zrobić nacięcie południkowe twardówki. Zrobiwszy cięcie spojówkowe około 1 cm. długie, przeprowadziłem nitkę przez brzegi rany spojówkowej a następnie odsunawszy pętlę, stopniowo przecinałem twardówkę na przetrzeni około 6—7 mm. Pojawia się pęcherz, pęka z wytrysnięciem płynu wodnistego, potem hernia ciałka szklistego i ta

pęka, ciało szkliste w miernej ilości rozlewa się. Gdy pod uciskiem nie się więcej nie pokazało, a łyżeczką Davielowską wągra wydobyć mi się nie udało, powtórnie chwyciwszy szczypekami w danym kierunku zdołałem wydobyć pęcherz zawierający jeszcze pasożyta. Natychmiast zamknięto ranę spojówkową trzema szwami i założono opaskę mokrą, a na nią zastosowano zimny Leiter.

W następnych dniach sprawa gojenia postępowała prawidłowo, tylko w przedniej komorze pojawiała się odrazu krew w dość znacznej ilości. Rana twardówkowa okazywała skłonność do zagłębiania się. T — 1, a wziernik wykazuje i dawne zmętnienia i krwawe wybroczyny. Przednia komora pogłębiła się. Pod wpływem leczenia (zastrzykiwania soli podspoj., dionina) napięcie gałki podniosło się znowu nieco, zmętnienia zmniejszyły się, ale dna oka dojrzeć nie było można.

Co do wzroku, to ten oczywiście nie zmienił się i ograniczał się do poczucia światła silniejszego przy wadliwej projekcji.

Prawe oko pozostało dobrem. Nie mogąc na razie spodziewać się, by coś więcej osiągnąć, chorego puściłem do domu, a później nie więcej o losie jego nie słyszałem.

Przypadki przezemnie przytoczone zasługują na uwagę swą różnorodnością. Najciekawszym niewątpliwie jest przypadek wągra podnaczyniówkowego, bo prawdopodobnie unikatem dotychczas, kiedy podsiatkówkowe nie należą do najrzadszych.

W ciekawej, a pilnie zestawionej swej pracy »Wągr oka w Polsce« (P. O. marzec 1900 i następne) podaje Talko swój przypadek podsiatkówkowego wągra, jako 13 w Polsce. Jeżeli nie zaszedł do tej pory żaden inny ukryty dla szerokiej publiczności lekarskiej, to mój byłby 14 wągrzem »polskim« podsiatkówkowym wzgl. pierwszym podnaczyniówkowym.

Nie będę się zapuszczał w podanie częstotliwości wągra w oku. Sprawa ta bowiem przez wielu autorów poruszana bywała, ale zdaje się, że wogóle daleko rzadziej występuje choroba ta nawet w kraju, gdzie ona uchodziła za częstą.

I tak Hirschberg na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie dn. 8 czerwca 1904 zaznacza, że podczas kiedy w pierwszej dekadzie swej działalności lekarskiej widywał jeden przypadek wągra ocznego na tysiąc chorych ocznych, w ostatniej dekadzie już tylko na 65 tysięcy zdarza się raz wągr w oku, To zmniejszenie się częstotliwości odpowiadające zresztą zmniejszeniu się przypadków wągra w innych częściach ciała jest niewątpliwie wynikiem obowiązującego badania mięsa.

Statystyki zresztą nie mogą tu operować materiałem podatnym, bo zdaniem mojem nie ulega wątpliwości, iż niejednokrotnie wągr wśródoczny bywa przeoczony, za czem przemawia okoliczność, iż nierzadko dopiero autopsya pasożyta wykrywa.

Już z przypadków powyżej opisanych wynika, że wykazanie obecności wągra w gałce może nieraz napotykać na dość znaczne trudności, na większe zaś jeszcze usunięcie wągra, zwłaszcza, gdy on w samym usadowiony ciałku szklistem, podczas kiedy podsiatkówkowe, zwłaszcza, gdy one niezbyt zbliżone do tylnego odcinka, względnie łatwo dają się wyeliminować, skoro tylko bardzo dokładnie położenie wągra operator oznaczył.

Do rozpoznania wągra śródocznego, zupełnie łatwo dochodzimy, skoro się przekonujemy o samoistnych ruchach pęcherza, a jeszcze bardziej, skoro dostrzeżemy nadto wahańdłowe ruchy szyjki i główki. Wedle niektórych autorów nie zawsze można je stwierdzić, a wtenczas powodować się trzeba u osobnika wrażeniami entoptycznymi. Może to jednak być objaw pomocniczy, gdy często polega na złudzeniach.

Dla wywołania ruchów, które jedynie dają możliwość pewnego określenia sprawy i odróżnienia od tworów, które wągra pozorują, ucieka się *de Vincentis* do prądu stałego, by ruchliwości pasożyta dowieść. Nam się zdaje, że to zbytuczne, a ruchy skoro tylko wągr żyje z pewnością przy dostatecznej cierpliwości wziernikującego wystąpią.

Ale nawet najściślejsze oznaczenie siedliska wągra w gałce nie usuwa trudności, z jakimi nam przyjdzie potykać się.

Nie zawsze bowiem wągr wśródoczny dla zabiegów naszych dostępny, nie zawsze możemy odważyć się na to, by chorego narażać na niebezpieczeństwa operacyi. A jednak cóż nam operacyę zastąpić zdoła?

Dr Dor z Lyonu (Soc. d'ophth. française) przedstawił w r. 1908 przypadek podsiatkówkowego węgria, w którym pomógł sobie elektrolizą.

Chodziło o chorego, u którego dopiero od kilku dni powstało odczepienie siatkówki ściśle określone niedaleko ciała rzęskowego spowodowane wągrem. Dor poparty w rozpoznaniu węgria przez swego ojca, doświadczonego profesora, zastosował nakłucie elektrolityczne przepuszczając przez 5 minut prąd 5 mamp. biegun dodatni połączony z igłą wprowadzoną do cysty, ujemny przytwierdzony na karku.

Chory dostawał jeszcze przez dziesięć dni opaskę uciсковą, a wynik miał być zupełny lubo nie znajdujemy w opisie szczegółów dotyczących badania bystrości wzrokowej. Chory sam później donosi operatorowi, że widzi jednym i drugim okiem równo, o czem świadczą ustępy lisu pisanego raz przy pomocy jednego to znowu drugiego wyłącznie oka.

Subiektywnie zaznaczało się dwojenie pionowe, którego autor nie umiał sobie wytłomaczyć, a które pozwalało się stłumić pryzmatem z podstawą w dół zwróconą przed oko prawe t. j. operowane. Dor przypuszcza, że chodziło może o niedowład mięśnia prostego dolnego spowodowany punkcją. Sądzę, że może działanie prądu elektrycznego zbyt silnego wchodziło tutaj raczej w grę.

Badanie wziernikiem miało wykazać zupełne przyleganie siatkówki poprzednio odczepionej, a jedynie biała plama wielkości tarczy niedaleko ciała rzęskowego zdawała się być pozostałością węgria albo też zgrubieniem włóknikowem po operacyi.

Byłby to pierwszy przypadek skutecznie zwalczony zabiegiem nowym. W zasadzie wprawdzie już go Lagrange w swoim podręczniku t. I p. 597 uważa za możliwy pisząc:

»A priori nous croyons pouvoir préférer à l'extraction un

procédé qui donnerait probablement en pareille circonstance les meilleurs résultats, nous voulons parler de l'ectrolyse avec aiguille positive (pour éviter le dégagement des gaz) selon une méthode analogue à celle que Terson père a recommandée pour le décollement de la rétine on pourrait obtenir ainsi la mort du cysticerque dont le cadavre enkysté dans sa poche re serait compatible avec la conservation de l'oeil et d'une certaine quantité de vision».

W kilka lat później Dr Chavez (Considération sur le cysticerque intraoculaire, Recueil d'ophth. 1905 N. I.) pisze, że usiłowania dotyczące tego zabiegu podjęte w Meksyku spędziły na niczem i trzeba było zrobić enuklacyę. W r. 1907 Bocchi (Ann di Ottalm) usiłował zrobić elektrolyzę, ale bezskutecznie.

Zachęcony przypadkiem Dr Dora pokusiłem się o wykonanie zabiegu tego w przypadku, w którym wprawdzie podejrzywałem obecność wężra z poruszeń bardzo wydatnych odczepionej siatkówki, ale najważniejszego rozpoznawczego czynnika t. j. główki nie odkryłem.

Franciszka M. 58 l. z Krakowa zgłosiła się 16. XI. 1909 do kliniki podając, iż przed dwoma laty oko prawe zabolalo i powoli mgłą zaszło. Przed dwoma zaś miesiącami zauważyła przed lo. »jakby szereg pereł i dym«. Wzrok słabnął coraz bardziej, obecnie prawie nie tem okiem nie widzi. Jako dziecko uderzyła się odnosząc pod okiem ranę. W r. 1880 tyfus, po którym ogłuchła. Wpro = 0, Lo: palce na dwa metry od zewn. dołu.

NB. już w r. 1907 w lutym badano chorą w klinice mojej i stwierdzono *Iritis plastica, synech. circulares, cataracta consecutiva amaurosis dex.* Lewe oko wtenczas miało wygląd prawidłowy.

21. X. 1909 badając ponownie zaznaczyłem co następuje:

Lo. w zewn. części gałki odczepienie siatkówki dość naprężone lekko przeświecające i nieznacznie rozlewające się ku dołowi. Tarcz n. wzr. nie widoczna. Czasami dostrzedz się dają lekkie nagłe falowania pęcherza siatkówkowego. Prze-

świecenie lampką Sachsa pozwoliło wykluczyć narośl wśród-oczną.

28. X. Zrobiłem sikawką Prawa za wyciągnięcie płynu jasno-przezroczystego, lepkiego mniej więcej 1.2 cm wprowadziwszy igłę w zewn. dolnej części, a potem wstrzyknąwszy kroplę płynu Lugola. Wziernikując zaraz potem stwierdziłem, iż odczepienie znacznie się zmniejszyło tak, że tarcz cała była odsłonięta. Stan ten utrzymał się jeszcze w następnych dniach. Atoli już 6. XII. znalazłem odczepienie znowu w dawniejszych rozmiarach i dawnej postaci, nadto lekkie zaćmienia ciała szklistego, a tarcz znowu zasłonięta odczepioną siatkówką. Wlo: palce 2 m. Tn.

16. XII. zrobiłem powtórnie punkcję w ten sam sposób, ale już tylko $\frac{1}{2}$ cm płynu wydobyłem, poczem opaskę założono uciskową. W płynie nie znaleziono żadnych morfotycznych części. 18. XII. chora twierdzi po odsłonięciu opaski, że lepiej widzi, a badanie wykazuje, że pęcherz może mniej jest naprężony, przezroczystszy, przezeń zaś widać tło oka. Przy dłuższem badaniu spostrzegam ruchy tegoż, przy czem odsłania się to znowu zasłania się tarcz. Ale wśród pęcherza żadnej części przypominającej wągra nie mogę dostrzedz.

Gdy w dalszych badaniach zawsze stwierdzałem poruszenia owego pęcherza bez względu na ruchy głowy czy gałki chorej, byłem skłonny do wniosku, iż mamy do czynienia z wągrem podsiatkówkowym i postanowiłem spróbować owej elektrolyzy tak przez Dora zachwalanej. Wykonałem ją w ciemnym pokoju w następujący sposób: Po należytem kokainowaniu włożyłem rozwórkę i wkłułem w kierunku merydjonalnym mniej więcej 12 mm po za brzegiem rogówki, a poniżej dolnego brzegu mięśnia prostego koniec noża Graefo-skiego, przyczem wyciekło nieco płynu żółtego. Po brzeszczeniu noża wprowadził asystent igłę połączoną z anodą, gdy katoda spoczywała na karku. Posunąwszy prąd do 5 MA utrzymałem go przez 2 minuty niespełna. Natychmiast założyłem binoculus uciskowy co dzień odnawiany. Przy badaniu w dn. 5. I. 1910 znalazłem napięcie gałki nieco obniżone, pk.

głęboką a wziernikując odczepienie prawie nie widoczne lub ograniczone do przedniej części podczas kiedy tarcz znowu zupełnie odsłonięta. 14. I. napięcie gałki okazało się prawidłowem, pęcherza nie widać tylko dołem i zewnątrz odczepienie siatkówki. W: palce na 2—3 m Mp. 2. Dn. 23. I. wskutek mętów ciała szklanego dno we mgle. Dołem wewn. odczepienie siatkówki dochodzi do tarczy i lekko faluje, im więcej ku zewn. podnosi się pęcherz do 5—6 D.

Gdy 17. II. wypuklenie znowu do dawnych doszło rozmiarów, zasłaniając tarcz, a zawsze jeszcze owe ruchy pęcherza stawały się widoczne, zaś środki jak dionina, moja cyklitina i t. d. nie pomagały, raz jeszcze dn. 16. III. wykonałem elektrolizę w podobny sposób, co pierwszym razem z tą jednak różnicą, iż działanie prądu przez 5 minut utrzymałem.

I znowu skutek ten sam. Zrazu oko podrażnione, potem powraca do normy, odczepienie po rękoczynie słabsze, powoli się wzmacnia, wzrok więcej osłabiony znowu się podnosi po zastrzykiwaniach podspojówkowych soli i pilokarpiny podskórnie dla wywołania saliwacji i potów zastosowany, wreszcie w maju dochodzi do dawnego stopnia t. j. do liczenia palcy na 2—3 m. Wziernik te same przedstawia zmiany, tylko zmętnienia ciała szklanego stały się nieco obfitsze. Przy bocznej oświetleniu również dostrzedz można jak przy wziernikowaniu owe znamienne ruchy pęcherzowatego odczepienia siatkówki. Pole widzenia ponownie badane przedstawia się dośrodkowo zwężone ale figura graficzna tego zwężenia wypadła bardzo nie jednostajnie przy każdym badaniu, co może dałoby się odnieść do czasowego odsłaniania pewnych części siatkówki przez ruchomy pęcherz.

29. III. b. r. miałem sposobność chorą badać wziernikiem, nie było można zmiany żadnej wybitnej zaznaczyć. Zawsze ruchy pęcherza, mimo tych rozmaitych punkcyj, w tem samym miejscu ulokowanego. Tn. W palce 4 m.

Poleciłem jeszcze zastrzykiwanie fibrolizyny podskórnie dziesięć razy, ale nie osiągnęliśmy polepszenia. Wobec tego, iż prawe oko było stracone, a lewe tyle bezskutecznych prze-

chodziło zabiegów, nie śmiałem nowego żadnego przedsięwzięć, gdy chora wogóle ze stanu swego oka była zadowolona, a jedynie na »drżanie« oka się skarżyła.

Podnoszę jeszcze i to, iż przed pół rokiem dla dokładniejszego badania i dla zapobieżenia czasami podnoszącemu się napięciu gałki wykonałem prawidłową dość szeroką ku dołowi zwróconą irydektomię.

Przed kilku dniami, bo dn. 8. VII. poleciłem sprowadzenie chorej dla poddania jej raz jeszcze badaniu i oto wynik tego: *pro.* mniejsze T. — 2 — pk. głęboka, źrenica wąska, przesunięta ku górze wewnątrz, tęczęwka zrośnięta z grubą torebką.

Lo.: Tu. Coloboma szerokie dołem, w niem widać brzeg soczewki w równiku nieco zaćmionej. O.F.T. męty ciątka szklistego może nieco słabsze; siatkówka, po której biegną naczynia najwięcej dołem odczepiona. Od czasu do czasu, gdy się w nią wpatruję, spostrzegam, jak naczynie widzialne w obrębie źrenicy biegnące prawie pionowo, nagle przesuwa się ku nosowi to znowu niknie, gdy przesunęło się więcej ku tyłowi. Te ruchy, czasami wolniejsze, odbywają się nierazco kilkanaście sekund. Tarcz zasłonięta, ale widać naczynia główne górne ciągnące się na zewnątrz. Włó. = palce 3—4 m przy słabem świetle bez szkła.

Chora znowu podaje, że widzi ruchomą ciągle mgłę a nawet w ciemności »coś się w oku porusza«. Mimo to absolutnie nie można wykryć, coby części wągra przypominało.

Wypuklenie zawsze najlepiej przez 6 D widzialne i to dołem, gdy w zewnętrznej części owego znamienego wypuklenia już nie widać. Zdawałoby się więc, że wągr zesunął się ku dołowi. Może uczynił to pod wpływem zabiegów elektrolicyjnych*).

*) Chorą przedstawiłem na posiedzeniu sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, a wielu kolegów mogło się przekonać o tych ruchach przemawiających z wszelkiem prawdopodobieństwem za obecnością wągra wśrodcznego.

Nie mogliśmy się więc przekonać, by ten zabieg wykonany z wszelką skrupulatnością był doprowadził do celu. Jeżeli zaś i tu rozchodzi się o wągra podsiatkówkowego, natenczas godzi się pytać, czy elektrolyza mogła wogóle działać dodatnio. Za tem przemawiałby wprawdzie jedyny przypadek Dora, lecz wolno mieć pewne wątpliwości, czy też to był rzeczywiście wągr, czy nie zwyczajna cysta naczyńiówki, która spowodowała i odczepienie siatkówki. Dowodów rozpoznawczych wągra z opisu choroby wyczytać nie zdołaliśmy.

W ostatnich czasach ogłasza Dr Fernandez Balbuena (w Archivos de Oftalmologia hispano-americanos Mayo 1911) przypadek u 18-letniej dziewczyny wągra siatkówkowego, robiącego wrażenie wągra bliźniaczego.

Zastosowanie środka przeciwłasiemcowego miało ten skutek, iż spędzono łasiemca, czem rozpoznanie oczne poparto. Gdy na operację nie chciano się zgodzić, zastrzyknął Dr B. 1 cm pelletieriny czyli punicinum 1:500.

I dalsze zastrzykiwania i usiłowanie ekstrakcji i punkcyj elektrolytyczna nie doprowadziły do wyniku żadnego. Ostatecznie, gdy na drugim oku wystąpiło rozszerzenie źrenicy i osłabienie akomodacji, uważane za objaw sympatycznego podrażnienia przystąpiono do enukleacji, poczem objawy owe znikły. Autopsya wykazała obecność jednego tylko wągra, odczepienie siatkówki i skurczenie się ciała szklistego.

Z powyższego zestawienia przypadków własnych i przytoczenia pokrótce doświadczeń innych wynika, iż najważniejszym, bo względnie najwięcej widoków powodzenia dającym zabiegiem, jest wydobycie wągra drogą operacyjną. Zabieg ten dość dobre daje rokowanie przy wągrom podsiatkówkowych, a jeszcze lepsze podnaczyńiówkowych, natomiast mniej korzystne co do zachowania wzroku w razie obecności wągra w ciałku szklistem.

Elektrolyza, pomijawszy jedyny przypadek Dora, który zresztą wedle mnie co do diagnozy nie może być uważanym za pewny ponad wszelką wątpliwość, okazała się bezskuteczną, ale nawet, gdyby nam się rzeczywiście udało przez zabieg ten

może więcej udoskonalony, zabić pasożyta, to zawsze pozostanie nierozstrzygniętem Talki pytanie, czy pasożyt nie pozostałby w dalszym ciągu dla oka szkodliwym, choćby tylko jako ciało obce.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVIII. Z. 2 i 3. (Referent Dr Ballaban).

Wziernikowanie bez odbijania się światła. (Die reflexlose Ophthalmoskopie). Prof. Gulstrand.

Pomimo znacznego postępu, jakie poczyniły badania wziernikiem z pominięciem refleksów rogówki i fotografia dna oka, pozostała dotychczas nie zbadaną teoria tego sposobu badania, a także i badania te nie dały w praktyce dotychczas odpowiednich wyników. Przy tego rodzaju badaniu chodziłoby nie tylko o uzyskanie obrazów dna oka bez refleksów, ale obrazy miałyby być także silniejsze, większe i szczegółowe, następnie obraz żółtej plamki powinien być przy wąskiej źrenicy również bez refleksu i wogóle obraz powinien być możliwie plastyczny. Zestawione przez autora teoretyczne i matematyczne przypuszczenia nie mogą być brane pod rozwagę, tem bardziej, że autor nie wyciąga z nich żadnych wniosków, z których dałoby się wysnuć sposób osiągnięcia tych wyników. W końcu poleca autor używać do bocznego oświetlenia oka, lampki Nernsta i soczewki aplanacyjnej.

O powstawaniu torbieli w siatkówce. (Über Cystenbildung in der Netzhaut). Dr Fujita.

W miąższu siatkówki powstają torbiele, które się tworzą albo przez obrzęk powstały po pierwotnem zniszczeniu składników nerwowych siatkówki (Iwanoff) lub też wskutek słabej czynności serca w starości, a są one najczęściej umiejscowione na obwodzie. W opisanych przez autora przypadkach dały się spostrzeżać następujące postacie torbieli na siatkówce: 1. Mniejsze lub większe pęcherzyki w oderwanej siatkówce. 2. Większy torbiel w zewnętrznej płaszczyźnie siatkówki oderwanej lejkowato. 3. Małe torbiele w żółtej plamce.

We wszystkich tych przypadkach nie znajdowano żadnych śladów zapalnych, a tylko obrzęk i zanik istoty nerwowej i przerost t. z. neuroglii.

Przewód łzowy i wrodzona skośna szczelina twarzy. (Thränenmasengang und schräge Gesichtsspalte). Dr Alexander Pichler.

Podczas, gdy skórkowały zarost dolnego końca przewodu łzowego jest dość częstym wrodzonym zjawiskiem, to inne wrodzone zmiany tej okolicy są dość rzadkie.

Opisany przypadek wykazuje około 12 mm poniżej worka łzowego obrzęk, przy którego ucisku wydziela się z punktu łzowego ropa.

W miejscu, w którym prawe skrzydło nosowe łączy się z policzkiem, znajduje się przetoka komunikująca z nosem. Na górnym brzegu rogówki jest umieszczonym torbiel skórny (*dermoid*). Tak w tym przypadku, jak i w opisanych dotychczas 3 innych przypadkach jest widocznem, że położenie przetoki przemawia za zaburzeniem w rozwoju, czego dowodem jest także istnienie skórnej szczeliny twarzowej, a powstanie tej zmiany da się wyłumaczyć zaburzeniem w zamknięciu rynienki łzowej, a także nadmiernem bujaniem przybłonka ku szczelinie twarzowej. (Elschnig).

Przyczynki do teorii równoczesnego działania barw przeciwnych. (Beiträge zur Theorie des simultanen Farbencntrastes). Dr Berger.

Objawy opisane przez Buffona były należycie znane mistrzom malarzom (Leonardo da Vinci, Rembrandt i jego uczniowie). Dopiero jednak młodzi fizyologowie (Plateau, Fechner, Helmholtz, Brücke) starali się o wyłumaczenie tego objawu, a istnieją po dziś dzień w tym kierunku dwie teorie. Mianowicie twierdzi Plateau, że t. z. *Simultancontrast* jest prawdziwym, rzeczywistym wrażeniem, Helmholtz zaś jest zdania, że jest on następstwem złudzenia w osądzeniu. Teoria Plateau znalazła obecnie gorącego zwolennika w Nicatim.

Autor przeprowadzał badania nad obuoczym równoczesnym i następczym kontrastem barwnym.

Objawy barwnego kontrastu zostają wywołane przez reakcyę poszczególnych części siatkówki na poczucie barw sąsiednich jej części. Niekórzy autorowie są zdania, że barwa niebieska i fiołkowa nie bywa spostrzeganą przez odpowiednie ośrodki siatkówek, lecz, że powstają one przy mimowolnych ruchach ócz na obwodowych jej częściach.

Byłoby rzeczą bardzo zajmującą dowiedzieć się, jak się zachowują chore oczy przy odczuwaniu barwnego kontrastu, a dotychczasowe badania przy zaniku nerwu wzrokowego nie dały dostatecznych wyników.

O atypowej postaci nieżyty wiosennego. (Über eine atypische Form von Frühjahrskatarrh). Dr Cosmetatos.

Schorzenie to jest w Atenach dość częstym, gdyż dochodzi ono do 0,25%. Autor opisuje 5 przypadków takiego nieżyty, który częstokroć prowadzi w rozpoznaniu do omyłki z jaglicą, gdyż czasami objawy charakterystyczne dla tego schorzenia nie są dość wybitne. A mianowicie zmiany umiejscawiają się w takich wątpliwych przypadkach tylko na spojówce powiekowej, jakkolwiek przy dokładnej obserwacji daje się spostrzeżeć typowe mleczne zabarwienie spojówek. Toż samo i objawy podmiotowe są dość typowe. Leczenie środkami żrącymi jak łapsem i ołówkiem miedziowym pogarszało ten stan.

Działanie salwarsanu na oko. (Wirkung von Salvarsan auf das Auge). Dr Fleming.

Niniejsza praca daje nam opis wyniku leczniczego salwarsanem w 180-ciu przypadkach.

Zdaniem autora jest rzeczą obojętną, w jaki sposób stosuje się salwarsan, a li tylko w przypadkach, w których chce się osiągnąć szybki skutek należy stosować wstrzykiwania wśródzylne. Przeciwno temu sposobowi stosowania salwarsanem podnoszono, że najłatwiej powoduje on objawy zatrucia, a nawet sprowadza kolaps. Odezyn Wassermann'a, który w każdym poszczególnym przypadku był dodatnim przed zastrzykiwaniem salwarsanu, w największej ilości przypadków pozostał dodatnim i po zastrzykaniu, a tem samem nie dawał on dostatecznego kryterium co do wyniku leczniczego tym środkiem. W każdym razie dało się stwierdzić, że wyniki lecznicze osiągnięte tym środkiem w schorzeniach oka nie były korzystniejsze od wyników, jakie się osiągać dają znanymi dotychczas środkami przeciwiłowymi. Zastrzykiwania działają stanowczo swoście i elektywnie, jednakowoż są one do wyleczenia cierpienia niedostatecznymi. Autor podnosi szczególnie brak wyniku leczniczego przy mięszszowem zapaleniu rogówki, a w końcu przedstawia szereg historyi chorób przypadków, leczonych tym środkiem.

Ehrlich-Hata 606 w okulistyce. (Ehrlich-Hata 606 in der Augenheilkunde). Dr Schnaudigel.

Autor opisuje 21 przypadków leczonych zneutralizowanym tym rozezynem za pomocą zastrzykiwań w pośladki, które bez wy-

woływania znaczniejszych zaburzeń u poszczególnych osobników były stosowane, Z leczenia wykluczono przypadki zaniku n. wzrokowego, gdyż zdaniem autora, w przypadkach tych nie można było spodziewać się polepszenia, a ewentualne pogorszenie byłoby można przypisać właśnie temu środkowi.

W dwóch przypadkach zapalenia tęczówki leczenie tym środkiem opóźniało bardzo wynik leczniczy. W jednym przypadku przyszło w 6 dniach do zupełnego wessania się dużego kilaka tęczówki. W przypadku zapalenia nerwu wzrokowego przyszło na oku lewem do wyleczenia w 30 dniach, na oku zaś prawem po $2\frac{1}{2}$ miesiącach, jednak ostateczny wynik leczniczy był wątpliwym. Lekki przypadek *neuritis optica* został rychło uleczony, inny w 37 dniach

Znowu inny przypadek *Neuritis optica* był uleczonym w 74 dniach. Dalsze przypadki leczono 8—32 dniach po 1 do 2 zastrzykiwań ich. W przypadku kiłowego zapalenia chrząstki powiekowej wyleczono to cierpienie w kilku dniach. Porażenie mięśnia błoczkowego usunięto po 6 tygodniach. W 4 przypadkach mięszowego zapalenia rogówki spostrzegano przy usunięciu choroby jednego oka, ciężki naciek rogówki na oku drugim. Zdaniem autora, salwarsan jest środkiem, którym dla jego zalet należy się posługiwać w okulistyce, jakkolwiek z ostatecznym sądem w tej mierze musimy się powstrzymać.

Zdolność widzenia oka - facetowanego. (Die Sehleistung des Facetten Auges). Prof. Best.

Pszczola jest w możliwości rozeznawać w odległości 1 mm przedmioty o wielkości 8 μ co człowiek może skutecznicie tylko przy pomocy mikroskopu. Takie widzenie jest możliwem tylko w oku facetowanym, gdyż oko ludzkie posiadające soczewkę musiałoby w tym przypadku akomodować na 1000 D. W przedsiębranego mierzenia oka facetowanego przekonano się, że oko takie posiada wprawdzie w widzeniu w pobliżu bardzo znaczną bystrość wzroku, na odległość jednak nie widzi ono więcej aniżeli oko ludzkie. Odległość osądzają owady za pomocą przesuwania paralaktycznego. Co się tyczy wrażliwości na światło, to oczy z soczewką posiadają je o wiele w wyższym stopniu, aniżeli oczy facetowane.

O gruźlicy oczodołu. (Über Tuberculose der Orbita). Dr Leberhart.

Przedewszystkiem zwraca autor uwagę na rzadkość tego cierpienia, na trudność badania przewodu nosowego i na małe zajęcie się tym przedmiotem w literaturze. Przypadek opisany tyczył się 4 l. dziecka, u którego prócz skrofalicznego schorzenia rogówki,

spozstrzegać się dało przemieszczenie lewej gałki ocznej 5 mm ku przodowi. Brzegi oczodołu nie były bolesne. Badanie nosa wykazało tylko przerost środkowej muszli. Po odsunięciu okostnej z dolno wewnętrznego brzegu oczodołowego natrafia sonda w blaszce papierowej kości siłowej na rozpadłą kość. Drobnowidowe badanie wyskrobanej masy serowatej wykazało gruźlicę. Po 14 dniach przy dalej istniejącym trzeszczu gałki ocznej badanie wziernikiem wykazuje odbarwienie lewej tarczy wzrokowej, a źrenica oddziaływa minimalnie. Przeprowadzona powtórnie operacya miała na celu otworzyć środkową ścianę oczodołu i usunąć gruźlicze złogi z kości klinowej i z jamy nosowej. Po tym zabiegu oddziałuje źrenica ponownie. W kilka miesięcy później spostrzeżono leniwe oddziaływanie źrenicy prawej, a w miesiąc później wystąpiło zapalenie nerwu wzrokowego tego oka, jako dowód przejścia procesu na stronę prawą. W kilka dni później dziecko to zmarło przy równoczesnem zajęciu szczytów płucnych. Sekcyja wykazała po obu stronach skrzyżowania się nerwów wzrokowych, miękkie masy powstałe z brunatno-czerwonych guzków. Choroba ta miała swój początek ze serowatych rozpadłych mas przedniej części kości klinowej. Proces cały przeszedł na sklepienie przetyku a ślad na tylną część lewego oczodołu. Bujania przebiły środkową muszlę nosową i sklepienie jamy Highmora. Środkowa jama czaszkowa była wypełniona tworem, który sięgał aż do podstawy czaszki. W kierunku prawego nerwu wzrokowego rozprzestrzeniało się bujanie tego tworzu wielkości grochu.

Inny przypadek tyczył się 3 letniego dziecka. Lewe oko było 4 mm przemieszczone na dół i ku przodowi. Oko prawe było prawidłowe. Badanie rynologiczne dało wynik ujemny. Po wyluszczeniu oka lewego odkryto środkową i górną ścianę oczodołu, a pod okostną natrafiono na serowate masy znajdujące się w blaszce papierowej i około kości kanału optycznego.

Po wypatroszeniu oczodołu odchyłono całą wewnętrzną ścianę i dotarło aż do kości klinowej w kierunku prawego kanału optycznego. W następstwie tego źrenica tego oka dotychczas nieruchoma poczęła oddziaływać. Pokazało się, że choroba ta miała swój początek w kości klinowej, a ponieważ źrenica oka prawego znowu przestała oddziaływać, poczęto operować około nerwu ocznego prawej strony, aby ten nerw uwolnić od ucisku. I w tem miejscu napotkano serowate masy w okolicy tylnych komórek zatoki siłowej i na schorzenie kości klinowej. Następnie otwór zatamponowano. Autor przychodzi do przekonania, że jakkolwiek badanie nosa często zawodzi, to jednak można częstokroć przez radykalną operacyę po jednej stronie drugie oko uratować od zagłady.

Dalszy przyczynek do tonometrii, jakoteż oznaczenie śródgałkowego ucisku prawidłowego tonometrem Schiötza w stosunku do różnorakiego wieku (Ein weiterer Beitrag zur Tonometrie sowie Bestimmung des intraoculären Druckes am normalen Auge mit dem Tonometer von Schiötz in Bezug auf die verschiedenen Lebensalter). Dr Johannes Wegner.

Skoro się przekonano, że w praktyce nie da się zastosować śródgałkowe mierzenie ciśnienia oka, przystąpiono do mierzenia zewnętrznego. Tak samo nie da się praktycznie zastosować mierzenie oftalmometryczne, mające na celu oznaczenie promienia rógówki, jak to proponował Helmholtz. Skoro zaś oznaczenie ciśnienia za pomocą palców jest niedokładnem, nie pozostało nic innego jak mierzenie przyrządami. Z pośród różnych istniejących tonometrów, jak Snellena, Hamera, Helmholtza, Makłakowa, okazał się tonometer Schiötza jeszcze najlepszym i najdokładniejszym. Po dokładnem opisanu tego aparatu następuje opis wyniku badań na 100 oczach, które autor podzielił co do wieku na 3 grupy. I 1—25 lat; II 25—50 lat; III 50—75.

Autor przekonał się, że z wiekiem w oku prawidłowem zmniejsza się ucisk śródoczny. Przeciętna wartość prawidłowa, jaką autor znalazł, wahała się między 13—30 mm rtęci, należy jednak indywidualizować, gdyż ucisk o 30 mm u człowieka starego, jest już podejrzanym. Chcąc zbadać dokładność tonometru, przedsiębrano pomiary na oku ezerynowanem i to po upływie $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $1\frac{1}{2}$, 4, 6 i 24 godzin. Po $\frac{1}{4}$ godziny dało się wykazać zmniejszenie ucisku wśródgałkowego, po 4 godzinach było działanie maksymalne, a po upływie 24 godzin był ucisk znowu prawidłowym.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(17—21 lipca 1911 r.)

ułożył

K. W. MAJEWSKI.

(Dokończenie).

Rosenhauch: Etiologia pryszczyka jest dwojaka, na to się prawie wszyscy godzą. Czynniki zewnętrzne: jady mikrobów, a prze-

dewszystkiem jad gronkowca złotego; i czynniki wewnętrzne t. j. toksyny prątków gruźliczych. Pryszczyk jest wobec tego zmianą paratuberkuliczną.

Co do odczynu Moro i Pirquet'a, to wynik dodatni (jak wogóle próby biologiczne), przemawiają za istnieniem w danym organizmie ogniska gruźliczego, wynik ujemny nie dowodzi jeszcze nieobecności gruźlicy.

Koliński: Wpływ żółzowej konstytucyi dzieci na zapalenie pryszczykowe nie ulega wątpliwości. Chcę jednak zwrócić uwagę na następujące fakty. może nie przez wszystkich zauważone: 1) że u dzieci w pierwszym roku życia zapalenie pryszczykowe zdarza się bardzo rzadko i to przeważnie tylko u dzieci wyniszczonej, nie karmionych piersią; 2) u dorosłych zapalenie pryszczykowe rzadko się przytrafia, natomiast często spotyka się u kobiet karmiących w późniejszych miesiącach karmienia, a niekiedy i w ostatnich miesiącach ciąży; 3) spotyka się też częściej u ludzi słabo odżywionych około 20 roku życia, lub też u ludzi starych; 4) rodzice i wogóle ludzie dorośli zarażają się dość często zapaleniem pryszczykowym od dzieci. Z powyższych danych przychodzę do wniosku, że przyczyną powstawania zapalenia pryszczykowego jest niekoniecznie gruźlica, lecz wogóle wyniszczenie organizmu. U osób zaś innych droga zakażenia.

Przy leczeniu wrzodów »okrągłych« rogówki, pochodzenia pryszczykowego, zamiast maści jodoformowej, zalecanej przez prelegenta, gorąco zalecić mogę maść airolową (5—10%). Jodoform, oprócz nieprzyjemnego zapachu często powoduje pryszczycę (eczema) skóry powiek; airol zaś oprócz początkowego pieczenia nie wywołuje żadnych komplikacji, działa zaś w tym razie prawie swoiście.

Majewski: Odnośnie do leczenia zapaleń pryszczykowych oka chcę podnieść to, że żółta maść rtęciowa Pagenstechera, nie da się zdetronizować, co jednak nie ujmuje nie wypróbowanej skuteczności niektórych środków, w pewnych formach szczególnie wskazanych. Zwłaszcza jednak w postaciach naczyniowych pryszczykowego zapalenia rogówki pozostanie na zawsze nieocenionym środkiem. Wobec powszechnie jednak znanej skłonności do rozkładu i zepsucia się maści żółtej *magistraliter* zapisanej i niedobrze przez aptekarza sporządzonej, pragnę zwrócić uwagę tych kolegów, którzy się z tym nowym preparatem może dotąd nie spotkali, na fabrycznie w Budapeszcie wyrabianą maść żółtą, pod nazwą »Abaga«, która, jak mię już kilkomiesięczne doświadczenie przekonywa, okazuje się bardzo trwałą i pod tym względem nie ustępuje wcale wiesbadeńskiej maści żółtej przez Brackebuscha dostarczanej.

Wieherkie wicz: Pracując zawodowo dość długo pod okiem Pagenstechera, który maści, acz w dawniejszych czasach znanej, dał swą nazwę, zastosowywanie właściwe jej wskazawszy, nigdy nie zauważyłem, by ta maść tam przyrządzana drażniła, gdy później tak w Poznaniu, jak i w Krakowie często maści tej choroby nie znosili, gdy była w naszych sporządzana aptekach.

Tkalcie: Zastosowałem raz u dziecka z *conjunctivitis phlyctenulosa* maść »Abaga« i dziecko dostało podrażnienia spojówki trwającego pół godziny, które ustało dopiero po kilkukrotnym zakropieniu kokainy.

Majewski: Prawdopodobnie było to przypadkowe zanieczyszczenie maści.

Bednarski: Używa maści jodoformowej przy zapaleniu przyszykowem oczu od roku 1904, wyprysku, lub jakiegokolwiek zadrażnienia, jako działania ubocznego, u dzieci nigdy nie zauważył. W odpowiedzi koledze Majewskiemu zaznacza, że o maści żółtej wogóle nie miał zamiaru mówić, gdyż jest to środek ogólnie znany i jako dobry przyjęty.

Reis: »O niektórych plamach barwikowych w spojówce powiekowej«.

Kol. R. omawia przypadek, w którym stwierdził istnienie plam barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy. Badanie drobnovidowe wykazało, że złogi barwika umieszczone są głęboko w zbliznowaciałej błonie właściwej spojówki. Dotychczas tylko Steiner i Hüsel spostrzegali podobne zmiany chorobowe w spojówce powieki górnej przy jaglicy. Steiner spostrzegał u Malajczyków złogi barwika umiejscowione w komórkach przybłonkowych i przypuszcza, że barwik ten powstaje z istniejących już przedtem w spojówce komórek barwikowych, stale spotykanych u osobników rasy żółtej. Hüsel wywodzi powstanie barwika w swych przypadkach z wyboczyny podspojówkowej, która z powodu zbliznowatego podłoża nie ulega wessaniu, lecz przemianie w barwik. Powyższych dwóch wyjaśnień w sprawie powstawania plam barwikowych nie może R. zastosować do przypadku przez siebie spostrzeganego i wypowiada przypuszczenie, że w tym przypadku zupełnie nie leczonym, mogło przyjść do wytworzenia się złogów barwika wprost z rozpadu ciał białkowych przy samoistnym procencie gojenia się jaglicy, polegającym na rozpadzie i wessaniu elementów komórkowych ziaren jagliczych.

Koliński imieniem komisji na pierwszym posiedzeniu wybranej zgłasza wniosek Dra Kramsztyka sformułowany w następujący sposób:

»Sekcya okulistyczna Zjazdu uważa za konieczne zakładanie lecznic dla chorych na jądlicę. Zakłady takie urządzone z prostotą i niekosztowne, powinny się mieścić, o ile możności, zdala od miast, a w bliskości lasów i wody«.

Wniosek ten postanowiono oddać pod uchwałę Zjazdu na ostatniem plenarnem posiedzeniu i odstąpić do wykonania nieustającej komisji zjazdowej.

Posiedzenie 3-ie dn. 19-go lipca o godz. 3-iej po południu.

Przewodniczy Rumszewicz z Kijowa.

Obecnych 24 członków.

Witaliński: »Przypadki jaskry po operacji zaćmy«.

W klinice okulistycznej U. J. od r. 1904 do lipca 1911 operowano 2260 zaćm. Wypadków jaskry pooperacyjnej było w tej liczbie sześć.

We wypadku jaskry obserwowanym w r. 1904 powodem była idyosynkrazia do atropiny.

Powstanie jaskry we wszystkich innych wypadkach objaśnić należy za prof. Wicherkiewiczem przez pęcznienie pozostałych resztek kory, ucisk cofającej się ku obwodowi torebki i powstałe skutkiem tego zalamowanie dróg odpływowych, do czego przyczyniły się jeszcze przekrwienie tęczówki i następowe zapalenie tęczówki, oraz ciałka rzęskowego. Wyjaśnienie to szczególnie wybitnie ilustruje wypadek z r. 1910, gdzie po wykonaniu dyscezyi, objawy jaskry jeszcze więcej się wzmogły, skutkiem ściągnięcia się ku obwodowi przeciętej, elastycznej torebki; dopiero po usunięciu jej szczypcami ustąpiły one zaraz i trwale.

Wyodrębnić należy:

1) Wypadki zwykłej następowej jaskry, wywołane skutkiem nieodpowiedniego przebiegu w czasie operacyi, lub zaraz po operacyi (jak wypadnięcie tęczówki do ranki i t. p.)

2) Wypadki w oczach zupełnie prawidłowo zoperowanych i gojących się, lecz zawierających części torebki i kory.

3) Wypadki jaskry pierwotnej przy źrenicy zupełnie czystej (powodem mogą być zmiany w organach wewnętrznych naczyń, a także koincydeneya).

4) Jaskrę skutkiem przerostu przybłonka przez rankę do przedniej komory.

Przy zamierzonej dyscezyi trzeba zawsze pamiętać, że rozcięta torebka usuwająca się ku obwodowi może łatwo wywołać

jaskrę. (Lopez twierdzi, że w każdym wypadku po dyscyzi występuje wzmożone napięcie gałki).

Częstokroć przeto zamiast dyscyzji wskazaniem jest raczej operacyjnie wydobycie torebki i zupełne jej usunięcie. Badanie tonometrem Schiötz'a po dyscyzji może oddać dobre usługi w wyjaśnieniu kwestyi, oraz wskazać, jaki zabieg jest wogóle odpowiedniejszy.

Dyskusya. Wicherkiewicz: Jaskra po operacyi zaćmy zajmuje nas przede wszystkim, o ile ona niepostrzeżenie występuje w pierwszych dniach po prawidłowo wykonanej operacyi z irydektomią regularną bez pozostawienia resztek. Tu zazwyczaj posadza się chorego, iż niespokojnie leży, czem otwieranie się rąki zdepionej powoduje, ale przypatrzwszy się bliżej przekonujemy się, że tęczęwka przylega do rogówki oko prawie bez podrażnienia, a jednak napięcie nie obniżone, albo nawet lekko podwyższone. Gdy dalej atropinujemy, nie spostrzegłszy pomyłki, występuje ostrzejsza postać chorobowa, zapuszczenie zaś pilokarpiny, do pogłębienia się przyczynia. Co ten stan powoduje? Prawdopodobnie kilka razy stwierdzony przerosł wśródłonka zbyttno wybijającego, a może zaciśnięcie dróg odpływowych przez torebkę cofającą się ku obwodowi. Inną jest jaskra późniejsza. Tu występuje ona zawsze w postaci chroniczno-zapalnej, a spowodowana przez torebkę zgrubiałą, czy też wysięk tęczęwki po zapaleniu tejże. Ale mogą do jaskry przyczynić się nawet w oczach zupełnie dobrze operowanych, bez jakiegokolwiek powikłań, złogi artrytyczne, czy wysięki surowicze do ciała szklistego i t. d., a tu tylko leczenie ogólne skierowane na usunięcie zaburzeń w przemianie materii może usunąć ataki glaukomatyczne. Widuję czasami i w oku prawidłowo operowanym, które lata całe dobrze widziało, napady peryodyczne jaskry na podstawie malaryjnej, gdzie znowu chinina z aspiryną dobre daje wyniki. O innych szczegółach nie będę wspominał, bo je przytoczyłem w pracy cytowanej przez prelegenta.

Koliński: Chciałem zapytać, jaka jest różnica w częstości jaskry następczej po operacyi zaćmy z irydektomią i bez irydektomii?

Wicherkiewicz: Zasadniczo operuję zawsze z irydektomią nie widząc tych korzyści bez niej, któreby równoważyły trudności usunięcia zaćmy i możliwych komplikacyi — zarośnięcie źrenicy łatwiejsze w razie zapalenia tęczęwki wypadnięcie tęczęwki. Robię jednak i tę operacyę w wyjątkowych razach, zwłaszcza, gdy zaćma twarda, chory niespokojny.

Otóż nie ulega, mojem zdaniem, wątpliwości, że tu niebezpieczeństwo jaskry następczej o wiele większe z powodów łatwo

zrozumiałych, gdy tualeta pola operacyjna utrudniona nie da się ściśle wykonać i pozostawia reszki pęczniące, które właśnie, gdy w obwodzie ułożone, niebezpieczeństwo upośledzenia dróg odpływowych wzmagają.

Doc. Rumszewicz przypomina, że przed kilkunasty laty ogłosił w »Przeglądzie lekarskim« pracę swą o jaskrze po operacjach zaćmy, która wszakże nie została uwzględniona. Zebrał wszystkie przypadki uprzednio ogłoszone, dodając własnych cztery; z tych trzy po wydobyciu zaćmy, jeden po rozcięciu torebki. Najczęściej zdarza się jaskra po wydobyciu zaćmy z irydektomią. Wpływ wrośnięcia torebki rzadko chyba odgrywa pewną rolę (przyp. Störlinga, w którym po niejednokrotnej dyscezyji wydobyto w końcu torebkę, a jednak sprawy to nie powstrzymało). Co się tyczy możliwych wpływów wgojenia tęczówki do ramy i powstawania ślad jaskry wtórnej — przypomina badania anatomiczne O. Seckera, który w gałkach na zaćmę z irydektomią operowanych, prawie znajdował wgojenie do ramy tęczówki, a jednak jaskry następowej nie było. Nie przyznaje również znaczenia pęcznieniu pozostałych po operacji resztek soczewki.

Lżejsze znacznie postaci jaskry po wydobyciu zaćmy dość często się zdarzają. Takie ustępują po zadaniu eseryny. Z zestawienia przypadków jaskry u operowanych na zaćmę i nieoperowanych wypada, że odsetek jest mniej więcej ten sam, że zatem jaskrze po operacji zaćmy ulegają oczy prawdopodobnie zupełnie niezależnie od wykonanej operacji.

Kleczkowski. »*Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę*«.

Badania przeprowadzone na chorych na jaskrę w klinice krakowskiej stwierdziły znacznie podwyższone u tych chorych ciśnienie krwi. Ciśnienie krwi mierzone było przyrządem Riva Rocceiego. Badanie surowicy wykazało obecność w niej w zwiększonej ilości adrenaliny. O obecności jej przekonał się autor wykonując próbę Ehrmanna i próby chemiczne Commessatiego (ze sublimatem) i Zangfroguiniego (z nadmanganianem potasu). Stwierdzenie adrenaliny w surowicy chorych na jaskrę rzuca pewne światło na sposób powstania jej, a mianowicie głównego i pierwszego jej objawu t. j. podwyższonego ciśnienia śródocznego. Adrenalina działając jako czynnik przyczynowy choroby, działa w dwóch kierunkach. Pierwsze następstwo działania to podwyższenie ciśnienia krwi. Wzmoczone ciśnienie krwi sprowadza przekrwienie czynne w naczyniach narządu wzrokowego, następstwem czego jest wzmoczone wytwarzanie płynów śródzylnych. W prawidłowych warunkach

przyszłoby tylko w następstwie podwyższonego ciśnienia krwi do chwilowego wzmożonego napięcia śródocznego, inaczej się jednak dzieje w przypadkach jaskry, adrenalina bowiem działając na cały układ nerwowy sympatyczny, działa również na włókna nerwowe mięśnia rozszerzającego źrenicę. Rozszerzenie źrenicy utrudnia odpływ cieczy w nadmiernej ilości wytworzonej i prowadzi do stałego podwyższenia ciśnienia śródocznego.

Toczyski: »*O pomiarach tonometrem Schiötza*«.

Będzie publikowana *in extenso*.

Dyskusja. Wicherkiewicz: Dionina rzeczywiście zwęża zrazu źrenicę, a nie rozszerza jej, jak to twierdził swego czasu Darier jeden z pierwszych, doświadczających środka tego. Następnie rozszerzenie się w przypadkach zapalenia tęczówki tłumaczy się reakcją wywołaną limfatycznym nabiegiem, wskutek którego wysięki tęczówkowe ulegają wessaniu, a tem samym tonus tęczówki mniej lub więcej powraca. Nabiegu spojówkowego wywołanego zastrzyknięciem roztworu soli nie można, zdaniem mojem, porównać z nabiegiem limfatycznym, wywołanym za działaniem dioniny, która gdy tamto działa tylko mechanicznie i na samą tkankę podspojówkową, wywołuje również pewien nabieg i w głębszych częściach, a zatem w tęczówce, ciałku rzęskowem, co by nam właśnie, stwierdzone przez kolegę Toczyskiego, podwyższenie napięcia tłumaczyło.

Luniewski: W doświadczeniach swoich, które ogłosił w Postępie okulistycznym używał słabych, bo zaledwie 5% roztworów dioniny, gdy prelegent wspomina o dioninie stosowanej *in substantia*. Jest zatem rzeczą zrozumiałą, że wpływ dioniny na źrenicę musiał być bez porównania wybitniejszy, podczas gdy nieznaczne zmiany, jakie powodowała 5% dionina mogły z łatwością ująć uwagi.

W końcu posiedzenia przedkłada Bannel *tablice liter kolorowych do nauki czytania w szkole* sporządzone z inicjaływy p. Dąbrowskiej, przełożonej prywatnej szkoły we Lwowie, która zwróciła się doń w następującej sprawie: Sporządza ona tablice liter i cyfr w najrozmaitszych kolorach, zapomocą których zamierza wprowadzić w swej szkole naukę czytania alfabetu z barwnych liter, a nie chciałaby zainicjować czegoś, co by ewentualnie mogło przynieść szkodę oczom działwy szkolnej.

Wprawdzie żaden okulista nie wystąpił przeciw barwnym zabawkom dzieciennym, ona jednak wolałaby mieć pewność, że wzrok dzieci nie poniesie szkody. I z tego powodu prosi o odpowiedź na następujące pytania:

- 1) Czy odczytywanie zabarwionych liter i liczb może być szkodliwem?
- 2) Które barwy działają szkodliwiej?
- 3) Które dodatnio?
- 4) Czy lepsze są litery jasne na czerwonym tle, czy też ciemniejsze na białem?

Odpisałem tej pani, że kwestya jest niezmiernie doniosłą ze względu na wzrok dzieci szkolnych, że nie widząc tych barwnych tablic nie mogę dać odpowiedzi na postawione pytania. Prosiłem przeto o nadesłanie tych tablic i oświadczyłem, że ze względu na bliski termin Zjazdu lekarzy w Krakowie i ze względu na ważność sprawy, przedstawię takową areopagowi okulistów polskich.

Otóż wystarczy spojrzeć na rozwieszzone tablice, by się przekonać, że w grę wchodzić może tablica z barwami biało-czerwonymi, i to mianowicie tablica biała (tło białe) z czerwonymi literami, względnie cyframi, a nie odwrotnie. Zresztą chciałbym słyszeć zdanie innych Panów Kolegów.

Dyskusya. Ma je wski: Otrzymałem również zapytanie od tej pani i odpisałem, że mojem zdaniem odróżnić należy przedewszystkiem biegłe czytanie druku w książce, co jest dla oka pracą wogóle uciążliwą, od pokazywania poszczególnych dużych liter dzieciom przy pierwszej nauce czytania. Druk w książce powinien bezwarunkowo tworzyć z tem jak najsilniejszy kontrast, a taki dają tylko litery czarne bez połysku, na tle białem, również bez połysku i to muszą być litery czarne na tle białem, a nie odwrotnie bo w takim razie wchodziłaby w grę szkodliwa irradycya. Inna rzecz, gdy chodzi o pokazywanie dużych liter barwnych dzieciom uczącym się czytać. W zasadzie przyznać można, że to pod pewnymi warunkami i przy zastosowaniu pewnych ograniczeń na wzrok nie wywrze ujemnego wpływu, podobnie, jak nie może zaszkodzić oglądanie kolorowych zabawek, lub obrazków. Ale i tu dbać trzeba o to, ażeby kontrast barw był dostatecznie silny, a barwy wysyczone i zdecydowane. I tu należy unikać połysku, a zwłaszcza barw mieniających się. Na końcu dodałem, że właśnie do najszkodliwszych należałaby tego rodzaju kombinacya, jak ta, którą pani D. zastosowała na swych korespondentkach z hektografowanym kwestyonaryuszem: na brunalno-żółtem tle litery pisane atramentem fioletowym i mieniające się silnie barwą zieloną(!).

Czem podobna innowacya w elementarnej nauce czytania miałaby być usprawiedliwiona, czy zamiarem podniecenia uwagi, czy uprzyjemnienia i urozmaicenia nauki, czy innymi względami dydaktycznej natury, w to nie moją rzeczą jest wchodzić.

Koliński: Jestem przeciwny wprowadzaniu różnych kolorów do alfabetu i wogóle do druku, ponieważ taka pstrokacizna niszczy siatkówkę. To samo można powiedzieć o pstrokaciznie posadzek w szkołach, złożonych z różnobarwnych cegiełek.

Koszutski: Uważam, iż kwestya postawiona przez kolegę Banneta jest sprawą nadzwyczaj ważną. Przełożona pensyi zwraca się do lekarzy-specjalistów z zapytaniem, czy wprowadzenie kolorowych liter, zamiast czarnych, do nauki czytania dla dzieci — w celu rzekomego, jak jej się zdaje, uprzyjemnienia im nauki — nie będzie szkodliwem dla wzroku tych dzieci. Ołów mojem zdaniem Zjazd powinien kategorycznie wypowiedzieć się tak lub nie.

O drukowaniu książek kolorowemi czeionkami oczywiście nie może być nawet mowy. Jednak używanie liter kolorowych — a szczególnie różnokolorowych, bo o taką »reformę« chodzi — nawet w dużych rozmiarach przy nauce czytania w szkole, uważam za rzecz nie tylko zbyteczną, lecz wprost szkodliwą. Różnokolorowość liter może męczyć szybciej wzrok dziecka, niż litery czarne. Kolory mniej intensywne, o odcieniach jaśniejszych wymagały większego natężenia wzroku, względnie silniejszego oświetlenia tablic. Przy używaniu liter kolorowych, szeregiem naklejanych, niejednokrotnie zapewne używanoby papieru połyskującego, co przez refleksy mogłoby utrudnić pracę oczu dzieci. Mając na uwadze istnienie u pewnej odsetki ludzi niezdolności do odróżniania pewnych barw, czyli t. zw. daltonizmu, należy pamiętać o tem, że dziecko obarezone tą niezdolnością byłoby narażone przy takim »różnokolorowym« systemie liter na znaczne trudności w rozpoznawaniu liter. Wreszcie i z pedagogicznego punktu widzenia nie wiadomo, czyby nie był szkodliwym taki system, gdyż dziecko widząc jakąś literę np. »O« koloru zielonego mogłoby i inne litery, narysowane w kolorze zielonym uważać też za »O«, względnie odwrotnie nie rozpoznać drugiego »O«, narysowanego w kolorze czerwonym i t. p. Wreszcie zwracam uwagę, iż o ile Zjazd nie wypowie się kategorycznie w tej sprawie, i jedna przełożona wprowadzi u siebie ten »kolorowy« system, to za jej śladem mogą pójść i inne pensye, chcąc się stać modnemi i przez to może wyniknąć poważna szkoda.

Majewski: Ze względu na podniesienie przez kolegę Koszutskiego niebezpieczeństwa, a mianowicie możliwości, że aprobata sekcji okulistycznej Zjazdu mogłaby przyczynić się do szybkiego rozpowszechnienia się tej innowacji, i ze względu, że kontrola, czy nauczanie na barwnych literach odbywa się wśród warunków koniecznych, przezemnie wymienionych, byłaby wielce utrudnioną, zgadzam się, że lepiej i bezpieczniej będzie nie używać naszego *placet* tego rodzaju projektom.

Machek jest zdania, że wobec tego, że czarne litery na tle białem zostały powszechnie uznane przez świat naukowy za konieczny postulat higieny wzroku, przeto nie ma najmniejszej potrzeby, ażeby w tym względzie powodować aż uchwałę Zjazdu, a wystarczy zupełnie odesłać zapytującą do podręczników traktujących o higienie szkolnej, w których znajdzie wyluszczenie kardynalnych zasad higieny wzroku.

Majewski Zgadza się również na to, że kwestyi takiej nie ma racyi podnosić do rangi uchwał zjazdowych, i że wystarczy, jeśli kol. Bannet odpisze pani D. że zapytanie jej poddał pod dyskusję sekcji okulistycznej Zjazdu, która to sekcya oświadczyła, że proponowana przez nią reforma kryje w sobie takie niebezpieczeństwa i przedstawia takie niedogodności, iż ze względu na wzrok dzieci szkolnych musi być odrzuconą.

Postanowiono nie przedstawiać żadnego wniosku w tej sprawie komisji zjazdowej.

Posiedzenie 4-te dn. 20-go lipca o godz. 3-iej po południu.

Przewodniczy Koliński z Łodzi.

Obeonych 24-ech członków.

Szafnicki: *Ulcus serpens w okulistycznej klinice krakowskiej w latach 1909—1909.*

(Będzie publikowane *in extenso*).

Dyskusya. Rosenhauch zaznacza, że wysoki procent (50) gronkowców białych w latach 1904—6, można sobie chyba w ten sposób wyobrazić, że badający brali wydzielinę z powierzchniowych warstw, lub z wydzieliny spojówkowej, a nie z nacieku owrzodzenia, w których w znacznej większości przypadków można stwierdzić obecność dwoinek zapalenia płuc.

Koliński zapytuje, w jakiej postaci stosowany był airoł, t. j. czy pod postacią proszku, czy maści i to w jakiej koncentracji? Pytanie to wywołanem zostało zdziwieniem, że leczenie airołem tak niekorzystne dało wyniki. Według moich kilkoletnich doświadczeń, leczenie airołowe wrzodu pełzającego, daje świetne wyniki.

Wiherkiewicz: Airołu nie używałem wiele, ani długo. Gdy był w użyciu, stosowałem już to jako maść 10%, już to nawet w proszku. Jak panom niezawodnie wiadomo od szeregu lat, po poleceniach Stillinga, zaprowadziłem, tak w klinice, jakoteż

na oddziale moim w szpitalu krakowskim stosowanie pyoktaniny, która w pewnej mierze zasługuje na wyróżnienie przed innymi środkami w ropnych zapaleniach rogówki. Zwłaszcza w połączeniu z dioniną działa bardzo korzystnie i przewyższa wszystkie poprzednio wypróbowane środki. Odkąd jednak począłem doświadczać nowego środka nowojodyny stanowczo pod pewnym względem przewyższającego poprzednie, bliższe szczegóły ogłosiłem w Przeglądzie lekarskim, tu więc tylko dodam, że po uwzględnieniu momentów koniecznych po galwanokaustyce wrzodu posypuję rogówkę proszkiem nowojodyny *sine talco 10 ac bor 20 novocaini 0,8*. Ból proszek ten sprawia, ale tylko krótkotrwały. Bardzo dobrym okazuje się proszek ten przy operacjach powiek plastycznych, gdyż utrzymuje rany aseptyczne, a przepuszcza ewentualną wydzielinę.

Pierwotnie w ruch wprowadzony preparat był nowojodyna *talco* *xx*. Ale połączenie to drażniło bardzo rany, a zwłaszcza rogówkę. Dla tego radziłem Dr Scheuble fabrykantowi preparatu, by łączył go z kwasem borowym. Wyraził obawę, czy kwas borowy nie wywoła infoksykacji. Odpowiedziałem, że nie obawiam się tego dla przypadków okulistycznych, gdzie minimalnych używamy dawek. Inna rzecz oczywiście we wielkiej chirurgii.

Używam od ówieré wieku przeszło proszku, który nazwałem kwasem borotanowym, składającego się z trzech części kwasu borowego a jednej taniny z najlepszym skutkiem przy rozmaitych sprawach spojówkowych także w jaglicy, a nigdy objawów intoksykacyjnych nie stwierdzałem.

Toczyński: Do wywodów prof. Wieherkiewicza dodaje, że w klinice lwowskiej używa się acidum boro-tannicum od szeregu lat z bardzo pomyślnym skutkiem.

Likiernik: Pyoktanina w 1^o/_o roztworze jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym, stosowanym 2 razy dziennie. Jednocześnie leczę *dacryocystitis*, która zawsze komplikuje cierpienie. Cięcie Saemisch'a, keratotomia jest również doskonałym środkiem, a kto ma do dyspozycji aparaty galwanokaustyczne, chętnie ich użyje tam, gdzie sprawa zajęła całą rogówkę.

Wieherkiewicz: Będąc asystentem Pagenstechera bardzo często widziałem i sam wykonywałem operację Saemisch'a. Robiłem ją później w praktyce prywatnej, ale odstąpiłem, bo skuteczną i bezpieczną może ona być wtenczas, gdy wrzód powstał z ropnia i interstycya rogówkowe przesączone są ropą. Wtenczas taka keratotomia ułatwia wyciśnięcie nacieków ropnych i dostęp środków odkażających ułatwia usunięcie nagromadzonej ropy, silnie włóknikowej. Jeżeli jednak wrzód szerokie zatoczył koło, rozcięcie rogówki szerokie prowadzi nieraz do nadwichnięcia soczewki,

pęknięcia naczyń wskutek nagłego obniżenia napięcia i wielu innych przykrych następstw. Dla tego od szeregu lat zastępuję ją w celu usunięcia ropy dawniej praktykowaną paracentezą.

Koszutski: Czy w klinice krakowskiej próbowano, jako środka leczniczego przy *ulcus serpens*, stosowania pyocyjanazy. Ja osobiście w dwóch przypadkach *ulcus corneae*, w których zastrzyknąłem podspojówkowo pyocyjanazę — nie tylko nie miałem dodatniego wyniku, lecz nadto uboczne objawy były bardzo ciężkie — mianowicie silna bolesność, obrzęk spojówek i skóry powiek, dreszcze i t. d. Natomiast dobre wyniki miałem przy wstrzykiwaniu pyocyjanazy w *conjunctivitis membranacea*.

Wi cherkiewicz: Pyocyjanaza była i przezemnie używaną przeciw wrzodom rogówkowym, ale z wynikiem wcale nie zachęcającym, przeciwnie zdawało mi się, że pod wpływem tego środka pozostała rogówka stopniała i przyszło do wypadnięcia soczewki. Podobny efekt miałem z *zincum sulphuricum* w 20^o/_o roztworze, zachwalanym już nie pomnę przez kogo. Ten silny roztwór cynkowy wacikiem stosowałem na naciezione części rogówki, ale również z wynikiem niekorzystnym. Wogóle uważam to za rzecz wiele niesumienną na podstawie jakiegoś chwilowego wyniku korzystnego zachwalać jakiś środek niedostatecznie wypróbowany.

Przypuszczam, że pyocyjanaza może dobry wynik dawać w zapaleniach błonieczych, a więcej jeszcze przeciw dyfleryi spojówki, przeciw której ona pierwotnie była przeznaczona, ale rogówka zbyt jest wrażliwa na ten środek.

Marczewski: Używałem przy *ulcus serpens* słabych roztworów protargolu, bezpośrednio po dioninie. Wyniki miałem bardzo dobre, lepsze niż po pyoktaninie z dioniną. Wypróbowałem surowicę Deutschmanna przy *ulcus serpens*, kilkadziesiąt flakonów w więcej niż dwunastu przypadkach, lecz absolutnie bez rezultatu.

Rum s z e w i e z: Jeśli już mowa o stosowaniu surowicy, przypominam, iż stosował ją, mianowicie surowicę przeciwbłoniczą, lecz skutków nie spostrzegał. Chętnie ucieka się do cięcia Saemisch'a, prócz przypadków, gdy wylew ropy w komorze przedniej bardzo był znaczny ($\frac{2}{3}$ wysokości), lub też jednocześnie istniała *dacryocystoblennorrhoea*.

Sz a f n i e k i: Nie wspominałem o sposobie Saemisch'a, o stosowaniu cynku 20^o/_o pyocyjanazy, gdyż środki te stosowano w tak małej ilości przypadków, że statystyki w tym kierunku przeprowadzić nie było można. Z tego też powodu nie wspominałem również o działaniu nowojodyny.

Rumaszewicz: » *O mięsakach naczyńiówki* ».

Mięsaki białe, zgoła barwika nie zawierające, dają się napotykać częściej znacznie niż dawniej utrzymywano i mogą wypełniać całą prawie gałkę. Stanowią one zatem postać odrębną, bynajmniej nie okres początkowy rozwoju mięsaka barwikowego.

Dla powstawania barwika przyjmuję trzy źródła:

- 1) barwik istniejących chromatoforów;
- 2) barwik wtórnie ze krwi pochłonięty;
- 3) barwik przybłonka barwikowego jako taki i nadto przeobrobiony przez komórki te z pochłoniętych przez nie kulek krwistych.

Mięsaki naczyńiowe stanowią zupełnie wyraźne postacie. Najpospolitsze są peritheliomata. Siatkówka rzadko bardzo ulega nacieczeniu przez komórki mięsakowe. Zmiany spostrzegane w niej przy zrośnięciu z guzem zaszły na podziale na warstwy dodatkowe warstw jądrzastych i bardzo znacznem rozciągnięciu włókien podstawowych. Zmiany te powstają wskutek częściowego zrośnięcia i rozciągania siatkówki wskutek późniejszego zwiększenia się guza. W dwóch przypadkach spostrzegął oczepienie siatkówki.

Dyskusya. Rosenhauch: Znamienny przypadek obserwowano w klinice krakowskiej. Chory zgłosił się z guzem wśródgałkowym. Enukleacya. Badanie drobnowidowe: Mięsak biały. W dwa lata później ten sam chory zgłasza się do kliniki chirurgicznej, z olbrzymim tumorem wątroby. *Exitus laetalis*, a sekcya wykazała mięsak barwikowy. Czy nie możnaby w tym wypadku myśleć o przejściu bezbarwnego mięsaka w barwikowy?

Wicherkiwicz: Z własnego doświadczenia potwierdzić może niezbyt rzadką częstotliwość mięsaków bezpigmentowych ze zastrzeżeniem, iż niejednokrotnie jednak tu i owdzie kępki pigmentu znaleźć można. Po tej krótkiej wzmiance chciałbym zwrócić uwagę panów na rzadkie przypadki mięsaków nagalkowych, o których pierwotnie miałem mówić, ale, że sprawa ta obszerniej będzie drukiem ogłoszoną, więc tutaj tylko kilka uwag. W dwóch przypadkach rozchodziło się o mięsaki tak olbrzymie, pokrywające gałkę, że pozorowały narośl całej jamy i do wypaproszenia oczodołu były przeznaczone. Zrobiwszy jednak poprzednio przecięcie szpary w zewnętrzny kącik jałem się bliżej przypatrywać i mogłem się przekonać, że gałka, zrośnięta tylko rąbkim swym częściowo z naroślą, była zachowana. Udało mi się doszczętnie narośl usunąć i gałkę wraz z dostatecznym wzrokiem zachować.

W trzecim przypadku, gdzie narośl była wielkości pomarańczy zrobiłem wypaproszenie, a zrobiwszy przekrój przekonałem się, że gałka była prawie nienaruszona, a tylko całkowicie naroślą obrosła,

w jednym tylko miejscu istniał ściślejszy związek z brzegiem rogówki. Tu więc nie można było ani domyślać się, ani nawet, gdyby się udało stwierdzić całość gałki, takową zachować.

Wi cherkiewicz: »*Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego*«.

Obok już ogłoszonych przypadków tego pasożyta spostrzegał autor wągra w ciałku szklistem tuż przy nerwie wzrokowym, operacja wykonana bardzo trudna dla położenia, udała się o tyle, iż usunięto pasożyta.

W innym przypadku wągra ciałka szklistego z powodu daleko rozwiniętych zmętnień ciałka szklistego operacja nie była możliwą, a w trzecim wągr podnaczyniówkowy usunięty ze znakomitym skutkiem po nacięciu twardówki.

W trzecim przypadku również wągr wśród mętów ciałka szklistego dał się bardzo dokładnie śledzić w swych ruchach i ze skutkiem operacyjnym prelegent usunął go. Czwarty przypadek wągra zrazu podsiatkówkowego, który potem dostał się do ciałka szklistego opisuje prelegent szczegółowo i odnośną chorobą zgromadzeniu przedstawia do wzniernikowania. Praca ukaże się w P. O.

Dyskusya. Rumszewicz: Zapytuje, jak często są spotykane w klinice przypadki wągra?

Koliński: Wągr oka spotyka się częściej tam, gdzie się więcej spożywa wieprzowiny. Tak np. w Łodzi, gdzie spożycie wieprzowiny jest duże, w ciągu pierwszych 15 lat mej praktyki obserwowałem 2 przypadki wągra (które już się dostały do literatury lekarskiej dzięki artykułowi ś. p. Dra Talki w Postępie okulicznym p. t. »Wągr z Polsce«). W ciągu następnych lat 15, odkad została wybudowana wspaniała rzeźnia miejska i zaprowadzone sumienne badanie mięsa, nie miałem sposobności widzenia tego pasożyta w oku.

Likiernik: U nas rzadkie są wypadki wągra. Między innymi obserwowałem pod spojówką pęcherzyk wągra.

Rosenhauch: Wiadomą jest sprawą, jak trudne jest nieraz rozpoznanie wągra wśródgałkowego. Każdy szczegół, który mógłby choć odrobinę rozpoznanie ułatwić, powinno się przelo z radością powitać.

Badania krwi w ostatnich latach zyskują coraz więcej na znaczeniu. Przed niedawnym czasem zwrócono uwagę, na występowanie eozynofili w przypadkach obecności wągra w organizmie. Badania te zastosowano w klinice krakowskiej i w ostatnim przypadku, na razie jednak materiał to zbyt mały, aby z tego wyciągać wniosek. Wspominam o tem dlatego, aby zwrócić uwagę na ten szczegół i zachęcić do badań, bo wobec rzadkości podobnych

przypadków tylko zbiorowe obserwacje i badania mogą sprawę tę wyświecić.

Koszułski: Nawiązując do przemówienia kol. Rosenhaucha co do dyagnostycznej wartości zwiększania się ilości eozynofików we krwi przy wągrze oka, zwróciłbym uwagę na to, iż i w tych razach trzeba być ostrożnym w rozpoznaniu. Przytoczę przypadek obserwowany przeze mnie przed dwoma laty, gdzie w ciałku szklistem była dwa pojedyncze pęcherzyki, lśniące białe, w górnej części gałki. Pierwsza myśl była o wągrze oka. Badanie kału raz wykazało obecność jajek pasożyta, następne zaś kilkakrotne badania nie wykazały już jajek. Badanie krwi wykazało zwiększoną ilość eozynofików. Dłuższa obserwacja jednak dowiodła, iż w danym wypadku miało miejsce gruźlicze schorzenie naczyńówki.

Rosenhauch: Zaznacza w odpowiedzi Drowi Koszułskiemu, że eozynofilię uważa tylko za szczegół rozpoznawczy. W przypadku podanym przez kol. Koszułskiego stwierdzono w kale jaja pasożyta. To wystarczy. Eozynofila ma nam mówić o obecności wągra w organizmie, lecz wcale go nie umiejscawia.

Machek: »*O plastyce brzegu powiekowego*«.

W r. 1897 podał własny sposób operowania wrostu rzęs¹⁾, który polega na tem, że do ranki międzyrąbkowej wsuwa się podłużny płatek skóry z górnej powieki, tworzący wysepkę naokoło od skóry oddzieloną, a pozostającą w związku z powieką tylko za pośrednictwem tkanki podskórnej. Tkanka ta jest podatną, tak że płatek da się z łatwością przesunąć i należyście umieścić w ranie międzyrąbkowej. Płatek stanowi teraz brzeg powieki plastycznie wytworzony i dlatego operacja stanowi odrębny rodzaj plastyki powiekowej.

Myśl operacji różni się od dotąd używanych. Do plastyki nie służy uszypułkowany płatek (Jacobsohn, Watson) ani wolny płatek (Waldhauer) lecz przesunięta wyseпка skórną. Oryginalność pomysłu potwierdza Etschnig w drugim wydaniu »*Nauki o operacjach ocznych*« Czermaka²⁾.

Tę samą operację opisuje trzy lata później Peters³⁾ a w r. 1910 L. Blaskovites⁴⁾ zaleca jej wykonanie doradzając, aby przesunięta wyseпка była wązka.

Prelegent mówi o wykonaniu i zaletach operacji. Na klinice okulistycznej i oddziale ocznym we Lwowie wykonano przeszło 300 operacji tą metodą.

¹⁾ Centralblatt f. Augenheilkunde. 1897, Z. 2.

²⁾ Etschnig-Czermak. 2. Wyd, pag. 170. I.

³⁾ Jahresberichte für Ophthalmologie. 1900 p. 352.

⁴⁾ Klinische Monatsblätter f. Aug. 1910. Marzec.

Wicherkiewicz: »Doświadczenia nad własnym sposobem operacji podwinięcia i dwurzędności rzęsa«.

Operacja podana przez autora w r. 1887 uproszczona w dalszych latach, a dająca zawsze pewne wyniki polega na rozpołowieniu brzegu powiekowego celem przemieszczenia pasa rzęsowego i utrwaleniu położenia tegoż przez przemieszczenie wolnego płata skórniego. Prelegent wytyka niewłaściwość nazwy nadanej swej operacji przez Niemców jako operacji Jaesche-Arlt-Waldhauer.

Praca ukaże się w druku.

Dyskusya nad oboma powyższymi referatami.

Likiernik: Operację Macheka należy uważać jako prawdziwy postęp w chirurgii brzegu rzęsowego powiek, który można zastosować ambulatoryjnie przy istnieniu entropion.

Koliński: Operację prof. Macheka wykonywałem od czasu jej ogłoszenia wielokrotnie. Nawrotu nie było, ale ma ona jeden ważny brak: Wysepka skóry wszczepiona w brzeg powieki, jest zbyt ruchomą i albo się podwija (do oka) albo też sterczy na zewnątrz, co sprawia nieestetyczny wygląd. W roku 1903 podałem w czasopiśmie lekarskiem modyfikację tej operacji. Polega ona na tem, że przy operacji uwzględnioną została chrząstka powieki. Operacja ta stosuje się przeważnie w przypadkach zaniedbanych, gdzie oprócz podwinięcia rzęsa, chrząstka jest skrzywioną i zgrubiałą. Operacja zmodyfikowana w sposób opisany *loco citato*, nigdy nie daje nawrotów; powieka przybiera prawie normalny wygląd, oko zupełnie wolne jest od podrażnienia. Obserwowałem niedawno przypadki operowane przed 8 laty. Operowani uważają się za zdrowych zupełnie.

Kramsztyk: Entropion powstaje nie przez kurczenie się blizny, tylko przez starcie tylnej wargi brzegu powiekowego, czego dowodzi zachowanie się gruczołów Meiboma. Racyonalne usunięcie wady, to jedynie odtworzenie brzegu. Pasek skóry ma tę wadę, że posiada drobne włoski, meszek drażniący. Dla tego oddawna przeszedłem do błony śluzowej wargi. Ale trudno wyciąć zawsze pasek należytej szerokości i o równoległych brzegach. Dla użycia tego celu kazałem zrobić nożyk o dwu ostrzach w stałem oddaleniu ustalonych. Rzecz ciekawa, że w razie zbytnej szerokości paska, załamuje się on ku tyłowi i część jego stanowi już nie brzeg powiekowy, ale dolną część tylnej spojówkowej powierzchni powieki, granica tych dwóch odcinków, nowa warga brzegu jest bardzo ostro zarysowana.

Wicherkiewicz: Meszki oczywiście byłyby bardzo niepożądaną rzeczą, ale jeżeli płatek starannie podcięciem z tkanki podspojówkowej przygotowujemy, to one nie powstaną, bo ich cebulki

zniszczymy. Powstaną tylko rzęsy z cebulek pozostawionych przeżemnie to znaczy *distichiasis secundaria*, a ta da się jak powiedziałem, bardzo łatwo usunąć.

Koszutski: Chciałbym prosić prof. Macheka o informację, czy przy swojej operacji, po przesunięciu płata skóry, nakłada szwy i w którym miejscu.

Wicherkiewicz: Operacja Hotza zawodzi, gdy niedostatecznie zrobiona. Nieraz zniewolony byłem naprawić wadliwie wykonaną i to z dobrym i trwałym skutkiem. Cięcie robimy powyżej dolnego brzegu chrząstki, przez skórę wycinamy pasek mięśnia tarsalnego, a następnie przeprowadzam szwy przez skórę mięśnia i *epitarsus*. W ten sposób przytwierdzamy skórę z rzęsami do chrząstki i osiągamy skutek natychmiastowy i trwały. Ten sam skutek osiągamy nieraz przy słabszych stopniach podwinięcia rzęs górnych powiek, przez cięcie skórne i mięśniowe, a następnie przypalenie tkanki epitarsalnej nad rzęsami. Po wytworzeniu się blizny podskórnej rzęsy wywracają się dostatecznie. Oczywiście, jeżeli sprawa zbliznowacenia spojówki postępuje, trzeba później zrobić zabieg dalszy.

Rumszewicz: Widział bardzo wiele przypadków operowanych sposobem transplantacji, lecz sporo było wypadków niefortunnych. Nie tylko skóra, lecz nawet błona śluzowa nie mogą zastąpić brzegu powiekowego. Wogóle jest zdumia, że podział powieki na dwie blaszki, z których rzęsy mają być tylko na blaszce zewnętrznej, jest możebny w powiece mało zmienionej. Inaczej rzecz się ma z powieką po zwyrodnieniu jaglicowem, gdyż tam najpierw brzeg powieki jest zupełnie zaokrąglony, powtóre rzęsy znajdują się mogą również w blaszce wewnętrznej. Nie ma przeto zaufania zupełnego do sposobów operacyjnych mających w zasadzie podział powieki na dwie blaszki.

Machek: Szwy się zakłada w górnej ranie. W dolnej tylko wyjątkowo, a jeżeli płaty są dobrze przycięte, to i szwy są zbytteczne. Co do operacji Wicherkiewicza, to dodaje, że Niemcy twierdzą, że płat górny, wzięty z powieki wkładał pierwszy Waldhauer do ranki międzyrąbkowej, dlatego tę operację nazywają oni operacją Jaesche-Arl-Waldhauer. Jest rzeczą bardzo łatwą sprawdzić w literaturze daty odnośnych publikacji i rozstrzygnąć w ten sposób prawo pierwszeństwa.

Łuniewski: W swej praktyce szpitalnej, gdzie względu kosmetyczne odgrywają rolę podrzędną, przekonał się, że najpraktyczniej jest operować sposobem Flarera, polegającym, jak wiadomo, na zupełnem odejęciu przedniej krawędzi brzegu powiekowego z całym szeregiem rzęs źle rosnących oraz z ich cebulkami.

Zabieg ten, ma przynajmniej tę zaletę, że może być wykonany ambulatoryjnie i wyklucza już napewno obawę nawrotu.

Po wyczerpaniu dyskusyi Wieherkiewicz zawiadania, że jest jeszcze jeden wniosek do ewentualnego przedłożenia nieustającej komisji zjazdowej, mianowicie w sprawie wydania przepisów i ograniczeń mających obowiązywać optyków przy sprzedaży szkielek, które niejednokrotnie sami kupującym dobierają, oraz co do kontroli dokładności wykonania przez okulistów przepisanych okularów.

Koliński sądzi, że nie przystoi lekarzom stwarzać względnie przyczyniać się do wydawania nowych przepisów administracyjnych, czy nawet policyjnych i że lepiej przejść nad tym wnioskiem do porządku dziennego.

Machek zwraca uwagę, że jednak jakaś kontrola jest konieczna, przynajmniej dla uzyskania gwarancji, że przepisy na okulary wydane przez okulistów są ściśle i dokładnie przez optyków wykonywane.

Majewski: Wykonuję zawsze osobiście tę kontrolę. Optycy mają zdeczone, każdą wedle recepty sporządzoną parę okularów przysłać mi przed wydaniem klientowi do sprawdzenia. Po zmierzeniu szkielek sferometrem, o ile niema żadnej niedokładności ani pomyłki przybijam pieczętkę na receptę, że szkła są wykonane według przepisu i kładę swój podpis. W ten sposób i wilk jest syty i koza cała, chorzy zadowoleni są, że odpowiedzialność za numer szkielek bierze na siebie lekarz, a nie kupiec, a optycy poddają się chętnie i bez szemrania tej kontroli, upatrując nawet pewną moralną korzyść dla siebie w takim poświadczeniu w ścisłego wykonania przepisu.

Wieherkiewicz podnosi w zasadzie potrzebę ograniczenia samodzielnej sprzedaży szkielek i dobierania ich przez nieukwalifikowanych do tego optyków, a zwłaszcza przeciwdziałania coraz liczniejszej i na wielką skalę powstającym zakładom znanymi pod nazwą »Okularyów« i piętnuje jako niegodne stanu lekarskiego postępowanie tych okulistów, którzy dają się do handlów tych angażować na płatnych funkcyonaryuszy. Mimo tego nie sądzi, żeby uchwała sekcji mogła zmienić ten stan rzeczy, który wymaga daleko idących reform w ustawodawstwie.

Postanowiono nie przedstawiać komisji zjazdowej żadnego wniosku w tej sprawie.

Majewski: *«Nowy refraktometr, demonstracja przyrządu, i objaśnienie metody badania».*

Przyrząd ten, służący do oznaczania refrakcji sposobem podmiotowym, oparty jest na zasadzie doświadczenia Scheinerow-

skiego. Oko badane spogląda przez trzy blisko siebie położone otworki w metalowej płycie na punkcikowaty obrazek płonienia lampy lub świecy, wytworzony przez silną, wypukłą soczewkę ruchomą i wraz z tą soczewką przesuwalną wzdłuż osi przyrządu. Oba boczne otworki opatrzone są z barwnych szkieł wyszlifowanymi cylindrami, które przekształcają obrazek jasnego punktu w dwie równoległe barwne linie świetlne. Otworek środkowy jest wolny i nie zmienia w niczem obrazka punktu świetlnego. Przed okiem badanem umieszczona jest stała druga soczewka wypukła i to w takiej odległości, że jej ognisko tylne przypada na przedni punkt ogniskowy oka, znajdujący się, jak wiadomo, około 14 mm przed środkiem rogówki. W miejscu zaś przedniego ogniska wspomnianej soczewki stałej znajduje się punkt zerowy podziałki, odpowiadający emmetropii. Jeśli tu umieścimy obrazek punktu świetlnego, wtedy dla oka miarowego obie barwne linie nakryją się i przetną się, jako jedna linia, ze środkowym punktem świecącym. Ażeby w przypadku myopii otrzymać taką samą fuzyę obrazu stenopeicznego, trzeba odpowiednio zbliżyć za pomocą soczewki ruchomej punkt świetlny ku badanemu oku i ku soczewce stałej. W tym też kierunku biegnie od zera podziałka, której stopnie odpowiadają dyoptryom myopii. W przeciwnym kierunku biegnie podziałka odpowiadająca hypermetropii. Przyrząd podaje refrakcyę tego przekroju gałki ocznej, który leży w linii prostej łączącej trzy otworki stenopeiczne. Płytkę z otworkami można jednakowoż okręcać i w ten sposób oznaczać refrakcyę kolejno w różnych południkach, a tem samem w danym razie określić rodzaj i stopień astygmatyzmu.

Wicherkiewicz zamykając obrady sekcji dziękuje obecnym za współdział.

Prof. Machek wyraża imieniem gości wdzięczność prof. Wicherkiewiczowi za podjęte trudy w sprawie przygotowania i organizacji prac sekcji okulistycznej. Następny zjazd prawdopodobnie nie będzie się mógł odbyć ani w Poznaniu, ani w Warszawie, a zatem odbędzie się niezawodnie we Lwowie, a jemu przypadną wtedy obowiązki gospodarza sekcji. Zaprasza zatem obecnych, aby na ten przyszedł Zjazd, jaknajliczniej z pracami naukowymi do Lwowa zjechali.

Zjazd Towarzystwa okulistów francuskich w Paryżu
od dnia 1-go do 4-go maja 1911 roku.

[Ref. K. W. Majewski].

Posiedzenie 1-sze. dnia 1-go maja 1911 roku.

Przewodniczący prof. Wicherkiewicz.

Rollet (Lyon). *Gruźlica dróg łzowych.*

Przedstawiając historyczny rozwój poglądów na istotę i leczenie gruźlicy dróg łzowych, omawia prelegent patogenезę i statystykę tego cierpienia. Występuje ono przeważnie u osobników obciążonych gruźlicą dziedziczną i okazujących najczęściej znamiona gruźlicy gruźlicowej, gruźlicy kości i stawów, lub conajmniej objawy skrofuleczne. Wedle doświadczenia autora, gruźlica dróg łzowych nie jest tak rzadką, jakby się to mogło wydawać z małej stosunkowo liczby ogłaszanych przypadków. Materiał lądunskiej kliniki ocznej wykazuje 8% gruźlicy wśród przypadków chorób przewodu nosolzowego. Przewaga jest po stronie płci żeńskiej (70%) i wieku młodocianego (przeciętnie 19-ty rok życia). Przeważnie cierpienie występuje jednostronnie. Obustronne zmiany widział w $\frac{1}{5}$ części przypadków. Zażycie gruźlicze przewodów łzowych występuje albo pierwotnie, bez udziału części sąsiednich powiek spojówki, skóry twarzy, nosa etc., albo następowo, a wtedy pierwotne ognisko znajduje się częstokroć w nosie, kościach oczodołu, a także pod postacią wilka skóry twarzy, lub spojówki. Pod względem obrazu klinicznego rozróżnia autor cztery odmienne postaci: Postać grzybiasta (*fungus*) bez skłonności do ropienia i do przebiecia. Druga postać, której głównym objawem jest łzawienie wywołane pierwotnem gruźliczem zwężeniem przewodu; trzecia postać znamionuje się ropieniem i rozstrzenią woreczka łzowego z objawami ropnia zimnego; wreszcie czwarta postać, w której występuje zserowacenie nacieków gruźliczych, powstawanie owrzodzeń, przetok, przyczem sprawa szerzy się zajmując tkankę okołoworeczkową, okostną i kości otaczające przewód nosolzowy. Oprócz tych wymienionych postaci zachodzą przypadki gruźliczej sprawy pierwotnej w otoczeniu woreczka łzowego, opisywane jako *abscessus frigidus praelacrimalis*.

Rozpoznanie może być postawione niejednokrotnie na podstawie samych tylko objawów klinicznych, we wielu jednak razach wymaga potwierdzenia sposobami laboratoryjnymi, między którymi

pierwszeństwo należy się bakterjologii, mianowicie metodzie szczepienia wyciętych cząstek zwierzętom, podczas gdy badanie histologiczne zazwyczaj nie dostarcza rozstrzygających wskazówek. Przy badaniu klinicznym należy wykluczyć zwyczajny śluzoropotok woreczka żowego, sprawy kilowe, ziarniniaki, nowotwory, promienicę, trąd, zajęcie okolicznych kości, zapalenie okostnej etc.

Rokowanie jest na ogół względnie korzystne. Sprawa miejscowa, mimo skłonności do nawrotów, daje się zazwyczaj doszczętnie wyleczyć, a następne powikłania ogólne należą raczej do wyjątków.

Co do leczenia pozostawia prolegent na boku wstrzykiwania tuberkuliny, wymagające jeszcze dalszych doświadczeń, a główny nacisk kładzie na leczenie miejscowe. Przestrzega przed zbyt energicznym przestrzykiwaniem i sondowaniem, bo mogą stąd powstać niebezpieczne zaostrzenia sprawy zapalnej. Najlepszy sposób leczenia stanowi, jego zdaniem, doszczętne wyluszczenie woreczka żowego, w razie potrzeby także wypalenie *termokauterem* pozostałych w otoczeniu nacieków gruczolanych.

Dyskusya:

Abadie (Paryż): uważa za stosowniejsze przed przystąpieniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego przeprowadzić odpowiednie zachowawcze leczenie miejscowe, a także ogólne. Zaleca wstrzykiwania oliwy jodoformowej albo gomenolowej. Wewnętrznie podaje jodogenol przez miesiące całe po 30 kropel dziennie. Chorych wysyła nad morze, zaleca gwajakolowe wcierania w piersi i spożywanie surowego mięsa.

Vacher (Orlean): Oddaje również pierwszeństwo, przed wyluszczeniem woreczka, przestrzykiwaniem tegoż zapomocą środków przeciwnilnych, stosowaniu wody utlenionej, kwasu chromowego, mlekowego etc. Radzi również zakładanie na stałe srebrnego zgłębnika dla utrzymania drożności przewodu żowego.

Lapersonne (Paryż): Radzi, zamiast rozróżniać pierwotną i następną grzlicę dróg żowych, dzielić przypadki na takie, w których zakażenie grzlicze przyszło do skutku w samym narządzie żowym i na takie, w których sprawa grzlicza z otoczenia *per continuitatem* przeszła na woreczek żowy. Jest za energicznym zniszczeniem i usunięciem wszelkich nacieków i równoczesnym przywróceniem drożności przewodu. Opisuje przypadek, w którym chora z grzliczą przeloką woreczka żowego przez ciągłe ocieranie łez przeniosła sobie grzlicę na palec.

Dianoux (Paryż): Widzi pewną sprzeczność w tem, że Rollet z jednej strony określa grzlicę dróg żowych, jako sprawę

łagodną, zdolną nawet do samoistnego wyleczenia, z drugiej zaś strony zaleca doszczętną operację chirurgiczną, jak przy nowotworach złośliwych Bardziej polecenia godnem jest leczenie więcej zachowawcze polegające na wyłyżeczkowaniu nacieków, pędzlowaniu nalewką jodową, albo roztworem nadmanganianu potasowego i zakładaniu sondy Webera.

Sulzer (Paryż): Zwraca uwagę na różne inne zakażenia, które towarzyszą gruźlicy dróg łzowych, lub też ją poprzedzają. Twierdzi on, że w większości przypadków gruźlica zaszczenia się i rozwija na terenie już poprzednio zakażonym przez gronkowce, paciorkowce, pneumokoki etc. Często też powstaje u osobników dotkniętych kiłą. W innych razach do gruźlicy woreczka łzowego dołącza się zakażenie ropne mieszane. Leczenie tych pierwotnych, towarzyszących, lub wtórnych zakażeń wpływa korzystnie na przebieg sprawy gruźliczej. Z tego względu przypomina Sulzer o wstrzykiwaniach surowicy przeciwigronkowcowej, podawaniu drożdży piwnych, o przestrzykiwaniach izotonicznym, wyjałowionym roztworem soli.

Wieherkiewicz (Kraków): Obecność grzybiastych wyrosli gruźliczych nacieków w woreczku łzowym zdradza się częstokroć przez to, że płyn wstrzykiwany nie przechodzi do nosa mimo, że grubsza nawet sonda nie napotyka oporu i daje się wprowadzić przebiegając z łatwością miękką tkankę gruźliczą. O ile gruźlica przyczyna cierpienia została stwierdzoną, uważa za wskazane wyłuszczenie woreczka łzowego i doszczętne usunięcie otaczających nacieków. Dobre wyniki uzyskał przez wstrzykiwania nowojodyny i uważa dalsze próby z tym środkiem za pożądane. Równie skuteczne są wstrzykiwania helolu wprost w nacieki gruźlicze, takie, których się operacyjnie nie chce lub nie może usunąć. W każdym przypadku gruźlicy dróg złowych wskazane jest leczenie ogólne wzmacniające.

Fage (Amiens). *O śluzoropotoku woreczka łzowego u noworodków.*

Zakażenie wychodzi zazwyczaj z worka spojówkowego, może jednak, jeśli przewód łzowy jest drożny, pochodzić z jamy nosa. W przeważnej części przypadki są lekkie i leczą się samoistnie, albo też przez przestrzykiwania i sondowanie. W cięższych przychodzi do powikłań, powstają ostre ropnie i przetoki. W etiologii cierpienia odgrywa rolę częstokroć kiła, gruźlica, a także uszkodzenia urazowe, zwłaszcza przy zakładaniu kleszczy porodowych.

Ostwalt (Paryż): *Stale drenowanie dróg złowych.*

Prelegent pokazuje narzędzia, których używa do stałego drenażu dróg łzowych, objaśnia sposób ich wprowadzania i podaje

znakomite wyniki, jakie zapomocą tej metody uzyskuje w przypadkach opierających się innym sposobom leczenia.

Aubaret (Bordeaux): *O zastosowaniu radiografii w rozpoznawaniu chorób dróg łzowych.*

Prelegent wstrzykiwał do przewodulżowego mieszaniny nieprzepuszczalnej dla promieni Röntgena, mianowicie minig, lub *bismuthum subnitricum* w połączeniu z wazeliną i parafiną. Objawów zatrucia nie potrzeba się przytem obawiać. Otrzymane następnie zdjęcia roentgenograficzne mogą posłużyć nietylko do bliższego poznania wewnętrznych stosunków woreczka i dróg łzowych *in vivo*, w stanie prawidłowym, ale także ułatwić poznanie zmian w stanach nieprawidłowych i osądzenie wpływu oraz skuteczności zabiegów leczniczych, tak konserwatywnych, jak i radykalnych.

Chevallereau (Paryż): *Chorioiditis disseminata exsudativa genitalnego pochodzenia.*

Opis czterech spostrzeżeń jednostronnego, rozsianego zapalenia naczyńki z pogorszeniami w okresach miesięcznych u kobiet cierpiących na zaburzenia regularności. Autor przypuszcza wpływ trujących wytworów ciałek żółtych.

Armaignac (Bordeaux): *Prawie całkowite, wrodzone zaśmienie obu rogówek u dwojga dzieci jednej rodziny.*

Zarówno wywiady, jak i badania w kierunku *lues* ujemne. Wejrzenie zaśmienia rogówkowych przemawia jednak za przebyłą w łonie matki *keratitis parenchymatosa diffusa*.

Posiedzenie 2-gie. dnia 2-go maja przedpoł.

Przewodniczący Bourgeois (Reims).

Gouin (Lozanna): *O nowym sposobie operacyjnym wydłużenia mięśnia,*

Prelegent zaleca modyfikację sposobu Landolta, przy której zakładanie skośnego szwu przez mięsień jest zbyt ciężkie i dlatego nie zachodzi obawa, żeby kierunek działania wydłużonego mięśnia miał ulec zmianie. Operacja ta ma zastąpić tenotomię w przypadkach, gdzie antepozycya antagonisty nie daje dostatecznego wyniku. Nadaje się zarówno do leczenia zezą towarzyszącego, jak i porażennego.

Motais (Angers): *O szwie poprzecznym w operacjach na mięśniach ocznych.*

Szew poprzeczny zapobiega rozluźnieniu nitki przewleczonych przez międzywłókienkowe *interstitia* ścięgna mięśniowego.

Molais zakłada pętlę przez ścięgno, obejmującą $\frac{2}{3}$ jego szerokości. Przednie końce nitki przeciąga przez tkankę przytwardówkową, wyprowadzając je naprzeciw przyczepu mięśnia w pobliżu brzegu rogówki. Teraz przecina ścięgno i pociąga je zapomocą pętli ku przodowi, poczem związuje nitki poprzecznie ponad końcem ścięgna.

Moreau (St. Etienne): *O wyjmowaniu zaćmy w torebce.*

Prelegent u 36 chorych wykonał operację zaćmy sposobem podanym przez majora Smitha, jednak uzyskał wyniki niezbyt zachęcające. W dwóch przypadkach przyszło do znacznej utraty ciała szklistego, a średnia bystrość wzroku obracała się około $\frac{1}{4}$ mimo, że Smith twierdzi, że doraźne wyniki optyczne po jego operacji mają być świetne. Moreau wskazuje na niski poziom kultury ludności wschodnio-indyjskiej, której do jej prymitywnych zajęć bardzo mierna poprawa wzroku z pewnością już wystarcza.

W dyskusji Vacher wyraża przekonanie, że wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce sposobem Smitha nie może zastąpić naszej powszechnie używanej metody operacyjnej, która jedynie zapewnia dobre, a nawet znakomite wyniki optyczne. Z tego też powodu nie odczuwa się potrzeby szukania i wprowadzania nowych metod, a zwłaszcza takich jak operacja wschodnio-indyjska, technicznie trudniejsza do wykonania, przedstawiająca większe niebezpieczeństwo powikłań, a dająca mniejsze widoki korzystnego wyniku.

Van Lint (Bruksela): *Operacja zaćmy z plastiką spojówkową.*

Ustalenie gałki zapomocą pęsety, którą chwyla się ścięgno mięśnia prostego dolnego, powieki zaś rozwiera się palcami. Okrojenie spojówki gałkowej dookoła dolnej połowy brzegu rogówkowego i podminowanie jej aż po pęsetę. Następnie przeprowadzenie szwów przez spojówkę, po obu stronach rogówki, tego rodzaju, żeby po wykonaniu ekstrakcyi zapomocą dolnego cięcia płatowego, ściągnięcie nitki przesunęło spojówkę ponad ranę, nad dolną część rogówki. W ciągu kilku dni następnych spojówka sama cofa się i odsłania całą rogówkę.

W dyskusji Kalf (Paryż) przypomina, że sam oddawna zakłada przy operacji zaćmy szew rogówkowy, przyczem operacja jest mniej skomplikowana i daje zupełnie zadawalniające wyniki.

Bourgeois (Reims): *O irydokapsulektomii.*

Operacja ta ma na celu stworzenie jak największego otworu w przypadkach zarośnięcia źrenicy przy braku soczewki. Zapomocą ostrej igły lancetowatej (*broad needle*) wchodzi się, w odległości 3—4 mm od dolnego brzegu rogówki, do przedniej komory i robi

się otwór w środku *membrana iridocapsularis* w postaci butoniery. Następnie przez ranę rogówkową wprowadza się płasko haczyk tępy Tyrela i zahaczając brzeg butoniery wydobywa się nim błonę na zewnątrz, odcinając tuż na brzegu tkanki rogówkowej nożyczkami Weckera możliwie największy z niej kawałek.

Vacher i Denis (Orlean): *Sposób uniknięcia niezamierzonej irydektomii podczas cięcia płatkowego.*

Jeżeli po wykonaniu punkcji i kontrapunkcji ciecz wodna przedwcześnie odpłynie i tęczówka nałoży się na ostrze noża, zalecają autorowie wyjąć nożyk, a w jego miejsce przez te same otwory od strony kontrapunkcji wprowadzić stylecik. Pod jego ochroną można z łatwością po ponownym wprowadzeniu nożyka dokończyć cięcia bez uszkodzenia tęczówki. Postępowanie to ma i tę zaletę, że wprowadzony stylecik równocześnie ustala wybornie gałkę oczną.

Lakali (Paryż): *O niektórych powikłaniach występujących po operacji zaćmy, jeśli przednia komora nie odrazu się odtwarza.*

W razie utworzenia się przedniego zrostu tęczówki, radzi prelegent odnowić cięcie i zrost haczykiem lub szpatułką rozzerwać.

Duclos (Paryż). *Badania nad florą bakteryjną spojówki w przebiegu operacji zaćmy.*

Badania bakteriologiczne wykonywane były przed operacją, przed i po wypłukaniu worka spojówkowego roztworem sinku rtęci $\frac{1}{4}\%$, a następnie w 3—5 dni, przy pierwszej zmianie opatrunku. Zawsze znajdowano gronkowca białego, po operacji zwykle w zwiększonej ilości. Obecność tego gronkowca w niczem nie wpływała na przebieg pooperacyjny. Poza tem spotykano prawie zawsze *bac. xerosis*, prątek Pfeiffera w jednym przypadku, *Morax Axenfelda* w 9 przypadkach, *pneumokoki* Fraenkla w 3 przypadkach. Wypłukanie sinkiem rtęci nie wyjąławia w zupełności worka spojówkowego, ale znacznie zmniejsza ilość bakterji. Najniebezpieczniejsze są *pneumokoki*, te bowiem głównie znajdowano w przypadkach poważniejszych zakażeń.

Jacqueman (Lyon). *Samoistne zwichnięcie obu przezroczystych soczewek do przedniej komory.*

U 32 letniego mężczyzny przyszło w przeciągu 2 miesięcy bez widocznego powodu najpierw na jednym, potem na drugim oku do zwichnięcia przezroczystej soczewki do przedniej komory. Na jednym oku przebieg był pomyślny, zaś na drugim przed wycięciem soczewki przyszło do następnej jaskry krwotocznej. Prelegent, który już dawniej znał chorego, stwierdził u niego drganie

tęczówki. Jako przyczynę zwiechnięcia uważa on wrodzone zwiotczenie więzadełka Zinna.

Dehenne i Bailliard (Paryż). *Przypadek wrodzonego, rodzinnego zwiechnięcia soczewki.*

Chodzi o rodzinę, której członkowie w kilku pokoleniach dotknięci są wrodzonym zwiechnięciem soczewek. Autorowie przypuszczają kiłę wrodzoną, która wywołuje w życiu płodowym pewne zmiany zapalne ciała rzęskowego, wywołujące ze swej strony zwiotczenie więzadełka Zinna i zwiechnięcie soczewki.

Lafon (Périgueux): *Zapalenie współczulne.*

Opis przypadku zapalenia współczulnego przebiegającego pod postacią *uveitis serosa* z zejściem pomyślnem po wyjęciu oka sympatyzującego.

Demets (Antwerpia): *Octan ołowiowy w leczeniu jaglicy.*

Autor stosuje na spojówkę odwróconych powiek pastę z octanu ołowiowego zarobionego z wodą, pozwalając jej działać przez dwie minuty, poczem wypłukuje worek spojówkowy wodą i poleca robić okłady z wody ołowiowej dla usunięcia objawów odczynu zapalnego. Jeśli się poprzednio zapuści kokainę, bolesność nie ma być wielka. Autor sposób ten uważa za szczególnie wskazany w przypadkach bujnych granulacji, które nie okazują skłonności do zbliznowacenia i tam gdzie niema jeszcze zmian w chrząstce. Stosowanie pasty powtarza nieraz kilkakrotnie, unikając jednak okresów zaostrzenia stanu zapalnego. Łuszczyca natomiast nie stanowi przeciwwskazania. Metoda ta ma dawać znakomite wyniki. Na 1500 leczonych w ten sposób chorych, tylko w 10 przypadkach powstały inkrustacje ołowiowe na rogówce.

Posiedzenie 3-cie. dnia 2-go maja popoł.

Przewodniczący Coppes (Bruksela).

Dufour (Nancy): *Równania dyoptryki ocznej.*

Prelegent przedstawia równania Gullstranda odnoszące się do dyoptryki ocznej i nie nadające się do rozbioru w krótkim streszczeniu. Teoretyczne te rozważania doprowadziły Gullstranda do wprowadzenia niektórych doniosłych ulepszeń technicznych w zakresie praktycznej okulistyki, jak n. p. sporządzanie t. zw. asferycznych szkieł dla operowanych na zaćmę i konstrukcyja wzierników ocznych wolnych od szkodliwych refleksów światła.

Coppes (Bruksela): *O powikłaniach afrykańskiej gorączki powrotnej.*

Afrykańska gorączka powrotna różni się od europejskiej tem, że pierwszy napad bywa bardzo lekki i nie trwa zwykle dłużej jak trzy dni, ale natomiast nawrotów bywa wiele, średnio 5—6. *Spirochaete Duttonii*, która chorobę wywołuje jest dwa razy dłuższa od *Spirochaete Obermeieri*. Najczęstszym powikłaniem ocznym afrykańskiego duru powrotnego jest występująca po ostatnim napadzie gorączki *iridochorioiditis*. Zdarzają się też zaćmienia ciała szklistego, a ze zmian czynnościowych, oprócz obniżenia bystrości wzroku, ubytki w polu widzenia. W jednym przypadku spostrzeganym przez prelegenta, powikłania oczne ustąpiły po przeprowadzeniu leczenia rtęciowego.

Domec (Dijon): *Zastosowanie steresolu w okulistyce.*

Prelegent stosował *steresol*, płyn przeciwnalny, zawierający alkohol i kwas karbolowy w przypadkach jaglicy, nieżytu wiosennego i urazowych wrzodów rogówki i uzyskał korzystne wyniki lecznicze.

Borsch (Paryż): *O całkowitem przeszczepieniu rogówki.*

Rogówkę psa wycina się *in toto* wraz z 5 mm paskiem spojówki gałkowej wokoło i wszywa w miejsce odciętej rogówki leukomalycznej u człowieka, ściągając ponad nią spojówkę gałki szwem torbkowatym.

Beltremieux (Roubaix): *Sclerectomia przy iridochorioiditis.*

We wielu schorzeniach oka, w których punktem wyjścia jest zastój żylny, wypróbował prelegent skuteczność dookoła-rogówkowych nacięć twardówki, lub nawet wycinania pasków z powierzchniowej warstwy twardówki. Ubytki w ten sposób wytworzone wypełnia tkanka łączna, gąbczasta, silnie unaczyniona, która ułatwia anastomozy między przewodem Schlemma, a naczyniami spojówkowymi. Dobre wyniki uzyskał autor tą metodą w przypadkach przewlekłej *iridochorioiditis*. Koniecznym jest jednak uzyskać od chorego zgodę na zabieg operacyjny już w samych początkach cierpienia.

Wicherkiewicz (Kraków): *O leczeniu mięszzowych zapaleń rogówki salvarsanem.*

W. dochodzi na podstawie przypadków zapalenia mięszzowego przez siebie leczonych do wniosku, iż salarwsan, który w rozmaitych schorzeniach przyrzędu wzrokowego okazuje się środkiem doskonałym, jest mniej skutecznym w powyżej oznaczonej chorobie rogówki.

Skutek jest jednak i tu winocznym zwłaszcza w postaciach umacynionych, gdyż po zastosowaniu tego środka światłowstręt, kurcz powiek, nastrzykanie spojówki zmniejsza się szybko, a także naczynia rogówkowe nika. W przypadkach zapalenia miąższowego, pozbawionego naczyń, rogówka wyjaśnia się po salwarsaniu szybko, ale tylko od obwodu, gdy na zmętnienie środka rogówki salwarsan nie posiada żadnego wpływu. Skutecznymi okazały się lak zastrzykiwania wśródzylne, jako też wśródmiążśniowe, ale i podskórne, zwłaszcza glicerynowe, nie bywają bezskuteczne.

W miąższowych zapaleniach rogówki salwarsan jest środkiem pomocniczym nie wykluczającym leczenia przetworami rzęciowymi wzgl. jodowemi obok leczenia miejscowego,

Teulières (Bordeaux): Przypadek *retinitis proliferans*, u młodej dziewczyny cierpiącej na *dysmenorrhoea* w następstwie krwotoku siatkówkowego.

Petit (Rouen): *Filaria Loa usadowiona pod spojówką.*

Prelegent miał sposobność spostrzegać rzadki w Europie przypadek tego pasożyta, którego wy dobył szczęśliwie drogą operacyjną. W *dyskusji* Morax podaje, że operował również taki przypadek dotąd jeszcze niepublikowany.

Chevalier (Mans): Przypadek *leucosarcoma chorioideae.*

Nawiązując do swego spostrzeżenia mięsaka okrągłokomórkowego u osoby 63 letniej, podnosi prelegent potrzebę wczesnego rozpoznania, które można oprzeć na stwierdzeniu nieruchomego oderwania siatkówki w miejscu częstokroć niezwykłym; na obecności podwójnej sieci naczyń, z których wierzchnie należą do siatkówki, a głębokie, nowowytworzone do nowotworu. Wezwanie występuje podniesienie ucisku wśródocznego, a gałka przybiera obraz amaurotycznego oka kociego.

Lagrange (Bordeaux): *O wartości sklerektomii z wycięciem obwodowego kawałka tęczówki* dla leczenia przewlekłej jaskry.

Prelegent ustala dla tej operacji następujące wskazania. Zbliżanie się do granicy pola widzenia do punktu środkowego, w którymto razie uważa *irydektomię* za niebezpieczną. Względnie wysokie napięcie gałki (T. + 1), które stwarza po prostej *sklerektomii* niebezpieczeństwo wypadnięcia tęczówki. *Sklerektomia* stwarza fistulizację oka, wycięcie zaś obwodowego kawałka tęczówki zapobiega jej wypadnięciu, zachowanie wreszcie *sfinκτηra* i wolnego brzegu źrenicy zapewnia działanie środkom zwężającym źrenicę.

Dyskusya:

Abadie (Paryż): Występuje gwałtownie przeciw wywodom prelegenta. Wierzy on jedynie w skuteczność *irydektomii* i twier-

dzi, że we wszystkich przypadkach, w których *L.* do swej *sklerektomii* dodaje choćby małe wycięcie leczówki, dobry skutek jest zasługą nie *sklerektomii*, lecz *irydektomii*. Dopóki Lagrange nie przedstawi chorych wyleczonych z jaskry zapomocą samego wycięcia twardówki bez równoczesnego wykonania *irydektomii*, tak długo on, Abadie, nie uwierzy w skuteczne działanie *sklereirydektomii*.

Wiherkiewicz: Uważa również *irydektomię* za najodpowiedniejszy i przy dobrym wykonaniu najmniej niebezpieczny zabieg. W niektórych przypadkach jednak należy wogóle wstrzymać się od wszelkiej operacyi. Przytacza spostrzeżenie, w którym jedno oko po *irydektomii* utraciło wzrok wskutek jaskry krwotocznej, wzrok zaś drugiego oka dał się przez przeciąg lat 10 utrzymać w jednakim stopniu tylko przez *miotica* i wykonywanie masażu. Dopiero potem wykonana na tem oku operacya w Berlinie pociągnęła za sobą zupełną utratę wzroku. W ostatnich 2 latach zastosował W. w około 50 przypadkach jaskry prostej, lub jaskry krwotocznej własne postępowanie operacyjne: *sclerotomia posterior superficialis multiplex*. W niektórych przypadkach trzeba było jednak uciec się wreszcie do *irydektomii*, w innych skutek operacyi był trwały.

Morax (Paryż): Staje w obronie *sklerektomii* i krytykuje stanowisko Abadiego, który nie wykonawszy ani razu operacyi Lagrange'a i nie mając co do niej żadnego osobistego doświadczenia stanowczo i arbitralnie ją potępia. Jedynie uzasadnionem z jego strony byłoby twierdzenie, że nie wie jaką wartość i czy jaką wartość *sklerektomia* posiada, ale nigdy, że nie posiada żadnej.

Parisotti (Rzym): *Badania doświadczalne nad patogenezę jaskry.*

Prelegent wywołał u królików za pomoca elektrolizy zarównoście obwodowego kącika przedniej komory i przestrzeni Fontana'y zbitą tkanką łączną. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym potem histologicznie stwierdzono obecność przetoki podspojówkowej, we wszystkich innych nastąpiło podwyższenie ucisku wśrodoecznego i zagłębienie tarczy. Wynika z tych doświadczeń, że przyczyną tych objawów jaskrowych jest zamknięcie kącika przedniej komory, a nie, jak twierdzą niektórzy, *iridocyklochorioiditis*.

Fromaget (Bordeaux): *Myopia urazowa wskutek przesunięcia soczewki ku przodowi.*

Prelegent opisuje dwa przypadki, w których po doznany urazie (raz cięcie biczera, a raz rana drążąca u tylnego bieguna gałki) przyszło do zwinięcia soczewki ku przodowi, wskutek czego przy zachowanej prawidłowej bystrości wzroku, refrakcya uległa zmianie, mianowicie, jak to jest rzeczą całkiem zrozumiałą,

pierwotna emmetropia przeszła w myopię. W obu przypadkach towarzyszyła zwieźnięciu soczewki znaczna hypotonia, która w pierwszym z nich spowodowała nawet pewnego rodzaju przyplaszczenie (*collapsus*) rogówki. Następstwem tego było, że mimo, iż soczewka pozostała w swem nowem położeniu, przypierając łączówkę prawie do samej rogówki, to jednak myopia urazowa ($-3,5 D$) znikła ustępując miejsca nieznacznej hypermetropii ($+1,5 D$). W drugim przypadku, gdy rana w tyle gałki ocznej się zamknęła, przednia komora natychmiast się pogłębiła i zwieźnięta soczewka wróciła na swoje miejsce. Przez to samo znikła myopia urazowa ($-4,0 D$) i oko uzyskało refrakcyę miarową. Do spostrzeżeń tych nawiązuje Fromaget obliczenie, że przesunięciu soczewki o 1 mm, 2 mm, 3 mm ku przodowi odpowiadać powinna myopia 4,0 D, 4,6 D i 5,5 D, pod warunkiem, że pierwotna refrakcyja jest miarowa i że akomodacya, i przyjmując, że tylne ognisko oka leży 22,8 mm poza środkiem rogówki.

Dyskusya:

Parent (Paryż): Kwestyonuje dokładność liczb i danych, na których Fromaget opiera swe obliczenia.

Majewski (Kraków): Miał sposobność z. r. spostrzegać zupełnie analogiczny przypadek, jeszcze ciekawszy o tyle, że myopia spowodowana zwieźnięciem soczewki ku przodowi wskutek tępego urazu wyrównała prawie dokładnie istniejącą poprzednio hypermetropię 4,0 D, przy zachowanej pełnej bystrości wzroku. Chora po ustąpieniu objawów jaskry następowej (dzięki pilokarpinie) ze zdumieniem spostrzegła, że okiem uszkodzonym widzi w dal i z bliska nieporównanie lepiej niż przed urazem, a zarazem o wiele lepiej niż drugim okiem, które ma tak samo jak oko słuźzone 4,0 D hypermetropii. Nie chciała ona uwierzyć, że tę poprawę zawdzięcza nie zapuszczanym kroplom, lecz doznanemu urazowi. Ta poprawa wzroku utrzymuje się dotąd (już blisko rok), refrakcyja ulega nieznacznym oscylacyom koło emmetropii, zależnie od porużeń zwieźniętej soczewki*).

Brunetière (Bordeaux): *Uwagi co do miejscowego znieczulenia przy enukleacyi.*

Prelegent poleca wstrzykiwania mieszaniny kokainy, eukainy i adrenaliny w okolicę przyczepów czterech mięśni prostych i poza gałkę oczną.

Dyskusya:

Vacher (Orlean): Zwraca uwagę, że *maximum* znieczulenia

*) Przypadek ogłoszony w „Nowinach Lekarskich” 1910. Nr. 12.

po zapuszczeniu, lub zastrzyknięciu kokainy występuje dopiero po upływie 12 minut. Kto o tem nie pamięta i rozpoczyna operację wcześniej, naraża chorego na ból niepotrzebny i nie wyzyskuje w całej pełni znieczulenia kokainowego.

Wicherkiewicz: Posługuje się metodą polecaną przez Brunetièra, ale do wstrzykiwań używa nowokainy z adrenaliną. Tego sposobu znieczulania używa również przy *tenotomii* czterech mięśni prostych, którą to operację wykonywa przy *phthisis bulbi dolorosa*, tak w celu zapobieżenia zapaleniu współzależnemu, jako też zarazem w celu kosmetycznym. Wstrzykiwania w mowie będące nie usuwają jednak bolesności w chwili przecinania nerwów rzęskowych.

Golesceano (Paryż): *Niezwykłe trudności przy doborze szkieleł u dzieci.*

Uwagi praktyczne i statystyczne zestawienia wyników badania wzroku i refrakcyi u dzieci i młodzieży niektórych szkół paryskich.

Posiedzenie 4-te. dnia 3 maja przedpoł.

Przewodniczący Parent (Paryż).

Mawas (Lyon). *Rzęskowa część siatkówki i jej rola w wydzielaniu cieczy wodnej i patogenezie zaćm.*

Prelegent podaje wyniki swych badań histologicznych części rzęskowej siatkówki. Budowa anatomiczna i własności histo-chemiczne komórek tej okolicy siatkówki wskazują, że stanowi ona organ wydzielający ciecz wodną. Wynika z tego, że ciecz wodna nie może być uważana za płyn równoznaczny z limfą, lecz za wydzielinę przybłonka rzęskowego. Stąd każde uszkodzenie tego przybłonka zmienia skład chemiczny i fizyologiczne własności tej cieczy, a tem samem wpływa niekorzystnie na odżywienie soczewki. Prelegent zwraca uwagę na zmiany spotykane częstokroć w oczach ludzkich dotkniętych zaćmą starczą, a także u zwierząt w przypadkach zaćmy samoistnej, lub wywołanej doświadczalnie przez zatrucie naftaliną. Zmiany te występują w zakresie rzęskowej części siatkówki, której przybłonek w najlżejszych przypadkach okazuje tylko wakuole, w najcięższych zaś ulega miejscami zupełnemu obumarciu.

Bonnefon i Lacoste (Bordeaux): *Doświadczalne badania nad plastyką rogówki.*

W przebiegu niepomysłnych prób plastyki rogówkowej, przy czem stale odpadały płatki przeszczepione, zauważyli prelegenci, że część rogówki została po usunięciu warstw powierzchownych, aż

prawie po błonę Descemeta, zachowywała swą przezroczystość, a ubytek w ciągu kilku tygodni wypełniał się nową tkanką, zupełnie przezroczystą i pokrywał gładkim, lśniąącym przybłonkiem, tak, że potem śladu na rogówce nie można było dostrzedz po wycięciu tkanki. Wobec tego skierowali dalsze swe doświadczenia wyłącznie ku badaniu tej sprawy regeneracyjnej. W 40% operacji dokonanych na królikach przyszło w przeciągu miesiąca do zupełnej regeneracji przezroczystej tkanki rogówkowej. W 50% przypadków regeneracja była prawie zupełna przy ledwie dostrzegalnym zaćmieniu. Wreszcie w 10% przypadków ubytek wypełnił się tkanką nieprzezroczystą.

Dyskusya:

Dor (Lyon): Przypomina sposób keratoplastyki przez Löhleina, który polega na wycięciu przez całą wysokość rogówki pionowego paska powierzchownych warstw i wszczepieniu w jego miejsce takiegoż samego paska rogówki wyciętego z oka królikaz z dwoma płaszcami spojówki gałki wykrojonymi powyżej i poniżej rogówki. Przeszczepiony płat przymocowuje się górną i dolną za pomocą szwów spojówkowych.

Jocqs (Paryż): Podnosi wielkie znaczenie wyników, jakie prelegenci w swych doświadczeniach uzyskali co do regeneracji tkanki rogówkowej, ale zwraca uwagę, że operowali oni rogówki pierwotnie zupełnie przezroczyste, gdy w praktyce zawsze chodzić będzie o usunięcie, względnie zastąpienie rogówki zaćmionej. Sprawy *keratoplastyki* wtedy dopiero będziemy mogli uważać za szczęśliwie rozwiązana, gdy nam któryś operator w środku bielma rogówkowego pokaże czy to na drodze plastycznej, czy to na drodze regeneracji wytworzone piękne przezroczyste okienko, nie ulegające już więcej powtórnemu zaćmieniu.

Magitot (Paryż): *O możliwości przechowywania niektórych wyciętych części oka poza ustrojem w stanie życia zwolnionego. (Z przedstawieniem preparatów i projekcji).*

Prelegentowi udało się wyłuszczone gałki oczne przez przeciąg dwóch tygodni konserwować przy zachowanej przezroczystości środków łamiących i jest prawdopodobnem, że da się uzyskać jeszcze dłuższy okres takiej konserwacji przez częstsze zmienianie płynu (surowicy hemolizowanej), w którym przechowuje on gałki w ciepocie +6 do +8° C. Zapomocą podrażnienia prądem przerywanym można w tak przechowywanem oku wywołać rozszerzenie źrenicy. Można się również przekonać o żywotności rogówki, wycinając z niej kawałki i przeszczepiając takowe na oko królika. Kawałki te przyjmują się i zachowują zupełną przezroczystość.

Dupuy-Dutemps (Paryż): *O przebiegu skrzyżowanych i nieskrzyżowanych włókien w nerwie wzrokowym.*

Przedstawienie preparatów mikroscopowych z przypadku, w którym *Tractus opticus dexter* został przez nowotwór zupełnie zniszczony.

Chailioux (Nantes): *Dermoepithelioma Parinaudi.*

U 46-letniego mężczyzny wytworzył się rzekomo po doznanym urazie na spojówce gałki na wewnątrz od rogówki guzek, w którym, po wycięciu, znaleziono utkanie okazujące znamiona opisane przez Parinauda w przypadkach *dermoepithelioma*. Równocześnie w odpowiadającym miejscu znajdował się guzek w górnej powiece, który histologicznie okazał się gruczolakiem wychodzącym z gruczołu Meiboma. Prelegent utworom tym przypisuje charakter złośliwy i twierdzi, że należy je wcześnie i doszczętnie usuwać.

Eleutheriades (Smyrna): *»Tarsoplethisis combinée«, operacja przeciw podwinięciu powieki i wzrostowi rzesz na tle jaglicy.* Modyfikacja sposobu operacyjnego Panasa.

Terson (Paryż): *Złośliwa postać schorzenia rogówki na tle kłty dziedzicznej, wyleczona zastrzykiwaniem kalomelu.*

Prelegent opisuje przypadek, w którym u osobnika dotkniętego kłtą wrodzoną przyszło na obu oczach do ciężkiego miąższowego zapalenia rogówki z żółtawymi ogniskami rozmięczynowymi, które wyglądały jak kilaki. Leczenie swoiste wewnętrzne i wstrzykiwania rozpuszczalnych preparatów rtęciowych pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Dopiero miąższowe wstrzykiwania kalomelu spowodowały szybkie wyleczenie i zmieniły odczyn Wassermana z dodatniego na ujemny.

Aubineau i Civel (Brest): *Guz w powiece i porażenie nerwu odwodzącego w przypadku choroby Recklinghausen'a.*

Prelegenci opisują przypadek choroby Recklinghausen'a u osobnika 33-letniego słabo pod względem umysłowym rozwiniętego. Na skórze piersi, brzucha, grzbietu liczne znamiona barwikowe i blisko 60 małych, twardych, okrągławych guzków usadowionych częścią w skórze, częścią podskórze. W powiece górnej lewej duży guz miękki, wreszcie porażenie nerwu odwodzącego i podjęzykowego. Histologicznie okazały się tak skórne guzki jak i powiekowy włókniakami, które wychodziły z otoczenia nerwów mniej lub więcej zmienionych gruczołów skórnych. Usunięcie guza powiekowego było utrudnione i powiodło się tylko częściowo.

Terrien (Paryż): *Znaczenie urazu dla powstawania miąższowego zapalenia rogówki.*

Na podstawie 92 w tym kierunku badanych przypadków, zaczerpniętych z literatury i z własnej praktyki, w których zapa-

lenie mięszkowe rogówki odnoszono do urazu, dochodzi prelegent, na podstawie krytycznego rozbioru wszelkich w grę tutaj wchodzących okoliczności, do wniosku, że wyjątkowo tylko można przyznać urazowi rzeczywiste znaczenie czynnika etyologicznego. Jeśli nacieczenie mięszkowe zaczyna się ściśle w miejscu, w którym rogówka doznała uszkodzenia i to albo bezpośrednio, albo najpóźniej w kilka dni po urazie, rozwija się szybko i sprawa ogranicza się do jednego oka, wtedy mamy wystarczającą podstawę uważać uraz za przyczynę wywołującą zapalenie mięszkowe.

Gabrielides (Konstantynopol): *Srebrzyca spojówki gałki i skóry.*

Opis dwóch przypadków ogólnej srebrzycy skóry, jeden w następstwie podskórnych wstrzykiwań przetworów srebrowych, drugi wskutek zapuszczenia soli srebrowych do worka spojówkowego.

Posiedzenie 5-te. dnia 4 maja rano.

Przewodniczący Parisotti (Rzym).

Morax, Lindner i Pollack: *Badania doświadczalne nad nierzęączkowem zapaleniem ropnem spojówek u noworodków.*

Antorowie badali bakteryologicznie i mikroskopowo wydzielinę z 25 przypadków śluzoropotoku noworodków. W pięciu przypadkach wykazali obecność gonokoków. W liczbie pozostałych, w których gonokoków nie było, w dziesięciu przypadkach wykazali w komórkach charakterystyczne wtręty. Z czterech przeszczepień na małpy trzy się przyjęły. Dalsze przeszczepienia dawały objawy zapalne o różnym nasileniu, ale zawsze z wyraźnymi wtrętami w komórkach.

Armaignac (Bordeaux): *O prostym sposobie sondowania dróg łzowych nawet w przypadkach wybitnego zwężenia.*

Prelegent przyznaje się do wielkiego konserwatyzmu na punkcie leczenia chorób dróg łzowych. Od lat przeszło trzydziestu nie rozciął ani jednego kanalika łzowego, ani nawet nie rozszerzył na krwawo żadnego punktu łzowego. Mimo tego uzyskuje nawet w wyjątkowo uporczywych przypadkach dobre wyniki lecznicze. Jest stanowczym zwolennikiem sondowania, ale zamiast sześciu numerów sond Bowmana, kazał sporządzić 10 numerów sond z główkami na końcu, których użycie ułatwia stopniowe rozszerzanie bardzo nawet zwężonych przewodów. Przed wprowadzeniem sondy wstrzykuje do kanału kilka kropel wyjałowionej oliwy i samą sondę macza w takiejże oliwie.

Moreau (St. Etienne): *Wyleczenie ślepego od urodzenia.*

Po operacji obustronnej zaćmy wrodzonej u 8-letniego chłopca

przeprowadził prelegent wobec znacznego stopnia niedowidzenia »*ex anopsia*« systematyczną edukację wzroku i to z dużem powodzeniem. Praca autora stanowi ciekawe studium fizyologiczne i zawiera wielką liczbę ważnych spostrzeżeń rzucających nowe światło na istotę i rozwój wrażeń wzrokowych.

De Mets (Antwerpia). *Leczenie zakaźnych spraw rogówki za pomocą nalewki jodowej.*

Prelegent podnosi wielkie znaczenie i szerokie zastosowanie, jakie zdobyła sobie jodyna w wielkiej i w małej chirurgii. Również w okulistyce oddaje ona dobre usługi, szczególnie w leczeniu ropnych zakaźnych zapaleń rogówki. Rozchyła on powieki za pomocą rozwórki, znieczula rogówkę kokainą i dotyka powierzchnię owrzodzeń pateczką szklaną, zmaczaną w gęsto płynnej nalewce jodowej. Wyniki są bardzo korzystne.

Dyskusya :

Armaignac: Zapatruje się bardzo sceptycznie na wartość wszystkich dotychczas przeciw wrzodom rogówki polecanych środków. Są owrzodzenia, które goją się przy użyciu łagodnych, a nawet obojętnych środków, ale zdarzają się i takie, wobec których jesteśmy zupełnie bezbronni, nie mogąc żadnym sposobem leczenia powstrzymać nieubłaganych postępów niszczącej sprawy zakaźnej.

Wicherkiewicz: Do niedawna używał jako względnie najpewniej i najkorzystniej działającego sposobu podanego przez siebie skombinowanego użycia *dioniny* i *pyoktaniiny* (2‰). W ostatnich czasach przekonał się, że jeszcze lepsze wyniki daje nowojodyna zmieszana ze sproszkowanym cukrem w stosunku 1 : 10. Nie odmawia też wartości leczniczej w pewnych przypadkach ostrożnie stosowanej nalewce jodowej.

Domec (Dijon): *Nowy stereoskop. (Stéréoscope à coulisses).*

Prelegent przedstawia podaną przez siebie modyfikację stereoskopu Pigeona. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w leczeniu zęza towarzyszącego i niedomogi mięśni ocznych zewnętrznych.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Marri habilit. się we Florencyi.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. J. Michel dyr. uniw. klin. w Berlinie w 68 r. życia.

Dr A. Hubell były prof. okulistyki i otoiologii w Buffalo.

Prof. Reymond w Turynie.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHĘKA, PROF. SZULIŚLAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Październik.

→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków łamiących światło.

Podał

Dr med. BRONISŁAW ZIEMIŃSKI,

ordynator Instytutu oftalmicznego w Warszawie.

Skoro środki oka tak się zaćmiły, że na siatkówce nie mogą powstawać obrazy przedmiotów ze świata zewnętrznego, gdy zatem wzernikowanie staje się niemożliwem — jak to bywa przy *Leucoma corneae*, *Occlusio pupillae*, *Cataracta*, *Haemorrhagia profusa corp. vitrei* — to nieraz zachodzą trudności poważne, jeśli chcemy się przekonać, czy i o ile części narządu wzroku czułe na światło prawidłowo się zachowują.

Już w drugiej połowie 16-go stulecia Jerzy Bartisch z Königsbrück pod Dreznem — ów chirurg niemiecki, który pierwszy w Niemczech zaczął naukowo traktować okulistykę — pisze w swem dziele klasycznym »Augendienst« (r. 1583),

że o ile chory, dotknięty zaćmą, twierdzi, że nie doznawał bólów głowy ani oka, a przytem oko zaćmione odczuwa światło, to rokowanie jest pomyślne, co do przywrócenia wzroku. W połowie 18-o stulecia słynny St.—Yves zwrócił uwagę, że, przy rokowaniu wobec zaćmy, należy przedewszystkiem baczyć na ruchomość tęczówki. Zgadza się na to i współczesny mu Maître Jean, dodaje jednak, że operował z wynikiem pomyślnym zaćmy w oczach o nieruchomej źrenicy, nawet gdy ta nieruchomość nie była następstwem tylnego zrostu tęczówki.

Aż do połowy 19-go stulecia klinicyści tej miary, co Demours, Beer, Middlemore, Mackenzie, Himly, Arlt zgodnie głoszą, że, gdy oko zachowało czucie świetlne odpowiednie do zapory optycznej, która w niem powstała i gdy przytem źrenica dobrze oddziaływa na światło, to części narządu wzroku czule na światło, prawdopodobnie nie doznały upośledzenia, natomiast utrata tych czynności z jeszcze większem prawdopodobieństwem przemawia za schorzeniem odpowiednich części tego narządu.

Dopiero Albrecht von Graefe i jego uczniowie posunęli znacznie naprzód sprawę badania czynności oka przy zaćmieniu jego środków łamiących i doprowadzili owo badanie do tego stopnia rozwoju, na jakim niemal dotąd stoimy.

To badanie obecnie uskuteczniamy w ciemnym pokoju za pomocą lampy gazowej czy też elektrycznej (lub płomienia świeczki woskowej, albo stearynowej czy lampy naftowej).

Wtedy, chcąc wykazać, o ile oko jest czule na światło, polecamy choremu, który zasiadł przed płomieniem światła, aby nieruchomie przed się patrząc, oznaczył, przy jakiej sile płomienia odczuwa blask światła lub czy odczuwa różnicę, gdy na przemian zasłaniamy ręką i odsłaniamy płomień. W tych warunkach badania odróżniamy czułość świetlną okolicy plamki żółtej przy najmniejszej, przy średniej i przy większej sile płomienia (gazu — wreszcie świeczki czy lampy elektrycznej lub naftowej), albo wykazujemy zupełną ślepotę (*Amaurosis*).

Mówimy, że »czynność oka« jest »dostateczna«, gdy odczuwa światło przy najmniejszym płomieniu. Jest to taki stopień jasności, przy którym badacz zaledwie jeszcze poznaje cień swej ręki na twarzy pacjenta.

Następnie, chcąc się przekonać, jak się zachowuje władza czucia świetlnego części obwodowych siatkówki, badamy zdolność rzutowania (projekeji) czuć świetlnych a to w ten sposób, że światło płomienia, odbite od zwierciadła ocznego płaskiego, wreszcie wklęsłego, kierujemy z różnych stron (przynajmniej z góry, z dołu, od skroni i od nosa), a chory, zawsze nieruchomie wprost przed się patrząc, powinien za każdym razem ściśle wskazać kierunek rzutu światła. Oko, które nie podlega badaniu, powinno być szczelnie zasłonięte.

Należy baczyć, aby promieniowanie ciepła i szmer, wywołany przez ruchy badacza, nie ułatwiały choremu orientowania się. Skoro w ten sposób nie osiąga się wyniku pewnego, to przesuujemy płomień świeczki w polu widzenia w różnych kierunkach, przytem osoba badana powinna oznaczyć każdorazową zmianę położenia świeczki. Aby badany nie mógł wnioskować z przesuwania świeczki, skąd światło dochodzi, zasłaniamy płomień świecy, gdy ją przesuujemy z jednego położenia w drugie.

Można też uzupełnić badanie i w ten sposób, że, zasłoniwszy jedno oko, trzymamy w odległości $\frac{1}{2}$ m. przed pacjentem dwie płonące świeczki, jedną tuż obok drugiej, tak blisko, aby się zlały w jedno wrażenie świetlne. Potem oddalamy obie świeczki i określamy, o ile trzeba je oddalić od siebie, aby wywołały dwa odrębne wrażenia świetlne. Wreszcie zbliżamy obie świeczki i określamy wzajemną ich odległość, przy której oba wrażenia świetlne zlewają się w jedno.

Nakoniec można, po szczelnem zasłonięciu jednego oka, przybliżyć do drugiego arkusze papieru, mocno zabarwione (zielone, czerwone), bacząc, aby światło dobrze na nie padało, a to, aby się przekonać, czy oko badane wskazaną mu barwę dokładnie za każdym razem odczuwa. Jeżeli odróżnia

barwę zieloną i czerwoną, to prawdopodobnie niema poważniejszych zmian chorobnych w nerwie wzrokowym.

Lecz wynik ujemny tego badania niekoniecznie dowodzi, że dno oka jest chore, gdyż zaćmienie środków przez właściwe sobie zabarwienie może uniemożliwić trafne odróżnienie barwy mu wskazanej.

U małych dzieci musimy poprzestać na badaniu odruchu żrenicznego: jeżeli, po zasłonięciu drugiego oka, ruchy tęczówki w oku badanem są zwinne i szybkie, to można, np., wobec zaćmy, spodziewać się, że operacya da wynik pomyślny.

Aczkolwiek w większości przypadków powyższe metody badania pozwalają rokować o stanie dna oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków, jednak w szeregu licznych przypadków nieraz się zdarza, że te metody zawodzą i dają wyniki mylne; spotyka się bowiem przypadki, w których, mimo wyraźnie upośledzonych czynności oka nie zaszło poważne schorzenie tych części jego, które odczuwają światło, skądnąd zaś się zdarza, że, mimo zupełnie dobrego stanu czynności oka, mogą tkwić poważne zmiany na dnie ocznem. Tylko zupełny zanik czucia świetlnego, tylko zupełna ślepotą dowodzi, że stan oka jest beznadziejny; natomiast, gdy chory odczuwa tylko światło większego płomienia lub gdy mylnie rzutuje (mylna projekeya) światło w jednym lub w kilku kierunkach, nie zawsze ma się prawo do twierdzenia, że części oka czułe na światło są poważnie uszkodzone.

Dawno już wiadomo, że przy obfitym wylewie krwi do ciała szklistego i przy zaćmach zastarzałych czucie świetlne bywa znacznie przytępione, a z czasem można się przekonać, iż w częściach oka czułych na światło nie zaszły trwałe zmiany poważniejsze.

Schirmer — (Graefe-Saemisch. Handbuch der Augenheilkunde, t. VI), spostrzegał toż samo w wielu innych cierpieniach ocznych, wielokrotnie ponawiając badanie u osób inteligentnych. Schirmer spotykał to, np., przy *Leucoma adhaerens centrale cum Cataracta*, przy stłuczeniach z obfitym wylewem krwi do komórki przedniej, a szczególnie

przy urazowych sprawach zapalnych przedniego odcinka gałki, dalej przy *Hypopyonkeratitis* i przy *Iridocyclitis fibrinosa*. W tych przypadkach, po ustąpieniu objawów zapalnych lub po usunięciu zapory optycznej, nieraz udaje się przywrócić zupełnie dobrą siłę widzenia.

Natomiast zdarzają się przypadki, w których, gdy, przy zupełnie dobrze zachowanym rzutowaniu światła, udatnie wydobyto zaćmę, wynik operacyi nie okazał się pożądanym, a to z powodu obecności zmian zapalnych lub starczych w okolicy plamki żółtej lub z powodu poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego, kiedy pole widzenia jeszcze nie doznało znacznieszego upośledzenia.

Spostrzeżenia własne, które niżej podaję, zebrane w ciągu szeregu lat w moim oddziale — w Warszawskim Instytucie Oftalmicznym — oraz w praktyce prywatnej, poniekąd zobrazują twierdzenia powyższe.

1) M. W., l. w. 35, zamężna, zgłosiła się do mnie po raz pierwszy 10. I. 1890. Rozpoznanie: *Myopia o. d. — 5,50D oc. sinistri 7,0D. Visus o. d. $\frac{6}{24}$; o. sin. $\frac{6}{9}$, opacitates corp. vitrei o. utr. Amotio retinae in parte inferiori bulbi dextri. 7. X. 1906. W oku prawem: *Cataracta matura, Amaurosis, (Amotio retinae)*. W oku lewem: od kilku lat wzrok stopniowo słabnie, obecnie chora odróżnia tylko światło od ciemności, bólów oczu nigdy nie doznawała; zewnętrznie oko wygląda prawidłowo, przednia komora dosyć płytka. Źrenica (lewa) słabo oddziaływa na światło. *Cataracta maturescens*. Przy prześwietlaniu niema odbłasku czerwonego z dna oka.*

Wobec wywiadów i słabego oddziaływania źrenicy zachodzi prawdopodobieństwo oderwania siatkówki w oku lewem, chociaż badanie staranne wykazało, że rzutowanie (projekcyja) światła, nawet przy małym płomieniu gazowym, jest prawidłowe.

15. X. 1906. Uprzedziwszy chorą, że rokowanie jest niepomyślne, wykonałem *Extractio cataractae o. sinistri cum iridectonia*. Przebieg operacyi i doleczenia był prawidłowy.

3. XI. 1906. Badanie: Kilka cieńkich zrostów tylnych

tęczówki lewej. Męty ruchome w ciałku szlistem. Oderwanie siatkówki w dolnej części obwodu dna oka. Przez soczewkę sph. \pm 8 D chora liczy palce w odległości 4 metrów.

2) A. S., zamężna, ma 55 lat wieku. Twierdzi, że odkąd pamięta, była krótkowidzem; od lat kilkunastu znacznie gorzej zaczęła widzieć o zmierzchu, od lat kilku i za dnia, od lat 3 ociemniała na oko prawe. Badanie d. 3. III. 1901 wykazało zaćmienie obu soczewek; przy wzernikowaniu nie dostrzega się odbłasku czerwonego od dna oka. O. prawem nie odróżnia ruchów ręki, pozostało tylko uczucie światła przy większym płomieniu gazowym, rzutowanie światła zupełnie mylne.

O. lewem: odróżnia ruchy ręki. Uczucie światła przy najmniejszym płomieniu gazowym dobre, rzutowanie prawidłowe, ale przytem chora przez czas dłuższy się rozgląda, zanim da odpowiedź trafną.

10. III. 1901. *Extractio cataractae o. sin. c. iridectomy.* Badanie 25. III. 1901: wygląd oka prawidłowy. Liczne ogniska zanikowe w naczyniówce, obficie rozlane po całym dnie oka. Przez soczewkę sph. \pm 10 D liczy palce na 2 m.

3) J. N., 12 l. wieku. Zgłosiła się 4. V. 1898. Matka jej twierdzi, że przed kilku godzinami dziecko trzymając nożyczki w rękę, biegło po pokoju i potknąwszy się, rozcięło sobie oko lewe.

Badanie: prawe oko zdrowe. Lewe oko: dokoła rogówki nastrzyknięcie naczyń spojówki gałki i naczyń rzęskowych. Rogówka rozcięta podłużnie od dołu ku górze, na całej rozciągłości, niemal ściśle odpowiednio do południka pionowego. Przednia komora płytka, wypełniona krwią.

Ranę całkowicie powleka wypadła część tęczówki, która ma barwę prawidłową. Soczewki nie widać. Gałka miękka. Uczucie światła zachowało się, ale tylko przy dużym płomieniu gazowym. Rzutowanie mylne.

Tego dnia po odcięciu wypadłego płatka tęczówki, ranę zeszyłem w 2 miejscach. Po 48 godzinach (6. V.) zdjęto opaskę. Nastrzyknięcie mniejsze, obrzęku spojówki gałkowej niema.

Krew w przedniej komorze się wessała, rana się zasklepiła. W okolicy szwów lekki naciek. Barwa tęczówki nieco zmieniona. Szwy usunięto.

Po 6 dniach (12. V) nastrzyknięcie dokoła rogówki bardzo słabe. Nacieczenie rogówki znikło. Barwa właściwa tęczówki wraca. Wziernikiem dostrzega się odbłask czerwony z wnętrza oka. Dziecko liczy palce na 2 m.

W ciągu następnych 10 dni (22. V.), pod opaską i maścią atropinową, objawy zapalne stopniowo ustępują. Rana dobrze zamknięta, tęczówka w paru miejscach jest z nią sklejoną. Męty ruchome w ciałku szklistem. Po upływie dalszych 8 dni (30. V.) pozostał tylko niewielki przyczep przedni w dolnej części rany i kilka zrostów tylnych. Po 3 tygodniach (20. VI.) gałka jest niepodrażniona. Mętów w ciałku szklistem nie widać. Dno oka prawidłowe.

Przez soczewkę sph. $-10D$ chora liczy palce na 6 m.

3) A. B., lat 10, przed 8 dniami została uderzona w oko prawe bryłą błota zmarzłego.

Badanie 19. XII. 1895. Oko prawe: W zewnętrznodolnej ćwiartce rogówki znaczny ubytek z naciekiem ropnym, nagromadzenie ropy w komórce przedniej, ciecz wodna mętna, komórka płytka. W polu źrenicznym wysięk szaro-żółty, źrenica wązka, barwa tęczówki zmieniona, brudna. Uczucie światła zachowało się, ale dopiero przy większym płomieniu gazowym się stwierdza. Rzutowanie mylne. — Oko lewe zdrowe i prawidłowo czynne.

Hypopyonkeratitis oc. dextræ, leczone za pomocą przyżegań Trjodi oraz maści kseroformowej z atropiną, stopniowo się zmniejszyło, pozostała blizna w rogówce i liczne zrosty tylne tęczówki. Po 6-iu tygodniach oko prawe mylnie rzutuje. Po dalszych 4 tygodniach nastąpiło znaczne wessanie zaćmionej soczewki.

$$W \frac{o. \text{prawego (ze sph.} + 12D) > 1/3}{o. \text{lewego} = 1.}$$

W dwa lata po tem *iridectomia et dilaceratio* dały wynik pożądaný — W. o. prawego (ze sph. $+ 12D$, $> 1/3$).

5) J. A., 39 lat, oddawna miała skłonność do łzawienia i czerwienienia się oczu. Przed 3 dniami ukuła się gałązką krzaku agrestowego w oko lewe.

Badanie 7. IX. 1902: *Blennorrhoea sacci lacrymalis utr. Hypopyonkeratitis o. sinistri (Ulcus paracentrale corneae + Iritis*. Trzecia część przedniej komory wypełniona ropą. Ciecz wodna bardzo mętna. Tkliwość na dotyk c. rzęskowego znaczna.

W. o. prawego = 1; okiem lewym odczuwa światło nawet najmniejszego płomienia gazowego, dobrze je rzutuje (*projectio bona*). Mimo leczenia sprawa zakaźna czyni szybkie postępy tak, że 9. IX. ropa zajęła już prawie połowę komórki przedniej. Oko lewe odczuwa wprawdzie światło, ale dopiero większego płomienia gazowego, natomiast wyraźnie mylnie rzutuje (*projectio falsa*).

Po przekłuciu rogówki i wypuszczeniu ropy nacieczenie wrzodu znika.

20. IX. 1902. Uczucie światła nawet przy najmniejszym płomieniu gazowym. Zdolność prawidłowego rzutowania przywrócona.

22. IX. 1902. Pozostała blizna po wrzodzie i kilka tęgich zrostów tylnych. W. o. lewego = liczy palce na 5 m.

Lecz nie tylko przy urazach oraz sprawach zapalnych, ale nieraz i przy zaćmach zdarza się, — że mimo niepomierne upośledzonych czynności oka — można przywrócić wzrok choremu. Spostrzegalem to przy zaćmie powikłanej przez oddawna istniejący garbiak z wrośnięciem tęczęwki (*Leucoma adhaerens*).

6) B. S., 62 l., przed 8 laty przeżyła zapalenie oka prawego, poczem doznała znacznego osłabienia wzroku tego oka. Oko lewe chore od 14 dni.

Badanie 7. X. 1898. Oko prawe: *Leucoma adhaerens centrale*. (Zrost tęczęwki niemal całkowity, tylko w górze mała cząstka tej błony jest wolna). T. n. Uczucie światła zupełnie dobre. Rzutowanie zwłaszcza w górze i od nosa oraz w dole i od skroni mylne.

Oko lewe: *Hypopyonkeratitis* z dużą ilością ropy w komórcie przedniej; po 6 tygodniach doprowadzono sprawę do zabliznienia.

Wtedy wycięto kawałek górnej części tęczówki oka prawego, poczem chora mogła tem okiem liczyć palce w odległości tylko $\frac{1}{2}$ m., gdyż istniała zaćma, częściowo wessana; po 8 tygodniach usunięto zaćmę — a po 10 dniach W. o. pr. ze sph. + 13 D = $\frac{1}{8}$.

7) K. K., I. 60. Od 5 lat wzrok oka lewego znacznie słabnie, od roku jakoby nie widzi tem okiem. Wzrok oka prawego słabnie dopiero od kilku miesięcy.

Badanie 2. VI. 1899. *Cataracta incipiens o. dextri*. V = $\frac{1}{8}$. *Cataracta fere matura o. sinistri* — uczucie światła dobre, zdolność rzutowania światła w stronę nosa wyraźnie upośledzona. Dwie świecek rozróżnia jako przedmioty odrębne dopiero gdy są od siebie oddalone o 15 cm.

6. VI. 1899. *Extractio cat. o. sin. c. isidect.* 15. VI. 1899 ze sph. + 11 D W = $\frac{1}{2}$, dno oka prawidłowe.

8) M. B., I. 89. Odkąd zapamięta miała wzrok krótki, od kilku lat ma zaćmę na oku prawem; dopiero przed rokiem gdy zaczęła gorzej widzieć okiem lewym, musiała przestać zajmować się szyciem, którem całe życie się trudniła.

Badanie 3. IV. 1902. Oko prawe: *Cataracta matura*. Odczuwa światło przy najmniejszym płomieniu gazowym, rzutowanie światła niepewne przy badaniu wziernikiem płaskim i przy średnim płomieniu gazowym, natomiast trafnie rzutuje przy największym płomieniu, przy zastosowaniu wziernika wklęsłego. Dwie świecek odróżnia, jako takie, gdy je oddalimy o 10 cm. i gdy je do siebie zbliżymy aż do 8 cm.

Oko lewe: *Cataracta incipiens*. sph. — 9 D. W = $\frac{1}{8}$.

5. V. 1902. *Extractio cataractae oc. dextri c. iridectomia*. 15. V. 1902. Badanie po zagojeniu oka: *Staphyloma posticum* dokoła tarczy na znacznej przestrzeni. Ze sph. — 4,5 D W = $\frac{1}{4}$.

W tym przypadku wadliwe rzutowanie wynikało wskutek szereg lat trwającej nieczynności siatkówki.

W 2 następujących przypadkach nie można objaśnić zmniejszonej sprawności oczu przez dłuższe trwanie zaćmienia soczewki.

9) A. P., l. 70. Od 2 lat nie odróżnia przedmiotów okiem prawem, od 2 miesięcy znacznie gorzej widzi na oko lewe. Badanie d. 3. VI 1897: Oko prawe. *Cataracta matura*. Uczucie światła dobre. Rzutowanie mylne. Odróżnia barwy czerwona i zieloną. Oko lewe — *Cataracta incipiens*, $V = \frac{1}{4}$. — 7. VI. 1897. *Extractio cataractae o. d. sine iridectomia*. 20. VI. 1897. *Cum sph.* + 12 D. $V = \frac{1}{2}$.

10) J. N., l. 47. Od 3 lat słabnie wzrok oka prawego, a od 2 lat i w oku lewym.

Badanie 17. I. 1899. Oko prawe: *Cataracta matura*. O. lewe: *Cataracta maturescens*, $V = \text{digitum in } \frac{1}{2} \text{ m.}$ W oku prawem: Uczucie światła i rzutowanie niedostateczne, 2 świeceki odróżnia w odległości 12 i 6 cm. okiem prawem, lewym zaś okiem w odległości 5 i 1 cm. 21. I. 1899. *Extractio catar. o. dextri cum iridectomia*. 30. I. 1899. *Extractio cat. o. sin. cum iridect.* 15. II. 1899. Ze sph. 11 D. W. każdym okiem z osobna = $\frac{1}{2}$.

W obu tych przypadkach (8 i 9) nie można wykazać przyczyny osłabienia oczu.

Aczkolwiek względem tych badań możnaby uczynić zarzut, że odpowiedni chorzy bezwiednie lub z umysłu dawali zeznania błędne, rzecz dziwna jednak, że bez przyczyny ujawnionej mylnie zeznawali tylko przy badaniu jednego oka, gdy przy badaniu drugiego, dawali odpowiedzi trafne, chociaż starannie badano i wielokrotnie powtarzano to samo badanie — zawsze z równym wynikiem.

Powyższe spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że — przy zaćmieniu środków oka — dotąd znane sposoby badania nie w każdym przypadku pozwalają na trafną ocenę stanu części oka odczuwających wrażenia świetlne.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr Machek).

O plamach barwиковych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy*).

Podał

Doc. Dr WIKTOR REIS,
asystent kliniki.

Plamy barwиковe spotykane w spojówce oka podzielić można na dwie zasadnicze grupy: są one albo wrodzone albo nabyte. Zmiany wrodzone umiejscowione są zwykle w spojówce gałkowej i występują pod postacią mniej lub więcej rozległych znamion barwиковych, znanych pod nazwą *naevi pigmentosi, melanosis v. cyanosis bulbi*.

Do tego rodzaju wrodzonych plam barwиковych należy zaliczyć wymienione przez Steinera plamy barwиковe spotykane bardzo często w spojówce gałkowej u osobników rasy żółtej np. Malajczyków.

Złogi barwиковe nabyte umiejscowiają się również najczęściej na spojówce gałkowej. Mogą one powstać w następstwie podspojówkowego wylewu krwawego, który nie wessany całkowicie dał powód do powstania barwika i te przypadki nie należą do rzadkości, albo też mogą powstać po urazach, które spowodowały pomieszczenie przybłonkowych komórek barwиковych tęczówki i ciała rzęskowego pod spojówkę gałkową. (Bohn, Leonhardt).

Plamy zaś barwиковe nabyte, umiejscowione w spojówce powieki górnej, opisane były dotychczas przez Steinera w dwóch czasowo od siebie odległych publikacjach (1898 i 1906), oraz przez Küssela w r. 1907.

*) Rzecz przedstawiona na posiedzeniu naukowym Sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 19-go lipca 1911 r.

Zanim jednakże przejdę do bliższego omówienia prac tych autorów, przedstawię przypadek przezemnie spostrzegany, w którym stwierdzono istnienie plam barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy w okresie zbliznowacenia.

Przypadek dotyczył kobiety 40 letniej (B... Zofia z Chmielówki, p. Trębowla) przyjętej na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie dnia 23 marca 1907 r.

W krótkości podam wyciąg z historii choroby:

Chora podaje, że od niewielu lat choruje na oczy. Nigdy nie leczyła się — nie była u doktora ani nie miała kropli zapisanych. Widziała wprawdzie, że jej gorzej, ale o poradę lekarską nie zgłaszała się. Rzęsy nieprawidłowo ustawione wyrывała jej córka szczypeczykami. Od roku wystąpiło znaczne pogorszenie.

Oko prawe: Na spojówce powieki górnej blizny. Rogówka prawie w całości pokryta naczyniami i plamkami. Brzeg powieki górnej wraz z bardzo krótkimi rzęsami zawinięty ku gałce. V = liczy palce w 30 cm.

Oko lewe: Spojówka powieki dolnej lśniąca. Po stronie skroniowej ciągnie się od spojówki aż do dolno-zewnętrznego odcinka rogówki zrost spojówkowy. Podstawa zrostu około $\frac{1}{2}$ cm szeroka, wierzchołek i szyjka cienkie przechodzą nieznacznie na rąbek. Drugi cienki zrost po stronie nosowej dochodzi tylko do środka spojówki gałkowej.

Naczynia na spojówce powiekowej przekrwione, na spojówce gałkowej również naczynia porozszerzane. Brzeg powieki górnej, szczególnie po stronie skroniowej zawinięty ku gałce. Rzęs brak, gdyż wyrwane. Przez środek spojówki powieki górnej ciągnie się cienka, połyskująca blizna. Przy zewnętrznym kącie powiek, bliżej brzegu powiekowego kilka drobnych ziarenek, poza tem spojówka powiekowa gładka, lekko przekrwiona. W samym środku powieki górnej, na granicy załamka na przestrzeni około 4 mm², ciemne, nierównomierne nasilone zabarwienie. W środku tego barwikowego kwadracika jakby litera V silnie ciemno zabarwiona, dokoła zaś rozlane zabarwienie słabsze, złożone z punkcików. Spojówka

ponad plamką nie jest przesuwalna; tuż do plamki przytyka cienka biaława blizna. Przy oglądaniu plamy barwikowej pod lupą stwierdzić można, że naczynia spojówkowe przechodzą ponad plamą barwikową. V = liczy palce w 40 cm.

Rozpoznanie opiewało: *Trachoma cicatriceum. Pannus. Maculae corneae. Trichiasis palp. sup. oc. utr. Symblepharon. Pigmentatio conjunctivae palp. super. os. sin.*

Podczas pobytu chorej w szpitalu oprócz wycięcia kawałka spojówki z plamą barwikową, wykonano także częściowe wycięcie chrząstki powieki górnej na obu oczach.

Dnia 9 kwietnia opuściła chora na własne żądanie szpital — przy odejściu stwierdzić można było jeszcze lekki obrzęk powiek, mierną wydzielinę, rzęsy zaś prawidłowo ustawione.

Badanie drobnovidowe wyciętego skrawka spojówki wraz z plamą barwikową dało wynik następujący:

Nabłonek wielowarstwowy płaski, o budowie warstw prawidłowej, nie okazuje zrogowacenia w warstwach powierzchniowych. Ziaren barwika w komórkach przybłonkowych stwierdzić nie można. Tkanka łączna podnabłonkowa, o dobrze rozwiniętej grubo-włóknistej budowie, z niejednostajnem nacieczeniem limfoidalnych komórek jednojądrzastych. Prócz tego w warstwach głębszych stosunkowo nielicznie fibroblasty oraz porozrzucane u podstawy komórki tuczne, wykazane zapomocą metody barwienia Unny. W głębi tkanka staje się mniej jędrna, a silniej występuje jej grubowłóknista budowa.

Wśród tej skąpojądrowej i grubowłóknistej tkanki spotyka się warstwowe rozmieszczenie prawie czarnego barwika drobniutko ziarnistego, zlewającego się jednakże w ziarna grubsze. (Rycina 1-sza). Barwik ten nagromadzony jest zbiecie śródkomórkowo i wypełnia całe pierwoszcze komórki tak, że cała komórka przedstawia się jako ciemna, ziarnista masa, wśród której leży jądro. W niektórych komórkach widać jeszcze na obwodzie delikatny jasny rąbek wolny od barwika. Miejscami zlewają się owe barwikowe komórki po 4—5, tworząc w miejscu zetknięcia smugi czarne.

Granice tych komórek zaznaczają się w miejscach zetknięcia rowkowatemi wcięciami.

Oprócz śródkomórkowego ułożenia barwika spotykamy zaledwie gdzieśgdzie grudki barwika ułożone pozakomórkowo, zawsze jednakże w pobliżu komórek, co robi wrażenie, jak gdyby te grudki barwika dopiero przez rozpad komórki zostały uwolnione i wydostały się poza obręb komórki. Jakiegoś



(Rycina 1-sza).

Przekrój przez zbliznowaciałą spojówkę powieki górnej.

e — przybłonek wielowarstwowy płaski;

b — tkanka bliznowata;

p — pigment;

n — naczynia. (Mikrofotografia).

swoistego ułożenia tych grudek barwиковych względem naczyń zauważyć nie można.

Komórki barwиковe mają kształt przeważnie wydłużony, rzadziej wielokątny. Jądra komórek ułożone przeważnie w środku są owalne, budowy ich jednakże dobrze spostrzec nie można z powodu nagromadzonego w komórkach barwika. Jednakowoż kształtem swym przypominają rozrzucone wśród tkanki jądra komórek nie barwиковych.

Badanie skrawków parafinowych metodą Perlisa i metodą Hornowskiego nie wykazało obecności żelaza w złogach barwikowych.

Przypadek powyżej opisany byłby poza pracami Steinera i Küsela w piśmiennictwie okulistycznym trzecią z rzędu publikacją o złogach barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy.

Steiner opisując w r. 1898 plamy barwikowe w spojówce powieki górnej przy jaglicy u Malajczyków zaznacza, że plamy te umiejscawiają się tylko w środku spojówki górnej powieki, nigdy zaś nie można spotkać tych plam na spojówce gąbkowej. Barwik ten umiejscowiony jest przeważnie w przybłonku. Komórki przybłonkowe barwik zawierające są powiększone, o kształtach nieregularnych, czasami tworzą pigmentowane wypustki, które z innymi komórkami łączą się w całą sieć barwikową. Skoro przybłonek z barwikiem zagłębia się w tkankę podprzybłonkową, barwik również w głąb podąża. W tkance podprzybłonkowej zwykle barwika się nie spotyka lub tylko w bardzo skąpej ilości i to w sąsiedztwie przybłonka. W głębi tkanki podprzybłonkowej bardzo rzadko tylko spotkać można grupy komórek barwikowych, lecz w tych przypadkach zdołał Steiner stwierdzić zawsze obok komórek barwikowych np. odcięte części gruczołu z przybłonkowymi komórkami barwikowymi, tak, że zawsze sąsiedztwo przybłonka było zaznaczonem.

W późniejszej pracy z roku 1906 stwierdza Steiner w dalszym ciągu, że plamy barwikowe spotyka się dość często na zbliżnawiaciałych spojówkach powieki górnej przy jaglicy i twierdzi, że owe plamy barwikowe są utworzone przez sprawę jagliczą. Głównym powodem skłaniającym Steinera do przyjęcia związku przyczynowego między temi dwiema sprawami chorobowymi, jest wspólne występowanie plam barwikowych i jaglicy. Steiner przeprowadza analogię pomiędzy procesem jagliczym toczącym się w spojówce powiekowej a innymi procesami zapalnymi np. wrzodami podudzia, które u Malajczyków bardzo często po wygojeniu otaczają się pier-

ścieniem barwnym. Podobnie przy procesie jagliczym komórki barwikowe spojówki tz. chromatofory, stwierdzone w warunkach prawidłowych wśród spojówki osobników rasy żółtej mogą bujać przy jagliczym procesie zapalnym i dać powód do powstania plam barwikowych. W okresie tworzenia się plamy barwikowe umiejscowione w powierzchniowych komórkach przybłokowych łatwo dają się zetrzeć, a badanie drobnovidowe stwierdza w rzeczywistości istnienie złogów barwikowych zewnątrz komórek przybłokowych.

Küsel w r. 1907 opisuje również dwa klinicznie spostrzegane przypadki złogów barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy; w jednym przypadku po wycięciu plamy barwikowej przeprowadził Küsel badanie drobnovidowe, które stwierdziło odrębne zachowanie się barwika niż w przypadkach Steinera. Barwik nie znajdował się bowiem w komórkach przybłokowych lecz w komórkach wrzecionowatych zbitej tkanki łącznej, zdala od przybłonka.

Z przypadkami opisanymi przez Steinera ma przypadek Küsela tylko to wspólne, że tak tu jak i tam plamy barwikowe na spojówce powieki górnej wystąpiły przy jaglicy w okresie zbliznowacenia.

Odmienne też do zapatrywań Steinera tłumaczy Küsel powstanie plam barwikowych w swoim przypadku. Küsel przypuszcza, że plamy barwikowe w przypadku przez niego spostrzeganym powstały w następstwie wybroczyny podspojówkowej. W prawidłowych warunkach wybroczyna podspojówkowa z łatwością zostaje wessana przez zdrową spojówkę. W przypadku spostrzeganym przez Küsela podłożem dla wybroczyny była zbliznowaciała tkanka — wybroczyna więc zamiast uleść wessaniu, uległa rozkładowi i dała powód do powstania plamy barwikowej. Tak więc nie jaglica jako taka wywołała pigmentację, lecz zbliznowaciałe podłoże przyczyniło się do tego, że wybroczyna powstała może wskutek mechanicznych zabiegów leczniczych nie uległa wessaniu, lecz przemianie w barwik.

W zapatrywaniach Steinera i Küsela odnajdujemy

właściwe dwa zasadnicze poglądy na powstawanie barwika w ustroju.

Küsel przyjmuje w swoim przypadku pochodzenie barwika z krwi, mimo że próba na żelazo wypadła ujemnie. Barwik znaleziony przez Küsela mógłby odpowiadać hemosiderynie, występującej w postaci żółtych lub brązowych ziarenek zamkniętych w komórkach.

Tłumaczenie Steinera odpowiada znowu sposobowi patologicznego tworzenia się barwika w tych tkankach, które i w warunkach prawidłowych posiadają komórki barwikowe. Istnienie barwikowych komórek w ludzkiej spojówce powiekowej stwierdził także niedawno np. Herbert, który na zjeździe międzynarodowym okulistów w Lucernie, przedstawia chromatofory ze spojówki mieszkańców Indyi, które umiejscowione były nie tylko w warstwie przybłonkowej ale także w błonie właściwej spojówki.

Przypadek przez nas opisany na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania mikroskopowego bardziej zbliżonym jest do przypadku opisanego przez Küsela. W naszym przypadku przybłonek spojówkowy również zupełnie nie zawierał barwika, natomiast barwik ten, zamknięty w komórkach, znajdował się głęboko w błonie właściwej spojówki. Barwik ten również nie dawał odczynu na żelazo.

Jeżeli zaś uwzględnimy tę okoliczność, że prawidłowa ludzka spojówka osobników należących do rasy białej nie zawiera chromatoforów, wówczas z konieczności będziemy musieli zarzucić tłumaczenie Steinera, a zwrócić się bardziej ku przypuszczeniu wypowiedzianemu przez Küsela.

Küsel przypuszcza — jak wyżej wspomnieliśmy — że wskutek zabiegów leczniczych, być może wyciskania ziaren, przyszło do znacniejszego krwotoku, który nie wessany wskutek blizny, przemienił się w barwik. W naszym przypadku jednakże taki zabieg leczniczy najprawdopodobniej nie miał miejsca — chora w wywiadach podała, że nigdy się nie leczyła i nie była u lekarza. Ponadto gdyby w rzeczywistości to powstanie plam barwikowych miało być zależnem od wy-

broczyn powstałych przy zabiegach leczniczych, to przy tak rozpowszechnionem mechanicznem leczeniu jaglicy powinniśmy owe plamy barwikowe w spojówce powieki górnej spostrzegać częściej niż dotychczas. Tymczasem nawet w obszernych podręcznikach omawiających schorzenia spojówek nie ma wzmianki o podobnej możliwości.

Nie mając więc uzasadnionych danych dla wytłumaczenia powstawania plam barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy, uciec się musimy do przypuszczeń.

Wspomnieliśmy poprzednio o dwóch sposobach powstawania barwików, z których sposób hemoglobinorodny w odniesieniu do powstawania barwika zw. melaninem, w ostatnich czasach nie da się powszechnie zastosować.

Badania Nenckiego stwierdziły, że melamina może powstać bezpośrednio z produktów rozpadu ciał białkowych. Dombrowski w pracy swej nad chemiczną naturą swistego barwika moczu, również udowadnia, że twierdzenie, jakoby pochodzenia uromelaniny należało szukać we krwi, nie wytrzymuje krytyki, a wszystko raczej przemawia za tem, że melaniny wywodzą się bezpośrednio z białka.

Zastanowić się więc warto nad tem przypuszczeniem, czy podobny proces bezpośredniego wytwarzania się barwika z rozpadającego się białka, nie mógł mieć miejsca w przypadku jaglicy przez nas spostrzeganym. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że na spojówce powieki górnej tam, gdzie obecnie widnieje blizna, były przedtem ziarna jaglicze i że ziarna te nieleczone, nie wyciskane na zewnątrz (gdyż chora podaje, że nigdy nie leczyła się), uległy przy dalszym przebiegu choroby rozpadowi i że w następstwie przyszło do ich wessania i wytworzenia się blizny, wówczas odrzucić nie można przypuszczenia, że właściwie w tym przypadku znajdował się podatny materiał dla powstania barwika. Łatwo więc być może, że obumierające pierwociny komórkowe ziaren jagliczych, przy powolnym rozpadzie, jak to zwykle bywa w przypadkach nieleczonych, wśród jakichś swoistych nieznanych nam warunków, stały się w myśl teorii Nenckiego źródłem dla wytworze-

nia melaniny i że po ustąpieniu okresu rozpadu ziaren jagliczych, barwik pozostał następnie w wytworzonej błźnie.

Piśmiennictwo.

1. Bohn: Inaug.-Dissert. Giessen 1902.
2. Dombrowski: Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 54, 1907.
3. Herbert: X. Congrès intern. d'Ophthalmologie. Lucerne: 1904.
4. Leonhardt: Archiv. f. Ophalm. Bd. 68, 1908.
5. Küsel: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 45 Jahrg. 1. 1907.
6. Steiner: Centr. f. prakt. Augenh. 1898.
7. — — : Annual. d'Oculistique. T. 155. 1906.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVIII. Z. 4. (Referent Dr Bałłaban).

Przyczynę do anatomii jaskry krwotocznej. (Zur Anatomie der Glaucoma haemorrhagicum). Dr. Stäli.

T. z. krwotoczną jaskrę oddzielano dotychczas zazwyczaj od ogólnego pojęcia jaskry i to z przyczyny, że we wszystkich tego rodzaju przypadkach zachodzą bardzo znamienne zmiany wsteczne naczyniach. Autor opisuje obraz histologiczny trzech wyłuszczonych gałek ocznych, w których ucisk śródoczny był podniesionym, a na siatkówce znajdowały się krwotoki. We wszystkich tych 3 przypadkach dały się wykazać olbrzymie zmiany tak w tętnicach jakoteż i w żyłach. A mianowicie t. z. intima tętnic była bardzo zgrubiała, a komórki jej rozmiękłe. Natomiast ściany żył były bardzo stwardniałe, bez istnienia zakrzepu w ich świetle. Podobne zmiany wykazywały naczynia siatkówki, naczyniówki, tęczówki, i ciążka rzęskowego. Ponieważ ściany naczyń nie są nigdzie przerwane, więc krwotoki na siatkówce mogły powstać li tylko przez dyapedezę.

Przyczynek do etyologii pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. (Zur Aetiologie der Neuritis retrobulbaris). Dr. Dutoit.

Przy *neuritis retrobulbaris*, powstałej wskutek zmian w przewodzie nosowym, przechodzą zmiany te z nosa wprost na miąższ nerwu wzrokowego. Znane są jednak przypadki, gdzie takie pozagałkowe zapalenie nerwu może powstać nie tylko wskutek ropy zebranej w jamach okalających n. wzrok., ale także przez ucisk obrzękłej okostnej lub wskutek innej choroby kości sąsiadujących. Autor opisuje dwa przypadki, w których podobne cierpienie powstało wskutek choroby zęba, przyczem przeszło zapalenie okostnej jednej alweoli do górnej szczęki, a stąd żyły ocznej. Zewnątrz istniał obrzęk oczodołu i środkowe braki w polu widzenia. Leczenie należy rozpocząć usunięciem chorego zęba i to co rychlej.

Przypadek wywinięcia blaszki barwikowej tęczówki. (Ein Fall von Eversion der Pigmentblätter der Iris). Dr. Haack.

Przy badaniu oka u pewnego mężczyzny, spostrzegł autor przypadkowo barwikową nitkę, która poczyniała się na brzegu rzęskowym tęczówki w miejscu, gdzie była przednia przyczepina. Nitka ta wolno zwisała do przedniej komory. Przy badaniu lupą dało się rozpoznać, że nitka ta składała się z kilku razem ze sobą spowitych niteczek i poruszała się równomiernie z ruchami oka. Oko było blade, o prawidłowym napięciu. Wywiady wykazały, że w 15 r. życia mężczyzna ten ukuł się słomką w oko, w następstwie tego powstał stan zapalny. Powstanie tej zmiany tłumaczy autor w ten sposób, że słomka przebiła rogówkę, przez tak powstałą ranę tęczówka wypadła, a jej blaszka barwikowa okaleczała. Następnie została blaszka ta odwróconą przez ciecz wodną i umiejscowioną w przedniej komorze. Prześwietlenie lampą *Sachs'a* wykazało w odpowiednim miejscu tęczówki brak na niej barwika.

O różnych przyczynach jednoocznego dwojenia się. (Über die verschiedenen Ursachen der monoculären Diplopie). Dr. Wölflin.

Autor poddaje krytyce poszczególne przykłady tej zmiany, wzięte z literatury i wedle przyczyny powstania dzieli je na następujące grupy:

1) Przypadki bez podłoża fizykalnego, które dają się wytłumaczyć wytworzeniem sztucznej jamki w żółtej plamce (*Pseudofovea* — *Javal*, *Koster*, *Bielschowsky*). Są to przypadki, w których oko zezujące po utracie oka przedtem widzącego, obejmuje widzenie i ustalenie przedmiotów. W przypadkach tych przeważa wreszcie skłonność ustalenia anatomicznej jamki i dwojenia się ustępuje.

- 2) Przypadki z podłożem fizykalnem:
- a) Dwojenie wskutek istnienia kilku źrenic.
(Trydodyaliza, miejsce zanikłe w Łęczówce).
 - b) Największą ilość dwojenia się dostarczają przypadki nieobecności Łęczówki i soczewki.
 - c) Przez zmiany w akomodacji (mydryaza, płonica).
W tych przypadkach dwojenie rychło przemija.
 - d) Histerya.
 - e) Przypadki powstałe przez uraz. (Najczęstszą przyczyną zdaje się w przypadkach podobnych być uraz w ośrodku akomodacyjnym).
 - f) W oczach prawidłowych powstaje także jednostronne dwojenie czasami przez podwójne odbijanie się promieni od rogówki (Snellen).

Twory rozetowate w nowopowstałej siatkówce żaby.
(Rosettenbildung in der neugebildeten Netzhaut des Frosches). Dr. Fujita.

Przy sposobności badania nowopowstałej siatkówki u żaby, która w 40—50 dniach po przecięciu nerwu wzrokowego i zniszczeniu starej siatkówki się wytworzyła i posiadała prawidłową swą grubość, spostrzegł autor w zewnętrznej warstwie ziarnistej siatkówki twory, jakie to opisywał Wintersteiner w głąbiakach, a Dötsch i Ginsberg w gąłkach przy mikrofałdnie. Prócz tego znajdowały się nieprawidłowo wytłoczowe półkrążki, które były częściowo wgłębione.

Powstanie tych zmian daje się w ten sposób wytłumaczyć, że zewnętrzne warstwy siatkówki rychlej rosną od warstw wewnętrznych, a tem samem muszą się zewnętrzne warstwy ziarniste zawiązać ku środkowi. Dla naszego zrozumienia udowadnia autor stanowczo, że rozety te nie powstają z przemieszczonych zarodków a tylko wskutek wgłębienia. Wbrew twierdzeniu Wintersteina, że rozety te są nerwowym przybliżkiem, sądzi Ginsberg, że są one niedokładnie rozwiniętymi komórkami cylindrowymi części rzęskowej, które się nie różniczkowały na spongioblasty i neuroblasty.

Nowe spostrzeżenia i badania nad brodawkami rogówki i jej brzegu. (Neue Beobachtungen und Untersuchungen über die Papillome des Limbus und der Hornhaut). Dr. Contino.

Na podstawie dokładnych badań klinicznych i mikroskopowych brodawczaków różnej wielkości, zestawia je autor w dwójaki typ.

Do pierwszej grupy należą takie brodawki, w których przybłonek bardzo znacznie wybujął, a tkanka łączna jest bardzo ni-
kłą; do drugiej natomiast należą te przypadki, w których przeci-
wnie tkanka łączna jest bardzo wybujalą a przybłonek nie liczny.

Do pierwszej kategorii należy największa część obserwowanych i opisywanych nowotworów, a są one łagodnej natury. (*Plaques épithéliales*). Klinicznie są one nacechowane budową bez-
płatową i tem, że pojawiają się pojedynczo. Są one o gładkiej
powierzchni i ostro ograniczone. Z wyglądu są podobne do
zapalanej spojówki, umiejscawiają się w okolicy szpary powieko-
wej, są na spojówce przesuwalne i niebolesne. Czasami dają się
one spozstrzegać na główce skrzydlika.

Nowotwory drugiej grupy są nacechowane wyglądem podo-
bnym do ożyny, składają się z liczniejszych małych płatków
brodawkowatych o barwie bardziej miedzianej i wciskają się bez
ostrego ograniczenia w okalającą je tkankę. Są nieruchome,
a po dłuższem istnieniu przyjmują postać kalafioru. Zdaniem au-
tora oba te typy przechodzą w siebie wzajemnie.

Co się tyczy odróżnienia ich od raka to charakterystyecz-
nem jest dla nich brak nekrozy, gdyż nawet największe brodawczaki
nie podlegają jej nigdy.

Tkanka łączna w przeciwieństwie do raka jest dojrzałą i sil-
nie unaczynioną. W środkowych warstwach brodawczaka daje się
spozstrzegać zrogowacenie, a komórki pomnażają się przez podział
jądra a nigdy przez karyokinezę. Zdaje się, że brodawczaki po-
wstają przez przerost przybłonka, który prowadzi następnie do re-
akcyi tkanki łącznej. Przyczyny ich powstania należy szukać w dra-
żnieniu spojówki w obrębie szpary powiekowej, a zdarzają się one
najczęściej u ludzi po 40 r. życia. W ogólności są brodawczaki
łagodnymi nowotworami, a leczenie polega na wycięciu i przy-
paleniu ich podłoża, czem niszczy się ich pozostałe resztki, ma-
jące wielką dążność do nawrotów.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXIX. Z. 1, 2 i 3. Ref.
Dr T. Kleczkowski.

**O nieprawidłowem ułożeniu względem siebie linii
wzrokowych przy zezie zbieżnym.** (Über anomale Sehrichtungs-
gemeinschaft bei Strabismus convergens). F. Mügge (Giessen).

Na podstawie materiału prof. Vossiusa dochodzi autor do
przekonania, że nieprawidłowe ułożenie linii wzrokowych przy ze-

zie zbieżnym jest jednym z celów dla uniknięcia podwójnego widzenia. Przyczyną tej nieprawidłowości jest wada wzrokowa dotycząca prawidłowej korespondencji obu siatkówek. Jako dowód tego twierdzenia uważa autor, że 1) ćwiczenia amblyoskopijne nigdy nie są w możności wytworzyć prawidłowych stosunków co do lokalizacji, 2) nawet po operacji długo nieraz lokalizacja nie jest prawidłową, 3) po uzyskaniu nawet dobrej lokalizacji widzenie oboczne nigdy nie jest zupełne. Widzenie oboczne tem jest lepsze, im wcześniej objaw nieprawidłowego ułożenia linii wzrokowych został rozpoznany.

Wytwarzanie się otworu we fovea centralis. (Lochbildung in der Fovea centralis). E. Fuchs (Wiedeń).

Na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń wytworzenie się otworu w zakresie fovea centralis powstać może z następujących przyczyn:

1) Samoistne zapalenia jak *iridochoroiditis* (Coats), *retinitis albuminurica* (Reis), *neuroretinitis* (Küsch).

2) Zaburzenie w odżywianiu przy *retinitis pigment.* (Noll), przy *idiotismus amauroticus familiaris* (Parson), przy miażdżycy tętnic (Haab, Ulrich), przy działaniu promieni Roentgena (Birch-Hirschfeld).

3) *amotio retinae* (Krusius).

4) operacja oczna (*discisio, cataracta*), wrzód rogówki (terazniejszy przypadek autora).

5) przyczyna niejasna (zmiana stareca?).

W większości przypadków według F. bezpośrednią przyczyną powstania otworu jest obrzęk miejscowy (Berlina) poczem przychodzi do zaniku siatkówki w tem miejscu. Rzadziej przyczyną jest zadziałanie jądów (podczas zapalenia) prowadzące do zwyrodnienia składników fov. centr. i następowego ich wessania z pozostawieniem otworu po sobie.

O wewnętrznem pęknięciu twardówki. (Über innere Skleraruptur). E. Fuchs. (Wiedeń).

Co do sposobu pęknięcia twardówki, czy ona pęka od strony zewnętrznej ku wewnątrz, czy odwrotnie zdania są podzielone. 2 przypadki F dowodzą, że twardówka pęka od wewnątrz. W przypadkach F. twardówka pękła tylko w swej wewnętrznej połowie — zewnętrzna część była nienaruszona. W pęknięcie wkleszczona była tęczęwka.

O trachomatycznej zmianie spojówki twardówkowej. (Über trachomatöse Veränderung der Scleralbindehaut). K. Ichikawa. (Kyoto).

Badania drobnowidowe autora wykazały, że spojówka twardówki pomimo swego bardzo często prawidłowego wyglądu klinicznego wykazuje zmiany jaglicowe podobnie jak spojówka powiek i rogówka. Zmiany te anatomicznie odpowiadają łuszczyce jaglicowej, a charakterystyczną cechą ich jest naciek komórek plazmatycznych pod nabłonkiem w cienkiej warstwie ułożonych. Autor przypuszcza, że możliwe jest, iż naciek ten dla jaglicy jest patognomonicznym. Łuszczyca rogówki bezpośrednio powstaje z nacieku spojówki twardówkowej.

Doświadczalne badanie nad działaniem indarsolu na n. wzrokowy i siatkówkę. (Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des Indarsol auf Sehnerv und Netzhaut). A. Birch-Hirschfeld i Nobuo Inouye. (Lipsk-Tokio).

Doświadczenia na królikach wykazały, że indarsol jest ciałem silnie trującym, powodującym po kilku dawkach śmierć zwierzęcia. Przy dłuższym zatrutowaniu mniejszymi dawkami (0.05) występuje przyzwyczajenie się do trucizny. Trucizna powoduje, podobnie jak atoksyl, zwyrodnienie w 1. 2 i 3 neuronie siatkówki, a potem nawet zanik n. wzrokowego (reakeya Marchiego).

Ciśnienie śródoczne, jaskra i krótkowzroczność. (Augendruck, Glaucom und Myopie). E. Zirm. (Ołomuniec).

Naczyniówce jako tkance budowy jamistej dużo krwi żyłnej zawierającej, przypada według autora w udziale rola czynnika czuwającego nad prawidłową zawartością (ciśnieniem śródocznym) gałki ocznej. Ciśnienie śródoczne jest wynikiem zmiennej zależności między ciśnieniem krwi w tętnicach, a elastycznością twardówki. Regulatorem jest naczyniówka. Na ilość krwi w naczyniówce wpływają czynniki naczynioruchowe; wpływają te są dla oka samoistne, a ośrodki ich też w samym oku są położone. Dowodzi tego to, że zaburzenia w krążeniu (podniesienie się ciśnienia krwi) tylko chwilowo na wysokość ciśnienia śródocznego mogą wpływać. Jak długo czynność nn. naczynioruchowych w oku jest prawidłowa, tak długo również ciśnienie oka się nie podnosi. Przez patologiczne zadrażnienie ośrodków naczynioruchowych śródocznych przychodzi do zastój krwi i przekrwienia w naczyniówce — po ustąpieniu podrażnienia zastój pod wpływem elastyczności twardówki znika (Stad. prodromorum). Przy dłuższym trwaniu podrażnienia zastój się wzmacnia, a odpływ krwi żyłnej jest coraz trudniejszy przez

zwężenie światła vv. *corticosa* przy emisaryach. W następstwie tych momentów ciśnienie śródoczne wzrasta, a przekrwienie naczyńki staje się stałe. (napad jaskry). Rozszerzenie żonicy tłama czy sobie autor zadrażnieniem ośrodka naczynioruchowego w oku leżącego.

Po kilku napadach coraz dłużej trwających (z powodu utraty elastyczności tęczówki) przychodzi do zmian zapalnych oka (*glaucoma complicatum*), w następstwie których odpływ limfy coraz bardziej staje się utrudnionym. Wreszcie ostatnim jest okres zwyrodnienia (*gl. degenerativum*).

Oko krótkowzroczne rzadko bardzo zapada na jaskrę, bo naczyńki w niem jest słabiej rozwinięta, a twardówka więcej ciągliwa.

O etyologii chronicznych chorób oka. (Über die Aetiologie der chronischen Augenkrankheiten). L. K. Wolff. (Amsterdam).

Za gruźlicą przemawia w rozpoznaniu:

- 1) Chroniczny przebieg,
- 2) usposobienie gruźlicze (skrofuliczne), odczyn v. Pirqueta
- 3) Odczyn miejscowy oka na tuberkulinę,
- 4) Częsty dobry wynik leczenia tuberkulina,
- 5) Odczyn ujemny Wassermanna,
- 6) Zmiana współczynnika opsonicznego po wpuszczeniu do

oka dioniny (Stoek).

Przeciw gruźlicy przemawia:

- 1) brak prątków,
- 2) ujemny wynik szczepienia zwierzęciu,
- 3) patologia anatomiczna.

Różnice między Kerat. lbc. a luetica:

Gruźlica:

- 1) rogówka częściowo zajęta,
- 2) naczynia głębokie Hirschberga nigdy nie występują, często inne głębokie albo powierzchowne,
- 3) często scleritis guzkowata,
- 4) równie często przed jak po 30 r. ż.,
- 5) częste syn. poster.

Lues:

- 1) Cała,
- 2) naczynia Hirschberga, rzadko powierzchowne.
- 3) rzadko, nigdy guzkowata,
- 4) przed 30 r. życia,
- 5) rzadko.

O zakażeniu rogówki przez bacillus pyocyaneus. (Über Hornhaut infektion durch bac. pyocyaneus). H. E. Pagenstecher (Strasburg).

Wyhodowany bac. pyocyan. z wrzodu rogówki, który spowodował całkowite jej zniszczenie nie wytwarzał pyocyjaniny; wytwarzał ją dopiero po przeszczepieniu na rogówkę zwierzęcia, u którego prócz zniszczenia rogówki wywołał ropień c. szklitego.

Wyniki prześwietlania oka przez twardówkę silnym światłem. Wykazanie wrodzonych szparowatych ubytków ku dołowi skierowanych siatkówkowego barwika tęczęwki. (Ergebnisse diaskleraler Augendurchleuchtung mit starker Lichtquelle. — Nachweis angeborenen spaltförmigen Mangels des Irispigmentes nach unten rudimentärste Form des Iriscolobus). Langenhans (Berlin).

Autor używał oftalmodiafanoskopu Hertzella (siła 80—100 świec).

Prześwietlanie tęczęwki zależy:

1) od ilości barwika (tem lepiej prześwietlać, im jego w tęczęwce mniej).

2) Od siły światła.

3) Od szerokości źrenicy (tem gorzej, im źrenica szersza).

Prześwietlając można widzieć dokładnie brzeg soczewki; źrenica jednak musi być wąska, dlatego też jako środka znieczulającego przy prześwietlaniu należy używać holokainy lub alypiny. Przy prześwietlaniu widzieć można zakres *ora serrata* w postaci pierścienia czarnego, a bardziej od niego ku środkowi znaczy się drugi pierścień, zależny od muse. cil. — proc. cil.

Między tymi pierścieniami widoczny jest jasny pas (niejednokrotnie drugi czarny wykazujący) powstały przez prześwietlenie *parsinon plicata corp. ciliar.* Diafanoskopem Hertzella wykrył autor bardzo często dające się spostrzegać *colob. iridis* tyjące jedynie tylko barwika siatkówkowego tęczęwki.

Badanie nad jaskrą i ciśnieniem krwi. (Untersuchungen über Glaukom und Blutdruck). R. Kimmel (Erlangen).

Autor badał ciśnienie krwi u 30 chorych na jaskrą i przkonał się o znacznym jego podwyższeniu, szczególnie w okresie skurezu serca.

Jaskra według autora przedstawia się jako zchorzenie oka w ustroju ze zmianami chorobowymi narządu krążenia i nerek.

Doświadczalno-histologiczne badania nad odczepieniem siatkówki i działaniem leczenia operacyjnego. (Experimental-histologische Untersuchungen über Netzhautablösung und die Wirkung operativer Therapie). A. Birch-Hirschfeld. (Lipsk).

Badania anatomiczne przeprowadzone przez autora na 13 gałkach ocznych królików, u których wywołane zostało odczepienie siatkówki przez wypuszczenie nieco ciała szklanego wykazało słuszość twierdzenia Lebera, że odczepienie najczęściej spowodowane jest przez wytworzenie się przedsiatkówkowych zrostów.

Bujanie neuroglia wywołuje zrastanie się zmarszczek odczepionej siatkówki, która często z powodu skrócenia się swojej powierzchni pęka. Leczenie punkcya samą, przypaleniem, lub elektrolizą tylko w tych przypadkach może wywołać trwały wynik, gdzie zmiany wyżej opisane są nieznaczne. Kauteryzacja twardówki nie daje również trwałych wyników; po elektrolizie spostrzegł autor zmiany w naczyńwce w postaci nacieków i wakuol. Przeprowadzenie nitki katgutowej przez przestrzeń podsiatkówkową dawało najlepsze wyniki, podczas gdy przecięcie Deutschmana tylko w jednym wypadku dało wynik pomyślny.

Rzadka pozagałkowa cysta (wychodząca z przemieszczonej błony śluzowej nosa). Eine seltene retrobulbäre Cyste (ausgehend von versprengter Nasenschleimhaut). K. Heilbrunn. (Halle).

W przypadku autora usadowiony był guz ponad okiem w oczodole powodującej trzeszcz gałki ocznej z całkowitem prawie zniesieniem ruchów gałki ocznej ku górze. Rozpoznanie było trudne z powodu skuteczności (przemijającej) jodu, środków napotnych, dalej z powodu przebytej kiły przemawiało za *periostitis gummosa*. Przeciwno temu przemawiał Wassermann ujemny. Operacja wykazała obecność cysty, posiadającej grube ściany wyścielone wielowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, odpowiadającym nabłonkowi górnych dróg oddechowych. Przez wykluczenie mukokole i cysty dermoidalnej uważa autor cystę w swoim przypadku za powstałą z wrodzonego przeniesienia błony śluzowej nosa.

O dotychczasowo uzyskanych wynikach z tonometrem Schiötza (według własnych i obcych badań). (Über bis her mit dem Schiötzschen Tonometer erzielte Resultate (nach eigenen und fremdem Untersuchungen). K. Heilbrunn (Halle).

Ciśnienie śródoczne ocz prawidłowych mierzone tonometrem Schiötza waha się między 12 — 27 mm. Hg. (mierzo 64 przyp.).

Zależności ciśnienia od wieku badanego autor nie mógł stwierdzić, również różnice w łamliwości oka nie wpływają na wysokość ciśnienia. Holokaina nie wpływa na wysokość ciśnienia, również 1% skopolamina; kokaina obniża o 1.5—5 mm.

Atropina też nie wpływa na wysokość ciśnienia, tylko raz jeden w przypadku Schiötzla.

Ezeryna i pilokarpina po chwilowem podniesieniu ciśnienia obniża je do 8 mm. Hg.

Morfina podnosi ciśnienie — dionina zaś obniża. Wstrzyknięcia podspojówkowe soli podnoszą ciśnienie oka znacznie na przeciąg 12 godzin. Operacje mięśni ocznych obniżają nieznacznie ciśnienie, również choroby rogówki, o ile niema zapalenia tęczówki, które często powoduje podniesienie ciśnienia.

W 2 przypadkach sparczenia wapnem ciśnienie znacznie było podwyższone. *Cataracta incipiens* tylko w jednym przypadku (na 9) powodowała podniesienie się ciśnienia. Ciekawe są spostrzeżenia autora dowodzące, że przy odczepieniu siatkówki może być czasem ciśnienie podniesione, przy nowotworach zaś śródocznych obniżone. Ważne usługi oddaje tonometr przy badaniu jaskry, gdzie czasem stwierdzić się daje, że pomimo tego, że w danym przypadku ciśnienie nie przechodzi granie prawidłowych — ciśnienie może być wzmoczone, a mianowicie gdy fizyologiczna wysokość ciśnienia prawidłowego nisko leżała. Badania tonometrem dowodzą niemożliwości istnienia *glaucoma simplex* bez podniesienia ciśnienia.

Przypadek naczyńniaka naczyńiówki. (Ein Fall von Angiom der Chorioidea). R. Bergmeister. (Wiedeń).

Cały tylny odcinek naczyńiówki zajęty był przez naczyńniaka, który anatomicznie dał się określić jako *angioma simplex cum teleangiectasia*. Prócz tego spostrzegł autor w tym przypadku *endarteriitis nodosa* tylnych krótkich naczyń rzęskowych. Zmianę tę uważa autor za *endarteriitis compensatoria* w myśl Thomm'y mającą za cel zmniejszenie szybkości dopływu do naczyńniaka.

Uwagi do statystyki zapalenia sympatycznego. (Bemerkungen zur Statistik der sympathischen Ophthalmie). A. Dutoit (Lozanna).

Statystyki zapalenia sympatycznego powinny być robione na zasadzie *duplicitas* (oznaczenie czystości zapalenia sympatyzującego i sympatycznego. W statystykach uwzględnić się powinno wiek i płeć chorych.

Szpara naczyńiówki i siatkówki z brakiem wrodzonym nerwu wzrokowego. (Ein Colobom der Aderhaut und Netzhaut mit Aplasie der Sehnerven). W. Meisner.

Prawidłowej prawie wielkości gałka oczna 3-ech tyg. dziecka wykazywała wszystkie części i błony włórnego pęcherzyka wzrokowego zupełnie rozwinięte. Nerwu wzrokowego zupełnie nie było (mózg prawidłowy), siatkówka zaś i naczyńiówka w zakresie coloboma wykazywały znacznego stopnia niedorozwój polegający na braku zupełnym ganglionów, włókien nerwowych i naczyń krwionośnych.

Przyczynek do działania salwarsanu na syfilityczne zchorzenia oka. (Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkung aufluetische Augenkrankheiten). E. Seidel (Heidelberg).

Z 12 przypadków *Kerat. parenchymat.* w 9 zapalenie było ostre w 3 zaś okres zapalny już minął. Z 9 ostrych zapaleń w 7 wynik był bardzo dobry; w 4 przypadkach z 7 drugie oko nie uległo zchorzeniu, w 3 pozostałych zapalenie drugiego oka wystąpiło, lecz przebieg był znacznie łagodniejszy.

Podobnież dobre wyniki uzyskano w klinice prof. Wagenmanna w przypadkach *iritis acuta et iritis recidivans.* 2 porażenia mięśni ocznych nie wyleczyły się pod wpływem salwarsanu, również wpływ nie było przy *oedema pap. n. opt.* i *chorioiditis disseminata.*

Anatomiczna podstawa opisanego przezemnie „bardzo rzadkiego zchorzenia siatkówki“. (Anatomische Grundlage der von mir beschriebenen »sehr seltenen Erkrankung der Netzhaut«). E. v. Hippel (Halie).

Opisane przez autora w r. 1904 na podstawie spostrzeżenia klinicznego »bardzo rzadkie zchorzenie siatkówki« przedstawia się anatomicznie jako *angiomatosis retinae* z następowem zchorzeniem naczyń siatkówki, zanikiem jej elementów nerwowych, bujaniem gleji i krwotokami podsiatkówkowymi.

Wziernikowe rozpoznanie jest łatwe, a polega na stwierdzeniu obecności kulistych czerwonawych tworów i silnem pokręceniu tętnie i żył siatkówki. Choroba jest chroniczna, rokowanie *quoad visum* złe, a kończy się objawami *glaucoma secundarium.* Momentem przyczynowym jest podkład wrodzony.

W sprawie unerwienia tęczówki u królika. (Zur Frage der Irisinnervation beim Kaninchen). Wera Kirpiczwa-Leontowicz (Kijów).

Autorka zabarwiwszy tęczówkę błękitem metylowym odróżnia w niej następujące typy siatek nerwowych:

- 1) na przedniej powierzchni tęczówki jądra zawierająca siatkę Remak'a.
- 2) Siatka leżąca w zakresie zwieracza tęczówki przechodząca we włókna rdzenne i siatkę międzymięśniową.
- 3) Siatka drobnooczkowa okołonaczyniowa przechodząca w siatkę Remak'a.
- 4) Siatka okołonaczyniowa grubooczkowa też na przedniej powierzchni tęczówki.
- 5) Siatka tylnej powierzchni tęczówki.
- 6) Komórki ganglionowe.

O niektórych rodowodach i użyciu prawideł Mendla w okulistyce. (Ueber einige Stammbäume und die Anwendung der Mendelschen Regeln auf die Ophthalmologie). A. Lutz (Zurich).

W pracach swoich przechodzi autor rozwój pojęć o prawach dziedziczności Mendla z r. 1860, a rozwiniętych i wyświetlonych szczególnie przez de Vries'a, Correns'a i Tschermaka.

W krótkości prawa te polegają na następujących zasadach: Jeden rodzaj posiada różne odmiany. Odmiany te różnią się od siebie jedną lub więcej różnicami i w czystej hodowli zawsze się dziedziczą.

Każda różnica taka spowodowana być może jedną lub różnymi jednostkami dziedzicznymi (t. zw. geny). Geny są od siebie niezależne, każda z nich bowiem osobno się może dziedziczyć. Często niektóre geny są w związku ze sobą, tak, że dziedziczą się razem (tworzenie t. zw. korelacji).

Niejednokrotnie jedna gena dopiero wtedy się uwidatnia, gdy jest w towarzystwie z drugą; w tych samych warunkach jedna z nich może być w utajeniu. Dziedziczenie gen odbywa się według ścisłych prawideł.

Osobniki z pierwszego skrzyżowania homozygotów (w odróżnieniu od heterozygotów czyli bastardów) są jednopostaciowe (uni-form). Co do różnic między sobą to osobniki z tego F, pokolenia odznaczają się następującymi znamionami:

Zazwyczaj góruje jedna cecha rodzicielska ponad innemi, lub spostrzegać można jedną cechę rodzicielską przy braku innych, lub wreszcie cechy rodzicielskie są zmieszane w postaci mozaiki, lub mogą przez zmieszanie się pewnych »gen« powstać nowe cechy. Osobniki te z F pokolenia są bastardami. Ze skrzyżowania się osobników F, powstaje pokolenie F₂, w którym znowu pewna ilość będzie homozygotami, druga zaś bastardami.

Dziedziczenie cech chorobowo nabytych może się odbywać według Bollingera, albo:

- 1) Drogą bezpośrednią (matka lub ojciec chorego);
- 2) Przez dziedziczenie skombinowane (matka i ojciec cierpią na tę samą chorobę).
- 3) Dziedziczenie pośrednie (chorzy dziadkowie lub wujowie lub ciotki).
- 5) Dziedziczenie kollateralne (chore córki w pokoleniu, rodzice i dziadkowie zdrowi).

Według autora pracy drogą bezpośrednią przenoszą się *distichiasis, ptosis, coloboma, glaucoma, cataracta senilis et congenita, kerat. striata*, kurza ślepotą. Drogą kollateralną przenoszą się *retinitis pigmentosa, albinismus, daltonismus, chorioretinitis familiaris*. Prawa Mendla według L. szczególnie dobrze wyjaśniają, dlaczego małżeństwo między krewnymi jest dla pokolenia niebezpieczne. Lekarze powinni zwracać uwagę na następujące momenta:

- 1) Wywiedzieć się, jakie były pokolenia męskie, a jakie żeńskie.
 - 2) Jaki związek jest między plecią a daną chorobą.
 - 3) Jaki jest w pokoleniu stosunek liczbowy między zdrowymi a chorymi.
 - 4) Jaki wpływ na ilość chorych wywarło ewentualne małżeństwo między krewnymi.
 - 5) W jakiej szerokości dadzą się zastosować prawa Mendla.
- Sprawy te, według autora, aczkolwiek mniejsze mają znaczenie dla terapeuty, dużej wagi jednak nabierają dla higienisty, lekarza domowego i prawodawcy.

Studia nad zapaleniem sympatycznym, IV. Antygenetyczne działanie barwika oka. (Studien zur sympathischen Ophthalmie. IV. Antigene Wirkung der Augenpigmente). A. E. I. schnig R. Salus (Praga).

Badania wykazały, że chemicznie czysty barwik oka wstrzyknięty śródzłynie działa silnie antygenetycznie. Aczkolwiek barwik jest tylko organowo specyficzny, a nie rodzajowo, to jednak działanie antygenetyczne barwika rodzaju obcego silniejsze jest, aniżeli z tego samego rodzaju.

Leczenie odczepienia siatkówki przez operacyjne wypuszczenie płynu podsiatkówkowego i wstrzyknięcie powietrza do ciała szklistego. (Über die Behandlung der Netzhautablösung durch operative Entleerung der subretinalen Flüssigkeit und Einspritzung von Luft in den Glaskörper). J. Ohm. (Bottrop).

Autor leczył swoim sposobem 2 przypadki odczepienia siatkówki. W pierwszym przypadku V z 4 m. podniosła się na $\frac{1}{18}$,

w drugim poprawa była przejściowa (z $V^{6/30}$ na $6/6$). Wstrzyknięcie powietrza nigdy nie działało drażniąco.

O teorii zapalenia sympatycznego Elschniga. (Über Elschnigs Theorie der sympathischen Ophthalmie). E. v. Hippel (Halle).

Jak wiadomo według teorii Elschniga do powstania zapalenia sympatycznego dwa są potrzebne czynniki, uczulenie naczyń włoskowate (*anaphylaxia*) przez jej rozpad i samozatrucie organizmu (*autointoxicatio*). H. nie wyobraża sobie miejscowego zapalenia z powodu uczulenia bez ogólnych objawów. Co do drugiego czynnika Elschniga to sądzi H., że na pytanie, dlaczego przyjmuje E. ogólną anomalię ustroju, nie można znaleźć odpowiedzi, chyba zaś dlatego E. jest ogólne schorzenie potrzebne, że z teorią jego nie zgadzałyby się doświadczenia kliniczne i że rzeczywiście w każdym przypadku skaleczenia oka, kiedy jest dana sposobność wessania antygeny, musiałyby się zapalenie sympatyczne rozwinąć.

Klinika uczy, że dużo jest przypadków, w których barwik się rozpada (tępe urazy oka, *chorioretinitis* np.) i można ulegać wessaniu, a zapalenia sympatycznego niema. Z drugiej strony obecność samozatrucia ustroju nie została przez E. stwierdzona, bo sama obecność indykanu w moczu niczego nie dowodzi (Schmidt). Również E. nie robił badań kontrolnych co do indykanu u innych chorych.

Badania nad chorobami n. wzrokowego i siatkówki.
Przyczynek do znajomości związku chorób ocznych do chorób nosa. (Studien über Opticus- und Retinaleiden. Beitrag zur Kenntnis des Zusammenhanges von Augen- und Nasenleiden). A. de Kleijn (Utrecht).

Spostrzeżenia autora wykazują, że schorzenia tylnych bocznych jam nosa są najbardziej niebezpiecznymi dla n. wzrokowego i siatkówki.

Schorzenie nerwu połączone wtedy jest zawsze z powiększeniem plamy Mariotte'a. Choroby przednich bocznych jam nosa wyjątkowo tylko prowadzą do zapalenia nerwu. Schorzenie tylnych jam niekoniecznie musi być natury ropnej, sam bowiem przerost błony śluzowej jam powodować może zajęcie nerwu.

Autor nie jest zwolennikiem operacji jam bocznych nosa sposobem Kiliana, spostrzegał bowiem po niej rozwinięcie się *neuritis optica*, podwójne widzenie, a raz naciek ropny pozagalkowy. Choroby tylnych jam nosa prowadzić mogą czasem mimo braku zmian na dnie oka do zwężenia pola widzenia na barwę i barwę

białą. W 4 przypadkach spostrzegął autor powstanie w następstwie schorzenia tylnych jam nosa *retinitis pigment.* Przyczyną tego według K. jest może miejscowe zaburzenie w krążeniu.

Do patogenyzy zapalenia sympatycznego. Część II. (Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. Teil II). F. Deutschmann (Hamburg).

Tak w pierwszej, jak i w drugiej części swej pracy donosi autor o 19 doświadczeniach na zwierzętach (małpy, króliki), u których udało mu się przez zaszczerpienie części oka ludzkiego (naczyniówka, n. wzrokowy, ciało szkliste) cierpiącego na zapalenie sympatyczne, wywołać zapalenie sympatyzujące oka pierwszego i następnie sympatyczne oka drugiego. Mikroskopowo prócz zmian zapalnych określonych w myśl Fuchsa, spostrzegął zawsze autor zmiany zapalne w zakresie pochewek n. wzrokowego i ograniczoną *meningitis* (tak w 1 jak w 2 oku).

Z 18 przypadków tylko w 2 *meningitis* ta dała powód do objawów ogólnych. Zmiany nerwu i opon dowodzą przenoszenia się zapalenia sympatycznego temi właśnie drogami.

Doświadczenia nad zapaleniem sympatycznym. (Experimentelles zur sympathischen Ophthalmie). R. KümmeI (Erlangen).

Autor wywoływał u królików zapalenie podobne bardzo do sympatycznego przez wywołanie miejscowej względnie ogólnej anafilaksyi. Ponieważ do wstrzykiwań krwi do ciała szklistego, względnie surowicy śródzylnej, za pomocą czego organizm został uczulony, użyty był materiał ściśle jałowy, doświadczenia te przemawiają za powstawaniem zapalenia sympatycznego na drodze niebakteryjnej, ale tylko dzięki rozpadowi białka.

O prawie odosobnionem zwyrodnieniu ganglion retinae. (Über eine nahezu isolierte Degeneration des Ganglion retinae). E. v. Hippel (Halle).

Gałka oczna wyłuszczonea była z powodu *carcinoma epibulb. conj. et corn.* Badanie drobnowidowe wykazało w siatkówce na około łazczy n. wzrokowego w średnicy 12—14 mm. odosobnione schorzenie zewnętrznych tylko warstw siatkówki; wewnętrzne warstwy i naczyniówka były prawidłowe. H. przypuszcza, bo chory nie mógł być z powodu raka wziernikowany, że przypadek ten należy do tego rodzaju, gdzie pomimo wyglądu prawidłowego wziernikiem dna oka. byłby ubytek w polu widzenia, badanie zaś dopiero anatomiczne wykryłoby tego przyczynę.

III. Z TOWARZYSTW LĘKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Towarzystwa Okulistycznego Warszawskiego za rok 1910.

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

Protokół ogólnego rocznego posiedzenia dnia 20 stycznia 1910 roku.

Obecnych 14-tu członków.

Sekretarz odczytuje sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1909-ym.

Z wyborów zaproszono do Zarządu Towarzystwa dotychczasowych członków. Przewodniczący: kol. Ziemiński; zastępca przewodniczącego: kol. B. R. Gepner; sekretarz-skarbnik kol. Endelman.

Komisja rewizyjna, sprawdzwszy rachunkowość Towarzystwa znalazła ją w porządku i spisała odpowiedni protokół.

Endelman pokazuje chorego, l. 18, dotkniętego obustronnem przewlekłym zapaleniem pozagalkowem nerwów wzrokowych (*Neuritis retrobulbaris*). Chory od 6 miesięcy zauważył osłabienie wzroku, stopniowo się wzmagające, które wreszcie zmusiło go do porzucenia zajęcia. Z zawodu jest t. zw. osmarowywaczem w warsztacie tkackim; zajęcie to, któremu zmuszony był się oddawać w ciągu 12—14 godzin na dobę, wymaga nieustannego wysiłku wzroku, gdyż taki robotnik musi stale mieć na uwadze przeszło setkę cieniutkich kolorowych włókienek. Poza tem żadnych szkodliwych czynników z wywiadów nie udało się ustalić. Przy pierwotnem badaniu stwierdzono: prawe oko $W=0,5$, lewe $W=0,4$; pole widzenia: środkowe ubytki bezwzględne na kolor biały i na inne barwy. Wziernik wykazuje wyraźną błądź skroniowych odcińków tarcz n. wzrokowych. Badanie narządów wewnętrznych i neurologiczne nie wykazało żadnych zbożeń.

Po 12 zastrzyknięciach podskórnych strychniny w okolicy skroniowej bystrość wzroku obecnie wynosi:

Pr. oko = 0,8; lewe = 1,0 (prawie); niema ubytków środkowych. Ten przypadek powinien interesować, gdyż tu brak ustalonych już w piśmiennictwie czynników etyologicznych w powstawaniu pozagalkowego zapalenia n. wzrok., jako to zatrucie prze-

wlekło wyskokiem, nikotyną i t. p. Jeśli schorzenie n. wzr. położycie na karb zajęcia chorego, świadczył by ten przypadek za teorią Edingera (t. zw. Abnutzungs-Theorie), która dowodzi, że pęczki nerwowe narażone na pracę zbyt wylężoną mają się wyczerpywać szybciej.

B. R. e p i e r w imieniu komitetu organizacyjnego przyszłej wystawy Towarzystwa Higieny Praktycznej im. Prusa zaprasza Towarzystwo do czynnego w niej udziału. Godłem wystawy jest walka z brudem.

Protokół posiedzenia d. 17 lutego 1910 r.

Obecnych 18-tu członków.

B. R. G e p n e r pokazuje chorego z wiosennym nieżytem spojówki. Osobliwością tego przypadku jest:

- 1) powstanie cierpienia w dość późnym wieku (chory ma lat 26), obecnie po raz pierwszy jest chory na ten nieżyt;
- 2) brak wszelkich zmian na rąbku rogówki przy zupełnie znamiennej obrazie na spojówce tarczki.

W dalszym ciągu dyskusji nad referatem kol. Mutermilcha z grudnia 1909 roku zabiera głos K a m o c k i. Zdaniem jego pogląd M-a na istotę jaglicy w rzeczywistości niczem się nie różni od zapatrywań obecnie panujących w okulistyce.

Oryginalny jest pogląd M-a na łuszczkę jagliczą, lecz trudno z referentem się zgodzić, gdyż fakty anatomiczne i kliniczne zaprzeczają twierdzeniu M-a, że łuszcзка powstaje jedynie skutkiem utraty nabłonka spojówki i że jest zjawiskiem wtórnym. Preparaty K-go (demonstrowane na posiedzeniu) niezbitcie świadczą, że jeśli nie we wszystkich przypadkach, to bardzo często, zwłaszcza w przypadkach t. zw. *pannus crassus*, zmiany w rogówce mają zupełną analogię ze zmianami w spojówce i są sprawą swoistą. Jeśli nie zawsze można stwierdzić tworzenia się ziaren w rogówce, zaleyzy to wyłącznie od odmiennej anatomicznej budowy rogówki (wielowarstwowy nabłonek, brak tkanki adenoidalnej). K. polemizuje z poglądem M-a, co do nieswoistości jaglicy z jego mniemaniem, że każda postać ostrego zapalenia spojówki w odpowiednich warunkach (brak zupełny lub niedostateczność leczenia, niezachowanie zasadniczych wymagań higieny ciała w ogólności, a oezu w szczególności i t. d.) przejść może w stan przewlekły, czyli jaglicę. Aczkolwiek w praktyce nie często spotykamy ostre granulacye, jednak K. zna parę przypadków niewątpliwych, gdzie u osób najzupełniej zdrowych nadzwyczaj szybko wystąpił obraz kliniczny rozwiniętej jaglicy, a cały następny przebieg również przemawiał

za tem. Nie może się również zgodzić K. ze zdaniem M-a, że jaglica nie jest zaraźliwa jako taka i że od chorego na jaglicę można się tylko zarazić ostrem zapaleniem spojówki. Ujemny wynik przenoszenia wydzieliny chorego na jaglicę lub zawartości ziaren jagliczych do zdrowego worka spojówki nie przekonywa o niezaraźliwości jaglicy, gdyż podobny sposób zakażenia daje wyniki również ujemne przy wielu innych chorobach niewątpliwie zakaźnych. Zgadza się z M-em, że od chorego na jaglicę można zarazić się zwykłym ostrem zapaleniem spojówki, lecz zależy to od t. zw. infekcyi mieszanej, którą bardzo często spotykamy u chorych na jaglicę. Słyszczając poglądy M-a, zawarte w jego pracy, K. jest zdania, że autor nie posunął naprzód naszych wiadomości o jaglicy i nie wyświeilił zagadnień oczywiście jeszcze niezupełnie jasnych w tej dziedzinie, zwłaszcza dotyczących etyologii jaglicy.

Lorentowicz, jako gość, zabiera głos dla sprostowania niektórych niedokładności z dziedziny ginekologii, zawartych w pracach M-a. Zdaniem L-a Mutermilch mylnie mniema, że błony śluzowe, pokryte wielowarstwowym nabłonkiem, nie mogą być siedliskiem zapaleń przewlekłych. Na dowód przytacza szereg zapaleń błony śluzowej pochwy, jak *colpitis adhaesiva*, *colpitis catarrhalis granulosa*, które z punktu widzenia anatomo-patologicznego stanowią typowy przypadek zapalenia przewlekłego. Również jako ginekolog, obeznany z badaniem tkanek, musi zaprotestować przeciwko twierdzeniu M-a, że t. zw. *psoriasis uteri*, czyli zmiana nabłonka macicy na skórzasty, jako skutek przewlekłego zapalenia śluzówki, jest zjawiskiem częstym. W piśmiennictwie ginekologicznem ostatniej doby ta nazwa prawie nie jest uwzględniona, gdyż ściśle badania anatomiczne wykazały bezpodstawność zachowania tej jednostki chorobnej.

Mutermilch w odpowiedzi Kamockiemu zaznacza, że jego pogląd na istotę jaglicy jest odmienny od poglądu większości badaczy, gdyż dotąd jeszcze follikul stanowi dla wielu integralną część obrazu klinicznego jaglicy, gdy dla niego grudki (follikuly) nie mają w sobie nic patognomicznego dla jaglicy. Jego pogląd na łuszczkę jagliczą ugruntowany na badaniu wielu przypadków jaglicy pod względem histologicznym, również nie był dotychczas przez nikogo wypowiedziany, a że jest słuszny, każdy może się przekonać, kto zbada drobnowidzem spojówkę w przypadku jaglicy powikłanym przez łuszczkę. Nie może się zgodzić z poglądem na jaglicę, jako na postać chorobną swoistą, gdyż zna wiele przypadków ropotoku spojówki (tryptowego) u dzieci i noworodków, które spostrzegł od chwili powstania choroby, a które w następstwie da-

wały klasyczny obraz rozwiniętej jaglicy, więc znamienne blizny spojówki, podwinięcie rzęs, skrzywienie tarczki, łuszczkę itd.

Protokół posiedzenia d. 17 marca 1910 r.

Obecnych 15-u członków.

Przewodniczący odczytuje list prof. Wicherkiewicza, zapraszający Towarzystwo do udziału w zamierzonym zjeździe okulistów polskich w Krakowie w lipcu r. b.

Endelman przedstawia chorobę po przebytej *embolia arteriae centralis retinae* jednego oka. Chora, lat 20, ma od paru lat wadę serca po przebytych reumatyzmie.

Przed dwoma laty — niedowład lewych kończyn z utratą mowy (*Embolia art. fossae Sylvi*). Wkrótce nastąpiła zupełna poprawa. Przed czterema niespełna tygodniami chora po przebudzeniu się zrana spostrzegła, że utraciła zupełnie wzrok w oku prawem. Jednocześnie wystąpił obrzęk powiek tego oka i dotkliwy ból gałki, zwłaszcza na lekki choćby ucisk. Przy pierwszym badaniu, w 48 godzin po ociemnieniu, stan oka był następujący: obrzęk powiek, nieco przechodzący na czoło i policzek, spojówka gałki obrzękła, z przymkniętej szczeliny powiekowej wystaje wał spojówki. Zrenicza rozszerzona, na światło nie oddziaływa. Ruchy gałki zniesione we wszystkich kierunkach, gałka nieco wysadzona ku przodowi i nazwewnątrz, pozostała pewna ruchomość nazwewnątrz, ale przy tym ruchu chora odczuwa silny ból. Ucisk na gałkę nadzwyczaj bolesny. Poczucia światła niema. Wziernik wykazuje znamienny obraz zatoru tętnicy środkowej i tętnice nitkowate, okolica tarczy na znacznym obszarze zbiełała, w płamce żółtej plama ciemno-czerwona. Prócz zupełnego przerwania krwiobiegu w tętnicach, w żyłach na tarczy w wielu miejscach widać zatamowanie krążenia, gdyż światło naczyń w wielu miejscach jest wypełnione przerywanymi słupkami krwi. Ten obraz można najlepiej porównać z przerywanymi słupkami rtęci w zepsutym termometrze.

W przebiegu choroby obrzęk skóry, wysądzenie gałki i bolesność szybko znikły, ruchy gałki wróciły do stanu prawidłowego, pozostała ślepota. Obecnie obraz wziernikowy zmienił się o tyle, że zaćmienie części siatkówki, przyległej do tarczy, ustąpiło miejsca zmianom wstecznym w postaci nieprawidłowo rozsianych mniejszych i większych grudek barwnika, przypominających zmiany, które zachodzą w siatkówce przy *retinitis pigmentosa*. Tętnice są widoczne, aczkolwiek wąskie, w nich zmiany, jakie napotykamy przy *endo- i peri-arteriitis*, w żyłach w niektórych miejscach wi-

dać jeszcze słupki krwi, przerywane przestrzeniami niewypelnionemi krwią.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: powikłanie *emboliae arteriae centralis* sprawą zakrzepową w naczyniach oczodołu, co wywołało wysadzenie i unieruchomienie gałki, bóle i obrzęk powiek, powtóre, z tego względu, że świadczy dowodnie, jak szybko wytwarzają się zmiany wsteczne w siatkówce, pozbawionej zwykłego dopływu krwi.

Endelman odczytuje referat: »Leczenie cierpień dróg nosowożowych za pomocą drenowania stałego (metoda Kostera)«. Ogłoszono w »Medycynie i Kronice Lekarskiej« 1910 r. Pokazuje dwie chore, leczone metodą Kostera z wynikiem bardzo zachęcającym do dalszych prób w tym kierunku. Na trzeciej chorej E. pokazuje sposób wprowadzenia nitki jedwabnej przez dolny przewód łożowy i przewód nosożowy do nosa.

Protokół posiedzenia d. 21 kwietnia 1910 r.

Obecnych 18 członków.

Ziemiński pokazuje chorą, której usunięto wagra z pod siatkówki w okolicy plamki żółtej.

Bychowski zabiera głos: »W sprawie nierówności źrenic«. Było ogłoszone w Postępie Okulistycznym. (1910, N. 10 i 11).

W dyskusyi zaznacza Ziemiński:

W pewnym przypadku wybitnej nierówności źrenic, dla której nie mógł znaleźć wytłumaczenia w warunkach miejscowych oka, B y c h o w s k i, do którego Z. skierował chorego, odnalazł stare blizny na szyi po sprawie zapalnej w gruczołach, najprawdopodobniej gruźliczego pochodzenia.

Endelman zwraca uwagę, że nierówność źrenic niewątpliwie zależy może jedynie od rozmaitej budowy obu gałek, że różnomierność oczu (*anisometropia*) stosunkowo często może być przyczyną nierówności źrenic.

Dlatego też nierówności źrenic nie należy przypisywać szerszego znaczenia rozpoznawczego przy dobrze zachowanej czynności odruchowej.

B. R. G e p n e r widywał przypadki nierówności źrenic w oczach z dawnymi zmianami w siatkówce lub naczyniówce. Na zasadzie własnego doświadczenia przypisuje wielkie znaczenie niekształtnieniu przy nierówności źrenic dla rozpoznania przymiotu mózgu.

W u l f f s o n również jest zdania, że nierówność źrenic zdarzać się może na gruncie anisotropii.

Bychowski w odpowiedzi oponentom zaznacza, że nie odrzuca embryogenetycznej nierówności źrenic, zależnej od rozmaitej budowy gałek, pragnął jedynie swoim odczytem zwrócić baczniejszą uwagę na różne możliwości, jakie wpływać mogą na nierównomierność źrenic i pobudzić do badań dokładnych w tym kierunku.

Protokół posiedzenia d. 19 maja 1910 r.

Obecnych 14 członków.

Endelman przedstawia chorą 12-tetnią z *ophthalmoplegia interna et paralysis convergentiae*. Chora jako 6-o miesięczne dziecko przechodziła jakąś ciężką, bliżej nie dającą się określić, chorobę mózgową. Dziecko rozwija się słabo pod względem umysłowym; matka nie zauważyła u dziecka zaburzeń ze strony układu nerwowego. Badanie oczu wykazuje: źrenice kształtu prostokątów z zaokrąglonymi kątami, prawa nieco szersza, zupełna nieruchomość źrenic na wszelkie bodźce.

W. pr. o. (cyl. \pm 3·0 Dt) = 0·4; W. l. o. (cyl. \pm 2·0 Dt) = 0·4 - 0·5. Czyta druk Weckera N. 3 tylko w odległości 17 cm.; zbliżenie, choćby najnieznaczniejsze, pozbawia chorą możliwości czytania. Ruchy skojarzone gałek zachowane we wszystkich kierunkach, natomiast brak zupełny ruchów zbieżnych. Przy badaniu szklami barwnymi niekiedy i chwilowo występują skrzyżowane obrazy podwójne przy nieznacznej odległości, zwykle, jednak chora dwojenia nie doznaje.

Matusewiczówna przedstawia chorego z wrodzonym guzem nagałkowym. W związku z opisem tego przypadku podaje krótki rys dotychczasowych wiadomości w tej sprawie. W przypadku pokazanym umiejscowienie, zewnętrzny wygląd i inne cechy pozwalają przypuszczać, że chodzi tu o *lipodermoid* lub *teratoid* gałki. W dyskusji dotyczącej się po części pochodzenia, a głównie sposobu operowania narośli nagałkowych, zabierają głos: Ziemiński, Gepner (syn), Endelman i Wulffson.

Protokół posiedzenia d. 20 października 1910 r.

Obecnych 17 członków.

Kopezyński przedstawia chorą, wyleczoną z ostrego wodogłowia wewnętrznego przez trepanację paliatywną. Rozpatrując istotę tego przypadku, mowca podkreśla szereg wybitnych punktów:

1o. zaznacza związek zniekształtnienia czaszki (*exycephalia*) z zanikiem nerwów ocznych. Związek ten podkreślają lekarze,

którzy badali ociemniałych w zakładach specjalnych. Do 15% ślepych od urodzenia lub ociemniałych w pierwszych latach dzieciństwa wykazuje ostrogłowie (Turmschädel) z wytrzeszczem, zezem, ślepotą, utratą powonienia, zwykle z zachowaną inteligencją. Zapewne chodzi tu o *meningitis* na tle krzywicy, obarczenia neuropatycznego lub innych przyczyn.

Stopniowe nagromadzenie się płynu w komorach mózgowych, drażniące kości czaszki, wywołało przedwczesne skostnienie szwów, stożkowatość czaszki, a ciśnienie wzmożone wewnątrzczaszkowe, nie mogąc się wyładować ku górze, zwróciło się ku dołowi i przez ucisk spowodowało zanik nerwów wzrokowych i węchowych.

Jeżeli już w dziecięctwie nastąpił zanik nerwów wzrokowych, to takie osobniki z czasem ulegają zapaleniu komór mózgowych i ślepną, co też zaszło u przedstawionej chorej.

2o. Mówca zwraca uwagę na objawy psychiczne, powstałe u chorej już po wystąpieniu ślepoty: dezorientacja, patologiczna wesołość, halucynacje wzrokowe.

Wprawdzie samo wzmożenie ciśnienia wystarcza do powstania u chorego psychoz (np. psychozy przy nowotworach mózgu), tu jednak powstanie zaburzeń psychicznych bezpośrednio po osłabnięciu świadczy o związku genetycznym pomiędzy temi sprawami, fakt notowany przez klinicystów, przyczem chorzy nie zdają sobie sprawy z istniejącej u nich ślepoty lub twierdzą, jak nasza chora, że widzą.

3o. Mówca podkreśla ważność stosowania zabiegu operacyjnego w podobnych przypadkach, kiedy ciśnienie wewnątrzczaszkowe wzrasta, a choremu grozi ślepota. Jaskrawem świadectwem tego jest przedstawiona chora, której trepanacja paliatywna po dwóch tygodniach zupełnej ślepoty przywróciła wzrok częściowo choć na prawem oku, a dokonana wcześniej zapewne przywróciłaby i na lewem.

Mówca rozszerza swe wskazania do trepanacji paliatywnej i zaleca dokonywanie jej we wszystkich przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, tem bardziej, że nigdy nie jesteśmy bezwzględnie pewni, czy chodzi o nowotwór mózgu, czy o sprawę, symulującą nowotwór (*pseudotumor Novuiego*, ostry obrzęk mózgu Reinharda, *meningitis serosa*). Nawet w pierwszym przypadku zabezpieczenie chorego od ślepoty choć na parę miesięcy przed śmiercią stanowi wskazanie do zabiegu, w drugim zaś gwałtowne objawy często same ustępują, a powstaje po przebytej chorobie kalectwo-ślepota, o ile się temu zawczasu nie zapobiegło na drodze trepanacji paliatywnej.

Protokół posiedzenia d. 17 listopada 1910 r.

Obecnych 17 członków.

B. R. Gepner przedstawia chorego po urazie ocznym. Mężczyzna 48-letni uległ uderzeniu młotem w okolicę oka lewego; nastąpił silny ból, krwotok z oka i nosa, puchlina powiek, a wzrok odrazu osłabł. W kilka dni potem wymioty i pogorszenie stanu oka. 9-go dnia w ambulatoryum Instytutu stwierdzono obrzęk powiek, wysadzenie i unieruchomienie gałki, błądź tarczy nerwu wzrokowego. Rozpoznano krwotok oczodołu.

G. widział chorego na 11-ty dzień: skóra powiek wysadzonych przez gałkę, napięta, czerwona, gorąca, okolica kości twarzy bolesna; rozsnać powiek nie można; bardzo silne bóle, stan gorączkowy. Chory przybył do Instytutu Oftal. dopiero w 3 dni potem z ropniem dolnej powieki już samoistnie otwartym. Po paru dniach można było rozchylić powieki; gałka okazała się mocno wysadzoną, zupełnie nieruchomą, nieznacznie tylko przekrwioną; wybroczyn podłącznicowych nie było; u wewnętrznego kąta powiek niewielki obrzęk łącznicy. Źrenica średnio szeroka, nieruchoma; tarcza nerwu biała, naczynia tętnicze cienkie, ledwie widoczne, żyłne niewiele rozszerzone; liczne wybroczyny w siatkówce; pęknięcia naczyńki nie ma. W. = O.

Po miesiącu trzeszcz gałki minął, ruchy jej powróciły do normy. Tarcze nerwu wzrokowego, stosunki naczyniowe jak wyżej. G. zastanawia się nad tem, jak powstały opisane objawy i czy należy je przypisać samemu krwotokowi, wywołanemu przez uderzenie z jednoczesnem, być może, pęknięciem ścian oczodołu, czy też następczemu ograniczonemu zapaleniu tkanki oczodołowej, skłaniając się do pierwszego przypuszczenia.

B. R. Gepner pokazuje rentgenogram z przypadku postrzału śrutem obu oczów; w obu gałkach widać cienie śrutek. W każdym oku było po jednej ranie na granicy rogówki i twardówki, symetrycznie u zewnętrznych końców południka poziomego. W oku lewym odrazu nastąpiło całkowite odklejenie siatkówki. W oku prawym tężówka od strony zewnętrznej była na przestrzeni $\frac{1}{4}$ obwodu oderwana. Soczewki w obu oczach nie uszkodzone. Na dnie w miejscu, przeciwnie ranie, wybroczyna na siatkówce od wewnątrz i dołu ograniczone oderwanie siatkówki.

Po wessaniu się wylewów do ciała szklistego bystrość widzenia wynosiła 0.25, stopniowo jednak w miejscu wybroczyny na siatkówce powstała szaro-biała plama i widać było taśmowaty męt, idący od tej plamy ku dołowi i wewnątrz w kierunku oderwanej siatkówki. Wzrok począł słabnąć, oderwanie siatkówki rozszerzało się coraz dalej.

Chory (13-letni chłopiec) wyszedł z Instytutu, licząc obwodowo palce na 3 metry.

B. R. Gepner przestawił chorego, któremu usunął lipodermoid gałki, przedstawionego na jednym z poprzednich posiedzeń. Wynik kosmetyczny zadawalniający.

B. R. Gepner pokazał kawałek żelaza wagi 22 mgr., wydobyty elektromagnesem Hirschberga przez cięcie w twardówce. W dwa tygodnie po operacji — bystrość widzenia = 0,25. Wybroczyny do ciała szklistego.

Endelman pokazuje 3 chorych:

1) Chłopca, lat 15, na jednym z zeszlórocznych posiedzeń już przedstawionego z wiosennym niezłym spojówką.

Po 8-io miesięcznym, obojętnym leczeniu, spojówka lewego oka odzyskała wygląd prawidłowy, natomiastna spojówce tarczki górnej prawego oka powstały twory wydłużone w kształcie brodawek o barwie mleczno-różowej.

2) Chorą, lat 30, z silnie rozwiniętą gruźlicą płuc z iridocyclitis obu oczu, ślepotą lewego oka i zarośnięciem prawej źrenicy. W ciągu 2 lat dokonano na oku prawem 2-ch irydektomii i 2-ch irydotomii; zwykle po każdej operacji siła widzenia się polepsza, lecz po pewnym czasie następuje zaostrzenie sprawy zapalnej i zarośnięcie sztucznie wytworzonej źrenicy. Obecnie wobec dobrego poczucia światła i prawidłowego rzutowania, a zupełnej bezskuteczności wszelkich zabiegów operacyjnych, E. ma zamiar poddać chorą leczeniu zastrzykiwaniami podskórnymi tuberkuliny Kocha.

3. Chorą, lat 29, dotkniętą odklejeniem siatkówki, które przy leczeniu t. zw. pokojowym (>friedliche Behandlung<)), polegającym na leżeniu w łóżku, lekkiej opasce, KJ i kuracyi napotnej uległo znacznej poprawie i przedmiotowo i podmiotowo. Bystrość widzenia dawniej = ruchy ręki przed okiem, obecnie wynosi niespełna 0,1, a wziernik wykazuje, że siatkówka przykleiła się w miejscach, gdzie przedtem było dość znaczne odklejenie.

Br. Ziemiński odczytuje pracę p. t.: >Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków, łamiących światło<.

IV. ROZMAITOŚCI.

Śmiertelność w przypadkach retinitis albuminurica.
Doświadczenie powszechne stwierdza, że pojawienie się zmian

w siatkówce w przebiegu choroby Brighta należy uważać za *signum pessimi ominis quoad vitam*. W ostatnim listopadowym zeszytcie »Journal Médical Français« podaje Brunetiére zestawienie cyfrowe dwunastu wykazów statystycznych z prac różnych autorów, odnoszących się do tego przedmiotu. Cyfry te są aż nadto wymowne i potwierdzają w zupełności rolę *retinitis albuminurica* jako zwiastuna rychłej śmierci. W liczbie 933 przypadków *retinitis albuminurica* stwierdzono zejście śmiertelne choroby Brighta w 709 przypadkach (79·1%). Z tego w pierwszym roku po wystąpieniu zmian w siatkówce zmarło 59·2%, w drugim roku 18%, a w latach następnych 2·6%. Brunetiére przypuszcza, że cyfry te leżą jeszcze poniżej rzeczywistości, bo wszyscy autorowie, których sprawozdania objął powyższem zbiorowem zestawieniem przyznają, że pewną liczbę chorych stracili z oczu i nie mogli potem o nich zasięgnąć żadnych wiadomości. Niewątpliwie i w tej kategorii chorych śmierć zebrała jeszcze plon obfity.

K. W. M.

Już Nettleship, Hirschberg i inni zwracali uwagę na złowrogie przewidywanie, powstające dla życia chorego z chwilą, gdy objawia się *retinitis albuminurica*.

Sam przed laty ciekawe zrobiłem spostrzeżenie, wykazujące, że chorzy o stanie swym nie mieli wyobrażenia, a dopiero przypadkowy przeze mnie stwierdzony obraz wzernikowy dał powód do zwrócenia im uwagi na poważny stan zdrowia. Chodziło o dwóch braci, z których jeden był lekarzem, cierpiących na bóle głowy. Pacjent-lekarz odnosił je do wadliwego stanu oczu, przeciw któremu miałem mu szkła przepisać. Śmierć obu braci, mimo podjętego starannego leczenia, nastąpiła, po rozpoznaniu stanu nerkowego z oczu, w przeciągu trzech miesięcy.

Wicherkiewicz.

Z oftalmologii porównawczej. Stargardt miał sposobność stwierdzić u małpy w rodzaju *Macaccus Rhesus* dość znaczną myopię na jednym oku 5,°D, na drugim 5,5 D. Pozatem oczy były zupełnie prawidłowe: Krzywizna rogówki, przednia komora, soczewka nie okazywała żadnych zmian. Była to krótkowzroczność osiowa *mp. axialis*, oś przednio-tylna 21 mm, oś poprzeczna 18 mm.

K. W. M.

Towarzystwo opieki nad ociemniałymi zawiązało się w Warszawie. Wobec tego, że w Królestwie samem naliczono aż 7 tysięcy ociemniałych akcyą, jaką rozpoczęli założyciele tego to-

warzystwa — Róża hr. Czaeka, Wanda hr. Krasieńska, Antoni Górski, Bolesław Gepner, Aleksander Jackowski i Stanisław Bukowiecki — jest bardzo na czasie, a nowo powstałemu towarzystwu życzymy z całego serca, by się rozwijało dla ulżenia losu pozbawionych najcenniejszego zmysłu. W.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W chwili zamknięcia numeru dowiadujemy się o śmierci nagłej z udaru sercowego prof. Adama Szulistawskiego, naszego długoletniego współpracownika na polu praktyki okulistycznej i literackiej.

Bliższe szczegóły z życia ś. p. prof. Szulistawskiego podamy w następnym numerze.

W.

VI. OD REDAKCYI.

O bezpłatnem wysyłaniu P. O. jako też o wymianie z innymi czasopismami decyduje nie **Administracja** lecz **Redakcja**, do której z odnośnemi wnioskami prosimy się zwracać.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZIE.

Listopad. Grudzień.	→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←	1911.
------------------------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Leczenie kataforezą galwaniczną (jonizacja)
ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki
(*maculitis*) i pozapłamkowych w naczyniówce
(*chorioiditis ad maculam*).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek. w Petersburgu.

Już bardzo niewielkie zmiany chorobowe w okolicy jamki naośnej w siatkówce lub poza jamką w naczyniówce spowodują utratę widzenia naośnego.

Zmiany te wyrażają się podmiotowo albo widzeniem mniejszej lub większej plamy w miejscu naośnego widzenia, albo brakiem w widzeniu naośnem.

Brak w widzeniu naośnem jest oznaką zniszczenia w tem miejscu utkania siatkówki, plama przeciwnie jest dowodem, że utkanie w jamce naośnej zostało przynajmniej częściowo zachowane, ale twory chorobowe, nagromadzone przed jamką

i w jamce: krew, wysięki, pigment, resztki utkania zasłaniają jamkę naośną przed padającym na nią obrazem przedmiotu.

Jakkolwiek twory chorobowe, zasłaniające jamkę naośną lub nawet przenikające ją, mogą już same przez się ulegać rozkładowi i wessaniu, to jednak zawsze pozostaje w miejscu byłego ogniska wielka ilość resztek wsiękanii nieulegających.

Otóż do usuwania tych pozostałych resztek w wysokim stopniu upośledzających widzenie naośne używam od wielu już lat i nieraz z bardzo dobrym wynikiem galwanicznej kataforezy.

Kataforezą w elektroterapii oznaczają wprowadzanie do organizmu leków przez nieuszkodzoną skórę.

Sposób ten wprowadzania leków do ustroju oparty jest na spostrzeżeniu, że prąd elektryczny może przenosić cząsteczki ciał od anody do katody, jak to widzimy w lampie łukowej Davy'ego, gdzie przenoszone są od anody do katody, cząsteczki węgla na końcówkach węglowych.

Przemieszczania cieczy od anody do katody dowiódł w r. 1863 Quinke:

Przepuszczał on prąd galwaniczny przez wążką lekko wychyloną cewkę stożkową z przymocowanymi do niej dwoma pręcikami platynowymi, w cewce znajdował się niewielki słupek cieczy. Przy połączeniu dolnego pręcika z anodą, a górnego z katodą słupek cieczy posuwał się ku górze.

Ponieważ tkanki ciała ludzkiego mogą być przyrównane do układu cewek stożkowych, więc przepuszczając prąd galwaniczny przez nieuszkodzoną skórę, możemy ciecze przyłożone do skóry wprowadzić w głąb ludzkiego ciała.

W. Kühne łączył pod drobnowidem dwa końce żywego włókna mięśniowego i spostrzegał przemieszczenie treści włókna w kierunku od anody do katody; przytem włókno mięśniowe naocznie pęczniało przy końcówce odbierającej t. j. przy anodzie.

Należy zaznaczyć, że przemieszczeniu ulegają nie tylko ciecze nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity.

Przytem jedne ze składników mogą być wprowadzone

w głąb ciała tylko przez anodę, drugie tylko przez katodę. Przez anodę mogą być wprowadzone metale i alkaloidy, bo te dążą do katody; przez katodę kwasy i metaloidy, bo kwasy i metaloidy dążą do anody. Przy wprowadzeniu do ciała elektrolity ulegają dysocjacji swych drobin zwanych tu jonami.

Pęd, z jakim jony przenikają do tkanek, jest różny dla różnego rodzaju jonów, ale ogólnie jest niewielki i dla tego seanse jonizacji muszą być długie np. 45 a nawet 60 minut.

Dla kateforezy używane były szklane cewki napełnione roztworami cieczy, zamiast cewki szklanej Richardson używał kawałka zwykłej gąbki, napojonej roztworem leku. Richardson wprowadzał w ten sposób znieczulający płyn w głąb ciała i otrzymywał całkowite znieczulenie na całej przestrzeni pomiędzy dwoma końcówkami prądu. Ten sposób znieczulania Richardson oznaczył mianem »Voltaic Narcotism«, używał go dla znieczulenia garbiaka przedniego rogówki.

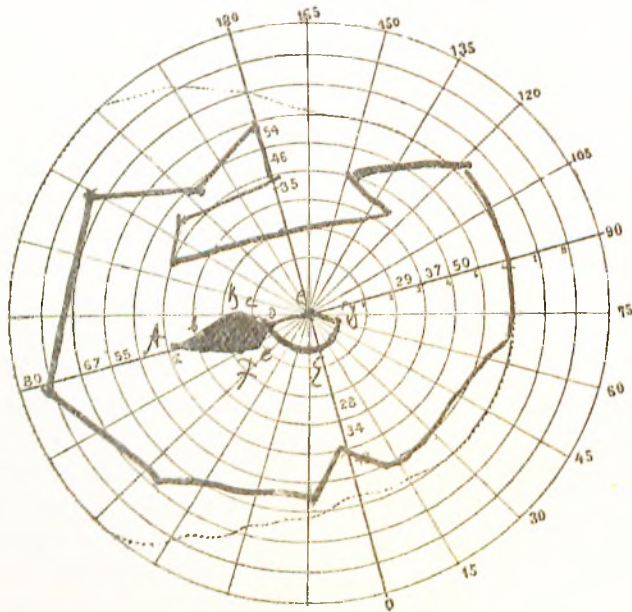
Wagner używał kateforezy dla miejscowego znieczulania przy wykonywaniu mniejszych zabiegów leczenia ręcznego.

Jako anody używał gąbki mającej w obwodzie 7.5 cm, umoczonej w 5% roztworze kokainy. Prądu używał o sile 6 MA przez 5 minut.

Lewandowski powtórzył doświadczenia Wagnera ze znieczulaniem, używając roztworu 15%—20% kokainy, ale o sile prądu o połowę mniejszej — 3M również w ciągu 5-ciu minut. Porównawcze doświadczenia z galwanizacją, ale bez kokainy i z kokainą, ale bez galwanizacji nie sprowadzały znieczulenia.

Munk wprowadzał przez nieuszkodzoną skórę do głębiej położonych tkanek roztwory jodku potasu i chininy, stwierdzając następnie ich obecność w wydzielinach śliny i moczu. Oprócz jodku potasu i chininy wprowadzano i strychninę, mianowicie anodę w postaci gąbki, napojonej roztworem strychniny stawiano na skórze królika po usunięciu z danego miejsca sierści i przepuszczano następnie prąd galwaniczny i królik już po upływie kilku minut umierał przy objawach otrucia strychniną.

Już od dawna używam kataforezy przy leczeniu ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozapłamkowych w naczyniówce (*chorioiditis ad maculam*). Ogniska te rzadko kiedy niszczą całkowicie utkanie płamkowe siatkówki i o wiele częściej przeszkadzają widzeniu naośnemu resztki wybroczynowe powstałe w plamce, przed płamką lub poza płamką.

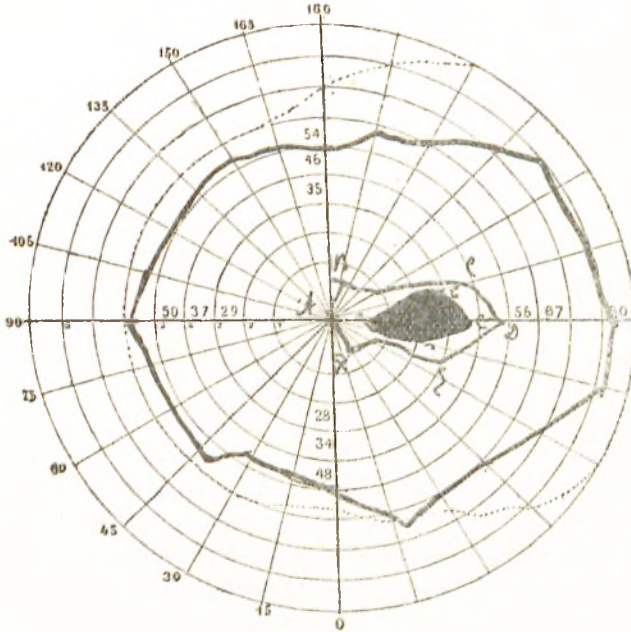


Byłoby rzeczą wielkiej wagi zachować te części utkania płamkowego siatkówki, które nie zostały zniszczone, a tylko uciśnięte i uposledzone w odżywianiu dzięki właśnie tym resztkom po sprawach zapalnych i wybroczynowych.

Stwierdzić zachowanie chociażby tylko częściowe utkania płamkowego w siatkówce można z łatwością. Chory bowiem przy całkowitem zniszczeniu utkania płamkowego w siatkówce ma wrażenie nieobecności tej części przedmiotu, na którą ustala swe oko; przy zachowaniu utkania płamkowego

po za ogniskiem udarowem chory ma wrazenie plamy, przeszkadzajacej mu widziec miejsce ustalenia swego spojrzania.

Opierajac sie na fakcie, ze prad w cieczach, nieulegajacych rozkladowi, przenosi ciecz i czastki stale w niej zawarte od anody do katody, postanowilem uzyć prądu galwanicznego dla usuwania resztek pozapalnych, zanieczyszczajacych jamkę



naosną siatkówki (*translavatio*). Prąd galwaniczny przechodzi przez spojówkę gałki, twardówkę, ciało szkliste, następnie płynie przez siatkówkę, unosząc luźne cząsteczki, zawarte w ognisku poudarowem lub powysiżkowem do przestworów chłonnych, działając jednocześnie na wytwory chorobowe rozkładowo, a na zachowane jeszcze części utkrania katalitycznie.

Działanie katalityczne, jak wiadomo, jest działaniem fizyologicznem prądu, mianowicie rozszerzaniem i zwężaniem naczyń krwionośnych i chłonnych, powiększaniem i pomniejsz-

szaniem ciśnienia wewnątrztkankowego, działaniem ożywczem na włókna nerwowe i komórki.

Działanie rozkładowe galwanicznego prądu polega na t. zw. jonizacji, która polega na tem, że ciała ulegające rozkładowi pod działaniem prądu galwanicznego, unoszone są w dwóch przeciwnych kierunkach: jedne do anody, drugie do katody.

Do anody dążą: tlen, chlor, jod, kwasy; do katody: wodór, potas, sod, miedź, ługi. Przytem rozkład nie ogranicza się tylko do cząsteczek bezpośrednio przylegających do katody lub anody, ale odbywa się ów rozkład na całej drodze pomiędzy obydwoma biegunami. Zapomocą jonizacji możemy nie tylko działać rozkładowo na pozapalne i poudarowe ognisko w siatkówce, ale i wprowadzać w odpowiedniem rozcieńczeniu swoiste leki, jak np. dwuchlorek rtęci, jodek potasu i sodu.

Co do siły prądu, to jakkolwiek wielu autorów mniema, że prąd o sile 2 miliamperów przez przeciąg 2 minut może być używany bez obawy, to jednak ciżsami donoszą, że dwa miliampery w ciągu 5 minut sprowadzają uszkodzenie w utkaniu rogówki. Należy pamiętać, że gdy idzie o oko, to mamy tu do czynienia z utkaniem o wiele delikatniejszym niż w innych działach elektroterapii. Siatkówka nie znosi silniejszych prądów nad 1·4 miliampera; należy więc używać nie więcej niż 1 miliamper, a zaczynać od $\frac{1}{2}$ miliampera, przytem nigdy dłużej nad dwie minuty.

Używam do kataforezy hydroelektrody¹, przyrząd ten był dokładnie opisany z podaniem rysunku w Postępie okulistycznym².

Hydroelektroda jest zwykłym kropłomierzem, wzdłuż którego przechodzi pręt metalowy z platynowym końcem; pręt ten połączony jest zakrętką z przewodnikiem układu galwanicznego.

Sposób postępowania z hydroelektrodą przy leczeniu kataforezą jest następujący:

Usadawia się chorego na krześle z wysoką poręczą

i przechyla się mu głowę w tył. Następnie wskazicielem lewej ręki unosi się powiekę górną, a paluchem tejże ręki odciąga się powiekę dolną ku dołowi.

Teraz hydroelektrodą wlewa się roztwór do worka spojówki, nie dotykając końcem hydroelektrody spojówki i nie przerywając związku między cieczą w worku spojówki i cieczą w cewce hydroelektrody, przepuszcza się prąd galwaniczny przez czas od 60 do 120 sekund. Druga elektroda stawia się na karku lub pod żuchwą tej strony, po której znajduje się poddana kataforezie siatkówka.

Być może należałoby ściślej odróżnić sposób kataforezy od sposobu jonizacyi, rozumiejąc pod kataforezą samo tylko przenoszenie cieczy od anody ku katodzie, podjonizacya zaś i rozkład elektrolitu na aniony i kationy z przenoszeniem anionów ku anodzie, a kationów ku katodzie.

Ponieważ używam kataforezy i jonizacyi już od dawna w chorobach naczyniówki, siatkówki i ciała szklistego, mógł bym więc przytoczyć na potwierdzenie skuteczności tej metody bardzo wiele wypadków, uważam to jednak za zbyt czone i tylko dla przykładu pozwolę sobie podać jeden z nich.

P. Lw., l. 60, z Tweru. zwróciła się do lecznicy ocznej w Pohulance po raz pierwszy 4-go maja 1898 r., skarżąc się na niemożność czytania, pisania i wogóle widzenia drobnych przedmiotów. Badanie przedmiotowe wykazało: braki widzenia naośnego w obu oczach, przy wysokim stopniu krótkoogniskowości — 20 D; rozlane zapalenie twardówko-naczyniówkowe i ognisko-pozaplamkowe w naczyniówce (*sclerochorioiditis diffus. et chorioiditis ad maculam oc. utr.*).

Na załączonym rysunku linia *A B C D E* określa braki w polu widzenia przed leczeniem kataforezą; linia *a b c d e* określa braki w polu widzenia po przebytem leczeniu kataforezą. Chora znajduje się stale pod dozorem, przyjeżdżając co rok do Pohulanki. Ostatnio widziałem chorą we wrześniu r. b. Pisze ona i czyta z zupełną łatwością, uskarża się jednak, że w oku lewem dotąd linie druku są nieco wykrzywione ku dołowi.

Literatura.

1. Noiszewski. Demonstracya hydroelektrody. Sekeya okulistyczna VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891 r.
— Eine Hydroelektrode. Centr. f. pr. Augenheilkunde Febr. heft.
— Trudy V. sjezda ros. wraczej. Petersburg 1894.
2. Noiszewski. Hydroelektryzacya oka. Postęp okulistyczny. Listopad, r. 1900, str. 409—418.



Z c. k. kliniki okulistycznej Uniw. Jag. R. dw. Prof. Wicherkiewicza
w Krakowie.

Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Podał

Dr MARYAN SZAFŃICKI,

asystent prywatny.

O powiększeniu plamy Mariotta w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego nie spotykamy w literaturze za ostatnie 30 lat żadnej wzmianki. W odnośnych przypadkach autorzy, badając pole widzenia, znajdowali inne nieprawidłowości, jak: zwężenie częściowe lub całkowite, *scotoma centrale*, a jeśli spotykamy wzmiankę o *scotoma paracentrale*, to nigdy z pewnością twierdzić nie można, że odnosi się to do powiększenia plamy Mariotta. Dopiero w podręczniku Axenfelda, a następnie w pracy Van der Hoeve'go spotykamy następujący ustęp: »Dass dieses Scotom (t. j. powiększona plama Mariotta) gefunden wird bei allen Abweichungen, welche die Papille vergrössern oder Atrophie ihrer Umgebung verursachen, wie markhaltige Nervenfasern, cirkumpapiläre Retinalatrophie bei Myopie, Stauungspapille u. s. w. ist ohne weiteres deutlich und kann hier ohne Betracht bleiben«.

Te dwie książki dostały się do moich rąk, kiedy przeglądanie odnośnej literatury było już w toku i to skłoniło mnie do tem usilniejszej pracy nad wyszukiwaniem odnośnych źródeł. Pierwszą zachętą do tego usłyszałem z ust szefa mego prof. Wicherkiewicza. Nie szczędził mi on licznych uwag i przypadków z własnej praktyki, za co składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

W bardzo wielu przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego autorzy nie wspominają nie o badaniu pola widzenia, nawet tam, gdzie bystrość wzrokowa pozwalała na tego rodzaju badanie. Inni autorzy, jak: Wilbrandt, Horstmann, Pufahl, Adamiuk, Viques, Klopfer, Coppez, Veasey, Königshöfer, Crzelitzer, Brückner, Liebrecht, Derby, Fleischer, Bichellonne, Parisotti, Hippel, Knapp, Le Roux, Strzemiński badając pole widzenia w odnośnych przypadkach nie znajdowali powiększenia plamy Mariotta, lecz inne zmiany. O pracach tych autorów wspominać nie będę. Ponieważ chodzi głównie o wykazanie ścisłego związku między zmianą anatomiczną, a ujawnieniem się jej graficznem, więc nie będę się szczegółowo zatrzymywał nad etyologią poszczególnych wypadków. Mogę tylko zaznaczyć, że etyologia nie odgrywa tu żadnej roli.

Baquis podaje tu przypadek dotyczący dziewczyny 20 letniej, gdzie bez żadnego powodu wystąpiło zapalenie n. wzrokowego. Widzenie przez mgłę, zresztą żadnych objawów podmiotowych. Bystrość wzroku prawidłowa. W polu widzenia *scotoma* sięgające górą 5° , dołem 45° , wewnątrz 10° , zewnątrz 35° , lecz autor nie wspomina o związku z plamą Mariotta, całe to *scotoma* nazywając *centrale*.

Berger miał sposobność leczyć kobietę z powodu osłabienia wzroku, gdzie przyczyną było zatrucie barwikiem anilinowym używanym do włosów. Stwierdził przekrwienie i obrzęk tarczy. Perymetr wykazał *scotoma centrale* na czerwonej i zielonej barwę. Granice: 10° ku górze i dołowi, 10° ku nosowi, a 18° ku skroni. A więc i w tym przypadku *scotoma* obejmowało plamę Mariotta, lecz autorowi to nie podpadło pod

uwagę, gdyż żadnej wzmianki o powiększeniu plamki ślepej w pracy jego nie znalazłem.

Paunz badając dziewczynę 20 letnią z powodu bólów głowy stwierdził obok schorzenia nosa, zaróżwienie i obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego oka prawego. Żyły były rozszerzone, silnie pogięte, tętnice cienkie. W górno-zewnętrzny kwadrancie tarczy pasek krwawy. Granice zewnętrzne pola widzenia prawidłowe, lecz w pośrodku znalazł autor *scotoma paracentrale*, które było prawie koliste, tylko w dolnej środkowej części przerwane; w jakim oddaleniu od środka znajdowało się to *scotoma*? czy można je uważać za powiększenie plamy Mariotta? o tem autor nie wspomina.

Paunz podaje 5 przykładów schorzeń n. wzrokowego, występujących ze zmianami w jamach otaczających. Z tych dwa przytoczę jako najcenniejsze. Tu dopiero można przypuszczać, że autor podejrzewał związek powiększenia się plamy Mariotta z obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego, lecz również wyraźnie o tem nie mówi. W jednym z tych przypadków było: prawostronne ropienie komory tylnej kości sitowej po prawej stronie. Tarcz n. wzrokowego była odbarwiona, granice nieco zatarte, dookoła tarczy liczne duże plamy barwikowe. W części skroniowej pola widzenia w odległości 10° od środka znajdowało się prawie owalne *scotoma* stojące pionowo, przekrój poziomy wynosił 15° , a pionowy 25° , odpowiadałoby to więc w zupełności położeniu plamy Mariotta. Drugi przypadek: Prawostronne zapalenie ostre tylnej komory kości sitowej (i jamy klinowej?). Zapalenie n. wzrokowego po tejże stronie. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe. *Scotoma centrale* bezwzględne dla barwy niebieskiej, względne dla czerwonej. Tarcz wyniosła, granice zatarte, tętnice cienkie, żyły rozdęte $V = \frac{5}{70}$. Po 5-ciu dniach tarcz widoczna $c + 2D$, dno emmetrop., granice bardziej zatarte. Pole widzenia wykazuje *scotoma paracentrale* bezwzględne ku zewnątrz, a także ku dołowi wewnątrz od środka. Granice jego w stopniach nie podane i raczej należałoby się domyślać, że jest ono w związku z plamą Mariotta. Po 14 dniach granice tarczy wyraźniejsze,

tarcza mniej wypukła, naczyńia więcej prawidłowe, *scotoma paracentrale* zniknęło $V = \frac{5}{5}$.

W roku 1909 zjawia się praca Van der Stoeve'go, w której autor wprawdzie sam nie stwierdza związku między zapaleniem n. wzrokowego, a plamą Mariotta, lecz przypuszcza, że związek ten musi być na podstawie pracy wyżej przytoczonej Paunza. Sam autor znajduje powiększoną plamę Mariotta przy innych schorzeniach n. wzrokowego, nawet przy zaniku i na podstawie kilku spostrzeganych przypadków wyraża przypuszenie, że powiększenie plamy Mariotta jest charakterystycznym objawem dla chorób n. wzrokowego wywołanych wskutek schorzeń nosa. — To wszystko, co mogłem znaleźć w odnośnej literaturze.

Korzystając z zachęty i łaskawych rad szefa mego, badałem wszystkie przypadki obrzękowego zapalenia n. wzrokowego, spostrzegane w klinice w ciągu 1910 r. Wspomnę, że badanie pola widzenia u osób mało inteligentnych napotyka tu na wiele trudności, szczególnie w przypadkach, gdzie chodziło o *scotoma* względne. W tych razach wyniki kontrolowałem i podaję tylko tę, które uważam za zupełnie pewne.

1. K. M. ślusarz, l. 10, od dzieciństwa przechodził szkarlatynę i zapalenie płuc, na oczy nigdy nie chorował, rodzice i rodzeństwo zdrowi, od czterech miesięcy ma bóle nad okiem lewym, jednocześnie zauważył, że oko mniej więcej wywukła się ku przodowi, szczególnie przy zmianach powietrza i powieki brzękną. Urazu nie doznał. Upośledzenia wzroku i dwojenia nie zauważył.

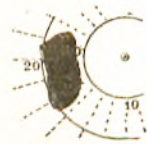
St. praesens. 1. o. wysadzone ku dołowi i zewnątrz. *exophth.* p. 22, l. 27. distant. 104. Brzeg oczodołu wszędzie gładki, w okolicy wewnętrznej oczodołu wyczuć można twardą, kostną wyniosłość, która ku tyłowi nie daje się ograniczyć, ku przodowi dochodzi do więzadełka wewnętrznego. O. tarcza różowa, granice zatarte, zwłaszcza od strony nosa i górą, naczyńia, szczególnie żyły przekrwione; p. o. o. 7. n.

V / p. $\frac{6}{4}$ — $\frac{3}{3}$ Em.
e. $\frac{6}{5}$ Mp. 1 D.

Pole widzenia p. o. prawidłowe, l. o. *scotoma* od skroni na białą barwę, sięgające ku górze 15°, ku dołowi 30°, ku skroni 22°, a ku nosowi 12°, na barwę czerwoną o 2° we wszystkich wymiarach większe.

Rozpozn. *Empyema sinus front. resp. ethmoidalis sin. Neuritis n. opt. o. s.* Leczony operacyjnie. Po 3-ech miesiącach gałka lewa wysadzona była tylko na 1 mm, lecz dno pozostało bez zmian. Również i perymetr wykazywał powiększoną plamę Mariotta. Paczyent więcej się nie zgłosił.

2. M. K. służąca, l. 16. W dzieciństwie chorób żadnych nie przechodziła. Obciążenia dziedzicznego wykazać nie można. Od czasu do czasu cierpi na bóle głowy. Pierwsza regularność w 14 roku życia, obecnie co 4 tygodnie, 3—4 dni trwająca, obfita i bolesna. Od 2 tygodni widzi gorzej co spostrzegła nagle. Przed 4 tygodniami uderzyło ją wieko od skrzyni w skroń lewą, jednak niezbyt mocno. Od 3 tygodni silniejsze bóle głowy po stronie lewej.



Rys. 1.

St. praesens. p. o. prawidłowe, o. media czyste, żyły przekrwione, granice tarczy zatarte dość znacznie.

Tarcz przekrwiona. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe, lecz w miejscu plamy Mariotta *scotoma* jak rys. 1.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{5} \text{ em. Albr. } 5:9-\infty} \\ \text{l. } \frac{6}{10} \text{ em. Albr. } 5:10-27. \end{array}$$

Rozpoznano. *Neuritis n. optici o. s.*

3. A. F. pisarz kopalniany, l. 29. Chorób żadnych nie przechodził. Od 11 lat pali przeciętnie 12 papierosów dziennie i pije 3 kieliszki wódki i butelkę piwa. Kilka razy do roku upija się. Od roku zauważył, że gorzej widzi z daleka, a od 2 miesięcy i zblizka.

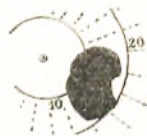
$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. plc. } 5 \text{ m } \pm \text{ nl. Albr. } 6:13.} \\ \text{l. plc. } 2 \text{ m } \pm \text{ nl. Albr. } 2,3:12. \end{array}$$

St. praesens. Zewnętrznie pr. l. o. prawidłowe. O. pr. o. tarcza o granicach lekko zatartych, l. o. granice tarczy silnie zatarte, tarcz lekko wyniosła. Plama Mariotta na obu oczach znacznie powiększona. Szczególnie na lewym, gdzie ma postać owalu pionowego, dłuższa oś wynosiła 20°, krótsza 10°. Wobec silnie upośledzonej bystrości wzrokowej stawiono rozpoznanie: *Amblyopia ex intoxicatione. Neuritis n. opt. o. u. prae. o. s.*

4. B. H. Kobieta l. 41, zgłosiła się do kliniki ze skargą, że od 3 lat gorzej widzi zblizka. Chorób żadnych nie przebywała. Od kilku miesięcy napadowe bóle głowy.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. } \frac{6}{8} \text{ Hp. } 1.25. \text{ Snell. } 5 \text{ c } + 2.5:30. \\ \text{l. } \frac{6}{5} \text{ Hp. } 1.5. \text{ Snell. } 5 \text{ c } + 2.75:30. \end{array}}$$

St. praesens. p. o. blade, zr. 4 mm, na światło nie odziaływa o. granice tarczy zatarte, tarcz przekrwiona, wyniosła, szczyt c + 6 D, żyły lekko pokręcone, rozszerzone, l. o. o. jak prawe. Zewnętrzne granice pola widzenia nieco zwężone. Na prawem oku w miejscu plamy Mariotta *scotoma*, jak na rys. 2, na lewym oku — plama nieco mniejsza w wymiarze pionowym.



Rys. 2.

Rozpozn. *Neuritis. n. opt. o. u.* Badanie neurologiczne wykazało nowotwór mózgu.

5. M. R., kucharka, l. 20, od 3 tygodni źle widzi zblizka i zdaleka okiem prawem. Od 2 miesięcy bóle głowy. Chorób żadnych nie przechodziła. Urazu nie doznała.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. } \frac{6}{24} \text{ snl. Snell. } 6:25. \\ \text{l. } \frac{6}{5} \text{ Hp. } 0.75. \text{ Snell. } 5:14-\infty. \end{array}}$$

St. praesens. p. o. blade, o. żyły nieco przekrwione, granice tarczy mniej wyraźne. W środku tarczy zagłębienie fizjologiczne dość znaczne, brzeg tarczy wyniosły e + 3 D. W polu

widzenia brak w miejscu plamki ślepej w postaci leżącego owalu 10° i 20° średnicy. L. o. o. f. n., perymetr prawidłowy.

Rozpozn. *Neuritis n. opt. o. d.* 6. M. M. kobieta l. 23 przyszła po poradę, gdyż od kilku tygodni źle widzi zblizka. Od kilku lat pali 20—25 papierosów dziennie.

$$\sqrt{\text{p. } \frac{1}{6} \text{ Hp. 1.75. Snell. 5 z konw: } 25 - \infty.}$$

$$\text{l. } \frac{1}{5} \text{ Hp. 0.5. Snell. 5 z konw: } 10 - \infty.$$

Plama Mariotta na obu oczach powiększona: wymiar poziomy 15°, pionowy 10°.

St. praesens. pr. l. o. zewnątrznie zmian nie przedstawiają. O. pr. o. dno w lekkiej mgłę, granice tarczy zatarte, tarcz silnie przekrwiona, szczyt c + 6 D, dno c + 2 D. Przy tarczy od skroni dołem plama ciemna wiśniowa okrągła o granicach wyraźnych zachodząca brzegiem nosowym na obwód szarego pierścienia, który widać w miejscu granicy tarczy, w środku tej plamy drobniutkie zagłębienie żółtawe. L. o. granice tarczy jeszcze więcej zatarte, tarcz bardziej wyniosła.

Rozpozn. *Haemorrh. retinae o. d. Neuritis n. opt. o. u.* Stosowano cały szereg zabiegów leczniczych, pomimo to dotychczas zmiana jeszcze nie ustąpiła, lecz znacznie zmniejszyła się, a plama Mariotta, choć w mniejszym stopniu, pozostaje powiększona.

7. R. S. dziewczyna l. 15. Przed tygodniem prawie nagle zaniewidziała, okiem prawym widzi nieco lepiej. Czasami cierpi na bóle głowy i bicie serca. Przed zaniewidzeniem miała się zgniewać.

$$\sqrt{\text{p. plc. 1.20.}}$$

$$\text{l. il. św. poj. ob.}$$

W polu widzenia brak zajmujący środek i sięgający na boki 20°, a ku górze i dołowi 10°.

St. praesens. p. o. blade, źr. 5 mm, leniwo oddziaływa, o. tarcz widoczna c + 2 D, podczas gdy dno c — 1 D, granice tarczy zatarte, widać drobne prążkowanie, a między niem ma-

leńkie smugi krwi. Żyły nierównomiernie przekrwione, lekko pokręcone, tętnice miejscami zasłonięte, pokręcone, mniej ukrwione. Plamka żółta zabarwiona nieznacznie ciemniej. L. o. o. tarcz więcej wypukła, granice tarczy bardziej zatarte, żyły silniej przekrwione, pokręcone.

Rozpozn. *Neuritis n. opt.* o. u.

8. H. Z. mężczyzna l. 29. Przed 4 laty miał trypra, przed rokiem lues, leczony odrazu. Od roku gorzej widzi; co pewien czas traci na kilka секунд przytomność szczególnie po zmęczeniu. Przed 4 miesiącami b. silny ból głowy i wymioty.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{8} \text{ Em. Albr. 5:15} - \infty. \\ \text{l. } \frac{6}{6} \text{ Em. Albr. 5:15} - \infty. \end{array}$$

St. praesens. P. o. o. żyły nieco przekrwione, granice tarczy zatarte, tarcz wyniosła, szczyt c $\frac{1}{4}$ D. Na lewem oku zatarcie granic tarczy może nieco silniejsze. Pierwotne badanie pola widzenia nie wykazało żadnych zmian, dopiero przy powtórznem badaniu, gdy chory lepiej zrozumiał, o co chodzi, otrzymano pole widzenia z wybitnie powiększoną plamą Mariotta.

Rozpoznanie. *Neuritis n. opt.luetica* o. u. Stosowano Salvarsan, a następnie cały szereg innych leków. Pomimo to obraz wziernikowy i pole widzenia pozostało bez zmian. Chory był w leczeniu przeszło 3 miesiące. Bystrość wzroku utrzymywała się stale jednaka.

9. A. P. Kobieta l. 43 od kilku dni odczuwa, jak gdyby dym przed oczami. Przedmioty wydają się jej o zmienionej postaci. Od miesiąca gorzej widzi zblizka zwłaszcza okiem prawem. Przed 2 laty porażenie jednostronne całkowite.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{12} \text{ Emm. Albr. 5 c } \frac{1}{4} \text{ 1.5:30.} \\ \text{l. } \frac{6}{8,6} \text{ Emm. Albr. 5 c } \frac{1}{4} \text{ 1.5:30.} \end{array}$$

St. praesens. p. o. blade, zr. 4 mm, na światło oddziałuje, o. granice tarczy lekko zatarte, żyły nieco pokręcone, prze-

krwione. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe, w miejscu plamy Mariotta *scotoma*, jak na rys 3. L. o. prawidłowe.

Rozpozn. *Neuritis n. opt. o. d.*
 Chorą odesłano do kliniki chorób nerwowych, gdzie rozpoznano: *Meningitis basilaris luetica*. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Zapisano do domu jod. Po 2 miesiącach chora zgłosiła się do badania. Bystrość wzroku, dno i pole widzenia były zupełnie prawidłowe.



Rys. 3.

We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach wzierkowaniem stwierdzić można było wyraźny obrzęk tarczy i pole widzenia przedstawiało wybitną zmianę, jako powiększenie plamy Mariotta, lecz obserwowałem jeszcze kilka przypadków dopiero co rozpoczynającego się zapalenia tarczy n. wzrokowego, gdzie wziernikiem ledwie ślad przekrwienia stwierdzić było można, a i tu przy uważnem badaniu perymetrem udało mi się stwierdzić wprawdzie nie powiększenie plamy Mariotta, bo do tego podstawy nie było, ale wyraźniejsze znikanie, w miejscu odpowiadajacem plamce ślepej, znaczka, niż na drugiem oku nie przedstawiającem zgoła żadnych zmian wzierkowych. W takich przypadkach badanie pola widzenia ma ogromne znaczenie, gdyż pozwoli ono nam rozstrzygnąć, czy mamy tu rzeczywiście z rozpoczynającym się zapaleniem nerwu wzrokowego do czynienia, czy też zmiany w wyglądzie tarczy są powodowane pewnemi wadami refrakcyi. Jak wielkie znaczenie ma badanie pola widzenia, a szczególnie badanie na plamę Mariotta o tem najlepiej świadczą słowa Graefe'go, już w roku 1856 napisane: »Es sind dann weiter zu erwähnen die Untersuchungen, welche sich an den Mariott'schen Fleck anschliessen und im Falle vollständiger Aufhebung der Funktion sich als Vergrößerungen dieses Fleckes darstellen. Dieselben sind sehr häufig und von grosser Wichtigkeit«.

Piśmiennictwo.

- v. Graefe. Ueber die Untersuchung des Gesichtsfeldes bei Amblyopischen Affektionen Arch. f. Opht. II.
- Pufahl. Campimetrie. Arch. f. Aug. VII.
- Wilbrand. Neuritis axialis. Arch. f. Augen. VIII.
- Ulrich, Richard. Ueber Stauungspapille und consecutive Atrophie des Sehnervenstammes Arch. f. Aug. XVIII.
- Hortsmann. Ueber neuritis optica specifica. Arch. f. Aug. XIX.
- Baquis. Della neuriti ottica primitiva. Ann. di Oltalm. XXII.
- Adamiuk. Etwas zur Pathologie n. optici Arch. f. Aug. XIX.
- Viques. Névrite rétrobulbaire par syphilis héréditaire tardive. Soc. franc. d'opht. 1894.
- Klopfer. Neuritis optica in Folge von Heredität und congenitaler Anlage. Inaug. Dissert. Tübingen 1898.
- Peters. Ueber einen Fall von Neuritis retrobulbaris durch chronische Benzinvergiftung. Sitzungsbericht d. Niederhein. Ges. f. Nat. u. Heilk. zu Bonn. 1900.
- Brose. Retrobulbar Neuritis with permanent central scotom following the treatment of extensive burns with jodoform. Arch. d'Ophthalm. XXIX.
- Copper. Névrite optique par absorption de thyroïdine. Arch. d'opht. XX. N. 12.
- Wilbrand. Perineuritis und Neuritis interstitialis nervi optici bei Tabes und Pseudotabes luetica. Arch. f. Aug. XLIV.
- Veasey. Klinische Studie doppelter Stauungspupillen in einem Falle otitischer Thrombose des sinus sigmoideus ohne Pyämie. ophth. Record Juni 1889.
- Uhthoff. Graefe Saemisch Handbuch II. T. XI.
- Berger. Sehstörung in Folge der Anwendung eines Anilinhaltigen Haarfärbemittels. Arch. .. Augh. L.
- Königshöfer. Neuritis optica im Anschluss an Rheumatismus articu-
lorum acutus. Württenb. med. Corresp. blatt. 1896.
- Brückner. Einseitige neuritis optica nach Gelenkrheumatismus.
— Ein schwerer Fall von Neuroretinitis.
- Paunz. Durch Nasenkrankheiten verursachte Augenleiden. Arch. f. Aug. LII
- Miebrecht. Schädelbruch und Auge. Arch. f. Aug. LV.
- Derby. Zur Zeit der Lactation auftretende Neuritis optica und andere oculare Veränderungen. Arch. f. Aug. LV.
- Stöltling. Beitrag zur Klinik der Sehnervenerkrankungen in Folge von Gefässatheromatose. klin. Monatsbl. t. f. Augh. XLIII, 2.
- Fleischer. Sehnervenerkrankung und Multiple Sclerose.
- Biehelloro. De la névrite optique «a frigore» Annal. d'ocul. CXXXV.
- Paracols. Les névrites de la syphilis Recueil d'opht. XXVIII.

- v. Hippel. Die Pallativtrepanation bei Stauungspapille. Arch. f. Aug. LXI.
Paunz. Ueber die rhinogene Sehnerventzündung. Arch. f. Aug. LXI.
Knapp. Neuritis optica nach Erkrankung der hinteren Sibbeinzellen
Arch. f. Aug. LXII.
Le Roux. Complications oculaires des oreillons. Arch. d'ophth. 1903.
Strzemiński. Quelques complications oculaires rares des oreillons Rec.
d'ophth. 1902.
Bagh. Ueber Neuritis optici, bei multipler Sclerose. Klin. Monatsbl. f.
Augenh. 1907.
Van der Hoeve. Sehnervenkrankung bei Erkrankung der hinteren Neben-
höhlen der Nase. Arch. f. A5g. LXIV.
Birch Hirschfeld. Beitrag zur Kenntnis der Sehnervenkrankungen bei
Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen. Arch. .. Aug. LXV.
Crzellitzer. Geschwulst in der Hypophysis-gegend mit ungewöhnlichen
Sehstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1909.
Van der Hoeve. Vergrößerung des blinden Fleckes, ein Frühsymptom
der Erkennung der Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der
hinteren Nebenhöhlen der Nase. Arch. f. Aug. LXVII.
Axenfeld. Lehrbuch der Augenheilkunde.
Strachof. Diemanstracya balnoj z abajudostaronnim papilitom i nar-
malnoj astratoj i porem zšienia. Wiestn. oftal. 1910, 7, 8.
Jung. Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Sehnerventzündung
und Nasenerkrankung. v. Graefes Arch. f. ophth. LXXIV.
Maitland Ramsay and Sutherland. Spindle-shaped enlargement of the blind
Spot, associated with congestion of the optic disc. The ophthalmic
Review 1906.

II. STRESZCZENIA.

Centribl. f. prakt. Augenheilkunde. R. 1911. Z. 4 (kwie-
cień). Z. 5 (maj). Z. 6 (czerwiec). Z. 9 (wrzesień). Z. 10 (paź-
dziernik). (Ref. Dr L. Gruder).

**Zmętnienie soczewki wskutek działania kwasu sol-
nego.** (Linsentrübung nach Salzsäure-Verätzung). Dr Fehr w Ber-
linie.

Guillery przy doświadczeniach na oczach królika doszedł
do wniosku, iż kwasy nieorganiczne, zwłaszcza kwas solny, siar-

kowy, azotowy, nie bardzo rozcieńczone, w zetknięciu z rogówką, wywołują zmętnienie soczewki. Kwasem octowym lub wapnem i ługiem nie otrzymał tego samego wyniku. Guillery przypuszcza, że to zmętnienie jest działaniem kwasów mineralnych; może ono powstać już w kilka godzin po zetknięciu się z rogówką. Uszkodzenie dotyczy zarówno torebki jak i samej substancji soczewki. Na nabłonku torebki wykazano zmiany, napotykaone na soczewce np. wskutek działania światła ultrafioletowego lub przy typowej zaćmie starczej: Warstwy nabłonka miejscami brak, komórki są zbite, jądra napęczniałe, blade lub w stanie skurezu, liczne przestwory w jądrze i pierwoszczy. Zmiany te widoczne są głównie w obrębie żrenicznym, który jest otoczony wązktem, silnie zabarwionem zgrubieniem nabłonka.

W przedniej korze soczewki dotkniętą jest najwięcej. Widać delikatne przestwory (*vacuolen*) wewnątrz włókien lub zupełny rozkład w białą masę, która mikroskopijnie składa się z kulek i kropli, a z prawidłowej budowy soczewki ani śladu nie ma. Boczne części soczewki, dzięki ochronie tęczęwki, mało są zmienione, lecz zmiany mogą się przetrześć około równika w tył na tylną korę. Równik prawie nigdy nie jest spotykany prawidłowym.

Na podstawie spostrzeżeń, czynionych na przypadkach Tertsch'a i Schmidta i na szczegółowych badaniach przypadku z własnej praktyki, Dr Fehr przychodzi do wniosku, że doświadczenia, dokonane przez Gaillery'ego na króliczych oczach, odnoszą się też i do ócz ludzkich. Należy przypuszczać, iż kwas solny, najłatwiej przenikający (*diffusible*) z pośród kwasów nieorganicznych, przenika nie tylko rogówkę, lecz także twardówkę, wchodząc do ciała szklanego i tak wnika w soczewkę z różnych stron.

Fakt, że u ludzi w takich razach mało zmętnień soczewki spostrzegano, Guillery tłumaczy okolicznością, że lekarz w takich razach przeważnie zajmuje się przedniemi częściami ócz, które najbardziej są kwasem nadżarte, częścią zaś przyczyna leży w okoliczności, iż zmętnienie rogówki nie dozwala na badanie soczewki szczegółowo.

Hermann Knapp. Nekrolog.

Przerzutowy ropień twardówki. (Metastatischer Skleral-Abscess). Dr A. Vogt w Aarau.

Przed czterema miesiącami chory 49-letni cierpiał z powodu *carbunculosis* skóry grzbietu. Po tym czasie utworzył się w twardówce ropień, który makroskopijnie wyglądał jak furunkul. Ponie-

waż stanu tego nie poprzedził żaden uraz, autor uważa ten ropień w twardówce za przerzutowy (drogą krwi; gruczołów nie ma w twardówce). Rogówka prawie była niezmienną. Charakterystycznym dla głębokości abscesu jest silne lokalne zapalenie tęczęwki, zmętnienie cieczy wodnej i zmiany w naczyniówce (ognisko białe, wielkości $\frac{1}{2}$ tarczy n. wzrokowego). Znamiennem jest też dla zapalenia twardówki ciemno-szare zabarwienie twardówki po wygojeniu. Charakterystycznym było: obraz do furunkułu podobny, dokładne odgraniczenie głęboko idących brzegów wrzodu i czop ropny na dnie tegoż wrzodu.

Przyczynę długiego trwania choroby (przeszło sześć tygodni) autor widzi w silnej i twardej konsystencji tkanki, która nie dozwalała na szybkie oddzielenie nakrotycznej części.

Przypadek dziedzicznego glejaka siatkówki. (Ein Fall von vererbtem Netzhautgliom). Dr L. Caspar w Mülheim nad Renem.

W r. 1892 autor wyłuszczył oko lewe u dwuletniego dziecka z powodu *glioma retinae*. Już przed $1\frac{1}{4}$ rokiem żółty blask był widoczny z wnętrza oka. Gałka była silnie nastrzykniętą, twardą i powiększoną. Żrenica powiększona, za soczewką przeświecały masy nowotworu o barwie czerwonawo-żółtej, zaopatrzone w naczynia krwionośne. Anatomiczne badanie wykazało *glioma retinae*. Nerve oczny, z którego wycięto 1 cm długi kawałek, był wolnym od nowotworu. Do nawrotu nie przyszło.

Od tego czasu była zawsze zdrową. Po 19-u latach tasama, niegdyś operowana, zgłosiła się do autora ze swoim dzieckiem, liczącym blisko półtora roku. Badanie wykazało u tego dziecka glejaka naczyniówki na prawem oku. Gałka zwiększona, twarda, zaczerwieniona. Przednia komora płytka, żrenica szeroka, tęczęwka odbarwiona. Za soczewką widać masy nowotworu. Gałka dobrze się poruszała. mało bolesna na dotyk. Gałkę wyjęto. Przerzutu na nerw nie było widać.

Przypadek ten jest zajmującym z powodu jego dziedziczności, albowiem u dziecka i u matki stwierdzono glejaka naczyniówki.

Carlo Reymond; Dr Paweł Chibret. Nekrologi.

O gorączce przy zapaleniach ocznych. (Ueber Fieber bei Augen-Entzündungen). Prof. Dr G. Abelsdorf w Berlinie.

Hirschberg podnosi wielką rzadkość gorączki przy zapaleniach ocznych. Prof. Abelsdorf zwraca zaś uwagę na stan

gorączki przy dyfteryi spojówek, mianowicie na t. zw. *Conjunctivitis membranacea*. Autor daje wyniki spostrzeżeń na trzech dzieciach. Spojówka obu powiek była pokryta dającą się lekko odjąć błoną, zresztą objawy zapalne były lekkie. Nos, podniebienie i gardziel były wolne. Podczas gdy jeden przypadek okazywał prawidłową temperaturę, w dwóch innych przypadkach temperatura wynosiła 38·2—38·4 C. Bakteryologiczne badanie obu tych przypadków wykazało prątek błonicy.

Autor radzi przy chorobach ocznych częściej zwracać uwagę na ciepłotę.

Wyniki ważenia soczewek, wyjętych w zamkniętej torebce. (Ergebnisse von Wägungen der in geschlossener Kapsel entfernten menschlichen Linse). Dr Th. Clausnitzer w Tybindze.

Z sumy przypadków niepowikłanych (22) i powikłanych (44) przeciętna waga niedojrzałych zaćm (30) wynosi 0·236 gr w zestawieniu do dojrzałych (36), gdzie waga równała się 0·213 gr. Soczewki zwichnięte, mętne = 0·183 gr, niezmiętałe, zwichnięte = 0·227 gr.

Pod względem refrakcyi przy myopii soczewka przeciętnie ważyła 0·234 gr, przy hyperotropii 0·218 gr, przy emetrii = 0·216 gr.

Julius von Michel. Nekrolog.

O powtórnem zarażeniu się jaglicą. (Ueber wiederholte Ansteckung mit Trachom). Dr M. Meyerhof w Kairze.

Jaglica jest w Egipcie chorobą wczesnego wieku dziecięcego. Hirschberg w szkole misyjnej w górnym Egipcie znalazł zaledwie kilkoro dzieci, wolnych od jaglicy. Mac-Callan w dolnym Egipcie stwierdził 95·7% jaglicy. Wskutek tego u dorosłych Egipcyan świeża jaglica jest nader rzadka; przypadki świeżej jaglicy u dorosłych Egipcyan autor z tego powodu badał dokładniej, czy to nie jest powtórne zakażenie (reinfekcyja) i przytem znalazł około 30 razy świeże ziarna w zupełnie zbliznowaciałej spojówce. Następnie opisuje szczegółowo dwa przypadki powtórznego zakażenia się jaglicą. Jeden przypadek, oficer egipski, już przed ośmiu laty był zupełnie wyleczony z pierwszej choroby i dopiero po tym czasie na nowo nabawił się tej choroby. Drugi przypadek dotyczy 23-letniej kobiety z Austrii, która w Egipcie nabawiła się jaglicy i po dłuższem leczeniu była wyleczoną. Po 3 i pół latach ponowne zapalenie na oku przedtem całkowicie wyleczonem. Oba przypadki miały t. zw. *trachoma papillo-folliculare*.

Autor w ten sposób udowadnia, że oko dawniej chore na jaglicę i wyleczone może powtórnie być zarażeniem i że temsamem raz przebyta jaglica nie chroni od ponownego zarażenia się.

Poparzenie rogówki i spojówki. (Verbrennung der Kornea und Bindehaut). Dr Maksymilian Rosenfeld w Budapeszcie.

Chora 28-letnia robiła dla usmierzania bólu przy *fistula corneae* przez przeszło pół godziny gorące okłady. Po 6-ciu godzinach silne bóle w oku, nastrzyknięcie gałki, cała rogówka i spojówka, przytykająca do *limbus*, mleczno-biała. Pod lupą widać nabłonek odezlepiony i zmieniony w pęcherzyki, z których niektóre były próżne i opadnięte. Chora była historyczką i prócz innych typowych zmian historyi posiadała zupełnie znieczulenie rogówki i spojówki, jako też znieczulenie skóry na rękach i górnej połowy twarzy. Rozpoznano więc poparzenie rogówki, której wytłumaczenie zawarte jest we wspomnianem znieczuleniu. Leczenie szło powoli z pozostałością nieznacznych zmętnień w dolnej połowie rogówki

Nowoje w medycynie. R. 1911. nr 13. (Referent Dr M. Szafnicki.

Wpływ radium na przebieg jaglicy i los ciała jaglicowych. I. W. Neapolitański.

Spostrzeżenia autora dotyczą 50-u chorych, leczonych systematycznie preparatem (siarczkiem) *radium* w ilości 10 mgr w ciągu 1—6 miesięcy. Chorych dzieli autor na trzy kategorie:

1) Przypadki czystej ziarnistej jaglicy (15 chorych). U 10-u po 5—7 seansach wystąpiło zupełne wyleczenie; ciała jaglicowe zaczęły znikać już po trzech seansach; u 5-ciu pozostał lekki katar spojówkowy bez wrzędów.

2) Przypadki ostrej jaglicy i silnie zaczerwienionego jaglicowego nacieczenia (wrzęty bardzo obfite). Działanie *radium* było bardzo słabe, a wrzęty uporczywie utrzymywały się.

3) Przypadki z rozpoczynającym się bliznowaceniem. Działanie *radium* niestałe. Trwałość wyleczenia pod działaniem *radium* była niejednakowa. Jednocześnie badał autor wpływ promieni *radium* na *bac. xerosis*, *staphyloc. aur. alb.*, *streptococ.* Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że *radium* przy tej długości działania, jakie wytrzymuje oko bez szkody, niema własności bakterjobójczych.

Więstnik oftalmologii. R. 1911. (Lipiec, sierpień, wrzesień i październik). Referent Dr M. Szafnicki.

W kwestyi operacyjnego leczenia keratoconus. S. S. Gołowin.

Przypadek dotyczył słuchacza medycyny, u którego powstał *keratoconus* w ciągu kilku lat. Chory ten liczył zaledwie palce w odległości 3 metrów. Autor przypalił wierzchołek stożka na przeszczeni 3 mm, przyczem powstała przetoka, która chwilami zarastała, to znowu powstawała. Stan taki trwał 3 tygodnie. Nadmienić należy, że przy zamykaniu się przetoki i powstawaniu przedniej komory, chory ucsuwał silny ból, który ustępował po odpłynięciu cieczy wodnej. Autor przypalał trzy razy okolice przetoki, ale bezskutecznie. W końcu zanknął ją zapomocą płata spojówkowego sposobem Kuhnta. Płatek ten w pierwszych dniach w miejscu przetoki obrzękał, ale ostatecznie na 5 dzień p. k. zaczęła powstawać i po 10 dniach autor przeciał mostek spojówkowy w dwóch miejscach, zostawiając na rogówce pasek 6 mm długi, podstawy zaś wszylł na dawne miejsca. Gdy chory po czterech tygodniach opuścił klinię, w miejscu przetoki znajdował się kawałek przyrośniętej spojówki 4 mm średnicy, 1 mm ponad rogówkę wystający. Polecono zapuszczać dwa razy dziennie ezerynę. Następnie autor widział chorego po trzech miesiącach. W miejscu przyrośniętej spojówki było ściśle bielmo, okrągłe, 3 mm średnicy, zupełnie nie wystające ponad powierzchnię. Rogówka zdawała się być zupełnie kulistą. Bystrość wzroku z korekcją = 0.4. W kilka dni potem wykonał autor irydektomię, poczem bystrość podniosła się do 0.5. W pół roku potem, gdy bielmo zostało zabarwione, bystrość wzroku dosięgła 0.7.

O gojeniu się oczodołu post exenterationem orbitae.
K. A. Judin.

Autor wykonał kilkadziesiąt doświadczeń na psach i przychodzi do następujących wniosków. Różnica gojenia się oczodołu po egzenteracyi z usunięciem okostnej i bez polega na tem, że w pierwszym przypadku ściana wewnętrzna oczodołu nie tylko wypukła się, ale silnie grubieje wskutek metaplazyi przytykającej tkanki łącznej, w drugim zaś przypadku zgubienie ściany wewnętrznej jest znacznie mniejsze, a tworzenie się tkanki kostnej powstaje zwykłą drogą przy udziale okostnej. Zmiany w oczodole po egzenteracyi występują szybciej u osobników młodszych, również i asymetrya czaszki występuje silniej u młodych. Badania na zwierzętach pozwalają przypuszczać, że podobne zmiany zachodzą

i w oczodołach ludzi po egzenteracji, o czym autor sądzi z 4-ech spostrzeganych przypadków. Występują tu pewne zmiany uwarunkowane innym kształtem ludzkiego oczodołu.

Przypadek kilkoletniej obecności ciała obcego w tęczówce. T. A. Koboziew.

Autor badał ślusarza, który skaleczył sobie oko przed 19 laty przy robocie. Lekarz, widząc po 5-ciu miesiącach chorego, rozpoznał nowotwór tęczówki bliżej nie dający się określić. Okiem tem chory rozróżnia zaledwie światło. Doład oko było zupełnie blade, obecnie zgłasza się chory z powodu zaczerwienienia i silnych bólów. Autor stwierdził: bliznę rogówkową, ciało obce w tęczówce, które przy bliższem badaniu okazało się żelazem, i zaemę błoniastą. Po usunięciu ciała obcego elektromagnesem chory o $+12 D$ liczył palce w odległości 5 m. Kawałek żelaza miał 4 mm długości, 3 mm szerokości, ważył 0.03 gr. Gdy ciało obce znajduje się wewnątrz galki, autor radzi wykonywać radyografię sposobem Köhlera.

Rzadkie zmiany na dnie oka. T. A. Rżanicyn.

Autor bardzo szczegółowo opisuje przypadek *neuroretinitis* na tle najprawdopodobniej gruźlicy, prowadzącej do zaniku nerwu wzrokowego i *retinit. prolifer.* Tydzień przed zmianami zapaleniu widział autor na tem oku znaczne odczepienie siatkówki, które bez leczenia zupełnie ustąpiło.

W sprawie tak zwanej polikoryi. D. A. Siwcew.

Autor opisuje przypadek dotyczący dziewczyny 16-letniej, u której na jednym oku źrenica była nieco ku górze wewnątrz przesunięta, a zewnątrz ku dołowi znajdował się drugi otwór pół mm średnicy, oddzielony od źrenicy *membrana pupill. persever.* Otworek ten, jak prawidłowa źrenica, rozszerzał się i zwężał pod działaniem środków leczniczych.

Obustronna iritis plastica przy erythema nodosum. O. R. Żurie.

Wobec zbliżonych objawów zapalenia stawów i *erythema nodosum* autor jest zdania, że wielokrotnie brano tę ostatnią chorobę za reumatyzm, a występującą przytem *iritis* uważano jako *rheumatica*. Sam autor spostrzegł przypadek obustronnej *iritis*, która wystąpiła u zupełnie zdrowej kobiety, dopiero w kilka dni potem wystąpiły typowe objawy *erythema nodosum*. Przy odpowiedniej kuracji sprawa zakończyła się zupełnie pomyślnie. Należy

zaznaczyć, że gałki oczne były silnie bolesne w okolicy ciadka rzęskowego, a jednak autor nie stawiał rozpoznania *iridocyclitis* wobec tego, że w ciałku szklistem podczas całego przebiegu choroby nie było śladu mętów.

Symblypharon totale operowane z dobrym skutkiem.

Dr med. S. L. Segal.

Autor operował dziewczynę, u której obie powieki były przyrośnięte do gałki, zostawiając szparę 8 mm wysoką. Rogówka z wyjątkiem $\frac{1}{5}$ części nosowej pokryta była błoną. Chora rozróżniała tem okiem tylko światło. Autor ścinał nożyczkami błonę aż do zewnętrzznego kącika, odpreparował obie powieki, a następnie ściętą błonę przeciął poziomo na dwie połowy, podkładając je pod odpreparowane powieki i zwracając nabłonkiem ku rogówce. Szpara się zagoiła. Ruchy gałki były zupełnie prawidłowe i chora liczyła palce w odległości 2 m. Na rogówce powstały w miejscu odpreparowanej błony zmętnienia. Drugi przypadek *symblyph. total. palp.* *inf.* operował autor ze znakomitym skutkiem za pomocą przeszczerpienia błony śluzowej z ust.

Z kazuistyki pierwotnego wrzodu luetycznego powieki górnej. G. Bielski.

Autor opisuje przypadek, gdzie *ulcus durum* wystąpiło u mężczyzny zupełnie zdrowego. Wywiady wskazywały, że został on w bóje ugryziony przez napastnika w powiekę górną. Charakter wrzodu, a następnie ogólne zmiany, pozwoliły z całą stanowczością postawić rozpoznanie *lues*.

Przyczynek do anatomii coloboma n. optici przy przejściu w twardówkę. Dr med. W. M. Jeleonskaja.

Autorka badała mikroskopowo oko wyjęte wskutek jaskry i podaje opis zmiany anatomicznej, znany już poprzednio. Następnie omawia teoryę powstawania tej wady rozwojowej, sama nie od siebie nie dodając.

W kwestyi powstawania zaćmy starczej. Teorya antycytotoksyn Gołowina-Römera-Fraenkla. E. G. Łazariew.

Autor na podstawie kilkuset doświadczeń na królikach przychodzi do następujących wniosków: 1) W surowicy krwi królików immunizowanych udaje się wykazać obecność precypityn soczewkowych, ale amboceptorów soczewkowych autor nie znajdował. 2) Amboceptorów soczewkowych nawet w surowicy krwi osób dotkniętych zaćmą wykazać nie było można. 3) Doświadczenia autora

zupełnie nie potwierdzają teorii Gołowina-Römera-Fraenckla. 4) Na podstawie doświadczeń *in vitro* z solą kuchenną i cieczą wodną należy przyjąć do wniosku, że zmętnienie soczewki zależy od nadmiernego wydostawania się przez torebkę rozpuszczalnego białka. Im więcej wydostaje się tego białka, tym prędzej powstaje zmętnienie. Najwidoczniej na przedostawanie się białka ma wpływ stan torebki, która w późnym wieku zmienia się pod względem chemicznym, a nawet fizycznym i przepuszcza takie substancje i w takiej ilości, które w zwykłych warunkach osmozy w młodym wieku przedostają się w bardzo ograniczonej ilości. W wypadkach uszkodzenia torebki rozpuszczalne białko soczewki prędzej wydostaje się z niej i dlatego zaćma powstaje szybciej.

Trzeszcz urazowy tętniący i jego leczenie. Dr med. K. H. Orłow.

Autor operował odnośny przydatek zapomocą podwiązania *v. ophthalmicae* i był bardzo zadowolony z rezultatu. Opisuje szczegółowo metodę operacyjną. Jest to piąty przypadek w literaturze leczony tym sposobem. Jednak autor nie radzi od razu uciekać się do niego, a stosować z początku wstrzykiwania żelatyny.

Amblyopia wskutek zatrucia chininą. A. I. Kulebiakin.

Uwzględniwszy odnośną literaturę autor opisuje trzy przypadki amblyopii, która wystąpiła po zażyciu około 40 chininy. Przebieg choroby nie przedstawiał nic nadzwyczajnego. Ostatecznie bystrość wzroku powróciła do normy, a jedynie pole widzenia i obraz wzernikowy świadczyły o przebytem zatruciu.

Ugrupowana pigmentacja dna ocznego. K. M. Tamaszew.

Autor opisuje przypadek dotyczący mężczyzny 27-letniego zupełnie zdrowego, który na oczy nigdy nie chorował. Ugrupowanie plam barwikowych zupełnie podobne, jak w jednym przypadku ogłoszonym przez Hoega.

Pyocyyanaza i jej działanie w schorzeniach przedniego odcinka oka. A. A. Gastiew.

Autor stosował pyocyyanazę w 16 przypadkach i na podstawie wyników otrzymanych przychodzi do następujących wniosków: 1) Pyocyyanaza działa bezwzględnie dobrze przy ostrych katarach spojówki, jak również w pryszczykowym zapaleniu spojówki i rogówki, lecz działanie jej przy zwykłym sposobie zastosowania (wkraplanie) jest znacznie słabsze i powolniejsze, aniżeli *arg. nitr.*

w ostrych katarach, a żółtej maści w skrofalicznych zapaleniach. Wobec tego jest ona cennym środkiem w tych razach, gdzie z jakiegokolwiek bądź powodów nie można stosować *arg. nitr.* i żółtej maści, ponieważ można ją dawać nawet do rąk chorego wobec braku drażniącego działania i jadowitości, 2) Nieznaczny efekt działania pyocyanyzy prawdopodobnie jest w związku z powierzchniowym zastosowaniem tego środka i krótkotrwałością działania przy zwykłym zakraplaniu do worka spojówkowego.

Przypadek urazowego zapalenia miąższowego rogówki. N. Rachlis.

Przypadek dotyczył kobiety 27-letniej. Wassermannu dodatni. Wieczorem doznała urazu w prawe oko, a już na drugi dzień autor spostrzegł *kerat. parenchym.* w górno-wewnętrznym kwadrancie. Dwaj bracia chorzy przechodzili *kerat. parench.* Chorzej zastosowano atropinę, ciepłe okłady, wewnętrznie jod. Sprawa pomimo to postępowała i po dwóch miesiącach podobna zmiana pokazała się na lewym oku. Zastosowano *salvarsan* (0,4) wśród-żylnie, jednak bez widocznego skutku, polecono dalsze stosowanie jodu i po dalszych dwóch miesiącach bystrość wzroku wynosiła 0:1, gdy podczas najsilniejszego przejawu choroby — il. światła. W tym stanie chora opuściła klinikę. Autor sądzi, że w tym przypadku należy stanowczo uważać uraz, jako moment wywołujący zapalenie miąższowe rogówki. Poprzednio autor spostrzegł chorą przez dwa lata, gdy przychodziła do leczenia z młodszym bratem, lecz żadnych zmian w oczach wówczas nie znalazł.

Sprawozdanie statystyczne *)

za rok 1910 z zakładów okulistycznych:

1. Klinika oczna Uniwersytetu we Lwowie (Prof. Dr Machek).
2. Oddział oczny szpitala powsz. we Lwowie (Prof. Dr Machek).
3. Oddział oczny szpitala powsz. w Kołomyi (Dr Łuniewski).
4. Oddz. oczny przy szpit. św. Józefa w Lublinie (Dr Zajdeman).
5. Prywatna lecznica i ambulat. w Kaliszu (Dr Koszutski).
6. Ambul. dla niezamożnych chorych w Kaliszu (Dr Koszutski).
7. Klinika okulistyczna U. J. (R. dw. Prof. Wicherkiewicz).
8. Oddział oczny szpitala św. Łazarza w Krakowie (R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

*) W. Reis. W sprawie wykazów statystycznych o czynności okulistycznych w Polsce. Postęp okul. maj i grudzień. 1910.

Irydektomia z powodu jaskry.	98	13	4	4	91
Irydotomia					7
Sklerotomia	14	1	1		34
Operacje narządu wzroczowego		2		10	11
> na powiekach	107	68	14	20	106
> > spojówce	14	3	1	1	9
> > rogówce	75	8	1		98
> > mięśniach	17				26
Wyłuszczenie gałki	8	3	1	6	30
Wydobycie ciał obcych z gałki.	14				1
Wypaproszenie gałki					23
Ogólna ilość większych operacji	777	117	58	116	44
1.		2.	3.	4.	5.
	1.	2.	3.	4.	5.
					6.

Zakład	Klin. okulist. Lwów. (Prof. Dr. Machek)	Oddz. oczny szpit. pow. we Lwowie.(Prof. Dr. Machek).	Oddz. oczny szpit. pow. w Kołomyi (Dr. Lu- niewski)
Rok	1909/10	1900	1910
Ogólna ilość chorych	7447	1336	301
Ilość stale leczonych	534	1336	301
Ilość dni leczenia . .	9782	24427	6537
Średnio dni	18.3	18.2	21.7

Miesiące	Ambul.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale
Styczeń	1910 514	65		131		19
Luty	« 568	62		114		27
Marzec	« 761	63		136		33
Kwiecień	« 553	51		103		43
Maj	« 755	69		148		16
Czerwiec	« 716	62		100		34
Lipiec	« 536	24		144		31
Sierpień	« 510	«		98		16
Wrzesień	« 509	«		93		21
Październik	1909 620	54		83		21
Listopad	« 464	49		93		15
Grudzień	« 407	35		93		25
Razem . . .	6913	534		1336		391
	1.		2.		3.	

Oddz. oczny przy szpitalu Św. Józefa w Lublinie (Dr. Zajdeman)	Pryw. lecz. i amb. Kalisz Dr. Koszutski	Lecznica dla przych. niezam. chorych Kalisz Dr. Koszutski	Klin. okulist. Kraków (R. Dw. Prof. Wicherkiwicz)	Od. ocz. szpital Św. Łazarza w Krakowie (R. Dw. Prof. Wicherkiwicz)
1910	1910	1910	1010	1910
1171	1187	807	9713	748
300	19	—	612	748
—	216	—	11773	9792
—	11 $\frac{1}{3}$	—	19·2	13·09

Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale
41	27	106	—	57		930	69		62
—	20	84	1	66		848	55		68
54	25	73	2	47		818	49		69
84	19	96	2	66		871	51		65
112	38	88	1	77		1115	82		67
68	17	99	3	69		936	72		65
96	25	104	1	67		770	45		63
112	25	140	3	93		378			68
104	18	112	1	89		464			55
48	26	86	1	60		658	58		59
89	33	90	1	41		713	72		60
73	27	109	19	75		598	59		57
871	300	1187	19	907		9101	612		748
4.		5.		6.		7.		8.	

III. ROZMAITOŚCI.

Przyrząd do odwracania powieki górnej t. zw. elektropionator podaje C. Hertzfel w *Deutsche med. Wochenschrift* 1911, nr 26. Ze względu na to, że dokładne odwrócenie powieki górnej takie, ażeby górny załamek spojówki w całości został wynicowany, nie zawsze się udaje, a przynajmniej we wielu przypadkach sprawia znaczne irudności, uważa H. za potrzebne używanie do tego celu osobnego przyrządu. Wprawdzie, gdy chodzi tylko o obejrzenie załamka górnego można się posłużyć pałeczką szklaną przy pomocy prawej ręki, spychając nią górną część powieki ku dołowi, ale gdy chodzi o wykonanie jakiegokolwiek zabiegu leczniczego na spojówce, to musimy do tego celu mieć prawą rękę wolną. Elektropionator pomysłu Hertzfela składa się z metalowego napastrka, który lekarz wkłada na średni palec lewej ręki. Z napastrka tego wybiega krótki pasek metalowy zakończony półokrągłą, lekko ku przodowi odgiętą łopatką, której brzeg obły w chwili, gdy uchwyciwszy dużym palcem i wskazicielem rzęsy odwraca się górną powiekę, wciska jej część pod łukiem brwiowym ku dołowi tak, aby w ten sposób górny załamek spojówki należycie na zewnątrz wywinąć. Prawa ręka lekarza, nie biorąca w tym manewrze żadnego udziału, może na tak wynicowanym załamku górnym swobodnie wykonywać wszelkie zabiegi, jakich leczenie wymaga.

K. W. M.

Zmysł kierunku u niewidomych. Dr Bouquet analizuje w czerwcowym zeszyte *Monde Médical* 1911 zadziwiający zmysł orientacji, jaki dość często spotykany u osób w zupełności ociemniałych. Powszechnie przypisuje się tę ich zdolność szczególnie pewnemu wysubtelnieniu i wyrafinowaniu pozostałych zmysłów, które zastępują brak wzroku, dostarczając niewidomemu całego szeregu wrażeń nieuchwytnych dla zwyczajnych ludzi widzących. Ten zbiorowy zmysł niewidomych nazywają jedni zmysłem kierunku, inni zmysłem przeszkód, inni wreszcie czuciem twarzowym, przypisując szczególnie rolę skórnym nerwom twarzy. Krogin uważa odczuwanie przeszkód przez niewidomych za specjalny zmysł pozwalający odróżniać niesłychanie drobne różnice termiczne. Wölflin i inni przypisują niewidomym wyjątkową wrażliwość dla minimalnych zmian i różnic ciśnienia atmosferycznego. Truchsel przedstawił niedawno w paryskiej Akademii Nauk nową teorię orientacyjnego zmysłu niewidomych. Przyjmuje on pewne uczule-

nie narządu słuchowego, w szczególności zaś błędnika. To wzmożenie wrażliwości słuchowej pozwala niewidomemu rozróżniać pewne, bardzo zresztą subtelne, zmiany w sferze wrażeń akustycznych, zależne od odbijania się fal głosowych od przedmiotów znajdujących się w pobliżu poruszanych w niewielkiej odległości, czy to zbliżających się, czy oddalających. Pewnego rodzaju potwierdzenie tej hipotezy stanowi spostrzeżenie kliniczne Allersa z Monachium, który miał w swej opiece człowieka zupełnie ślepego, dotkniętego równocześnie zaburzeniami w błędnikach usznych, które objawiały się napadowo w postaci zawrotów, złudzeń i omamów słuchowych, a wreszcie pewnych zbocezeń równowagi. Otóż szczególna zdolność orientacji i wymijania przeszkód, jaką ten niewidomy od dawna posiadał, zniknęła zupełnie w czasie wyżej wspomnianych napadów. Aby prócz tego negatywnego dowodu, zaczerpnętego zresztą z patologii, dostarczyć na poparcie swej teorii bezpośrednich dowodów doświadczalnych wykonał Truchsel szereg prób na wychowankach »Zakładu dla ociemniałych« w Paryżu. Doświadczenia polegały w zasadzie na zbliżaniu do głowy osoby badanej arkuszyka kartonu przymocowanego do końca długiej łaski trzymanej za drugi koniec wyciągniętą ręką. Zapisywano przytem w jaki sposób badany oddziaływa na to zbliżanie lub przesuwanie kartonu i o ile je spostrzega. Mowa tu przedewszystkiem o ociemniałych, nie posiadających nawet poczucia światła. Tacy ślepi odczuwali i względnie najdokładniej umiejscawiali wrażenie zbliżającego się kartonu po obu bokach głowy. Popelniali częściej pomyłki, gdy karton zbliżano z przodu, a stale nie odczuwali nic zgoła, gdy poruszano kartonem poza ich głowę. Zdolność odczuwania i lokalizacji zbliżanego przedmiotu zniknęła zupełnie, gdy badany zatkał sobie sam nos i uszy. Ten sam skutek osiągnano przez obwiniecie głowy badanego płótnem, sukniem, papierem, futrem lub inną materją. Pewne odmiany w wynikach doświadczeń powodowało wyłączenie działania małżowin usznych przez wprowadzenie rurek kauczukowych do zewnętrznych usznych przewodów. Dalsze potwierdzenie teorii Truchsel'a stanowił fakt, że zupełna cisza pokoju do badań, co prawda trudna do uzyskania wobec wielkiej wrażliwości ślepych na bardzo nawet słabe podniety słuchowe — unicestwiała wszelką zdolność orientacyjną. Przeciwnie zdolność ta ujawniała się najsilniej przy pewnych szmerach ciągłych i jednodźwięcznych np. przy odgłosie przejeżdżającego tramwaju, przy monotonnym szmerze samowaru i t. p.

Ciekawą jest rzeczą, że podobne zastępcze działanie bardzo wydzielanego słuchu czy też innych zmysłów lub nerwów już dawno wykrył Spallanzani u zwierząt, mianowicie u nietope-

rzy. Zaklejał on tym stworzeniom oczy szczelnie papierem i puszczał je wolno następnie w pokoju, w którym poprzeciagane były od ściany do ściany nitki w najrozmaitszych kierunkach. Nietoperze latały po powietrzu równie sprawnie, szybko i swobodnie, jak gdyby widziały doskonale i żaden z nich nie zaczął o nitkę, ani nie dotknął różnych przeszkód, jakie im w locie badacz przedstawiał. Analogia między tą zadziwiającą zdolnością orientacyjną nietoperzy, a zmysłem kierunku u ludzi ociemniałych jest niewątpliwie bardzo bliska, ale zaprzeczyc się nie da, że i w tym wypadku jak w wielu innych wyższość jest po stronie zwierzęcego instynktu.

K. W. M.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Dr Adam Szulistawski

zmarł w dniu 24-go listopada r. b. we Lwowie.

Śp. Szulistawski urodził się w r. 1865 w Tarnowie. Gimnazjum ukończył w Stanisławowie, poczem zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uzyskawszy w r. 1890 dyplom doktora wszech nauk lekarskich, oddał się okulistyce. Przez dwa lata (1901—1902) był asystentem zakładu okulistycznego Prof. Bolesława Wicherkiewicza w Poznaniu, następnie pracował w klinice okulistycznej Prof. Rydła w Krakowie i Prof. Fuchsa w Wiedniu. Nabywszy gruntownych wiadomości w obranym zawodzie, osiadł na stałe we Lwowie. Tutaj przez kilka lat był sekundaryuszem szpitala powszechnego na oddziale ocznym Prof. Macheka. Opuściwszy szpital wstąpił do służby rządowej i pracował przeszło pięć lat w biurze sanitarnem namiestnictwa. Równocześnie ogłasza drukiem szereg prac naukowych, na podstawie których w r. 1901 habilituje się na Uniwersytecie Lwowskim jako docent prywatny okulistyki, a w r. 1909 otrzymuje tytuł profesora nadzwyczajnego.

Przez szereg lat był ordynaryuszem w poliklinice powszechnej i okulistą kasy chorych miasta Lwowa. Przez kilka lat pełnił obowiązki generalnego Sekretarza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodni-

ków polskich we Lwowie podjął się znużonej pracy Sekretarza generalnego Zjazdu. Należał do pilnych członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Śp. Szulisławski pracował gorliwie na polu piśmiennictwa lekarskiego, i to jeszcze w tych czasach, kiedy warunki pracy naukowej były gorsze jak obecnie. Przez prawie 20 lat, prawie rok w rok, spotykamy się z jego artykułami. Jako pracę habilitacyjną ogłosił cenne doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Z zamiłowaniem uprawiał dział okulistyki sądowej i dział higieny, które to działy u nas tak mało są uwzględniane. Z pracą Szulisławskiego »Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu §. 15 6. a. u. k.« winien się każdy lekarz sądowy zaznajomić.

Jako znawca sądowy posiadał duże doświadczenie i odznaczał się niezwykłą sumiennością. Nie pominął żadnego szczegółu z toku śledztwa, owszem umiał wyszukiwać i zużytkowywać nieznaczące na pozór fakta, badał z wielką dokładnością, wnioskował oględnie. Umiał nie tylko wyswietlać zawiłe sprawy procesowe, ale nadto jasnym i logicznym wywodem umiał zainteresować trybunał sędziów, w obroncach zaś wzbudzić pełne zaufanie.

Cieszył się rozległą praktyką lekarską, wiele świadczył chorym bezinteresownie, był prawdziwym opiekunem i przyjaciелеm biednej ludności cierpiącej, a w stosunkach koleżeńskich przytem najlepszym kolegą.

Był to człowiek o nieposzlakowanym, pięknym charakterze, człowiek w całym tego słowa znaczeniu dobry. Z natury łatwo pobudliwy, żywo odczuwał i piętnował głośno fałsz i zło. Sprawiedliwy w ocenianiu ludzi, chętnie uznawał i podnosił zasługi drugich, wyrozumiały na drobne ich usterki. Stanowił typ niepowszedni — i postać Jego wspaniała i ubiór z polską noszony i całe zachowanie się Jego wyróżniało Go od otoczenia. Żył skromnie wśród rodziny a przyjemności szukał w muzyce, którą ze znanstwem uprawiał, i w lekturze.

Człowiek idei owiany duchem patriotycznym.

Miał wielu przyjaciół, prawdziwie Go ceniących, a zgon Jego nagły wzbudził głęboki żal.

Sp. Szulistański drukiem ogłosił następujące prace:

Przypadek kilkakrotnie powtarzającego się urazowego odzepienia siatkówki. Nowiny lek. 1891.

Trzy przypadki jednostronnego porażenia żdziergacza żrenicy i mięśnia rzęskowego. Przegl. lek. 1893.

O operacyjnem leczeniu jaglicy. Przegl. lek. i Pamfletnik VII. Zjazdu lek.; przyr. pol. 1895.

Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych. Przegl. lek. 1896.

Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykłą poprawą bystrości wzroku. Przegl. lek. 1896.

Przyczynek do leczenia stożkowatego wyđęcia rogówki. Gazeta lek. 1896.

Przeszczepienie mięsaka barwikowego z rogówki na spojówkę. Przegl. lek. 1896.

Ueber das Auftreten multipler Neubildungen der Horn und Bindehaut. Centralbl. f. Augenhlk. 1896.

O zastosowaniu wazogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Przegl. lek. 1898.

Ueber das Verwendbarkeit des Jod und Jodoformvasogens in der Augenheilkunde. Centralbl. f. prakt. Aughlk. 1898.

Giastowaty przerost powieki górnej. Przegl. lek. 1899.

O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienia oczodołu. Przegl. lek. 1899 i Klin. Monatsblätter f. Augenhlk. T. XXXVII.

O zastosowaniu protargolu w okulistyce. Przegl. lek. 1989.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Przegl. lek. 1900.

Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu §. 156 a. ustawy karnej. Przegl. lek. 1902.

O nowej metodzie Wingena oznaczania dziennego światła w szkołach. Przegl. higien. 1902.

Margo cantho plastica. Post. okul. 1902.

O zołzach. Przegl. higien. 1904.

Wzrok a okulary. Przegl. higien. 1904.

Z higieny oka. O ostrym śluzoropotołu spojówki i ochronie oczu niemowląt. Przegl. higien. 1905.

Kiła oka. Lwowski Tyg. lek. 1906.

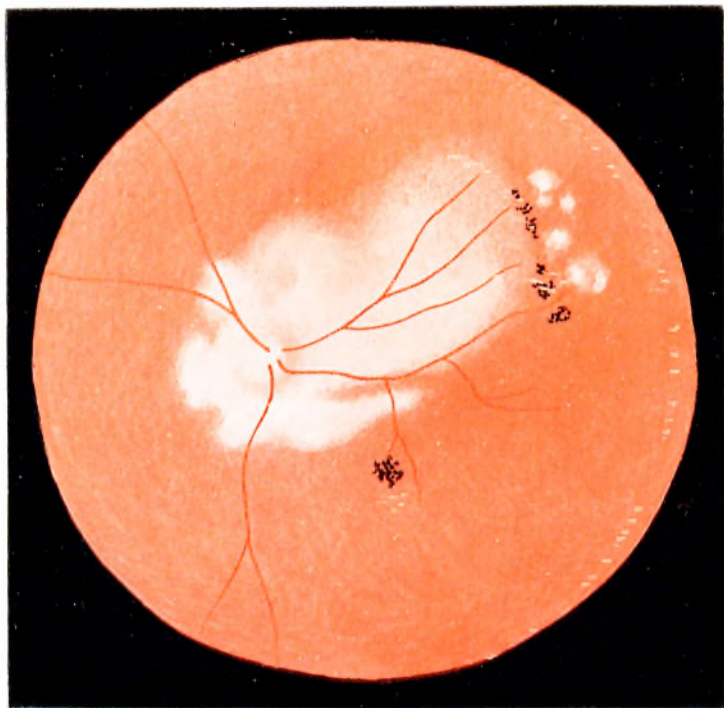
O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych. Tyg. leki 1908.

Z zakresu okulistyki sądowej. Przegl. lek. 1908.



Rys. 1.

Obraz wziernikowy wężra podsiatkówkowego przed operacją.



Rys. 2.

Obraz wziernikowy węża podsiatkówkowego po operacji.

KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej