

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

---

ROCZNIK XII. — 1910.

---



KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO  
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

NA KŁADEM WYDAWCY.

1910.

~~KLINIKA OKULISTYCZNA  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej~~

~~1006~~

Okuliści polscy<sup>1)</sup>  
według zestawienia z r. 1910.

- Dr Afapin H. Warszawa, Wierbo-  
wa, l. 9.  
\*Dr Bałaban Teodor, r. c. Lwów, ul.  
Wałowa, l. 7.  
Dr Bannel Arnold. Kraków, Plac  
WW. Świętych, l. 11.  
\*Dr Bednarski Adam, docent, tyt. prof.  
nadzw. okulist. Uniw. lwowskiego.  
Lwów, Akademicka, l. 5.  
Dr Bein Kazimierz. Warszawa, ul.  
Smolna, l. 23.  
Dr Bereza J. Warszawa, ul. Chłó-  
dna, l. 26.  
\*Dr T. Berezowski, Kraków.  
Dr Bernhardt Józef. Wilno.  
\*Dr Bitner Adolf. Swisłocz (Ro-  
sya).  
Dr Borowski. Wilno.  
\*Dr Brudnicki. Bieżno (Królestwo  
Polskie).  
\*Dr Brudzewski Karol. Kraków, ul.  
Fłoryańska, l. 38.  
\*Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawal-  
na, d. Reform. kolegium.  
Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.  
Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa,  
Chmielna, l. 48.  
Dr Czechiński. Łuków (Król. Pol.).  
\*Dr Cichański Al. Przemyśl.  
Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpato-  
rya (Rosya).  
\*Dr Cywiński Marian. Mohylew  
Białoruski.  
Dr Czyżewski L. Warszawa, Żóra-  
wia, l. 3.  
\*Dr Dąbrowski. Grodno.  
Dr Daszewski. Kielce.  
\*Dr Dawidson. Warszawa.  
Dr Dembowski. Radzielnaja.  
Dr Demidowicz Bronisław Marian,  
lekarz wojskowy. Włodzimierz  
nad Kłazmą.  
Dr Dobrzański Aleks. Warszawa.  
Nowogrodzka, l. 34.  
Dr Dudziński. N. Sącz.  
Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.  
Dr Działowski Alfred. Toruń.  
Dr Ebersson Maur. Tarnów.  
\*Dr Eikner Marian Aleks. Kamie-  
niec Podolski.  
Dr Endelman L. Warszawa, Żela-  
zna Brama, l. 3.  
Dr Fiałkowski Henryk. Koło, gub.  
Kaliska.  
Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Sta-  
rowiślna, l. 45.  
Dr Fukała Winc. Wiedeń.  
Dr Gałęzowski Feliks Franciszek.  
Warszawa, Sienna, l. 22.  
\*Dr Garliński Władysław M. Łódź.  
\*Dr Geisler Piotr. Jarosław.  
Dr Genelli Zdzisław. Warszawa, ul.  
Mokotowska, l. 39.  
\*Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz.  
lek. oftalm. Instytutu. Warszawa,  
Krakowskie-Przedm., l. 65.  
Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn).  
Warszawa, Al. Jerozolimsk., l. 25.  
\*Dr Godlewski, Lwów.  
Dr Gedrojé Juraga Witołd. Aleksan-  
dropol.  
\*Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.  
Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de  
Trevisé, l. 21.

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

- Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. off. w Charkowie.
- Dr Gumński Franciszek Wierny, obwód Siemireczyńskiśrod.
- \*Dr Gruder Leon, Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.
- \*Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p. Wilejski.
- Dr Hand Jan, e. k. lekarz pułkowy. Cieszyn.
- Dr Hertyk. Maryampol.
- Dr Hłasko 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. Warszawa, Chłodna, l. 22.
- \*Dr Kaczkowski St., ordynator klin. uniw. Warszawa, Bracka, l. 20.
- \*Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 5.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- \*Dr K. Karnicki. Petersburg.
- \*Dr Karpiński. Rosya. Brześć litewski, ul. Krzywa, l. 18.
- Dr Kepiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Kopernika, l. 3.
- Dr Kleczkowski T., asystent kliniki okul. uniw. w Krakowie.
- Dr Klinkowstein Romana. Kalisz, Król. Pol.
- \*Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.
- Dr Kozłowski Michał Kazimierz, naczelny 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, Siedlee (Król. Polskie).
- \*Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
- \*Dr Lenkiewicz-Ipohorski. Bobrujsk.
- \*Dr Lewicki Stefan. Odessa.
- Dr Liebermann. Kraków, Grodzka, l. 48.
- Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwada, l. 12.
- Dr Lasiński Ignacy, l. radca san., Wrocław.
- \*Dr Łuniewski Stefan, b. asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- \*Dr Maciesza Aleksander. Płock.
- \*Dr Machek Emanuel, Prof. zwyczaj. okulist. uniw. Pr. l. we Lwowie, Akademicka, l. 11.
- \*Dr Majewski Kazimierz W., docent, tyt. prof. nadzw. okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Szczepańska, l. 11.
- Dr Majkow-ki. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks, Kraków, ul. Wiśna, l. 10.
- \*Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
- Dr Markiewicz D. Pzemyślany.
- Dr Markowski Stefan. Częstochowa.
- Dr Matusewicz Jadwiga. Warszawa.
- \*Dr Michalski. Łódź.
- Dr Mutterlich Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.
- Dr Niegołowski Felicyan. Poznań, Pl. Królewski, l. 6.
- \*Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk. (Dynaбург). Doc. Ak. woj. petersb.
- Dr Nowicki. Disna.
- \*Dr Ostafiński Marian. Stanisławów.
- Dr Paradowski. Warszawa, ul. Żółtawia, l. 13.
- Dr Płachecki Jan. Radom.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- \*Dr Przybyłski Jan. Odessa.
- Dr Pułiatycki. Drezno.
- \*Dr Radzwicki. Smoleńsk.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Raubold E. Paryż, Boulevard Barbès, l. 57.
- \*Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagiellońska, l. 17.
- \*Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.
- \*Dr Rosenhauch Edm., asyst. kl. ok. U. J. w Krakowie.

- Dr Rothert. Mińsk litew.
- \*Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
- \*Dr Rymasz Waclaw. Hurykowa, pow. Klecki.
- Dr Sawicz Witold, ord. szpit. wojsk. w Moskwie.
- Dr Stasiński Jan. Poznań.
- Dr Świła Ignacy. Mińsk.
- Dr Świętochowska. Sosnowiec (Królestwo Pol.
- Dr Szafniewski, przyw. asystent Prof. Wicherkiewicza w Krakowie
- Dr Szawelski. Siedlce (Król. Pol.)
- \*Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
- \*Dr Szulifawski Adam, docent, tyt. prof. nadzw. okul. Uniw. lwowskiego. Lwów, ul. Jagiellońska, l. 8.
- Dr Szware A. Warszawa, ul. Chłodna, 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, Chmielna, l. 29.
- \*Dr Weisberg Łódź.
- \*Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań, St. Marcin, l. 6.
- Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca Dworu; Prof. zwyczaj. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, ul. Wolska, l. 15.
- Dr Winawer Feliks. Warszawa, ul. Żabia, l. 3.
- \*Dr Witabiński Wincenty, I asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
- Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
- Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista portu w Petersburgu.
- Dr Zagórki Ad. Rzeszów.
- \*Dr Zajdemmann Mojżesz. Lublin.
- Dr Zaunehof L. Warszawa, ul. Działka, l. 9.
- Dr Ziemiński Bronisław, Warszawa, Marszałkowska, l. 136.
- Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska, l. 21.
- \*Dr Zuzuliński. Winnica.
- \*Dr Żurkowski J. Humań, gub. Kijowska.

### Spis polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1910.

1. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki (keratomalacia) w następstwie wadliwego odżywienia*. Post. ok. nr 1.
2. Dr Mutermilch: *Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych*. Medycyna nr 5.
3. Dr Mutermilch: *Etylogia jaglicy*. Medycyna nr 7.
4. Dr St. Halicki: *Zaśma pochodzenia urazowo-chemicznego*. Post. ok. nr 1.
5. Prof. Dr A. Bednarski: *Przypadek ospicy krowiankowej powiek*. Tygodnik lek. nr 12.
6. Dr E. Rosenhauch: *Promienica rogówki*. Post. ok. nr 2.
7. Dr J. Żurkowski: *Przypadek Hydrops sacci lacrymalis bilateralis congenitus*. Post. ok. nr 2.

8. Dr E. Rosenhauch: *Hemeroptia, Xerosis, Keratomalacia*. Przegląd lek. nr 17, 18 i 19.
9. Dr Endelmann: *Przyczynek do sprawy cierpień nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży*. Medycyna i Kronika lek. nr 17.
10. Prof. Dr K. W. Majewski: *Ciąża a oko*. Przegląd lek. nr 20—24.
11. Dr B. Namysłowski: *Promieniowce z ludzkiej rogówki*. Post. ok. nr 3.
12. Dr Endelman: *Leczenie cierpień dróg nosłzowych przy pomocy drenowania stałego*. Medycyna i Kronika lek. nr 20.
13. Dr Stasiński: *Przypadek przemijającej ślepoty, wzgl. niedowidzenia po zażyciu chininy*. Nowiny lekarskie, nr 5.
14. Doc. Dr K. Noiszewski: *Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego (Papillitis)*. Post. ok. nr 4—5.
15. Dr W. Reis: *W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce*. Post. ok. nr 4—5.
16. Dr E. Rosenhauch: *O etiologii zapaleń pryszczyczkowych oka*. Tygodnik lek. nr 21—25.
17. Dr Okuszeko: *Przyczynek do badań nad reakcją oczną Wolf-Bisner-Calmette'a*. Medycyna i Kronika lek. nr 31.
18. Dr Jeleńska-Maciszyna: *Przypadek obustronnego porażenia nerwu odwodzącego oka po znieczuleniu ledźwiowym tropakokainą*. Neurologia polska. Tom I. Z. 1.
19. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Autoblefaroplastyka wykonana własnym sposobem*. Post. ok. nr 6.
20. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przetwór Ehrlicha 606 przeciw schorzeniom kłobocym*. Przegląd lek. nr 34 i 35.
21. Dr Rothfeld: *O okresowym porażeniu nerwu okoruchowego z opisem dwóch przypadków*. Tygodnik lek. nr 31 i 32.
22. Prof. Dr A. Bednarski: *O przyczynach ślepoty u dzieci*. Tygodnik lek. nr 33.
23. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przypadek pełnienia oka z wyrzucającym krwotokiem u dziecka*. Post. ok. nr 7.
24. Dr W. Reis: *Badania doświadczalne nad zachowaniem się in vitro dwuprawka Morax-Axenfelda pod wpływem rozmaitych czynników leczniczych*. Tygodnik lek. nr 36—39.
25. Dr J. Żurkowski: *He mamy sposobów wyrównania niezhorności mieszanej (As. M. H.) i jakie?* Post. ok. nr 8 i 9.
26. Prof. Dr A. Bednarski: *Kilka słów o oddziale ocznym przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie i sprawozdanie z tegoż oddziału za rok 1908 i 1909*. Post. ok. nr 8 i 9.
27. Dr E. Rosenhauch: *Nowsze badania nad etiologią jaglicy*. Nowiny lekarskie nr 10—11.

28. Prof. Dr K. W. Majewski: *Punctum lacrymale quadruplex*. Post. ok. nr 10—11.
29. Dr Z. Bychowski: *W sprawie anisokoryi*. Post. ok. nr 10—11.
30. Prof. Dr K. W. Majewski: *Poprawa wzroku wskutek urazu*. Nowiny lek. nr 12.
31. Doc. Dr K. Noiszewski: *Skerzydlik (Pterygion) i jego leczenie lekowe i ręczne*. Post. ok. nr 11.
32. Doc. Dr K. Noiszewski: *Wypadek jaskry przy półpaścu ocznym (glaucoma et herpes zoster)*. Post. ok. nr 11.
33. Dr E. Rosenhauch: *Zapalenie spojówki na tle drobinek zapalenia płuc (z badaniem histologicznem)*. Post. ok. nr 12.
34. Dr Garliński: *Badanie dna ocznego zapomocą przyrządu Bauma (ophthalmofunduscop)*. Post. ok. nr 12.

### Spis rycin zawartych w roczniku dwunastym.

1. Promienica rogówki. nr. 2, str. 35.
2. Hydrops sacci lacrymalis bilateralis. nr 2, str. 39.
3. Promieniowce ludzkiej rogówki. nr 3.
  - a) preparaty mikroskopowe, str. 62 i 63.
  - b) Hodowle, str. 65 i 67.
4. Ujście nerwu wzrokowego. nr 4 i 5, str. 99.
5. Szkl'a toryczne 8 figur, nr 8 i 9, str. 205—216.
6. Punctum lacrymale quadruplex. nr 10, str. 261.

### Spis rzeczy w roczniku dwunastym.

#### A.

*Aberracya światlna* 164.  
*Accomodatio*: Spasmus accommoda-  
 tionis 154. 281. Akomodacya przy  
 Mp 170. Paralysis acc. 279.  
*Actinomycesis* 33. 61. 132.  
*Adaptacya* 120.  
*Adrenalina* 119.  
*Amaurosis transitoria* 273.  
*Amblyopia sympathica* 42.  
*Amblyoskop* 238.

*Anaesthesia regionalis* 195.  
*Anisocoria* 263.  
*Anophthalmus congenitus* 113.  
*Argamblyopia* 251.  
*Arsacetyna* 118. 233.  
*Asthenopia muscularis* 117.  
*Asthenopia nervosa* 140.  
*Astigmatismus* 31. 74. 86. 174.  
 201. 327.  
*Atoksyl* 233.  
*Atropina*: Zatrucie 175. 271.  
*Autoblefaroplastyka* 145.

## B.

- Bacillus subtilis* 284.  
*Blenolenicol* 246.  
*Blepharoptasia frontalis* 184.  
*Blepharoplastyca m. Thiersch* 194.  
*Bulbus*: Sarcoma intrabulbare 55.  
 Exophthalmus unilaterialis 109.  
 Exophthalmus pulsans 117, 240.  
 Panophthalmitis 174. Ruptura bulbi 177. Exophthalmus po tyreoektomii 181. Enophthalmus traumaticus 140.

## C.

- Camera anterior*: Torbiel w P. K. 41 Rzęsy w P. K. 231. Olej w P. K. 231. Poczwarzka muchy w P. K. 234. Cilia in eam. anteriore 152.  
*Cataracta*: Cataracta traumatica 9. 232. Cat. senilis 17. Wypłukiwanie resztek 29. Cat. incipiens 123. Cat. annularis traumat. 124. Cat. od uderzenia prądem elektrycznym 126. Extractio in capsula clausa 157, 158, 159. Hallucynacye po ekstrakcyi 165. Inj. jodu 281. Cat. a. tożyczka 283.  
*Chalazion* 181.  
*Chinina* 233.  
*Cholesteryna* 329.  
*Chorioidea*: Ruptura Chorioidei 29. Chorioiditis parapapillaris 237.  
*Cocainum*: Idyosynkrazya 150.  
*Coloboma*: Col. iridis atypicum 154. 189. Colob. chorioideae 156.  
*Combustio calcarea* 81. 232. Combustio (leczenie) 232.  
*Conjunctiva*: Blephorrhoea neonatorum (Profylaktyka) 32. 190. 246. 248. Conj. gonorrhoeica 76. 83. Subconj. epibulbaris gonorrhoeica 77. Abscessus subconjunctivalis 135. Conj. vernalis 171. 280. Zwapnienie spojówki 185. Conjunctivitis Parinandi 198. Conj. acuta streptobacillaris 239. DiphOkoki zapalenia płuc 317.  
*Cornea*: Keratomalacya 1. Keratitis nodosa 15. Ulcus corneae (Etyologia) 16. Keratitis neuroparalytica 31. Papilloma corneae 31.

- Actinomyces corneae 33. Keratoplastyka 253. Kerat. marginalis profunda 42. Atrophia corneae marginalis 53. Leucoma corneae 78. Opacitas zonularis corneae 78. Ulcera posteriora corneae 79. Velus corneae 92. Kerat. parenchymatosa 95. 124. Keratoconus 112. Włókna elastyczne rogówki 123. Ruptura corneae spontanea 132. Kerat. parenchymatosa 171. 229. 230. 270. Maculae corneae 172. Kerat. gonorrhoeica melastica 173. Degeneratio corneae marginalis 182. Herpes corneae menstrualis 183.  
*Corpus ciliare*: Sarcoma 197. Cyclitis 236. Cystis 238. Syphiloma corp. ciliaris 285.  
*Corpora aliena* 30. 108. 231. 328.  
*Corpora quadrigenina* 170.  
*Corpus vitreum* Odł. miedzi 231.  
*Cuprum vitreum solutum* 152.  
*Cystis in camera anteriore* 41. Cystisiridis 198. 238.  
*Czerwień* 124.

## D.

- Dacryosis* 249.  
*Daltonismus* 131. 153.  
*Dementia*: Dem. i tarcz zastoinowa 139.  
*Diaphanoskopia* 332.  
*Dionina* 126.  
*Diplopia monocularis* 134.  
*Diphtheritis* 279.  
*Ductus nasolacrimalis* 26. 121. 251. 280.

## E.

- Echinococcus* 169.  
*Elektromagnes* 187. 230.  
*Elephantiasis* 169.  
*Empysema* 162.  
*Enophthalmus traumaticus* 140.  
*Enucleatio* 238. 278.  
*Epifora idiopathica non obstructiva* 52.  
*Ectenteratio orbito-sinualis* 94.  
*Ectenteratio orbitae* 194.  
*Exophthalmus* 109. 117. 181. E. pulsans 240.  
*Erysipelas* 26.



*Extractio cataractae*: Irrigatio 129.  
130. Reclinatio cataractae 130.  
Extr. cat. complicatae 136. Extr.  
cat. in capsula clausa 157. 158.  
159. Usunięcie przedniej torebki  
196. 199. Extr. we wczesnej młó-  
dości 247.

## F.

*Formol* 109.  
*Fotografia barwna* 197.  
*Fractura baseos cranii* 269.

## G.

*Gangraena sicca palpebr.* 150.  
*Glandula lacrymalis*: Dakryops 52.  
Neoplasma 238. The. gland. laer.  
242. Dacryoadenitis 282.  
*Glaucoma*: Glaucoma haemorrhagi-  
cum 14. Leczenie 43. Cyklodya-  
lysis 44. Glauc. consecutivum 81.  
232. Gl. przy puchlinie epidemi-  
cznej 93. Gl. primitivum 117. Gl.  
cum retinitide pigmentosa 134.  
Excavatio glauc. 235. Iridencleisis  
antiglaucomatosa 237. Gl. chro-  
nicum 249. Gl. post extr. cata-  
ractae 249. 250.  
*Glioma*: Gl. corpori callosi 128. Glio-  
ma ret. 273.  
*Gonorrhoea*: Przerzuty oczne 113.  
190.  
*Graviditas*: Zaniewidzenie 82.

## H.

*Haemorrhagia expulsiva* 177.  
*Haltacymage* 165.  
*Hemianopsia* 242. 248. 270.  
*Herpes corneae menstrualis* 183.  
*Heteroforia* 85.  
*Humor aqueus niger* 270.  
*Hydrargyrum iodatum et biiodatum*  
*pulliforme* 128.  
*Hydrophoea nasalis* 110.  
*Hypotonia* 236.  
*Hysteria* 241.

## I.

*Influenza* 279.  
*Iridencleisis* 237.

*Iridectomia* 246.

*Iris*: Odruch źreniczny 48. Cystis  
iridis 198. Iritis (leczenie) 269.  
Heterochromia 271.

## J.

*Jekwiryty* 57.  
*Jonotherapie* 124.

## K.

*Kat* z 85.  
*Keratoconus* 239. 275.  
*Keratoplastyka* 252.  
*Kinematograf* a oko 254.  
*Konwergencja* 281.  
*Kretynizm połączoney ze ślepotą* 72.

## L.

*Lens*: Opacitas annularis capsulae  
anterioris 49. 278. Fluorescen-  
cya soczewki 122. Vulnera lentis  
129. Luxatio lentis congenita 133.  
Zranienie soczewki bez zaćmy  
230. Zaćmienie socz. obrączkowe  
231. Luxatio lentis subaonjuncti-  
valis 333.  
*Lipodermoidum* 244.

## M.

*Melanosis oculi* 54.  
*Mysienie* 90.  
*Morbus Mikuliczi* 242.  
*Musculus orbicularis*. Phabdomy-  
oma 244.  
*Musculus trochlearis* 250.  
*Mydriasis* 115. 239.  
*Myopia*: Patogeneza 47. 279. Ko-  
rekeja 151. Mp. w Egipcie 327.

## N.

*Naftalina* 242.  
*Nekrologia* 255. 287.  
*Nervus abducens*: Paralysis 269.  
*Nervus oculomotorius*; Paresis 165.  
*Nervus opticus*: Avulsio n. opt. 16.  
Neuritis opt. 59. 97. 193. 241.  
Atrophia n. opt. przy tubes 80. 160.  
Atrophia n. opt. wskutek krwo-  
toku 125. Neoplasma nervi opt.

137. Tarcz zastoinowa 139. Vulnura n. opt. 150. Tuberculosis n. opt. 155. Neuritis przy meningitis 193. Atrophia n. opt. wskutek atoksylu 233, wskutek urazu 327, a wskutek arsacetyny 233. The. n. opt. 246.

*Nervus sympathicus* 276.

*Neuralgia ophthalmica* 22.

*Neuralgia supraorbitalis* 252.

*Neurectomia optico-ciliaris* 352.

*Nawieczniki* 274.

*Nożeczki do neukleacyi* 238.

*Nyctalopia* 131.

*Nystagmus* 51, 58, 109, 110, 131, 195.

### O.

*Ochronne szkła Hallauera* 44.

*Olejek szkarlatny* 234.

*Olsnienie* 118, 167.

*Oftalmoreakcja* 83, 90, 120, 160.

*Oftalmoskop* 87, 131, 283, 324.

*Oftalmofundoskop* 324.

*Opatrunki oczne* 127.

*Ophthalmia sympathica* 15, 42, 55, 88, 115, 136, 243.

*Orbita*: Angioma orbitae 23. Echinococcus orbitae 169. Exenteratio orbitae 194. Carcinoma orbitae 198. Osteoma orbitae 243. Gumma orbitae 333.

### P.

*Palpebrae*: Ptosis traumatica 25.

Nanthelasma palp. 54. Entropion

(oper.) 95. Epithelioma palpebrarum 103, 194, 198. Tuberculosis

palpebr. 135. Autoblefaroplastyka

145. Gangraena sicca 150. Scler-

osis palp. 155. Phlegmone palp.

163. Elephantiasis 169. Ptosis 184.

Lipoma palp. 244.

*Panophthalmitis metastatica* 162.

*Paralysis musculorum* 190.

*Paractico lecznicze* 127.

*Perhydrolina* 74.

*Personalia* 32, 60, 95, 199, 255, 287.

*Perspektywa* 276.

*Phagocytosis* 275.

*Phlegmone retrobulbaris* 328.

*Pseudoleukaemia* 183.

*Psychiczne zaburzenia wzroku* 151.

*Ptosis* 184.

*Punctum lacrymale*: P. duplex 161.

P. lacr. quadruplex 257.

*Pupilla*: Ośrodki ruchów źrenicznych 78, 170. Źrenice noworodków 126. Zwrotna nieruchomość 154. Anisocoria 263.

### R.

*Radium* 168, 194.

*Refrakcja* 164.

*Retina*: Glioma retinae 30, 50, 273.

Amotio retinae 45, 230, 244. Ruptura ret. 45. Embolia centralis

retinae 87. Ruch krwi w naczyniach siatkówki 89. Retinitis punctata albescens 125. Retinitis pigmentosa cum glaucomate 134. Retinitis pigmentosa cum colobomate chorioideae 156. Embryologia

retinae 199. Anomalia venae retinalis 253. Haemorrhagiae retinae 279. Retinitis albuminurica 280.

*Rhabdomyoma* 241.

### S.

*Sarcoma* 15, 197, 253, 282, 327.

*Saccus lacrymalis*: Operacje oczne przy zapaleniach worka łzowego 19. Hydrops sacci lacr. congenitus 39. Actinomycosis 132. Emphysema sacci lacr. 162. Bakteryol. wor. łzowego 174. Sarcoma sacci lacrymalis 282.

*Sclera*: Sclerectomia 107. Scleroconjunctivitis hyperplastica 196. Abscessus sclerae metastaticus 197. Ruptura sclerae 333.

*Sclerectomia* 107.

*Scleroconjunctivitis hyperplastica* 196.

*Serophulosis* 118.

*Serodiagnostyka* 115, 119.

*Serotherapie* 44, 77, 114, 116, 225.

*Sinusitis* 163, 272, 284. Sinusitis

frontalis 186. Osteoma sinus 239.

*Skioskop* 87.

*Scotoma helioplegicum* 185.

*Sophol* 248.

*Spiritus aromaticus* 234.

*Stereoskop* 181.

*Statystyka* 102, 334.  
*Strabismus*: Leczenie operacyjne  
 137. Lecz. ortoptyczne 238.  
*Streptokoki* 272.  
*Synoskop* 30.  
*Syphilis* 19, 43, 115, 270, 285, 333.  
*Schorbut* (zmiany w siatkówce) 119.

## T.

*Tenonitis* 329.  
*Tetania* 283.  
*Thiosinamin* 27.  
*Thrombosis sinus cavernosi* 163.  
*Tlen* 24.  
*Trachoma* 17, 18. Ciąłka jaglicze  
 Prowazka 56, 114, 244. Wyle-  
 czenie tuszczki przez Jekwiryty  
 57. Chlamydozoa 122. Radiote-  
 rapia 168. Etiologia 171, 271,  
 274.  
*Trauma* 108, 109, 112, 140, 229,  
 230, 252, 278.  
*Tuberculosis* 91, 115, 125, 135, 155,

159, 180, 182, 183, 240, 242, 244,  
 246.  
*Tuberkulina* 91, 135, 180, 182, 183,  
 240, 244.  
*Tumores*: Tumor cerebri 82.  
*Typhus recurrens* 16.

## U.

*Uczulanie odczynu tuberkulinowego*  
 182.

## V.

*Variola*: Powikłania oczne po szcze-  
 pieniu 45, 149.

## W.

*Wtrecty* 247, 270.

## Z.

*Zakraplacz nowy* 247.

## Spis autorów w roczniku dwunastym.

## A.

Adam 126.  
 Adario 239.  
 Alezais 181.  
 Alexander 156.  
 Alman 45.  
 Ammann 172.  
 Ammon 128.  
 Arlt 152.  
 Asher 115, 173.  
 Asmus 25, 171, 229.  
 Aurand 183.

## B.

Bach 46.  
 Bahn 253.  
 Bauffe 195.  
 Bayer 246.  
 Backer 310.  
 Bednarski 225.

Beunett 92.  
 Berger 181.  
 Best 242, 248.  
 Beltronicux 107, 137.  
 Beutzen 237.  
 Blaauw 164, 171, 251.  
 Blessig 237.  
 Błagowieszceński 333.  
 Bondi 151.  
 Bourdier 59.  
 Brückner 75.  
 Burton Chance 249.  
 Busse 240.  
 Bychowski 295.

## C.

Cabannes 31.  
 Calhoun 160.  
 Caner 238.  
 Cantonnet 195.  
 Caspar 230, 231.

Cerise 198.  
 Chase 163.  
 Chevallereau 57, 194.  
 Chevrier 195.  
 Clairborne 87, 251.  
 Cluca 180.  
 Cooke 87.  
 Coppez 110.  
 Cords 124.  
 Cragin 32.  
 Cramer 26.  
 Cusner 109, 136.

## D.

Danielopolu 180, 182.  
 Denig 249.  
 Deutschmann 245.  
 Dmitriew 333.  
 Dowling 252.  
 Dransart 58.  
 Driver 247.

Dubois de Lavigerie 29.  
 Dupuys-Dutemps 194.  
 197.  
 Durlacher 114.  
 Dutoit 25.  
 Van Duyse 111.

**E.**

Ehrenfried 26.  
 Ehrman 151.  
 Eisenstein 118.  
 Eisner 83.  
 Elliot 162.  
 Elsner 175.  
 Elschmig 79, 129, 157.  
 Erdmann 232.

**F.**

Faber 231.  
 Faix 194.  
 Fajnicki 135.  
 Falta 124.  
 Feilchenfeld 118.  
 Fejer 42, 328.  
 Filippow 134.  
 Fisch 333.  
 Fleischer 183.  
 Fox 99.  
 Freund 151.  
 Fuchs 19.

**G.**

Garliński 324.  
 Gaylord 315.  
 Gilbert 78.  
 Ginzburg 155.  
 Gley 181.  
 Goldzieher 150.  
 Golowin 94, 331, 332.  
 Goldberg 250.  
 Gonzalez 165.  
 Goodenow 163.  
 Gorse 18.  
 Greene 159.  
 Gruter 81.  
 Gudden 126.  
 Günter 128.

**H.**

Haab 117.  
 Halicki 9.

Hamburger 231.  
 Hammer 118.  
 Handmann 123.  
 Hansel 314, 314.  
 Harman 129.  
 Hauenschild 128.  
 Harris 162.  
 Heerfordt 77.  
 Heimann 117.  
 Heine 117.  
 Herft 83, 248.  
 Herzfeld 151.  
 Herzog 244.  
 Hessberg 81.  
 Heymann 114.  
 Heuss 241.  
 Hilbert 153.  
 Hummelheber 82.  
 Hippel 77, 235.  
 Hirsch 150.  
 Hirschberg 41, 43, 230.  
 Hoeg 231.  
 Hoeve 73.  
 Horstmann 115.  
 Howe 311.  
 Hudson 231.

**I.**

Igersheimer 233, 242.  
 Imai 49, 231.  
 Isambert 199.  
 Isypow 23, 134.

**J.**

Jacovides 31.  
 Jackson 134.  
 Jeleonskaja 95.  
 Jones 310.  
 Judin 27, 233.  
 Judyn 132.  
 Jules 131.  
 Junius 91, 230.  
 Jung 241.

**K.**

Kalt 196.  
 Kardo-Sysojew 95, 134.  
 Katz 238.  
 Kerry 159, 252.  
 Kiehle 313.  
 Killon 130.

Kitamura 119.  
 Koerber 328.  
 Koller 307.  
 Komoto 126.  
 Koster 121.  
 Koyle 253.  
 Kracmer 54.  
 Krotow 44.  
 Krusius 26, 74.  
 Kubli 233.  
 Kuffer 174.  
 Kümmel 14, 124.  
 Kunst 327.  
 Kfischel 47, 170.

**L.**

Lagränge 29.  
 Langenhans 50.  
 Lapersonne 198.  
 Lauber 53, 54, 125.  
 Lauder 85.  
 Leber 119, 230, 244.  
 Lemarchal 198.  
 Lemoine 186.  
 Lenz 13.  
 Levinsohn 78, 170.  
 Lewi 193.  
 Liebrecht 16.  
 Lindner 76.  
 van Lint 137.  
 Lurie 329.

**Ł.**

Łazarew 44.

**M.**

Magitol 199.  
 Majewski 185, 257.  
 Marbaix 112.  
 Markow 22, 169, 189.  
 Marx 230, 239.  
 Marzorati 84.  
 Maynard 93.  
 Mauersberg 51.  
 Mawas 17.  
 Meissner 54.  
 Meller 15, 55, 79.  
 Meyerhof 42, 327.  
 Michail 120.  
 Minor 312.

Morax 31. 197.  
Murray 308.

## N.

Nagel 89.  
Nanysfowski 61.  
Natanson Aleksander 16.  
Natanson 116. 125. 234.  
Noiszewski 97. 301.  
305.

## O.

Oczapowski 20.  
Ohm 44.  
Oliver 91. 311.  
Onfray 197.  
Orłow 189.

## P.

Paderstein 152.  
Pagenstecher 238. 239.  
Pannell 86.  
Pascheff 122.  
Pawłow 45.  
Parsons 234.  
Péchin 198.  
Peretz 185.  
Pevron 181.  
Pfalz 232.  
Philips 251.  
Pichler 172.  
Piekema 231.  
Polack 31. 196.  
Pöllot 242.  
Possek 150.  
Poteron 196.  
Poulard 194. 195.  
Priestley 131.  
Prokopenko 168.  
Prozorow 333.  
Purtscher 45. 150. 154.

## R.

Randolph 309.  
Rau 154.  
Reber 163.  
Reis 102.  
Reuss 52.  
Reye 155. 246.  
Rhoads 164. 313.

Rißler 139.  
Rindfleisch 240.  
Risley 250.  
Rollet 183. 184. 187.  
Römer 115.  
Rockliffe 60.  
Rönne 80. 125. 160.  
183.  
Rosenhauch 16. 33.  
317.  
Rossbach 82.  
La Rosa 74.  
Roy 88.  
Rubbrecht 114.  
Rüben 242.  
Rutten 108. 109.

## S.

Salzer 127.  
Sauvignau 39.  
Schaefer 117.  
Schanz 122. 167.  
van Schevensteen 140.  
Schirmer 236.  
Schmeichler 150.  
Schneidemann 165.  
Schnaudigel 241.  
Schoen 43.  
Schomburg 246.  
Schuster 72.  
Schreiber 234.  
Sefelder 182.  
Shimazono 110.  
Siebert 190. 247.  
Slatineanu 182.  
Smith 131.  
Somertow-Clark 130.  
Stanculeanu 120.  
Stargardt 120.  
Steiner 124. 327.  
Stockhausen 122. 167.  
Suel 92.

## T.

Tacke 113.  
Tamaruszew 190.  
Taylor 19.  
Teissier 197.  
Terientjew 45.  
Terlinck 84.  
Terrien 30. 59.

Terson 30. 57. 199.  
Thomas 234.  
Triamancew 132.  
Tooke 161.  
Trubin 133.  
Truc 186.

## U.

Ulbrich 79.

## V.

Veasey 253.  
Vederame 16.  
Verweg 230.  
Volert 238.  
Vossius 244. 329.

## W.

De Waele 140.  
Wagenmann 243. 244.  
Waldstein 76.  
Wehrli 15.  
Weil 84.  
Weinkauf 240.  
Wengler 234.  
Weliński 52.  
Werner 171.  
Wernke 169.  
Wessely 82. 247.  
Wibo 112.  
Wiherkiewicz 1. 145.  
149. 177.  
Winselmann 174.  
Wintersteiner 52.  
Władyczewskij 24. 135.  
Wolfrum 17.  
Wolff 83.  
Wolffberg 127.  
Wright 158.

## Z.

Zade 81. 232.  
Zajdenmann 334.  
Zahn 124.  
Zander 232.

## Ž.

Žurkowski 39. 201.

~~1006~~

# 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 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.

Styczeń.	—* ROCZNIK DWUNASTY. *—	1910.
----------	-------------------------	-------

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki (*keratomalacia*) w następstwie wadliwego odżywienia.

Napisał

Prof. WICHERKIEWICZ.

Że niedostateczne pożywienie, zwłaszcza brak pokarmów azotowych, wywołuje znamienne zeschnięcie nabłonka spojówki przy rogówce w postaci białawych, lśniących plam Bitota, aż nazbyt wiadomą jest rzeczą, jak niemniej, że w parze z tem występuje także hemeralopia. Jest ona wyrazem tego, że niedożywienie upośledza także wymianę materii w siatkówce a tem samem tworzenie się szkarłatu siatkówkowego. Wiemy dziś również, że znalezione przez Kuschberta i Neissera na zeschniętej spojówce prątki kserotyczne nie stanowią, jak pierwotnie sądzono, swoistych tej choroby drobnoustrojów. Widocznie w takich spojówkach znajdują one tylko korzystne do większego rozwoju warunki. Jako o rzeczach znanych dalej rozwodzić się nad tem nie mamy więc powodu\*).

\*) Obszerniejszą pracę pod tym względem na podstawie spostrzeżeń kliniki naszej ogłosi niebawem Dr Rosenhauch w Przegl. lek.

Powyższy objaw spojówkowy w niezwykłych warunkach ogarnia i rogówkę i doprowadza ją do rychłego rozpadu zwanego keratomalacją czyli rozmiękczeniem rogówki. Ta sprawa jednak pod względem klinicznego znaczenia wymaga jeszcze oświetlenia.

Pierwotnie spostrzegano taki rozpad u dzieci. W r. 1864 Fischer<sup>1</sup> odnosił go do odry ukrytej, Graefe<sup>2</sup> w r. 1866 uważał go za wynik zapalenia mózgu u noworodków, inni widzieli keratomalację u dzieci chorujących na *bronchitis capillaris*, sam<sup>3</sup> zaś miałem sposobność widzieć ten rozpad rogówki u noworodków z ciężkimi objawami *lues congenita*, a w dwóch z nich swoiste leczenie (kąpiele sublimatowe) i dobre sztuczne odżywianie utrzymało dzieci przy życiu i proces rogówkowy powstrzymało.

Zdawało się pierwotnie pierwszym spostrzegaczom, iż keratomalacja to choroba najmłodszego wieku, przeważnie niemowląt, tymczasem dalsze spostrzeżenia i doświadczenia pouczyły, że ni wiek ni rodzaj nie mają wyłącznego do tej choroby przywileju.

Sam przed wielu laty (20) u dziecka starszego bo 10-letniego śledziłem keratomalację obustronną z kserozą spojówki, powstałą w następstwie ciężkiego zapalenia wątroby z żółtaczką. Obie rogówki były bliskie zupełnego rozpadu, gdy na szczęście śmierć zakończyła cierpienia dziecka i oszczędziła mu smutnego losu zupełnej ślepoty.

Wiadomo, że opisana przez Gama Lobo<sup>4</sup> choroba, zwana „*ophthalmia brasiliansa*“, występująca u murzynów, tak u dzieci jak i dorosłych, gdy w niewoli źle się odżywiają, nie jest niczem innym jak szeregiem objawów, mających to samo tło, a kończących się rozpadem rogówek, silnem rozwojeniem, śpiączką i śmiercią, jeżeli nie zapobiegnie tej ostatniej, stosowne podniesienie odżywienia racjonalnego.

Podobna choroba ma, wedle Inouye<sup>5</sup>, występować także w Japonii, nazwana tamże „*Kamme*“, a Thalberg<sup>6</sup> opisuje liczne jej występowanie tak u dzieci jak i osób starszych w Petersburgu w czasie cięższego postu.

Z tego co powyżej przytoczyłem wynikałoby, że z jakiegokolwiek powodu powstałe wybitniejsze obniżenie odżywiania się organizmu do tych zmian prowadzi. Zachodzi wszakże pytanie, czy nie współdziałają przy tem jeszcze inne czynniki. Związku przyczynowego między rozpadem rogówki a kiłą przyrodzoną wprawdzie domysliwano się, bo nawet owa *encephalitis* Greefego miała być rzekomo pochodzenia takiego, ale nie stwierdzono żadnego przypadku dowodem. Moje trzy pod względem tym były klinicznie niewątpliwe, gdy i anneza i objawy syfilityczne, a także skuteczność kuracyi za tem przemawiały.

Dziś, gdy posiadamy możność stwierdzenia mikroskopem kiły, wykazanie związku z nią rozpadu rogówki nie powinno przedstawiać trudności. To też Sydney Stephenson<sup>7</sup> w czterech przypadkach niemowlęcego rozpadu rogówki wykazał obecność krętka bladego (*spirochaeta pallida*).

Rozpad rogówki u dzieci znamionuje się tem, że występuje u noworodków charłacznych zazwyczaj poniżej 1—2 roku wieku. Dalej wysychaniem spojówki i szybkim rozpadem rogówki w obrębie zwłaszcza szpary powiekowej. Dziecko apatyczne zaledwo porusza oczy, a powieki niedomknięte, co wszystko przypomina podobny stan w ostatnim okresie cholery azyatyckiej. Lubo nie ulega wątpliwości, iż do zmian tych prowadzi najwyższy stan charłactwa, to jednak nie umiano sobie wytłumaczyć właśnie samego rozpadu rogówki i przypuszczano już to neuroparalityczny wpływ, przeciw czemu brak znieczulenia przemawia, już to zatory w naczyniach przyrogówkowych, których jednak nie stwierdzono, już to drobnostrój. A jednak te, które napotykamy przeważnie i to w pierwszej linii t. j. prątki kserotyczne nie są swoistemi, lubo dawniej za takie uważane, a doświadczalnie przez wszczepienie nie wywołują podobnego procesu. Inne jak streptokokki, stafylokki czy pneumokokki znajdują korzystne podłoże w już rozpadającej rogówce.

Z konieczności trzeba więc przyjąć wpływ neurotroficzny, spowodowany wyłącznie do najwyższego stopnia obniżonem



odżywieniem organizmu, a ten stan mogą najrozmaitsze spowodować okoliczności. Raz ogólne choroby jak *encephalitis*, *bronchitis*, *syphilis* u noworodków, tyfus, cholera, zapalenie wątroby u dzieci starszych i dorosłych. Ale i brak dostatecznego pożywienia w azot obfitującego czy to z konieczności przypadkowej czy też dobrowolnie powstały ten sam lubo mniej wybitny miewa skutek.

Tu chciałym przytoczyć przypadek, który ciekawy i z tego powodu, iż stan ten chorobowy rogówki powstał u człowieka dotkniętego pewnem zboczeniem umysłu i że forsowna naprawa odżywienia spowodowała równocześnie powstrzymanie rozpadu i ocalenie przynajmniej jednego oka.

Paszyna Walenty, tkacz z Lipnika (Śląsk austr.) 31 lat mający, zgłosił się 12. VII. 1904 r. do kliniki uniwersyteckiej skarżąc się, iż źle widzi wieczorem. Stwierdzono wtenczas, jak w książce protokołowej czytałem, *Xerosis epithelialis Hemeralpia oc. utr. Fibræ medull. oc. dex.* Wzrok obuocześnie  $\frac{6}{6}$  Em. Sn. 0.5 pr. 20 cm.

Choremu zapisano maść Pagenstechera do masowania a później do zapuszczania w oko sol. strychn. Badanie fotometrem Foerstera wykazało niemożność rozpozn. znaków nawet przy największem otworze świetlnym. O oznaczaniu szczegółowem ani o polu widzenia nie znajduję wzmianki.

Chory po raz drugi przedstawił się w dwa lata później i to 21 kwietnia, w czasie mej nieobecności z tą samą skargą; przytem anamneza o tyle została uzupełnioną, iż zapisano »że chory w dzieciństwie przechodził tyfus, a dalej, iż rodzice i rodzeństwo zdrowi i dobrze widzą«. Wzrok badanego okazał się niezmienionym, rozpoznanie stawiono to samo. Przepisano maść, jod i dyoninę. Badanie pola widzenia miało być prawidłowe.

W r. 1908 dn. 23. VI. chory zgłasza się po raz trzeci z powodu, iż od dwóch tygodni prawe oko go boli, ropyje co połączone z silnym bólem głowy. Leczony w Bielsku. Chory został mi przedstawiony, przyczem stwierdziłem co następuje:

*Pro.* powieka dolna nieco podwinięta. Spojówka powiekowa i załamek przejściowy przekrwione i rozpułchnione, spojówka gałki zaś silniej przekrwiona z odcieniem fioletowym. Naokoło rogówki włącznie rąbka spojówkowego pierścieni zeschniętego nabłonka najszerszy w obrębie szpary powiekowej, a cała spojówka mniej od prawidłowej gładka. Na rogówce dołem tak po stronie nosa jak i skroni dwa ubytki łączące się ze sobą, o spodzie gładkim. Środek rogówki natomiast zwłaszcza w głębi zmętniały, szaro-zielonkawy.

*Lo.* spojówka mniej silnie przekrwiona zwłaszcza gałkowa, nabłonek spojówki gałki zeschnięły przeważnie naokoło rąbka, a przechodzi także pasem 1 mm szerokim na samą rogówkę, która zresztą jest czystą, a tylko od góry kilka na niej widnieje naczyń powierzchownych. W dolnej zaś jej połowie wysepki zeschniętego nabłonka wkraczające nawet w obręb źrenicznej części wskutek czego badanie oka wzornikiem utrudnione zwłaszcza przy wąskiej lecz na światło dobrze oddziałującej źrenicy. Dno oka przedstawia się jednak prawidłowe. *W. pro.* i l. św., projekcyja wadl. *W. lo.*  $\frac{6}{18}$ . Hp. 0.8. Sn. 1.5. c. + 1.

Mając przed sobą niewątpliwy przypadek *keratoconj. xerotica* obu ocz ze znacznie posuniętym rozpadem rogówki prawego, nie wiedząc przytem, że chory dawniej już na klinice przedstawiał się, począłem badać szczegóły anamnestyczne, które wykazały co następuje: Już przed rozpoczęciem się choroby ocznej obecnej, bo od dzieciństwa gorzej widział wieczorem. »Miałem, zauważył, kurzą ślepotę zawsze w maju, gdy zaś maj minął, mijała i kurza ślepota«. Odpowiedzi chorego były jednak jakieś tajemnicze, jakby krępowane obecnością lekarzy, tak, że wziąłem go do osobnego pokoju celem szczegółowego badania na osobności. Tu wyznał mi: że mu się Pan Jezus objawił i kazał mu za ciężkie grzechy pokutować na ziemi, jadać tylko chleb suchy, ziemniaki i pijać wodę a ciężko pracować«. To też od 10 lat jest jarozsem, a od roku zjada dziennie tylko za 10 centów chleba i pija zimną wodę, a przy tem pracuje wiele, a w nocy przepędza sporo czasu na modlitwie.

Chory blady, niedokrewny, o słabem tętnie, robi wrażenie psychicznego i dla tego poprosiłem o zbadanie pod tym względem kolegę prof. Piltza, który był łaskaw następujące przysłać mi orzeczenie co do stanu umysłowego: »Rozpoznaję *paranoiam*. Badanie wykazuje usystemizowanie urojenia treści religijnej z omamami zmysłów. Urojenia wielkości, które chory skupia i urojenia prześladowcze«.

Wobec groźnego stanu prawego oka przyjąłem chorego na mój oddział krajowego szpitala św. Łazarza. Tu poleciłem chorego dobrze odżywiać, co jednak napotykało na wielki ze strony chorego opór; udało mi się wszakże wmówić w niego, że to co dostaje są leki. Spożywał więc dobrowolnie chleb, ale pił także mleko, jadał twarde żółtka, jako lekarstwo, a nadto w większych ilościach podawałem mu lecytynę.

Bakteryologiczne badanie z treści rogówki rozpadającej się zrobione wykazało: *staphyloc. albus*, *streptococcus* i *bac. xeroticus*. W płucach miano stwierdzić *tuberculosis pulmonum* na oddziale chorób wewn. szpitala. Do oka stosowano masę żółtą, *colargol*, później jodoform i dyoninę. W miarę lepszego odżywiania się chorego stan ócz poprawiał się coraz więcej.

Prawe oko zagoiło się wytworzeniem się spłaszczonego bielma całej rogówki, gdy na lo. powstały powierzchowne plamki dołem do środka prawie sięgające. *Xerosis* spojówki w obu oczach znikła i chory z daleko lepszym ogólnym wyglądem opuścił szpital dn. 11. VII.

Dn. 3. X. powrócił podając, że przez 6 tyg. leczył się środkami poleconymi (*ung. flav.*, *dionina*) jadał mięso nawet już  $\frac{1}{2}$  kilo od razu i pijał 3 razy mleko. Zgłasza się dla prawego oka, na którym pragnąłby odzyskać utracony wzrok.

Cała rogówka prawa przedstawia bliźnę płaską z punkcikiem wdrążonym ciemniejszym w samym środku (przetoka) natomiast górny skrawek rogówki jeszcze przeświecający a do niego przylega tęczęwka.

*W. pro.* il. św. proj. wadliwa. *W. lo.*  $\frac{6}{6}$  Sn. 0.5. T. pro. —2. lo. n.

Fotometr *lo.* przy otworze 3 mm, a zatem  $L = \frac{1}{9}$ .

Gdy po 4 tyg. stan o tyle się zmienił, iż chory przewieziony do kliniki narzekał na błyski w prawym oku, które wyraźne już miało wręby, odpowiadające ciśnieniu mięśni prostych, wykonałem przesunięcie ku tyłowi wszystkich mięśni prostych (*reclinatio*) z dobrym skutkiem.

Dalszych szczegółów, dotyczących tego przypadku, jako nie należących do rzeczy, nie przytaczam.

Pouczającym w historyi tego przypadku jest to, że ciekawe przy zбочeniu umysłowem przeprowadzane wadliwe odżywianie zrazu spowodowało tylko kserozę spojówkową i hemeralopię. Już Foerster w wielkich ilościach przypadków spostrzegał te objawy w domach sierot, więzieniach i innych internatach, a odnosił je właśnie do wadliwego odżywiania. Dziś obserwacje takie może nie powtarzają się lub nie w tym stopniu przy racjonalniejszym żywieniu takich dobrowolnie lub za karę internowanych osób.

I potrzeba było u naszego chorego wieloletniego dalszego podkopywania zdrowia, by organizm usposobić do dalszych zmian odgrywających się już na rogówce. A dalej zasługuje na uwagę skuteczność forsownego i z niemałym trudem przeprowadzonego racjonalnego żywienia chorego.

Ale podejmując znowu tok naszych myśli, przerwanych opisem szczegółowym powyższego przypadku, pozostaje nam jeszcze odpowiedzieć na pytanie, na czym właściwie polegają owe zmiany w skutkach tak złowrogie dla chorego odgrywające się przy keratomalacyi na, względnie w rogówce.

Horner przypuszcza, że bezpośrednią przyczyną rozpadu jest zeschnięcie nabłonka rogówkowego. Co go powoduje? To ubytek właśnie składników wodnych ciała spowoduje zeschnięcie nabłonka, a dalej rozpad tegoż z całym następstwem, popartem złem odżywieniem organizmu a temsamem i gałki wystawionej na działanie rozmaitych zewnętrznych szkodliwości.

Horner<sup>8</sup> sam wprawdzie przyznaje, iż w 5-u przypadkach widział ten rozpad rogówki u dzieci, dotkniętych kiłą

odziedziczoną, jednak zaprzecza, aby zboczenie konstytucyjne można obwiniać o bezpośrednie spowodowanie zmiany rogówkowej. Tu raczej kiła wywołuje ciężkie zaburzenie w odżywieniu, które dopiero w następstwie prowadzi do zmian ocznych.

W przypadku badanym przez siebie anatomicznie *post mortem* stwierdził Horner następujący stan oka noworodka: Wrzód rogówkowy otoczony jest w częściach najbliższych rąbka nekrotyczną tkanką, włókna rogówkowe, o ile jeszcze nie zniszczone, rozpadają się, a w głębszych warstwach zapalny naciek. Ku środkowi wnikanie grzybicze. Nie jest ono objawem pośmiertnym, gdyż części tkanki już rozpadniętej nie posiadają żadnych bakterii. Znajdują się one najliczniej w tkance jeszcze dość zbitej, powodują zaś infiltrację ciątek białych poprzedzającą rozpad. Bakterye stanowią ten »pył«, który przez szpary rozpadniętego nabłonka rogówkowego wnika i tkankę do rozpadu doprowadza. Nie są więc one niczem pierwotnem, ale tylko przez zeschnięcie nabłonka rogówkowego zyskują na znaczeniu.

Że tu w podobnych przypadkach samo zesychanie nabłonka rogówkowego nie stanowi wyłącznego czynnika chorobowego, nie chciał niewątpliwie i tak bystry badacz, jakim był Horner, twierdzić. Wiadomo przecież, że bardzo silne zesychanie występuje po stosowaniu kokainy, co prawda tylko krótkotrwałe, ale i dłużej trwające, występuje np. w niektórych przypadkach zejścia ciężkiego zapalenia trachomatycznego, a jednak nie przychodzi ni tu ni tam do rozpadu rogówkowego. Oczywiście warunki podatne do tego przygotowuje wzgl. tworzy złe odżywienie całego ustroju, dające się również we znaki i oku przez upośledzone krążenie soków. A to złe odżywienie może mieć, jak wykazaliśmy, najrozmaitsze powody i może być nawet dowolnie wywołanem. Wszystkie one spowodują równie ciężkie zmiany w oku, nawet bez miejscowych czynników specjalnych, jak obrażenie oka lub zakażenia np. treścią woreczka łzowego.

### Literatura.

1. Fischer. Lehrbuch der entzünd. und organ. Krankheiten des Auges. 1864, pag. 275.
2. Von Graefe. Hornhautverschwaerung bei infantiler Encephalitis. Arch. f. Ophthalm. 1866. t. XII p. 2.
3. Wicherkiewicz. Kilka słów w sprawie rozmięczenia rogówki u noworodków. P. O. 1899 styczeń.
4. Gama Lobo. Annales brasilienses de med. 1865; t. XXV i Brasilian. Augenentz Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1867. K. 4.
5. Inouye. Sprawozdanie z prywatnej kliniki. Tokio 1884.
6. Thalberg. Zur Kasuistik der durch Inanitionszustaende bedingten Hornhautgangraen Arch. f. Augenhk. 1883, t. XII.
7. Sydney Stephenson. A series of four cases of infantile gangrene of the cornea etc. The Ophthalmoscop 1908, p. 628.
8. Horner. Krankheiten des Kindesalters w Gerharda-Hadbuch der Kinderkrankheiten. p. 327 i następne.

---

## II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

### Zaćma pochodzenia urazowo - chemicznego.

Podał

Dr STANISŁAW HALICKI.

Do wypadku, opisanego przez kol. Łuniewskiego w »Początku okulistyki« z r. 1906 (czerwiec, str. 173) o »zranieniu rogówki żądłem pszczoły«, pozwalam sobie, jako ciekawy przyczynek do kazuistyki zranień oka, dodać wypadek, spostrzegany i leczony przeze mnie, dotąd niespostrzegany i nie wzmiankowany w (dostępnej dla mnie) literaturze okulistycznej.

24-go sierpnia r. z. zgłosił się do mnie włościanin, ze wsi Jerechy, powiatu Wilejskiego, gubernii Wileńskiej, Symon Zarychda, lat 50, podając na wstępie, że dwa dni temu został »ukąszony« w oko przez pszczołę, gdy zbliżył się do ula, aby przyjrzeć się robocie, nastawiając kołniercz, aby mu owady nie weszły pod ubranie, jedna lecąc z dużym pędem, »jak strzała«, dźgnęła go w lewe oko. Żądło zostało jakoby wkrótce usu-

nięte przez otaczających. Stosował zimne okłady i na trzeci dzień po wypadku zgłosił się do mnie.

Łzawienie i ból od chwili wypadku wzmagają się, zajmując całe pół głowy.

Stan obecny 24-go sierpnia:

Górna powieka lewego oka nieco opadnięta, skóra mało zmieniona, zlekka zaczerwieniona, oko silnie łzawi, światłowstręt, spojówka gałkowa silnie przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe b. znaczne, również bolesność okolicy rzęskowej przy dotykaniu, T—n. Na rogówce, trochę niżej środka ku zewnątrz nieznaczne zmętnienie wielkości łebka od szpilki, zresztą rogówka przezroczysta, przednia komórka prawidłowo głęboka, źrenica zlekka rozszerzona, nierówna, tęczówka przekrwiona, o silnych objawach zapalnych (*iritis*), przyczepy tylne (*synechiae*), ciecz wodnista przedstawia się zmętniałą. Spadek wzroku tak znaczny, że chory zaledwo rozróżnia ruchy ręki, przy pełnym Vis ( $\frac{20}{20}$ ) oka zdrowego. Szczegółów dna ocznego niepodobna rozejrzeć, z powodu rozlanego zmętnienia, jaki przedstawia cały obszar źreniczny.

Zalecono *Atrop. cum Cocaino.*

W parę dni potem:

Obraz oka prawie ten sam, źrenica rozszerza się nieprawidłowo, wskutek częściowych tylnych zrostów, odbłask dna ocznego zaczyna przybierać szarawo-zielonkawy odcień, nastrzyknięcie naokoło rogówki nie zmniejsza się, *iritis* bardzo znaczna, jak również bolesność okolicy rzęskowej.

Dalszy przebieg w ciągu paru tygodni (chory, z powodu zajęć rolnych nie mógł pozostać na stałe, zjawiał się regularnie co parę dni) następujący:

*Injectio episcleralis* ustępuje, bolesność przy dotyku okolicy rzęskowej słabnie, stan zapalny tęczówki zmniejsza się, oko bieleje. Źrenica ciągle nierówna, przyczepy trwają, dno oczne górą wewnątrz zaczyna dawać różowy odbłask, odpowiednio dołem zewnątrz chory zaczyna liczyć palce. Przy bocznem oświetleniu zmętnienia na rogówce odnaleźć nie można, natomiast na torebce soczewkowej wyraźne zmętnienie.

W ciągu następnych kilku tygodni coraz wyraźniejsze zmętnienie soczewki — wytwarzanie się zaćmy, począwszy od górno-zewnętrznej części, gdzie przy bocznem oświetleniu, widzialny był jakby coraz głębiej drążący ubytek miąższu soczewkowego z idącymi doń promieniami zmętniałej torebki.

W połowie września liczył chory palce na pół metra, przez niezajętą zmętnieniem część soczewki.

Wreszcie w pierwszych dniach listopada badany przedstawia taki obraz:

Oko blade, komórka dostatecznie głęboka, źrenica regularna ruchoma, T—n, projekcyja światła zupełnie dobra, V— $\frac{1}{60}$ , katarakta uformowana, zmętnienie zajęło całą soczewkę.

Mamy przed sobą obraz powstania zaćmy pochodzenia urazowego poprzedzony silnym stanem zapalnym: tęczówki, ciała rzęskowego, a nawet naczyńówki; wygląd oka w przebiegu kilkotygodniowego stanu zapalnego był typowym, jaki widzujemy w ciężkich wypadkach *irido-chorioiditis*.

Błaha przyczyna wywołała w danym wypadku następstwa dla oka bardzo poważne, z groźnym przebiegiem, pozbawiając wzroku do czasu usunięcia zaćmy.

Kol. Łuniewski przychodzi w swym artykule do wniosku, że pozostałe zmętnienie rogówki, jakie po usunięciu żądła stwierdził jeszcze po 6-ciu tygodniach, oraz silny odczyn zapalny — są zależne, oprócz urazu t. j. zranienia, od działania chemicznego t. j. sparzenia rogówki kwasem mrówczanym, jako środkiem żrącym.

W moim wypadku wyraźnie występuje ta druga przyczyna nie mechanicznego zranienia, a chemicznego działania jadu. Jad, czyli kwas mrówczany, w moim wypadku dostał się bezpośrednio do przedniej komórki, zastrzyknięty silnem uderzeniem żądła, które musiało przebić całą rogówkę; wywołał bezpośrednio swem działaniem nie tylko odczyn zapalny wszystkich tkanek oka, na które działał, ale spowodował jeszcze obumarcie nabłonka torebkowego i następce utworzenie się zaćmy.

O chemicznem działaniu jadu pszczoł na nabłonek so-



czewki znalazłem wzmiankę w »Więstniku oftalmologii« z r. 1905 (lipiec—sierpień) w streszczeniu pracy Huwald'a, umieszczonej w Graef. Archiv LIX 1, 1904 (*Klinische und Histologische Befunde bei Verletzung der Cornea durch Bienenstiche*). Autor badał wypadek ukąszenia w oko przez pszczołę; nazajutrz wystąpiło rozlane zmętnienie rogówki, hypopyon, na miejscu ukłucia zmętnienie, od którego szły także promieniowate zmętnienia (zapewne *lymphangoitis?*). Po powrocie rogówki do stanu prawidłowego na przedniej torebce jasno zarysowała się *cataracta polaris*.

Chcąc wyjaśnić przyczynę zmętnienia soczewki Huwald robił doświadczenia na oczach żywych królików, poddając takowe ukąszeniom pszczół; następnie badając oczy, otrzymywał kliniczne objawy podobne, lecz bez promieniowatych zmętnień rogówki. Wokoło miejsca ukąszenia otrzymywał obumarcie tkanki i inwazyę leukocytów. Nabłonek i śródbłonek rogówki były w stanie przerostu; na soczewkowej torebce przedniej spostrzegał częściowe obumarcie i przerost torebkowego nabłonka. Takie zmętnienia otrzymał wtedy, gdy jad przenikał aż do przedniej komórki; stąd Huwald przypuszcza toksyczne działanie jadu na nabłonek torebki.

W moim wypadku nie mogę sobie również wytłumaczyć tak szybkiego zmętnienia całej soczewki inaczej, jak tylko swoistem działaniem jadu na nabłonek torebki, który szybko zaczął ulegać zniszczeniu i w dwa tygodnie niecałe, po wypadku można było stwierdzić ubytek miąższu soczewkowego w górno-zewnętrznej części i promienisto doń zbliżające się typowe zmętnienia torebki (*cataracta capsularis*). Ze względu na rzadkość, jaką dany wypadek przedstawia, — chory dla usunięcia zaćmy będzie wkrótce poddany operacji w lecznicy okulistycznej wileńskiej; soczewka zaś badaniu drobnowidemu; o ile badanie takowe coś nowego wskaże nam będzie mogło — nie omieszkać podzielić się z czytelnikami.



### III. STRESZCZENIA.

**Graefe's Archiv für Ophthalm.** R. 1909. T. LXXII. Z. 1.  
(Referent Dr T. Kleczkowski).

**Przyczynek do patologii dróg wzrokowych w mózgu ze szczególnem uwzględnieniem jej wyników dla anatomii i fizjologii.** (Zur Pathologie der cerebralen Sehbahn unter besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse für die Anatomie und Physiologie). G. Lenz (Wrocław).

Kliniczno-anatomiczne badania przypadków, w których następował obraz połowiczego widzenia, są najważniejszym środkiem pomocniczym w dojściu do pewnych wyników co do dokładnego umiejscowienia i czynności dróg wzrokowych w mózgu przebiegających. Autor opiera się częściowo na przypadkach zebranych z literatury, częściowo na podstawie własnego materiału. W całym szeregu przypadków sekeyonowanych, w których były uszkodzone pierwsze ośrodki wzrokowe, względnie początek radyacji Gratioleta, linia połowiąca pole widzenia na część, w której wrażenia wzrokowe były odczuwane i na część z wypadniętem polem widzenia, przebiegała przez punkt odpowiadający w projekeyi plamce żółtej. W mniejszości przypadków okolica plamki żółtej, jednak nie w charakterystyczny sposób, nie była przez ubytek w polu widzenia zajęta. Kliniczny materiał więc przemawia za tem, że przy schorzeniu wyżej wspomnianych części dróg wzrokowych linia połowiąca pole widzenia przechodzi przez plamkę żółtą. Typowe zachowanie pola widzenia przy połowiczem widzeniu w okolicy plamki żółtej spostrzegać jedynie można przy zmianach chorobowych umiejscowionych w części drogi wzrokowej najbardziej dośrodkowo położonej (tylna część rozbiegu włókien potyliczno-wzgórkowych i zakończenia ich korowe). Granica wśród dróg wzrokowych, odkąd idąc dalej dośrodkowo w razie uszkodzenia włókien nerwowych, występuje typowe zachowanie pola widzenia w zakresie plamki żółtej, leży według autora mniej więcej w środkowej, trzeciej części płata potylicznego. Uszkodzenie kory i substancji podkorowej tak płata potylicznego, jakoteż płata skroniowego bez uszkodzenia rozbiegu włókien Gratioleta, nie pociąga za sobą trwałego wypadnięcia połowiczego pola widzenia. Na mocy tego objawu, przypuszcza autor wspólnie z Henschenem, że główny ośrodek wzrokowy, biorąc pod uwagę jedynie płat potyliczny, musi się znajdować jedynie tylko na powierzchni medialnej, względnie centro-medialnej.

Położenia głównego ośrodka wzrokowego dotychczas ściśle określić nie można. Autor sądzi, że położenia jego nie można ściśle ograniczyć, jedynie tylko do *fiss. calc.*, ale, że granice jego należy rozszerzyć do dolnej części *cuneus gyrus ling.*, a może nawet i *gyr. fusif.* Uderzającym jest, że właśnie ta okolica wyżej wspomniana, którą z objawów kliniczno-anatomicznych, możnaby uważać za okolicę głównego ośrodka wzrokowego, również i ułożeniem architektoniczem warstw korowych, różni się od innych miejsc kory mózgowej (Brodmann). Plamkę żółtą korową należy według autora umiejscowić na tylnym końcu *fiss. calcar.* Połowicze widzenie dla barw ma szczególne znaczenie dla nauki o odczuwaniu barw i dla umiejscowienia ściśle określonego ośrodka dla barw. Znajduje się według większości autorów w okolicy *g. fusif.* Autor sprzeciwia się obecności osobnego rodzaju ośrodka. Fizjologicznie nie ma odczuwania barw w tych przypadkach, gdzie niema odczuwania jasności, a z drugiej strony przy uszkodzeniach *g. fusiformis* nigdy nie ma zaburzeń w rozpoznawaniu barw. Autor wraz z Behrem sądzą, że odczuwanie barw jest tylko wyższą czynnością tychsamych elementów, które światło odczuwają; czynność ta jednak przez lżejszego stopnia czynniki szkodliwe zostaje zniszczona. W przypadkach połowiczego widzenia przychodzi prawie w  $\frac{1}{3}$  części przypadków do halucynacji wzrokowych w połowie pola widzenia, zajętej przez ubytek w polu widzenia. Zazwyczaj dzieje się to przy schorzeniach bocznej powierzchni płata potylicznego. Według Wilbranda miejsce to odpowiada polu pamięciowemu wrażeń wzrokowych w mózgu.

**Badania nad jaskrą krwotoczną.** (Untersuchungen über das hämorrhagische Glaukom). R. KümmeI (Erlangen).

Spostrzeżenia kliniczne i następowe badania drobnowidowe gałek ocznych wyluszczonej, doprowadziły autora do wysnucia wniosku, że powstanie jaskry krwotocznej poprzedzają w typowych przypadkach zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, prowadzące następowo do krwotoków w siatkówce umiejscowionych. We wszystkich przypadkach zmienione były tak naczynia siatkówki, jakoteż naczynia rzęskowe. Najwybitniejsze jednak zmiany umiejscowione były w naczyniach poza gałką oczną leżących. Drogi odpływowe nie zawsze były zatłoczone — często jednak zatłoczenie to było, jednak było wtedy pochodzenia następowego. Za ostateczną przyczynę jaskry uważa autor obrzęk tylnego odcinka oka, powstałego w następstwie zmian w naczyniach krwionośnych. Badania autora wykazały następnie, że jaskra krwotoczna stoi w ścisłym związku ze schorzeniami całego systemu krwionośnego, względnie z ner-

kami i że można ją uważać za następstwo ogólnego schorzenia naczyń. Rokowanie co do oka jest niepomysłne, a w 20% przypadków zapada na jaskrę i oko drugie. Rokowanie jest również niepomysłne z powodu ogólnej choroby i dla życia.

**Mięsak śródgałkowy i zapalenie sympatyzujące.** (Intraokulares Sarcom und sympathiesicrende Entzündung). J. Meller.

M. przytacza przypadek, w którym w oku poprzednio zajętem przez mięsak naczyńiówki rozwinęło się zapalenie sympatyzujące. Z powodu braku przetoki łączącej, wewnątrz gałki ocznej z zewnątrzniemi częściami należy przyjąć, że zapalenie to rozwinęło się dzięki zakażeniu endogenetycznemu. Autor sądzi, że zakażenie endogenetyczne może mieć miejsce nie tylko w tych nielicznych przypadkach nowotworów złośliwych oka, w których rozwinęło się zapalenie sympatyzujące, ale że ono częściej w grę może wchodzić. Można przypuścić, że nieznanne dotychczas jady, krążące we krwi, w prawidłowych warunkach, nie są w możności wywołać zapalenia sympatyzującego, ale że potrzeba do tego poprzedniego uszkodzenia naczyńiówki innymi czynnikami. Pierwszym takim czynnikiem szkodliwym jest zapalenie plastyczne naczyńiówki, drugim nowotwory złośliwe. Że również zapalenie sympatyczne powstaje dzięki zakażeniu endogenetycznemu przemawiają za tem przypadki, w których zapalenie sympatyczne wystąpiło dopiero po całym szeregu lat, i że we wszystkich tych przypadkach nacieki sympatyzujące były bardzo świeże (Fuchs). Za endogenetycznym zakażeniem przy zapaleniu sympatycznym przemawiają również przypadki, w których oko sympatyzujące było zupełnie zanikłe i bez podrażnienia.

---

**Klinische Monatsblätter f. Ak.** R. 1909. R. XLVII. wrzesień i październik. (Ref. Dr Liebermann).

**Przypadek zapalenia guzkowego rogówki.** (Ein neuer Fall von knötchenförmiger Keratitis). Dr E. Wehrli.

Jak dotychczasowa, dosyć skąpa statystyka wykazuje, choroba ta występuje zazwyczaj podczas 2 lub 3 dziesiątka życia.

Bakteryologicznie wykazać można zmodyfikowaną metodą Grama prątki ziarniste, które, zdaniem autora, nie przedstawiają degeneracyi, lecz specyjalną postać wegetatywną drobnoustroju.

**O rzadszych przyczynach wrzodu rogówkowego.** (Über Hypopyon-Keratitis mit seltenen bakteriologischen Befunden). Dr E. Rosenhauhe — Kraków.

1) Opis wrzodu rogówkowego, spowodowanego przez *Diplobacillus liquefaciens* Petit (10 przypadków).

2) Opis wrzodu, spowodowanego przez *Staphylococcus pyogenes sarciniformis* (1 przypadek).

3) Opis wrzodu, wywołanego przez grama - negatywne prątki (1 przypadek).

**Opis histologiczny i anatomiczny przypadku wyrwania nerwu wzrokowego.** (Ein Fall von Sehnervenausreissung aus dem Auge bei Schlüsselschuss mit anatomischem Befunde). Dr K. Liebrecht — Hamburg.

Autor miał sposobność badania przypadku samobójstwa przez postrzał w prawą skroń nieco powyżej prawego łuku brwiowego. Kula przeszła skośnie ponad nerwem wzrokowym i utkwiała w lewej jamie szczękowej. W oczodole prawym wykazano przy sekcji liczne odłamki kostne. Nerw wzrokowy był zupełnie wydarty z oka i cały krwią przepojony. Zdaniem autora wyrwanie nerwu nastąpiło skutkiem prężności gazów, które zepchnęły gałkę na zewnątrz i ku dołowi, jakoteż skutkiem ucisku wspomnianych powyż odłamków kostnych.

**Spostrzeżenia okulistyczne podczas ostatniej epidemii duru powrotnego.** (Augenärztliche Erfahrungen aus der gegenwärtigen Rekurrens-Epidemie mit Berücksichtigung der Unfallsfrage). Doc. Dr Natanson Alexander — Moskwa.

W przebiegu wyżej wspomnianego cierpienia, zdarzają się bardzo często powikłania ze strony oka, a mianowicie zapalenia jagodówki. Jednym z pierwszych objawów jest pogorszenie wzroku, skutkiem zaćmień w ciałku szklistem. Dopiero później, nieraz w 2—3 tygodni występuje bolesność i to czasami w jednym ściśle określonym miejscu gałki, a nadto światłowstręt. Wziernikiem widać pływające w ciałku szklistem pyłki i płatki o charakterystycznej blado-niebieskiej barwie.

Cierpienie to daje dobre rokowanie. Pod wpływem atropiny, dioniny i gorących okładów choroba ustępuje.

Ciężej przebiega zapalenie jagodówki, jeżeli zjawi się na wysokości napadu duru powrotnego, natomiast daleko łagodniej, jeżeli wystąpi w okresie rekonwalescencji.

**O implantacji tkanki tłuszczowej do głębokich blizn kostnych.** (Ueber Felttransplantation bei adhaerenten Knochenarben am Orbitalrand). Dr Ph. Vederame, Fryburg w Bryzgowii.

Wstrzykiwania parafiny do tkanki bliznowatej połączone są z wieloma niedogodnościami, zwłaszcza, operując w pobliżu oka. Często wstrzykując pod skórę nosa zdarzało się, iż parafina dostała się pod powiekę, powodując deformację, lub też drobne kuleczki parafiny powodowały zakrzepy w żyłach oczodołu i ślepotę. Wszystkich tych niedogodności uniknąć można, wszczepiając do ubytku kostnego, po odpreparowaniu od blizny, odpowiedniego kawałka tkanki tłuszczowej, wyciętej z powłok brzusznych. Autor operował w ten sposób z pomyślnym skutkiem kilka przypadków blizen po wrzodach guźliczych kości jarzmowej.

**Badania nad jaglicą w preparatach wziętych z powierzchni i w skrawkach.** (Trachombefunde im Ausstrich und Schnitt). Doc. Dr Wolfrum — Lipsk.

Badania te doprowadzają do wniosku, iż ciała Proważka, uważane obecnie za jad jaglicowy, gnieżdżą się przeważnie w powierzchniowych warstwach przybłonka spojówkowego. Badania preparatów, sporządzonych na szkiełku nakrywkowym, mają jednak tę ujemną stronę, że nie dają pojęcia o dokładnem rozmieszczeniu drobnoustroju. Rozcierając bowiem kroplę, wydobytą z worka spojówkowego, przemieszcza się w sposób zupełnie nieregularny wszystkie części składowe. Niedogodności tej unika się, badając skrawki wyciętej spojówki. Okazuje się wówczas, że wspomniane ciała leżą częściowo po za komórkami, częściowo w ich obrębie. Gdziegdzie widać pęcherzyki, wypełnione drobnymi ziarenkami; są to resztki zniszczonych komórek.

---

**Revue Générale d'Ophthalmologie.** R. 1909. Nr 11 i 12.  
(Ref. K. W. Majewski).

**Przyczynek do patogenezy zaćmy starczej.** (Contribution à l'étude de la pathogénie de la cataracte sénile. Les lésions du corps ciliaire). J. Mawas.

Przytoczywszy zapatrywania różnych autorów na istotę i sposób powstawania zaćmy starczej, zdaje Mawas sprawę z mikroskopowego badania gałki ocznej, wyluszczonej w klinice Rolleta z powodu rozpoczynającego się mięsaka naczyniówki. W chwili

wyłuszczenia soczewka oka tego okazywała początki zaćmy starczej. Badanie histologiczne wykazało przedewszystkiem zmiany w ciele rzę-kowym, polegające głównie na daleko posuniętej sklerozie naczyń, oraz na zwyrodnieniu warstwy przybłonkowej (*pars ciliaris retinae*) okazującej liczne wakuole. Wyniki te, podane przez autora, zbliżają się najbardziej do wyników badań Petersa 1902 i Sali 1903. Początkową przyczyną zaćmiewania się soczewki jest, zdaniem autora, to zwyrodnienie warstwy przybłonkowej, która wydziela ciecz wodną. Porządek przejawów patologicznych byłby zatem następujący:

1) Zmiany w naczyniach i w tkance właściwej ciała rzęskowego z przyczyny ogólnej (naftalina, tężyczka, białkomocz, cukrzyca etc.) albo miejscowej (nadmiar światła, wpływ gorąca np. u szklarzy etc.).

2) Następowe zwyrodnienie rzęskowej części siatkówki.

3) Wydzielanie nieprawidłowej pod względem składu cieczy wodnej.

4) Wynikające stąd zmiany chorobowe torebki i przybłonka soczewkowego.

5) Zaćmiewanie się kory soczewkowej, polegające w swej istocie na procesie hydratacji.

#### Leczenie jaglicy. (Le traitement du trachome). P. Gorse.

Autor miał sposobność jako lekarz wojskowy w Algierze i w Egipcie leczyć wielką liczbę chorych na jaglicę i dzieli się zdobytem w ten sposób doświadczeniem ze swymi kolegami we Francyi, którzy z jaglicą we Francyi bardzo mało mają do czynienia. Na ogół używał on tych samych metod leczniczych, jakie stosują dziś lekarze powszechnie we wszystkich krajach, gdzie jaglica grasuje. Jest gorącym zwolennikiem galwanokaustyki ziarn jaglicowych, natomiast stanowczo potępia wycinanie górnych załamek. Po operacyi tej, której autorstwo niesłusznie przypisuje Gałęzowskiemu, gdyż została ona, jak wiadomo, podana przez Heisratha, a którą wykonał w 27 przypadkach, widział tylko złe następstwa. Wprawdzie z tej liczby tylko ośmiu chorych miał sposobność widzieć jeszcze we dwa lata po operacyi, ale z tych dwaj okazywali *symblepharon*, a u sześciu pozostałych bardzo silne podwinięcie powiek górnych wymagało nowego zabiegu. Zachodzi tylko pytanie, czy autor stosował technikę operacyjną bez zarzutu, czy nie wycinał zbyt szerokiego pasa spojówki, czy zakładał szwy wedle przepisu Heisratha, przeważna bowiem część operatorów nie miewa złych wyników po tej operacyi. Przeciw wzrostowi rzęs i podwinięciu powiek zaleca w pierwszym rzędzie operacyę Pa-

na s. a. Łuszczykę leczy chętnie zapomocą perytonii galwanokaustycznej, a w przypadkach zadawnionych ucieka się też do jekwirytołu.

**The Ophthalmic Review.** R. 1909. wrzesień i październik.  
(Ref. Dr J. Matusewiczówna).

**Zniekształcenie rogówki w przypadkach kiły dziedzicznej.** (Malformation of the Cornea in Cases of inherited Syphilis). Prof. E. Fuchs — Wiedeń.

Fuchs zwraca uwagę na spostrzeganą przez siebie zmianę w postaci rogówki w przypadkach kiły dziedzicznej.

W przeciągu roku zebrał 28 przypadków, w których rogówka przedstawiała się w postaci owalu stojącego.

Połowa z tych przypadków dotyczyła osobników, dotkniętych mięszowem zapaleniem rogówki, 5 było z przewlekłym zapaleniem tęczówki, 1 z jednostronną wrodzoną zaćmą, 2 ze zmętnieniami rogówki, prawdopodobnie pozostałymi po zapaleniu mięszowem. Pozostałych 6 przypadków tyczyło się osobników ze zaćmą starczą; autor wyklucza je ze statystyki, ponieważ z wiekiem wzrasta trudność stwierdzenia kiły dziedzicznej. Z pozostałych 22-ch w 8-u były wyraźne oznaki tej choroby, w 8-u pewne dane co do niej, a tylko 3 nie okazywały żadnych objawów w tym kierunku.

Zniekształcenie występuje zazwyczaj na obu oczach, tylko w 6-u przypadkach dotyczyło jednego oka.

Z góry nasuwa się przypuszczenie, że postać rogówki wywiera wpływ na jej krzywiznę i rzeczywiście oftalmometr wykazał w większości przypadków niezborność odwrotną, wahającą się między 3—5 D.

Zależność niezborności od postaci rogówki uwidoczniła się w przypadku, w którym prawa rogówka okrągła wykazywała niezborność prawidłową 0,5 D, a lewa owalna niezborność odwrotną 5 D.

Tylko 3 przypadki okazały fizyologiczny stopień niezborności

**Operacye na gałce ocznej przy przewlekłym zapaleniu worka łzowego.** (Operation on the Globe in Presence of chronic Dacryocystitis). Johnson Taylor.

W przypadkach, gdzie usunięcie chorego worka przed operacją na gałce napotyka na trudności (podeszły wiek chorego, wycieńczenie, w przypadkach zaćmy, jaskra, wymagająca pośpiechu), radzi autor zamknięcie kanalików łzowych, które w następujący sposób wykonuje: po zakokainizowaniu należytem (kokaina w proszku), wprowadza do kanalika cienką sondę, którą trzyma asystent,



poczem pod nią wprowadza cienką, mocno zgiętą igłę, zaopatrzoną w podwójną nitkę jedwabną, przyczem chwyla tylko nieco więcej tkanki poza kanałem. Po wyjęciu sondy zawiązuje się mocno nitkę. Dokładność zamknięcia da się sprawdzić wyciskaniem zawartości. W jednym ze swych przypadków, gdy mu się nie udało dokładnie zamknąć dolnego kanałka, autor wprowadził w punkt łożowy galwanokauter i przypalił ścianki.

Zaraz po założeniu nitki, wymywa się worek spojówkowy rozezysem sublimatu i przystępuje się do operacji. Dla uniknięcia zbyt silnej *mydriasis* po kokainie, autor na kilka minut przed jej zastosowaniem zakrapla nieco ezeryny do worka spojówkowego.

Pożądanem jest przeprowadzenie nitki blisko punktów łożowych, aby mieć miejsce do powtórzenia zabiegu w razie potrzeby. Odczyn jest niewielki, nitki przecinają się same lub można je wyjąć po kilku dniach, kiedy już rana jest zagojona. Opatrunki i leżenie pooperacyjne nie wymagają żadnej zmiany od przyjętych zwykle. W trzech przypadkach zaćmy, które autor w tych warunkach operował, wynik był zupełnie zadawalniający, jakkolwiek w jednym z przypadków sam na parę miesięcy przedtem przeciął ropień worka łożowego, a we wszystkich było dużo ropy.

**Więstnik oftalmologii.** R. 1909. Październik i listopad.  
(Ref. Dr M. Szafnicki).

**O chorobach ócz przy zniekształceniu czaszki.** S. W. Oczapowski.

Zmiany chorobowe kości tworzących oczodoły, mogą być powodem schorzenia narządu wzrokowego.

Pierwszy opis choroby ócz, spowodowanej wadliwą budową czaszki, podał w r. 1873 Michel. Czaszka w przypadku tego autora miała postać silnie wydłużoną, przypominającą głowę cukru. Gałki były dość silnie wytrzeszczone. Wziernikowanie wykazało: *atrophia n. opt. o. u.* Na seceyi znaleziono: silne zwężenie *for. opt.*, hyperostozy i zarosnięcie prawie wszystkich szwów (wypadek dotyczył młodego chłopca). Za pracą Michela zjawia się cały szereg prac innych autorów tak, że Groenou w mógł, na podstawie zebranego materiału, stworzyć specjalny typ chorobowy, który znajdujemy w drugim wydaniu podręcznika Graefe-Saemisch'a. Charakterystyczne znamiona tej choroby: zniekształcenie czaszki, zapalenie nerwu wzrokowego, przechodzące w zanik, często *exophthalmus*, rzadziej *nystagmus*, zmniejszona ruchomość gałek. Porażenie n. wzrokowego spotykamy niejednokrotnie już u noworodków,

częściej jednak rozwija się ono po przyjęciu na świat, w każdym razie w dzieciństwie, zwykle postępuje naprzód i prowadzi do zupełnej ślepoty. Zniekształcenie czaszki nie odpowiada ściśle żadnemu z typów podstawowych. Autorzy niemieccy nazwali tę formę »Turmschädel« — czaszka w kształcie baszty. Wymiar podstawy takiej czaszki jest zwykle prawidłowy, częściej nieco skrócony, czasami przedłużony, poprzeczny wymiar mniejszy. We wszystkich wypadkach tej deformacji autorzy stwierdzali przedwczesne zarosnięcie szwów, zwłaszcza strzałkowego, co uważają za główną przyczynę nieprawidłowego rozwoju czaszki. Pod wpływem prac Groenouwa, liczba odnośnych spraw chorobowych, spostrzeganych przeważnie w Niemczech, szybko wzrasta. Enslin w r. 1904 zebrał 42 wypadki, w następnym roku Patry w dokładnej pracy rozpatruje już 60 wypadków. Pomiarzy dokonane przez Enslina na czaszkach żywych osób i na zwłokach, doprowadziły go do wniosku, że w odnośnych wypadkach mamy do czynienia ze specjalnym typem czaszki synostotycznej o właściwych cechach. Przyczynę tej deformacji widzi autor w zarosnięciu szwu wienicowego. Francuzi, np. Patry, opisując podobny obraz chorobowy, wprowadzają termin »oxycephalia«. Co do przyczyny powstania tej deformacji, są tego samego zdania, co niemieccy autorzy. Samo jednak zniekształcenie czaszki nie powoduje zmian chorobowych w oczach, gdyż spotykamy ludzi o wadliwej budowie czaszki z zupełnie zdrowymi oczami. Musi więc być jeszcze inny czynnik, wywierający działanie na narząd wzrokowy. Badanie rozwoju i wzrostu czaszki rzuca pewne światło na ten czynnik. Wszyscy autorzy są tego zdania, że wskutek wczesnego zarostania szwu strzałkowego i wienicowego, czaszka nie może się rozwijać prawidłowo. Mózg, szybko zwiększając swą objętość wskutek oporności sklepienia czaszkowego, uciska i odpowiednio zniekształca podstawę czaszki. Kanały i szczeliny kostne, służące do przechodzenia naczyń i nerwów, zostają mniej lub więcej zwężone, kierunek ich zmieniony. Wobec tego zupełnie zrozumiałe, że nie każde zniekształcenie czaszki wywołuje zaburzenie w oczach. Jeśli mózg znajduje dość miejsca w kompensacyjnie rozszerzonym sklepieniu czaszkowym — zmian w oczach nie spotkamy, natomiast mogą powstać i bez deformacji czaszki przy innych schorzeniach kości czaszkowych, mózgu i opon. Na podstawie prac niemieckich i francuskich autorów należy przyjść do wniosku, że: 1) istnieje specjalna postać chorobowa, znamionująca się nieprawidłową budową czaszki i zmianami chorobowymi w oczach, z których najgłośniejsze: *neuritis n. opt. in atrophiam vergens* i *exophthalmus*; 2) zniekształcenia czaszki przytem mogą być różne, najczęściej jednak: *Turmschädel*

i *oxycephalia*; 3) zaburzenia w narządzie wzrokowym, szczególnie *exophthalmus*, są spowodowane przemieszczeniem i zniekształceniem kości podstawy czaszki, wskutek niedostatecznego rozwoju sklepienia czaszkowego i zastępczego rozszerzenia przedniej i środkowej jamy czaszkowej.

Przypadek własny. Chłopiec 6-letni od 4 lat nie widzi, jak ojciec podaje, po silnym krwotoku z nosa. Badanie wykazało: *exophthalmus* (według podania od urodzenia), *neuritis n. opt. in atrophiam verg. o. u.* Czaszka o wyraźnym typie wieżowym. Wymiary następujące: *diam. fronto occip.* 145 mm, *bipariet.* 127, odległość od *meat. aud. ext.* do wierzchołka ciemienia 123, szerokość czoła 115, szerokość twarzy w okolicy łuków jarzmowych 115, największy rozmiar czaszki (od podbródka do ciemienia) 212, objętość czaszki u podstawy 465, rozmiar strzałkowy (taśmą po środkowej linii czaszki) 320, rozmiar poprzeczny od *meat. aud. ext.* jednej strony do tegoż miejsca drugiej strony (taśmą przez ciemię) 360. V. prz. o. Chorób żadnych nie przechodził. Dziedziczności wykazać nie można. Na kościach długich ślad krzywizny.

Wracając do przyczyn opisywanej sprawy chorobowej, widzimy, że zdania autorów są podzielone.

Najwięcej jednak stronników mają dwa obozy, z których jeden widzi przyczynę zniekształcenia czaszki w krzywicy wewnątrzmacicznej, drugi zaś — w zapaleniu opon mózgowych. *Exophthalmus* łatwo daje się wytłumaczyć zmianą w budowie oczodołu. Przyczynę zmian w nerwie wzrokowym jedni autorzy widzą w podniesionem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem, drudzy w zwężeniu *for. opt.*, inni w zapaleniu opon mózgowych.

### Przyczynek do neuralgii ocznej. Markow.

O neuralgii ocznej pisze się b. mało, a o niektórych rodzajach tego cierpienia, mianowicie, *neuralgia ciliaris*, panują między okulistami bardzo liczne zdania: jedni nazywają tym mianem schorzenie rogówki, drudzy — ciała rzęskowego, inni pod tą nazwą rozumieją chorobę *gangl. ciliaris*. Rozróżniamy kilka rodzajów neuralgii, odpowiednio do zajętych nerwów, a więc: *neuralgia supra-orbitalis, lacrymalis* i *nervi ciliaris (resp. neuralgia corneae)*, w tym ostatnim wypadku sprawa chorobowa umiejscawia się w *nn. ciliar. long. et. brev.* Główną przyczyną, wywołującą neuralgię, jest zimnica, rzadziej nieco — *anaemia, neurastenia* i *hysteria*; również wywołac to cierpienie może przeziębienie i reumatyzm, wreszcie choroby zakaźne, jak tyfus, influenza. Płeć, klimat, pora roku nie wpływają na częstość tego cierpienia. Najczęściej występuje ono w wieku dojrzałym. Co do oddzielnych typów neuralgii, to najczęstsza jest

neuralgia *supraorbitalis*, najrzadsza zaś neuralgia *corneae*. Tę ostatnią przeważnie spotykamy przy zimnicy — choroba zwykle rozpoczyna się lekkim gniołącym bólem pod powieką górną, małego stopnia światłowstrętem i łzawieniem; ból stale się wzmacnia, jak również i inne objawy. Przy ucisku na miejsce wyjścia *n. supraorb.* chorzy odczuwają silny ból. Przy schorzeniu rogówki charakterystyczny jest nadzwyczaj silny ścisk powiek, przyczem silne bóle w całym *n. trigemin.* Bóle ku wieczorowi wzmagają się. Żadnych zmian przedmiotowych z wyjątkiem przekrwienia, łzawienia, ścisku powiek nie spotykamy. Przy zimnicy często spotykamy na rogówkach powierzchowne zapalenie z objawami podmiotowymi jak przy neuralgii, odróżnić jednak jedno od drugiego łatwo wobec braku przy tej ostatniej jakichkolwiek zmian na rogówkach.

Kalt utrzymuje, że neuralgia może powodować zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego, a nawet odczepienie siatkówki. Najprawdopodobniej w tych wypadkach neuralgia była tylko objawem owych cierpień.

Leczenie neuralgii — miejscowe i ogólne. W wypadkach lekkich wystarczy okład, kokaina, morfina, mięsienie i galwanizacya. Jednocześnie można stosować chininę, arsenik, preparaty salicylowe, jod, nawet rtęć, w postaci weierek w skroń, odpowiednio do etyologii. Jeśli trudno zbadać przyczynę, to podajemy antypirynę, fenacetynę i t. p. W przypadkach o podkładzie zimniczym prof. Hirschmann radzi wkraplać do worka spojówkowego obficie 2% rozczyń chininy, przygotowany bez kwasu; wprawdzie nieco piecze, ale prędko uśmierza ból. W ciężkich wypadkach weieramy w skroń maść kokainową z morfiną, często dobrze robi galwanizacya, w niektórych razach środki napolne (przy przeziębieniu).

### Naczyniak oczodołu. Isupow.

Według statystyki Bilroth'a nowotwory oczodołu spotykamy rzadko, mianowicie 0.8% ogólnej liczby. Naczyniaki oczodołu należą do rzadkości, gdyż dotychczas opisano dopiero 110 wypadków. Nowotwór ten rozwija się w oczodole pierwotnie, przytem najczęściej wewnątrz lejka mięśniowego.

Przypadek własny. Kobieta, l. 45, zgłosiła się z powodu *exophthalmus* i ślepoty oka prawego. Przed pięciu laty zauważyła, że oko prawe rośnie i słabiej widzi. Bólów w oku ani głowie nie miała. *Luem negat.* Urazu nie doznała. Skłonności do krwawień brak. *Menses* prawidłowe. Badanie wykazało wyrzeszcz oka prawego na 2.25 cm, ruchy zachowane, może nieco ograniczone. Dotyk niebolesny. Powieki domykają się. Poza okiem przy patrzeniu ku górze i zewnątrz daje się z trudnością wybadać elastyczny, bezbo-

lesny, wyraźnie ograniczony guz, którego postaci ani wielkości oznaczyć nie można. Tętnienia brak, jak również szmerów. V pr. o.  $\frac{1}{200}$ , l. o.  $\frac{20}{20}$ . O. media czyste. Tarcz prawego oka w części skroniowej blada, żyły rozszerzone, pokręcone, tętnice prawidłowe. Naogół chora wygląda dobrze, gruczoły limfatyczne prawidłowe. Postawiono rozpoznanie nowotworu łagodnego, znajdującego się wewnątrz lejka mięśniowego i będącego prawdopodobnie w związku z nerwem wzrokowym. Ze względu na pewną bystrość wzrokową i prawidłowy wygląd tętnic siatkówki, postanowiono oko pozostawić, a nowotwór usunąć sposobem Krönleina. Po otwarciu oczodołu, tuż za *m. rect. ext.* znaleziono guz, który został z łatwością usunięty palcem, przyczem w jednym miejscu ścianka jego pękła i wylało się trochę cieczy brązowej. Guz ciemno-brązowego koloru, kształtu jajowatego, elastyczny, o powierzchni nierównej, wielk. 3 —  $2\frac{1}{2}$  cm. Guz ten leżał między *m. rect. int.* i *n. opt.* zupełnie z otoczeniem nie zrosnięty. *Exophthalmus* odrazu się zmniejszył. Dwa tygodnie po operacji. V pr. o.  $\frac{1}{200}$  *opht.* granice tarczy wyraźne, żyły zwężone, tarcz sama pozostała bez zmian. Ruchy gałki zupełnie prawidłowe. Badanie mikroskopowe guza wykazało budowę naczyniaka jamistego z dość dużym rozwojem tkanki łącznej.

### O działaniu tlenu na kulturę gronkowca złotego i o leczeniu zapalenia rogówki u królików za pomocą tlenu. Władyczewskij.

Cały szereg doświadczeń dowiódł, że tlen przy zwykłym ciśnieniu nie działa na kulturę gronkowca złotego. Rozwój młodej, dopiero co sporządzonej, kultury staje się energiczniejszym; na kulturę starszą tlen nie działa w ten sposób. Siła działania tego drobnoustroju pod wpływem tlenu znacznie się obniża. Przy leczeniu ropnego zapalenia rogówki u królików, wywołanego wstrzykiwaniem pewnej ilości czystej kultury gronkowca, stosowano tlen albo zewnątrz, lub też podspojówkowo w ilości 0.2 — 1 sz. cm. Leczone tym sposobem wypadki ciężkie, gdzie wrzód rogówkowy miał więcej niż 3 mm średnicy, łżejsze zaś wypadki dla porównania leczone konserwatywnie. Doświadczenia te dowiodły, że działanie tlenu na ropne zapalenie rogówki jest minimalne, chociaż w niektórych wypadkach zauważyć można było dość wybitne polepszenie, naogół jednak leczenie tlenem nie daje lepszych wyników, niż konserwatywne. Jako środek zupełnie nieszkodliwy można go używać dodatkowo przy innych sposobach leczenia spraw ropnych na rogówkach.

**Zeitschrift für Augenheilkunde.** R. 1909. T. XXII. Z. 3.  
(Referent Dr T. Berezowski).

**Całkowite opadnięcie powieki wskutek urazu, połączony z odwróceniem jej, wyleczony zapomocą operacji Kuhnta i szwów Pagenstechera.** (Totale traumatische Ptosis mit Ectropium geheilt durch Kuhntsche Ectropium-Operation und Pagenstechersche Suturen). Dr E. Asmus.

Gospodyni wiejska, l. 58, przed 4-ma miesiącami uderzona rogami kozy w górną powiekę prawego oka. Wskutek uderzenia przerwane wewnętrzne kątowe więzadło powieki, która zupełnie się odwróciła, a błona śluzowa wypadła ku przodowi. Po znieczuleniu mieszaniną kokainy z adrenaliną wycięto, według Kuhnta, klinowaty kawałek błony śluzowej z chrząstką i ranę zeszyto 4-ma szwami. Przy wewnętrznym kącie odświeżono ranę skórą, założono szwy, które jednak puściły. Odwrócenie powieki mało się jednak zmniejszyło. W dwa tygodnie potem założono szwy Pagenstechera; dwie pętle grubego jedwabiu założono pod skórę powieki, dwie drugie objęły wypadniętą spojówkę, końce nitki związane ponad brwiami. Po tem odwrócenie powieki stało się większem, a po wyjęciu szwów wypadnięta spojówka pokrywała źrenicę. Ostatecznie założono trzy grube szwy z pętlami przez wierzchołek kulisto wypadniętej spojówki i związane ponad brwiami. Szwy te codziennie były przyciągane. Prawie w miesiąc usumięło szwy, a wynik operacji był zadowalniający, tylko chora przy patrzeniu poziomo musiała marszczyć czoło. Przy operacjach nie było ropienia, które uważa się zwykle za korzystne dla wytworzenia się zrostów utrzymujących powiekę w odpowiednim położeniu. W końcu jeszcze podaje autor jeden przypadek opadnięcia powieki, wyleczonego zapomocą metody Pagenstechera.

**Przypadek podskórnego przerwania chrząstki górnej powieki.** (Ein Fall von subcutaner Zerreißung des Tarsus palpebrae sup). Dr Dutoit.

Uczeń techniki przy rzucaniu kulą śniegu uderza się o palek drewniany ostro zakończony, od bramki ogrodowej, w okolicę prawego oka. Doznaje silnego bólu głowy i oka, a krew ścieka po policzku. Na razie robi zimne okłady, a w kwadrans potem stawia się u lekarza. Górna powieka lekko zwisa, ledwie daje się podnieść, a oko nie domyka się. Skóra powieki obrzmiała i krwawo zabarwiona szczególnie środkiem, gdzie pionowo przebiega linia koloru niebiesko-czerwonego. Po odwróceniu powieki zauważyć można prawie poziome przerwanie chrząstki górnej powieki. Brzeży rany

gładkie, jakby nożem cięte, lekko broczące. Szczelina pęknięcia rozciąga się na tkanki ponad chrząstką leżące, bezpośrednio do skóry. Dwie połowy chrząstki odstają od siebie podobnie jak otwarte wrota. Na rogówce w nosowej połowie zdarły nabłonek, tu rogówka zniekształcona, brak spojówki w nosowej części gałki. *Caruncula* obrzmiała krwawo zabarwiona, ponad nią z załamka górnego z rany sączy się krew i zwisają strzępy spojówki. Żrenica zniekształcona nie oddziaływa na światło, szeroka; przednia komora głębsza. Soczewka nie drga. Wziernikiem rozpoznać można zniekształcenie Berlina na całej części nosowej siatkówki. Wewnętrznego krwotoku niema. Autor najpierw pokrywa obnażone miejsce twar-dówki, spojówkę, następnie wykonuje poziome cięcie na skórze powiekowej i przez ranę zeszywa chrząstkę szwem ciągłym. Skórnej rany nie zeszywa, lecz tamponuje wioformową gazą i zakłada aseptyczny opatrunek. Czwartego dnia wyjęto szwy spojówkowe, piątego szew chrząstki, a po odświeżeniu brzegów rany skórnej zeszyto skórę powiekową. Rana skórna goi *per primam*. Po 10-ciu dniach lekkie ślady przekrwienia spojówki gałki w części nosowej. Rogówka gładka, lśniąca, czysta. Żrenica dobrze oddziaływa. Autor przypadek ten uważa za szczególny, ponieważ uraz zadziałał tu ze strony worka spojówkowego spowodowawszy przerwanie chrząstki.

**Dodatek do trwałego drenowania dróg odprowadzających łzy.** (Zur Dauerdrainage der abführenden Tränenwege). Dr Krusius.

Autor używa cienkiej sondy rurkowej, którą, jako mandrynę, wsuwa po płaskiej sondzie nr 2 do kanału noso-łzowego. Czasami przecina przewodkę łzową. Po założeniu tych dwóch sond wyciąga pełną sondę, a do rurkowej, którą lekko pociąga ku górze, wsadza suchą, twardą nitkę katgut i wsuwa do jamy nosowej; nitka po silnym nosowym wydechu dostaje się na zewnątrz. Do górnego końca nitki ketyntowej umocowuje się nitkę jedwabną, którą następnie przeciąga się przez kanał noso-łzowy otworem nosowym i oba końce wiąże się z sobą w pętlę. Nitka jedwabna może pozostawać w kanale łzowym 3—4 tygodni. Po jej wyjęciu otrzymuje się drożność kanału noso-łzowego.

**Dodatek do spostrzeżeń o zakażeniach gałki ocznej po operacjach (Róža).** (Beitrag zu den Erfahrungen über Augapfelinfektionen nach Operationen [Erysipel]). Dr Ehrenfried, Cramer.

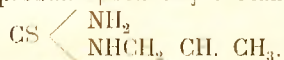
Przypadek dotyczy 37-letniego robotnika, z miernym opadnięciem powieki górnej lewego oka. Wykonano operację według Hessa, tworząc zmarszczkę powiekową, po odpreparowaniu skóry

powieki i przesunięciu jej ku górze. Szwy założone i umocowane na pręcikach drewnianych utrzymują skórę w żądanem ułożeniu. Trzeciego dnia po operacyi wystąpił obrzęk przy ranie, w okolicy brwi, silne bóle głowy, ciepłota 38·9°. Górna powieka coraz więcej brzęknie, tak iż zapomocą rozwórki ledwie można zobaczyć dalszą część rogówki. Obrzęk robi się twardy i dochodzi do wielkości pięści dorosłego człowieka. Przyczyną zakażenia róża, która się rozwinęła z małego ropnia około lewego otworu nosowego.

Dalszem następstwem jest ropne nacieczenie i zniszczenie rogówki i grozi zapalenie ogólne gałki. Powstaje wrzód twardówki około zewnętrznego brzegu rogówki, drażący w głąb. Część twardówki zajętej wrzodem wycięto i rana wnet się zgoiła. Ubytek rogówki, po wypuszczeniu soczewki, odcięciu wypadłej tęczęwki i po przypaleniu prądem elektrycznym, pokrywa autor płatem naciągniętej spojówki gałki. Powstaje odwrócenie powieki górnej i zrost powieki z górną połową gałki. Autor wykonuje teraz plastyczną operacyę odwróconej powieki, po pewnym czasie oddziela zrosły powieki z gałką, płat spojówkowy, pokrywający rogówkę od dołu, oddziela od niej i zapomocą szwu przykłada do tylnej powierzchni powieki górnej. W ten sposób otrzymał ruchomość gałki, prawie zupełną, a górna powieka uzyskała prawidłowe położenie. Przy zamknięciu powiek u lewego pozostawała bardzo wązka szparka. Oko bez podrażnienia, blade, żadnej wydzieliny. Chory oddaje się swoim zajęciom, a wzrok lewego oka ogranicza się do poczucia światła z dobrą projekeyą. W opisanym przypadku, przy tak groźnem powikłaniu z różą udało się autorowi zachować gałkę oczną z poczuciem światła, co zawdzięcza pokryciu ubytku rogówki spojówkowym płatem.

**Stosowanie thiosinaminy przy niektórych schorzeniach nerwu wzrokowego i siatkówki.** (Über die Anwendung des Thiosinamin bei einigen Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut). Dr K. A. Judin.

Thiosinamina, produkt pochodny mocznika:



Środka tego używał pierwszy Hebra w przypadkach wilka z dobrym wynikiem. Podaje on, że zmętnienie rogówki wyjaśniało się przy użyciu tego środka. Thiosinamina ma wpływać na wessanie grucielnych nacieków gruczołów i ma zwiększać blizny. Te spostrzeżenia mieli między innymi potwierdzić Unna, Lewandowski, Hertz. Niektórzy autorowie używali zamiast thiosinaminy jej soli sodowo-salicylowej fibrolizyny.



Pierwsze spostrzeżenia co do działania thiosinaminy w chorobach oka podał Grunert 1906 r. Dobrem okazało się leczenie bliznowatego wywrócenia powieki po wilku. Opisuje on jeszcze 13 przypadków zaniku nerwu ocznego, gdzie w 9-ciu przypadkach otrzymał dobre wyniki.

Schleimer używał tego środka bezskutecznie w celu wyjaśnienia rogówki, Uhthoff przy bliznowatych zmianach przy jalglicy, również bez skutku.

Bruno Dominico zauważył w pięciu przypadkach stosowania thiosinaminy wyjaśnienie zmętnień rogówki, wessanie wysięku w przypadku przymiotowego zapalenia tęczówki i w przypadku zapalenia naczyńówki. Brandenburg chcąc przekonać się o działaniu skutecznem tego środka, stosuje go w rozmaitych przypadkach, lecz zawsze bez dodatniego wyniku.

1907 r. podają Prof. Dolgunow i Dr Lewicki swoje spostrzeżenia: »O działaniu thiosinaminy w chorobach oczu«.

Ten środek był stosowany w dziewięciu przypadkach zaniku nerwu ocznego, w dwóch przypadkach początkowego zaniku pozapalnym nerwu, w przypadku zapalenia nerwu pozagałkowym, w sześciu przypadkach barwikowego zapalenia siatkówki i w czterech przypadkach zapalenia naczyńówkowo siatkówkowego po kile. Dodatnie działanie tego środka miało się objawiać przez rozszerzenie pola widzenia, poprawę naosiowej bystrości, rozszerzenie pola widzenia choć bez poprawy centralnego widzenia, przez lepszy wzrok. Dobre wyniki leczenia po zaprzestaniu używania tego środka trwały dwa do trzech tygodni, żadnych ujemnych działań tego środka nie zauważono.

Gałęzowski podaje dobre wyniki stosowania thiosinaminy przy plamach rogówkowych, używał on tego środka w postaci kąpieli ocznych. Murmilton opisuje przypadek zarośnięcia źrenicy, gdzie stosując thiosinaminę otrzymał znaczne polepszenie, po następowem leczeniu atropiną.

Judina przeprowadza swoje badania thiosinaminą w 20-u przypadkach w postaci wstrzykiwań podskórnych od  $\frac{1}{3}$  całej strzykawki Prawatza. Chorzy otrzymywali 30—40 wstrzykiwań. Prócz thiosinaminy często chorzy dostawali także jod.

Leczone były przypadki zaniku i zapalenia nerwu wzrokowego, zapalenia siatkówki. Autor tu nie zauważył rozszerzenia pola widzenia, owszem raczej częściej zwężenie pola, wogóle nie spostrzegł polepszenia po stosowaniu thiosinaminy.

Prawie równocześnie z ukończeniem badań Judina pojawiła się praca Oczapowskiego, który wątpi w skuteczność działania thiosinaminy w chorobach oka.

#### IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

##### Towarzystwo oftalmologiczne paryskie.

Posiedzenie z d. 6-go lipca 1909 r.

Lagrange: **Wypłukiwanie resztek kory po operacji zaćmy.**

L. jest zwolennikiem wypłukiwania resztek korowych, a przyczyną małego zaufania u wielkiej części operatorów do tego zabiegu upatruje w tem, że do wypłukiwania używają częstokroć niewłaściwego płynu. Za jedyny płyn, nadający się do tego celu i nie wywołujący żadnego zadrażnienia, uważa L. rozczyn składem swym jaknajdokładniej naśladowający ciecz wodną przedniej komory, a więc zawierający odpowiednie ilości chlorku sodu, siarkanu potasowego i chlorku wapniowego.

Chevallereau uważa wypłukiwanie za niewystarczające. Sam używa aspiratora Redarda, zapomocą którego udaje mu się zawsze wydobyć najbardziej nawet ścisłe masy korowe.

Morax sądzi, że wypłukiwanie jest zbyt ciężkie, bo nie może usunąć łobki, z której powstaje potem zaćma wtórorzędna, a co do resztek kory, to one i tak ulegają z biegiem czasu samoistnemu wessaniu.

Terson gdyby sam miał być operowany, domagałby się ekstrakcji z irydektomią i nie pozwoliłby sobie przedniej komory ani wypłukiwać, ani resztek kory aspirować, nie zgodziłby się wreszcie na żaden szew rogówkowy, który stale zakładają Kalt i Chevallereau.

Sauvineau zarzucił w ostatnich czasach metodę wypłukiwania i kładzie większy nacisk na inne szczegóły poprawnej techniki operacyjnej.

Lagrange w przemówieniu końcowem broni sposobu wypłukiwania, do którego używa przyrządu Chibreta zmodyfikowanego przez Aubaret'a, a przy sposobności podnosi zalety cięcia płatowego ku dołowi, przy którym wrośnięcie tęczówki między brzegi rany należy do prawdziwych rzadkości.

Dubois de Lavignerie: przedstawia 13-letniego chłopca z urazem pęknięciem naczyniówki i maksymalnym rozszerzeniem źrenicy, która nie zwięzła się mimo kilkukrotnego zapuszczenia ezeryny.

Rochon Duvigneaud: wobec bezskuteczności ezeryny przypuszcza tu pęknięcie zwieracza źrenicy.

Sauvineau: **Atypowy glejak siatkówki.**

Sprawa przedstawiała się zrazu jako *iridochorioiditis*, gdy jednak wobec bezustannych postępów choroby oko wyjęto, badanie wykazało glejaka siatkówki. W 14 dni po enukleacji pojawiła się recydywa nowotworu w oczodole w miejscu odpowiadającym położeniu guza w gałce. Pomyłka rozpoznawcza wynikła z powodu niezwyklej hypotonii, którą S. Humaczy zajęciem przez nowotwór okolicy ciała rzęskowego.

Lagrange podnosi, że jednym z klasycznych objawów nowotworu wśródgalkowego jest podniesienie ucisku wśródocznego, ale objaw ten może być przemijającym i może w pewnych wypadkach ustąpić miejsca hypotonii.

Rochon Duvigneaud przemawia za punkcją próbną, która może wydobyć znamienne składniki anatomiczne nowotworu, a temsamem wcześniej rozstrzygnąć o rozpoznaniu. Natychmiastowa enukleacja, lub podspojówkowe wypatroszenie oczodołu zapobiegnie niebezpieczeństwu rozwleczenia lub przeszczepienia nowotworu za pośrednictwem igły strzykawki.

Terrien przedstawia synoskop, przyrząd służący do **ortoptycznego leczenia zezu.**

Przyrząd ten posiada dwa odrębne modele, jeden dla zezu zbieżnego, drugi dla rozbieżnego i służy najpierw dla usunięcia, względnie dla zmniejszenia amblyopii oka zezującego, a następnie do wzbudzenia widzenia równoczesnego i obuocznego. Gdy ten cel zostanie osiągnięty, należy przejść do ćwiczeń zapomocą diploskopu Rem'y'ego.

Terson: **Nierozpoznane duże ciała obce w górnym załamku.**

T. okazuje dwa ciała obce, z których jedno (ziarno owsa z długą ością) przez trzy tygodnie, a drugie (kolec ostu 18 mm długości) przez cztery tygodnie pozostawało pod górną powieką u dwóch chorych, którzy w pierwszej chwili po zaproszeniu oczu zgłosili się do swych lekarzy. Ciała obce zostały przeoczone z powodu niedokładnego odwinięcia górnego załamka. T. przedstawia przyrząd własnego pomysłu, służący do dokładnego odwijania górnej powieki w przypadkach, gdzie tego palcami w zwykły sposób nie można uskutecznić. Ilekroć po jakimkolwiek urazie utrzymuje się uporezywe ropienie spojówkowe zwłaszcza na jednym tylko oku, dokładne przeszukanie górnego załamka, jest koniecznie wskazane.

**Morax: Wnioski w sprawie rozpowszechnienia sposobu oznaczania niezborności przyjętego na XI. międzynarodowym zjeździe okulistów.**

Paryskie Towarzystwo oftalmologiczne zawiadania fabrykantów, że:

1. W razie braku jakiegokolwiek bliżej określonych życzeń, przy zamówieniach obowiązują zasady oznaczania astygmatyzmu zalecone przez ostatni kongres.

2. Przyrządy służące do oznaczania niezborności, ramki okularów próbnych, tarcze oftalmometrów i astygmiometrów mają być opatrzone, o ile zamawiający nie poda wyraźnie innego życzenia, podziałką odpowiadającą przepisom przez kongres wydanym.

**Cabannes: Keratitis neuroparalytica syphilitica.**

Dotąd ogłoszono 33 przypadków, w tej liczbie 3 na tle kiły dziedzicznej. C. przedstawia nowy przypadek. Tło anatomiczne jest znane. Zachodzi tu zwykle na podstawie mózgu *meningitis sclerogummosa*, która często zajmuje zwój Gassera, lub gałęzie nerwu trójdzielnego, a także inne nerwy mózgowy. Energiczne leczenie swoiste powstrzymuje szybko sprawę rogówkową i prowadzi do trwałego wyzdrowienia.

La personne radzi odróżniać *keratitis neuroparalytica* od neuroparalitycznych objawów ocznych w przebiegu chorób mózgowych. W wielu przypadkach nawet tła napewne kiłowego wskazana jest wczesna *tarsorrhaphia totalis* lub *mediana*.

**Jacovides** przedstawia preparat wielkiego brodawczaka rogówki.

**Polack** okazuje tarczę promienistą do oznaczania osi astygmatyzmu.

Tarczę otacza szeroki pierścień w górnej połowie pomalowany czerwono, w dolnej zielono (barwami ściśle dopełniającymi). Czarne promienie tarczy są przeciągnięte na ów pierścień, w jego części czerwonej barwą zieloną, a w części zielonej barwą czerwoną. Urządzenie to ułatwia dokładne oznaczenie osi, ważne zwłaszcza w przypadkach niezborności wyższego stopnia.

[Wedł. Kl. Monatsbl. f. Aghk.]

K. W. Majewski.

## V. ROZMAITOŚCI.

### Profylaktyka śluzoropotoku spojówek u noworodków.

Cragin podaje bardzo obszerną statystykę porównawczą różnych sposobów używanych celem zapobiegania rzeżączkowemu zapaleniu spojówek u noworodków, względnie różnych rozczyńw soli srebrowych w tym celu stosowanych (Surgery, Gynecology and Obstetrics 1909, Vol V. nr 2). Statystyka ta obejmuje 8000 porodów i streszcza się w następujących cyfrach:

1) Na 1000 przypadków, w których noworodkom zapuszczano zapobiegawczo 1% rozczyń azotanu srebra, wystąpiło w 24 przypadkach zapalenie rzeżączkowe.

2) Na 2000 przypadków, w których używano protargolu 5%, śluzoropotok spojówek wystąpił 53 razy = 26,5‰.

3) Na 2000 noworodków, którym zapuszczano argyrol 20%, dostało zapalenia 43 = 21,5‰.

4) Na 1000 przypadków, leczonych zapobiegawczo 2% azotanem srebra, było 18 przypadków śluzoropotoku.

5) Na 2000 porodów, w których stosowano u noworodków 10% argyrol wystąpiła rzeżączka spojówki 34 razy = 17‰.

Jak widać z tego zestawienia najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym byłby zatem argyrol 10%, najmniej zaś pewnym 1% azotan srebra. Jak jednak wszelkie zestawienia statystyczne trzeba brać ostrożnie, wynika z porównania liczb powyższych z wynikami statystyki Scipia d'esa, również na tysiącach przypadków opartej, ogłoszonej w Zeitschr. f. Gynäkologie, nr 3 i 4, 1909. Wykazuje on wyższość 1% octanu srebrowego nad azotanem srebra, protargolem, argyrole i sofolem. Częstość śluzoropotoku, który występował w 2‰ przypadków po 2% azotanie srebra, obniżyła się przy użyciu octanu srebrowego 1,1‰.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr Dimmer w Gracu przyjął katedrę okulistyki po prof. Schnablu w Wiedniu.

Doc. Dr Landolt w Strasburgu otrzymał tytuł profesora.

Dr R. Schneider w Mnichowie habilit. się dla okulistyki.

# 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 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.

Luty.	→ ROCZNIK DWUNASTY. ←	1910.
-------	-----------------------	-------

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okul. R. Dw. Prof. B. Wicherkiewicza  
i z c. k. uniwersyteckiego zakładu mikrobiologii Prof. Dr Nowaka.

### Promienica rogówki.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Prócz doświadczalnych prac, w których udało się wywołać owrzodzenia rogówkowe zapomocą *aspergillus fumigatus* (Leber), *a. flavescens* (Halberstma), *a. niger*, *a. Wentii* mniej *a. candidus* (Rollet i Aurand), *penicillium* (Buchanan), drożdży (Rosahefe, Lundsgaard, Stoewer) istnieje 21 ogłoszonych przypadków owrzodzeń rogówkowych wywołanych przez grzybki. Przypadki te omawia Xenfeld w swej bakterjologii okulistycznej, mogą je przeto pominąć. Prócz tych ogłoszono nadto dwa przypadki nowe spowodowane przez *aspergillus fumigatus* (Zado, Issakowitz). Najczęściej napotymano w tych owrzodzeniach *aspergillus fumigatus*, dwa razy

*muco* *mucco* (Ball, Bono), raz *penicilium glaucum* (Wicherkiewicz według rozpoznania drobnowidowego w zakładzie Prof. Bujwida).

Przed dwoma laty ogłosił z ur Nedden przypadek owrzodzenia rogówki »z niewiadomego powodu«, jaki spostrzegali u 6-letniego dziecka. Owrzodzenie łączyło się z wysiękiem ropnym do przedniej komory, a na pożywkach udało się autorowi wyhodować „*Streptothrix*“. Mikrob ten wstrzyknięty wśródotrzewnowo lub na rogówkę wprowadzony nie wywołał żadnych zmian chorobowych widocznych. Natomiast wstrzyknięty w roztworze fizjologicznej soli kuchennej w miąższ rogówki powodował szybko rozszerzające się owrzodzenie a w przedniej komorze hypopyon.

Ze schorzeń rogówkowych o pokrewnej etyologii wymienić należy spostrzeżenia de Berardinis'a, który z owrzodzenia rogówkowego wyhodował *Streptothrix*. Najczęściej powodem wywołującym usadowienie się grzybków w rogówce jest uraz; w wielu przypadkach wywiady wprost wspominają o urazie, w wielu znaleziono nawet w owrzodzeniu tkwiące ciało obce wśród mas bujającego grzybka. Innym razem choroby są tak nieudolne, że nie można było żadnych danych o początku owrzodzenia od nich wydobyć. Inni wreszcie o urazie, który mógł być nieznacznym, nie wspominają, gdyż mógł ujść ich uwadze.

Poniżej podaję dwa nowe przypadki owrzodzeń rogówkowych na tle grzybków, oba odnoszą się do dzieci wyrobników, które bawiły się w polu. Czy nastąpił uraz trudno było od dzieci czegokolwiek dowiedzieć się, a rodzice też nie wiele podają, ponieważ zwrócili uwagę dopiero później, kiedy na oko »wyszła biała plama«.

Przypadek 1-szy.

Franciszek W., 5-letni syn wyrobnika. Matka zgłosiła się z nim 6. IX. 1907 i podała, że od trzech tygodni prawie oko dziecka czerwienieje, ropieje. Nie umie podać, czy doznało urazu, lub czy mu coś do oka wpadło.

Badanie wykazało: brzegi powiek lekko zaczerwienione,

nieznaczna wydzielina zasychająca. Spojówka zwłaszcza gałki miernie przekrwiona. Na rogówce od skroni w obrębie szpary powiekowej tuż obok źrenicy guzek żółtawy 1 mm średnicy, ostro odgraniczony, wystaje nad powierzchnię rogówki, matowy; do niego zdąża od skroni wiązka powierzchownych naczyń. Zresztą rogówka czysta, lśniąca, źrenica 2.5 mm, dobrze oddziaływa, rąbek rogówkowy nie zgrubiały.

Guzek ten z łatwością igłą do ciał obcych usunięto. Pozostał powierzchniwy ubytek o dnie czystym, lekko nierównym.

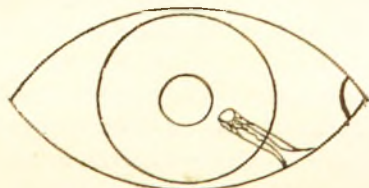
Leczenie: ciepły okład, maść kseroformowa, żółta rtęciowa z kokainą.

9. IX. Oko bez podrażnienia, spojówka blade, naczynia na rogówce znacznie cieńsze, ustępują, w ich miejscu rogówka niezmnętniona. W miejscu owrzodzenia powierzchniwy ubytek zablizniający się. Chory sam oko otwiera.

Leczenie stosowane w klinice przepisano do domu.

Przypadek 2-gi.

(Rys. 1).



Prawe oko.

M. Jan, 2-letni syn wyrobnika, przybył do ambulatoryum 25. IX. 1907 z matką, która podała, że od 3—4 tygodni prawe oko dziecka czerwienieje. Na oku ma mieć krostkę. Nie leczony. Czy się uderzył, lub czy mu coś do oka wpadło, matka podać nie umie.

Badanie wykazało: powieki prawidłowe, spojówkę lekko przekrwioną. Na rogówce, w obrębie szpary powiekowej, od strony nosa, 3—4 mm od brzegu rogówko-twardówkowego, widać jak gdyby pęcherzyk białawo-żółtawy, 1½ mm średnicy, o brzegach ostro odgraniczonych (rys. 1). Guzek ten, lekko



nad poziom rogówki wyniosły, nie lśni, do niego dochodzi wiązka powierzchniowych naczyń. Zresztą rogówka czysta, źrenica  $2\frac{1}{2}$  mm, dobrze oddziaływa, *limbus* nie zgrubiały.

I w tym także przypadku udało się z łatwością zapocząć igły do ciał obcych, usunąć cały ów pęcherzyk, poczem widać ubytek powierzchniowy, o dnie lekko nierównem, lecz czystem.

Leczenie: maść kseroformowa z rtęcią żółtą, obok ciepłych okładów.

28. IX. Oko prawie bez podrażnienia, naczynia na rogówce ledwie widzialne, rogówka w tem miejscu nie zmętniona, ubytek zabliznia się.

Przepisano do domu leczenie, jak wyżej.

Z guzków usuniętych z rogówki przygotowano preparaty na szkiełkach podstawowych i hodowle agarowe. Na preparatach widać było gęsty splot bezbarwnych nitok, rozgałęziających się nieregularnie. Po zabarwieniu okazało się, że nitki te składają się z poszczególnych długich elementów. Nadto widać było całe masy ziarenek w jednym, a owalnych tworów w drugim przypadku.

Na pożywkach agarowych wyrosły czyste kolonie grzybków, w jednym tylko przypadku, można było nadto stwierdzić kilka kolonii gronkowca nieropotwórczego białego, który jednakże, jak badania doświadczalne wykazały, okazał się saprofytem.

Hodowle agarowe oddałem Dr Namysłowskiemu, który określił stanowisko systematyczne tych organizmów i zachowanie się tych tworów na różnych pożywkach.

Na podstawie wyników swoich spostrzeżeń dochodzi Namysłowski do wniosku, że organizmy te należą do grupy promieniowców, że są to gatunki dotąd nieopisane.

Aby się przekonać o chorobotwórczości tych mikroorganizmów, wykonałem cały szereg doświadczeń, wszczepiając bądźto w skaryfikowaną rogówkę, bądź w przednią komorę oka, morskiej świnki odrobinę wyhodowanych organizmów z kultury agarowej. Na rogówce powstawały drobne bardzo

owrzodzenia, lecz organizmy wkrótce ginęły, a owrzodzenie szybko się zablizniało. Inny natomiast był przebieg po wprowadzeniu organizmów tych do przedniej komory. Szybko występowały objawy silnego zapalenia, rogówka ulegała zmętnieniu, była jakby nakłuta, przychodziło do wytworzenia hypopyon, w jednym przypadku nawet nastąpiło zapalenie ropne całej gałki, przyczem zawsze, jako przyczynę doświadczalnie wywołanych schorzeń, udało się wykazać wprowadzone mikroorganizmy \*) obok nielicznych niechorobotwórczych ziarenekowców. Kilka gałek w różnych stadiach procesu chorobowego enukleowano i po utrwaleniu w płynie Schaudinna, badano w skrawkach mikroskopowych. Badaniem tem stwierdzono, że mikroby ten w przedniej komorze się rozrastał, naruszając z jednej strony błonę Descemeta, z drugiej zaś wrastając w tkankę tęczęwkową, przyczem wytwarzał się bardzo obfity naciek. Tym sposobem udało się stwierdzić chorobotwórczość dla obu wspomnianych mikroorganizmów. Mikroby te na rogówce wywołują nieznaczne tylko zmiany i wkrótce giną, natomiast w przedniej komorze rozwój ich postępuje szybko, bo już w przeciągu 48 godzin przychodzi do wytworzenia się bardzo silnego zapalenia. Zgadzałoby się to ze spostrzeżeniami Namysłowskiego, który stwierdził, badając wspomniane mikroorganizmy »na pożywkach bogatych w  $H_2O$  rozwój szybki, bardzo zaś powolny, lub żaden na pożywkach w  $H_2O$  ubogich«.

Z pracy de Berardinisa \*\*), z opisu jego hodowli i preparatów sądzi Namysłowski, że Berardinis miał do czynienia z promieniowcem. Przypadki nasze byłyby zatem drugim przypadkiem promienicy rogówki. Oba nasze przypadki należą do t. zw. lżejszej postaci keratomykozy. Przypadków takich opisano kilka. Przypominają one swym wyglądem zapalenia skrofuliczne, często z powierzchownemi naczyniami,

---

\*) Po roku mikroorganizmy te nie straciły jadowitości, mimo dziesiątków pokoleń. Doświadczenia takie same, jak wyżej, powtórzono z zupełnie podobnym wynikiem.

\*\*), Ann. di ottalmol. Pavia 1904.

jakby łuszczką (Issakowicz), lub [w postaci zbliżonej wyglądem zewnętrznym do t. zw. *keratitis fascicularis* (Johnson, Uthoff-Axenfeld, Kayser, Martin). Nasze dwa przypadki były bardziej do ostatniej postaci podobne, jednakże pewne szczegóły pozwalają nam bez badania drobnowidowego odróżnić zapalenie na tle grzybków, przebiegające pod postacią *keratitis fascicularis*, od cierpienia tego na tle skrofulicznem.

Keratomykozy bowiem mają wygląd matowy\*), nie lśnią tak, jak skrofuliczne zapalenia; nadto zazwyczaj jest tylko część rogówki zajęta, reszta pozostaje zwykle lśniąca, gładka a rąbek rogówkowy nie jest zgrubiały, poza tem podrażnienie gałki jest zwykle umiejscowione, nie odnosi się do całej spojówki, brak też przy keratomykozie owego łuku szarego, oznaki postępu pęcherzyka. Inaczej przy *keratitis fascicularis*: rąbek często bywa zgrubiały, gdyż zwykle znajdujemy inne drobne pęcherzyki przy rąbku, istnieje łuk szarawy postępujący, spojówka bywa bardziej podrażniona, łzawienie znaczne zazwyczaj.

Skoro zapalenie skrofuliczne minie, pozostaje w miejscu pasemka naczyń zdążających w rogówce do pęcherzyka pasemkowate zmętnienie — dowód, że część tkanki rogówkowej uległa zniszczeniu, a jej miejsce zajęła nowowytworzona tkanka bliznowata.

Keratomykoza lżejsza jest schorzeniem powierzchownem. Naczynia zdążające do zajętego ogniska biegną po powierzchni rogówki. Po ustąpieniu cierpienia, skoro naczynia zanikną, nie wytwarza się w miejscu ich przebiegu blizna, rogówka wraca tu do prawidłowej przezroczystości, plama pozostaje tylko czasem i to w miejscu, w którym było ognisko chorobowe, zajęte przez grzybki.

JWielmożnym Panom: R. Dw. Prof. Wicherkiewiczowi i Prof. Dr Nowakowi składam serdeczne podziękowanie za liczne wskazówki. Pierwszemu nadto za odstąpienie mi niniejszych przypadków do ogłoszenia.

---

\*) pochodzi to od delikatnego białawego nalotu, złożonego z gęstej siateczki nitek.

### Literatura,

- odnośnych przypadków znajduje się w książce Axenfelda: *Bakteriologie in der Augenheilkunde*. Jena G. Fischer 1907.
- Issakowicz: *Mittheilung einiger seltener Hornhauterkrankungen*. *Klin. Monatsbl. f. Augenh. Beilageh.* XLVII.
- Namysłowski: *O promieniowcach z ludzkiej rogówki*. *Biuletyn Akad. Umiej.* w Krakowie 1909. nr 7.
- Zado M.: *Beiträge zur Kenntnis der Keratomykosis aspergillina*. v. Graefes *Arch. f. Ophth.* LXV. 3. p. 417.



### Przypadek

## Hydrops sacci lacrymalis bilateralis congenitus.

Podał

J. ŻURKOWSKI,

(Humań, g. kijowska).

W końcu kwietnia 1907 r. był skierowany do mnie przez lekarza K. chory z zajmującym schorzeniem dodatkowego aparatu oka; załączona podobizna ilustruje wygląd chorego.



Chory, 5-miesięczne dziecko, dość słabej budowy i słabo odżywione, ma z obydwóch stron nosa guzy, z których prawy wielkości małego orzecha laskowego zaczyna się od brwi, mieści się u wewnętrznego kąta szpary ocznej i dolną swą granicą dochodzi do połowy długości nosa; lewy zaś guz mniej więcej trzy razy większy od prawego, zaczyna się od wewnętrznej strony lewego łuku brwiowego, ciągnie się po lewej stronie nosa i dochodzi dolną swoją granicą do skrzydła nosowego. Przy obmacywaniu widzimy, że guzy są elastyczne chęłboczące; boleśności niema; skóra na powierzchni guzów koloru prawidłowego.

wego, ścięczona, naprężona, nie daje się ująć w fałdę; przez naciskanie na powierzchnię guzów nie udaje się nic wycisnąć przez kanały łzowe do oka; do nosa widocznie także nic nie trafia, ponieważ guzy od ucisku nie zmniejszają się; drożność kanałów łzowych nie mogła być zbadana, z powodu niemożności dostania się do otworków łzowych, które były zakryte guzami, zwieszającymi się po nad wewnętrznymi kącikami szpar powiekowych. Łzawienia niema.

Z wywiadów się dowiadujemy, iż dziecko miało od urodzenia u wewnętrznych kącików obu szpar powiekowych małeńkie wyniosłości, które od niedawnego czasu zaczęły się powiększać.

Opierając się na wyżej opisanem umiejscowieniu guzów, łatwo było wynioskować, że mieliśmy do czynienia z rozciągnięciem woreczków łzowych przez zawarty w nich płyn, t. j. z wodniakiem ich, a raczej z torbielą zastoinową, która się utworzyła z powodu zarośnięcia wszystkich trzech otworów woreczków łzowych. Różniczkowe rozpoznanie mogło dotyczyć przepukliny mózgowia, polipów nosowych i kaszaków skóry; pierwszemu przypuszczeniu zaprzeczał brak przy obmacywaniu otworu, prowadzącego do wnętrza czaszki; drugie przypuszczenie obala fakt zupełnej drożności otworów nosowych; zresztą polipy rozciągałyby przeważnie dolną chrząstkową część nosa, a nie górną kostną; elastyczność zaś guzów wyklucza przypuszczenie o kaszakach.

Podczas operacji rozpoznanie zostało potwierdzone; zastosowałem uspienie chloroformowe lekkie i wstrzyknięcie w górnej części guzów roztworu adrenaliny 1 : 5000 dla zmniejszenia krwawienia. Operację wykonałem po każdej stronie w sposób następujący: cięcia prowadziłem pionowo z góry do dołu przez najwięcej wypukłą część guza, przeciąłem skórę aż do torebki guza, starając się takowej nie przedziurawić, potem skórę oddzieliłem na obie strony — w stronę nosa i w stronę oka i twarzy, następnie oddzieliłem natępo górną część guza, potem wewnętrzną i zewnętrzną, później tylną, a nakoniec część dolną, stanowiącą przejście do *canalis naso-lacrymalis*,

odciąłem nożyczkami; skórę zeszyłem jedwabiem. W ciągu kilku dni opatrunki; rana goiła się dobrze; po tygodniu chory usunął się z pod obserwacji.

Badania drobnowidowego wyjętych guzów nie dokonano; po otworzeniu wyciętych guzów znaleziono treść o wyglądzie przezroczystego gęstego śluzu.

Nie mając pod ręką literatury odnośnej, nie mogę porównać mojego przypadku z lecznymi do niego podobnymi; może tylko mój przypadek posłuży komu jako przyczynek do całego szeregu innych podobnych przypadków; za osobliwość jego można uważać ten fakt, że opisane cierpienie trwa od urodzenia, a właściwie zjawilo się jeszcze w życiu płodowem; wiemy również, że torbiel bywa następstwem przewlekłego cierpienia woreczka łzowego, znamionuje więc bardzo późny jego okres; w tym więc przypadku 5-miesięczne dziecko doszło do owego późnego okresu choroby. Jako drugą osobliwość przypadku możemy uważać brak łzawienia; to zjawisko możemy sobie tłumaczyć przystosowaniem się gruczołów łzowych do nowych warunków, stworzonych zatamowaniem odpływu łez: ponieważ łzy nie odpływają z worka spojówkowego, a zbierają się w niem, więc gruczoł zaczyna je wytwarzać w ilości znacznie mniejszej niż prawidłowo, a mianowicie w takiej, ile się traci drogą wysychania.

---

## II. STRESZCZENIA.

---

**Ctrblatt f. Augenheilkunde.** R. 1909. Z. 8 (sierpień), 10 (październik) i 11 i 12 (listopad-grudzień). (Ref. Dr Gruder).

**Przypadek torbiela w przedniej komorze.** (Ein Fall von Vorderkammercyste). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Robotnikowi wpadł do prawego oka kawał metalu, będącego mieszaniną cynku z ołowiem i miedzią. Chociaż promienie Rönt-

gena wykazywały obecność ciała obcego, chory nie zgodził się na wyjęcie tegoż.  $V = \frac{1}{35}$ . Pole widzenia zmniejszone.

Od strony nosa blizna w twardówce i rogówce. Źrenica od strony nosa przyczepiona. Przezroczysty torbiel 6 mm szerokości zajmuje nosową część przedniej komory. Nieznaczne zmętnienie soczewki. Dno oka wykazuje jaśniejszą linię, ograniczoną barwikiem. Sideroskop zadnego nie daje stanowczego wyniku.

Po dwóch miesiącach wrócił chory po dokonanej operacji; wedle podania chorego zabieg operacyjny polegał na nakłuciu torbiela.

Lecz skutek był ujemny. Torbiel był we wszystkich kierunkach zwiększony, wypełnił po stronie nosa trzecią część przedniej komory do tylnej powierzchni rogówki, po stronie skroniowej sięgał poza nosowy brzeg źrenicy, zostawiając wązki rąbek źrenicy wolnym, oddziaływający na światło. Dno oka, widoczne przez ten wązki otwór źrenicy, niewyraźne. Przednia ściana torbiela przezroczysta, tylna żółtawa i nieprzezroczysta; brzeg lekko falisty. Tn.  $V =$  palce w odległości pół metra.

Badanie röntgenowskie wykazywało obecność odłamka metalowego. Z powodu silnych objawów zapalnych i bólów wyłuszczenie gałki, w której znaleziono ciało obce o metalicznym połysku, leżące na *pars plana corp. ciliaris*.

**Keratitis marginalis profunda (Fuchs).** Dr Meyerhof w Kairze.

Autor opisuje rzadko spostrzegany rodzaj zapalenia rogówkowego, opisanego przez Fuchsa; wychodzi ono od tylnej powierzchni rogówkowej i zajmuje w postaci kilku później zlewających się drobnych nacieków jedynie brzegi rogówki, nie wykazując nigdy skłonności i znamion wrzodów; powierzchnia rogówki jest więc gładka, bez jakiegokolwiek ubytku. Gała oprawa odbywa się na tylnej ścianie i w głębi rogówki i posiada przebieg pomyślny.

**Wyleczony przypadek współczulnego niedowidzenia.** (Ueber einen Fall von Amblyopia sympathica). Dr Juliusz Fejér w Peszcie.

Rozróżniamy dwie postacie *ophthalmiae sympathicae*, mianowicie: podrażnienie sympatyczne i zapalenie sympatyczne. Do pierwszego należą: *Amblyopia*, *Blepharospasmus*, skurcz akomodacyjny, do drugiego choroby jagodówki i siatkówki. Jako czystą amblyopię uważa się tylko przypadki, których upośledzenie wzroku spowodowane jest nie przez przedmiotowe zmiany w oku, lecz przez stan podrażnienia w drugim oku, a z ustąpieniem ostatniego ustępuje

to upośledzenie (amblyopia) natychmiast lub po kilku dniach. Nie można więc tu zaliczać, ani zaniku ani zapalenia nerwu ocznego.

Chora 28-letnia oślepla na prawem oku rzekomo wskutek ospy, przebytej w drugim roku życia. Od dwóch tygodni silne bóle w prawem oku, bóle głowy i bardzo znaczne upośledzenie wzroku na drugim, lewem oku.

Spojówka prawego oka obrznięta i zaczerwieniona, gałka znacznie zmniejszona, twarda i bolesna na dotyk. Lewe oko całkiem prawidłowe, bystrość wzroku osiowa  $\frac{1}{70}$ , pole widzenia znacznie ścieśnione.

W przypuszczeniu, iż znaczne upośledzenie wzroku na lewem oku spowodowane jest przez zapalenie drugiego oka, wyjęto gałkę. Już następnego dnia znaczne polepszenie wzroku, spostrzegane przez chorą. W pięć dni po operacji  $V = \frac{7}{5}$ , pole widzenia prawie prawidłowe. Po wyjęciu gałki *amblyopia sympathica* zupełnie ustąpiła.

Przy sekcji gałki twardówka znacznie zgrubiła w jednym miejscu, soczewka i ciało szkliste otoczone skorupą kościstą; wewnętrzne części gałki zupełnie zwyrodniałe. W tym przypadku można zmniejszenie gałki i tworzenie się kości w okolicy ciała rzęskowego uważać za przyczynę podrażnienia (*amblyopia sympathica*).

Przypadki takie wyraźnie dowodzą prawdopodobieństwa teorii rzęskowej; dowodzą, że podrażnienie na drodze odruchowej nerwów rzęskowych z jednego oka przechodzi na drugie, ponieważ w sympatycznym oku nie spotykamy żadnych podmiotowych objawów, i że po wyjęciu gałki stan ogólny się poprawia, a bystrość wzroku wraca napowrót w zupełności.

**Jak leczy się jaskrę?** (Wie behandelt man Glaukom?) Dr Wilhelm Schoen w Lipsku.

Autor opisuje dwa przypadki jaskry, przy których dopiero etyologiczne leczenie ocaliło oko od ślepoty grożącej. Przy pierwszym mimo wcześniej dokonanej irydektomii, napady jaskry powtarzały się nadal i dopiero po wyrównaniu zęza w górę (Höhenschielten) i dalekowidzenia nastąpił spokój. Także drugie, zagrożone oko zostało w ten sposób ocalone.

Przy drugim przypadku wyrównanie presbyopii i wstrzymanie się od roboty w bliskości przyszło prawdopodobnie za późno.

**Dwa zastarzałe przypadki kiły z objawami na oczach.** (Zwei alte Fälle von Lues mit Augensymptomen). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Infekeya przed 27 laty. Silne dawki rtęci, w ciągu pięciu lat 140 wieerek, znacznie polepszyły ogólny stan ocz.



W drugim przypadku, 18-letnia dziewczyna, z silnem zapaleniem miąższowem rogówki; nastąpiło po 35 wtierkach znaczne polepszenie tak, iż najdrobniejszy druk był rozpoznawany.

**Jaskra i Cyklodyalysis.** (Glaukom und Cyklodialyse). Dr J. Ohm w Westfalii.

Autor opisuje trzy przypadki jaskry, w których *cyklodyalysis* dała względnie dodatni wynik i dochodzi do wniosku, że zabieg ten w żadnym wypadku nie wywołał ujemnych następstw. Leczenie we wszystkich przypadkach miało przebieg prawidłowy.

Przy pierwszych dwóch przypadkach miało się do czynienia z *glaucoma simplex*. Przebieg całej choroby przemawiał za tem, że pole widzenia, bez operacyjnego zabiegu, dosięgłoby punktu środkowego widzenia. Irydektomia w takim razie albo wcale nie pomaga, częstokroć nawet szkodzi. Od dnia *cyklodialysis* cały proces choroby uspokoił się. W jednym przypadku pole widzenia i bystrość wzroku już od 8-u miesięcy jest niezmienną, w dwóch innych już od 5 miesięcy utrzymuje się niezmiennie.

---

**Więstnik oftalmologii.** R. 1909. Nr 12. (Referent Dr M. Szafniewski).

**Paraspecyficzne leczenie zapomocą surowic w okuliście.** E. G. Łazarew.

Uwzględniwszy dość szczegółowo odnośną literaturę, autor przytacza kilkanaście przypadków z własnej praktyki, w których stosował surowicę przeciwbłoniczą, mianowicie: *phlegmone orbitae*, *ulcus corneae serpens*, *iritis plastica acuta*, *iridocyclitis chronica*, *hordeola recidiva*. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzi autor do wniosku, że stosowanie surowicy we wszystkich wypadkach, a szczególnie przy zapaleniu tęczówki znacznie skracało przebieg choroby i zmniejszało bóle. Autor jest zdania, że ten sposób leczenia powinien stać conajmniej narówni z innymi.

**O szklach ochronnych Hallauera.** Dr A. G. Krotów.

Autor stosował w 27 przypadkach szkła ochronne Hallauera i był nadzwyczaj zadowolony z wyników. Stosował je przy stanach zapalnych powiek, plamach rogówkowych, jaglicy, zapaleniu skrofulicznem. Najlepsze wyniki dawały szkła nr 2. Prócz tego w 6-u wypadkach stosował autor sferyczne szkła Hallauera nr 1 u cho-

rych, którzy prócz światłowstrętu mieli wadę refrakcyi. Chorzy woleli te szkła niż zwykłe bezbarwne, gdyż swobodniej mogli patrzeć.

**Anatomo-patologiczne i kliniczne spostrzeżenia.** B. D. Altman.

Autor podaje kilka rzadkich wypadków z swojej praktyki, które jednak są naogół dobrze znane, jak: zwyrodnienie skrobio-wate powiek przy jaglicy, *fibroangioma palp. utr., conjunct. Pari-naudi*, *cystis dermoidea orbitae*, *exophthalmus puls.*, *corn cutan. palp. inf.*

**Kilka przypadków chorób ócz z praktyki własnej.** Dr med. A. T. Tierientjew.

Autor przytacza kilka przypadków naogół nie przedstawiają-cych nic szczególnego. Na wzmiankę zasługują dwa: 1) *Coloboma iridis et chorioideae o. s.* u dwójga dzieci, matka których w czasie ciąży przechodziła *uveitis chron. o. s.* 2) *Poliosis praematura cir-cum scripta o. d.* Przypadek dotyczył kobiety 55-letniej, która od 10 lat cierpiała na jaglicę. Brwi i rzęsy miejscami pozbawione barwika, w otaczających miejscach skóry powiek *vitiligo*. Nigdzie na skórze tułowia podobnych zmian nie było. Włosy na głowie ciemno-blond.

**Przypadek powikłania ze strony powiek przy szcze-pieniu ochronnem przeciw ospie.** N. S. Pawłow.

Przypadek dotyczył dziecka, u którego przed tygodniem szcze-piona była ospa. Powieki silnie obrzękłe, zsiniałe, lśniące, w głębi szpary powiekowej zabarwione prawie biało. Oko samo bez zmian. Sprawa w przeciągu 5-u tygodni przy odpowiednim leczeniu zu-pełnie ustąpiła, pozostawiając nieznaczną poziomą bliznę na dolnej powiece.

**Zeitschrift für Augenheilkunde.** R. 1909. T. XXII. Z. 2. i Z. 3. (Referent Dr T. Berezowski).

**Pęknięcie siatkówki w okolicy plamki przy odcze-pieniu siatkówki.** (Netzhautriss in der Gegend der Macula bei Abhebung der Netzhaut). Dr A. Purtscher.

Przypadek dotyczy chłopca lat 14, który w r. 1903 zgłasza się do lekarza z powodu zez. Przez dobrane szkła patrzy dobrze.

W r. 1904 urażony w lewe oko rączką od pióra. W r. 1906 w to samo oko uderzony kulą ze śniegu. Po pierwszym urazie wzrok się pogorszył, po drugim jeszcze znacznie, a od r. 1907 stracił prawie wzrok na tem oku. 2. I. 1909 zgłasza się do kliniki po dobór szkieleł. Chory cięższych chorób nie przechodził. Rodzice zdrowi. Ojciec przed laty przeżył połowicze porażenie. Próba Wassermannna z ujemnym wynikiem, gruźlicy nie stwierdzono.

Badanie wykazuje na prawem oku odczepienie siatkówki na dolnej połowie dna oka, od brzegu tarczy ku dołowi. Obwodowo refrakcyja do  $+ 8.00$  D, tarcz  $+ 3.00$  D.

Między płamką żółtą a tarczą drobne plamki z punkcików złożone, w naczyniówce zmian zapalnych niema. Pole widzenia górą wewnątrz zmężone. W ciałku szklistem zmężnienia drobno-płatkowe.

√ pr. ple. 2 m  $\frac{6}{60}$  c  $+ 4$  D Jäg. 9 : 8 cm.

Na lewem oku na całym dniu z wyjątkiem górą wewnątrz odczepiona siatkówka, największe odczepienie dołem zewnątrz, refr.  $+ 13.00$  D. W soczewce dołem zewnątrz pasemkowate zmężnienie. W ciałku szklistem, drobno-pyłkowe i płatkowe zmężnienia stałe i ruchome. W płamce żółtej plama ciemno-czerwona, ostro ograniczona, odbijająca od tła szaro-białego, w wymiarze pionowym wynosi  $\frac{1}{2}$  szerokości tarczy, w poziomym prawie  $\frac{1}{4}$ , górnym końcem pochylona ku skroni. Plama ta jest miejscem pęknięcia siatkówki, górą jest ostro zakończona, dołem zaokrąglona, postaci gruszkowatej. Brzegi plamy przesuwiają się paralaktycznie, inne są podwinięte. Różnica w refrakcyi brzegów pękniętego miejsca wydaje się nie większą jak  $1.00$  D. Tuż przy brzegu nosowym tego otworu z pęknięcia, można rozpoznać *fovea centralis* w otoczeniu szaro-białawem, które jest szerokości tarczy, a odgraniczone od niej łukowatą zmarszczką siatkówki, której wypukłość zwraca się ku tarczy. Podobna zmarszczka lecz mniej wyraźna znajduje się po skroniowej stronie pękniętego miejsca. Naczynia siatkówki ani naczyniówki nie okazują żadnych zmian.

√ lo. ruchy ręki przed okiem; c  $+ 4$  D ple.  $\frac{1}{2}$  m.

Autor przytacza rozmaite poglądy innych autorów w podobnych przypadkach. W swoim wyżej opisanym przypuszcza, że pęknięciu uległa już odczepiona siatkówka wskutek ruchów gałki ocznej i ciśnienia cieczy śródocznej.

**Zastoinowe ciśnienie w kanale Cloquet'a przy akomodacji, jako miejscowa przyczyna podniesienia refrakcji oka i krótkowzroczności.** (Der akkomodative Staunungsdruck stromaufwärts vom Cloquetschen Kanale als örtliche Ursache der Refraktionserhöhung des Auges und der Kurzsichtigkeit). Dr Kuschel.

Sprężystość tkanek oka i działanie mięśnia rzęskowego przy akomodacji występują jako główne czynniki regulujące krążenie cieczy śródocznej. Mięsień rzęskowy napina naczyniówkę, rozszerza jej koryto krążenia i obniża przy tem ciśnienie, wzmagając filtrację i przyspieszając ruch cieczy. Przy tem ciało szkliste doznaje ucisku, objętość jego zmniejsza się, a wśród ciała podnosi się ciśnienie i kanał Cloquet'a zostaje zamkniętym lub zacieśnionym, szczelina więzadełkowa rozszerza się i tak z jednej strony utrudniony jest dopływ, z drugiej ułatwiony odpływ cieczy z ciała szklistego. Przy skurczu mięśnia rzęskowego rozszerza się również przewód Schlemma, co ułatwia odpływ cieczy z przedniej komory. Gdy kanał Cloquet'a zostanie zamkniętym, powstaje zastoina, przy skurczu mięśnia rzęskowego, w górę prądu, przeciwnie przy rozkurczu jego, obniżenie ciśnienia w dół prądu. Działanie narządu akomodacyjnego, głównie zaś mięśnia rzęskowego porównuje autor do działania klap i zastawek w narządzie krążenia krwi. Zwężenie kanału Cloquet'a i ucisk ciała szklistego porównuje ze zwężeniem zastawek serca, przy czem w górę prądu powstaje dodatnie, w dół prądu ujemne ciśnienie. Oczy dalekowzroczne muszą, dla dokładnego widzenia, znajdować się ciągle w pewnym wysiłku akomodacyjnym. Skutki jego najwybitniej występują przy wysokich stopniach dalekowzroczności. U małych dzieci przy rozwijaniu się świadomości, z powodu budowy dalekowzrocznej oczu, przy częstem przypatrywaniu się rozmaitym przedmiotom z bliska, panuje wzmózony wysiłek akomodacyjny, który głównie w wieku szkolnym, przy czytaniu i pisaniu z bliska, nieraz przy lichem oświetleniu, doprowadza do wytworzenia się krótkowzroczności.

U starszych również może wytworzyć się krótkowzroczność np. przy zmianie warunków pracy, gdy zmuszeni są do wyężonego dłużej trwającego przypatrywania się z bliska. Wskutek podwyższonego ciśnienia gałka oczna może uleść rozszerzeniu, wydłużeniu. Do tego w pewnej mierze przyczynić się może pewne osobiste usposobienie, mniejsza odporność, większa podatność tkanki ocznej, która przy wzmózonym ucisku powstającym przy akomodacji łatwiej może uleść rozciągnięciu, zwłaszcza w okolicy tylnego bieguna gałki.

Jako anatomiczne dowody obniżenia ciśnienia w dół prądu przytacza autor:

1) Ogólne zmiany postaci, jakim ulega oko przy rozwijaniu się refrakcyi.

2) Przez Dondersa spostrzegane przyplaszczenie rogówki.

3) Pogłębienie przedniej komory.

O zastoinie w górę prądu przy zamknięciu kanału Cloquet'a świadczą zdaniem autora:

1) Przesunięcie tylnej granicznej warstwy ciała szklanego ku przodowi, czego dowodzą powstałe jamiste przestrzenie w tylnych częściach ciała szklanego (Weiss).

2) Rozszerzenie się zastoiny na siatkówce i naczyniówce.

3) Zwiótezenie połączenia między siatkówką a naczyniówką.

Ciśnienie zastoinowe, wskutek zamknięcia kanału Cloquet'a przy długo trwających wysiłkach akomodacyi, oddziałuje na twardówkę, która poddając się temu ciśnieniu rozciąga się głównie w tylnym odcinku gałki. Także i inne tkanki przylegające do twardówki ulegają zmianom i można w nich zauważyć zmiany anatomiczne, opisywane przez Weissa, na których także opiera się autor.

**Jądro zwieracza i droga przenoszenia odruchu świetlnego źrenicy we wzgórku czworaczym.** (Der Sphinkterkern und Übertragungsbahn der Lichtreflexes der Pupille im Vierhügel). L. Bach.

Bach polemizuje z wywodami Bernheimera, który jako jądro zwieracza uważa środkową grupę jądra Edinger-Westphala. (Jądro środkowe, drobno-komórkowe Bernheimera). Przy zniszczeniu tej grupy występować miał brak odruchu źrenicznego na światło, przy innych doświadczeniach oddziaływanie źrenicy miało być prawidłowe. Na podstawie własnych badań i Tsachida, a opierając się także na barwnych rycinach samego Bernheimera, dowodzi autor, że Bernheimer nie zniszczył tej grupy środkowej, którą podaje, lecz grzbietowy odcinek głównego jądra nerwu okoruchowego. Odsobnione zniszczenie jąder Edinger-Westphala, bez uszkodzenia sąsiednich bocznych głównych jąder uważa Bach za niemożliwe. Badania innych badaczy nie zdołały dowieść, że jądra Edinger-Westphala są ośrodkiem dla ruchów źrenicy. Cały szereg badań u człowieka wykazywał nienaruszoną reakcyę źrenicy, przy zniszczeniu grup Edinger-Westphala, a reakcyę źrenicy bywała zniesioną przy nienaruszonej histologicznej budowie tych grup. Nawet przy całkowitem zwyrodnieniu obu nerwów okoruchowych, ich korzonków i prawie wszyst-

kich komórek nerwowych w głównym jądrze tego nerwu. grupy Ed.-Westph. zostają prawie nienaruszone. Droga przenoszenia światłego zadrażnienia na jądro zwieracza, między przedniem ramieniem wzgórka czworaczego a jądrem nerwu okoruchowego, jest również punktem spornym między Bachem wraz z innymi badaczami a Bernheimerem. Bach zebrawszy wyniki Bernheimera, wbrew jego poglądom twierdzi, że przynależność grupy Ed.-Westph. do jądra okoruchowego jest nieprawdopodobną, a jej fizyologiczne znaczenie dotychczas niepoznane. Dokładnego przebiegu drogi odruchów źrenicznych od przedniego ramienia wzgórka czworaczego jeszcze nie znamy.

**Przyczynek do szeregu przypadków pierścieniowego zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki (Vossius).** (Zur Kasuistik der ringförmigen Trübung an der Linsenvorderfläche. Vossius). Dr S. Imai.

Japoński lekarz Imai zebrał przypadki pierścieniowego zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki, omawiane przez Vossiusa na kongresie w Giessen 1903 i później 1906 w Lizbonie i zestawił je razem dla lepszego ich przeglądu. Przypadków jest 17. W 15-u przypadkach uległo oko urazowi, w dwóch było przebite, raz odłamkiem żelaza, raz trzaską drzewa. Z powikłań najczęstszem był wylew krwi do przedniej komory, bo w 12-u przypadkach.

W 10 u przypadkach było zapalenie spojówki i podbiegnięcie jej krwawe.

W 7-u przypadkach zmętnioną była rogówka, z tych w 2-ch była przebita.

W 5-u przypadkach rozszerzenie źrenicy.

W 4-ch przypadkach przerwanie zwieracza.

W 1-m przypadku drganie tęczówki.

W 1-m przypadku wybroczyna na tęczówce.

W 2-ch przypadkach tylne zrosty.

W 1-m przypadku tylne i przednie zrosty.

W 3-ch przypadkach zmętnienie siatkówki.

W 1-m przypadku wybroczyna w okolicy plamki.

W 3-ch przypadkach pęknięcie naczyniówki.

W 1-m przypadku zapalenie tarczy nerwu wzrokowego.

Postać zmętnienia soczewki bywała rozmaita. Zmętnienie pierścieniowe było nieraz nie zupełnie zamknięte, lub było punkcikowate, albo złożone z drobnych kreseczek, jednak zawsze umiejscowione w środku powierzchni soczewki. Szerokość paska pierścieniowego nie zawsze bywała jednorodną. Szerokość zaś pierście-

niowego zmętnienia odpowiadała szerokości prawidłowej źrenicy. W kilku przypadkach zmętnienie przy bocznem oświetleniu miało odcień brunatnawy. Zabarwienie brunatne zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki Gumaczy Vossius odczepieniem się włóknikiem do powierzchni soczewki. Podobny barwny pierścień powstaje przy zapaleniu tęczówki, widoczny wyraźnie po atropinie, lecz tem się różni od poprzedniego, że stale pozostaje, podczas gdy pierwszy po pewnym czasie ustępuje. Zmętnienia pierścieniowe nie zabarwione powstają wskutek ucisku tęczówki na torebkę soczewki, wskutek urazu, co powoduje przejściowe zwyrodnienie przybłonka torebkowego soczewki, który po pewnym czasie powraca do stanu prawidłowego. W przypadkach niepowikłanych bystrość wzroku bywała prawidłową.

**Glioma siatkówki w przednim odcinku gałki ocznej z przebicciem torebki soczewki i oddzieleniem części soczewki przez komórki nowotworu.** (Glioma retinae des vorderen Bulbusabschnittes mit Perforation der Linsenkapsel und Abschnürung von Linsenschollen durch Tumorzellen). Dr Langenhans.

Przypadek nowotworu dotyczy czteromiesięcznego dziecka, któremu, rozpoznawszy *glioma retinae* wyjęto lewe oko. Badanie histologiczne wykazało, że przedni odcinek gałki wypełniony był naroślą, która stożkowato ciągnęła się ku tyłowi gałki. Soczewka i tęczówka zostały przesunięte ku przodowi. Odczepiona siatkówka obejmowała lejkowato od tyłu nowotwór, počawszy od tarczy nerwu wzrokowego. Od strony nosowej przy brzegu rogówki, twardówka wypukła się guzowato, tworząc prawie prosty kąt z rogówką. Badanie mikroskopowe wykazało liczne, małe, okrągłe komórki podobne do limfocytów z dość dużem jądrem a małą ilością protoplazmy. Prócz tego spostrzedz można było liczne, długie, wrzecionowate komórki, które miejscami okazywały ułożenie podobne jak u mięsaka. W guzie nowotworowym, wybitne wsteczne przemiany; środek zajmują obszerne miejsca z rozpadłych komórek. Uderzającym jest bardzo skąpe unaczynienie guza nowotworowego i brak charakterystycznej budowy cewkowej, względnie płatowodrzewkowej, opisywany przez Wintersteina i innych autorów. W twardówce około brzegu rogówki, zauważyć można szeregiem ustawione komórki nowotworowe. Rogówka powiększona, zciemniała, nie wykazuje komórek nowotworu. Kąt przedniej komory zniesiony. Tęczówka częściowo zlepiona z rogówką, okazuje ślady odczynowego zapalenia włóknikowego. Ciątko rzęskowe przy-parto do twardówki, mięsień rzęskowy zgnieciony komórkami no-

wotworu. Z ciała rzęskowego przenoszą się komórki nowotworu na naczyniówkę. Nerw wzrokowy okazuje w otoczeniu naczyń i wzdłuż włókien nerwowych nacieki nowotworowe. Z włókien więzadełka ledwie ślad. Przestrzenie kanadu Petita zupełnie wypełnione masami hyalinowymi. Wybitne zmiany w soczewce pod wpływem bujania i rozrostu tkanki nowotworowej. Soczewka przesunięta ku przodowi bezkształtna wskutek ucisku i resorbeyi, w niej rozpad włókien w postaci jakby emulsyi, odczynowe bujanie nabłonka torebkowego, pęknięcie torebki i oddzielenie kawałków soczewki przez klinowało wnikaające między jej włókna komórki nowotworowe. Jako punkt wyjścia nowotworu podaje autor warstwy ziarniste siatkówki.

### O dowolnem drganiu gałek ocznych. (Über willkürlichen Nystagmus). Dr P. Mauersberg.

Autor opisuje dwa przypadki dowolnego drgania gałek ocznych. Pierwszy dotyczy 16-letniej panny, która od szeregu lat jest w stanie wywoływać dowolnie drgania gałek ocznych w poziomej płaszczyźnie, zresztą ruchy jej gałek zwyczajne, przy zwracaniu ócz w rozmaite strony drgania nie występują. Dowolnie zaś ilekroć zechce, wykonuje oczyma ruchy drgające w liczbie około 40 na minutę, tylko przy patrzeniu wprost. Wzrok chorej ma być prawidłowy, poprzednio nie cierpiała nigdy na mimowolne drgania gałek ocznych. Drugi przypadek dotyczy panny 23-letniej, która na wsi wychowana, nigdy poważniejszych chorób nie przeżywała i ma pochodzić ze zdrowej rodziny. Na oczy nigdy nie chorowała i nie cierpiała nigdy na mimowolne drgania ócz. Do 11-go roku życia miała wzrok dobry, później zauważyła, że wzrok jej słabnie, a obecnie nosi szkła — 4:0 D. Od wczesniej młodości może wywoływać dowolne drgania ócz, a z czasem doszło do tej wprawy, że wykonuje około 80 drgań na minutę. Badanie wykazało obniżoną bystrość wzroku i krótkowzroczność. Napięcie gałek, oddziaływanie żrenie, dno ócz, pole widzenia, poczucie barw prawidłowe. Zewnętrznie oczy prawidłowe.

Ponieważ u badanych chorych autor żadnych zmian nie znalazł, któreby tłumaczyły występowanie ruchów dowolnych gałek ocznych, odnosi je autor do ośrodków mózgu wielkiego, do wzmozonej inervacyi mięśni ocznych pod wpływem woli. To popierałoby spostrzeżenie, że przy granicznych ustawieniach ócz, kiedy najsilniejszy jest impuls drgania gałek wywołać nie można.



### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### Wiedeńskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z d. 10 marca, 12 maja i 16 czerwca 1909 r.

**Wele miński: Epifora idiopathica non obstructiva.**

W przypadkach takich zasługuje na uwagę szczególne zachowanie się błony śluzowej jamy nosa. Przedstawia ona na przedniej części średniej muszli nosowej przerost lub obrzęk, a conajmniej przekrwienie, w rzadkich zaś przypadkach, jeżeli jest błada i cienka, to okazuje wzamian niezwykle rozdęcie poszczególnych gałęzi naczyńiowych. Pod wpływem kokainy, błona śluzowa w tem miejscu zamiastblednąć, jak to zwykle się dzieje, ulega silnemu przekrwieniu. Dotknięcie jakimkolwiek przedmiotem tej okolicy wywołuje natychmiast silne łzawienie. Widocznie zachodzi tu patologicznie wzmożona pobudliwość odruchowa, wskutek zaburzeń w krążeniu. W. przekonał się, że skaryfikacya tego miejsca błony śluzowej znosi tę pobudliwość i temsamem usuwa łzawienie. Do skaryfikacyi tej trzeba się posługiwać bardzo ostrym nożykiem. U 22 chorych uzyskał autor w 12-u wypadkach trwałe wyleczenie, u jednego po 14-u dniach oczy zaczęły łzawić na nowo, u innych leczenie, bądź też obserwacyę nie są jeszcze ukończone.

Rutin przedstawia przypadek wrodzonego upośledzenia ruchomości powieki górnej jednego oka.

Reuss okazuje **torbiel gruczołu łzowego (*dacrygops*)** wyłuszczoney u 38-letniej kobiety.

Bergmeister przedstawia 25-letniego chorego dotkniętego stwardnieniem rozszanem (*sclerosis disseminata*), u którego dwukrotne wstrzyknięcie elektrargolu (*argentum colloidal*) do *vena mediana* po 10 cm<sup>3</sup> sprowadziło poprawę stanu ogólnego, oraz poprawę bystrości wzroku.

Wintersteiner okazuje **preparaty makroskopowe i mikroskopowe z gałek ocznych noworodka**, który na prawem oku miał *staphyloma corneae totius*, na lewem zaś *atrophia bulbi*. Matka zmarłego dziecka podaje, że na miesiąc przed rozwiązaniem badaną była w klinice tak nieogłędnie, że dostała krwawienia z po-

chwy. W. przypuszcza zatem, że wówczas skutkiem zranienia błony śluzowej i błon płodowych przyszło do wśródmacicznego zakażenia spojówki gonokokami i zmiany, jakie obecnie widać na gałkach ocznych, uważa za niepomyślne zejście tego zakażenia. Równocześnie podnosi on jednak ciekawą okoliczność, że siatkówka w gałce zanikowej okazuje pewne zmiany, które należy uważać za zbroczenia rozwojowe, lub też za rozpoczynające się *neuro-epithelioma retinae*. W. nie twierdzi stanowczo, że jest to zaczątek glejaka siatkówki, ale z drugiej strony wydaje mu się szczególnem i dziwnem, że zmiany, wywołane sprawą zapalną zdołały w tak późnym okresie życia płodowego spowodować zaburzenia w embryonalnym rozwoju siatkówki.

#### *Dyskusya:*

Müller twierdzi, że zakażenie oka wśródmaciczne nie jest możebne, gdyż w czasie tym szpara powiekowa nie istnieje i powieki są jeszcze zrośnięte, przyczem opiera się na własnych poszukiwaniach embryologicznych.

Fuchs nie dostrzega w przedstawionych preparatach niewątpliwych śladów przebytej sprawy zapalnej i sądzi, że zmiany, jakie gałki oczne w tym przypadku okazują można uważać wyłącznie za wadę rozwojową.

Bergmeister przypomina, ogłoszony przez siebie w r. 1906 przypadek keratomalacji na oku noworodka, gdzie siatkówka okazywała podobne zmiany.

Kraemer zwraca uwagę na zasadniczą różnicę pomiędzy tak zwaną phakokele a przemieszczeniem soczewki wskutek przebycia sprawy zapalnej, np. wskutek przebiecia wrzodu rogówkowego.

Salzmann przypuszcza, że w przedstawionym przez Wintersteina przypadku nie zachodzi wypadnięcie soczewki przez otwór po wrzodzie lecz wrodzony brak zawiązka soczewki, przyczem wtórny pęcherzyk oczny jest od przodu zamknięty.

Wintersteiner odpowiada Müllerowi, że w żadnym okresie rozwoju płodowego worek spojówkowy nie jest tak hermetycznie zamknięty, żeby nie mogło przyjść do zakażenia wśródmacicznego. Wobec zarzutów zaś Fuchsa i Salzmann'a broni swego zapatrywania co do zapalnego łańcucha przedstawionych zmian patologicznych.

Lauber przedstawia 64-letniego mężczyznę okazującego na obu oczach **przybrzeżny zanik rogówek**, połączony ze znacznym wydcieciem (*atrophia marginalis et ectasia peripherica corneae*). Oprócz tego na obu rogówkach widać stare bliznowate zaćmienia. Silną

nieregularną niezborność środkowych części rogówek zdołał L. wyrównać zapomocą hydrodyaskopu.

Kraemer demonstruje 58-letnią kobietę, u której prawe oko okazuje rozległe **niebiesko-czarniawe ubarwienie skóry** powieki dolnej, spojówki gałkowej i twardówki dookoła rogówki. Wziernikiem stwierdzić się daje na zewnętrznym brzegu tarczy nerwu wzrokowego guz barwy czarnej wystający na 6,0 D okrągławy, szeroki na jedną średnicę tarczy. Poniżej dolnego brzegu guza widać w siatkówce kilka drobnych czarnych plamek. Po wewnętrznej stronie tarczy druga szaro-zabarwiona na 1—2 D, wystająca wyniosłość pokryta prawidłową siatkówką. Opisane wyrosłe na dnie oka budzą w wysokim stopniu podejrzenie złośliwego melanotycznego nowotworu. Z drugiej strony obecność wrodzonych plam barwikowych na zewnętrznych częściach oka i brak jakiegokolwiek czynnościowych zaburzeń wzroku, przemawiają za tem, że i zmiany wśródgałkowe są tylko nieprawidłowościami wrodzonymi.

Lauber przedstawia 42-letnią kobietę z **różnemi zmianami wrodzonymi**: u prawego oka *aniridia completa*, u lewego dołem wążutki, szczytkowy pasek utrzymanej tęczówki. Obie soczewki przemieszczone ku górze, prawa zupełnie, lewa częściowo zaćmiona. Tarcz prawego nerwu wzrokowego okazuje nietypowe zagłębienie, na brzegu tarczy lewego n. wzrokowego tętnice i żyły tworzą istny kłębek naczyńowy. Drżenie gałek ocznych przemawia za słuszością twierdzenia Seefeldera, że oczom takim brak anatomicznej płamki żółtej.

Lauber przedstawia 4-letniego chłopca z obustronną *cataracta pyramidalis* w niezwykle dużych rozmiarach.

#### *Dyskusya:*

Wintersteiner przypomina metodę podaną przez Arlta, który zapomocą igielki dyscyzyjnej strącał z przedniej torebki łuką kredowo-białą piramidkę, nie obawiając się sprowadzić całkowitego zaćmienia soczewki, gdyż przy operacji tej torebka, a temsamem miąższ soczewki pozostaje nienaruszony.

Lauber przedstawia chorą z **porażeniem nerwu okoruchowego na tle białkomoczu**.

Meissner przedstawia 45-letnią kobietę okazującą **xanthelasma palpebrarum niezwykłych rozmiarów**. Jest to czę-

ściowo *xanthelasma planum*, częściowo zaś *xanthelasma tuberosum*. Równocześnie w nosie rozwija się guz i nie jest rzeczą wykluczoną, że między guzem tym a zmianą na powiekach istnieje pewien związek.

Meller wygłasza odczyt o **mięśaku wśródgalkowym i zapaleniu sympatycznym**. Najpierw zastanawia się nad rodzajem zmian patologicznych, jakie występują najczęściej na oku sympatyzującym. Okoliczność, że do zapalenia sympatycznego przechodzi najczęściej po zranieniach drążących, przebijających ścianę gałki ocznej, zdaje się wskazywać na to, że właśnie przez tę ranę otwartą dostają się do oka zarazki, które przechodzą następnie na oko drugie. Prelegent przedstawia jednak przypadki, które naprowadzają na możliwość zakażenia wewnętrznego (*infectio endogenes*), które umiejscawia się na oku zranionem, lub w inny sposób uszkodzonym, a potem nieraz po długim okresie czasu przechodzi na oko drugie. Ma on na myśli przypadki mięsaka wśródgalkowego, w których jagodówka niezajęła jeszcze naciekiem nowotworowym, ulegała sprawie zapalnej, a po pewnym czasie występowało typowe zapalenie współczulne oka drugiego. Cztery takie spostrzeżenia przytacza M. z własnej praktyki. Odnosi się tu wrażenie, że w dotyczącym ustroju krąży jakieś zarazki, które nie zatrzymują się w oku prawidłowym, ale czynią to chętnie, jeśli oko zostanie upośledzone w swem odżywieniu i żywotności przez rozwijający się w niem nowotwór, zwłaszcza jeżeli nowotwór ten ulega częściowemu obumarciu, jak to właśnie było w przypadkach, o których mowa. Wśród korzystnych dla swego rozwoju warunków uzyskują zarazki wkrótce tak znaczny stopień jadowitości, że stają się zdolne do przeniesienia sprawy zapalnej na jagodówkę drugiego oka. Za wewnętrznem pochodzeniem zapalenia współczulnego przemawia cały szereg okoliczności. W pierwszym rzędzie występowanie zapalenia sympatycznego po upływie szeregu lat od chwili zranienia oka drugiego nie daje się zgoła pogodzić z teorią zakażenia zewnętrznego, natomiast tłumaczy się z łatwością hipotezą, którą rozwija prelegent. Jako dowód na poparcie tej hipotezy przytacza także W. wyniki badań histologicznych, które wykazują powstawanie nacieków zapalnych w oku sympatyzującym na drodze systemu naczyń rzęskowych.

#### *Dyskusja:*

Sachs zapytuje, czy znamieny obraz wziernikowy, jaki się tak często widzi w samych początkach w oku sympatyzowanym, występuje również w oku sympatyzującym.

Meller w przypadkach przez siebie spostrzeganych przekonał się, że tak jest w istocie i upatruje w tem dowód, że tak na jednym oku jak i na drugim sprawa zapalua przychodzi do skutku na drodze krwiobiegu.

Lauber wspomina o spostrzeżeniach Schnabla zapalenia współczulnego po urazach tępych. Przypadki te przemawiają również na korzyść zapatrywań Meller'a.

Lindner przedstawia szereg preparatów z **ciałkami jagliczemi Prowazka**. Wykazuje różnicę pomiędzy niebiesko-zabawioną plastyną a czerwonymi ciałkami jagliczemi i objaśnia zmodyfikowany przez siebie sposób barwienia. Używa mieszaniny 1 cz. rozczyntu giemzy i 200 cz. wody z dodatkiem jednej kropli  $\frac{1}{100}$  rozczyntu alkoholu zakwaszonego kwasem solnym. Rozczynem tym barwi skrawki przez 3 godziny. Barwi się tylko plastyna kolorem niebieskim. Aby uwydatnić ciała jaglicze używa pierwotnej metody barwienia, poczem wytrawia skrawki alkoholem. Części zabarwione niebiesko oddają część barwika, a ciała jaglicze wyraźniej występują. Najłatwiej wykazać je w skrawkach z górnego załamka i to zarówno w przypadkach jaglicy ostrej jak i przewlekłej. W drugiej linii spotyka się je w dolnym załamku i w spojówce chrząstkowej powieki górnej.

5 { Schmeichler znalazł ciała Prowazka w 60-ciu przypadkach jaglicy. Przyznaje on, że najłatwiej wykazać je w górnym załamku, zwłaszcza w przypadkach świeżych i jeszcze nie leczonych. Jednakowoż zdarzyło mu się znaleźć te utwory u pewnego chorego, u którego jaglica już od roku była leczoną. W przypadkach innych chorób spojówkowych z reguły nie znajdował ciałek Prowazka z wyjątkiem jednego przypadku noworodka ze śluzopotokiem spojówek. W przypadku tym zarówno przebieg choroby jak i brak wszelkiej sposobności zarażenia się jaglicą, przemawiały stanowczo przeciw tej ostatniej. Bądźco bądź, zdaniem S., wykazanie ciałek Prowazka przemawia silnie za jaglicą, natomiast ujemny wynik badania, jaglicy jeszcze nie wyklucza.

[Według Arch. f. Aghk.].

K. W. Majewski.

## Towarzystwo oftalmologiczne paryskie.

Posiedzenie z 12-go października 1909.

### Terson (jun.). Wyleczenie łuszczyki jagliczej zapomocą jekwiryty.

T. zastosował w przypadku zastarzałej grubej łuszczyki jagliczej jekwiryty w postaci proszku, pozwalając mu działać przez przeciąg trzech minut. Powstała jak zwykle silna *conjunctivitis pseudomembranacea*, a jej wpływ na łuszczykę był bardzo korzystny. Zanik naczyń na rogówce i wessanie nacieku rozpoczęły się dopiero po ustąpieniu sprawy zapalnej. T. przypomina inne podobne spostrzeżenie i zaleca proszek jekwiryty stosowany z należytą ostrożnością przed jekwirytolem, którego skutki są zbyt często nieobliczalne.

Terson (jun.) przedstawia **oryginał listu pisanego przez Woolhouse'a**, okulisty Jakóba II, króla Anglii, pisanego do Geofroy, członka akademii nauk w sprawie polemiki, jaka w latach 1650—1708 rozdziałała uczonych w zapatrywaniach na istotę zaćmy. Wiadomo, że dopiero w r. 1705 Brisseau na podstawie badań anatomicznych udowodnił, że katarakta jest zaćmieniem soczewki oka. Woolhouse, jak się z jego długiego listu pokazuje, mimo, że znał już wyniki badań Brisseau, był jednak upartym zwolennikiem starych błędnych teorii i bronił ich, posługując się nawet inwektywami wobec poważnych badaczy, jak: Lasnier, Gassendie, a zwłaszcza Saint-Yves.

### Chevallereau. Wytwory szkliste na tarczy nerwu wzrokowego i w naczyniówce.

C. przedstawia żołnierza 22-letniego, okazującego *chorioretinitis*, prawdopodobnie na tle kily wrodzonej. U lewego oka na tarczy nerwu wzrokowego widać kilkanaście błyszczących, niezupełnie okrągłych, wystających nad poziom grudek przypominających wejrzaniem iskrzące twory krystaliczne, jakie widzujemy przy *synchisis scintillans*. W otoczeniu tarczy rozsiane są w naczyniówce podobne, ale mniejsze nieco błyszczące grudki. Wywiady wykazują, że ojciec chorego widzi słabo, a z sześciorga rodzeństwa najstarsze widzi dobrze, coraz młodsze zaś widzą coraz to gorzej. Chory sam jest z rodzeństwa najmłodszym i skarży się przedewszystkiem na kurzą ślepotę, której doznaje od 5-go czy też 6-go roku życia. Okazuje on obustronnie Hp. = 4.0 D, bystrość wzroku u pr. oka =  $\frac{1}{4}$ , u l. oka =  $\frac{1}{3}$ . Pole widzenia zaledwie nieco zwężone.

### Dransart. Patogeneza drżenia gałek ocznych u górników.

D. ma pod tym względem szczególnie rozległe doświadczenie, bo w zagłębiu górniczym Pas de Calais spostrzegł przeszło 3000 przypadków. Rozróżnia on postać lekką i postać ciężką tego cierpienia. W lekkich przypadkach *nystagmus* występuje tylko rzadko i nie sprowadza innych zaburzeń wzroku. W ciężkich przyłączają się często zawroty, czasem podwójne widzenie, *amblyopia*, *hemeralopia* etc. Nawet w cięższej postaci drżenie gałek ustaje przy skierowaniu osi ocznych ku dołowi. Z pośród górników, cierpieniu temu podlegają w pierwszym rzędzie ci, którzy pracują kilofem w pozycji leżącej, a z oczyma zwróconemi w górę, przy mdłym świetle latarki Davy'ego. Niedokrewność, jakiej często górnicy podlegają, nie zdaje się stanowić czynnika usposabiającego. Duszne powietrze szybów nie odgrywa również roli przyczynowej, bo pomimo zaprowadzenia wzorowych urządzeń wentylacyjnych w kopalniach, liczba przypadków drżenia gałek wcale się nie zmniejszyła. Wpływ jakiegokolwiek zaburzeń narządu słuchu, jakie często u górników z powodu huków eksplozji dynamitowych występują, daje się wykluczyć ze względu na to, że u kolarzy, którzy cierpieniom usznym jeszcze częściej podlegają, nie spostrzega się prawie nigdy drżenia gałek ocznych. Jako jedynie prawdopodobny czynnik etyologiczny pozostaje zatem nadmierne znużenie zewnętrznych mięśni ocznych, służących do zwrócenia gałek ocznych rogówką ku górze.

Sauvinea u przypomina teorię, jaką na ostatnim kongresie okulistycznym postawił co do patogenezy *nystagmus*. Zdaniem jego już z tego względu, że drżenie gałek występuje zawsze obustronnie i na obu oczach w jednakim stopniu, należy bezwarunkowo wykluczyć schorzenie obwodowe aparatu nerwowo-mięśniowego. Gdyby nadmierne znużenie mięśni, zwracających gałkę ku górze, miało samo przez się wywoływać w nich kloniczne skurcze, to czemuż podobnych skurczów nie spostrzegamy w adduktorał u jeźdźców, lub w innych grupach mięśniowych, narażonych na długotrwałe wysiłki. Według S. przyczyny drżenia gałek ocznych szukać należy w zaburzeniu korowych ośrodków asocjacyjnych dla sprzężonych ruchów gałek ocznych. Jakiś szkodliwy czynnik bliżej dotąd nieznan, a związany z pracą górników w kopalniach wywołuje zadrażnienie tych ośrodków, a następstwem tego zadrażnienia jest *nystagmus*. Prócz tego przypisać trzeba, że w powstaniu tego cierpienia odgrywa pewną rolę także skłonność osobnicza, gdyż stosunkowo niewielka liczba górników (5—10%) podlega tej chorobie.

Terrien i Bourdier. Przypadek obustronnej ślepoty wskutek neuritis optica post meningitidem cerebrospinalnem.

U 11-letniego dziecka w 6 miesięcy po przebyciu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych przyszło do zupełnego zaniku nerwu wzrokowego z utratą poczucia światła. Zasługuje na uwagę w tym przypadku, że pod koniec przebiegu zapalenia opon powstały wybitne zmiany wziernikowe na obu oczach odpowiadające zapaleniu nerwów wzrokowych, któreto zmiany ustąpiły następnie zupełnie nie upośledzając na razie wzroku, a dopiero po kilku miesiącach zaczął się rozwijać typowy zanik tarcz nerwów wzrokowych. Autorowie nie mają wobec tego wielkiego zaufania do zastrzykiwań surowicy przeciwmeningokokowej, bo w ich przypadku nie zdołała zapobiedz ciężkim zmianom następowym w układzie nerwowym. I tak oprócz *neuritis optica* przyszło w okresie rekonwalescencji do *polyneuritis peripherica* we wszystkich czterech kończynach, i obecnie oprócz ślepoty istnieje *hemiparesis sinistra* i zwyrodnienie licznych grup mięśniowych.

[Według Kl. Monatsbl. f. Aghk.]

K. W. Majewski.

Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie w lipcu 1910 r.

Zgłoszono dotychczas następujące odczyty:

*Referat:* Prof. Wicherkiewicz z Krakowa: Etiologia i postaci kliniczne zapalenia trachomatycznego.

*Odczyty:* Doc. Dr. Noiszewski z Petersburga: O jaskrze niezapalnej.

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

Dr Edm. Rosenhauch z Krakowa: Badanie nad etiologią jaglicy.

Dr Kleczkowski z Krakowa: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego.

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

Dr Lewicki Roman z Krakowa: Pyocyjanaza w okulistyce.



Prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa: Własne doświadczenia co do wągra wśródgalkowego.

Tenże: Niezwykle ciężki przypadek choroby Basedowa. Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe.

Nadto zapowiedzieli odczyty: Dr Fukala z Wiednia i prof. K. W. Majewski z Krakowa.

#### IV. RQZMAITOŚCI.

**Niebezpieczeństwo używania do operacji ocznych narzędzi niklowych.**

Rockliffe podaje w *Ophthalmic Review* przypadek operacji zaćmy, wykonanej na pozór prawidłowo, po której jednak na trzeci dzień wystąpiło ropienie, wskutek którego operowany stracił oko. W ropie znalazł autor kawałek blaszki, która odprysła z powłoki niklowej nożyczek Weckerowskich. Kawałek ten był stosunkowo dość duży ( $1 \times 1,5$  mm). Zdaniem R. odprysk ten stał się powodem ropienia, a w przypuszczeniu tem opiera się na badaniach, przeprowadzonych w laboratorjach *South-Western Polytechnic Academy*, gdzie wykazano niezwykle silne działanie elektrolityczne takich blaszek niklowych. Rockliffe sądzi, że niektóre zagadkowe ropienia pooperacyjne należy odnosić do działania tego rodzaju ciał obcych. Spostrzezenie powyższe jest jednak niezupełne, a wnioski niedość poparte, gdyż brak jakiegokolwiek wzmianki o badaniu bakteryologicznem. *K. W. M.*

**Warszawa.** Polskie Tow. okulistyczne w Królestwie Polskiem wybrało prezesem Dr Bron. Ziemińskiego, wice-prezesem Dr B. Gepnera.

**Wiedeń.** W uniwersytecie odsłonięto pomnik prof. Edw. Jaegera, przyczem przemawiał prof. Fuchs.

#### V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr Leber w Heidelbergu obchodził 70-ą rocznicę urodzin.

Dr Bellinzona habilitował się w Pawii.

Prof. Uhthoff w Wrocławiu 2-go marca obchodził 25-letnie zawodu nauczycielskiego.

Prof. Schleich w Tubindze otrzymał krzyż honorowy orderu korony wyrtembergskiej, z czem osobiste połączone szlachectwo.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHĘKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNĄ, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRĄMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZĄ W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Marzec.	—*— ROCZNIK DWUNASTY. —*—	1910.
---------	---------------------------	-------

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Promieniowce z ludzkiej rogówki\*).

Napisał

Dr BOLESŁAW NAMYSŁOWSKI.

W klinice okulistycznej Uniw. Jag. spostrzegali Dr E. Rosenhauch dwa wypadki, przypominające zapalenie miotekowate (*Keratitis fascicularis*), tylko naloty te były matowe i łatwo dawały się usunąć z rogówki, jakby ciało obce do niej przylegające. Wypadki te dotyczyły dzieci, w obu zrobiono kultury, które dały wynik dodatni, na agarze bowiem wyrosły prawie czyste hodowle 2-ech różnych nitkowatych organizmów i kolonia gronkowca białego, który, jak okazały doświadczenia kontrolne, nie był ropotwórczym. Wspomniane nitkowate organizmy wprowadzone w przednią komorę oka morskiej świnki, spowodowały silne zapalenie ropne całej gałki. Kwestya zbadania obu organizmów pod względem ich budowy, warunków rozwoju i stanowiska systematycznego, przypadła

\*) Przekład z biuletynu Akademii Umiejętności. 1909.

dzięki Dr E. Rosenhauchowi mnie w udziale. Po zrobieniu szeregu kultur przekonałem się, iż w obu wypadkach ma się do czynienia z nowymi gatunkami, wybitnie różniącymi się ze względu na zachowanie się na rozmaitych pożywkach, obraz makroskopowy kultur i miejsce znalezienia od dotychczas opisanych gatunków. Jeden z nich nazwałem *Actinomyces radiatus*, — drugi zaś *Actinomyces cerebriformis*. Po roku hodowania, kultury pochodzące z ostatnich przeszczepień oddałem Dr E. Rosenhauchowi w celu przekonania się, czy nie straciły swych własności patogenicznych, po tak długim pobycie na pożywkach sztucznych. Szczepienia kontrolne, wykonane na morskich świnkach przez Dr Rosenhaucha, wykazały, iż oba organizmy, nie straciły zupełnie swych chorobotwórczych własności, wprowadzone bowiem w przednią komorę oka, wywołały silne zapalenie ropne gałki.

1. *Actinomyces radiatus nob.*

Materyał wzięty z jakiegokolwiek bądź pożywki sztucznej, badany przy silnem powiększeniu przedstawia się w postaci gęstego splotu bezbarwnych nitek, około 1  $\mu$  grubych, rozgałęziających się nieregularnie, pozornie bez żadnej budowy, która staje się widoczną dopiero po użyciu barwików



Fig. 2.



Fig. 7.

(Giemza, błękit Dogiela, błękit polichromowy). Wówczas można się przekonać, iż nitki składają się z elementów długich, przypominają więc swą budową nitki wielokomórkowe; segmentacja widoczna jest tylko na nitkach starszych, bez względu na to, czy się ma do czynienia z materyałem wyhodowanym z pożywki płynnej, czy stałej. W kulturach starych nitki ulegają fragmentacji, tj. rozpadają się na całej swej długości na oddzielne »zarodniki« okrągłe lub kulistawe, nie rzadko nieco wydłużone. Jeżeli się trafi na odpowiednią chwilę, można widzieć nitki z jednego końca fragmentujące się i mniej lub wię-

cej rozpadłe na zarodniki, natomiast drugi koniec jest jeszcze niepodzielony i prócz zwykłej segmentacji nie wykazuje zdolności fragmentacyjnych (fuksyna, błękit Dogiela, Giemza, błękit polichromowy). »Zarodniki« pochodzące z fragmentacji



Fig. 3.

kiełkują w krótkim czasie po wysianiu w odpowiednich warunkach, dając rozgałęziające się nitki. W kulturach w kropli wiszącej w komorze pierścieniowej (surowica krwi płynna lub żelatyna) łatwo można spostrzegać kiełkowanie zarodników, jakoteż tworzenie się zazwyczaj w miejscu zetknięcia się kropli z powietrzem nitek o przebiegu warażnie falistym, często haczykowato wygiętych na końcu. Innych form rozmnażania prócz rozpadania się na »zarodniki« nie widziałem.

W kulturach płynnych *Actinomyces radiatus nob.* nie ulega fragmentacji, rośnie tylko w zwykły sposób aż do zetknięcia się nitek z powietrzem, — poczem w krótkim czasie w nitkach na powierzchni pożywki będących rozpoczyna się

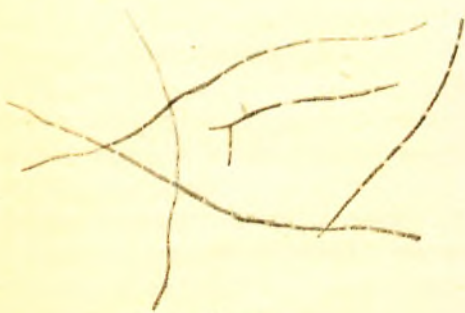


Fig. 1.

fragmentacya. Warunkiem szybkości rozwoju *A. radiatus nob.* jest, pomijając odpowiedni dobór pożywki jako rzecz rozumiejącą się sama przez się, także i ilość  $H_2O$ , gdy hodujemy na pożywkach stałych. Na pożywkach stałych bogatych w  $H_2O$ , rozwój jest szybki, bardzo zaś powolny lub żaden na pożywkach w  $H_2O$  ubogich. Co się tyczy fragmentacji, to prawdopodobnie stoi ona w związku z możliwością korzystania



Fig. 4.

rozpoczyna się fragmentacya. Warunkiem szybkości rozwoju *A. radiatus nob.* jest, pomijając odpowiedni dobór pożywki jako rzecz rozumiejącą się sama przez się, także i ilość  $H_2O$ , gdy hodujemy na pożywkach stałych. Na pożywkach stałych bo-

z pokarmów zawartych w pożywce i z wiekiem kultury; zjawisku fragmentacji sprzyja utrata  $H_2O$  przez pożywkę; tam gdzie pożywka straciła dużo  $H_2O$  lub jej wogóle nie wiele zawierała, fragmentacja następuje znacznie szybciej, niż na pożywkach z większą ilością  $H_2O$ . Wskutek utraty  $H_2O$  z pożywki, utrudnionem lub uniemożliwionem jest pobieranie pokarmów, wówczas rozpadają się nitki na »zarodniki«. Najszybciej następuje fragmentacja na ściętem białku z jaj kurzych lub na ziarnach zbożowych, znacznie później na innych pożywkach; na tych samych podłożach może fragmentacja występować w rozmaitym czasie od chwili wysiania, np. na kulturach agarowych silnie nawodnionych, później niż na uboższych w  $H_2O$ . W kulturach młodych nie ma zupełnie fragmentacji tylko nitki, w starych zaś trudno odnaleźć budowę nitkowatą, wskutek fragmentacji bowiem budowa nitkowata uległa zupełnemu zniszczeniu; stąd też stara kultura *A. radiatus nob.* robi na pierwszy rzut oka wrażenie jakiegoś gronkowca, a nie trichomyceta.

Co do makroskopowego wyglądu kultur, to ten nie jest stałym bezwzględnie, mimo to jednak dla różnych pożywek istnieją typowe obrazy kultur i różnaitość w oddziaływaniu mikroorganizmu na podłoże.

Na zestalonej surowicy krwi rozwija się w kilka dni po wysianiu tworząc liczne kolonie rozmaitej wielkości, okrągławe, często zlewające się razem, pokryte przeważnie delikatnym śnieżno-białym nalotem nitek; w miarę rozwoju odbarwia się podłoże, a surowica zostaje zupełnie rozpuszczoną. Na ściętem białku z jaj kurzych w kilka dni po wysianiu pojawia się śnieżno-biały nalot nitek, w krótkim czasie rozpadających się na »zarodniki«. Na żelatynie rozwojowi towarzyszy zupełne rozpuszczenie żelatyny, która jednak nie traci swej przejrzystości i barwy. Na dnie rozpuszczonej żelatyny tworzy się osad biało-szarych kolonii lub o ile się utrzymały na powierzchni tworzą kożuch pokrywający się delikatnym, białym kutnerkiem. Na agarze zwykłym (w przeciągu około 2-ch tygodni) szarawe kolonie, lekko brodawkowato wzniesione w środku,

okrągławe w zarysie, złożone z gęstego splotu promienisto rozchodzących się nitek, często zlewające się razem. Niektóre kolonie zamiast brodawkowatego wzniesienia w centrum, rozwijają się w wieloramienną gwiazdkę o ramionach z końcem lekko zaokrąglonym, złożoną ze zbitego splotu nitek; inne postaci krążka fałdują się z czasem w kierunku promieniowym, tak iż wyglądają jak wielopromienna gwiazda

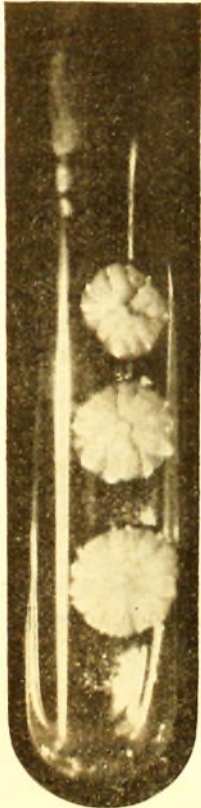


Fig. 5.



Fig. 6.

o ramionach postaci trójkąta zwróconego podstawą na zewnątrz, końcem zaś ku środkowi, kłosem wnikających w agar nitek utwierdzona w pożywce. Starsze kultury agarowe czasem dopiero po upływie kilku miesięcy pokrywają się białym nalotem ulegających fragmentacji nitek.—Na agarze glicerynowym ko-

lonie okrągławe płaskie, białawe, z wklęsłym środkiem, złożone z współśrodkowych kół przyrostu, zlewające się razem; podobne obrazy spotyka się też na zwykłym agarze. — Na sterylizowanych, napęczniałych w  $H_2O$  ziarnach pszenicy i owsa rozwija się tworząc białe kupki nitek w miejscu zaszczepienia; nitki te bardzo szybko fragmentują, a przeszczepione na agar dają kolonie odmiennie nieco wyglądające od przeciętnych. — Na płynnej surowicy krwi tworzy się na dnie próbówki osad złożony z kolonii różnej wielkości, nie ulegających fragmentacji, — natomiast kolonie pływające na powierzchni pokrywają się białym nalotem rozpadających się na »zarodniki« nitek. — W bulionie na dnie próbówki występuje w postaci białoszarego osadu, w peptonie pojedyncze kolonie wyglądają jakby kulki z waty; w jednym i drugim wypadku płyn nie zmienia barwy i przejrzystości. — Wysiany na mleko sterylizowane wywołuje po 5-u do 6-u tygodniach odbarwienie się mleka, które staje się przezroczystem, po upływie zaś miesięcy (4—6) zmienia barwę na brunatną, przyczem na powierzchni tworzy się biały kożuch fragmentujących się nitek. Nie rozwijał się zupełnie wysiany na chleb z cukrem gronowym, na gruszkę, ziemniaka, buraka, marchew, agar cukrowy. Typowe gwiazdowate kolonie otrzymywałem po przeniesieniu na agar zwykły skośny, z agaru zwykłego, surowicy krwi zestalonej i bulionu, — nie typowe zaś kolonie rozwijają się na agarze po przeszczepieniu z mleka, białka kury lub owsa.

## II. *Actinomyces cerebriformis nob.*

Wzięty z pożywek sztucznych przedstawia się badany pod silnem powiększeniem w postaci splotu nitek  $1 \mu$  *maximum* grubych, bezbarwnych, rozgałęziających się bogato, pozornie bez żadnej segmentacji, która staje się widoczną dopiero po użyciu barwików (te same co przy *A. radiatus nob.*). W kulturach starych na niektórych pożywkach nici te, ulegając fragmentacji, rozpadają się na krótsze fragmenty i »zarodniki« przeważnie elipsoidalne (czem się wybitnie różni od *A. radiatus nob.*) zupełnie przypominające prątki.

Fragmentacja występnie tu znacznie rzadziej, niżeli u *A.*

*radiatus*, widziałem ją tylko na starych kulturach ziemniaczanych i buraczanych, z których po przeszczepieniu na inne pożywki rozwijały się zupełnie typowe dla *A. cerebriformis nob.* kolonie.

Na płynnej surowicy krwi rozwija się natychmiast tworząc

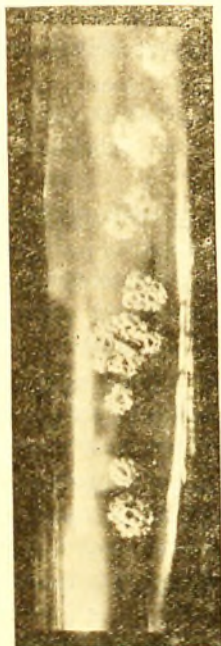


Fig 8.

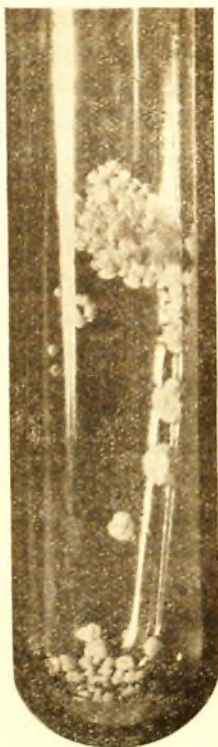


Fig. 9.

na dnie probówki osad, który przy wstrząśnięciu rozdziela się na pojedyncze kolonie przypominające kulki waty, przeciętnie 1—2 mm średnicy. Kolonie te składają się z bogato rozgałęzionych promienisto rozchodzących się nitek, dzięki wszechstronnie równym warunkom rozwoju. — Na żelatynie rozwija się rozpuszczając ją całkowicie, bez zmiany barwy i przejrzystości, — w rozpuszczonej już żelatynie liczne kolonie, lecz znacznie mniejsze niż w surowicy krwi — Na bulionie kolonie drobne w postaci kłaczkowatego osadu, na peptonie osad bo-



gaty białawej barwy, podnoszący się po wstrząśnięciu z dna i przypominający kłębki waty dochodzące *maximum* 2 mm średnicy. W peptonie kolonie chętnie układają się na ścianach próbówki, — ani bulion, ani pepton nie zmieniają barwy.

Na agarze zwykłym wygląd kultur zmienny:

1) albo tworzą się kolonie żółtawe  $\frac{1}{2}$  mm średnicy, bochenkowate, zlewające się razem w większe skupienia o powierzchni z licznymi zmarszczeniami, przypominającymi układ jelit lub powierzchnię kory mózgowej;

2) albo tworzą się liczne krążki woskowo-białej barwy, płaskie, lekko wypukłone w środku z wyraźnymi, współśrodkowymi kołami przyrostu.

Na agarze glicerynowym kolonie płaskie, okrągłe, z falisto-wcinanym obwodem, często nieregularne, o lekko wzniesionym brzegu, z wybitnymi pasami współśrodkowych przyrostów; powierzchnia kultury z niewielkimi wyniesieniami woskowo-białej barwy i konsystencji. Z wiekiem, mimo, iż w pożywce jest dosyć  $H_2O$ , pękają stale kolonie w rozmaitych kierunkach, przyczem brzeg pęknięcia zawsze zawija się nazewnątrz.

Na ziemiaku tworzy kolonie ochrowo-żółte, często pomarańczowo zabarwione, z czasem pokrywające się białym nalotem nitek. Pojedyncze kolonie na ziemiaku często kuliste pękają stale na szczycie mimo dostatecznej ilości  $H_2O$  w pożywce dochodzą *maximum* 1 mm średnicy; lub tworzą nieraz  $2\frac{1}{2}$  cm długie, a  $\frac{1}{2}$  cm wysokie, twarde, pofałdowane zbiorowiska, nieraz silnie splekane, czasem z białym nalotem. Przeszczepiony na ziemiak z peptonu, bulionu lub innych pożywek daje stale typowe obrazy kultur. Na buraku ćwikłowym rozwijają się liczne kolonie w postaci bochenków, zlewające się razem blado-brudno-żółtawe, na marchwi ma tę barwę co na buraku. Na zestalonej surowicy krwi rozwija się nie rozpuszczając jej jednak nawet po upływie pół roku, czem się wybitnie różni od *A. radiatus*. Na ziarnach pszenicy i owsa tworzy biały nalot. Zupełnie się nie rozwija na agarze cukrowym, gruszcze, chlebie z cukrem gronowym i chlebie zwilżonym  $H_2O$ .

### III. Uwagi ogólne.

Kultury w pierwszym i drugim wypadku robiono w cie-  
płocie pokojowej, porównanie zaś wyników wystarcza by  
stwierdzić przynależność obu gatunków do grupy *Trichomy-  
cetes*, do rodzaju *Actinomyces* Harz. Nazwy tej używam ze  
względu na jej rozpowszechnienie i żywotność opartą także na  
zapatrywaniu zyskującym coraz większe koła zwolenników, iż  
rodzaje *Streptothrix*, *Cladothrix*, *Discomyces* i *Micromyces* należy  
skasować, a gatunki razem złączone przenieść do rodzaju  
*Actinomyces*, co zrobił w swej monografii np. Berestneff<sup>1</sup>  
i Lachner Sandoval<sup>2</sup>. Wprawdzie ani *A. radiatus* nob. ani  
*A. cerebriformis* nob. nie mają znamienych dla promie-  
niowców maczugowatych zgrubień na końcach nitek, to jednak  
nie przeszkadza w zupełności na zaliczenie ich do *Actinomyces*.

Znamiona, na podstawie których oddzielono *Streptothrix*  
od *Actinomyces* są tak podrzędne i systematycznie małowarto-  
ściowe (na co się zresztą zgadza wielu nowszych badaczy:  
Gruber<sup>3</sup>, Gedoelst<sup>4</sup>, Sauvageau i Radais<sup>5</sup>, Gaspe-  
rini<sup>6</sup>, Domec<sup>7</sup>, Lachner-Sandoval<sup>2</sup>, iż nie wystarczają  
na utworzenie rodzaju, tembardziej, iż owe maczugowate  
zgrubienia uważane dawniej za najbardziej znamienne ce-  
chę promieniowców stoją w wielu przypadkach w związku  
z pasożytnym trybem życia. Nitkowata budowa *A. radiatus*  
nob. i *A. cerebriformis* nob., sposób rozgałęzienia się nitek, roz-  
padanie się na fragmenty i zarodniki, wreszcie falisty przebieg  
nitek w kropli wiszącej *A. radiatus* nob., aż nadto wystarczają,  
by oba organizmy pomieścić wśród promieniowców. Od do-  
tychczas opisanych gatunków mikroskopowo nie różnią się  
w sposób dający się zauważyć, tak, że na podstawie obrazów  
mikroskopowych, nie można ich oddzielać jako nowe gatunki;  
natomiast: 1) makroskopowy wygląd kultur na różnych po-  
żywkach, 2) oddziaływanie na podłoże, 3) zdolność rozwoju  
na takich pożywkach, na których inne gatunki się nie rozwija-  
ją, lub 4) brak rozwoju na pożywkach dobrych dla innych  
gatunków, dają obraz życia wybitnie je różniący od opisanych

dotychczas, tembardziej, że 5) znaleziono je w rogówce ludzkiej, i 6) stwierdzono ich chorobotwórcze własności.

Literatura dotycząca chorób oka obejmuje mnóstwo prac, z których jednak zaledwie w bardzo nieznacznej ilości można dokładnie wywnioskować, z jakim organizmem chorobotwórczym w danym wypadku miano do czynienia. Opisy, o ile są (zwykle bowiem ich niema), wiele pozostawiają do życzenia, rzadko też spotyka się próby zrobienia kultur.

W dotychczas opisanych wypadkach keratomykoz wykryto *Aspergillus fumigatus* (Collomb<sup>8</sup>, Gentilini<sup>9</sup>, Markow<sup>10</sup>, Basso<sup>11</sup>, Leber<sup>12</sup>, Fuchs<sup>13</sup>, Kayser<sup>14</sup>, Johnson<sup>15</sup>) w największej ilości wypadków; z jakim gatunkiem *Aspergillus* miał do czynienia Ball<sup>16</sup> nie wiadomo, podobnie nie wiadomo co za grzyba miał Koellner<sup>17</sup>; *Penicillium glaucum* według dyagnozy w pracowni O. Bujwida wyhodował z rogówki Wicherkiewicz<sup>18</sup>, *Keratophyton*, organizm niedokładnie zbadany pod względem budowy i rozwoju opisał Rossenhauch<sup>19</sup>.

Na bliższą uwagę zasługuje praca de Bernardinis'a<sup>20</sup>, który jako powód chorób rogówki podaje *Streptothrix*. Opis samego organizmu niedokładny, wystarcza jednak, by mieć prawdopodobieństwo pewności, iż *streptotrichioza* de Bernardinis'a, jest aktinomykozą (»Lesame microscopico delle culture, ha fatto rilevare constatemente la formazione di catene talvolta assai lunghe. Nelle culture vecchie insieme alle catene con individui piu o meno rigonfiati e in via di trasformazione, si hanno accumuli formati di granuli e di brevi filamenti ramificati e clavati«). Jest więc mowa o organizmie nitkowatym, rozgałęziającym się, końce nitek maczugowate, nitki same rozpadają się na łańcuszkowato ułożone »zarodniki«, typowy opis promieniowca, gatunku różniącego się tem od moich, iż bulion i agar barwi na kolor żółtawy i nie rozpuszcza żelatyny, gdy moje nie tworzą żadnych barwików i rozpuszczają żelatynę. Gdyby dokładna rewizja mykologiczna potwierdziła moje przypuszczenie, iż de Bernardinis badał promieniowca, byłyby dotychczas znane tylko trzy wypadki aktinomykozy z rogówki (Bera r-

dinis, dwa Rosenhauch i Namysłowski) wobec wprost olbrzymiej ilościwy padków aktinomykozy z kanalików łzowych.

Uzupełnieniem klinicznym moich poszukiwań, jest praca Dr E. Rosenhaucha, która ukazała się w Postępie okulistycznym i Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde 1910.

Praca moja została wykonaną w pracowni botanicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Prof. E. Jan-czewskiego.

Koledze Drowi J. Bielerowi oraz p. F. Sarnkowi, którzy wykonali zdjęcia fotograficzne obu promieniowców, po-zwalam sobie na tem miejscu serdecznie podziękować.

Pożywki bakteriologiczne otrzymywałem w ciągu mej pracy stale z zakładu mikrobiologii od prof. J. Nowaka.

#### Literatura.

1. Berestneff. Aktinomykoz y jego wzbudyteli. Moskwa. 1897.
2. Lachner Sandoval. Ueber Strahlenpilze. 1898.
3. Gruber. cit. W. Silber Schmidt. Cblt. f. Bkrlg. 1900. I. Ab. Ueber 2 Fälle von Pilzmassen im unteren Thränenkanälchen.
4. Gedoelst. Le schampignons parasites de l'homme... Bruxelles. 1902.
5. Sauvageau et Radais. Sur les genres Cladotrix, Streptotrix et Actinomyces. Annal. de l'institut Pasteur. 1892.
6. Gasperini. Ricerche morfologica e biologica sul genere Actinomyces. Rivista gener. it. di clis. med. 1892.
7. Domec. Contribution à l'étude de la morphologie de l'actinomycose. Arch. de med. exper. et d'anat. path. 1892.
8. Collomb. Un cas rare d'infection cornéenne. Genève. 1900—1901.
9. Gentilini. 3 neue Fälle von Keratitis aspergillina. Beiträge zur Augenheilkunde. Heft 45.
10. Markow. Schimmelpilzentzündung. Hornhaut. Wiestnik oftal. 1900.
11. Basso. La cheratomycoosi per Aspergillus fumigatus. Ann. d. Ottalm. 1900.
12. Leber. Keratomycoosi aspergillina als Ursache v. Hypopyon-keratitis. Arch. f. Ophth. 1897. Bd. 25.
13. Fuchs. Keratomycoosi aspergillina. Wien. Klin. Woch. 1894.
14. Kayser. Ein Beitrag zur Keratomycoosi aspergillina. Klin. Monat. f. Augenhelk. 1903.
15. Johnson. Ein weiterer Beitrag z. leichten Form d. Keratomycoosi aspergillina. Klin. Monat. f. Augh. 1903.

16. Ball. Un cas de keratomycosis aspergillina. La clinique ophth. 1901.
17. Koellner. Schimmelpilz-infection d. Sklera. Zft. f. Augh. 1905.
18. Wicherkiewicz. Ueber eine Schimmelpilzerkrankung der Hornhaut. Arch. f. Augh. 1900.
19. Rosenhauch. Przyczynek do etyologii owrzodzeń rogówkowych. Postęp okulistyczny. 1908. i Beitrag z. Aetiologie d. Hornhautgeschwüre. Monatsbl. f. Augh. 1908.
20. De Berardinis. Ulcera corneale da Streptothrix. Annali di Ottalmologia. Pavia. 1904.

### Objaśnienie rycin.

- Fig. 1. *Actinomyces radiatus*, nitki segmentowane ze sztucznej pożywki. Około 1100 razy powiększone.
- Fig. 2. *Actinomyces radiatus*, nitki rozpadające się na »zarodniki«. Powiększone około 900 razy.
- Fig. 3. *Actinomyces radiatus*, kiełkujące »zarodniki« w 48 godzin po wysianiu w kroplę wiszącą. Powiększone około 800 razy.
- Fig. 4. *Actinomyces radiatus*, zakończenia nitek z płynnej surowicy krwi. Około 900 razy powiększone.
- Fig. 5. *Actinomyces radiatus*, młoda kultura agarowa. Słabo powiększona.
- Fig. 6. *Actinomyces radiatus*, stara kultura na agarze z białym nalotem nitek ulegających fragmentacji. Słabo powiększone.
- Fig. 7. *Actinomyces cerebriformis*, nitki rozpadające się na »zarodniki«. Powiększone około 700 razy.
- Fig. 8. *Actinomyces cerebriformis*, kultura na agarze. Słabo powiększona.
- Fig. 9. *Actinomyces cerebriformis*, kultura na agarze. Słabo powiększona.

## II. STRESZCZENIA.

**Archiv für Augenheilkunde.** T. LXIV. Z. 1. (Referent Dr Bałaban).

O wrodzonym kretynizmie połączonym ze ślepotą, wraz z opisem anatomicznym przypadku typu Tay-Sachs. (Über die familiäre amaurotische Idiotie mit anatomischem Befund eines Falles vom Typus Tay-Sachs). Dr Schuster.

Wobec rzadkości drobnowidowych badań takich ócz, ogłasza autor przypadek z dokładnym opisem zmian w siatkówce i układzie nerwowym. Przedewszystkiem daje on przegląd przypadków

podobnych, powikłanych ze ślepotą i idiotyzmem i ustanawia pięć typów takich zaburzeń, opisując równocześnie objawy kliniczne. Badanie drobnowidowe wybitnych typów wykazuje schorzenie warstwy zwojowej bez zaburzeń w naczyniach krwionośnych. W poszczególnej komórce zwojowej daje się spostrzec nadęcie, przemieszczenie jądra, przemieszczenie włókien i rozpad tkanki.

W przypadku opisanym przez autora chodziło o dziecko żydowskie, które zachorowało w 8-m miesiącu i umarło wśród objawów porażennych, osłepnięcia i zidyocenia. Badanie drobnowidowe obu gałek wykazało zupełnie prawidłową naczyniówkę i prawidłowe naczynia siatkówki. Warstwa barwikowa siatkówki była dobrze utrzymana, w żółtej plamce była tkanka siatkówki rozmiękłą. Największe zmiany były w wewnętrznej warstwie ziarnistej i w warstwie zwojowej. Wszystkie komórki zwojowe były schrzałe i powiększone. Jądro było w tych komórkach umieszczone przy brzegu. Warstwa włókien nerwowych była zupełnie zanikłą. Te same zmiany dały się wykazać w środkowym systemie nerwowym. Zmiany w plamce żółtej były spowodowane albo obrzękiem albo zmętnieniem komórek zwojowych.

**Schorzenie nerwów wzrokowych przy chorobach tylnych jam bocznych nosowych.** (Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase). Van der Hoeve.

Wedle badań Onodiego, przebieg nerwu wzrokowego w stosunku do położenia bocznych tylnych jam nosowych bywa bardzo różnorodnym. Jest rzeczą udowodnioną, że zapalenie tylnych komórek sitowych powoduje rychlej pewnego rodzaju zaburzenia w nerwie wzrokowym, aniżeli zapalenie jamy klinowej, a to dla tego, że przegroda zatoki sitowej jest bardzo cienka, przegroda zaś jamy klinowej jest 1—12 mm grubą. Schorzenie nerwu wzrokowego występuje pod postacią pozagałkowego zapalenia nerwu, które bywa spowodowane najprawdopodobniej t. zw. obrzękiem toksycznym (Birch-Hirschfeld). Po skutecznieniu odpowiedniej operacji nosowej obrzęk ten zazwyczaj znika, a im rychlej przedsięwzięcie się zabieg operacyjny, tem lepszy jest wynik. Autor opisuje następnie przypadek, w którym przeprowadzona obustronnie operacja w jamie nosowej dała wynik korzystny tylko na nerwie jednym, podczas gdy nerw drugi wskutek silniejszego ucisku był już w zaniku. Co do rokowania, to jest rzeczą bardzo ważną rozpoznać to zaburzenie już w bardzo wczesnym okresie powstania i to przed pojawieniem się środkowego braku na barwy w polu widzenia. Obwód pola widzenia bywa niezmiennym.

Kilka nowych objawów widzenia oczu niezbornych i oczu prawidłowych i wytłumaczenie powstania tych objawów. (Einige neue Erscheinungen über das Sehen der astigmatischen und normalen Augen und ihre Erklärung). Dr La Rosa.

Jeżeli spostrzega się jakiś przedmiot z pewnej odległości, przyczem nachyli się głowę w ten sposób, że obie osie widzenia stoją prostopadle, to spostrzegany przedmiot wydaje się niższym, dalej położonym i szerszym. Objaw ten daje się wytłumaczyć niezbornością rogówki i staje się tembardziej wyraźnym, im więcej jest oko niezbornem. Przy poprawie niezborności oka szklami objaw ten traci na wyrazistości. Zwiększenie się oddalenia przedmiotu tłumaczy autor zmienioną orientacją, a także niedokładniem widzeniem szczegółów przy zmienionem położeniu południka. Rozszerzenie przedmiotu tłumaczy się tem, że oko niezborne może akomodaować tylko w jednej płaszczyźnie ogniskowej.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach perhydroliny i o ich stosowaniu do doświadczalnych i anatomicznych przedstawień przedostawania się płynów zastrzykniętych pod spojówkę. (Über subconjunctivale Perhydrolinjectionen und ihre Verwendung zur experimentellen und anatomischen Darstellung des Ausbreitungsweges subconjunctivaler Einspritzungen). Dr Krusius.

Zachęcony insuflacją powietrza przy gruźlicy do przedniej komory, robił autor doświadczenia na zwierzętach, chcąc się przekonać czy wprowadzenie tlenu wywiera jaki wpływ na tkankę, na krew i na ciecz wodną.

W tym celu zastrzykiwano pod spojówkę gałkową 0.1—0.5 cm<sup>3</sup> roztworu perhydrolu. Wskutek tego zabiegu obrzękała spojówka około rogówki, na brzegu rogówki zaś pojawiały się delikatne zmętnienia. W przedniej komorze występowały małe pęcherzyki gazowe wychodzące z kącika przedniej komory. Część tych pęcherzyków była umiejscowioną także na powierzchni tęczówki. Jeżeli perhydrol zastrzyknięto w głąb ciała szklistego, to w ciałku szklistem pojawiały się pęcherzyki. Drobnowidowe badania gałek ocznych robiono najpóźniej w 20 minut po zastrzykiwaniu, gdyż gałki oczne bardzo rychło zanikały. Badanie wykazywało przesiąknięcie całej tkanki podspojówkowej delikatnymi pęcherzykami. Pęcherzyki wypełniają także tkankę tęczówki, przez co tęczówka jest silnie wydętą. Granica rogówko-twardówkowa jest przesiąkniętą pęcherzykami gazu. Doświadczenia pouczają, że zastrzyknięty pod spojówkę gaz przedostaje się wprost przez granicę rogówko-twardówkową do tkanki tęczówki, a stąd do przedniej i tylnej komory ocznej.

**Do poznania niektórych podmiotowych wrażeń w widzeniu.** (Zur Kenntnis einiger subjectiver Gesichterscheinungen).  
Dr Brückner.

### 1. Wśródgałkowe pojawienie się punkcików.

Po obudzeniu się otwiera autor oczy przez 10—15'', które następnie rękoma przykrywa. Po 2—3'' występują w całym polu widzenia bardzo małe i lśniące punkciki, które są bezbarwne lub też blado-żółtawe. Punkciki te znikają czasowo, to znowu się pojawiają. Punkciki te pojawiają się także przy oglądaniu nieba przy dziennym świetle. Autor sądzi, że siedlisko tej zmiany znajduje się w siatkówkach.

### 2. Objaw świetlny akomodacyjny.

Przy nastawianiu oka z pobliza na kres daleki daje się spostrzeżać w chwili zwolnienia akomodacji jasny pierścień znajdujący się na obwodzie pola widzenia. Objaw ten jest bardzo dokładnym przy tylko krótkiej adaptacji w ciemności i daje się kilkakrotnie wywołać. W przeciwieństwie od innych autorów (Purkinje i Czermak) mógł autor objaw ten wywołać także przy nastawianiu oka na kres w poblizu.

### 3. Objawy świetlne przy poruszeniu gałki ocznej.

Przy bocznych poruszeniach oczu w ciemności spostrzegają Purkinje objawy świetlne. Objawy te pojawiały się przy możliwie szybkich zwrotach gałki ocznej, przyczem autor robiąc te doświadczenia odczuwał ból w oczach. Podobne objawy dawały się wywołać przy prostopadłych zwrotach gałki ocznej, przyczem powstają dwa półkola i jasne linie kołowe po bokach i to tak, że przy zwrocie gałki ocznej na lewo uwidacznia się prawe półkole i przeciwnie. Akomodacja nie odgrywa przytem żadnej roli. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w pociąganiu twardówki przez mięśnie oczne.

### 4. Wśródgałkowo widoczny objaw świetlny tętnienia naczyń siatkówki.

Współcześnie z pulsem tętnicznym przy fizycznym zmęczeniu pojawiają się w pewnych miejscach pola widzenia cienie o krótkim trwaniu. To samo przy miernym ucisku na gałkę oczną bez fizycznego zmęczenia dają się także cienie spostrzeżać. Przy oku otwartem występują one w postaci cieni na jasnym tle, a także w ciemności jako jasne linie. Skoro ucisk trwa dłużej, to cienie stają się coraz bardziej niedokładne. Ponieważ jasne linie dają się spostrzeżać także bez działania światła, to należy wykluczyć w tym wypadku ujemny obraz następowy, a objaw ten



tłumaczyć jako powstały wskutek drażnienia ścian naczyń, które to drażnienie przenosi się następnie na warstwę czułą na światło. Jasne linie odpowiadają tętnicom. Postać cieni da się wytłumaczyć w dwojaki sposób. Wskutek nadmiaru krwi w naczyniach twardej warstwa wchłaniająca światło i powstaje zwiększone wchłanianie światła wpadającego w oko, lub też na powierzchni naczyń przychodzi do odbicia się światła, przyczem światło wpada na inne części siatkówki.

#### 5. Ujemny obraz następowy rysunku naczyńcówki.

Henryk Müller ustalił na rysunku Purkiniego na siatkówce jasne obramienia cienia i uznał ten objaw jako obraz następowy. Przez poruszanie źródła świetlnego można jasny obraz następowy od cienia zupełnie odłączyć. Jeżeli się trzyma lampę Sachsa na oku, którego powieka jest zamknięta i oko w ten sposób się przeświecła, to rysunek naczyńcówki można dokładnie spostrzegać. Przy silnem świetle można także widzieć dokładnie jasne obramienia cieni, a obramienia te znikają przy zmniejszającej się sile świetlnej.

#### 6. Wśródgałkowy odruch plamki żółtej.

Jeżeli się przeświecła gałkę oczną przez zamknięte powieki lampą Sachsa to daje się spostrzegać przy poruszeniach źródła świetlnego jasna tarcza, która powstała z maleńkich złocistych punkcików. Przy przesuwaniu źródła świetlnego zmieniają te punkciki swe położenie w znaczeniu odwrotnem. Przy objawie tym rozchodzi się o odbicie promieni świetlnych, które zdążają wprost do warstwy czopków.

---

**Graefe's Archiv für Ophthalm.** R. 1909. T. LXXII. Z. 2 i 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

**Do histologii conjunctivitis gonorrhoeica.** (Zur Histologie der Conjunctivitis gonorrhoeica). E. Waldstein — Praga.

Na podstawie badania histologicznego 15-stu przypadków *conj. gonorrhoeica* w różnych okresach (od 2-go do 60-go dnia powstania ropienia u noworodków i ludzi dorosłych) stwierdza autor, że zapalenie spojówki ogranicza się jedynie do powierzchownych warstw. Gonokoki leżały głównie środkomórkowo w górnych i środkowych częściach nabłonka i dopiero po jego zniszczeniu i strąceniu wnikały głębiej w tkankę. Pierwsze dwa tygodnie odznaczają się szczególnie zniszczeniem nabłonka, a dopiero z końcem dru-

giego tygodnia przychodzi do jego regeneracyi, przyczem nabłonek zaczyna wrosnąć w głąb, w postaci pasów, przypominających swoją budową przekrój podłużny gruczołów. Nacieki warstwy adenoidalnej i graniczącej z nią tkanki łącznej, składa się przeważnie z komórek plazmatycznych, obficie dzielących się drogą podziału wprost. Ilość komórek lucznych zwiększa się dopiero w późniejszych okresach. Komórki eozynofilne nie odgrywają żadnej roli. Tkanka łączna tak, jak mało ulega zniszczeniu, tak również mało później przerasta. Włókna elastyczne nie ulegają żadnej zmianie. *Gonorrhoea adultorum* nie różni się histologicznie niczem od *conj. neonatorum*. Na podstawie zbadania dwóch przypadków *conj.* wywołanej przez *micrococcus catarrhalis* stwierdził W., że w tego rodzaju zapaleniu, nabłonek w mniejszym stopniu ulega zniszczeniu i, że drobno-ustroje jeszcze bardziej powierzchownie są usadowione.

**O leczniczej wartości surowicy Deutschmanna.** (Über den therapeutischen Wert von Deutschmanns Serum). Prof. Hippel — Getynga.

Autor stosował surowicę D. w 39 przyp. *ulcus serpens*, wstrzykując 2 cm<sup>3</sup>, a dochodząc do 4 cm<sup>3</sup> surowicy. W 20-u przypadkach, po skończonem leczeniu V = 0·1--0·7, w 7-u przyp. V = ple 1—5 m, w 9 przyp. pozostało jedynie poczucie światła, w 1 przyp. przyszło do *phthisis anterior*, a w 2 przyp. musiano wykonać wypaproszenie gałki. Z tych trzech ostatnich przypadków w dwóch chorzy zgłosili się z rogówką całkowicie już wrzodem zajęłą, w trzecim leczenie rzeczywiście pozostało bez wpływu. W 5 przyp. wrzodów zakaźnych nie należących do grupy *ulcus serp.*, wyleczenie było z zachowaniem bystrości wzrokowej. Szczególnie dobre wyniki lecznicze otrzymał autor w przyp. *iritis plastica*, bo we wszystkich (6 przyp. *iridocyclitis* bez znanej przyczyny, 9 przyp. w następstwie skaleczenia gałki i po operacyi) chorzy zachowali bystrość wzrokową. Surowica okazała się bezskuteczną przy *uveitis serosa* i zakażeniu c. szklistego po zranieniach gałki. Czyby może w tych przypadkach podawanie większych ilości surowicy (6—8 cm<sup>3</sup>) było skutecznem, pozostawia H. bez odpowiedzi.

**O „subconjunctivitis epibulbaris gonorrhoeica“.** (Über Subconjunctivitis epibulbaris gonorrhoeica). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Na 23 przypadków *subconj. gonorrh.* natury endogenetycznej, w 17 razach wiewiór powikłany był zapaleniem stawów odnóży dolnych. Ponieważ H. ani w wydzielinie spojówkowej, ani w spo-

jówce samej na skrawkach nie mógł stwierdzić obecności gonokokków, sądzi, że tak jak zapalenie stawów w tych razach, tak również *conj.* na tem tle powstała, nie zależy od zadziałania samych drobnoustrojów, ale jedynie tylko ich jądów. Klinicznie charakteryzuje się *conj. gonorrh. endogenetica* tem, że zapalenie umiejscawia się w tkance śluzowej i podśluzowej spojówki gałki ocznej. Spojówka powiek i załamek była prawidłowa. Wydzielina jest śluzowo surowicza i była tem obfitsza, im zapalenie było bardziej powierzchownie umiejscowione. Drugą postacią *conj. gonorrh.* było wytwarzanie się (w 5 przyp.) typowych flikten. Przebieg schorzenia jest co do nasilenia objawów klinicznych zmienny, a rokowania pomyślne. W  $\frac{1}{3}$  części przyp. przyszło do zapalenia rogówki. Czas trwania choroby tak długi, jak długo trwa *urethritis*. Do leczenia używał autor maści Pagenstechera, w razie zaś większej wydzieliny *argent. nitr.*  $\frac{1}{4}\%$  do wkraplania bez neutralizacji.

**Doświadczalne badania nad stosunkiem przedniego wzgórka czworaczego do odruchu źrenicy.** (Experimental-Untersuchungen über die Beziehungen des vorderen Vierhügels zum Pupillarreflex). G. Levinsohn — Berlin.

Zniszczenie przedniego wzgórka czworaczego u małp i królików pozostawało bez wpływu na odruch źreniczny. Bezpośrednio po operacji występującą anizokoryę, polegającą na zwężeniu lub rozszerzeniu źrenicy po stronie operacji położonej, uważa L. za objaw podrażnienia w następstwie operacji (zwężenie się źrenicy) lub zniszczenie (rozszerzenie) włókien źrenicznych odśrodkowo biegnących, a przebiegających w blizkiem otoczeniu wzgórka czworaczego. Doświadczenia autora następowo stwierdziły, że przebieg włókien źrenicznych dośrodkowych jest znany jedynie tylko do *corp. geniculatum externum*, a dalszy ich przebieg i łączność ich następowa z jądrem nerwu okoruchowego nie jest znana.

**Bielma i pasmowe zmętnienie rogówki.** (Leukome und bandförmige Hornhauttrübung). W. Gilbert — Bonn.

Histologiczne badania autora stwierdziły w bielmie i pasmowatym zmętnieniu rogówki, obecność niteczek spiralnych, które, ponieważ nie dały się zabarwić specyficznymi sposobami barwienia na włókna elastyczne, nie należy uważać, jak to sądził Sacksalber, za włókna elastyczne, ale za hyalinowo zwyrodniałe wytwory koagulacji białka. Z następowego rozpadu tych włókien powstają w bliznach rogówkowych małe ziarniste złoży hyaliny. Zwapnienie spotykane w bliznach, uważa G. za przemianę wtórną tkanki poprzednio hyalinowo zwyrodniałej. Dawniejsze twierdzenie autorów,

jakoby bielma zwyrodniale hyalinowo, przybierały barwę żółtą, jest niesłuszne, bo sprzeciwiają się temu wyniki badań histologicznych autora, który stwierdził, że bielma żółte często zupełnie hyalinowo nie były zwyrodniale. Klinicznie więc, zwyrodnienia rozpoznać nie można.

**Przyczynowość i zapobieganie pooperacyjnym zapaleniom oka.** (Die Aetiologie und Prophylaxe der postoperativen Augenentzündungen). A. Elschmig i H. Ulbrich — Praga.

Zapalenia pooperacyjne dzieli autorzy na dwie grupy przypadków, a mianowicie na zapalenia, w których przyszło do ciężkiej *iridocyclitis* lub ropienia brzegów rany pooperacyjnej i na przypadki nieropnych, lekkich zapaleń tęczówki. Pierwsza grupa przypadków została wywołana zakażeniem streptokokkami w szerszym tego słowa znaczeniu (autorzy dzieli streptokokki w myśl Axenfelda na streptokokki w ścisłym znaczeniu i na pneumokokki, czyli, że streptokokkami są wszystkie drobnoustroje, które mają postać diplokokków i mają skłonność układania się w płynnej kulturze w łańcuszki). Druga grupa zapaleń nie jest wywołana drobnoustrojami. Czynnikiem wywołującym zapalenie jest uraz operacyjny (zgniecenie kawałka tęczówki, prowadzące następnie do jej obumarcia), z drugiej zaś strony resztki zaćmionej soczewki działające na tęczówkę tak mechanicznie, jak też i chemicznie. Najlepszym sposobem zapobiegania powstaniu zapaleń pooperacyjnych jest badanie bakteryologiczne worka spojówkowego przed operacją. Operować należy tylko wtedy, gdy streptokokków wykazać nie było można. Co do samego badania, zwracają autorzy uwagę na to, by używać pożywek płynnych ( $\frac{1}{3}$  część surowicy +  $\frac{2}{3}$  bulionu), bo używając pożywek stałych łatwo bardzo jest kolonie przeoczyć i ażeby dużo wydzieliny, a więc nie pętlą, ale pipetą na pożywki przeszczerpić. Używając płynnych pożywek przekonali się autorzy, że w 30% przyp. w prawidłowej spojówce znajdowały się streptokokki. Zapalenie pooperacyjne jest w znacznej większości przypadków następstwem dostania się drobnoustrojów z worka spojówkowego, a tylko w wyjątkowych przypadkach jest spowodowane bakteryemią. (Angina!).

**O wytwarzaniu się wrzodów na tylnej powierzchni rogówki.** (Über Geschwürsbildung auf der Hornhauthinterfläche). J. Meller — Wiedeń.

Autor badając drobnowidowo gałkę oczną dziecka, u którego przyszło do zapalenia ropnego śródgałkowego po skaleczeniu, zauważył obecność wrzodu tylnej powierzchni rogówki. Dwie są mo-

zliwości, według autora, tłumaczące powstanie takiego wrzodu. Albo z powodu wysięku ropnego znajdującego się w przedniej komorze przyszło drogą histolizy do zniszczenia śródbłouka rogówki, nadżarcia błony Descemeta w następstwie czego, leukocyty miały wstęp wolny do miąższu rogówkowego, — albo wrzód jest następstwem bezpośrednim zakażenia drobnoustrojami, znajdującymi się w ropie w przedniej komorze. Przypadek autora różni się od t. zw. tylnego ropnia rogówki przy wrzodach powierzchownych rogówki, podczas gdy bowiem wysięk w komorze przedniej jest w przypadkach ropnia tylnego rogówki jałowy, to w przyp. autora zawierał liczne gram + diplokokki. Naciek po ropniu tylnym jest równomierny, podczas gdy w danym przypadku stwierdzono trzy warstwy ściśle dające się odgraniczyć (warstwa wewn. największego nacieku, warstwa środkowa nekrotyczna i warstwa zewnętrzna nacieku odgraniczającego warstwę środkową od zdrowych części rogówki). Stwierdzenie tych warstw przemawia przeciw histolizie, a według autora pozwala sądzić, że wrzód wewn. rogówki jest natury bakteryjnej.

**Czy zanik nerwu wzrokowego przy tabes jest następstwem schorzenia zwojów, czy włókien nerwowych?**  
(Rührt die Optikusatrophie durch Tabes von einem Leiden der Ganglienzellen oder der Nervenfasern her?). H. Rönne — Kopenhaga.

Już dawniej wykazał autor, że w pewnych schorzeniach oka, a głównie w jaskrze, pole widzenia posiada znamienne postać, polegającą na tem, że granica pola widzenia przebiega na pewnej przestrzeni wzdłuż południka poziomego po stronie nosa. Granica ta odpowiada południkowi poziomemu siatkówki po stronie skroniowej, w którym to spotykają się włókna nerwowe nerwu wzrokowego, okrążywszy poprzednio w swym przebiegu od góry i dołu łukowato punkt środkowy. Objawu tego można użyć do rozpoznawania różniczkowego, czy schorzenie jest umiejscowione we włóknach nerwowych, czy też w zwojach. Badanie pola widzenia przy zaniku nerwu wzrokowego przy wjadzie wykazało, że nerw wzrokowy ulega zanikowi pęczkami. Najczęściej ulegają zanikowi włókna ku stronie nosa przebiegające, w następstwie czego występuje ubytek w polu widzenia po stronie skroni. Rzadziej ulegają zanikowi włókna ku skroni przebiegające, wtedy pole widzenia podobne jest do spotykanego w jaskrze. Schorzenia tego rodzaju muszą być pierwotnem schorzeniem włókien nerwowych, a nie zwojów nerwowych.

Dalsze badania nad znaczeniem szybkości z jaką zlewają się barwy dla rozpoznawania schorzeń dna oka. (Weitere Untersuchungen über die Bedeutung der Verschmelzungsfrequenz für die Diagnose von Augenhintergrundserkrankungen). R. Hessberg — Wrocław.

Badania autora wykazały, że we wielu schorzeniach dna oka mniejszej potrzeba szybkości w obracaniu tarczy dwubarwnych, aby było można otrzymać wrażenie tylko jednej barwy, aniżeli w przypadkach o prawidłowem dnie oka. Różnice jednak są niezbyt wielkie, a na podstawie objawu tego, nie można schorzeń dna oka podzielić na pewne grupy, jak to czyni Markow. Nieznaczna też jest różnica w przypadkach, w których badano zachowanie się tego objawu przed wyrównaniem i po wyrównaniu wad łamliwości oka. Najmniejszej szybkości w obrocie tarcz barwnych potrzeba było w przypadkach wrodzonej ślepoty na barwy.

**Przypadek sparzenia wapnem oka z jaskrą następową.** (Ein Fall von Kalkverätzung des Auges mit nachfolgendem Glaukom). M. Zade — Jena.

Do jaskry następowej w przypadku autora przyszło, jak to badanie drobnowidowe wykazało, w następstwie zatkania kątów komory przedniej oka spowodowanego zapaleniem odczynowem, płastycznem, wywołanem sparzeniem wapnem spojówki gałki i rogówki.

**Münchener med. Wochenschr.** R. 1909. Nr 38, 42, 44, 46, 47, 48 i 51. (Ref. Dr E. Rosenhauch).

**Badania nad ciałkami Prowazka, spotykanemi w jaglicy i ich znaczenie rozpoznawcze.** (Untersuchungen über die von Prowazek bei Trachom gefundenen Körperchen und ihren diagnostischen Wert). Gruter.

Autor badał 50 przypadków jaglicy i wielką liczbę częścią przewlekłych, częścią ostrych nieżytych folikularnych, kilka nieżytych wiosennych, kilka innych schorzeń spojówkowych i zdrowych spojówek. Autor nie mógł potwierdzić wyniku badań, jakie przeprowadził Lodato i Addario, którzy to autorowie stwierdzili ciała Prowazka w spojówce dotkniętej nieżytem wiosennym. Na podstawie swych badań dochodzi G. do wniosku, że napewno możemy rozpoznać jaglicę, jeśli w komórkach nabłonka spojówkowego stwierdzimy ciała Prowazka. Wynik ujemny nie wyklucza jaglicy.

**O zaniewidzeniu podczas ciąży.** (Über Amaurose in der Schwangerschaft). *Himmelheber.*

U kobiety dotąd zupełnie zdrowej występuje w piątym miesiącu siódmej ciąży zaostrenie chronicznego zapalenia nerek (przerost serca, zaakcentowanie drugiego tonu nad aortą). Wśród objawów uremii, bólów głowy, zawrotów, wymiotów, zmniejszenia ilości moczu, występuje nagle zupełne zaniewidzenie. Przedtem już przez jakiś czas wzrok stopniowo coraz bardziej się pogarszał. Wziernikiem stwierdzono, obok silnej tarczy zastoinowej i krwotoków siatkówkowych obszerne odczepienie siatkówki w obu oczach. Po sztucznie wywołanem poronieniu i zabiegach, które miały na celu obniżenie ciśnienia wśródczaszkowego (trepanacja, punkcja łądźwiowa) ustępuje odczepienie siatkówki po kilku dniach w zupełności, zaniewidzenie jednakże pozostaje, z powodu zaniku nerwów wzrokowych. Zdaniem autora chora za późno się zgłosiła. Autor zwraca uwagę, żeby nie zwlekać z trepanacją, jeśli przerwanie ciąży spodziewanej poprawy nie przynosi.

**O guzie mózgowym wewnątrzkomorowym ze zniesieniem odruchu rogówkowego.** (Ueber einen intraventriculären Gehirntumor mit Areflexie der Cornea). *Rossbach.*

U 18-letniego parobka dotąd zdrowego wystąpiły silne bóle głowy i upośledzenie wzroku oka prawego, wymioty.

Badanie wykazało skórę twarzy zwłaszcza w okolicy łuków brwiowych jakby obrzmiałą, źrenice nieco szersze, oddziaływające na światło i akomodację, obustronną tarcz zastoinową (6 D). Ruchy gałki prawidłowe, odruch rogówkowy po prawej stronie wzmożony, po lewej znacznie zmniejszony. Analgezja i anestezja w średniej i górnej gałęzi nerwu trójdzielnego. Sekeja wykazała guz wielkości jaja kurzego, w prawej półkuli mózgowej, a badaniem drobnowidowem stwierdzono utkanie mięsaka naczyniowego. Ten i podobne przypadki uczą, zdaniem autora, że zniesienie odruchu rogówkowego nie jest pewną oznaką usadowienia nowotworu w tylnem zagłębieniu czaszkowem i że objawów podobnych tylko z wielką ostrożnością można używać do rozpoznawania umiejscawiającego.

**Doświadczenia na rosnącym oku.** (Ueber Versuche am wachsenden Auge). *Wessely.*

Autor wykonał szereg doświadczeń na oczach nowonarodzonych królików, aby się przekonać, jaki wpływ na oko mają zabiegi wykonywane przeciw jaskrze (*iridectomia, iridencleisis, sclerotomia*). Gałki, na których wykonano irydektomię lub sklerotomię,

były po roku mniejsze, te zaś, na których wykonano irydenkleisis, były mniejsze od gałek prawidłowych. Dalej mógł się autor przekonać, że u królików, u których w drugim tygodniu życia wykonano irydektomię powstawały z czasem ubytki (*coloboma*) soczewki, zdaje się z powodu przerwania podczas zabiegu operacyjnego nitki Zinna. U królików, którym przecięto torebkę soczewkową prawie z reguły przychodziło do odtworzenia miąższu soczewkowego, a o ile soczewka nowowytworzona była mniejszą od prawidłowej, pociągało to za sobą powolniejszy wzrost całej gałki (*microphthalmus*). Po dysezyji, o ile masy soczewkowe dostają się do przedniej komory i uciskają na kąt komorowy, powstaje jaskra i w ślad za tem z czasem znaczne powiększenie oka. Temu nadmiernemu powiększeniu gałki (*buphthalmus*) można zapobiedz choćby największą ale dobrzeżną irydektomią. Po przecięciu wszystkich mięśni prostych gałka podczas wzrostu się wydłuża, a po upływie dwóch miesięcy mógł autor stwierdzić zmianę refrakcyi wynoszącą 3 D w kierunku krótkowidztwa. Po przecięciu tylko mięśnia prostego górnego i dolnego powstawała niezborność rogówki = 3 — 3½ D, przyczem podłudnik pionowy był silniej łamiącym.

**O wazelinie tuberkulinowej do wywoływania odczynu spojówkowego — modyfikacja odczynu spojówkowego dla praktyki.** (Ueber Tuberkulinvaseline zur Ausstellung der Konjunctivalreaktion, eine Modifikation der Konjunctivalprobe für die Praxis). Wolff-Eisner.

Autor używa 1% lub 2% wazeliny tuberkulinowej (*Alttuberculin*), która przez tygodnie zachowuje swoje działanie i pozostaje jałową. Zapomocą pręcika szklanego odrobinę tej wazeliny wprowadza do worka spojówkowego i wmasowuje ją w spojówkę dolnej powiek. Odczyn, jaki występuje po tym zabiegu, nie różni się niczem od odczynu po wkropleniu roztworów płynnych tuberkuliny. W końcu artykułu podaje autor kilka zbiorowych uwag dotyczących się stosowania odczynu spojówkowego w praktyce.

**O wartości nowych środków przeciw rzeżączce spojówki i o konieczności ich ogólnego wprowadzania.** (Ueber den Wert neuerer Massregeln gegen die Bindehaut gonorrhoe der Neugeborenen und die Notwendigkeit ihrer allgemeinen Einführung). Herff.

Na podstawie bardzo obszernego materiału dochodzi autor do wniosków, że należy wprowadzić przymusowe stosowanie zerkuplania oczu noworodków według Credégo zapomocą roztworu sofolu, w zakładach u wszystkich dzieci, w praktyce prywatnej



tylko dla nieślubnych, dla ślubnych zaś tylko warunkowo. Liczbę późnych zakażeń należy zmniejszać przez dobitne często powtarzane pouczenie o niebezpieczeństwie zakażenia zapomocą upławów podczas położu. Ponieważ takie uwagi często zwłaszcza w prywatnej praktyce nie doprowadzają do pożądaných skutków, należy wprowadzić przymusowy obowiązek natychmiastowego doniesienia władzom sanitarnym, ażeby chore dzieci jak najszybciej dostały się w należytą opiekę lekarską. Tylko w ten sposób można, zdaniem autora, liczbę ociemniałych z powodu rzeżączki spojówki obniżyć do pewnego minimum. Autor używa do wkraplania 5% roztworu sokołu od szeregu lat. Na 6000 przypadków spostrzegał jedno wczesne zakażenie i jedno późne w 9-m dniu u dziecka nieślubnego. Zdaniem autora powinno się wprowadzić środek ten do praktyki akuszerok zwłaszcza, że istnieją w handlu tabletki 0.25 lub 0.5 gramowe, z których bardzo łatwo niewielką ilość płynu sporządzić można.

**O próbie tuberkulinowej z maścią Moro.** (Ueber die Moro'sche Salbenprobe). Weil.

Zdarza się często, że i lekarze specjaliści muszą stosować próbę tuberkulinową, celem stwierdzenia etyologii jakiegoś cierpienia. Autor na podstawie 65 badanych przypadków, dochodzi do wniosku, że próba Moro w żadnym razie nie ustępuje ani odczynowi ocznemu Calmette'a, ani skórnemu Pirquet'a, wyższa zaś jest od obu poprzednich, ponieważ jest zupełnie nieszkodliwą. Zdaniem autora, występuje odczyn dodatni po próbie Moro w przypadkach pewnej gruźlicy, lub w takich, gdzie słusznie ją podejrzewamy. Na tej podstawie zaleca ją zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdyż posiada trzy najważniejsze zalety: łatwość stosowania, nieszkodliwość i niezawodność.

**O sztucznem uczulaniu spojówki.** (Über künstliche Anaphylaxie der Bindehaut). Marzorati i Terlinck.

U chorych, u których klinicznie nie można było gruźlicy wykazać, i u których wkroplenie tuberkuliny do worka spojówkowego nie wywołało odczynu, odczyn taki występuje po powtórnem wkropleniu. Ta nadezłość spojówki trwa, zdaniem autora, przeszło rok. Autorowie przypuszczają, że w spojówce występują pod wpływem wkroplenia zmiany mikroskopowe, że dalej spojówka uczuła się wskutek resorbeyi przez organizm i dlatego druga próba wypada dodatnio. Można też po pierwszym wkropleniu tuberkuliny przez zakroplenie drugiego oka wywołać silny odczyn na obu spojówkach.

**Ophthalmology.** R. 1909. Vol. VI. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

**Studyum heteroforyi i heterotropii z uwzględnieniem zdolności pokonywania przyzmatów i amplitudy ruchów gałek ocznych.** (A. Study of Heterophoria and Heterotropia in Duction and Version). Edward Lauder — Cleveland.

Do badania zaburzeń równowagi zewnętrznych mięśni ocznych (heteroforyi) oraz jawnego zezą (heterotropii) używa autor tropometru i przyzmatów. W artykule swym wykazuje potrzebę szczegółowego badania poszczególnych mięśni ocznych tak pod względem ich zdolności do skurczów samodzielnych zmierzających do utrzymania widzenia obuocznego (*the Duction*), którą to zdolność mierzy się, jak wiadomo, siłą pokonywanych przyzmatów, jakoteż pod względem ich maksymalnej kurczliwości, która pozostaje w stosunku prostym do amplitudy ruchów każdej gałki ocznej z osobna (*the Version*). Porównanie wzajemne tych stosunków ułatwia niejednokrotnie zrozumienie zawikłanych przypadków zaburzeń mięśniowych. Tak np. w razie ezoforyi lub egzoforyi takie wymierzenie siły poszczególnych mięśni prostych pouczy nas, na stronę którego oka przechyla się bardziej zaburzenie równowagi, czy zatem zachodzi t. zw. *dextrophoria* czy *sinistrophoria*, a tem samem dowiadujemy się, na którym oku należy się obawiać wystąpienia zezą jawnego. W przypadku znowu hyperforyi uwzględnienie wyżej zaznaczonych szczegółów wskaże nam, na którym oku mamy do czynienia z anaforyą, a na którym z kataforyą. Jeszcze większe znaczenie mają zalecane przez autora sposoby badania w przypadkach heterotropii, gdyż tu wyniki ich rozstrzygają częstokroć o wyborze sposobu operacyjnego. Autor ilustruje swe wywody szeregiem własnych postrzeżeń.

**Wymierzanie wielkości i oznaczanie położenia kąta  $\alpha$  zapomocą zmodyfikowanego oftalmometru Javal'a i Schiö-tz'a.** (Demonstration of the Size and Position of the Angle Alpha by a simple Modification of the Javal-Schiötz Ophthalmometer). Lucien Howe — Buffalo.

Kątem  $\alpha$  nazywają okuliści, jak wiadomo, kąt, jaki tworzy oś widzenia, t. j. linia łącząca płamkę żółtą z przedmiotem oglądanym, — z optyczną czyli geometryczną osią gałki ocznej, przechodzącą przez środek rogówki, środek źrenicy i środek soczewki. Autor podaje sposób oznaczenia wielkości tego kąta zapomocą oftalmometru Javal'a i Schiötz'a, z którego został usunięty po-

dwojnie załamujący pryzmat Wollastona. Tuż ponad lub poniżej wylotu tubusa umieszcza się małą lampkę elektryczną. Na jednej z figur przesuwalnych po łuku oftalmometru przymocowana jest mała kulka szklana. Gdy badany patrzy jednym okiem do otworn lunety, badający widzi dwa obrazki elektrycznej lampki: jeden mniejszy, silnie błyszczący, jest wytworzony przez przednią powierzchnię rogówki, drugi większy, ale błądy powstaje działaniem tylnej powierzchni soczewki, jako zwierciadelka wklęsłego. Obrazka pochodzącego od przedniej powierzchni soczewki w tych warunkach dostrzedz nie można. Ponieważ lampka znajduje się ponad wylotem tubusa, zatem oba dostrzegalne obrazki nie nakrywają się wzajemnie, lecz jeden stoi ponad drugim, ale rozstęp ten nie jest ściśle pionowy lecz skośny, położenie ich bowiem odpowiada optycznej osi oka badanego, podczas gdy oko to zwrócone jest ku lunecie oftalmometru swoją osią widzenia. Jeśli się teraz poleci osobie badanej zwrócić spojrzenie na kulkę szklaną, którą się po łuku od środka zwolna posuwa, wtedy dojdzie się do takiego punktu, w którym obrazek rogówkowy i soczewkowy ustawia się nad sobą na linii pionowej. W tej chwili oko badane zwrócone jest ku lunecie swoją osią optyczną, a ku kulce szklanej swoją osią widzenia. Kąt, jaki te dwie osie między sobą zamykają, czyli kąt a odczytujemy z ustawienia kulki szklanej na łuku oftalmometru.

**Niezborność mieszana z osiami niekrzyżującymi się pod kątem prostym.** (Mixed Astigmatism with Meridians of Astigmatism not crossing at Right Angles). Walter Pannel — New-York.

Autor opisuje przypadek niezborności mieszanej, gdzie oba główne południki astygmatyzmu stały na sobie pod kątem różniącym się o  $10^{\circ}$  od prostego. Zdarzało mu się już przedtem spotykać przypadki, gdzie kąt przecięcia się osi odbiegał nawet o  $20^{\circ}$  od prostego. Najczęściej spotyka się to nieprawidłowe ustawienie osi w przypadkach *ast. mixtus myopico-hypermetropicus*. Autor przypuszcza jednak, że i w przypadkach zwyczajnej niezborności złożonej (*ast. compositus myopicus vel hypermetropicus*), nieznaczne zboczenia od kąta prostego często się zdarzają. Z tego powodu w przypadkach takich szkła sferocylindryczne, których główne południki refrakcyjne muszą być do siebie ściśle prostopadłe, nie dają tak dobrych wyników korekcyjnych, jak dające się pod każdym dowolnym kątem skrzyżować szkła biecyndryczne (a więc szkła szlifowane *à la Chamblant*. Przyp. ref.).

**Nowy wziernik kieszonkowy.** (A Pocket Ophthalmoscope). Herbert Clairborne — New-York.

Autor podaje opis obmyślonego przez siebie wziernika ocznego. Model ten ma tę praktyczną stronę, że mimo, iż posiada tarczę zaopatrzoną w pełną seryę soczewek wypukłych i wklęsłych i może służyć jako oftalmoskop refrakcyjny, podobnie jak np. wziernik Mortona, to jednak jest naprawdę kieszonkowy, bo złożony i wciśnięty w zgrabny futerałik skórzany, jest nie większy od małego zegarka.

**Nowy skiaskop.** (A new Skiascope). Cooke — Seattle.

Zmiana szkieł przed okiem badanem przy oznaczaniu refrakcji zapomocą skiaskopii nastęrcza zawsze pewne trudności. Wyjmowanie szkieł z kasey okulistycznej i wkładanie ich w ramki okularów próbných badanęj osobie jest bardzo niedogodne i przedłuża badanie. To też obmyślono cały szereg urządzeń, aby ułatwić szybką zmianę soczewek przed okiem badanem. Autor wykazuje ujemne strony różnych do tego celu służących przyrządów i podaje opis urządzenia własnego pomysłu: na jednym końcu poziomego, wydłużonego wewnątrz pręta metalowego znajduje się skośnie przymocowany model, jakby wziernika ocznego typu Mortona, ale o rozmiarach znacznie powiększonych. Braknie oczywiście zwierciadła, które tu jest zbędne. Natomiast tarcz opatrzona jest wieńcem soczewek wypukłych i wklęsłych odpowiedniej wielkości. Soczewki te przesuwac można kolejno przed okiem badanem zapomocą transmisji, obracając kółkiem zębątem, umieszczonem na drugim końcu poziomego pręta, gdzie zasiada badający. Na kółku tem może on też nie wstając ze swego miejsca odczytać numer szkła, jakie się w danej chwili znajduje przed okiem badanem. Przyrząd obliczony jest na potrzeby bardzo ścisłego oznaczania refrakcji, bo następujące po sobie soczewki do  $\pm 1,5$  D wzrastają w sile o  $\frac{1}{8}$  D, dalsze do  $\pm 5,5$  D o  $\frac{1}{4}$  D, a pozostałe o  $\frac{1}{3}$  D. Cały przyrząd utwierdzony jest na odpowiednim trójnożnym statywie i daje się w miarę potrzeby podnosić lub obniżać.

**Przypadek przemijającego jednostronnego niedowidzenia, prawdopodobnie wskutek embolii w nerwie wzrokowym.** (A Case of Temporary Monocular Amblyopia, possibly due to Embolus in the Optic Nerve). Howard Hansell — Philadelphia.

U młodej kobiety wystąpiło nagle podczas szycia silne zamglenie lewego oka. Badanie wykazało  $V = \frac{20}{70}$ , przedmiotowo jednak, ani zewnątrznie, ani w ośrodkach łamiących, ani na dnie,

nie okazywało oko żadnych zmian dostrzegalnych. Natomiast badanie ogólne wykryło *endocarditis chronica, insufficientia mitralis*. Podano chorej rtęć w postaci weierań i jod w dużych dawkach i wzrok w ciągu dni pięciu powrócił do stanu prawidłowego. Autor w pierwszym rzędzie wyklucza histeryę, nie było bowiem żadnych innych ogólnych ani miejscowych objawów tej choroby. Następnie wyklucza zapalenie nerwu pozagałkowe, brakło bowiem ubytku środkowego w polu widzenia. Toż samo wyklucza krwotok do pochewek nerwu wzrokowego i obrzęk tycheż pochewek, wobec zupełnego braku zmian wziernikowych. Nareszcie wyklucza skurcz naczyń siatkówkowych, a za najprawdopodobniejszą przyczynę niedowidzenia uważa zator tętnicy środkowej siatkówki, który przesunął się następnie do jednej z bocznych gałęzi. Zmiany na zastawkach w sercu dostarczyły materiału embolicznego. (Przeciw temu rozpoznaniu autora przemawia: 1) brak znamiennych objawów wziernikowych; 2) niedowidzenie tylko częściowe zamiast zupełnej ślepoty jaka zazwyczaj występuje po zatkaniu pnia tętnicy siatkówkowej; 3) brak ubytku w polu widzenia w postaci wycinka, jaki pozostaje, jeżeli embolus dość wcześnie przesunie się do jednej z bocznych gałęzi. O takim ubytku nie ma wzmianki w artykule. Przyp. ref.).

**Niektóre spostrzeżenia kliniczne nad zapaleniem współczulnym.** (Some Clinical Observations upon Sympathetic Ophthalmitis). Dunbar Roy — Atlanta.

Autor stara się znaleźć odpowiedź na dwa pytania, odnoszące się do postępowania leczniczego w przypadkach grożącego lub istniejącego już zapalenia współczulnego: 1) Czy wyjęcie oka wywołującego zapalenie sympatyczne w chwili, gdy oko drugie jest już niem w całej pełni zajęte, zapewnia jakiegokolwiek realne korzyści, czyli innymi słowy, czy taka późna enukleacja wywiera jakiegokolwiek wpływ dodatni na przebieg i leczenie zapalenia oka drugiego. 2) Czy godzi się wyjmować oko zranione mimo, że posiada ono jeszcze względnie dobrą bystrość wzroku, dla zapobieżenia ewentualnemu zapaleniu współczulnemu drugiego oka, zupełnie zdrowego; czyli innymi słowy: co lepiej, czy zapewnić choremu zupełnie dobry wzrok na jednym tylko oku (przez enukleację zranionego), czy też pozostawić mu oba oczy z tem ryzykiem, że w danym razie oba będą miały bystrość mniej lub więcej obniżoną? Na pierwsze pytanie, tak na podstawie własnego doświadczenia, jakoteż w myśl zapatrywań przeważnej części praktyków, daje autor odpowiedź twierdzącą. Lepiej enukleować późno, lub nawet zapóźno, niż wcale nie, zwłaszcza jeżeli oko sympatyzujące

jest oślepie. Enukleacya taka w żadnym wypadku szkody nie przyniesie, a praktyka poucza, że częstokroć wpływa pomyślnie na przebieg zapalenia sympatycznego. Na drugie pytanie odpowiedź bardzo trudna. Jeśli oko sympatyzujące widzi wypadkowo mimo doznanego urazu lepiej od oka drugiego, które okazuje jakiegokolwiek zmiany niezależne od wypadku, wątpliwości nie niega, że enukleacya jest przeciwskazana. Oko to nawet jeśli wywoła sympatyę, będzie zawsze ratowało chorego przed zupełną ślepotą. Tu jednak chodzi o przypadki, gdzie oko drugie jest zdrowe i ma bystrość prawidłową. Autor przechyla się raczej do zapatrywania, że jeśli rodzaj zranienia, umiejscowienie rany, w danym razie uszkodzenie ciała obcego jest tego rodzaju, że zachodzi prawdopodobieństwo zapalenia sympatycznego, które może zupełnie zniszczyć wzrok drugiego oka, to lepiej już poświęcić oko uszkodzone, choćby jeszcze widzące, byle tylko w ten sposób zabezpieczyć chorego stanowczo przed utratą drugiego oka o pełnej bystrości. Przynać jednak trzeba, że takie postąpienie podlega jeszcze dyskusyi i że w każdym takim przypadku należy z wielką przezornością rozważyć wszelkie *pro* i *contra* i nie spieszyć się zbyt z enukleacyą, odkładając ją do chwili wystąpienia objawów zwiastujących zbliżanie się zapalenia współczulnego.

W drugiej części swej pracy podaje autor wyniki swych badań histologicznych, które potwierdzają zdanie wypowiedziane przez Fuchsa, że właściwem znamieniem anatomicznem zapalenia współczulnego jest nie zapalenie plastyczne (*uveitis plastica*), lecz raczej bujanie pewnych tkanek (*uveitis formativa*) np. bujanie przybłonków, które spotyka się zarówno w oku sympatyzującym jak i sympatyzowanym. To, że równocześnie widuje się różne inne typy nacieków i stanów zapalnych, nie osłabia bynajmniej tego twierdzenia, albowiem przy zranieniu oka sympatyzującego dostać się mogą oprócz hypotetycznego zarazka wywołującego zapalenie współczulne, także różne inne drobnoustroje, mamy zatem do czynienia z zakażeniem mieszanem, które wpływa na zmianę obrazu anatomicznego.

**Widoczny ruch krwi w naczyniach siatkówki.** (Visible Movement of Blood in Retinal Vessels). Nagel — San Francisco.

Tylko w rzadkich wypadkach mamy sposobność przy pomocy oftalmoskopu naocznie śledzić ruch krwi w tętnicach i żyłach siatkówki. Pierwsze spostrzeżenia tego rodzaju ogłosili: Jäger, Liebreich i Graefe w przypadkach miejscowych zmian ocznych jak oderwanie siatkówki, zapalenie nerwu wzrokowego etc. Graefe widział objaw ten kilkakrotnie w *stadium asphycticum*

cholery. Później ogłoszono już większy szereg spostrzeżeń znamienego rozbitcia krwi w rozgałęzieniach tętnicy siatkówkowej na krótkie słupki posuwające się i zatrzymujące kolejno współcześnie z fazami kurezów serca. Objaw ten tłumaczono utrudnieniem krążenia z powodu częściowego zatoru pnia tętnicy siatkówkowej. Wedle nowszych pojęć należałoby tu raczej przypuszczać *endarteritis proliferans*. Rehb erg opisał pierwszy przypadek widocznego ruchu krwi w naczyniach siatkówki u chorego z tętniakiem aorty. Autor opisuje drugie analogiczne spostrzeżenie. U 29-letniego robotnika fabrycznego z dużym, roentgenograficznie stwierdzonym tętniakiem aorty stwierdził autor na jednym oku zupełny zanik nerwu wzrokowego i siatkówki, zdaje się w następstwie embolii, lub *endarteritis proliferans art. centr. ret.* Na drugim oku w żyłę siatkówkowej dolno-skroniowej widać było wyraźnie skaczący ruch krwi rozbitej na liczne krótkie słupki. Ruch ten odbywał się w kierunku dośrodkowym. Po kilkunastodniowym trwaniu objaw ten ustąpił i żyła przybrała wejrzenie prawidłowe dzięki, jak przypuszcza autor, anastomozom żylnym, które ułatwiły powstanie krążenia kollateralnego. Autor przytacza objaśnienie, jakie daje wyżej opisanemu zjawisku Reimer. W razie utrudnienia krążenia wskutek jakiejś mechanicznej przeszkody następuje tak znacznie zwolnienie prądu krwi, że czerwone ciążka krwi zbijają się, jakby uległy sedymentacji lub aglutynacji i tworzą czerwone słupki porozielane przezroczystem osoczem. Gonitwa tych czerwonych słupków w świetle naczynia przerywana zwolnieniami, przestankami, a nawet chwilowem cofaniem się zależnie od poszczególnych faz czynności serca czyni widocznym dla oka ruch krwi, który, jeżeli słup krwi jest jednostajny i nieprzerwany niezem się na zewnątrz nie zdradza, chyba rytmiczną zmianą szerokości naczynia czyli tętnem tegoż, które jednakowoż niezawsze jest dostrzegalne.

**Mięsienie jako rodzaj zajęcia dla ślepych.** (Massage as an Occupation for the Blind). Webster Fox — Filadelfia.

Nadszedł czas, kiedy dla ludzi ślepych i ociemniałych, nie powinno się przeznaczać jałmużny, lecz starać się dla nich o odpowiednie sposoby zarobkowania, gdyż mimo, że im brak tak ważnego zmysłu, jak wzrok, zdolni są oni do różnych zawodów i mogą pracować wydatnie z pożytkiem dla siebie i dla drugich. Wobec dzisiejszego rozwoju i rozpowszechnienia wzorowych zakładów wychowawczych i naukowych dla ślepych w całym cywilizowanym świecie uwolnienie społeczeństw od ciężaru wspierania i utrzymywania całych legionów osobników niewidomych jest postulatem zarówno uzasadnionym, jak i nie trudnym do spełnienia. Autor w artykule

swym zwraca uwagę na jeden tylko sposób zarobkowania, który między wielu innymi szczególnie jest odpowiedni dla ociemniałych, mianowicie wykonywanie mięsienia. W Londynie znajduje się główna siedziba bardzo poważnego związku międzynarodowego (National Institution for Massage for the Blind), który posiada już liczne filie w różnych miastach Europy i Ameryki, a którego celem jest propaganda i wprowadzanie w czyn tej myśli, żeby jak-największej liczbie oślepych dać możność samodzielnego zarabiania na życie przez umiejętne wykonywanie masażu. Wzór wzięto z Japonii, gdzie od czasów niepamiętnych ślepi trudnią się tą specjalnością, wykonując ją niejednokrotnie sprawniej nawet i lepiej od swych widzących współzawodników. Obecnie parlament japoński zastanawia się nad uwolnieniem ciemnych od wszelkiej w tym kierunku konkurencji przez przyznanie im monopolu dla wykonywania masażu.

**Odczyny spojówkowe i inne dla rozpoznania gruźlicy gałki ocznej i przydatków.** (Conjunctival and other Reaction Tests to Tuberculin in Tuberculosis of the Eyeball and its Adnexa). Charles Oliver — Filadelfia.

Autor omawia obszernie wartość kliniczną prób dyagnostycznych tuberkulinowych, jak odczyn spojówkowy Calmette'a, lub odczyn skórny Pirqueta, oraz niektóre ich modyfikacje w rozpoznawaniu gruźliczych cierpień oka, zarówno gałki ocznej, jak i części dodatkowych. Wykazuje wady i zalety poszczególnych metod, niebezpieczeństwa, na jakie w pewnych razach narażone bywa przez nie oko gruźlicą dotknięte i wynikające stąd konieczne ograniczenia w ich zastosowaniu. Na ogół przyznaje pod względem praktycznym wyższość odczynu skórniego nad odczynem spojówkowym.

**Uwagi o leczeniu gruźlicy ocznej tuberkuliną.** (Remarks on the Tuberculin Treatment of the Eye). Junius — Kolonia.

Autor na szeregu przypadków wypróbował tuberkulinę, wytworzoną przez Prof. Béranecka z Neuchâtel w Szwajcaryi. Tuberkulina ta odpowiada swym składem nowej tuberkulinie Kocha (TR.), zawiera zatem nietylko toksyny gruźlicze, jak tuberkulina stara, lecz nadto i ciała komórkowe zabitych bakterii gruźliczych. Działanie tej tuberkuliny jest słabsze, niż tuberkuliny TR., ale właśnie takie leczenie łagodne ma, zdaniem autora, wpływać szczególnie korzystnie na przebieg gruźliczych zmian w oku.



**Uszkodzenie oka przez dostanie się do worka spojówkowego odprysku ołówka anilinowego.** (Injury to the Eye from the Presence of Anilin Pencil in the Conjunctival Cul-de-sac). Albert Suel — Rochester.

U 14-letniej uczennicy w chwili, gdy zaciągała ołówek czerwony anilinowy, odłamany koniec ołówka wpadł do prawego oka i zatrzymał się pod powieką górną tak głęboko, że go stamtąd wydobyć nie mogła. Autor, który badał chorą w godzinę po wypadku, znalazł znaczny obrzęk powiek, światłowstręt i silne łzawienie. Z oka wypływały białe zabarwione purpurowo. Spojówki powiek i spojówka gałkowa obrzmiały i okazywały miejscami plamy głębokiego zabarwienia czerwonego. Rogówka matowa, a w przedniej komorze na dnie półksiężycowały ciemno-czerwony osad, spowodowany widocznie wessaniem barwika anilinowego. Po usunięciu resztek czerwonego grafitu z załamka górnego ograniczył się autor do starannego wypłukiwania worka spojówkowego i zakładania obojętnej maści. W następnych dniach tworzyły się jeszcze w dolnym załamku zrosty, które byłyby doprowadziły do znacznego *sympblepharon*, gdyby ich autor nie był codziennie rozrywał szklaną paleczką. Po ośmiu dniach objawy zadrażnienia ustąpiły, znikł osad czerwony z przedniej komory, bystrość wzroku, poprzednio znacznie upośledzona, wróciła do stanu prawidłowego, a i zabarwienie spojówki, tak powiekowej jak i gałkowej, ustąpiło prawie zupełnie.

Autor przytacza kilka podobnych spostrzeżeń z literatury oraz pracę doświadczalną Vogta, który wykazał, że *caeteris paribus* z pośród barwików anilinowych kwaśnych, obojętnych i zasadowych te ostatnie są dla oka najniebezpieczniejsze. Jako najlepszy środek neutralizujący działanie zasadowe barwików anilinowych, zaleca Vogt 10% roztwór tanniny. Do następowego odbarwienia tkanek nadaje się najlepiej perhydrol ( $H_2O_2$ ). Rzecz prosta, że w pierwszej chwili należy bezwarunkowo usunąć z worka spojówkowego okruchy ciała barwiącego, do czego, zdaniem autora, jeśli się pod ręką nie ma roztworu tanniny, lepiej użyć choćby czystej wody, niż zwlekać z wypłukaniem i pozwalać barwikowi rozwinąć niszczące działanie. Wyżej opisany przypadek autora jest jedynym w literaturze, w którym przyszło do zabarwienia cieczy przedniej komory przez wessanie istoty barwiącej.

**Przebicie rogówki szpilką od kapelusza damskiego, bez uszkodzenia soczewki.** (Transfixion of Cornea by Hat Pin without Injury to Lens). A. Bennett — Buffalo.

Autor opisuje przypadek zranienia oka szpilką od kapelusza damskiego, zasługujący z tego względu na uwagę, że szpilka zo-

stała wbitą od strony nosa w rogówkę w pobliżu rąbka i koniec jej wykuł się następnie z rogówki w symetrycznym miejscu po drugiej stronie (skroniowej) poziomej średnicy rogówki. W obie ranki wkleszczyła się tęczęwka, przez co źrenica przybrała postać poziomej szpary, rozszerzoła zaś silnie atropiną stała się podobną do klepsydry. Soczewka nie doznała żadnego uszkodzenia. Kilku-dniowa atropinizacja wystarczyła, ażeby rozzerwać obydwie przednie zrosty tęczęwki i przywrócić źrenicy postać okrągłą.

**Tymczasowe doniesienie o wzmożonym ucisku wśród-gałkowym w przebiegu puchliny epidemicznej.** (Preliminary Note on Increased Intraocular Tension met with in Cases of Epidemic Dropsy). Maynard — Kalkuta.

Autor ma na myśli jedną z zakaźnych chorób strefy gorącej, nieznaną w naszym klimacie, a objawiającą się napadami osłabienia akcji serca, gorączką i obrzękami. Jest to t. zw. *Epidemic Dropsy*. Choroba to wybitnie zaraźliwa, szerzy się epidemicznie i częstokroć występuje równocześnie u kilku członków jednej rodziny. Autor w przebiegu jednej epidemii tej choroby w Kalkucie spostrzegał w dużym odsetku przypadków powikłanie ze strony oczu, polegające w pierwszej linii na podwyższeniu ucisku wśród-gałkowego i przedstawiające obraz jaskry, bez objawów zapalnych, bez zmniejszenia przedniej komory i bez wybitnego rozszerzenia źrenicy. Natomiast występuje wyraźne zaćmienie rogówki, znaczne upośledzenie wzroku i współśrodkowe zwięźenie pola widzenia, w niektórych przypadkach nawet zupełna ślepotą wskutek zaniku nerwu wzrokowego, z głębokiem dobrzeźnem wyłobieniem tarczy. Dająca się we wielu przypadkach wykazać współczesność ataków tej jaskry z nawrotami gorączki i puchliny wskazuje dobitnie na związek przyczynowy obu tych cierpień, zwłaszcza, że u przeważnej liczby spostrzeganych chorych, młody wiek (niżej lat 28) przemawiał przeciw przypuszczeniu samoistnej jaskry prostej, występującej zazwyczaj w wieku późniejszym. Autor na podstawie 20 spostrzeżeń nie chce jeszcze rozstrzygać zagadnienia w kierunku patogenezy tych zagadkowych objawów ocznych. Narazie ogranicza się tylko do tymczasowego doniesienia zastrzegając sobie w tym przedmiocie głos na później, gdy będzie rozporządzał większym materiałem kazuistycznym. Rzuci tylko myśl, że wobec znamiennej dla tej choroby skłonności do obrzęków powodowanych ostro występującą adynamią serca, jaskrę tę wytłumaczyć można zastojem żylnym, co odpowiadałoby poglądom Tersona, który pewne przypadki jaskry uważa za nie innego, jak tylko za obrzęk w zamkniętej nierozciągliwej przestrzeni. Z drugiej strony mają istnieć

pewne objawy wskazujące raczej na zajęcie wydzielniczych nerwów gałki ocznej. W takim razie należałoby przypuszczać w myśl zapatrywań Dondersa wzmnożone wydzielanie wśródgałkowe na tle naczynio-ruchowem, a równocześnie podejrzewać jakieś powinowactwo w mowie będącej choroby zakaźnej z japońską Beri-beri.

**Więstnik oftalmologii.** R. 1910. Styczeń. (Referent Dr M. Szafnicki).

**Exenteratio orbito-sinualis. (Kombinowane wypaproszenie oczodołu i jam sąsiednich).** S. S. Gołowin.

Autor podaje przez siebie wypracowany i stosowany w kilkunastu wypadkach zabieg operacyjny, polegający na wypaproszeniu oczodołu, otwarciu sąsiednich jam kostnych i stworzeniu jednej wielkiej jamy. Metoda stosowana przy sprawach nowotworowych drażących wgląd oczodołu i zajmujących ściany kostne.

Zabieg operacyjny dzieli autor na 4 okresy.

I. Cięcia skórne naokoło sprawy nowotworowej: a) wewnętrzne pionowe, biegnące pośrodku czoła, z boku nosa i *plica nasolabialis*, początek tego cięcia 2—3 cm powyżej gładyszki, koniec 1 cm poniżej skrzydła nosowego; b) pionowe zewnętrzne — początek na *lin. semicircul. frontis*, koniec 2 cm poniżej łuku jarzmowego. Następnie dwa cięcia poziome powyżej i poniżej nowotworu. Całość podobna do litery H z dwoma poprzecznymi połączeniami. Płaty górny i dolny należy odpreparować jak najdalej.

II. Wypaproszenie oczodołu.

III. Wypaproszenie jam sąsiednich odpowiednio do rozległości sprawy nowotworowej zapomocą dłuta i nożyc kostnych. Kolejno usuwa autor przednią i górną ścianę jamy Highmora, następnie *proc. nasal. maxil. super., os. lacrymale, część ossis nasalis, część proc. nasal. ossis frontalis, lamina papyracea ossis ethmoidalis*, wreszcie przednią i dolną ścianę *sinus frontalis*. Przy dojściu do jamy nosowej usuwa autor muszle, przy otwarciu labiryntu kości sitowej — wszystkie przegrody. Wogóle stara się usunąć wszystkie części tworzące martwe miejsca — trudno dostępne, gdzie mogłaby się dalej rozwijać sprawa nowotworowa. Pozostałe ściany jam należy wyskrobać łyżeczką ostrą. W ten sposób powstaje jedna wielka jama o ścianach mniej więcej gładkich. Często przy tym zabiegu zdarza się dość znaczny krwotok, wymagający silnego przechylenia głowy ku tyłowi.

IV okres — pokrycie ubytku zapomocą płatów skórno-mięśniowych. Pomimo wielkiego braku części miękkich, zeszyte udaje się łatwo bez silnego naciągania płatów. Zabieg taki autor wykonał 10 razy. Kilkakrotnie blizny po zeszyciu nieco cieńczyły i tworzyły się szpary, które po odświeżeniu brzegów i ponownem zeszyciu już więcej nie powstawały. Co się robi z tak wytworzoną jamą — autor nie podaje. Faktem jest, że zmniejsza się ona wskutek od-twarzania się kości na zewnętrznej ścianie oczodołu i tylnej ścianie jamy Highmora. Skóra w tych miejscach zrasta się z kością, a nad jamą nosową i wewnętrzną częścią oczodołu powstaje naciągnięta w postaci dość mocnej błony. Prawdopodobnie po pewnem czasie tylna powierzchnia płatów skórno-mięśniowych zostaje pokryta nabłonkiem błony śluzowej nosa. Naogół efekt kosmetyczny jest bardzo dobry. Okolica oczodołu zostaje trwale pokryta skórą gładką. Autor gorąco poleca ten zabieg szczególnie w wypadkach daleko posuniętych spraw nowotworowych, gdzie zwykła *exenteratio orbitae* nie wystarczy i po pewnym czasie powstają nawroty.

**W kwestyi leczenia podwinięcia powiek zapomocą transplantasy błony śluzowej z warg.** Dr K. N. Karđo-Sysojew.

Autor bardzo szczegółowo opisuje przebieg operacyi, która zupełnie jest podobna do operacyi *trichiasos modo* Wicherkiewicz z tą jedynie różnicą, że zamiast płata skórno-mięśniowego bierze autor kawałek błony śluzowej z wargi.

**Przyczynę do anatomii patologicznej zapalenia mięższowego rogówki?** W. N. Jeleonskaja.

Autorka, przytoczywszy odnośną niemiecką literaturę, podaje badanie mikroskopowe własnego przypadku, które naogół niczem się nie różni od spotykanych w literaturze. Jako powikłanie dość rzadko spotykane przy *kerat. parenchymat.*, jest w wypadku autorki wrzód rogówkowy, prowadzący do przebiecia, garbiaka i następowej jaskry, która dała powód do enukleacyi.

---

### III. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Karol Rotherl, dawniej w Mińsku-Litewskim, przeniósł się do Piotrkowa w Królestwie, na miejsce Dr Górskiego, który zajął stanowisko lekarza wojskowego w Rosyi.

Doc. pryw. Dr Pfałz w Dyseldorfie i Herzog w Berlinie otrzymali tytuł profesora.

Prof. Dälen z Lund został następcą Widmarka w Sztokholmie.

*Habilitowali się:* Dr Karol Behr w Kilonii, Dr Zade w Jenie i Dr Stefan Lewicki w Odessie.

---

### Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie w lipcu 1910 r.

Zgłoszone w dalszym następstwie odezły:

Doc. Dr Lewicki z Odessy: Torebka Tenona, jej anatomia i patologia.

Dr Fukala z Wiednia: 1. Leczenie zapalenia miąższowego rogówki. 2. Postępy w operacjach zaćmy. 3. Okazanie lampy do operacji ocznych.

---

### 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 Zentralzeitung 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 Kleczkowieki, Graefego Archiv. f. Ophthalmologie.

Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.

Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.

Prof. Dr Majewski, Archives d'Ophth., Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmologische Klinik, Ophthalmology Milwaukee.

Dr Matusewicz, Wracz i Ophthalmic Review.

Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.

Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophtalmologie.

Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.

Dr Szafnicki, Wiestnik oftalmologii.

Prof. Dr Szuliński, czasopisma higieniczne, Vierteljahrsschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.

Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie odnośnych czasopism.

*Redakcja.*

---

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BAMIŃSKIEGO 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.

Kwiecień. Maj.	→ ROCZNIK DWUNASTY. ←	1910.
-------------------	-----------------------	-------

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego (*papillitis*).

Napisał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

A. Graefe wprowadził podział zapaleń n. wzrokowego na wstępujące i zstępujące (*neuritis optica ascendens et neuritis optica descendens*), przypuszczał on bowiem, że każde zapalenie nerwu wzrokowego albo postępuje od siatkówki do mózgu, albo od mózgu do siatkówki.

Podział ten nie dał się utrzymać, ponieważ w bardzo wielu wypadkach nie udaje się rozpoznanie, czy mamy do czynienia ze sprawą wstępującą czy zstępującą; a ponieważ najczęściej zapalenie nerwu wzrokowego daje się rozpoznać z wyglądu tarczy, więc zaczęto wszystkie wypadki zapalenia n. wzrokowego wyrażające się stanem zapalnym na tarczy oznaczać zapaleniem tarczy — *papillitis*.

W krótkim jednak czasie porzucone zostało i miano — *papillitis*, w wielu bowiem wypadkach oznaki zapalenia występujące na tarczy są tylko odczynem sprawy zapalnej poza gałkowej w nerwie wzrokowym; obecnie więc prawie ogólnie zarzucone zostało miano *papillitis*, używają zaś miana *neuritis*

*optica*, dodając dla odróżnienia różnych postaci tego zapalenia określniki *peri (neuritis)*, *axialis*, *retrobulbaris*, *disseminata*, *oedematosa*, *simplex*. A jednak miano *papillitis* należałoby zachować dla tych wypadków, w których zapalenie nerwu wzrokowego ściśle zostaje ograniczone do samej tylko tarczy nie zajmując ani ku przodowi siatkówkę, ani nerw wzrokowy poza gałką, jak to ma miejsce przy *neuritis retrobulbaris*.

Jakkolwiek niektórzy autorowie zaprzeczają istnieniu tak ściśle ograniczonego zapalenia n. wzrokowego (Leber), niemniej są dwa rodzaje zapalenia n. wzrokowego, zajmujące samą tylko tarczę, są to: *papillitis nervi optici convexa et papillitis nervi optici concava*.

*Papillitis n. optici convexa*, zwykle oznaczana mianem tarczy zastoinowej, występuje przy powiększeniu ciśnienia w czaszce; *papillitis n. optici concava*, inaczej wgłobienie tarczy n. wzrokowego (*excavatio papillae nervi optici*), występuje przy powiększeniu ciśnienia w gałce ocznej.

Nerw wzrokowy od wyjścia swego z gałki oka aż do wejścia do czaszkojamu \*) okryty jest dwiema pochwami: zewnętrzną i wewnętrzną. Koniec przedni pochwy zewnętrznej przechodzi w utkanie twardówki gałkowej, koniec tylny przechodzi w oponę ponadmózgową (*dura mater*).

Pod ściśłem utkaniem pochwy zewnętrznej leży cienka i wiotka warstwa włóknista, ciągnąca się tu od opony nadmózgowej (*arachnoidea*), pochwa bowiem zewnętrzna n. wzrokowego jest dwuwarstwowa. Jednowarstwowa pochwa wewnętrzna nerwu wzrokowego jest dalszym ciągiem opony mózgowej (*pia mater*).

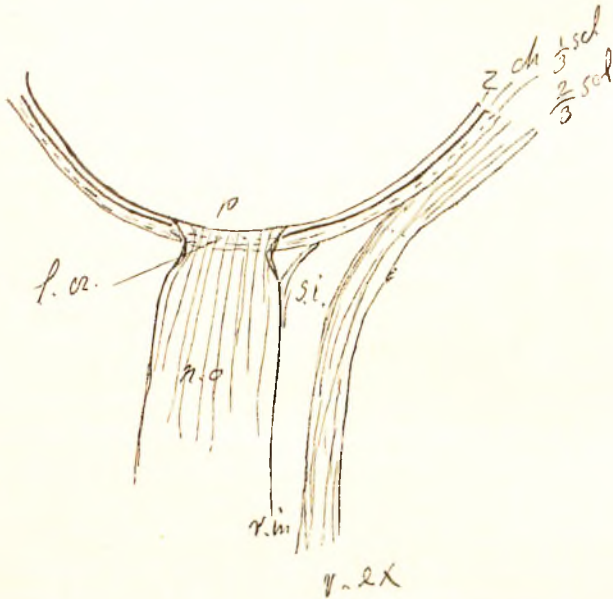
Pochwa wewnętrzna przylega ściśle do nerwu wzrokowego, pochwa zewnętrzna oddzielona jest od pochwy wewnętrznej przestrzenią międzypochwową (*spatium intervaginale*), która przechodzi w przestrzeń nadmózgową czaszkojamu.

Niekiedy warstwa nadmózgowa pochwy zewnętrznej oddziela się od jej warstwy ponadmózgowej — znajdujemy

\*) Redakcja P. O. pozostawia p. autorom zupełną swobodę wyrazownictwa.

wówczas przestrzeń międzypochwową, podzieloną na dwie przestrzenie przez warstwę nadmózgną pochwy zewnętrznej.

Liczne przerwy w utkaniu warstwy nadmózgnej łączą te przestrzenie.



- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>p</i> — papilla n. optici;   | $\frac{1}{3}$ scl. — $\frac{1}{3}$ część twardówki;  |
| <i>n. o</i> — n. opticus;       | $\frac{2}{3}$ scl. — $\frac{2}{3}$ części twardówki; |
| <i>l. cr</i> — lamina cribrosa; | <i>v. i</i> — vagina interna;                        |
| <i>r</i> — retina;              | <i>v. ex</i> — vagina externa;                       |
| <i>ch</i> — chorioideae;        | <i>s. i</i> — spatium intervaginale.                 |

Podział przestrzeni międzypochwowej występuje bardzo wyraźnie u zwierząt przeżuwających, u których warstwa nadmózgna pochwy zewnętrznej leży bliżej do pochwy wewnętrznej niż do zewnętrznej.

Przez połączenie przestrzeni międzypochwowej nerwu wzrokowego z przestrzenią nadmózgną czaszkojamu każde powiększenie cieczy mózgodzeniowej w czaszkojamie przenosi się do przestrzeni międzypochwowej n. wzrokowego. Przy wejściu do czaszkojamu w otworze wzrokowym czaszki (*iufora-*



*mine optico*) nerw wzrokowy przylega do pochwy zewnętrznej, a wraz pochwą do górnej ściany tego otworu, ale od dołu i z boków pomiędzy nerwem wzrokowym i pochwą zewnętrzną pozostaje przestrzeń wolna łącząca przestrzeń międzypochwową n. wzrokowego z przestrzenią nadmózgową czaszkojamu. Ta część pochwy zewnętrznej nerwu wzrokowego, która przechodzi w twardówkę gałki ocznej, zawiera oprócz podłużnych włókien znaczną ilość włókien okrężnych. Hość tych okrężnych włókien wzrasta w miarę jak pochwa zewnętrzna zbliża się do twardówki, aż wkońcu zlewa się z jej powierzchowną warstwą.

Twardówka tylnego odcinka gałki ocznej rozczepiona jest na warstwę wewnętrzną i warstwę zewnętrzną. Grubość tych warstw jest nierówna: warstwa wewnętrzna stanowi tylko jedną trzecią grubości twardówki, warstwa zewnętrzna dwie trzecie jej grubości.

Warstwa wewnętrzna przechodzi w kierunku poprzecznym do nerwu wzrokowego w sitówkę (*lamina cribrosa sclerae*); — warstwa zewnętrzna odchodzi od warstwy wewnętrznej i przechodzi w pochwę zewnętrzną nerwu wzrokowego.

Przez rozszczepienie się twardówki w miejscu wystąpienia n. wzrokowego z gałki ocznej powstaje szczelina, która bezpośrednio przechodzi w przestrzeń międzypochwową nerwu wzrokowego. Warstwa wewnętrzna twardówki przechodzi po przez pochwę wewnętrzną nerwu wzrokowego w sitówkę; przytem włókna podłużne pochwy wewnętrznej odchodzą od niej i wstępują do twardówki; — w ten sposób na tylnej powierzchni odszczepionej warstwy wewnętrznej twardówki pochwa wewnętrzna nerwu wzrokowego zlewa się z pochwą zewnętrzną i zamyka od przodu przestrzeń międzypochwową.

Przez rozszczepienie twardówki na dwie warstwy, ściana gałki w okolicy tarczy n. wzrokowego utworzona jest z samej tylko warstwy wewnętrznej twardówki. Cienka ta warstwa podatna jest na ucisk śródgałkowy i rozciągliwa szczególnie w kierunku skroniowym, skóra bowiem mięśni średniowych przy patrzeniu z bliska coraz to bardziej oddziera warstwę

wewnętrzna od zewnętrznej; sama zaś warstwa wewnętrzna staje się coraz to cieńszą i coraz bardziej ku tyłowi wygarbioną. — Tak powstaje w tym miejscu garbiak tylny twardówki (*staphyloma posticum*).

Cienkość i rozciągliwość tylnego odcinka twardówki wraz ze zwiększonym ciśnieniem w gałce jest głównym czynnikiem postępującej krótkoogniskowości.

Podany powyżej układ anatomiczny tylnego odcinka gałki oka i nerwu wzrokowego z jego pochwami ma doniosłe znaczenie dla powstawania tarczy zastoinowej (*papillitis convexa*).

Niekiedy i zastój w żyłach siatkówki prowadzi do obrzęku tarczy, ale tarcza zastoinowa powstaje zawsze z przenikania cieczy mózgodzeniowej z przestrzeni międzypochwowej nerwu wzrokowego do utkania siatkówki i leżącego przed siatkówką odcinka nerwu wzrokowego. Razem z powiększaniem się ilości cieczy w przestrzeni międzypochwowej powiększa się odległość pochwy wewnętrznej nerwu wzrokowego od jego pochwy zewnętrznej przyjmującej w tym stanie postać gruszki lub lejka. Stan taki nosi miano wodopochwia n. wzrokowego (*hydrops subvaginalis*).

Nasiąknięta cieczą siatkówka brzęknie, zaciska przechodzące przez nią naczynia krwionośne i włókna wzrokowe i wstrzymuje potok cieczy chłonnej, płynącej od siatkówki do czaszkojanu przez przewód osiowy w nerwie wzrokowym. Wszystko to razem spowoduje olbrzymi obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Przy obrzęku tarczy żyły wewnątrz gałki ocznej są przepełnione, a tętnice próżne; przeciwnie poza gałką w nerwie wzrokowym: tu żyły są próżne, a tętnice przepełnione.

Pochodzi to stąd, że krew tętnicza z trudnością przenika przez obrzękłą tarczę do wnętrza gałki, a krew żylna z gałki do nerwu poza gałką. Bywa tak jednak tylko wtedy, gdy obrzękła tarcza jest już nieprzenikliwa dla potoku krwi tętnicznej do gałki, a żylną z gałki.

Jeżeli jednak obrzęku tarczy jeszcze nie ma, a ciśnienie w czaszce zostaje znacznie wzmożone w porównaniu z ciśnieniem w gałce oka, to krew tętnicza z łatwością wstępuje do

wnętrza gałki, ale krew żylna z trudnością do czaszkojamu i tylko podczas rozkurczu serca. Tak powstaje tętno żylnie, czyli tętno jednoczesne z rozkurczem serca.

Jeżeli ciśnienie w gałce jest większe od ciśnienia w czaszce, ale nie tak wielkie, żeby aż zaciskało naczynia w miejscu ich przejścia przez tarczę, krew tętnicza z trudnością będzie wstępowała do wnętrza gałki, a w wypadkach większej różnicy pomiędzy ciśnieniem w gałce i czaszce, tylko podczas skurczu serca, sprowadzając tętnienie w tętnicach siatkówki. Przeciwnie, krew żylna z łatwością będzie się wlewała do czaszkojamu, jako do przestrzeni znajdującej się pod mniejszem ciśnieniem; więc i żyły tu nie będą rozszerzone kręte, krew żylna będzie świątłą i barwą mało się różniącą od krwi w tętnicach.

Stan taki trwać będzie tak długo jak długo różnica pomiędzy ciśnieniem w czaszce i ciśnieniem w gałce nie przestąpi pewnych granic; wówczas bowiem występuje zastój żylny i obrzęk tarczy.

Różnica pomiędzy obrzękiem tarczy przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w czaszce a obrzękiem tarczy przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w gałce, wyraża się w położeniu sitówki (*lamina cribrosa*); mianowicie w cofaniu się jej w drugim wypadku i posuwaniu się naprzód w pierwszym. Wraz z sitówką i sama tarcz wypukła się przy nadmiernem ciśnieniu w czaszce i zagłębia się przy nadmiernem ciśnieniu w gałce.

---

### W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce.

Dwanaście lat mija, odkąd jedyne polskie czasopismo okulistyczne, wydawane staraniem Profesora Wicherkiewicza, zebrało w swych łamach wiele porozrzuconych dotychczas po ogólnych czasopismach lekarskich prac okulistycznych i w ten sposób uprzyściplniło okulistom polskim wiadomości o rozwoju polskiego piśmiennictwa okulistycznego.

Nie ulega wątpliwości, że pismo to mogłoby dać obraz zupełny czynności naukowej i lekarskiej na polu okulistyki w Polsce, gdyby je popierali i podtrzymywali bez wyjątku wszyscy okuliści polscy. »Postęp okulistyczny« usiłował stworzyć pewien obraz pracy naukowej polskiej, natomiast o czynności i przydatności naszych klinik i zakładów ocznych z »Postępu« niczego się nie dowiadujemy. Zajmującą byłoby jednakże rzeczą, gdybyśmy z polskiego czasopisma okulistycznego mogli się dowiedzieć o czynności praktycznej i przydatności publicznej i leczniczej licznych w Polsce zakładów okulistycznych przez stałe, okresowo się powtarzające sprawozdania. Mamy pismo okulistyczne, a nie wiemy, co się dzieje w pierwszorzędnych polskich zakładach okulistycznych, jak np. w zakładzie im. ks. Lubomirskiego w Warszawie, lub w zakładzie okulistycznym w Wilnie, w którym Polacy od długiego szeregu lat są tak chlubnie czynni. Także i w Galicyi mamy obok dwóch klinik uniwersyteckich dwa wielkie oddziały oczne, osobny oddział oczny w Rzeszowie, wiemy, że w szpitalach w Stanisławowie, Przemyślu i Kołomyi są czynni dzielni okuliści. Niewątpliwie zaś każdy okulista polski pragnąłby się corocznie dowiedzieć, jaką jest czynność zakładów okulistycznych w Warszawie, Poznaniu\*), jaką czynność okulistyczna szpitali na prowincyi i oddziałów ruchomych w Królestwie Polskiem, jaką wreszcie jest czynność władzy sanitarnej galicyjskiej.

Byłoby tedy wskazane, aby »Postęp okulistyczny« zorganizował statystyczne wykazy roczne, któreby dały obraz czynności lekarskiej okulistycznej. Byłoby one zarazem zachętą do energiczniejszej systematycznej pracy leczniczej i naukowej, ponadto przyczyniłyby się mogły także do rozwoju geografii okulistycznej.

Myśl, którą obecnie poruszam, bynajmniej nie jest nową. Jeszcze przed powstaniem »Postępu okulistycznego« umieszczała »Gazeta lekarska« w latach: 1872, 73, 74, 75 i t. d. obszerne »sprawozdania lekarskie z Instytutu oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego«, opracowane przez Dr Narkiewicza-Jodko, a także drukiem ogłaszane sprawozdania ze szpitali powszechnych w Galicyi zawierały wyczerpujące wykazy z działalności oddziałów ocznych. Wydane osobno przez Prof. Macheka sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie zawiera wykazy statystyczne za czas od r. 1892—1898. Również jeszcze przed okazaniem się »Postępu okulistycznego« w wydanych z powodu otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie »Wiadomościach z kliniki okulistycznej« umieszcza

---

\*) Od roku 1877 ogłaszałem corocznie lub co dwa lata aż do r. 1892 sprawozdania z mego zakładu okulistycznego w Poznaniu, streszczane w Nagels Jahresbericht.

Prof. Wicherkiewicz wykaz statystyczny za rok 1896 i 1897. Pojawianie się jednakże dalszych wykazów statystycznych zapoczątkowane w »Wiadomościach« nie weszło w życie w wydawanym od roku następnego »Postępie okulistycznym«. Dopiero w r. 1904 przesyła Dr Łuniewski sprawozdanie z ruchu chorych na oczy leczonych w r. 1903 w szpitalu kołomyjskim.

Wspólną cechą wszystkich dotychczasowych sprawozdań była ich rozwlekłość. Redakcja »Postępu okulistycznego« zwraca się też w przypisku do artykułu Łuniewskiego »do przyszłych sprawozdawców z działalności stacji okulistycznych, aby zechcieli ujmować swe sprawozdania dla P. O. w jak najkrótszą formę, unikając o ile możności tablic statystycznych, pociągających znaczniejsze koszta, a często mało budzących zajęcie«.

Tablicom jednak statystycznym wartości odmówić nie można, stanowią one bowiem najkrótszy sposób, w jaki rzecz jakąś można przedstawić, a poza to mają tę dogodność, że ujęte w pewne formy mogą się stale powtarzać co roku. Zbyteczne natomiast w rzeczywistości jest opisywanie co roku sposobów operacji zaćmy, stosowanych w danym zakładzie lub opowiadanie o mniejszych zabiegach leczniczych lub stosowanych środkach lekarskich, co zresztą jest rzeczą osobnych artykułów naukowych.

Przeprowadzenie pewnej systematyczności i jednolitości takich wykazów statystycznych, ułożenie szematów, odpowiadających właściwościom i potrzebom naszym, byłoby może rzeczą przyszłego zjazdu okulistycznego.

Narazie może najbardziej nadawałaby się forma wykazów, przyjęta w corocznie pojawiającem się dziele p. t. »Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie« (Nagel), w którym mamy wykazy czynności klinik i większych zakładów Rzeszy niemieckiej oraz także wielu zakładów nie niemieckich, pomiędzy którymi od lat 20 są wykazy z zakładów, które prowadzi Prof. Machek. Zajmującym i pouczającym byłoby zebranie według tego wzoru wykazów statystycznych ze wszystkich polskich zakładów okulistycznych i zestawienie porównawcze wydatności ich czynności leczniczej.

Zapewne, że nie odrazu możnaby wykazy takie przeprowadzić w sposób zadowalający, lecz prawdopodobnie z każdym rokiem byłyby wykazy liczniejsze i dokładniejsze.

Narazie więc dla zapoczątkowania tej działalności ogłaszam za porozumieniem się z Prof. Machekiem daty statystyczne za rok 1908 i 1909 z kliniki okulistycznej i oddziału ocznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie, według wzoru, przyjętego we wspomnianych wyżej sprawozdaniach rocznych Nagla.

### I. Ruch chorych.

	Zakład			
	Klinika okulist. Uniwers. lwow.		Oddział oczny szpitala powsz.	
	(Prof. Dr Machek)			
	Rok			
	1907/8	1908/9	1908	1909
Ogólna ilość chorych. . .	6787	7375	1547	1407
Ilość stale leczonych. . .	569	530	1321	1407
Ilość dni leczenia. . . .	10322	10743	24527	26311
Średnio dni. . . . .	18.1	20.2	18.6	19.0

### II. Ruch chorych według miesięcy.

	Klinika oczna				Oddział oczny	
	1907/8		1908/9		Rok	
	ambul.	stale	ambul.	stale	1908	1909
	Styczeń . . . . .	414	63	500	46	121
Luty . . . . .	491	57	439	53	93	81
Marzec . . . . .	620	64	569	54	111	108
Kwiecień. . . . .	498	49	556	57	72	124
Maj . . . . .	1056	86	1061	65	205	129
Czerwiec. . . . .	739	70	737	73	123	163
Lipiec . . . . .	552	21	488	26	129	130
Sierpień . . . . .	417	—	507	—	93	127
Wrzesień . . . . .	452	—	432	—	109	128
Październik. . . . .	628	59	628	59	82	102
Listopad . . . . .	510	54	509	51	103	87
Grudzień. . . . .	410	47	419	46	80	81
Razem . . . . .	6787	569	6845	530	1321	1407

### III. Operacje.

	Klinika oczna		Oddział oczny	
	1907/8 r.	1908/9 r.	1908 r.	1909 r.
Ogólna ilość operacji wykonanych na soczewce . . . . .	—	346	—	10
Wydobyte za pomocą irydektomii . . . . .	200	158	14	9
Wydobyte za pomocą irydektomii bez irydektomii . . . . .	161	185	12	8
Wydobyte za pomocą irydektomii . . . . .	17	16	2	—
Wydobyte za pomocą irydektomii . . . . .	3	1	—	—
Wydobyte za pomocą irydektomii . . . . .	19	6	—	—
Szluczone dojrzenie (częścią irydektomia z masowaniem, częścią przecięcia soczewki) . . . . .	120	115	—	1
Przecięcie za pomocą irydektomii . . . . .	26	26	1	—
Ogólna ilość operacji wykonanych na tęczówce . . . . .	—	157	—	24
> irydektomii . . . . .	107	201	—	—
> irydektomii z powodu jaskry . . . . .	67	75	13	11
Irydektomia . . . . .	—	1	—	—
Cyklodyaliza . . . . .	4	—	—	—
Sklerotomia . . . . .	—	24	—	2
Operacje narządu łzowego . . . . .	—	—	—	2
na powiekach . . . . .	—	92	—	51
> spojówce . . . . .	—	17	—	6
> rogówce . . . . .	—	55	—	17
> mięśniach . . . . .	—	16	—	2
Wyluszczenie gałki . . . . .	—	18	—	7
Wydobyte ciała obcych z gałki . . . . .	—	7	1	—
Wyparowanie oczodołu . . . . .	—	5	—	—
Ogólna ilość większych operacji . . . . .	720	763	178	121

W. Reiss.

## II. STRESZCZENIA.

**Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie Nr 27.** (Ref. K. W. Majewski).

**Sposób działania sklerektomii prostej i wskazania do tej operacji.** (Mode d'action et indications de la sclérectomie simple). M. Bettremieux (Roubaix).

W przeciwieństwie do Lagrange'a, który za jedyny środek zdolny powstrzymać postępy jaskry uważa operacyjne wytworzenie twardówkowej blizny przesączającej i w tym celu poleca swoją irydosklerektomię, — Bettremieux broni zapatrywania, że do trwałego obniżenia napięcia wśródocznego wystarcza zupełne ścięcie na pewnej przestrzeni powierzchniowej warstwy twardówki w okolicy przewodu Schlemma i przykrycie tego ubytku spojówką gałki wraz z tkanką podspojówkową. Na tem też polega podana przez niego już przed dwoma laty *sclerectomia simplex*. Niema tu zatem tej fistulizacji, którą Lagrange uważa za *conditio sine qua non*, ale niema też obawy wypadnięcia tęczówki, zabieg nie grozi żadnem niebezpieczeństwem, w razie potrzeby może być powtórzoną w innym miejscu twardówki przyrogówkowej, a nadewszystko zaleca się z tego powodu, że jest skuteczny. Świadczą przynajmniej o tem przypadki operowane przez B. i następnie przez czas dłuższy kontrolowane, w których uzyskana poprawa wzroku utrzymuje się bez zmian i objawy jaskry nie powracają, mimo, że się nie zapuszcza ani ezeryny, ani pilokarpiny. Jeden z takich przypadków został przedstawiony przez B. na posiedzeniu towarzystwa w listopadzie r. z. Autor jest zdania, że istota jaskry, w szczególności jaskry niezapalnej prostej, polega przedewszystkiem na utrudnionym odpływie żylnym. O przeciążeniu dróg odpływowych świadczy tak często spostrzegane w jaskrze rozdęcie przednich żył rzęskowych. Otóż sklerektomia wykonana w wyżej opisany sposób otwiera koryta żyłne, przebiegające w średnich warstwach twardówki, przez co powstaje nawet przy operacji dość znaczny nieraz krwotok. Gdy następnie ubytek zostanie przykryty spojówką gałkową, przecięte naczynia żyłne głębokie, wytwarzają anastomozy z przeciętymi żyłami spojówki i w ten sposób wytwarzają się nowe drogi odpływowe i poprawia się krążenie wśrodkowe. Na tej drodze sklerektomia usuwa główną przyczynę podniesienia ucisku wśródocznego i w ten sposób tłumaczy Bettremieux jej skuteczność w jaskrze.



Wpływ na poprawę krążenia czyni sklerektomię zabiegiem, po którym można się spodziewać dobrych skutków nie tylko w jaskrze, ale i w zgoła odmiennych stanach patologicznych oka. I tak wykonuje ją B. w przypadkach oderwania siatkówki. Z ośmiu operowanych przypadków w sześciu siatkówka po sklerektomi przylgnęła, w jednym operacja spowodowała zmniejszenie oderwania i poprawę wzroku, a w jednym pozostała bez wpływu.

**Ślepotą lewego oka w następstwie lekkiego stłuczenia lewej kości ciemieniowej.** (Amaurose de l'oeil gauche survenue à la suite d'une contusion légère du pariétal gauche). Rutten (Leodyum).

Pewien młody górnik, pracujący w kopalni węgla, doznał urazu w głowę w okolicy lewej kości ciemieniowej i chwilowego zamroczenia, po którym jednak przyszedł prędko do siebie i nie przypisując urazowi większego znaczenia, pracował dalej w kopalni do wieczora. W domu dopiero zaczął mu dokuczać ból głowy, a nazajutrz zauważył, że lewym okiem nie widzi. Lekarze towarzystwa eksploatacyjnego uważali go za symulanta, zwłaszcza, że doznanego urazu nie mógł udowodnić z powodu braku naocznych świadków wypadku i braku jakiegokolwiek zmian na skórze głowy. Uważali go za symulanta, a co najmniej ślepoty lewego oka nie uważali za następstwo wypadku przy pracy. Chory zgłosił się do autora, który stwierdził brak bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło, przy zachowanym odruchu współczulnym i na razie brak zmian wziernikowych. Po dwóch tygodniach jednak wystąpiły na tarczy wyraźne znamiona zaniku nerwu wzrokowego. Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku chodzi o uszkodzenie nerwu wzrokowego wskutek złamania podstawy czaszki.

**Zranienie oka odpryskiem stali długości na 18 milimetrów. Wyleczenie.** (Blessure de l'oeil gauche par corps métallique intraoculaire de 18 millimètres. Guérison). Rutten (Leodyum).

Igielkowaty odprysk stali długości 18 mm przebił sam środek rogówki, zranił brzeg tęczówki, przeszedł na wskrós przez soczewkę i ugrzązł w ciele szklistem. Ponieważ długość odprysku przekraczała o trzy milimetry odległość soczewki od siatkówki, trzeba więc przypuścić, że tkwiąc końcami i w soczewce i w siatkówce, tworzy on rodzaj metalicznego mostka rozpiętego w ciele szklistem. Autor wydobyl to ciało obce wyprowadziwszy je przez kanał w soczewce i przez ranę w rogówce zapomocą elektromagnesu Hirschberga. Pęczniająca zaćma uległa samoistnemu wessaniu.

**Drżenie gałek ocznych wywołane urazem.** (Névrose nystagmique provoquée par un traumatisme). Rutten.

Nawiązując do przypadku drżenia gałek ocznych, które wystąpiło u górnika, bezpośrednio po doznanym urazie w głowę, zestawia autor wszelkie dane, aby udowodnić, że tak często zdarzający się *nystagmus fossorum*, jest tylko jednym z objawów ogólnej nerwicy, która rozwija się u nich pod wpływem niekorzystnych warunków zdrowotnych panujących w kopalniach, zwłaszcza w kopalniach węgla. Na powstanie takiej nerwicy składają się: brak światła, podwyższona temperatura (24—30° C) w głębokich galeriach i częstokroć panująca tam wilgoć, zepsuta atmosfera kopalni, powietrze zanieczyszczone nie tylko bezwodnikiem węglowym, ale i innymi derywatami węgla kamiennego, jak: amylen, tolnylen, anilina, benzyna, fenol etc. Oprócz wyczerpania fizycznego i znacznej nieraz niedokrewności, warunki powyższe stwarzają stan takiego nadwątlenia systemu nerwowego, że bez przesady można mówić o szczególnej postaci zawodowej nerwicy górników. Na tle tej nerwicy, między innymi objawami, występuje wskutek nadmiernego i stałego wyleżenia mięśni unoszących gałki oczne ku górze, przy pracy w pozycji leżącej, drżenie gałek ocznych jako objaw znużeniowy, jako kloniczny skurecz zawodowy, coś w rodzaju np. skureczu pisarskiego. Do wystąpienia takiego objawu może przyczynić się także i uraz doznany, który odgrywa wtedy rolę bodźca bezpośredniego.

**Jednostronny trzeszcz gałki ocznej lewej.** (Exophtalmie unilatérale gauche). Rutten.

Wybitny przypadek choroby Basedowa u 36-letniej kobiety z tak znacznym trzeszczem gałki ocznej lewej, że autor podejrzewał istnienie guza oczodołowego. Chora umarła, a badanie pośmiertne wykazało istotnie bardzo znaczne zgrubienie górnej, kostnej ściany oczodołu, zgrubienie, którego natury niestety bliżej nie określono.

**Przybłoniak powiek wyleczony zapomocą formolu.** (Cancroïde des paupières guéri par les applications de formol). Gusner (Bruksela).

Autor uzyskał zupełne zabliznienie rakowego owrzodzenia powiek w kąciку wewnętrznym, przechodzącego też na mięsko łzowe zapomocą przyżegań rozcynem formolu. Zaczynał od rozcynów 5% i stopniując ich stężenie doszedł wreszcie do czystego formolu. Do zagojenia owrzodzeń potrzeba było 46 przyżegań. Przypadek jednak jest świeży, czy nie będzie nawrotu, przyszłość dopiero okaże.

**Tablice do badania wzroku, przyjęte na zjeździe okulistów w Neapolu.** (Présentation des échelles d'acuité adoptées au Congrès de Naples). Coppez (Bruksela).

Autor przedstawia tablice do badania bystrości wzroku w celu międzynarodowego ujednostajnienia mierzenia i zapisywania wyników badania wzroku, co ma ułatwić porównywanie danych klinicznych lub statystycznych, pochodzących z różnych klinik i od różnych autorów. Tablice te, obmyślane i ułożone przez Hessa, przyjął kongres na wniosek komisji międzynarodowej, w skład której wchodził: Charpentier, Dimmer, Épéron, Jessop, Nuel, Raymond i Hess. Nadto uchwalił kongres ujednostajnić zapisywanie położenia głównych południków astygmatyzmu, a tem samem osi szkieł walcowatych, dzieląc górne półkole oprawy okularów na 180 stopni łukowych w ten sposób, że 0° umieszczone jest dla obydwóch oczu po stronie nosa, 90° na górnym końcu średnicy pionowej, a 180° od strony skroni w średnicy poziomej.

**Dwa przypadki hydrorrhea nasalis.** (Deux cas d'hydrorrhée nasale). Coppez.

Autor przypomina dwa przypadki *hydrorrhea nasalis*, przedstawione w zeszłym roku belgijskiemu Towarzystwu oftalmologicznemu. Jeden przypadek odnosił się do kobiety, której stan do tej pory nie uległ żadnej zmianie. W drugim przypadku chodziło o młodego człowieka, który zmęczony nieustannym wypływem cieczy surowiczej z nosa, udał się do jednego z poważnych rynologów i ten, stwierdziwszy w zatoce klinowej obecność nieprawidłowych wybijalności, wykonał jak najostrożniej wyskrobanie ostrą łyżeczką wnętrza tej zatoki. Badanie mikroskopowe wydobytych cząstek wykazało tkankę śluzakowatą, a brak jakiegokolwiek składników przysadki mózgowej. Wyciekanie płynu mózgowo-rdzeniowego po wyskrobaniu ustało zupełnie, ale już po kilku godzinach chory popadł w śpiączkę, z której się więcej nie obudził. Śmierć nastąpiła po 24 godzinach. Niestety sekeyi nie było. Brak również badania okulistycznego z ostatniego okresu życia nie pozwala na rozwiązanie zagadki, czy i o ile sprawa chorobowa zajmowała przysadkę mózgową lub jej otoczenie.

**O zapisywaniu krzywych drżenia gałek ocznych.** (La nystagmographie). Coppez.

Wiadomo, że *nystagmus* może być nie tylko następstwem pewnych zmian w oczach, ale może być także wywołany przez pewne zaburzenia w błędniku. Taki *nystagmus vestibularis*, różni się znacznie od drżenia wrodzonego, pozostającego w związku z wrodzo-

nem, lub we wczesnym dzieciństwie nabytem niedowidzeniem. Różnicę tę poznano dopiero w najnowszych czasach, gdy dzięki zastosowaniu przyrządów zapisujących poszczególne drgania oczu, t. zw. nystagmografów, możemy bliżej analizować i porównywać między sobą różne typy krzywych nystagmograficznych. Autor opisuje przyrząd Buys'a, który za pośrednictwem małej pelotki, przystawionej do gałki ocznej rejestruje na okopconym walec wirującym w postaci linii krzywej najlżejsze drgania badanego w ten sposób oka. Ogólnie dają się rozróżnić dwa typy drżenia oczu: drżenie wahadłowe, gdzie ramię wstępujące i ramię zstępujące poszczególnej fali drgania okazują prawie dokładną symetrię i drżenie skaczące (*nystagmus à ressort*), przy którym ramię wstępujące podnosi się nagle i stromo, ramię zaś zstępujące opada zwolna i łagodnie. Według badań Bielschowsky'ego zestawionych w najnowszym podręczniku Axenfelda *nystagmus* błędnikowy należy do tego ostatniego typu. Drżenie zaś wrodzone gałek a także nabyte, jak np. *nystagmus fossorum*, ma być z reguły typu wahadłowego (*n. oscillatorius*). Autor występuje przeciw temu ostatniemu typowi i wykazuje na całym szeregu zdjęć nystagmograficznych, że i w tych przypadkach, drżenie wykazuje bardzo często typ skaczący. W szczególności odnosi się to do drżenia gałek u górników. Te na pozór rozbieżne wyniki badań dają się pogodzić o tyle, że Benoit, Stassen, Sébilleau i inni wykazali zależność drżenia gałek ocznych u górników od zmian w labiryncie. Zaburzenia są następstwem szybkiej zmiany ciśnienia barometrycznego, wynoszącej 43—44 mm rtęci na dnie głębokich szybów, w głębokości przekraczającej 600 metrów. Przy szybkim spuszczeniu się lub wyjeżdżaniu windą, błona bębenkowa nie ma czasu przystosować się do tych zmian w ciśnieniu, które wywołują ostatecznie także zadrażnienie błędnika. Oprócz innych objawów tego zadrażnienia występuje często także typowy *nystagmus vestibularis*. Jako leczenie zalecają zazwyczaj w tych wypadkach uwolnienie robotnika od pracy w kopalni i zajęcie go jakąkolwiek pracą na powierzchni. Zdaniem autora, to nie wystarczy, potrzebny jest dłuższy zupełny wypoczynek.

### Śródbłonek czy przybłonek? (Endothéle ou épithéle?)

Van Duyse (Gandawa).

Autor usunął sposobem Krönleina nowotwór umieszczony w głębi oczodołu. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: mięsak pochodzenia prawdopodobnie śródbłonkowego. Badanie zaś histologiczne wyjątego guza skłoniło autora do określenia jako *chondro-myxoperithelioma*. W obecnym artykule omawia Van Duyse szczegó-

łowo technikę barwienia i wnioski, jakie z uzyskanych preparatów można wysnuć co do anatomicznego pochodzenia tego rodzaju pozagąłkowych nowotworów. Przytacza on zdania różnych autorów, z których jedni przypuszczają możliwość tylko śródbłonniaków (Lagrange) z wyjątkiem dermoidów, z natury swej pochodzenia przybłonkowego, inni zaś (Malassez) dowodzą istnienia przybłonniaków powstających w głębi oczodołu, podobnie jak powstawać też mogą wśród tkanki gruczołów ślinowych. Van Duyse skłania się do tego ostatniego zapatrywania i przypuszcza w wyżej wspomnianym przypadku również nie śródbłonkowe, lecz przybłonkowe pochodzenie tkanki nowotworowej.

**Przypadek szybkiego oślepięcia po silnym urazie oczodołowym.** (Un cas d'amaurose précoce de l'oeil gauche par trauma violent de l'orbite). Marbaix (Pournai).

Wskutek uderzenia końcem parasola w okolice powieki dolnej wystąpiła bezpośrednio zupełna utrata poczucia światła ze zniesieniem odruchu źrenicy, która oddziaływała tylko współczulnie. Dno oka, a w szczególności tarcz nerwu wzrokowego nie okazywała na razie żadnej zmiany. Już po czterech dniach zaczęła jednak tarcz błędnąć, a dnia dziesiątego zanik jej był zupełny. Badanie głębnikiem rany powieki dolnej wykazało, że nie sięgała ona głęboko. Sam krwotok pozagąłkowy, o którym świadczył mierny trzeszcz gałki w pierwszym dniu po wypadku, możeby przez ucisk nie zdołał do tego stopnia, przynajmniej w tak krótkim czasie, nerwu wzrokowego uszkodzić. Trzeba więc przypuścić poprostu zmiżdżenie tego nerwu przygniecionego chwilowo okutym końcem parasola do kostnej ściany oczodołu. Można by również myśleć o pęknięciu podstawy czaszki w okolicy *canalis opticus*, natomiast krwotok do pochewek nerwu wzrokowego, wobec braku wzrniokowych objawów zastoju, należy wykluczyć.

**Skazy ogólne a stożek rogówkowy.** (Etats dyscrasiques et kératocônes). M. Wibo (Bruksela).

O ile symptomatologia rogówki stożkowatej jest nam dobrze znana, o tyle nic prawie nie wiemy o właściwej przyczynie powstania tej zmiany. Znane doświadczenie Elschniga, który wywoływał u królików sztucznie *keratokonus* przez rozdarcie od wewnątrz błony Descemeta zapomocą zakrzywionej igielki, przemawia poniekąd za przypuszczeniem, że i u człowieka pierwotną zmianą jest jakieś uszkodzenie, a raczej samoistne schorzenie tej błony. Jeśli tak jest, to należałoby się zastanowić, co wywołuje to schorzenie i jakiego jest ono rodzaju, czy mamy tu do czynienia

z czysto miejscowym stanem zapalnym, czy może, jak przypuszcza Rampoldi, z pewnem upośledzeniem odżywienia głębokich warstw rogówki w związku z ogólnemi zaburzeniami przemiany materii. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiają dwa spostrzeżenia, które w powyższym arykule opisuje Wibo. W obu przypadkach miał on sposobność spostrzegać pierwsze zaczątki tworzenia się stożka rogówkowego u osób, z których jedna okazywała objawy przypominające chorobę Basedowa, a w każdym razie objawy wzmoczenia czynności gruczołu tarczycowego (hypertyreoidyzacya) u drugiej zaś wybitny obraz obrzęku śluzakowego, zwłaszcza na twarzy i kończynach świadczył o osłabieniu czynności tego gruczołu (hypotyreoidyzacya). W obu przypadkach udało się autorowi powstrzymać rozwój stożka rogówkowego, w pierwszym przez zastosowanie surowicy Moebiusa, w drugim przez podawanie tyreoidyny. Dodać trzeba, że tu i tam jedno oko okazywało wybitny i rozwinięty już zupełnie *keratokonus* i że na stan tych rogówek zupełnie już zmienionych leczenie ogólne nie wywarło żadnego wpływu. Chodziło tylko u obojga chorych o ocalenie rogówki drugiego oka, na którem stożkowałność zaczynała się wytwarzać. Autor nie twierdzi wcale, że wyłącznie tylko zaburzenia czynności gruczołu tarczycowego mogą powodować schorzenie błony Descemeta i sprowadzać w następstwie stożek rogówkowy, lecz, że w każdym przypadku *keratokonus* należy szukać przyczyny ogólnej i w razie istnienia jakiegokolwiek skazy ustrojowej, takową w leczeniu uwzględnić, a może nieraz nam się powiedzie rozwój stożka stłumić w samym zarodku. Za przyczyną ogólną przemawia i ta okoliczność, że w największej liczbie przypadków stożek rogówkowy występuje obustronnie.

**Utrata wzroku jednego oka, wskutek silnego utarcia nosa.** (Perte d'un oeil par un effort brusque fait pour se moucher). Tacke (Bruksela).

U młodego człowieka, ogólnie zupełnie zdrowego, który nie przebywał ani kiły, ani żadnej innej ogólnej choroby zakaźnej, wystąpiła bezpośrednio po silnem utarciu nosa zupełna ślepota prawego oka. Źrenica tego oka miernie rozszerzona, oddziaływa na światło tylko współczulnie. Badanie wziernikiem wykazuje małą plamkę krwotoczną na tarczy nerwu wzrokowego, a pozatem obraz, przypominający nieco embolię tętnicy środkowej siatkówki. Po przystawieniu pijawek na skroń i zastosowaniu środków przeczyszczających poczucie światła nazajutrz wróciło, a potem powoli, przy wewnętrznem używaniu jodu, podniósł się wzrok do  $\frac{1}{10}$ . Pole widzenia okazywało z góry obwodowe zwężenie, a w środku sco-

*toma absolutum*, które jednak z biegiem czasu znikło zupełnie. Autor przypuszcza, że w tym wypadku, pod wpływem nagle wzmożonego parcia pękła cienka jak papier ścianka kostna, która oddziela zatokę klinową od *canalis opticus*, w którym przebiega nerw wzrokowy. Stąd powstał krwotok kapilarny wśród włókien nerwu i zrazu przerwał zupełnie przewodnictwo wrażeń wzrokowych. W miarę postępującego wessania krwi znaczna część włókien nerwowych odzyskała zdolność czynnościową.

**Oczne przerzuty rzeżączkowe i próba leczenia ich surowicą przeciwgonokokową.** (*Métastases oculaires blennorrhagiques. Essai de traitement par le vaccin antigonococcique.*) Rubbrecht (Bruges).

W przypadku rzeżączki uogólnionej z zajęciem licznych stawów, gorączką, a nawet z objawami ogólnej septycemii, przyszło również do przerzutowego zapalenia spojówek. Po zupełnem ustąpieniu wydzieliny ropnej i innych objawów zapalnych ze strony spojówek, potworzyły się najpierw na jednym, potem na drugim oku liczne przybrzeżne, wieńcem ułożone nacieki w rogówce, bez owrzdodzenia. Gdy ze względu na groźny stan ogólny zastosowano podskórnie surowicę przeciwgonokokową, nacieki rogówkowe, które dotąd mnożyły się i powiększały, zaczęły szybko goić się i znikać. Po trzeciem zastrzyknięciu obie rogówki oczyściły się zupełnie. Na stan ogólny leczenie to wywarło również wpływ decydujący. Chory przestał gorączkować, a powikłania ze strony stawów ustąpiły w stosunkowo krótkim czasie.

**Deutsche med. Wochenschrift.** R. 1909. Nr 38, 39, 44, 45 i 46. R. 1910. Nr 1, 3, 4, 6, 7 i 9. (Ref. Dr W. Reis).

**O wrodzonym obustronnym braku gałek ocznych.** (Über kongenitalen doppelseitigen Anophthalmus). Durlacher.

Przypadek kazuistyczny wraz z omówieniem dotyczącego piśmiennictwa.

**O „ciałach jagliczych“.** (Ueber die »Trachomkörperchen«.) Heymann.

Na podstawie badania 119 przypadków rozmaitych postaci nieżytyłów spojówkowych (wśród których było 10 przypadków jaglicy świeżej, 20 jaglicy już leczonej, w okresie zbliznowacenia, a 8 przypadków śluzoropotoku wywołanego dwóinkami wiewiórowemi)

5. [

doszedł H. do następujących wniosków: Opisane przez Greeffa postaci podwójnych ziarenek, wolno leżących poza obrębem komórek, spotyka się bardzo często przy różnych nieżytach spojówkowych i nie posiadają one żadnej znamiennej cechy dla jaglicy. Ciałka zaś Pro wazka spotyka się daleko rzadziej, a z 9 przypadków, w których obecność ich stwierdzono, tylko pięć przypadków było świeżej jaglicy, a 4 przypadki śluzoropotoku noworodków. Między ciałkami jagliczemi, stwierdzonemi w obu tych postaciach nieżytów spojówek, nie można było odnaleźć żadnej różnicy, tak że wobec tego faktu nie można mówić o swoistości ciałek jagliczych dla sprawy chorobowej przy jaglicy.

**Przypadek zbiorowego sztucznego rozszerzenia źrenicy w jednej rodzinie.** (Ein Fall von gehäufter künstlicher Mydriasis in einer Familie). Asher.

**Patologia i leczenie zapalenia współczulnego.** (Die Pathologie und Therapie der sympathischen Ophthalmie). Horstmann. Wykład kliniczny.

**Serodyagnostyka kiły w okulistyce wraz z uwagami o stosunku gruźlicy do kiły przy chorobach ocznych.** (Die Serodiagnose der Syphilis in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Tuberkulose zur Syphilis bei Augenleiden).

Autor stosował próbę Wassermanna przy rozmaitych schorzeniach oka i doszedł do następujących wniosków:

1. W znacznej ilości przypadków wątpliwych oddaje serodyagnostyka znamienne usługi; nietylko dodatni lecz także ujemny wynik odczynu może czasami mieć swoje znaczenie.

2. Przy kile dziedzicznej jest odsetka dodatniego odczynu bardzo niską w tych przypadkach, w których nigdy lub też od dawnego czasu nie przyszło do ostrych objawów w przebiegu choroby.

3. Przy schorzeniach oka na tle dziedzicznej kiły może się rozwinąć gruźlica wewnętrznych części gałki ocznej.

4. W przypadkach, w których kiła i gruźlica stanowią równoczesne fazy cierpienia ocznego, jest wskazanem połączone leczenie obu chorób podstawowych.

**O stosunkach ilościowych przechodzenia niweczników do rogowki przy uodpornieniu biernem, przyczynek do seroterapii w okulistyce.** (Ueber die quantitativen Verhältnisse des Antikörper-Uebertritts in die Cornea bei der passiven Immunisierung, ein Beitrag zur Serumtherapie in der Augenheilkunde). Römer.

R. stara się w dalszym ciągu uzasadnić postępowanie lecznicze stosowane przez niego przy wrzodach pełzających rogowki.



Przedewszystkiem stwierdza R. doświadczalnie przy zastosowaniu toksyn i antytoksyn, że niweczniki zawarte w surowicy przedostają się do rogówki przy uodpornieniu ogólnem i że dla wywarcia leczniczego działania potrzebne są większe dawki surowicy. Ponadto wskazanem jest także leczenie miejscowe surowicami pneumokokowymi, bądź to w postaci proszku lub też jako wstrzykiwania podspojówkowe lub śródrogówkowe. Te ostatnie wykonuje się w ten sposób, że w pobliżu rąbka rogówkowego wkłada się poziomo cienką igłę w miąższ rogówki i wstrzykuje około 0,1 cm surowicy o odpowiedniem rozcieńczeniu. Rogówka pęcznieje, chwilowo zaćmiewa się, lecz po wessaniu wstrzykniętego płynu wraca do stanu prawidłowego.

**Ślepotą z zatrucia po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej.** (Toxische Erblindung nach Genuss von verfälschtem Kinderbalsam). Natanson.

Autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ślepoty po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej i omawia dane statystyczne z literatury.

Najliczniejszą statystykę zatruć po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej (*Spiritus aromaticus v. spiritus Melissaecompositus*) wykazują Stany Zjednoczone z Kanadą, drugie zaś miejsce w statystyce zajmuje Rosya. W obu tych państwach bardzo często napoje wysokokowe zafałszowane są znacznie tańszym wysokiem drzewnym, a w Rosyi używa się tego środka nie tylko do sporządzania leków zewnętrznych, lecz i do lekarstw, przeznaczonych do wewnętrznego użycia. Głównym szkodliwym czynnikiem w przypadkach zatrucia jest właśnie wyskok drzewny t. j. alkohol metylowy oraz aceton. W przeciągu 5-u lat opisano w rosyjskich czasopismach lekarskich 80 przypadków zatrucia, wśród tych zaś kilka spostrzeżeń zatrucia zbiorowego. Dawka trująca wynosi 8 gr, śmiertelna 30 gr — prawie 50% przypadków kończy się śmiertelnie. Objawy zatrucia dotyczą głównie przewodu pokarmowego, poczem występuje nagle utrata wzroku 2-go lub 4-go dnia. W następnych dniach może bystrość wzroku nieco się poprawić, poczem następuje drugi spadek bystrości wzroku i nieuleczalna już ślepotą wskutek następowego zaniku nerwu wzrokowego. Brak objawów zapalnych na dnie oka i zmian chorobowych w tarczy nerwu wzrokowego przemawia za istnieniem pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Leczenie w przypadkach zatrucia wyskokiem drzewnym jest bezskuteczne — jedynie zarządzenia sanitarnopolicyjne, ograniczające sprzedaż wysokoku metylowego mogłyby w tych krajach zmniejszyć wysoką liczbę zatruć.

**Rozpoznanie i leczenie jaskry.** (Die Diagnose und Therapie des Glaukoms). Heine.  
Wykład kliniczny.

**Rozpoznanie i leczenie jaskry.** (Diagnose und Behandlung des Glaukoms). Haab.  
Wykład kliniczny.

**Przypadek tętniącego wysadzenia oka.** (Ein Fall von pulsierendem Exophthalmus). Schaefer.

U 74-letniej kobiety wystąpiły nagle wymioty i bóle głowy, a w kilka dni potem wystąpiło opadnięcie powieki górnej i wysadzenie gałki ocznej. Spojówka gałkowa była obrzękła, ucisk śródoczny podwyższony. Siatkówka niedokrwiona, o żyłach nieco bardziej wypełnionych, tarcza nerwu wzrokowego biała. Zupełna ślepotą. Trzeszcz gałki coraz bardziej się wznagał, oczodoł wypełniony guzem wielkości jaja kurzego. Czuć wyraźne tętnienie w prawej gałce oraz szelest dmący po stronie skroni prawej. Podwiązanie *vena ophthalmica superior et inferior* z powodu znacznego krwotoku nie udało się. Bóle i szmery w głowie ciągle się utrzymywały i ustępowały tylko przy ucisnięciu wspólnej tętnicy szyjowej. Wysadzenie oka coraz bardziej się powiększało tak, że w końcu przystąpił autor do wyłuszczenia gałki ocznej i podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej. Zabieg ten chora zniosła dobrze i przez rok cały nie miała żadnych dolegliwości. Po tym czasie miała zachorować na grypę; lekarz stwierdził jednakże objawy krwotoku mózgowego po stronie prawej, który spowodował śmierć w przeciągu kilku dni.

**Niedomoga mięśniowa i jej leczenie.** (Die muskuläre Augenschwäche und ihre Behandlung). Heilmann.

Za przykładem angielskich i amerykańskich okulistów (Worth, Maddox) poczęto w ostatnich czasach baczniejszą zwracać uwagę na zachowanie się zbieżności i równowagi mięśniowej oczu. H. mógł się bardzo często przekonać, że liczne objawy chorobowe, jak: łzawienie, pieczenie, bóle w oczach i głowy, niemożność wykonywania pracy z bliska przez czas dłuższy, zależne są wprost od wspomnianych zaburzeń mięśni ocznych. Badania zbieżności wykonywał H. zapomocą oftalmodynamometru Landolta. Zasada tego przyrządu polega na tem, że w ciemnym pokoju zbliża się do oka punkt świecący tak długo, dopóki nie wystąpią obrazy zdwojone. Odległość tego punktu od oka stanowi punkt pobliża dla zbieżności. Punkt ten powinien się znajdować w  $\frac{1}{3}$  odległości,

która odpowiada danej pracy. Gdy ktoś czyta np. w 30 cm, to punkt pobliża dla zbieżności powinien wynosić 10 cm. Oprócz tego przyrządu posługiwał się H. badaniem zbieżności przez zakrywanie na przemian jednego oka i doświadczeniem Graefego za pomocą pryzmatów. Jako leczenie stosuje autor w przypadkach lżejszych pryzmaty (podstawą ku nosowi), w przypadkach bardziej upożytych przełożenie ku przodowi mięśnia wewnętrznego prostego.

**W sprawie leczenia chorób ocznych pochodzenia limfatyczno-żółzowego.** (Zur Behandlung der lymphatisch-skrofulösen Augenkrankheiten). Eisenstein.

W cierpieniach ocznych pochodzenia żółzowego oraz w jałgicy, występującej u osobników żółzowych, stosuje E. sproszkowany kwas borowy z wyłączeniem zupełnem kalomelu. Proszkiem tym posypuje E. odwinięte powieki i wykonuje następnie słabsze lub energiczniejsze mięsienie przez powieki na gałkę oczną. Przy wrzodach rogówkowych stosowane jest także znane leczenie miejscowe. Pozatem leczenie ogólne cierpienia podstawowego.

**W sprawie oceny arsacetyny (Ehrlich) i jej działania na nerw wzrokowy.** (Zur Beurteilung des Arsacetins (Ehrlich) und seiner Einwirkung auf den Sehnerven). Hammer.

Arsacetyna stosowana w zastępstwie atoksylu wydawała się przez jakiś czas mniej szkodliwą. Tymczasem autor przytacza jeden przypadek z literatury, a jeden przez siebie spostrzegany, w którym po stosowaniu wspomnianego środka nastąpiła zupełna utrata wzroku, najprawdopodobniej w następstwie pozagalkowego zapalenia nerwu wzrokowego.

**Olśnienie od słońca wskutek nowej dentystycznej metody leczenia.** (Sonnenblendung durch eine neue zahnärztliche Behandlungsmethode). Feilchenfeld.

Z powodu schorzałego nerwu w jednym z zębów siecznych poddał się chory działaniu środkowanego światła, które przez niebieską soczewkę skupiającą skierowane było na ząb. Ponieważ to naświetlanie miało trwać trzy godziny, przeto chory musiał stosownie do kierunku światła przyrząd regulować w ten sposób, że jednym okiem spoglądał przez lejek przyrządu i nastawił go na słońce. Zaraz wieczorem tego samego dnia wystąpiły znamienne objawy olśnienia, które znikły po kilkunastu dniach leczenia ciemnicą. Następnie przytacza autor jeszcze dwa przypadki olśnienia, spowodowane spostrzeżeniem balonu Zeppelina, przelatującego po nad Berlinem w jasny, słoneczny dzień.

O podobnem do adrenaliny działaniu surowicy krwi chorych na Beriberi na oko żaby. (Ueber adrenalinähnliche Wirkung des Blutserums von Beriberikranken auf das Frosehauge). Shimazono.

W 16-u przypadkach Beriberi ze wzmożoną czynnością serca i obrzękami na kończynach stwierdził S. w surowicy krwi i w płynie wysiękowym istnienie istot rozszerzających źrenicę na wyłuszczonej gałkach żabich. Rozszerzenie źrenicy występowało już po 5—25 minutach, a po trzech godzinach osiągało swe *maximum*. W jednym przypadku wystąpiło rozszerzenie źrenicy nawet przy użyciu surowicy.

Przyczynek do wiadomości o zmianach chorobowych w siatkówce przy gnilcu. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Netzhautveränderungen beim Skorbut). Kitamura.

Autor miał sposobność spostrzeżenia przypadku gnilca u 28-letniej kobiety, która na dzień przed śmiercią poczęła się skarżyć na mgliste widzenie. Gałki oczne po wyłuszczeniu poddano badaniu drobnowidowemu, które wykryło istnienie obrzęku siatkówki i licznych świeżych wybroczyn krwawych, umiejscowionych głównie na tylnym biegunie gałki. Zmian tych nie można uważać za swoiste dla siatkówki, podobnie jak w innych częściach ciała taksamo i w oku przyszło pod wpływem zadziałania toksyn do rozległych wybroczyn.

---

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1910. T. LXXIII. Z. 1.  
(Referent Dr T. Kleczkowski).

Serodyagnostyczne badania nad przymiotem i gruźlicą oka. (Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis und Tuberkulose des Auges). A. Leber — Berlin.

Na podstawie badań klinicznych, przeprowadzonych w klinice Prof. Michela w Berlinie, stwierdza autor, że odczyn Wassermann'a należy do bardzo ważnych sposobów badania służących do rozpoznania, czy dane schorzenie oka jest na tle luetycznym, czy nie. Odczyn dodatni przemawia z bezwzględną pewnością za zakażeniem ustroju, czy to dającym pewne objawy kliniczne poza okiem położone, czy też zakażeniem ukrytem. Procentowo w równej wysokości odczyn Wassermann'a był dodatni w przypadkach przymiotu nabytego czy też dziedzicznego. W pewnych przypadkach jest możliwym, że aczkolwiek próba W. wypadnie

dotadnio, to jednak dane schorzenie oka wystąpiło nie na tle ogólnego zakażenia. Wynika z tego, że mimo próby W. należy zawsze badać przyczynowo klinicznie, a również nie zapominać o sposobach mających za cel stwierdzenie, czy może dane schorzenie oka nie jest natury gruźliczej. Odezyn W. ujemny nie przemawia bezwzględnie przeciw zakażeniu, bo jak z przypadków autora widać, odezyn ten może być ujemnym w czasie wylegania się choroby, t. j. w czasie, gdy jeszcze się jady nie uogólniły, następnie w przypadkach wyczerpania ustroju, a więc w stanach, gdy organizm na jady w nim krążące, nie jest w możności odpowiadać wytwarzaniem charakterystycznych ciał odpornościowych, wreszcie w okresie utajenia po niedawno przebytem leczeniu i w przypadkach wyleczenia. Co do gruźlicy doszedł autor do przekonania, że w całym szeregu przypadków gruźlicy oka można w surowicy krwi wykazać obecność antituberkuliny. Taksamo jak w *lues*, tak też i tu próba ujemna nie dowodzi z całą pewnością braku gruźlicy, dla tego też i tu do badania tego należy dołączyć ściśle badanie kliniczne. Autor przytacza przypadki, w których próba tak na gruźlicę jak i na *lues* była dodatnią — w tych razach ostateczny wynik leczenia przechyla rozpoznanie w jedną, lub drugą stronę.

**Anatomia patologiczna oftalmoreakcyi.** (Die pathologische Anatomie der Ophthalmoreaktion). G. Stanculeanu i D. Michail — Bukareszt.

Zakroplenie uберкуliny wywołuje wzmożone wydzielanie komórek nabłonka spojówki. Wydzielanie to jest charakterystyczne, że działa przyciągająco na ciała białe wielojądrzaste, które wnikają w komórki nabłonkowe spojówki i tam częściowo ulegają rozpadowi. Pewna część ciałek tworzy charakterystyczną dla odezynu spojówkowego wydzielinę ciągnącą. Warstwy spojówki pod nabłonkiem położone oddziałują wzmożonem wydzielaniem wielkich komórek jednojądrzastych, już fizyologicznie się tutaj znajdujących. Wydzielanie to działa przyciągająco na lymfocyty i w mniejszej części na komórki tuczne.

**O zaburzeniach w przystosowaniu się do ciemności.** (Über Störungen der Dunkeladaptation). K. Stargardt — Strassburg.

Tak jak teoretycznie, tak również i klinicznie musi się odzielić od siebie z jednej strony badanie aparatu oka odczuwającego światło, od badania aparatu odczuwającego ciemność.

Do badania pierwszego używa się badania bystrości wzrokowej, pola widzenia, zdolności rozróżniania barw, ewentualnie rów-

niez progu pobudliwości i progu możności rozróżniania (tablice Segel'a, płyty Masson'a, Maxwell'a).

Do drugiego badania służą dwa sposoby:

Pierwszy, to badanie przebiegu adaptacyi oka i stwierdzenie jego największej wrażliwości po trzech kwadransach pobytu w ciemności zapomocą adaptometru Nagla lub Pipera; drugi, to badanie pola widzenia przy pomocy światel leżących poniżej progu pobudliwości dla oka przystosowanego do światła zapomocą perymetru, podanego przez autora (Dunkelperimeter).

Wiadomem jest, że przebieg adaptacyi jest tego rodzaju, że wrażliwość oka zwiększa się nieznacznie w pierwszych 10-u min., podnosi się wybitnie w następnych 20—25 min. nie zwiększając się potem, lub też bardzo nieznacznie, zupełnie. Regułę tę, podaną przez Pipera, można również, według Stargardta, przenieść na stany chorobowe oka. Ponieważ już fizyologicznie granice zwiększania się pobudliwości oka adaptowanego przez 45 min. są bardzo chwiejne i szerokie, określenie, czy adaptacya jest już chorobowa, czy nie, jest bardzo niepewne. Pewniejszego znaczenia nabiera badanie dopiero wtedy, gdy się porównuje oko chore z drugim okiem zdrowym.

Badania autora wykazały, że gdy łamliwość obu oczów jest równa, to i szerokość adaptacyi dla obu oczów jest jednakowa. Zaburzenia w adaptacyi spostrzegął autor w krótkowzroczności, niezborności mieszanej, nerwach rdzeniowych siatkówki w przypadkach starych krwotoków śródgąlkowych, *siderosis bulbi, retinit. albumin, pigment., chorioiditis, neuritis et atrophia n. opt., neur. retrobulb., glaucoma* i zaćmień ośrodków łamiących oka. Badanie adaptometrem ma tę wyższość nad dawnymi sposobami badania, że pozwala na wykrycie zaburzeń w adaptacyi już małego stopnia i że następnie szerokość jej można oznaczyć w liczbach, a przebieg jej rysunkiem w krzywych. Już adaptometrem można wykazać, że w stanach patologicznych zdolność adaptacyjna w różnych miejscach siatkówki jest rozmaita. Dokładniej się można o tem przekonać, badając perymetrem Stargardta. Perymetrem tym, wykazał autor, że część odczepionej siatkówki nie posiada zdolności adaptacyjnej. Przy *retin. pigment.* może być w poszczególnych miejscach siatkówki adaptacya zupełnie prawidłową, a mimo to są objawy kurzej ślepoty. Perymetrem autora można również wykazać po przebytej *neur. retrobulb. scotoma centrale*, które zwyčajnym perymetrem jest już niewykonalne.

**Blizsze doniesienia o stałem drenowaniu dróg łzowych odpływowych i o wytworzeniu się stałego połącze-**

nia worka łzowego z jamą nosową powyżej dolnej muszli. (Nähere Mitteilungen über die permanente Drainage der Tränenabfluswege und über die Bildung einer bleibenden Kommunikation des Tränenbeckens mit der Nase, oberhalb der unteren Concha). W. Koster — Leiden.

Okazało się, że wprowadzanie cienkich nitki jedwabiu przy sposobie stałego drenowania przewodu noso-łzowego podanego przez autora jeszcze w r. 1907 (Arch. f. Ophthalm. T. LXVII. str. 87) jest dla początkujących połączone z pewnemi trudnościami. Trudność tę usuwa autor przez wprowadzenie nitki jedwabnej, nasiąkniętej poprzednio gumą arabską do przewodu noso-łzowego wzdłuż sondy rowkowanej. Nitkę wprowadza autor tak długo, aż 10—15 cm jej przedostanie się do jamy nosowej, następnie przez silny wydech nosowy nitka z łatwością wydstaje się na zewnątrz. Stałe drenowanie okazało się tak dobrem, że w żadnym z przypadków autor nie potrzebował operacyjnie usuwać woreczka łzowego.

**O »chlamydozoach« albo »ciałkach jaglicowych« i innych charakterystycznych ciałkach w komórkach nabłonka.** (Über die »Chlamydozoen« oder »Trachom-Körperchen« und andere eigenartige Körperchen-Epithelzelleneinschlüsse). C. Pascheff — Zofia.

W 2-ym przyp. *conj. catarrhal. ac.* znalazł autor typowe ciałka v. Prowazka i Greeffa. Prócz nich spostrzegął autor w tych samych komórkach nabłonka ziarna różnej wielkości i twory przypominające prątki dorosłe. Ciała te barwiły się sposobem Giemsa na niebiesko, albo ciemnofioletowo. Doświadczenia z nimi przeprowadzono w celu przekonania się o ich jadowitości wypadły ujemnie. Na podstawie badania drobnowidowego spojówki pierwszy przypadek i z innego punktu widzenia jest ciekawy, bo jeżeli ciałka Greeffa są dowodem jaglicy, to jaglica może występować jako choroba spojówki, powodująca w niej rozległy naciek limfocytów bez wytwarzania się folikulów. W 3-m przyp. autora spojówka była zajęta przez charakterystyczne blizny po jaglicy, a badanie wykazało prócz ciałek Greeffa, również powyżej opisane twory autora. Podobne twory spotykał autor w *conj. eczematosa* i *conj. vernalis*.

**O fluorescencji soczewki.** (Über die Fluorescenz der Linse). F. Schanz i K. Stockhausen — Drezno.

W celu badania fluorescencji soczewki autorzy użyli sposobu Newtona, a mianowicie skrzyżowanych widm, przyczem światło fluorescyjne, odbite od mas soczewkowych przed pryzma-

tem ustawionych, zostaje widmowo rozłożone. Doświadczenia wykazały, że podczas fluorescencji soczewki przychodzi do przemiany światła krótkofalowego w długofaliste, przy której to przemianie biorą udział nie tylko promienie pozafioletkowe, lecz również promienie niebieskie i fioletowe. Główny udział biorą promienie pozafioletkowe, a przede wszystkim promienie 385  $\mu$ m długości.

**O włóknach elastycznych rogówki ludzkiej zabarwionych sposobem Helda.** (Über die elastischen Fasern der menschlichen Cornea dargestellt nach der Färbemethode von Helda).

Badania autora dowiodły, że barwienie sposobem Helda t. j. hematoksyliną molybdenową rogówkę ludzką można w niej wykazać gęstą synecyjalną sieć włókien elastycznych. Budowa jej histologiczna jest takasama, jaką dawniej opisali już Tartuferi (metodą impregnacyjną srebrem) i Lieto Vollaro (metodą Weigerta). Prócz tego stwierdził autor obecność warstwy włókien elastycznych poziomo przebiegających tuż ponad błoną Descemeta. Warstwę tę nazywa autor *lamina elastica corneae*. W rogówkach rozwiniętych spostrzegał autor niejednokrotnie bezpośrednią łączność komórek stałych rogówki z włóknami elastycznymi. Łączność ta była wybitniejsza w rogówce zarodka ludzkiego 4-miesięcznego.

**Klinische Monatsblätter f. Ak.** R. 1909. R. XLVII. grudzień i R. 1910. R. XLVIII. styczeń i luty. (Referent Dr Liebermann).

**O rozpoczynaniu się zaćmy w dolnej części soczewki.** (Über den Beginn des Alterstares in der unteren Linsenhälfte). Dr M. Handmann — Döbeln.

W przeważnej ilości przypadków zaćmy starszej pierwsze jej ślady występują w dolnej części soczewki, z wyjątkiem przypadków zaćmy wśród i około jądrowej.

Początki zaćmy w dolnych częściach soczewki tłumaczą się opadaniem wytworów patologicznych ku dołowi na podstawie działania siły ciężkości. Nadto szkodliwie działać mają i promienie świetlne, pod wpływem których dolna część soczewki cierpi więcej niż górna, osłonięta powieką. *Cataracta glaucomatosa i diabetica* tem się odznaczają, iż rozpoczynają się w któremkolwiek miejscu soczewki.



**O znaczeniu dyagnostycznym odczynu Wassermanna i tuberkuliny [AT] w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki.** (Ein Beitrag zur Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion und der diagnostischen Alt-tuberkulininjektion für die Erkenntnis der Aetiologie der Keratitis parenchymatosa). Dr R. Kümmel — Erlanga.

Reakeyi Wassermanna i tuberkulinowej nie można, zdaniem autora, przypisywać bezwzględnego znaczenia dyagnostycznego, gdyż nawet w przypadkach zapalenia miąższowego rogówki, napewno przez gruźlicę spowodowanych — reakeya Wassermanna wypadła dodatnio.

Na 11 przypadków, z których 7 było napewno *lues*, a trzy gruźlica, we wszystkich reakeya Wassermanna dała wynik dodatni, z drugiej jednakże strony u 9 z pośród tych w jednym na stu chorych i reakeya AT wypadła dodatnio.

**Pierścieniowate zmętnienie przedniej powierzchni soczewki powstałe skutkiem postrzału w skroń.** (Ringförmige Trübung der vorderen Linsenfläche nach Schussverletzung der Orbita). Dr L. Steiner — Surabaga na Jawie.

U chorego tego powstało skutkiem postrzału, niszczącego tkanki po za gałką oczną położone, pierścieniowate zmętnienie przedniej powierzchni soczewki, odpowiadające promieniem swoim średniej wielkości źrenicy. Zmętnienie to powstać musiało w ten sposób, iż wzmożone ciśnienie śródgałkowe, istniejące w chwili, gdy kula wniknęła do oczodołu, przyparło tęczówkę i soczewkę do tylnej ściany rogówki.

**Przyczynek do leczenia jaglicy.** (Beitrag zur Trachomtherapie). Dr Marczel Falta — Szeged.

W przypadkach, gdzie wszelkie inne zabiegi lecznicze zawodzą radzi autor wycinanie całej chrząstki powieki górnej.

**Kliniczne i doświadczalne badania nad działaniem czerwieni na schorzenia rogówkowe.** (Experimentelle und klinische Erfahrungen über die Wirkungsweise des Scharlachrot bei Hornhauterkrankungen). Dr Richard Gords — Lipsk.

Na czyste wrzody działa 4—10% masę z czerwieni, gojąca nabłonek, który bardzo szybko pokrywa ubytek w rogówce. Na zarazki barwik ten nie działa zupełnie.

**Doświadczenia z „ionoterapią“.** (Experimentelle und klinische Erfahrungen mit der Ionotherapie). Dr Erwin Zahn — Tybinga.

Jony jodu, chloru i cynku wprowadzone do rogówki działają antyseptycznie, jednakże równocześnie i zdrowy miąższ rogówkowy,

znaczonym ulega zmianom. Badanie drobnowidowe oka wyjętego wkrótce po elektryzacji, wykazuje zcieńczenie rogówki w miejscu działania prądu. Zcieńczenie to polega na utracie wody. Wprost przeciwnie zmiany widać na oku wyjętem w 24 godzin po elektryzacji. W miejscu zcieńczenia widać zgrubienie i rozpułchnienie tkanek. W miejscu zadziałania prądu wytwarza się blizna mętna, a zmętnienie ustępuje dopiero po dosyć długim czasie.

Mimo to wyniki leczenia, zwłaszcza w przypadkach wrzodu pełzającego były zadawalniające. Czas trwania elektryzacji wynosił przeciętnie  $2\frac{1}{2}$  — 4 minut, a natężenie prądu  $2\frac{1}{2}$  — 4 miliamp.

**Zanik nerwu wzrokowego skutkiem krwotoku zastoinowego.** (Schnervenatrophie nach »Stauungsblutungen« Beitrag zur Genese der pathologischen Excavation). Dr Hennig Rönne — Kopenhaga.

Robotnik, jadąc liftem, dostał się skutkiem własnej nieostrożności pomiędzy podłogę liftu a obramowanie drzwi i został tak mocno przyciśniętym poniżej klatki piersiowej, iż cała górna część ciała zesmiała i pokrytą była wybroczynami. Badanie dna ocznego na drugi dzień po wypadku daje wynik ujemny. Dopiero w kilka dni później widać na tarczy wzrokowej lewej małą wybroczynkę, która wkrótce znika. Powoli rozwija się jednakże obustronny zanik nerwu wzrokowego, a jego tarcz daje obraz zupełnie podobny do tego, jaki zazwyczaj widzimy przy jaskrze. Autor obraz ten na podstawie przebiegu choroby tłumaczy tem, iż krwotok mięszszowy do nerwu wzrokowego spowodował następowo jego zanik.

**Retinitis punctata albescens.** (Die sogenannte Retinitis punctata albescens), Doc. Dr H. Lauber — Wiedeń.

Cierpienie to znamionuje się drobnymi, białymi punkcikami rozsianymi po całym dnie ocznem i okazuje częstokroć cały szereg przejść do *retinitis pigmentosa*. Chorobę tę napotyka się zazwyczaj u ludzi pochodzących z małżeństw pomiędzy krewnymi. W lekkich stopniach choroby objawia się ona tylko zwężeniem pola widzenia przy osłabionem oświetleniu, w cięższych zaś przypadkach przyłączają się i inne zaburzenia wzrokowe. Rokowanie w takich przypadkach jest złe, gdyż choroba potęgując się zamienia się w *chorio-retinitis* i *atrophia flava n. optici*.

**Dwa przypadki gruźlicy tylnego odcinka ocznego we wczesnym wieku dziecięcym.** (Zwei Fälle von solitärer Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes im frühen Kindesalter). Dr A. N. Natanson II.

Opis dwu przypadków gruźlicy na dnie oka umiejscowionej. Dyagnoza kliniczna wahała się pomiędzy gruźlicą a *glioma*. Ba-

danie mikroskopowe wykazało gruźlicę. W jednym wypadku naciek przeszedł na nerw wzrokowy mimo, iż twardówka nie była nigdzie przebita.

**Zaćma wskutek uderzenia prądem elektrycznym.** (Katarakt bildung nach elektrischem Schlay). Komoto.

Wysoko napięty prąd może spowodować obok oparzeń wewnętrznych, także i zmiany w soczewce. Zmiany te usadowione są w zewnętrznych warstwach soczewki i to albo istnieje jedna plamka, lub też plamki rozsiane są po całej powierzchni. Zmiany te zazwyczaj rozszerzają się później na całą soczewkę. Na poprzecznym przekroju soczewki widać rozstępy pomiędzy włóknami mięszowemi. Zaćma niekoniecznie rozwija się bezpośrednio po doznanym urazie, lecz powstać może nawet po upływie całego szeregu miesięcy, chociażby prąd nie działał bezpośrednio na oko lecz w skroń, jak tego jeden przez autora opisany przypadek dowodzi. Najśłabszy prąd, jaki dotychczas wywołał zaćmę miał napięcie 500 wolt.

**Münchener med. Wochenschr.** R. 1910. Nr 7, 8, 9, 12 i 15. (Ref. Dr E. Rosenhauch).

**O wartości leczenia dioniną chorób ocznych.** (Ueber den Wert der Dioninbehandlung bei Augenerkrankungen). Adam.

Antor badał szczególnie zachwalane dwie własności dioniny: własność kojenia bólu i resorpcyjną. Dochodzi do wniosku, że działanie kojące ból jest wyraźne w powierzchownych zmianach rogówki jak np. podrapanie jej lub *herpes*, przy zapaleniu tkanki twardówkowej lub nadtwardówkowej. Przy jaskrze w każdym razie nie podnosi napięcia, raczej je obniża. Jako *resorbens* działa dobrze w przypadkach podspojówkowych krwawień na tle urazowym u młodych osobników. W krwawieniach na tle miażdżycy lub zapalenia nerek może doprowadzić do znaczniejszych krwi wylewów. Co się tyczy wpływu na płamy rogówkowe, to jest on, zdaniem A., nie większy od dawniej stosowanych środków (maść żółta, mięsienie).

**O zachowaniu się źrenic u noworodków i w pierwszym roku życia.** (Das Verhalten der Pupillen beim Neugeborenen und im ersten Lebensjahre). Gudden.

Znaną jest rzeczą, że źrenice człowieka we śnie są wąskie, a w chwili obudzenia się *ad maximum* się rozszerzają. Badanie

autora na dość znacznym materiale dziecięcym przekonały go wbrew zapatrywaniom Bartelsa, że u noworodka źrenice we śnie są o wiele mniej zwężone, niż u dorosłego. Miały one przeważnie 2,2—2,5 mm średnicy. Rozszerzenie źrenic podczas budzenia się postępuje bardzo powoli i z reguły nie przekracza 3—3,5 mm średnicy. W 6—7 miesiącu zwężenie dochodzi do 1,5 mm. Jednak rozszerzanie podczas budzenia się nawet z końcem pierwszego roku życia nie następuje tak szybko, jak u dorosłego.

**Partactwo lecznicze „rozpoznawanie chorób z tęczęwki“ przed forum naukowej krytyki.** (Die Kurpfuschermethode »Augendiagnose« vor dem Forum der wissenschaftlichen Kritik). Salzer.

Znaną jest metoda pastora Felkego o rozpoznawaniu chorób ogólnych na podstawie zmian w tęczęwce. Sądzi on, że:

1. Pewne pola tęczęwki odpowiadają pewnym narządom, z którymi pozostają w szczególnym związku.

2. Schorzenia tych narządów powodują występowanie charakterystycznych znaków na odpowiednich polach tęczęwki.

Dziwnem wydaje się, że sprawę tę traktowano seryo i trzeba było spostrzeżeń wielu autorów, ażeby metodę tę obalić. Garré, Köhne, Cossman, Napp, Müller, Helpup i cały szereg innych autorów dowiedli, że twierdzenia Felkego nie mają żadnych podstaw. Mimo to istnieją lekarze-fantasiści (Dr Schlegel, Dr Direks-Paderborn), którzy są zwolennikami tego »rozpoznawania z tęczęwki«.

**W sprawie techniki opatrunków ocznych i w małej chirurgii.** (Nenes zur Verbandtechnik am Auge und in der kleinen Chirurgie). Wolffberg.

Po operacyi zaćmy używa autor opatrunku pustego, składającego się z płatka gazy, który przylepia do skóry zapomocą kleju opatrunkowego, z dodatkiem 0,5% kwasu karbolowego. Do opatrunków pełnych używa spongidy (wata papierowa) pokrytej warstwą gazy, którą przylepia do skóry zapomocą plastra »klebro«. Plaster ten ma mieć tę wyższość nad leukoplastem, że silnie do skóry przylega, a mimo to z łatwością daje się usunąć. Autor używa nadto opatrunków papierowych t. zw. jedwabnego papieru pergaminowego, który napejony wodą, po wyschnięciu silnie do skóry przylega. Aby opaski gazowe do zwojowych opatrunków używane po założeniu nie przesuwają się, umacnia je przez smarowanie klejstrem opatrunkowym. Klejster ten jest nie drażniący i opaska pod jego wpływem nie traci na elastyczności. W arty-

kule swym podaje autor źródła, skąd wszystkie te przetwory sprowadzić można.

### **Glioma corporis callosi.** Hauenschild.

U 23-letniego zresztą zdrowego mężczyzny występowało zaciemnienie pola widzenia z razu 1—2 dziennie, potem co 10—15 min. Badanie ogólne nie wykazało żadnych zmian, odczyn Wassermann'a ujemny. Badanie oczu zewnętrzne wykazuje stosunki prawidłowe, napięcie normalne. Wziernikiem: tarcz zastoinowa (c + 3 D). Bystrość wzrokowa zrazu prawidłowa, z dniem każdym słabła, mimo jodu i leczenia napotnego. Badanie jamy nosa wykazuje stosunki prawidłowe. Roentgenogram okazuje prawą jamę Highmora zniekształconą. Operacya napotyka na stosunki prawidłowe. *Exitus.* Sekeya stwierdza guz *corporis callosi* i bocznej komory mózgowej prawej. Drobnowidem stwierdzono: *glioma*. Ciekawą jest w przypadku tym brak prawie wszelkich objawów z wyjątkiem tarczy zastoinowej, przy znacznym guzie (wielkości dłoni, 1—1.5 cm grubości).

### **Hydrargyrum jodatam pultiforme i Hydrargyrum bijodatam pultiforme w okulistyce.** Ammon.

Maść rzęciowa żółta zyskała szerokie zastosowanie w okulistyce dopiero wtedy, kiedy Pagenstecher zwrócił uwagę na to, że środek ten na drodze wilgotnej przyrządzany jest o wiele delikatniejszy i *eo ipso* mniej drażniący od dawniej używanych. Z tej zasady wychodząc A. przygotował podobnie na drodze wilgotnej *Hg. jod.* i *Hg. bijod.* Pierwsze stosuje w maści 1%, drugie 0.3—0.5%. Maście te mają być jeszcze delikatniejsze od maści Pagenstechera. Stosuje je w przypadkach wszelkich zapaleń t. zw. skroflicznych spojówki, rogówki i brzegu powiekowego. Nie należy równocześnie podawać jodu wewnątrznie<sup>\*)</sup>.

### **O uszkodzeniu oczu w celu uchylenia się od służby wojskowej.** (Ueber Verstümmelungen der Augen zum Zwecke der Militärdienstentziehung) Günter.

Autor opisuje dwa przypadki uszkodzenia oka u młodych mężczyzn, poddanych rosyjskich. Udali się oni do felczera, który zranił rogówkę jakimś ostrem narzędziem (w jednym przypadku odłamkiem szkła), poczem do rany wprowadził jakiś płyn drażniący, może nawet zakaźny. U obu wskutek tego przyszło w końcu do jaskry następowej, co spowodowało zupełną utratę bystrości wzrokowej dotkniętego oka. Autor opisuje tylko te dwa przypadki, lecz sami chorzy podają, że kilkunastu równocześnie zgłosiło się do

\*) ?

felczerów przed poborem. Można z tego wyobrazić sobie jak wiele podobnych manipulacji w Rosyi się odbywa, które nie prowadzą do tak zgubnych skutków, i dla tego do ogólnej wiadomości nie dochodzą. Zaznaczyć jeszcze warto, że za taką »przysługę« felczer liczy sobie około 700 koron.

**W sprawie leczenia zranień soczewki odłamkami żelaza.** (Zur Therapie der Eisensplitterverletzungen der Linse). Elsch n ig.

Autor spostrzegł kilka przypadków zranienia soczewki odłamkiem żelaza. Soczewki te zrazu przezroczyste, zachowywały przezroczystość tę przez pewien tylko czas, a jako ślad zranienia pozostawała tylko blizna w rogówce i przedniej torebce. Można było sideroskopem obecność żelaza wykazać. Po pewnym jednak czasie soczewki te zaćmiają się i powstaje zaćma. Dlatego zdecydował się raz E. do usunięcia ciała obcego z przezroczystej soczewki. Grotem Graefego naciął rogówkę i przednią torebkę soczewki w kierunku promienistym, a następnie wydobyl magne sem odłamek żelaza. Skutek był bardzo dobry. Soczewka nie uległa zaćmieniu, zaraz bowiem po wydobyciu ciała obcego zakropiono pilokarpinę, aby pokryć łęczówką ranę torebki. Nadto operował E. kilka zaćm po zranieniu soczewki żelazem, zaćmy te były miękkie mimo, że dwóch chorych miało już powyżej lat 30, i wszystkie operował cięciem grotem bez irydektomii.

---

**The Ophthalmic Review.** R. 1909. listopad i grudzień  
R. 1910. styczeń, luty i marzec. (Ref. Dr J. Matusewiczówna)

**Wyplukiwanie przedniej komory po operacji zaćmy.**  
(Irrigation of the anterior Chamber after Cataract Extraction). Bishop Harman.

Z wielkim uznaniem wyraża się autor o tym zabiegu stosowanym według metody M'Keown'a. »Niema słów, pisze, na opisanie przepięknej prostoty, z jaką łagodny strumień wody, wpuszczony do przedniej komory zabiera ze sobą resztki, zasłaniając źrenicę. Chwila i szara chmura resztek została usunięta, pozostawiając czystą czarną źrenicę«. Natomiast wyplukiwanie, poprzedzające cystotomią, wydaje się autorowi, szczególnie przy dojrzałej zaćmie niepotrzebną komplikacją.

Również i przyrząd M'Keown'a jest zdaniem autora zbyt złożony. Sam autor używa w tym celu 100 gramowej undyny,

krótko zakończonej, którą 6 cali długa rurka gumowa łączy z dzióbkiem płaskim od strzykawki Anel'a dawnego fasonu. Jako płynu używa fizyologicznego rozezynu soli \*).

**Reklinacya zaćmy.** (Reclination of Cataract). Somerlow-Clark — Indy.

Przypadek zaćmy, operowany przez indyjskiego „hakima“, a dowodzący, że wyniki nie są zawsze tak złe, jakby się należało spodziewać.

Autor miał sposobność widzieć chorego w dwa lata po operacyi. Bystrość wzrokowa wynosiła zarówno na tem oku jak i na drugim, operowanem zwykłą metodą przez europejskiego lekarza —  $\frac{6}{18}$ . Zwicniętą soczewkę można było widzieć z łatwością, leżała ona w dolnej części skroniowej, ograniczając odpowiednio pole widzenia.

**Śródoczne wstrzykiwanie i wypłukiwanie w leczeniu niedojrzałej zaćmy.** (Intraocular Injection and Irrigation in the Treatment of unripe Cataract). Marcus Killen — Belfast.

Jako asystent MKeown'a miał sposobność autor stosować jego metodę.

Zabieg składa się z 2 aktów. Pierwszy ma na celu zamienienie niejako niedojrzałej zaćmy na dojrzałą, drugi ułatwia usunięcie resztek.

Głównymi warunkami są: bezwzględna jałowość użytego rozezynu (fizyologiczny rozezyn soli kuchennej ciepłoty mniej więcej krwi), unikanie zbytniego ciśnienia, wreszcie wybór odpowiednich przypadków. Najodpowiedniejszymi są przypadki niedojrzałej zaćmy korowej, szczególnie tam, gdzie płytkość przedniej komory wskazuje na pęcznienie.

Najmniej wymagają tego zabiegu czysto jądrowe zaćmy burztynowe i brunatne odmiany, gdzie należy podejrzyc sklerozę kory. Przyrząd składa się z butelki florenckiej o płaskim dnie; przez szczelnie przylegający korek, najlepiej gumowy, przechodzą dwie rurki szklane, zgięte pod prostym kątem, jedna dłuższa dochodzi prawie do dna butelki, zewnętrzne zaś jej ramię łączy się zapomocą rurki gumowej z igłą wydrażoną, względnie z dzióbkiem; druga krótsza, ma na ramieniu poziomem rozszerzenie w postaci bańki, do której kładzie się nieco waty wyjałowionej jako sącdek dla powietrza, ramię to łączy się z balonikami do pompowania.

\*) Od przeszło ćwierć wieku przez nas do okulistyki wprowadzone i praktykowane z najlepszymi skutkami postępowanie.

Pierwsze stadium: po cięciu rogówkowem i irydektomii, przed cystotomią, wprowadza się igłę przez ranę i wkłwa się powierzchnie w torebkę. Jeżeli kora jest miękka, to igła przechodzi łatwo, płyn przenika przez torebkę — przezroczysta kora staje się mętną. Wkłwać należy igłę nawpół drogi między cięciem rogówkowem, a środkiem źrenicy, aby nie dostać się do brzegu soczewki lub do wiązadełka Zinn'a. Po cystotomii i uwolnieniu jądra zamiast igły nasadza się dzióbek, wyjmuje się rozwórkę z oka, rozsuwa się lekko powieki palcami i wprowadza się dzióbek w ranę. Lekkie mięsienie pomaga rozchodzeniu się płynu w gałce ocznej. Dłuższe wyplukiwanie znosi oko bez szkody.

Co się tyczy wyników, to są one naogół dobre. Ważną korzyścią jest możność wczesnego operowania i mniej częsta wlrna zaćma. Powikłania przy operacji i w przebiegu pooperacyjnym nie są częstsze niż przy innych sposobach operowania. Nie przemilcza autor jednak pewnego niebezpieczeństwa tej metody, jakkolwiek jest jej gorącym zwolennikiem.

Oto, zdarzają się przypadki, gdzie na razie wynik jest doskonały, po pewnym czasie jednak chory przybywa ze znacznie obniżoną bystrością wzrokową i badanie wykazuje zmętnienia w ciałku szklistem lub inne poważne zmiany. Być może, są one wywołane przez uszkodzenie ciałka szklanego w czasie operacji, jakkolwiek ogólny stan zdrowia, dotkniętych zaćmą, może też te zmiany objaśnić. Sumienne zbadanie i porównanie wyników różnych metod operacyjnych może dopiero te wątpliwości rozstrzygnąć. W każdym razie metodę wyplukiwania poleca autor tylko doświadczonym operatorom.

### **Rozpoznanie i mierzenie słabych stopni oczopląsu.**

(The Recognition and Measurement of low Degrees of Nystagmus).

E. Jackson — Denver-Colo.

Nie nadaje się do streszczenia.

### **Nowy prosty wziernik. (A new simple Ophthalmoscope).**

Priestley Smith — Birmingham.

### **Wrodzona zupełna ślepotą na barwy wraz z dzienną ślepotą. (Congenital total Colourblindness with day blindness).**

F. A. Jules — Londyn.

Troje rodzeństwa ze 7-miu dotknięte było tą wadą. Bystrość wzrokowa znacznie obniżona, oczopląs, światłowstręt. Dno oka nie przedstawia żadnych zmian. *Scotoma centrale*, spostrzeganego w podobnych przypadkach, nie udało się autorowi wykazać wobec



wczesnego wieku chorych. Reszta rodzeństwa, matka i ciotka mają wzrok i wrażliwość na barwy prawidłowe. Rodzice nie są między sobą spokrewnieni i w licznej ich rodzinie niema więcej podobnych wad wzroku.

Zdaniem autora teoria Grunerta — wrodzony brak czopków — tłumaczy wszystkie objawy, jak: niedowidzenie, *scotoma centrale*, ślepotę na barwy. Oko takie należy uważać, jako mniej więcej stale zaadaptowane na ciemność, zwężenie więc szpary powiekowej (światłowstręt) zdąży do zmniejszenia natężenia światła, a tem samem ułatwienia czynności pręcików. Określenie — dzienna ślepotą — oddaje zdaniem autora wiernie oślnienie, jakiego doznają chorzy, patrząc na jasno oświetlony przedmiot.

**Więstnik Oftalmologii.** R. 1910. Marzec i Kwiecień. (Ref. Dr M. Szafnicki).

**Przypadek promienicy woreczka łzowego.** Dr med. N. F. Tiuniancew.

U chorego mężczyzny l. 39, skarżącego się na wrzód w kąciku wewnętrznym oka prawego, znalazł autor obrzmienie wielkości dużego orzecha laskowego, okrągłe, nieściśle ograniczone, bez zmian ostrych zapalnych. Skóra nad wyniosłością barwy brązowej z odcieniem żółtawym. Łzawienie, zapalenie spojówek oka prawego. Przy ucisku na ten guzek ropa się nie wydobywa ani do worka spojówkowego, ani do nosa. Po nacięciu wypływa nieznaczna ilość cieczy przezroczystej, poczem w głębi widać masę białą, dość twardą, która się wypłukać nie daje. Wyjęta łyżeczką tępą przypomina kształtem soczewkę, na przekroju widać układ warstwowy. Ścianki woreczka pokryte granulacjami. Ropy nigdzie śladu. Pod mikroskopem przy barwieniu różnemi metodami widać wyraźnie grzybek promienicy. Wypadek ten jest ciekawy z tego względu, że sprawa rozwijała się w samym worku łzowym, gdy dotychczas w literaturze opisywano tylko promienięc kanalików łzowych.

**Przyczynek do kazuistyki samopowstających pęknięć rogówki z krwotokiem ekspulsywnym.** K. A. Judyn.

Autor przytacza 18 odnośnych przypadków z literatury, a następnie opisuje własny, dotyczący kobiety 70-letniej, która zgłosiła się z krwotokiem z oka prawego. Wywiady świadczyły, że tem okiem nie widzi od 6 lat, a w ostatnim roku nawet światła nie

rozpoznaje. Bólów w oku nigdy nie miała. Przed 3-ma dniami oko prawe i głowa po prawej stronie silnie zabolęła, a obecnie zgłasza się z powodu krwotoku, który powstał nagle bez powodu. Krwi wypłynęło około 250 cm<sup>3</sup>. *St. praesens*. Oko prawe zalane krwią. Silne nastrożenie spojówek powiek i gałki. Rogówka pęknięta w kierunku poziomym na przestrzeni prawie całego przekroju, z rany wydobywa się skrzep krwawy wielkości orzecha laskowego, prócz tego kroplami sączy się krew. L. o. rozpoczynająca się kataraktą, zrosty tylne. Dna nie widać. T. n. Wykonano *evisceratio bulbi*. Brzegi rogowki zupełnie gładkie, niema śladu owrzodzenia. Badanie mikroskopowe wykazało: silne rozszerzenie naczyń naczyniówki, na rogówce nabłonka miejscami zupełnie brak, nacieczenie drobnokomórkowe *membr. propriae* na całej przestrzeni, między jej włóknkami dużo ciałek czerwonych krwi. Błona Descemeta odlepiona i poukładana we fałdy. Wypadek ten zdaje się świadczyć o zupełnie samoistnie powstałym pęknięciu rogowki. Długotrwała ślepota pozwala przypuszczać obecność na tem oku absolutnej jaskry, pęknięcie zaś rogowki — jako skutek ostrego napadu tej choroby. Wobec tego jednak, że dotąd w literaturze nikt nie wspomina o samoistnym pęknięciu prawidłowej rogowki, wobec doświadczeń Houdarta, autor przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniej i w jego przypadku musiało być owrzodzenie, które, na oku z podniesionem wskutek jaskry ciśnieniem, spowodowało pęknięcie rogowki.

#### Przypadek wrodzonego zwichnięcia soczewki. A. G. Trubin.

Mężczyzna, l. 18, zgłosił się do autora ze skargą, że od urodzenia źle widzi. V. p. 0·02, c + 13 = 0·3. V. i. 0·03, c + 14 = 0·4. Zewnętrznie: *strabismus concomitans divergens* małego stopnia. Jeśli chorey, po zamknięciu drugiego oka, zastąpi wewnętrzną połowę oka, to bystrość wzroku podnosi się w każdym oku do 0·09. Pole widzenia pr. l. prawidłowe. Badanie przy bocznem oświetleniu i wziernikowanie wykazuje zwichnięcie soczewki w obu oczach ku wewnątrz. Ogólne badanie żadnych zmian w ustroju nie wykryło. Wykonano zabieg operacyjny celem usunięcia soczewek, ale bezskutecznie, gdyż soczewka za każdym razem zesuwiała się z pętli i zrostów prawdopodobnych, na których się trzymała, zerwać się nie udało. Po pewnym czasie soczewki zmętniały, a w źrenicy widać było białe pasemka naciągniętej *zonula Zinnii*. Następowo wykonano dyscezyę, lecz masy pęczniejącej soczewki b. mało uległy wessaniu. Po założeniu + 13 V prl. = 0·5.

**Przypadek monokularnej diplopii pochodzenia histerycznego.** Dr med. K. N. Kardo Sysojew.

Żołnierz, l. 21, przysłany do autora, z rozpoznaniem hysterii, z powodu podwójnego widzenia w oku lewym. Zewnętrznie oczy bez zmian, źrenica l. o nieco szersza i leniwiej oddziałuje na światło, oczy nieco zbaczają ku zewnątrz. 6°. V. p.  $\frac{20}{20}$ , lo.  $\frac{20}{60}$ , o. p. n. Pole widzenia u obu oczu zwężone do punktu fiksacyjnego. Rozpoznanie barw lewym okiem bardzo upośledzone (objawy hysterii: osłabienie całej lewej połowy ciała, obniżenie czucia wszelkiego rodzaju bez zmian anatomicznych i bez widocznego powodu). Przy patrzeniu oboma oczami dwojenia brak, tylko przedmioty mieniają się, dwojenie występuje przy zamykaniu oka prawego. Kąt rozchodzenia się obrazków zdwojonych 10°. Autor przypuszcza, że wobec tak znacznego zwężenia pola widzenia, dwojenie powstaje wskutek załamania się promieni na zaginającej się powierzchni siatkówki przy przejściu jej w *fovea centralis*.

**Retinitis pigmentosa w połączeniu z jaskrą.** Dr med. M. A. Isupow.

Chory, l. 38, dziedziczości wykazać nie można, chorób ogólnych nie przechodził, rodzeństwo i rodzice zdrowi na oczy. Mając trzy lata stracił nagle wzrok, poczem wzrok powoli się poprawiał, lecz zawsze wieczorami widział znacznie gorzej. Przed 6 laty dostał silnego bólu w oku prawem i głowy po prawej stronie; bóle te powtarzały się co trzy miesiące i przed rokiem na oko prawe całkiem zaniewidział. Przed 1½ rokiem podobny atak miał na oku lewym. Badanie oka prawego wykazało typowe zmiany dla jaskry, a przez tego dno usiane licznymi złogami barwika czarnego, pokrywającymi naczynia, lecz nie dochodzącymi do plamki żółtej i tarczy. V. p. O. L. o. zewnętrznie prawidłowe, źrenica dość duża, oddziałuje na światło, p. K. płytka, T. n. o. tarcz nieco wyłobiona, barwik również pokrywa cały obwód siatkówki. V.  $\frac{6}{200}$ . Autor, przytoczywszy różne zdania z literatury, ma to przekonanie, że między temi dwoma schorzeniami musi zachodzić jakiś dotąd bliżej nie dający się określić związek. Wypadek ten jest o tyle charakterystyczny, że dotychczas *retinitis pigmentosa* opisywano w połączeniu z *glauco simplex*, gdy tutaj występowały objawy *glauco acutum*.

**Przypadek błony szklistej w przedniej komorze.** N. A. Filippow.

Autor wywołał sprawę ropną w oku króliczem zapomocą wprowadzenia do przedniej komory hodowli gronkowca. Powstało

ropne zapalenie tęczówki z nacieczeniem ropnym i wrzodem rogówki. Po 6-ciu tygodniach oko było wyjęte, gdy zmiany zapalne przeszły, a powstało bielmo prawie całej rogówki zrośnięte z tęczówką przy zupełnym braku przedniej komory. Badaniem mikroskopowym stwierdzić było można tylko wąską szparę w dolnej części po za zbliznowaciałą rogówką, a cała przednia komora wypełniona tkanką łączną bliznowaciejącą o charakterze świeżej lub starej. W tej małej przestrzeni wypełnionej masą białkową, barwiącą się silnie coryną, widać cienki pasek bezpostaciowy, pokryty z obu stron śródbłonkiem. Na powierzchni tęczówki również taki pasek, tylko znacznie szerszy. Oba te paski niepostrzeżenie zaczynają się i giną w otaczającej tkance łącznej. Początkowo w tych paskach można odróżnić budowę włóknistą, komórki wrzecionowate. Te ostatnie, lecz w mniejszej ilości, spotkać można i w dalszej już zupełnie bezpostaciowej części tych pasków. Barwiąc preparaty różnemi metodami, autor przychodzi do wniosku, że paski te powstały z tkanki łącznej, która pod działaniem czynników dotąd nieznanych straciła całkiem swą budowę i stała się masą bezpostaciową. Autor jest tego samego zdania co i Ziegler, że zmiany te w tkance łącznej powoduje działanie otaczającego ją wysięku białkowego. Następnie autor opisuje obraz mikroskopowy drugiej gałki króliczej, na której działaniem tego samego czynnika wywołał również zmiany podobne do wyżej opisanych. Obraz mikroskopowy ten sam, tylko okres zmian nieco wcześniejszy: paski nie zatraciły całkiem swej budowy, a mają wyraźnie włóknisty charakter.

**Przypadek gruźlicy powiek leczony tuberkuliną.** Dr med. P. K. Fajnicki.

Uwzględnivszy bardzo szczegółowo odnośną literaturę autor opisuje przypadek spostrzegany w klinice Prof. Szymanowskiego, dotyczący dziewczyny 16-letniej, która od kilku lat cierpi na gruźlicę powiek oka lewego. Stosowano podskórnie starą tuberkulinę Kocha w przeciągu 6-ciu miesięcy, w odstępach 7-dniowych, w ilości (1:1000) jednego cm sześć., a jednocześnie wkraplano co kilka dni ten sam przetwór do oka chorego. Leczenie to nie wywołało najmniejszego skutku. Przyczynę tego autor przypuszcza w nieściśmem zwiększaniu ilości wstrzykiwanej tuberkuliny i w jednoczesnem wkraplaniu jej do oka.

**Ropień pod spojówką gałki.** A. P. Władyczewski.

Przypadek dotyczył mężczyzny 27-letniego, leczonego przez autora z powodu *iritis plastica*. Podczas leczenia zauważył autor

górną zewnątrz 3 mm od rąbka rogówkowego ograniczone przekrwienie spojówki, a pośrodku małą wyniosłość żółtawą, która w przeciągu 3 dni miała średnicę około 4 mm i kształt stożkowej. Po nacięciu wydobyło się nieco ropy, jednak po 2 dniach naciek znów powstał. Wtedy powtórnie nacięto, wyłóżczkowano i sprawa w kilka dni się zagoiła. Bakteryologiczne badanie wykazało gronkowca złotego i drożdże różowe (*Rosahefe*), którym autor przypisuje nieco przewlekłe trwanie tego ropnia. Przyczyny sprawy wy badać się nie udało.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### Belgijskie Towarzystwo oftalmologiczne.

[Referent K. W. Majewski].

Posiedzenie z dnia 25-go kwietnia 1909.

**Cusner (Bruksela). Przypadek wydobycia zaćmy powikłanej z oka dotkniętego zapaleniem współczulnym z dobrym wynikiem optycznym.**

Zajmującą stroną tego spostrzeżenia były przedewszystkiem wątpliwości, jakie podniesiono w dyskusyi co do słuszności rozpoznania zapalenia współczulnego. Chory doznał postrzału śrutem. Jedno ziarno przebiło rogówkę lewego oka tuż przy brzegu powodując wkleszczenie tęczęwki i przeszło następnie na wylot gałkę oczną w okolicy plamki żółtej, aby utkwic w tłuszczu oczodołowym w miejscu odpowiadającym zwojowi rzęskowemu. Odezyn zapalny był małego stopnia i trwał zaledwie 8 dni. Irydektomia wkrótce potem przez Cusnera wykonana zaledwie nieco poprawiła bystrość wzroku (palce 50 cm). W cztery lata potem wystąpiło zapalenie tęczęwki na oku drugim i doprowadziło do zarośnięcia źrenicy i do następnego zaćmienia soczewki. Ani jedno ani drugie oko nie okazywało bolesności samoistnej lub na dotyk. Chorego obserwowało w tym czasie kilku okulistów: Rogman, Cusner, Van der Straeten i Coppez i zdania ich co do dyagnozy były podzielone. Już wówczas był on przedstawiony w belgijskiem Towarzystwie oftalmologicznem. Następnie Cusner, wkrótce po ustąpieniu objawów zapalnych na oku prawem, wykonał ekstrakcję powikłanej zaćmy. Przebieg gojenia był pomyślny i krótki,

a wynik optyczny stosunkowo bardzo korzystny (w dal V  $\frac{1}{3}$  z bliska drobny druk przy odpowiedniej korekcyi). Cusner nie odstępuje od swego pierwotnego rozpoznania, uważając przebyte na lewem oku zapalenie tęczówki za następstwo współczulnego wpływu ze strony oka zranionego.

W dyskusyi Van der Straeten, Nuel, Coppez, Speleers występują przeciw temu twierdzeniu, uważając zapalenie tęczówki w tym wypadku za zwyczajną *iritis plastica*, z przyczyny coperwada nieznaney, ale nie na tle sympatyi. Powołują się oni na fakt, na który Panas pierwszy zwrócił uwagę, że rany zadane oku ziarnami śrutu zwłaszcza przesywające gałkę na wylot, prawie nigdy nie wzbudzają zapalenia współczulnego w drugim oku. Zapatrywanie to potwierdzają dotąd spostrzeżenia wielu innych autorów. Przeciw zapaleniu sympatycznemu przemawia dalej w tym przypadku brak bolesności rzęskowej tak na jednym, jak i na drugim oku (Coppez), a przedewszystkiem pomyślny wynik ekstrakcyi, która w razie gdyby sprawa była istotnie przyrody współczulnej, byłaby niewątpliwie wywołała zaostrenie przygasłej sprawy zapalnej i ponowne zarośnięcie źrenicy.

#### Van Lint. Przypadek przypuszczalnego nowotworu nerwu wzrokowego.

U 49-letniego stolarza stwierdza autor trzeszcz prawej gałki ocznej wynoszący 8 mm, mierzonych egzofthalmometrem Hertla, prawie zupełnie zniesienie poczucia światła, źrenicę szeroką, oddziałującą tylko współczulnie. Ruchomość gałki ku górze i ku dołowi prawidłowa, ku wewnątrz bardzo upośledzona, ku skroni zupełnie zniesiona. Tarcz nerwu wzrokowego błada, tętnice zwężone, żyły natomiast rozszerzone. Skóra twarzy po prawej stronie zniesiona w całym obrębie zaopatrzonym przez drugą gałąź nerwu trójdzielnego. Czucie rogówki utrzymane. Na podstawie objawów tych i dotychczasowego przebiegu cierpienia przypuszcza autor nowotwór wychodzący z nerwu wzrokowego, ale nie kilak, ponieważ próba Wassermann'a wypadła ujemnie. Autor zamierza wykonać operacyę sposobem Kröleina.

#### Bettremieux (Roubaix). Leczenie zeza polegające na operowaniu oka niezezującego.

Występując wbrew zdaniu tych operatorów, którzy uznają tylko antypozycyę za jedynie usprawiedliwiony i uzasadniony zabieg operacyjny w leczeniu zeza, przemawia autor w obronie tenotomii, którą radzi wykonywać odrazu na oku niezezującym. Przyznaje, że nie jest to myśl nowa, bo oddawna wykonywano już tenotomię na

drugiem oku, ilekroć operacya na oku zezującym dała wynik niedostateczny. Idzie mu tylko o to, aby rozpoczynać leczenie od oka niezezującego, wykonując w razie zezu zbieżnego ostrożną tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego, w razie zaś zezu rozbieżnego wydatną tenotomię mięśnia odwodzącego. Wychodząc z założenia, że wszelki zez towarzyszący polega na zaburzeniu nerwowego mechanizmu konwergencyi, nie obawia się, żeby tenotomia taka mogła wywołać upośledzenie ruchomości, lub zmianę ustawienia oka operowanego. Ustawia się ono nadal prawidłowo, ale tylko dzięki temu, że równocześnie zboczenie drugiego, zezującego oka znacznie się zmniejsza lub nawet zupełnie znika. Autor od szeregu lat operuje w ten sposób i jest zadowolony ze swych wyników. Zazwyczaj rozpoczyna leczenie od środków optycznych, jak ćwiczenia stereoskopowe, noszenie odpowiednich szkieł, prowadzi je przez przeciąg pół roku, a gdy zez nie ustępuje, nie czekając dłużej, przystępuje do operacyi. Częstość zatem operuje dzieci poniżej 10 roku życia.

*Dyskusya:*

Van der Straeten występuje przeciwko wywodom prelegenta i krytykuje zalecaną przez niego metodę. Przedewszystkiem sprzeciwia się operowaniu oka niezezującego, ponieważ rzadko kiedy uda nam się uzyskać na to przyzwolenie chorego. Nie widzi zaś żadnej szczególnej korzyści w tem postępowaniu. Następnie uważa za niewłaściwe operowanie zezu zwłaszcza zbieżnego przed 10 rokiem życia, gdyż wiadomo, że odpowiednie szkła, oraz ćwiczenia stereoskopowe i monokularne, przeprowadzane nie przez miesiące, lecz przez lata całe, mogą zupełnie usunąć zez, przywrócić widzenie oboczne i uczynić wszelki zabieg operacyjny zbytecznym. Z drugiej strony we wielu przypadkach zez ustępuje bez żadnego leczenia. W tych razach przedwczesna tenotomia spowodziłaby niechybnie następowy zez rozbieżny.

Coppez zapytuje, co właściwie rozumie Bettremieux przez tenotomię wykonaną w sposób umiarkowany. Tenotomia, zdaniem jego, jest zawsze jednaka, ściętno musi być przecięte w całości, bo jeśli się jedno włókienko pozostawi nieprzecięte, wtedy skutku nie ma żadnego i całe ściętno przyrasta w tem samym miejscu. Ze swej strony dodaje uwagę, że zapadnięciu się mięska łzowego łatwo zapobiedz, jeśli się przecina spojówkę tuż przy rąbku rogówkowym, a następnie po przecięciu ściętna zakłada szwy poziome.

Bettremieux odpowiada, że przez umiarkowaną tenotomię rozumie taką operacyę, przy której prócz samego ściętna nie więcej się nie przecina. Nie należy przecinać bocznych wypustek

ścięgną, ani powięzi, która się z tem ścięgnem łączy. Tak ostrożnie wykonana tenotomia nie ograniczy ruchomości oka nieczeszującego, a zmniejszy nieraz znakomicie kął zezą oka drugiego.

Gauthier na podstawie własnego doświadczenia oświadcza się za sposobem operowania zalecanym przez prelegenta.

### Ridder (Bruksela). Zniepełnienie umysłu (dementia) i tarcz zastoinowa w przebiegu nowotworów mózgu.

Przez wyraz *dementia* określa prelegent nie jakąś odrębną chorobę umysłową, lecz stan umysłu, mający tylko znaczenie objawu. Stan ten polega na przyłączeniu wszystkich władz umysłowych i moralnych i stanowi, jak wiadomo, główny rys wielu chorób różnego pochodzenia: i tak spotykamy się z nim w przypadkach ognisk rozmiękczeniowych, albo też krwotocznych w mózgu, w przypadkach padaczki, histeryi, niewądu starczego, różnych przewlekłych zatruc, zwłaszcza przy zatruciu alkoholowem, w porażeniu postępowem, a wreszcie w przypadkach nowotworów w mózgu. Te ostatnie dają przeważnie dość ściśle określony zbiór objawów, zależnych przedewszystkiem od zwiększenia ucisku wśródczaszkowego. Są to w pierwszym rzędzie bóle głowy, nudności, wymioty, zwolnienie tętna i tarcz zastoinowa. W dalszym rzędzie przyłączają się objawy ogniskowe, zależne od zniszczenia przez nowotwór pewnych ośrodków lub dróg nerwowych. Do tej kategorii objawów zalicza prelegent także i wzrastające niepełnienie umysłu. Cza-em występuje ono do tego stopnia na plan pierwszy, że sądzić można, iż się ma do czynienia z jedną z chorób umysłowych. Nieraz dopiero stwierdzenie zapomocą wziernika tarczy zastoinowej naprowadza nas na myśl, że może zachodzić nowotwór wśródczaszkowy. Tak się stało w dwóch przypadkach spostrzeganych przez prelegenta. Wynika z tego, że w przypadkach demencyi, której nie towarzyszą żadne wyraźne objawy wzmożenia ucisku wśródczaszkowego, nie należy nigdy zaniedbać zbadania dna oczu. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, a po części i oględzin pośmiertnych Gallemacrtsa, Dureta, Gianellego, Neumayera i własnych twierdzi Ridder, że demencya towarzysząca nowotworom mózgowym ma ważne znaczenie rozpoznawcze dla określenia umiejscowienia guza. Występuje ona najczęściej w przypadkach nowotworów usadowionych w białej istocie płatu czołowego lub skroniowego, lub w przedniej części spoidła wielkiego. W miejscach tych krzyżuje się niezmierna ilość włókien nerwowych asocjacyjnych, przebiegających bądźto z półkuli jednej do drugiej, bądź łączących ze sobą różne ośrodki tej samej półkuli. Przerwanie i zniszczenie tych połączeń asocjacyjnych sprowadza rychło głę-



bokie zaburzenia władz umysłowych. Odnosi się to w najwyższym stopniu do płatów czołowych, które, jak to już dziś po nad wszelką wątpliwość wykazano, są głównem siedliskiem inteligencyi, pamięci, uświadamiania wrażeń i kojarzenia wyobrażeń. Nowotworom rozwijającym się w tych okolicach towarzyszy, częściej może niż innym, łarecz zastoinowa, wiadomo jednak, że niema ona sama przez się żadnego znaczenia rozpoznawczego dla określenia lokalizacyi nowotworu.

#### Van Schevensteen (Antwerpia). **Przypadek wpadnięcia gałki ocznej na tle urazu.**

Autor opisuje przypadek robotnika portowego, któremu spadła na głowę deska z wysokości około 5 metrów. Stracił przytomność i dostał silnego krwotoku nosowego. W kilka dni po tym wypadku badanie wykazywało jeszcze silny obrzęk w okolicy rany łuczzonej nad prawym łukiem brwiowym i mimo silnego obrzęku powiek, łatwo dający się zauważyć *enophthalmus*, który mierzony przyrządem Hertla wynosił 4 mm. Ruchomość oka we wszystkich kierunkach prawie zniesiona i w następstwie tego podwójne widzenie. Miernie współśrodkowe zwężenie pola widzenia, przy prawidłowej bystrości wzroku i niezmienionej akomodacyi. Nadto stwierdzono uposłedzenie czucia w zakresie prawego nerwu nadoczodołowego. Badanie radiograficzne wykazało z wielkiem prawdopodobieństwem złamanie podstawy czaszki w okolicy prawego skrzydła kości klinowej. Nawiązując do tego spostrzeżenia omawia autor obszernie liczne teorye z mechanizmu powstania *enophthalmus* w swoim przypadku za najprawdopodobniejszą przyczynę wpadnięcia gałki ocznej uważa powiększenie jamy oczodołowej wskutek złamania kości.

#### Vanden Bergh (Bruksela). **Kontrola okulistyczna w szkołach miasta Anderlecht.**

Prelegent przedstawia w dłuższym wywodzie szczegóły wzorowej pod każdym względem organizacyi okulistycznej inspekyi zaprowadzonej w szkołach belgijskiego miasta Anderlecht.

#### De Waele (Gandawa). **Asthenopia nervosa wywołana światłem elektrycznem. Zapobiegawcza wartość żółtych szkielek ochronnych.**

Wobec coraz większego rozpowszechnienia oświetlenia elektrycznego, mianowicie łukowych lamp elektrycznych we fabrykach, na ulicach i placach, w wielkich salach restauracyjnych, a nawet w niektórych publicznych zakładach naukowych, coraz częściej

zdarzają się przypadki zaburzeń wzrokowych, wywołanych ośnieniem przez rażące światło tych lamp. Objawy tej astenopii są dobrze znane: bóle w gałkach ocznych, niewydołność wzroku przy pracy z blizka, chwilowe mroczki, a nawet erytropsya. Prelegent zdaje sprawę z 6 podobnych spostrzeżeń własnych, które wybrał z pośród znacznie większej liczby przypadków takiejże astenopii, ponieważ w tych 6 przypadkach, badanie przedmiotowe wykazywało prawidłowe stosunki refrakcyi i akomodacyi oraz prawidłową równowagę mięśni ocznych i wogóle nie wykazywało nic poza ośnieniem światłem lamp elektrycznych, do czego możnaby było odnieść podmiotowe dolegliwości chorych. Ponieważ nie wszyscy ludzie, którzy narażają się na rażący blask lamp elektrycznych, podpadają tym zaburzeniom, należy przypuścić, że ulegają im tylko ci, których układ nerwowy odznacza się większą wrażliwością odziedziczoną po przodkach lub nabytą przez chorobę. Badania Schanz'a i Stockhausena wykazały, że widmo światła lamp łukowych okazuje poza krańcem widzialnych jeszcze promieni fioletowych, ogromną część krótkofalowych promieni niewidzialnych, silnie działających na płytę fotograficzną. Lampa Nernsta daje również rozległe widmo pozafioletowe sięgające daleko poza granicę tych promieni, które jeszcze chłonie i zatrzymuje zwyczajne szkło bezbarwne. W każdym razie i takie szkło stanowi już dla oczu pewną ochronę przed niewątpliwie zgubnym działaniem promieni ultrafioletowych, ponieważ chłonie wszystkie promienie, których długość fali nie przekracza 300  $\mu$ . Szkło matowe mleczne jest pod tym względem korzystniejsze, najkorzystniejszym zaś jest żółte szkło zwane *Euphos* i z niego powinny być wyrabiane klosze do lamp łukowych.

Światło lamp łukowych jest wprawdzie nie pod względem natężenia, ale pod względem jakości o wiele zgubniejsze od bezpośredniego światła słońca, a szkodliwy jego wpływ objawia się tem częściej z tego właśnie powodu, że gdy oczy nasze mimowiednie unikają spojrzenia w słońce, obawiając się jego nadmiernego blasku, to przeciwnie z bezpośrednim światłem nieprzeliczonych lamp łukowych zwłaszcza w wielkich miastach spotykają się na każdym kroku. Prelegent przedstawia w końcu następujące postulaty:

1) Lampy łukowe powinny być zawsze opatrzone kloszami ze szkła, chłonnącego możliwie najwięcej promieni pozafioletowych.

2) Gdzie to tylko możliwe, powinny być one rozmieszczone w ten sposób, żeby światło ich nie dostawało się bezpośrednio do oka, lecz dopiero po odbiciu od powierzchni białej, o której wiadomo, że zatrzymuje w sobie część promieni szkodliwych.

3) Jeżeli warunki te spełnione być nie mogą, w takim razie

osoby skłonne do zaburzeń wzrokowych, o których mowa, powinny używać żółtych szkieł ochronnych.

Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie  
w lipcu 1910 r.

W ostatnim czasie zgłosili:

Doc. Dr Lewicki z Odessy referat: Torebka Tenona, jej anatomia i patologia.

Dr Żurkowski z Humania: Ile mamy sposobów wyrównania As. mp.-hp. i jakie.

Z Dr Fukalą z Wiednia, dotychczas 3-ch zamiejscowych prelegentów! Za mało materiału na uczył naukową pierwszego zjazdu towarzystwa okulistów polskich.

Widocznie pora nie wygodna dla praktyków. Z wielu zaś stron objawiono życzenie, aby zjazd okulistyczny połączyć z najbliższym zjazdem lekarzy i przyrodników polskich. To też skłaniając się do tego życzenia zwłaszcza wobec małego udziału, jaki dotychczas zgłoszono, jesteśmy zniwoleni **zapowiedziany już pierwszy kongres towarzystwa okulistów polskich odroczyć do czasu zjazdu lekarzy i przyrodników polskich**, jaki odbędzie się w Krakowie w roku przyszłym w lipcu.

Prosimy jednak usilnie czeigodnych Kolegów, aby zechcieli wczesniej zgłaszać i wolne odczyty i demonstracye, a zwłaszcza referaty, którebyśmy mogli drukiem ogłosić i uczestnikom zjazdu przyszłego rozesłać, a nastąpi to, jeżeli rękopisy będą nam dostarczone do końca roku bieżącego.

Komitet przygotowa wezy:

*R. dw. Prof. Wicherkiewicz,*  
przewodniczący.

*Prof. K. W. Majewski,*  
sekretarz.

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

- Dr Ballaban, 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 Kleczkowieki, 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  
Milwaukee.  
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.  
Prof. Dr Szulistawski, czasopisma higieniczne, Vierteljahrsschrift für ger.  
Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.  
Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie  
odnośnych czasopism. *Redakcyja.*

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

## 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 szczegóło-<br>wych       | 6. Sprawozdania                      |
| 3. Przegląd krytyczny                     | 7. Przegląd czasopism                |
| 4. Przegląd systematów współ-<br>czesnych | 8. Wiadomości bieżące i no-<br>tutki |
|   | 9. Bibliografię                      |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**  
Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

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

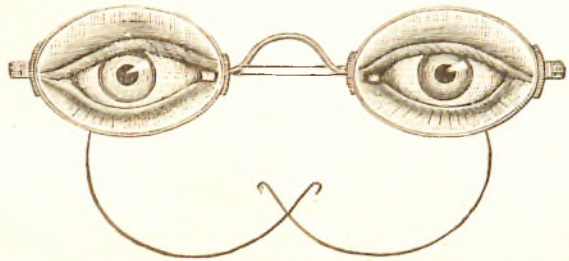
# K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

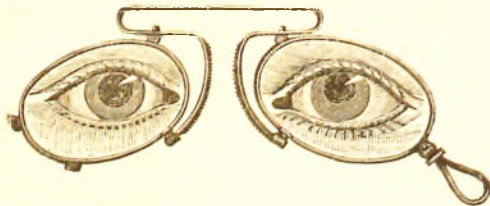
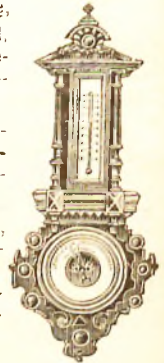
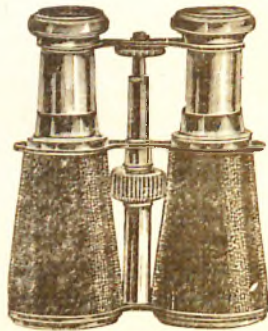
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę, szlifiernię szkieł optycznych, urządzoną podług systemu metrycznego z popędem motorowym.

Jako specjalność szlifuje wszelkie **soczewki kombinowane** z szkła białego, dymnego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn, obficie zaopatrzony we wszelkiego rodzaju wyroby optyczne, aparaty elektryczne lekarskie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁĘBANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA, DRA SIĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOLESZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DĘBYLA W PRADZE.

Czerwiec.

—→ ROCZNIK DWUNASTY. ←—

1910.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Autoblefaroplastyka wykonana własnym sposobem.

Opisał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Gdy część powieki zniszczonej, czy to przebyłą jaką sprawą zapalną, urazem, czy to wskutek usunięcia narośli przychodzi nam zastąpić, by oko uchronić przed niedomykalnością i jej skutkami, posługujemy się najrozmaitszymi sposobami, które mniej lub więcej cel zamierzony osiągnąć pozwalają.

Trudniejsza sprawa, gdy dla narośli przychodzi nam usunąć całą powiekę z wszystkimi jej częściami.

W r. 1891 podałem w »Monatsblaetter f. pr. Augenheilkunde« \*) sposób operacyjny zastosowany przeze mnie u chorej, której z powodu raka, zajmującego całą górną powiekę, zniewolony byłem odciętą powiekę zastąpić częścią dolnej po-

\*) Ueber eine neue blepharoplastische Methode zur Deckung des Substanzverlustes nach Entfernung einer das ganze Lid einnehmenden Geschwulst 1891 p. 20 i nast.

wieki w całej grubości wyciętej w postaci trójkąta. Metoda ta operacyjna przedstawioną była przed publikacją w sekcji okulistycznej X. kongresu międzynarod. lek. w Berlinie. (Porównaj także Czermaka: *die Augenaerztlichen Operationen* p. 250).

Nie często przypadki stosowne do powtórzenia tego sposobu operacyjnego nadarzają się, dla tego nie wiem, czy metoda moja znalazła zwolenników.

Przed laty byłem właśnie w położeniu wypróbowania po raz drugi tego pomysłu operacyjnego i to znowu z powodu raka powieki, ale tym razem nie górnej, lecz dolnej powieki, a zastosowawszy metodę tę, *mutatis mutandis*, najzupełniejszy osiągnąłem skutek.

Niechaj opis przypadku przemawia za wartością zabiegu.

Maryanna Pyszek, lat 28, z Król. Polsk., przybyła dnia 25. II. 1900 r. z powodu narośli, zajmującej całą dolną powiekę. Przed dwoma laty zrobiła się w kąciku wewnętrznym krostka, która coraz więcej rosła. Dotychczas nie przeciw temu nie przedsięwzięto.

Badanie wykazało, co następuje:

Prawe oko: górna powieka prawidłowa; dolną powiekę zajmuje prawie całą, z wyjątkiem małego paska, przy kąciku zewnętrznym guz, o nierównej powierzchni, łatwo krwawiący, pokryty strupem, a sięgający coraz węższy i prawie do dolnego brzegu oczodołu. Narośl płaska, zniszczywszy brzeg powieki, przechodzi na spojówkę i sięga prawie do załamka (*Epithelioma*).

Gruczoły podszczękowe i przyuszne nie są wybitnie powiększone.

Dn. 7. III. w uśpieniu chloroformem operacja w następujący sposób wykonaną została.

Od obu kącików powieki poprowadziłem zbieżne cięcia skalpelem przez skórę powieki ku dołowi, tak, że one, przecinając się poniżej narośli zupełnie ją określiły. Od dołu rozpoczynając, odciałem narośl nożyczkami, trzymając się prawie wszędzie tkanki zdrowej, wskutek czego, nie tylko otaczająca narośl skóra, ale także i chrząstka i spojówka, jako naroślą przerośnięte lub

podejrzane, musiały usunięciu ulegz. Powstał teraz ubytek, obejmujący szerokością swą całą powiekę, a sięgający ku dołowi kilka mm poniżej dolnego brzegu oczodołowego. Po uśmierzeniu bardzo silnego krwotoku z *angularis interna*, zeszyłem od dołu brzegi rany na wysokość 1 cm, co bez napięcia skóry dało się skutecznie. Powstały teraz brak powiekowy zastąpiłem płatem mostowym wyciętym z całej grubości górnej powieki. W tym celu poprowadziłem na płycie Jaegerowskiej 2 mm ponad środkiem brzegu wolnego górnej powieki dwa cięcia rozbieżne przez całą grubość powieki ku górze prawie aż do brzegu górnego oczodołu i to tak rozbieżne, że odległość ich końcy równała się mniej więcej szerokości brzegu powiekowego. Od górnych tych cięć poprowadziłem ku nosowi wzgl. ku skroni cięcia poziome około 8—10 mm długie. Płat trójkątny haczykiem ostrym poleciłem asystentowi odciągać ku górze, sam zaś rany powiekowe kilku głębokimi szwami spoilem, poczem po nad powieką górną ściągnąłem płat ku dołowi i wszyłem w ubytek dolnej powieki zapomocą 12 szwów.

Po dokonaniu operacyi, założono zwykłą opaskę, którą po raz pierwszy zmieniono dn. 10. III. Pokazało się, że szwy, przytrzymujące płat mostowy górnej powieki, należycie spełniają zadanie. Przecięto płat u podstawy pod górnym brzegiem oczodołowym i założono świeżą opaskę.

12. III. Cały płat, tworzący powiekę dolną, ma wygląd jednostajnie sino-czerwony. Wyjęcie nitek. Mierna wydzielina. Oplukanie, posypanie kseroformem i założenie opaski.

14. III. Płat nieco się skurczył, wydzielina jeszcze obfita, spojówka przemieszczonego płata miejscami bledsza. Cucie w płacie transplantowanym dobrze zachowane. Wyjęto szwy z rany górnej powieki i świeżą założono opaskę.

W kilka dni później mogła chora opuścić klinikę z zupełną domykalnością powiek, a bardzo nieznacznem zeszpecceniem, spowodowanem bliznami.

Dn. 27. III. Przedstawiła się chora, stosownie do polecenia, przyczem mogłem stwierdzić, co następuje:

Górna powieka nieco wydłużona w połowie nosowej.



U dolnej powieki, pozbawionej oczywiście rzęs, brzeg wolny, gładki, nieco wyciągnięty. Blizna w okolicy spojenia zewnętrznego pokryta strupem, po którego zdjęciu zdrowe granulacje. Płat zapożyczony z górnej powieki znaczy się lekkim wystaniem ponad powierzchnię otoczenia swego.

Chora w ciągu roku pokazywała się ponownie, przyczem mogliśmy stwierdzić, iż płat stawał się bielszym, ale też więcej może wyciągniętym, zawsze jednak zupełnie dozwalał powiece czynność spełniać, tak, że nie było, ni braku pokrycia gałki, ni odwinięcia powieki. Spojówka miała oczywiście tylko płytkie w dolnej powiece sklepienie.

---

Sądzimy, że przypadek ten wykazał bardzo dobitnie korzyść metody operacyjnej, dla której upatrujemy wskazanie wtenczas, gdy powieka we wszystkich swych składowych częściach okaże się zniszczoną.

---

## II. STRESZCZENIA.

**Aerztliche Sachverständigen-Zeitung.** R. 1910. Nr 10. Przedruk z Centralbl. f. d. Reichsvers. (Referent Adam Szulistański).

**Do jakiej należytości ma prawo lekarz, zeznający przed sądem rozjemczym jako „świadek biegły“?**

Sąd rozjemczy dla ubezpieczeń robotniczych w Zwickau, wezwał okulistę Dr H., jako »świadka, wzgl. świadka biegłego«. Wśród rozprawy wypytywano go o czas trwania leczenia i przebieg choroby, o podanie uszkodzonego o wypadku w czasie pierwszej konsultacji, o stwierdzoną zdolność widzenia, oraz, czy obniżenie zdolności widzenia należało uważać tylko za skutek uszkodzenia rogówki i t. p. Lekarz udzielił wszelkich wyjaśnień, a za czynność swą zaliczył 10 marek (więcej niż skromnie! S.). Na wniosek przewodniczącego odmówił jednak sąd rozjemczy żądaniu lekarza i przyznał mu tylko należytość świadka, t. j. 3 marki, pod pozorem, że został wezwany i zeznawał jako »świadek, wzgl. świadek biegły« — nie zaś jako »rzeczoznawca«.

Skutkiem odwołania się lekarza, przyznał państw. urząd ubezpieczeń (Reichsversicherungsamt) orzeczeniem z dnia 9-go grudnia 1909 r. Dr H. należytość znawcy, z następującem wyjaśnieniem:

»Rozstrzygającym w danym razie, czy Dr H. miał prawo do należytości »świadka biegłego«, czy »rzeczoznawcy«, nie mogło być brzmienie wezwania, lecz treść zeznania. Zeznanie zaś to nie ograniczyło się tylko do podania faktów i opisu stanów, których spostrzeżenie wymaga szczególnych wiadomości zawodowych, lecz obejmowało także wnioski z tych spostrzeżeń. Powód zeznał mianowicie, że chodziło w tym razie o wrzód rogówkowy, zmniejszył ubytek zdolności widzenia uszkodzonym okiem, i powiedział wreszcie, że ten ubytek jest skutkiem uszkodzenia. To wnioskowanie stanowi właśnie czynność rzeczoznawczą i uzasadnia żądanie powoda«.

---

**Aerztliche Standeszeitung.** R. 1910. Nr 9. (Ku uczczeniu 60-rocznicy urodzin Prof. Königsteina). (Referent Dr E. Rosenhau ch).

**Przyczynę do schorzeń oka wywołanych zakażeniem po szczepieniu.** (Beitrag zur Vaccine-Impferkrankung des Auges). Wicherkiewicz.

Autor opisuje kilka przypadków podobnego zakażenia, z których w jednym przyszło nawet do groźnych powikłań ze strony rogówki. Wogóle jednakże przypadki te goiły się dobrze. Badanie bakteriologiczne wykazało niejednorodną etyologię. Nagroźniejsze objawy były w przypadku, w którym badanie wykazało prątki Löfflera. Dobre skutki lecznicze otrzymywał autor po stosowaniu przetworów srebrnych, jak elektrargolu, kolargolu, przekonał się również o skutecznem działaniu swoistej surowicy. Do ogłoszenia tej pracy skłoniło jednakże autora przedewszystkiem życzenie, aby lekarze, zajmujący się szczepieniem, zwrócili uwagę otoczenia, na możliwość zakażenia i przez odpowiedni opatrunek szczepionej okolicy uchylali niebezpieczeństwo.

**Udział oka przy schorzeniach całego ustroju i obcych narządów.** (Die Beteiligung des Auges bei Erkrankungen des Gesamtorganismus und fremder Organe). Possek.

Wykład, w którym autor streszcza obszerne wywody Groenouwa, Uhthoffa w wielkim podręczniku okulistyki Graefego-Saemisch a.

**Przypadek suchej zgorzeli górnej powieki.** (Ueber einen Fall von Nekrosis sicca des oberen Augenlides). Goldzieher.

Zresztą zdrowa pacjentka zauważyła nagle obrzęk prawej, górnej powieki. Po nacięciu przez lekarza wystąpiła silna gorączka. Przebieg cierpienia był taki, że w miarę ustępowania obrzęku skóra przybierała barwę siną i ulegała suchej zgorzeli. Badanie ogólne nie wykazało żadnych zaburzeń, gruczoł przyuszny nie był nabrzmiąły, odczyn Wassermann'a ujemny. Badania bakteriologiczne dały wynik zupełnie ujemny. Autor sądzi, że powodem zgorzeli było zamknięcie wewnątrz-naczyniowe tętnicy powiekowej bocznej; co jednakże spowodowało zamknięcie tętnicy nie jest wyjaśnione.

**Przyczynę do zranień nerwu wzrokowego podczas zabiegów w jamie nosowej.** (Beitrag zur Kenntniss der Verletzungen des Sehnerven bei Nasenoperationen). Purtscher.

U kobiety 35-letniej, która poddała się operacji usunięcia polipów z nosa wystąpiło prawie bezpośrednio po zabiegu znaczne obniżenie bystrości wzrokowej na obu oczach. (Pr. o. palec 08 m; L. o.  $\frac{3}{18}$ ). Oczy zewnątrz prawidłowe, przy badaniu wziernikiem wykazują zmiany zanikowe nerwu. Badanie pola widzenia wykazuje zupełną bitemporalną hemianopsję. Autor dochodzi na tej podstawie do wniosku, że podczas nieostrożnego usuwania polipów zraniono nerw wzrokowy w okolicy skrzyżowania, a przypadek ogłasza jako ostrzeżenie ważne dla rynologów.

**Z praktyki wypadkowej.** (Aus der Unfallspraxis). Schmeichler.

Autor opisuje kilka przypadków, które miał sposobność ocenić dla towarzystwa ubezpieczeń. Zwraca przy tem uwagę na ważność dokładnego opisu przez lekarza, który pierwszy chorego po wypadku bada. Zaznacza również konieczność reformy ubezpieczenia społecznego i zaznacza, że zawilość przypadków ustąpiłaby, gdyby każde obniżenie zdolności zarobkowania, niezależnie od przyczyny, jaka je wywołała, było wynagradzane.

**O idyosynkrazji przeciw kokainie.** (Über Idiosynkrasie für Cocain). Hirsch.

Autor zapisał 20-letniej, trochę niedokrewnej i nerwowej panie, z powodu nieżyty spojówki, krople z  $\frac{1}{4}\%$  kokainy. Po jednorazowym wkropleniu chora doznawała oszołomienia, zawrotów głowy, ogólnego osłabienia i bezsenności; bez nudności, bez wymiótów. Objawy te trwały przez cały dzień i powtarzały się po każ-

dem wkropleniu. Do wywołania tak silnych objawów wystarczyło u chorej 0.12—0.24 miligrama kokainy. Autor radzi (ponieważ znane są przypadki śmierci po znieczuleniu łądzwiowem kokainą), aby przed wstrzykiwaniem większej ilości kokainy wkropić środek ten do worka spojówkowego, przypuszczając, że w ten sposób da się może uniknąć nie jednego z przykrych wypadków.

**O korzyści noszenia szkieł przez krótkowzroczne dzieci szkolne.** (Ueber die Vorteile des Brillentragens kurzsichtiger Schulkinder). Bondi.

Na podstawie własnych doświadczeń sądzi autor, że należy u dzieci szkolnych krótkowzroczność zupełnie wyrównywać. Przypuszcza, że sama zupełna korekcyja nie wstrzyma postępu krótkowzroczności, lecz w żadnym razie nie przyczyni się do pogorszenia istniejącego stanu.

**O stosunku okulistyki do chorób kobiecych.** (Beziehungen der Ophthalmologie zur Frauenheilkunde). Herzfeld.

Autor opisuje zaburzenia wzrokowe podczas menstruacyi i klimakteryum, podczas ciąży, przyczem główny nacisk kładzie na możliwość zapalenia siatkówki (*retinitis albuminurica*). Nadmienienia przypadki zaniewidzenia podczas eklampsyi, schorzenia po silnych krwotokach w okresie połogu. Wreszcie możliwość zakażenia oka jadem wiewiórowym z części rodnych. Pod koniec wylicza zranienia narządu wzrokowego noworodka podczas aktu porodowego.

**Związek chorób skórnych z chorobami oka.** (Einige Beziehungen von Dermatosen zu Augenkrankheiten). Ehrmann.

Związek rozwojowy skóry, spojówki i rogówki sprawia, że wiele chorób skórnych występuje także na spojówce i rogówce. Najczęstszymi zmianami są schorzenia brzegu powiekowego przy t. zw. suchym łojotoku, komplikacye powiekowe przy trądziku pospolitym, łuszczycy, *lichen ruber*; wreszcie zmiany narządu wzrokowego w przypadkach kiły.

**Psychiczne zaburzenia wzrokowe w świetle psychoanalityki.** (Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung). Freud.

Autor stara się wytłumaczyć psychiczne zaburzenia wzrokowe na przykładzie zaniewidzenia historycznego. Wiadomą jest rzeczą, że zaniewidzenie historyczne jest czysto czynnościowem, że właściwie historyczki widzą, a tylko nie zdają sobie z tego sprawy (*unbewusstes Sehen*). Na czem to polega? wiemy o wpływie róż-

nych popędów na nasze wyobrażenia; popędy te jednakże nie zawsze się zgadzają, często przychodzi do konfliktu. Szczególnie znaczenie dla nas ma bezsprzeczne przeciwieństwo popędów, które służą sterze seksualnej, sterze zyskania rozkoszy seksualnej do innych, które mają za cel utrzymanie osobnika, popędów jaźni.

Narząd wzrokowy służy, jak wiadomo, obu tym popędom. Jeśli teraz jeden popęd zyska przewagę, przychodzi do wyparcia popędu drugiego. Silny popęd seksualny u histeryczki wypiera popędy jaźni, które w odniesieniu do oka stanowią percepcyę wrażeń wzrokowych.

### **Cuprum citricum solutum.** Artt.

Autorowi udało się otrzymać roztwór cytrynianu miedzi w stosunku 1:333, 1:100, 1:20, a nawet 1:10. Preparat ten nazywa *cusolem* i zaleca stosowanie go w przypadkach jaglicy, jako środka zupełnie niedrażniącego. Przygotowuje następujące preparaty cusolowe: *cusolcollyrium*  $\frac{1}{3}$  — 2%, *ung. cusol* 5 — 10%, *pulvis cusol* 20%.

**Centblatt f. Augenheilkunde.** R. 1910. Z. 1 (styczeń), Z. 2 (luty), Z. 4 (kwiecień) i Z. 5 (maj). (Ref. Dr L. Gruder).

**Rzęsy w przedniej komorze.** (Gilien in der vorderen Augenkammer). Dr Paderstein w Berlinie.

Podczas gdy rzęsy przy operacjach gałki, zwłaszcza przy operacji zaćmy, częstokroć usuwa się zapobiegawczo nożyczkami lub szczypekami (*epilatio*), aby usunąć z tej strony możliwość zakażenia, okazują się one prawie zawsze aseptycznymi, jeśli dostały się do wnętrza oka na drodze urazu, o ile drugie ciało obce, które przy przebicciu gałki umożliwiło dostanie się rzęsy do wnętrza oka, nie pozostało w oku, lub nie pozostawiło skutków zakażenia.

Hirschberg ogłosił dwa przypadki, w których rzęsa przy urazie stała się ogniskiem zakażenia gałki. W przeciwieństwie do tych dwóch przypadków znamy mnóstwo innych, w których rzęsy przez długi szereg lat przebywały w gałce bez jakiegokolwiek ujemnych następstw.

Wobec tego, że rzęsy na stałe mogą pozostać aseptycznymi w oku, powstaje pytanie, czyby ich nie pozostawiać spokojnie na swem miejscu. Jednak mogą one szkodzić w dwojaki sposób. Nawet po dłuższym czasie mogą drażnić oko (nastrzyknięcie rzęskowe,

światłowstręt, ból), lub często dają sposobność do powstawania narośli na tęczęwce (torbiele, perlaki, skórzaki). Narośle takie mogą z czasem przez swój wzrost spowodować jaskrę, ślepotę, nareszeie i utratę oka.

Ponieważ w danym przypadku trudno przewidzieć, czy rzęsa da powód do zakażenia oka, wskazanem jest jej wczesne usunięcie. Nie jest to jednak rzeczą łatwą, często nawet prawie niemożliwą.

Autor opisuje przypadek, w którym przez uraz dostały się rzęsy do wnętrza galki. Ponieważ oko z powodu podrażnienia i bolesności utrudniało każdy zabieg operacyjny, wyjęto jeden włos dopiero po 5 tygodniach (drugiej rzęsy nie było widać). Oko wyglądało prawidłowo, tymczasem po dalszych trzech tygodniach powtórnie wystąpią objawy zapalne. Na powierzchni tęczęwki widoczna druga rzęsa, o wiele mniejsza od pierwszej. Zabiegiem operacyjnym w żaden sposób nie można było jej wydostać. Wobec tego odstąpiono na razie od zamiaru wydostania jej z przedniej komory.

Jak da się wytłumaczyć fakt, iż druga rzęsa pokazała się dopiero w ośm tygodni po urazie? Są dwie możliwości: albo leżała ona od początku na tem samem miejscu, lecz nie była spostrzeżoną, ponieważ była za małą i rysunkiem była podobną do tęczęwki, na której powierzchni leżała, albo, co prawdopodobniejsze, leżała pierwotnie na innem miejscu, nie łatwo dostrzegalnem (np. w zatoce komorowej, lub na tylnej powierzchni tęczęwki).

Taka nagła zmiana miejsca u rzęsy w oku nie jest wcale bezprzykładną. Nawet spostrzegano, że takie rzęsy nagle same bez zabiegów operacyjnych wydostały się na zewnątrz.

**Ein abgeschriebenes Lehrbuch der Augenheilkunde;**  
badania historyczne prof. Hirschberga.

**Edwin Teodor Saemisch; Dr med. Karol, ksiączę barwarski.**

Nekrologi.

**Przyczynek do zaburzeń wrażliwości na barwy.** (Zur Kenntniss der pathologischen Farben-Empfindung). Dr R. Hilbert z Sensburga.

Autor opisuje sześć przypadków patologicznej wrażliwości na barwy, różniących się między sobą zarówno rodzajem zjawisk, jak też przyczyną powstania. Wrażliwość objawiała się w dwóch razach w postaci plam w polu widzenia, w innych ta wrażliwość

na barwę wypełniała całe pole widzenia, rzecz zwykle napotykaną przy patologicznych objawach barwnych. W jednym przypadku wrażliwość taka występowała w widzeniu barwy brunatnej, żółtej i czerwonej, kolejno po sobie, czasami także występowała *metamorphopsia*.

Pod względem etyologicznym przyczyną była: dwa razy *chorioretinitis albuminurica*, raz *graviditas complicata*, raz *chorioretinitis* nieznanego pochodzenia. W dwóch razach wrażliwość na barwy była równocześnie objawem zatrucia (grzyby, *santonina*), raz jako następstwo wielkiego zmęczenia fizycznego.

**Przypadek skurczu akomodacyjnego spowodowanego lekkim zapaleniem ciała rzęskowego.** (Ein Fall von Akkommodationskrampf, durch eine leichte Cyclitis verursacht). Dr Rau w Porto Alegre.

Chora 19-letnia skarży się na bóle i upośledzenie wzroku. Badanie wykazało lekkie nastrzyknięcie rzęskowe, osady na *membrana Descemeti*; w ciałku szklistem i naczyniówce żadnych patologicznych zmian. Wziernikiem *emmetropia* bez astygmatyzmu.

W wypadku tym chodziło o lekkie zapalenie c. rzęskowego, które spowodowało skurcz *m. ciliaris* i wywołało skurcz akomodacyjny.

Przez dwa tygodnie zalecono aspirynę, KJ i poty; bez skutku. Później zarządono weierki z *ungt. cinereum* przez ośm dni. Stan choroby bardzo się polepszył. Po dalszym tygodniu  $V = \frac{1}{2}$ ; Emotropia.

**Przypadek zwrotnej nieruchomości źrenic.** (Ein Fall von reflektorischer Pupillenstarre). Dr Rau w Porto Alegre.

Kupiec 38-letni wykazuje typowy obraz Bystrość wzroku obustronnie ( $E = \frac{5}{5}$ ). *Oculomotorius* prawidłowy.

Autor wyklucza stanowczo *tabes*, *paralysis progressiva* i *lues* i uważa ten stan za zmianę wrodzoną.

**Wrodzone atypowe kołoboma źreniczne ku górze.** (Angeborenes atypisches Iris-Kolobom nach oben). Dr O. Purtscher w Celowcu.

Dziecko czteroletnie; prawe oko prawidłowe; na lewym silne łzawienie i lekkie *ektropium* dolnej powieki; w miejsce dolnego punkcika łzowego mała szczelina. Po za nią tuż przy brzegu powiekowym, mięsne zgrubienie, przypominające drugie mięsko. Okolica woreczka łzowego obrzmiała, z którego po naciśnięciu wycho-

dzi wydzielina. Równocześnie wydostaje się też wydzielina przez bardzo delikatną szparę, umieszczoną po lewej stronie nosa, w połowie tegoż wysokości, na linii odpowiadającej położeniu kanału nosowego. Ponadto na lewym oku *coloboma*, zwrócone w górę.

Barwa tego *coloboma* niebieskawo-szara, źrenica nieco przesunięta ku górze, brzegi *coloboma* przebiegają owalnie, z górną zbieżnością ramion. *Circulus major et minor* na łęczówce wyraźne, nigdzie śladów zrostu łęczówki z raną rogówki, rogówka gładka. Reszta gałki tak zewnątrz, jak i wewnątrz prawidłowa.  $V = \frac{3}{20}$ .

Sondowanie kanału łzowego łatwe, lecz od strony szpary dolnej nie da się sonda przesunąć daleko w górę.

Autor uważa ten przypadek za typowe, wrodzone *coloboma* źreniczne, a t. zw. drugie mięsko, odmienna postać dolnego punkcika łzowego, rozszerzenie woreczka łzowego są tylko objawami, towarzyszącymi temu atypowemu *coloboma*.

Wedle badań Szylly'ego atypowe *coloboma* powstaje w trzecim lub czwartym tygodniu ciąży.

**Skleroza powiek.** (Initial-Sklerose der Augenlider). Dr J. Ginzburg w Kijowie.

Przy porodzie akuszerka nieoględnie przeniosła zarazki na powiekę dolną lewego oka.

Po miesiącu powstaje na powiece dolnej typowa skleroza; gruczoły odnośne (przyuszne i podszczękowe) obrzmiałe. Charakterystyczne dla rozpoznania są tutaj: skleroza tkanek i współdziałalności odnośnych gruczołów limfatycznych. Cała gałka zresztą prawidłowa.

Leczenie ograniczało się na okładach sublimatowych. Po dwóch miesiącach wystąpiły objawy ogólnej kiły, *roseola syphilitica*. Wcierki z szarej maści wpłynęły korzystnie na wessanie guza z powieki dolnej.

---

**Münchener Mediz. Wochenschrift.** R. 1910. Nr 23. (Referent Adam Szulistański).

**Przyczynek do gruźlicy nerwu wzrokowego.** (Ein Beitrag zur Tuberkulose des Sehnerven). Dr Edg. Reye, Hamburg-Eppendorf. (Prof. Eug. Fraenkel).

Chodzi tu o gruźlicę pnia n. wzrokowego, t. j. części jego wewnątrz czaszki położonej. W pracy swej *Ueber die Tuberkulose des Sehnervenstammes* (Münch. mediz. Wochschr. 1903) przytacza Michel, cztery podobne przypadki. Ten byłby, według autora,



piątym znanym w piśmiennictwie. Dotyczył dziecka 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub>-rocznego, zmarłego wśród ciężkich objawów zapalenia opon mózgowych. Żrennice miały jeszcze w przeddzień śmierci oddziaływać na światło. (? ref.). Oczy były skrócone ku górze. Drżenie gałek. Wziernikiem nie można było zbadać.

Przy sekcji stwierdzono: Kości czaszki bez zmian. Na szwach kostnych tu i ówdzie silnie zaczerwienione ogniska. Kości niezwykle łatwo przesuwalne. Na oponach liczne rozsiane gruzłki, zwłaszcza w okolicy zatoki Sylwiusza. Na skrzyżowaniu n. wzrokowego guz, wielkości wiśni, wypuklający się na stronę lewą i przechodzący na lewy, do objętości 1 cm zgrubiały, pień n. wzrokowego, który zwolna cieńszeje i przechodzi w szary, lekko spłaszczony postronek. Prawy n. wzrokowy niemal prawidłowej grubości — dość ostro od guza odgraniczony.

Po nacięciu widać, że cały guz i znaczna część pnia nerwu wzrokowego lewego składa się z masy serowatej, otoczonej szaro zabarwioną, jakgdyby warstwą korową, około 1 cm grubą. Prawy n. wzrokowy i część oczodołowa lewego. wolne. Oprócz tego znaleziono ogniska serowate w móżdżku i obydwu półkulach mózgowych, a nadto, znacznego stopnia wodogłowie wewnętrzne.

Badanie drobnowidowe wykazało w miejscach zajętych tylko drobne resztki pochewki nerwowej. Utkanie nerwowe zupełnie zniszczone. Liczne, niezwykle wielkie, komórki olbrzymie. Nieliczne prątki gruzlicze.

Gruzlica n. wzrokowego wogóle, powstawać może: albo z kości czaszki (*per contiguitatem*), albo w następstwie gruzliczego zapalenia opon mózgowych (według Michela najczęściej), albo wreszcie na drodze przerzutu.

---

**Ophthalmology.** R. 1910. Vol. VI. nr 3. (Referent K. W. Majewski).

**Wrodzony brak naczyńówki i barwikowe zwyrodnienie siatkówki.** (Congenital Absence of the Chorioid with Retinitis Pigmentosa and Report of a Case). Alexander — San Francisco.

Autor zwraca uwagę na niewłaściwość wielokrotnie już zresztą podnoszoną nazwy *retinitis pigmentosa*, wobec tego, że sprawa ta nie jest zapaleniem, ale zwyrodnieniem siatkówki. Wskazuje dalej jak ważną rolę w powstawaniu tego cierpienia odgrywa dziedziczność. Potwierdza to także i jedno z jego własnych spostrzeżeń,

które szczegółowo opisuje, a w którym daleko posuniętemu zwyrodnieniu barwikowemu siatkówki towarzyszył bardzo rozległy brak naczyńówki, której to zmiany za nie innego uważać nie było można, jak tylko za nieprawidłowość wrodzoną. Dodać trzeba, że w przypadku tym nie zachodziło wprawdzie pokrewieństwo między rodzicami chorego, ale wrodzone zmiany w siatkówce istniały u kilku członków rodziny.

**O wydobywaniu zaćmy w zamkniętej torebce.** (On the Extraction of Cataract within the Capsule). Prof. Elschnig (Praga).

Myśl wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce nie jest bynajmniej nowa. Już w roku 1773 wspominają o tym sposobie operowania Sharp i Richter. W r. 1845 pisze Christian o możliwości wycięcia soczewki bez otwierania torebki. Właściwym twórcą tej metody stał się dopiero Pagenstecher i on ją wprowadził w użycie w pewnych ściśle określonych przypadkach, on też na ostatnim zjeździe oftalmologów w Neapolu (1909) podał najnowszą odmianę tego sposobu operacyjnego, polegającą na tem, że po cięciu twardówkowym i po wykonaniu szerokiej irydektomii, wprowadza się łyżkę nieco tylko po za górny brzeg soczewki, tak, aby służyła jedynie jako gładka powierzchnia, po której ma się wysliznąć z oka wygnieciona przez ucisk palcem soczewka. Metoda majora H. Smitha, która w ostatnich czasach tyle narobiła wrzawy, różni się od wspomnianego sposobu tem tylko, że nie wymaga do użycia łyżki Pagenstechera. Prócz tego Smith zazwyczaj nie robi irydektomii. Wyniki, jakimi major Smith zadziwił świat okulistyczny, wymagają jednak stanowczo skontrolowania. Przedewszystkiem wiarygodność ich została zachwiana przez porównanie następujących cyfr: w statystyce swej podaje Smith, że w liczbie 2616 operacji zaćmy miał tylko 0,3% przypadków *iritis*, 6,8% przyp. wypływu ciała szklanego, 0,34% przyp. utraty oka, a 99,20% bardzo korzystnych wyników. Tymczasem Knapp, który pojechał do Indyi wschodnich i widział w Jullundur Smitha operującego, przyłącza następującą statystykę 104 przypadków: 12% przyp. wypływu utraty ciała szklanego, 16% wypadnięcia i wrośnięcia tęczówki, 2 przypadki infekcyi pooperacyjnej, a wreszcie 1 przypadek krwotoku naczyńówkowego. Albo więc Knapp trafił na jakąś »czarną seryę«, albo wielka statystyka Smitha nie zasługuje na wiarę.

Elschnig dla przekonania się o wartości wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce, wykonał tę operację w 69 przypadkach, częścią z irydektomią, częścią bez irydektomii. Przekonał się przytem, że wypadnięcie tęczówki jest tak częste (35%) nawet

mimo ezeryny, iż przy zabiegu tym iryadektomia staje się niemal konieczną. Wypływ ciała szklistego zdarzał się w 17%, przypadków, gdy przy zwyczajnej operacyi z kapsulotomią zdarza się za ledwie w 0,7 przypadkach. Tożsamo pod każdym innym względem operacya Smitha okazała się mniej korzystną od zwyczajnej. Autor przypuszcza, że rzadkość *effluvium* w rękach Smitha o ile odpowiada rzeczywistości, dałaby się może jeszcze wytłumaczyć różnicą rasową materiału klinicznego. Różnice takie istnieją. Tak np. średni wiek dotkniętych zaczął dojrzają wynosi w Berlinie 62 lat, a w Indyach 40 lat. Być może, że istnieje także różnica pod względem siły przylegania tylnej soczewki torebki do *fossa patellaris corporis vitrei*. U Hindusów soczewka osadzona jest może bardziej luźnie, niż u Europejczyków i wygniatana z oka nie pociąga może za sobą tak łatwo ciała szklistego. Tak czy owak z doświadczenia klinicznego wypływa, że w naszych stosunkach ekstrakcyja z cystotomią jest daleko pewniejsza w skutkach, niż owa operacya wschodnio-indyjska.

**O wydobywaniu zaćmy w zamkniętej torebce.** (The Removal of the Cataractous Lens within its Capsule). Wright (Columbus).

Autor upomina się o prawo pierwszeństwa co do pomysłu wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce bez pomocy narzędzi. Swoj sposób operacyjny opisał w r. 1894 w »Columbus Medical Journal«. Opis ten wszedł następnie do podręcznika okulistyki jego pióra (Text Book of Ophthalmology) 1896 i w dalszych wydaniach tego podręcznika w r. 1900 i 1909. Operuje on zatem zaćmy od lat blisko trzydziestu w sposób następujący: Po dokładnem rozszerzeniu źrenicy, zapomocą atropiny, robi punkcję i kontrapunkcję nożykiem Graefe'go na granicy rogówko-twardówkowej w miejscach zwyczajnych, ale zamiast następnie prowadzić cięcie granicą rogówko-twardówkową ku górze, zwraca ostrze noża skośnie ku górze i ku przodowi i wykonuje cięcie w rogówce w płaszczyźnie nachylonej pod kątem 45° do płaszczyzny łączówki. W ten sposób wysokość płata rogówkowego jest znacznie mniejsza, niż przy cięciu zwykle używanem, a powyżej płata tego pozostaje część rogówki w postaci szerokiego sierpa, nicodcięta od twardej. Natychmiast po cięciu naciska palcem na tę górną część rogówki, co niejednokrotnie wystarcza, ażeby soczewka w zamkniętej torebce wydobyła się na zewnątrz przez ranę. W razie potrzeby pomaga sobie palcem drugiej ręki naciskając nim dolny brzeg soczewki poprzez rogówkę. Przy manipulacyi tej torebka soczewki częstokroć pęka i wychodzi tylko jądro wraz z korą, ale

mniej więcej w  $\frac{1}{3}$  przypadków udaje się w ten sposób wydobyć soczewkę w zamkniętej torebce. Do operacji tej nie używa autor, ani rozwórki, ani szczypczyków ustalających. Ponieważ nie robi ani irydektomii, ani cystotomii, więc do wykonania ekstrakcji wystarczy mu tylko jedno narzędzie t. j. nożyk Graefe'go. Nadto, ponieważ operacja nie jest prawie wcale bolesną, nie używa ani kokainy, ani żadnego innego środka znieczulającego. Szczegółowej statystyki wyników, uzyskiwanych przy takim sposobie operowania, autor nie podaje, zaznacza tylko ogólnie, że są zupełnie zadowalniające i że nie ma żadnej potrzeby oglądać się za inną lepszą metodą operacyjną.

**List w sprawie wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce.** (Correspondence on Expression of Cataract in the Capsule), Greene (Dayton).

Autor, który bawi w Jullundur City u H. Smith'a i nacznie śledzi jego metodę operowania zaćmy i przebieg operowanych przypadków, pisze do Würdemanna list, w którym bierze w obronę Smith'a przed atakami, jakie go z różnych stron spotykają, opisuje szczegółowo sposób, jakiego Smith używa do wyciśnięcia z oka soczewki w torebce i podnosi jako szczególną zaletę operacji, zaletę, która w przyszłości przyczyni się do jej rozpowszechnienia to, że nadaje się ona znakomicie do wydobywania zaćm nawet bardzo niedojrzałych.

**Pięć przypadków gruźlicy oka względnie przydatków.** (Five Cases of Tuberculosis of and about the Eyes). Richard Kerry (Montreal).

Autor opisuje jeden przypadek gruźlicy obu worków łzowych, dwa przypadki gruźlicy rogówki, a dwa gruźliczego zapalenia tęczówki. U wszystkich tych chorych zastosowano sposób leczenia używany przez Dr Browna w dyspensatoryum dla chorych gruźliczych w Montreal. Leczenie to polega na wprowadzaniu podskórnem galek jodoformowych raz lub dwa razy na tydzień. Gałki te zawierają 20% sproszkowanego jodoformu, zarobionego oliwą parafinową z 1% dodatkiem kwasu karbolowego. We wszystkich 5-ciu przypadkach, leczonych pozatem miejscowo w sposób stereotypowy, nastąpiło wyleczenie i to w czterech wypadkach wyleczenie trwałe, w jednym zaś (*kerato-iritis tuberculosa*), w którym leczenie jodoformem przerwano przedwcześnie, przyszło po krótkim czasie do nawrotu. Autor wnosi z tego, że wprowadzania galek jodoformowych podskórnem nie należy przerywać z chwilą ustania sprawy zapalnej w oku, lecz trzeba prowadzić to leczenie jeszcze przynajmniej przez kilka tygodni.

**Obecny stan zapatrywań na wartość rozpoznawczą spojówkowego odczynu Calmette'a.** (The Present Status of Calmette's Conjunctival Reaction in the Diagnosis of Tuberculosis). Phinizy Calhoun (Atlanta).

Wobec ogromnej literatury, jaką wywołała podana przez Calmette'a oftalmoreakcyja i prawie równocześnie opisany przez Pirquet'a odczyn skórny, wobec krzyżujących się sądów i zapatrywań jest rzeczą istotnie trudną zorientować się w tym chaosie i na podstawie tych sprzecznych głosów wyrobić sobie pojęcie o praktycznej wartości tych metod rozpoznawczych. Autor podjął się tej żmudnej pracy i przejrzał całą bibliografię, odnoszącą się w szczególności do odczynu Calmette'a. W artykule swym nie podaje on już statystyki wyników uzyskiwanych zapomocą oftalmoreakcyi, lecz statystykę zdań autorów o tej reakcyi. Oblicza on głosy za i przeciw i na podstawie tego skrutynium dochodzi do wniosku, że znaczna większość autorów przyznaje rzeczywistą wartość rozpoznawczą odczynowi Calmette'a pod warunkiem, że zostaje on wykonywany z zachowaniem pewnych koniecznych ostrożności. Przeciwnikami odczynu tego, nie z powodu braku zaufania do jego wyroków rozpoznawczych, lecz ze względu na niebezpieczeństwa, jakimi zagraża oku, — są przeważnie okuliści. Staje się to zrozumiałem, gdy się zważy, że właśnie w ich rękę gromadzą się przypadki nieszczęśliwe, w których wystąpiły powikłania oczne po zapuszczeniu tuberkuliny. Powikłaniom tym można by najczęściej zapobiedz, gdyby wykonywanie oftalmoreakcyi powierzano wyłącznie okulistom, bo ci wstrzymywaliby się od jej wykonania w wielu przypadkach, w których lekarze mniej obeznani z patologią oczną, nie dostrzegają zachodzących przeciwwskazań. Okuliści wreszcie doszli na podstawie własnych doświadczeń do przekonania, że odczyn oczny najmniej się nadaje do rozpoznawania gruźlicy ocznej, właśnie dlatego, że jednym z głównych warunków jest, żeby był wykonywany na oczach zdrowych. Na oczach chorych, czyto gruźlicą dotkniętych, czy innem cierpieniem, zapuszczenie rozczynu tuberkuliny zbyt często wywołuje niedające się już potem opanować zaostrzenie stanu chorobowego.

**Czy zanik nerwu wzrokowego przy wιάdźcie rdzenia rozpoczyna się od komórek zwojowych, czy od włókien nerwowych?** (Does Optic Atrophy in Tabes develop from a Disease of the Ganglion Cells, or from the Nerve Fibers?) Henning Rönne (Kopenhaga).

Zdawałoby się, że odpowiedź na to pytanie jest trudna, od dawna bowiem wykazano, że komórka zwojowa wraz z włóknem

osiowem stanowi jednostkę anatomiczną i troficzną zarazem tak, że bezpośrednio po uszkodzeniu komórki popada w zwyrodnienie włókno i na odwrót, gdy się przetnie lub uszkodzi włókno osiowe, ulega zwyrodnieniu komórka zwojowa, która je wysyła. Istnieje jednak sposób rozstrzygnąć za pomocą badania klinicznego pytanie, gdzie jest punkt wyjścia sprawy zanikowej. Rzecz może rozstrzygnąć rodzaj i postać zwężenia pola widzenia. Już Bjerrum wykazał, że w wypadkach jaskry, w której wykazano niewątpliwie zanik rozpoczynający się od włókien nerwowych, granica zwężonego pola widzenia przebiega niejednokrotnie na pewnej przestrzeni po linii prostej wzdłuż poziomej średnicy od środka ku nosowi. Odpowiada to o tyle anatomicznemu układowi włókien nerwu wzrokowego w siatkówce, że w skroniowej części siatkówki włókna wychodzące z tarczy ku górze zewnątrz i ku dołowi zewnątrz i przebiegające łukowato, spotykają się ze sobą w linii prostej biegnącej wzdłuż poziomej średnicy od tarczy ku skroniom. W miarę tego, czy górna, czy dolna grupa ulegnie zanikowi, odpadnie dolny lub górny wewnętrzny kwadrant pola widzenia. Granica zwężenia przebiegać będzie w każdym razie wzdłuż linii poziomej od środka ku nosowi. Gdyby zanik dotyczył nie włókien nerwowych, lecz komórek zwojowych, które są po całej siatkówce jednostajnie rozmieszczone, w takim razie zwężenie pola widzenia nie przybrałoby tego prostoliniowego zarysu.

Opierając się na tych danych robił autor bardzo dokładne zdjęcia perymetryczne pól widzenia w przypadkach zaników nerwów wzrokowych na tle wiądu rdzenia, i udało mu się właśnie w początkowych okresach wykazać niejednokrotnie tę samą poziomą prostoliniową granicę po stronie nosa, jaką się spotyka przy jaskrowym zwężeniu pola. Przez analogię wnosi zatem, że w przebiegu wiądu zanik nerwów wzrokowych rozpoczyna się od włókien osiowych, a komórki zwojowe dopiero następowo ulegają zwyrodnieniu.

**O t. zw. podwójnych punktach łzowych.** (On so-called Doubling of the Puncta Lacrimalia). Tooke (Montreal).

Autor opisuje dwa przypadki t. zw. podwójnych punktów łzowych u osób, u których na pewne można było wykluczyć urazowe, względnie operacyjne ich pochodzenie, np. wskutek przecięcia przewodki łzowej w celu sondowania. Oprócz prawidłowego punktu łzowego stwierdził autor drugi otworek na przebiegu przewodki łzowej i komunikujący z jej światłem. Wyraża się o zmianie tej jako o *tak zwanych* podwójnych punktach łzowych z tego powodu, że tylko jeden z otworków jest prawdziwym *punctum lacry-*

*male*, drugi zaś jest tylko otworkiem, lub krótką szczeliną, którą należy uważać za nieprawidłowość wrodzoną, ale której nie można brać za nadliczbowy punkt łzowy, ponieważ nie posiada anatomicznej budowy tegoż. Nie posiada mianowicie okężnej warstwy włókien sprężystych, okalających pierścieniowato prawidłowy punkt łzowy. Ponieważ przewodka łzowa jest embryonalnie rynienkowatym wpukleniem ektodermi, które to wpuklenie zamyka się następnie i z rynienki staje się kanalikiem, przeto otworek, lub krótką szczeliną w górnej ścianie tej przewodki nie może być niczem więcej jak tylko wyrazem zaburzenia rozwojowego, polegającego na niedokładnym lub niezupełnym zamknięciu się tej pierwotnej rynienki.

**Dwa przypadki odmy powietrznej woreczka łzowego.** (Two Cases of Pneumocoele of the Lacrimal Sac). Elliot (Madras).

W krótkim stosunkowo odstępie czasu zdarzyły się w rządowym szpitalu okulistycznym w Madras dwa przypadki zmiany na ogół bardzo rzadkiej, mianowicie *Pneumocoele sacci lacrymalis* u Hindusów zgłaszających się do operacji zaćmy. W obu przypadkach przy ucieraniu nosa, lub wogóle przy ruchu wydechowym, jeśli nozdrza i usta były zamknięte, woreczek łzowy wypełniał się silnie powietrzem, wypuklając skórę, co zarazem świadczyło o znacznym stopniu rozstrzeni. Za uciskiem wywartym na tak wypuklony woreczek, powietrze z donośnym, gwizdzącym szmerem wracało do nosa. Badanie wykazało u obu chorych niedrożność dolnej i górnej przewodki łzowej. To też gdy choremu leżącemu na wznak pogrążono w wodzie całą okolicę wewnętrznego kącika i naciskano wydęty woreczek, z punktów łzowych z pod wody nie wydobywała się ani jedna bańka powietrza. Autor w artykule swym nie wspomina, w jaki sposób i czy wogóle starał się tę odmy woreczków łzowych wyleczyć lub usunąć.

**O ropnem przerzutowym zapaleniu gałki z opisem dwóch przypadków.** (Metastatic Panophthalmitis, with Report of two Cases). Harris (Johnstown).

Pierwszy przypadek odnosi się do mężczyzny 65-letniego, chorego na przewlekłe zapalenie nerok, u którego wystąpiły objawy ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, a równocześnie pojawił się obrzęk powiek i spojówki prawego oka, zaćmienie rogówki, zmętnienie cieczy wodnej, potem hypopyon i obniżenie bystrości wzroku. Wkrótce rozwinęła się typowa *panophthalmitis* przerwana po kilku dniach zejściem śmiertelnem.

W drugim przypadku u 30-letniej kobiety, która siedm razy

urodziła szczęśliwie, po ósmym porodzie na trzeci dzień wystąpiły dreszcze i gorączka i prawie równocześnie zaczęła się chora skarżyć na mgłę przed oczyma. W następnych dniach wśród ogólnego obrazu zakażenia połogowego rozwinęło się na obu oczach ropienie wśródgałkowe, które doprowadziło obustronnie do zaniku gałek z zupełną utratą wzroku. Chora przemogła zakażenie ogólne i wyzdrowiała, wynosząc z choroby ślepotę. Z powodu zupełnej prawie bezsilności naszej wobec rozpoczętego już przerzutowego ropienia w oku, autor główny nacisk kładzie na profilaktykę, mogącą jedynie polegać na zwalczaniu wszelkimi środkami każdej sprawy ropnej, gdziekolwiek w ustroju, mogącej dać powód do przerzutu.

**Ropiwica powiek.** (Phlegmonous Inflammation of the Lids). Goodenow (Seattle) i Chase (North Yakima).

W swym podręczniku okulistyki Fuchs przytacza trzy kategorie ciężkich spraw zapalnych w powiekach: 1) ropnie powiek, występujące najczęściej po zanieczyszczonych zranieniach, zdarzeniach przyskórka, silnych słuźczeniach, lub w następstwie gruźliczych lub żółzowych zmian w kościach, lub w okostnej brzegu oczodołowego, wreszcie w przypadkach zapalenia skóry twarzy i okolicy oka, np. w przebiegu róży. 2) Czyraki i jęczmiona wychodzące bądźto z gruczołów Zeissa lub Meiboma. 3) T. zw. *pustula maligna*, pochodzenia zwierzęcego, wywołana przez zakażenie prątkiem wąglika. Autorowie podają opis trzech przypadków typowej *phlegmone palpebrarum*, znamiennych właśnie brakiem jakichkolwiek danych, które mogłyby wyjaśnić pochodzenie i przyczynę ropienia w tkance powiekowej mimo wszechstronnego i szczegółowego badania.

**Różniczkowe rozpoznanie chorób oczodołu zależnych od zmian w sąsiednich zatokach i opis przypadku zakrzepu zatoki jamistej.** (Differential Diagnosis of Orbital Affections occasioned by Sinusitis. Including Report of a Case of Thrombosis of the Cavernous Sinus). Wendell Reber (Filadelfia).

W dziele Graefego Saemisch podaje Birch-Hirschfeld, że na 684 przypadków różnych schorzeń oczodołu, 409 było niewątpliwie następstwem spraw zapalnych ostrych lub przewlekłych w sąsiednich zatokach. Już z tego zestawienia widać, jak wielkie znaczenie ze względu na oko należy przypisywać wszelkim zmianom patologicznym w bocznych zatokach nosa. Autor rozdziela schorzenia oczodołu z tego źródła pochodzące na takie, które są następstwem ostrych zapaleń ropnych w zatokach i na takie, które towarzyszą sprawom przewlekłym, najczęściej t. zw. otokom słuzo-



wym (*mucocèle*). Przechodzi on kolejno symptomatologię ropiawicy oczodołu, ograniczonych zapaleń okostnej, ścian oczodołu, dalej zmiany zapalne i zanikowe w nerwie wzrokowym, różne rodzaje przemieszczenia gałki ocznej i upośledzenia ruchomości wskutek porażenia lub niedowładu poszczególnych mięśni ocznych zewnętrznych, a kończy rzecz opisem własnego spostrzeżenia, odnoszącego się do 50-letniej kobiety, u której w następstwie lekkiej *tonsillitis suppurativa* przyszło do śmiertelnej trombozy w zatoce jamistej z wysadzeniem obu gałek ocznych i objawami zastojów żylnego najwyższego stopnia. Sekcyi nie było, autor przypuszcza jednak, że sprawa ropna z migdałką dostała się na podstawę mózgu drogą zatoki klinowej.

**Sposób usunięcia aberracji świetlnej, jaką dają okulary bez oprawy.** (*A Way to Remove all the Aberrations from Frameless Glasses*). Rhoades (Filadelfia).

Wiadomo, że zwierciadła powierzchnia szerokiego nieraz brzegu szkieł okularowych noszonych bez oprawy odbijają dużą ilość promieni świetlnych, kierując je wprost do źrenicy oka. Sprawia to niemiłe i często w wysokim stopniu nużące błyszczenie, do którego przybywa nieraz jeszcze przykrzejsza iryzacja, wywołana dyfrakcją lub rozszczepieniem odbitych promieni białych. Te same ujemne strony przedstawia powierzchnia zwierciadła, która odpowiada spojeniu różnie zatamujących szkieł dwuogniskowych w okularach Franklino-wskich. Autor podaje prosty sposób zapobieżenia tym niemiłym refleksom świetlnym. Radzi on brzegi szkieł okularowych, oraz brzegi spajanych kawałków szkieł dwuogniskowych szlifować skośnie, tak, aby odbijały promienie, nie w stronę oka, lecz w stronę przeciwną. W tym celu powierzchnie brzegów i spojeń powinny leżeć na poboczniczy stożka, którego osią jest oś widzenia, a wierzchołkiem środek siatkówki. Od tak skierowanej powierzchni brzegów szkła, promienie odbijają się ku przodowi, oko zatem po za okularami nie doznaje od nich żadnej przykrości. Natomiast okulary takie wyglądają trochę oryginalnie, bo obwód szkieł z przodu widzianych błyszczy zwierciadlanym blaskiem. Jest to jednak drobna usterka, która niknie w porównaniu z korzyściami, jakie zapewnia zalecana przez autora innowacja.

**Wartość wyrównywania wad refrakcyi w chorobach ogólnych i o sposobach oznaczania refrakcyi.** (*The Value of Correcting Lenses in General Pathology and Method of Examination*). Blauw (Buffalo).

W krótkim artykule zestawia autor wyniki spostrzeżeń i doświadczeń własnych oraz innych okulistów amerykańskich co do

złobnego wpływu niewyrównanych wad refrakcyi na stan ogólny, a zwłaszcza na układ nerwowy z jednej strony, a z drugiej co do korzystnego wpływu należytego wyrównania tych wad. Odnosi się to przedewszystkiem do osobników szczególnie wrażliwych, w pierwszym rzędzie do neurasteników, przyczem podnieść należy, że właśnie wady refrakcyi miernego a nawet małego stopnia, o ile nie zostaną dokładnie wyrównane, wywołują bardzo odległe nieraz objawy w sferze nerwowej. Wadami temi są przedewszystkiem hypermetropia i astygmatyzm. Po za tem częstokroć winę wzniecania wybitnych zaburzeń ogólnych ponosi *asthenopia muscularis* zależna od zbożeń równowagi mięśni ocznych. Omawiając sposoby badania przytacza autor argumenty przeciw używaniu środków porażających akomodacyę. Nie radzi nawet zapuszczać homotropiny.

**Obustronny niedowład nerwu okoruchowego.** (Paresis of the Third Nerve of Both Eyes) Schneidemann (Filadelfia).

U 17-letniej dziewczyny, obciążonej dziedzicznie gruźlicą, niedokrewną i słabowitą, wystąpiło niedowidzenie skrzyżowane, a badanie przedmiotowe wykazało niedowład wszystkich zewnętrznych mięśni obu gałek ocznych z wyjątkiem obu prostych zewnętrznych i obu skośnych górnych. Żrenice były wązkie, a akomodacya prawidłowa. Również oba mięśnie unoszące powieki górne nie okazywały niedowładu. Rozbieżność gałek ocznych szybko się potęgowała, tak, że chora wkrótce przestała widzieć podwójnie jedynie z powodu bardzo wielkiego rozstępu obrazków zdwojonych. Bystrość wzroku i dno oka były obustronnie prawidłowe. Autor stracił wkrótce chorą z oczu, dopiero później dowiedział się z opowiadań jej matki, że umarła wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Najprawdopodobniej była to gruźlica opon. Za tem, że niedowład nerwów okoruchowych był w tym przypadku pochodzenia nie obwodowego lecz ośrodkowego, przemawia ograniczenie sprawy tylko do nerwów okoruchowych z wykluczeniem innych nerwów mózgowych, zajęcie tylko zewnętrznych mięśni ocznych, brak zaburzeń ze strony ośrodków żrenicy i akomodacyi. Symetria w wystąpieniu objawów porażonych nie dająca się pogodzić z zajęciem obwodowych gałązek nerwowych, a wreszcie z wywiadów powzięta wiadomość o przyczynie zejścia śmiertelnego.

**Hallucynacje wzrokowe u chorej na zaćmę starczą.**  
**Zniknięcie tychże po operacyi.** (Visual Hallucinations in a Patient with Senile Cataract. Disappearance after Operation). Gon-zalez (Meksyk).

Na zjeździe heidelberskiego Towarzystwa oftalmologicznego w r. 1898, przedstawił po raz pierwszy Uthoff obszerniejsze ze-

stawienie przypadków zwiadywań wzrokowych, towarzyszących chorobom narządu wzrokowego i wywołanych przez te choroby. Były to przypadki częścią ze zmianami w ośrodkach wzrokowych z następowem widzeniem połowiczem, częścią przypadki *chorioiditis centralis*, gdzie chorzy w obrębie *scotoma centrale positivum* widywali liście, krzewy, lwie głowy, poczwary etc. W dyskusyi nad tym referatem przypomniał Hirschberg przypadek Graefe'go, gdzie chorego ociemniałego z powodu zaniku obu nerwów wzrokowych dopiero obustronne przecięcie tych nerwów uwolniło od trapiących go dniem i nocą halucynacyi. W ostatnich latach Schroeder, Bonisson, Ballet i Glenard przytaczają podobne spostrzeżenia. Autor opisuje przypadek obustronnej zaćmy starszej już dojrzałej u 50-letniej kobiety, która nigdy w życiu poważnie nie chorowała, a w szczególności zawsze była zdrową umysłowo i u której nie było w tym kierunku wcale dziedzicznego obciążenia. Alkoholowych napojów nigdy nie używała. W miarę jak zaćmy, postępujące na obu oczach równolegle, zaczęły się zbliżać do okresu dojrzałości, zaczęła też chora doznawać coraz to częstszych zwiadywań. Gdy wzrok obniżył się do ilościowego poczucia światła, halucynacje stały się tak częste i tłumne, że przed oczyma ociemniałej przesuwały się jak w kalejdoskopie coraz to nowe obrazy naprzemian, to wesołe, to smutne, to straszne. W zupełnej ciemności zdarzały się częściej chwile spokoju. Natomiast przy świetle dziennem, oraz przy oświetleniu sztucznem, podniecona wyobraźnia wzrokowa snuła złudzenia bez przerwy. Czasem widziała chora przed sobą tylko szare lub barwne desenie i arabeski bez bliżej określonej treści. Częściej jednak prześladowały ją wizye twarzy ludzkich, dziecięcych lub starszych, głowy i całe postacie zwierząt i ptaków. Widywała naprzemian to trzody owiec lub bydła, to znów tańce czarownic, bandy rozbójników i t. d. Dodać należy, że po za temi halucynacyami, z których chora zdawała sobie dobrze sprawę, ale którym nie mogła się obronić, nie było u niej w sferze psychicznej żadnych innych złoceń. Już po szczęśliwej operacyi jednego oka, a raczej po ostatecznem zdjęciu opatrunku wszystkie zwiadywania pierzeły bezpowrotnie. Autor przypuszcza, że do powstawania tych przeróżnych złudzeń przyczyniała się w tym przypadku, oprócz jakiejś wyjątkowej indywidualnej skłonności, także ta okoliczność, że soczewki okazywały przeważnie zaćmienie jądrowe, ciemno-brunatne, które znaczną część promieni przepuszczało i pozwalało chorej widzieć cienie otaczających przedmiotów, bardzo niewyraźnie, w zmienionej postaci i w zmienionych barwach.

**Soziale Medizin und Hygiene.** R. 1909. T. IV. Nr 8. (Sprawozdawca Adam Szulistański).

**Ochrona robotników przemysłowych przed oślnieniem.** (Schutz gewerblicher Arbeiter gegen Blendung). Dr F. Schanz i Dr Ing. Karl Stockhausen.

W rozmaitych zawodach narażeni bywają robotnicy na działanie jaskrawego światła. Najbardziej uderzające jednak skutki spostrzegać się dają u hutników w hutach szklanych. Widoczne są one przedewszystkiem na skórze nioszonych części ciała, szczególnie twarzy — a z ich rozległości i nasilenia wnosić można, którą stroną twarzy zwraca się najczęściej robotnik ku otworowi pieca. Przydarzają się także u nich nader poważne uszkodzenia oczu. Występują one w postaci zaćmienia soczewki, odpowiadającego ścisłe kształtem i rozmiarami żrenicy, podczas gdy cały obwód soczewki, przysłonięty tęczówką, jest zupełnie przezroczysty. Zmiany te, zupełnie różne od wszelkich innych zaćm postępujących, są tak znamienne, że nazwano je nawet »zaćmą hutników« (*Glashläserstar*).

Przyczyną tych zmian na skórze i soczewce, są według wszelkiego prawdopodobieństwa, niewidzialne, a chemicznie działające promienie ultrafioletowe. W przyrodzie bywają one np. przyczyną zgorzeli lodowcowej (*Gletscherbrand*) i ślepoty śniegowej. W lecznictwie zaś użyte być mogą do niszczenia np. ognisk chorobowych w skórze. Oprócz hutników i ludzi wystawionych na bezpośrednie działanie jaskrawych promieni słonecznych, narażeni bywają na podobne uszkodzenia także robotnicy w odlewniach i elektrowniach, w szczególności przy lampach łukowych, dozoru-jący kąpeli elektrycznych (napotnych, a zwłaszcza finzenowskich. S.), a nadto pracujący przy lampach rtęciowych (*Quecksilberdampf-lampe*), których światło, nader bogate w promienie pozafioletowe, właśnie dla tej swej właściwości, szczególnie w przemyśle fotograficznym wielorakie ma zastosowanie.

W celu ochrony przed tymi promieniami, zalecają autorowie szkło, zwane: „*Euphos*“\*). Próby, których dokonali z tem szkłem zapomocą spektrografu kwarcowego, wykazały, że nie przepuszcza ono wcale promieni pozafioletkowych. Wynika to z tabeli porównawczej, przedstawiającej widnia chłonne rozmaitych szkieł (szkło jasne, rosalinowe, niebieskie, szare i »*euphos*«), z której się okazuje, że wszystkie one, z wyjątkiem szkła »*euphos*«,

---

\*) Spiegelglas - Aktiengesellschaft in Freden a. d. Leine (szkła do okularów), Glashüttenwerke Gebr. Putzler in Penzig i. Schl. (szkła do lamp i oświetlenia).

przepuszczają promienie pozafioletowe o długości fali od 400—300  $\mu\mu$ . Nb. promienie o fali krótszej niż 300  $\mu\mu$  pochłania już sama rogówka, tak, że one wywoływać mogą tylko zewnętrzne zadrażnienie, które jednak polegować się może do t. zw. niezytu elektrycznego i ślepoty śniegowej. Promienie atoli o długości fali od 400—375  $\mu\mu$  mogą, jak to podnoszą ciż sami autorowie w innej swej pracy (>Die Wirkung der ultravioletten Lichtstrahlen auf das Auge«. Berl. klin. Wehscrift. 1909. str. 971, referat w Hygienische Rundschau 1910, nr 6), przedostawać się przez wszystkie środki łamiące, aż do siatkówki i w niej wywoływać zmiany i uszkodzenia.

Szkło »euphos jasne« ma barwę żółto-zieloną i 5 odcieni (t. j. 5 stopni jasności). Oprócz tego wyrabiają także, również w 5 odcieniach, szkło »euphos szare«, które oprócz promieni pozafioletowych, pochłania także, na wzór innych szkieł dymnych, promienie świetlne i jednostajnie światło przyziemnia.

[Nb. Od roku mniej więcej, stosujemy, nie tylko w celach ochronnych, ale i leczniczych, we wszystkich przypadkach, gdzie chodzi o powstrzymanie promieni chemicznie działających, szkła, zalecone przez Dr Hallauera i ślad hallauerowskimi zwane. Szklka te barwy, rzecz naturalna, również żółto-zielonej, i w rozmaitych odcieniach, są niezmiernie przyjemne, a chorzy bardzo je sobie chwają. Wyrabia je firma Nitsche u. Günther. Optische Industrie-Anstalt. Rathenau. Przyp. spr.]

---

**Wiestnik oftalmologii.** R. 1910. Maj. (Referent Dr M. Szafnicki).

**O stosowaniu promieni radium przeciw jaglicy.** Doc. pryw. P. Prokopienko.

Na podstawie 6-ciu przypadków ostrej ziarnistej jaglicy, leczonych promieniami *radium*, autor przychodzi do wniosku, że skutki tego leczenia są nadzwyczaj dobre. Blizny, jeśli wogóle zostają, są znacznie mniejsze, niż po leczeniu innymi środkami. Przeciętnie stosował autor naświetlanie dotkniętych jaglicą powiek przez 150—200 minut. Używał do tego celu soli bromowej *radium* w ilości 5 mg, zawartej w szklanej rurce, którą dotykał lekko miejsce dotkniętych chorobą. Naświetlał tym sposobem nie dłużej nad 7 minut, przyczem zwykle tylko jedną powiekę każdego oka. Jako nieprzyjemne powikłanie wystąpiło w dwóch przypadkach silne podrażnienie spojówek, prowadzące do powstania błonek sza-

rawych, po usunięciu których, powierzchnia lekko krwawiła. Jednak stan ten przechodził po kilku dniach bez żadnych następstw i naświetlanie można było w dalszym ciągu stosować. Bystrość wzrokowa, poczucie barw i pole widzenia było badane przed stosowaniem *radium* we wszystkich przypadkach, przyczem nigdy nie można było zauważyć najmniejszych zmian na niekorzyść w tym kierunku.

#### **Czwarty bąblowiec oczodołu.** I. E. Markow.

Autor opisuje czwarty w swej praktyce przypadek bąblowca oczodołu, który dotyczył dziewczyny 15-letniej. Opis naogół często już spotykany w literaturze. Jako rzecz dość rzadką przy tem schorzeniu należy podnieść samoistne pęknięcie pęcherza bąblowca w rok po zauważeniu przez chora, że oko rośnie, i wylanie się cieczy przez worek spojówkowy na zewnątrz. Poczem oko stale coraz bardziej wypukłało się i w tym stanie chora zjawiła się do autora. Guz dawał się wybadać w wewnętrznej części oczodołu i był wielkości jaja gołębiego. Bystrość wzrokowa na odnośnem prawem oku wynosiła  $\frac{10}{20}$ . Autorowi nie udało się usunąć całego pęcherza z powodu silnych zrostów z otoczeniem, mięśniami i nerwem wzrokowym. W okresie pooperacyjnym wystąpiła na całej skórze wysypka, zbliżona do szkarlatynowej, przyczem puls 120, wymioty, bóle głowy, podniesienie ciepłoty do  $39^{\circ}5^0$ . Stan taki utrzymywał się przez 4 dni, poczem przeszedł bez śladu. Przyczynę tego stanu autor widzi w zatruciu organizmu toksynami bąblowca.

#### **O słoniowatości powiek.** Doc. pryw. T. K. Wernke.

Autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący kobiety 28-letniej, która dotknięta jest tem cierpieniem od 4-eh lat, w którym to czasie pierwszy raz miała różę na twarzy. Róża od 4-eh lat często się powtarza, a wtedy i stan powiek się pogarsza. Zmian ogólnych w organizmie nie znaleziono. Zmiany na powiekach leczono operacyjnie i wstrzykiwaniami alkoholu 40%. Ten drugi sposób o tyle dobry, że chroni od nawrotów róży. Wstrzykiwania stosowano 1—2 razy tygodniowo przez trzy miesiące. Skutek zaś leczenia operacyjnego jest lepszy, gdyż powieka leczona tym sposobem pozostała mniej obrzękłą niż w oka drugiego, leczonego wstrzykiwaniami alkoholu. Następnie autor opisuje obraz mikroskopowy wyciętego kawałka, wykazujący, że chodzi tu obrzęk tkanki podskórnej, o czem świadczą szerokie przestrzenie między włóknami tkanki łącznej i rozszerzone naczynia krwionośne i limfatyczne.

**Zeitschrift für Augenheilkunde.** R. 1910. T. XXII. Z. 4 i Z. 5. (Referent Dr T. Berezowski).

**Zachowanie się narządu akomodacyjnego w szczególności przy osiowym przedłużeniu oka.** (Das Verhalten des Akkomodations-Apparates bei der Achsenverlängerung des Auges im Besonderen). Dr J. Kuschel.

Narząd akomodacyjny oka dzieli autor na cztery następujące części składowe: 1) Mięsień rzęskowy. 2) Soczewka. 3) Włókienka wiązadelka. 4) Ciśnienie ciała szklanego.

Czynności narządu akomodacyjnego utrzymuje w równowadze ciśnienie ciała szklanego, na które wpływa bardzo pomysłowe ułożenie włókienek wiązadelka, idących do soczewki i granicznej warstwy ciała szklanego. Mięsień rzęskowy złożony jest z dwójakiego rodzaju włókien, które nawzajem się wspomagają. Włókna okrężne zwalniają wiązadelko, włókna podłużne, kurcząc się, wywierają z boków ucisk na ciało szkliste. W początkach swych oczy są nadmiarowe i posiadają małe ciało szkliste, które odpowiednio małej potrzebuje siły uciskowej, z drugiej strony potrzeba akomodacji jest wielką. Przy rozwijaniu procesu rozszerzającego gałkę, większą jest potrzeba ucisku ciała szklanego, a mniejszą potrzeba akomodacji. W miarę rozwoju wyższych stopni refrakcji, występują zaburzenia między działaniem obu części składowych mięśnia rzęskowego. Przy braku potrzeby akomodacji odpada działanie mięśnia okrężnego, a wzmagają się działanie mięśnia podłużnego, wskutek przybytku ciała szklanego. Jedne włókna miernie ulegną przerostowi, drugie zanikowi, zależnie od tego przedstawia się stopień łamliwości soczewki. Z rozwojem krótkowzroczności w początku nadmierne napięcie wiązadelka, później ustępuje miejsca zwiotczeniu, o czym można się przekonać, oznaczając szerokość akomodacyjną. Badając zachowanie się narządu akomodacyjnego, zwracał autor uwagę na występujące rozszerzanie się, wypuklanie w okolicy tylnego bieguna gałki ocznej.

Do artykułu Bacha: „**Jądro zwieracza i droga przenoszenia odruchu świetlnego źrenicy we wzgórku czworaczym**“.  
(Zum Aufsatz Bachs: »Der Sphinkterkern und die Übertragungsbahn des Lichtreflexes der Pupille im Vierhögel«). Dr G. Levinsohn.

Autor polemizuje z wywodami Bacha twierdząc, że przy wywołaniu odruchu źrenicznego u królika warstwy ciała czworaczego aż do podstawy *Aquaeductus Sylvii*, a więc i łukowate włó-

kna, udziału nie biorą. Wyosobnione uszkodzenie jądra *Westphala* uważa za niemożliwe bez uszkodzenia sąsiedztwa, które to uszkodzenie wywołuje porażenie zwieracza. Autor twierdzi, że jądro zwieracza i unosiciela leży wewnątrz jądra okoruchowego.

**Obustronne miąższowe zapalenie rogówek po urazie w jedno oko, na tle przymiotowem.** (Doppelseitige Keratitis parenchymatosa aufluetischer Basis nach einseitigem Trauma). Dr Asmus.

Przypadek dotyczy 16-letniego ucznia ślusarskiego, któremu wpadł do rogówki lewej drobny odprysk ciała obcego, chory zgłasza się do lekarza, który rozpoznaje drobne nieco wgłębione zmętnienie po urazie ciałem obcym, które w zwykłych warunkach szybko daje się wyleczyć. Po 7-u dniach chory pojawia się znów z rozległym zmętnieniem rogówki dookoła miejsca, gdzie ugodziło ciało obce, zmętnienie to jest głębszem, tak, że nie ulega wątpliwości, że ma się zapalenie miąższowe. Wywiady wykazują, że ojciec chorego przechodził ciężki przymiot, a młodszy brat chorego ma zępy H. i nos siodełkowaty. W kilka dni później cała rogówka jakby nakłuta i zmętniona. Leczenie przymiotowe, jod i wciěrki przyczyniają się do wyleczenia chorego oka, a także i do wyleczenia prawego, które po miesiącu również zachorowało. V p. =  $\frac{6}{9}$ . V l.  $\frac{6}{6}$ .

**Przyczynek do pytania o czynnik wywołujący jaglicę.** (Beiträge zur Frage des Trachomerregers). E. Werner.

Autor badał mikroskopowo przypadki świeżej, leczonej i starej z bliznami jaglicy. Dla kontroli badał on także 25 przypadków nie jaglicowych spojówek wśród tych także prawidłowe spojówki i z różnemi ostreimi i chronicznemi chorobami. W rozmaity sposób uzyskane preparaty barwił złożonym sposobem G i e m z y, i doszedł do przekonania, że przed wielu autorów opisaną twory w komórkach (*Zelleneinschlüsse*) tylko i wyłącznie pojawiają się w jaglicy. Przechodząc wszystkie badane przez siebie przypadki, stwierdza autor, że jego wyniki badań zupełnie odpowiadają badaniom Prowazka i Halberstädtera, którzy także dokładnie opisali twory znajdujące się w komórkach przyblonka w jaglicy.

**Wiosenne zapalenie spojówki.** (Conjunctivitis vernalis). Dr E. Blaauw.

Prócz dwóch rodzajów zapalenia wiosennego, rozróżnianych przez prof. Fuchsa, podaje autor trzeci rodzaj, którego rozpoznawanie opiera się na dwóch objawach:



1) Przy odwróceniu powieki widać lekkie mleczone zmętnienie na powierzchni, które łatwo może być zdjętem, a które powstaje z włókniaka.

2) Mikroskopowy preparat z tej pseudobłony barwiącej płynem Romanowskiego względnie Lusmana, znajduje się bardzo wyraźną eozynochłonność (*eozynofilia*).

**Uświelenie objaśnienia pewnej postaci zjawiska świetlnego pochodzącego z siatkówki.** (Ein Versuch, eine Form des Eigenlichtes der Netzhaut zu erklären). Dr. Alexius Pichler.

Po nużącej pracy i spożyciu obfitego posiłku, autor położywszy się do poobiedniej drzemki, zamknawszy powieki i przysłoniwszy je rękoma, spostrzegał barwny obraz w postaci plamy barwy fioletowej, około której tworzył się pierścień żółto-zielony, lecz coraz bardziej dośrodkowo rozszerzał się, aż środkowa fioletowa plama zniknęła, a jej miejsce zajmowała plama żółto-zielona. W tej samej chwili na obwodzie tej plamy powstawał pierścień fioletowy i wnet plama fioletowa zajmowała miejsce poprzedniej i tak dalej trwało to przez pewien czas. Przylem zauważa autor, że występują tu barwy dopełniające. Podobne zjawiska spostrzegali także inni badacze, z którymi porozumiewał się autor. Widzi on w tych zjawiskach uderzającą zgodność ze zjawiskami wywoływanymi w oku zapomocą prądu galwanicznego. Ponieważ w prawidłowej siatkówce ustawicznie krążą prądy elektryczne, więc przypuszczenie, że prąd spoczynkowy siatkówki jest w przyczynowym związku z opisanymi zjawiskami, wydaje się zupełnie uzasadnionem.

**Blizny rogówkowe a zaburzenia wzroku.** (Hornhautnarben und Sehstörung). Dr. E. Ammann.

Opierając się na podobieństwie oka do t. zw. *camera obscura*, starał się autor fotografować tablice dla oznaczania bystrości wzroku, plamki na rogówce oka naśladował tem, że nalepiał na soczewkę przedmiotową przyrządu fotograficznego rozmaitej wielkości płatki papieru jedwabistego. Wskutek tego otrzymywał mniej lub więcej wyraźne obrazy na kliszy, podobne do tych, jakie powstają w oku z plamkami na rogówce. Do badań prócz tablic dla bystrości wzroku używał tablic do badania zmysłu światła (*Lichtsinntafeln*). W badaniach swoich, głównie dla celów praktycznych, jak dla obliczeń odszkodowania przy wypadkach, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Bystrość wzroku u chorych z plamkami na rogówce, jest zazwyczaj lepszą, niż lekarz badający przypuszcza, a dla dokła-

dniejszego ocenienia jej, każdy świeży przypadek powinien być po pewnym czasie powtórnie zbadanym.

2) Zwyczajnie badanie bystrości, nie wykazuje nam prawdziwej szkody, spowodowanej przez plamki rogówkowe, ponieważ nie odpowiada warunkom pracy i życia poszkodowanego. Dla dokładniejszego ocenienia szkody trzeba także badać za pomocą tablic zmysłu świetlnego (*Lichtsinn tafeln*), albo przyjąć redukcję bystrości wzroku, którą podaje na 9:1 — 0:15.

3) Trzeba oznaczyć upośledzenie obuocznego widzenia.

4) Dolegliwości podmiotowe, przy obliczaniu szkody nie mają tak wielkiego znaczenia, gdyż o tyle upośledzają zdolność zarobkowania, o ile na to wskazują zmiany przedmiotowe.

W rozprawie swej podaje autor porównawcze tablice dla łatwiejszego orientowania się.

**Przerzutowe, tryprowe zapalenie rogówki.** (*Keratitis gonorrhoeica metastatica*), Dr Asher.

A. van Lint opisał na międzynarodowym kongresie w Neapolu 1909 r. dwa przypadki *keratitis gonorrhoeica metastatica*.

Nagle wystąpiły na rogówce pęcherzyki wielkości główki od szpilki, które zamieniły się w dwóch dniach we wrzody o brzegach gwiazdkowatych. Przy tem silny światłowstręt, a brak nastrzykania rzęskowego. Po trzech dniach zablizniły się wrzody, a po 14 dniach wyjaśniła się rogówka.

Dnia 1. IV. 1909 r. rozpoznaje autor u 19-letniego młodzieńca mierne obustronne zapalenie spojówki połączone z silnym światłowstrętem, na torebce przedniej, soczewki lewego oka pojedyncze drobniutkie szare punkciki, żadnych objawów zapalenia tęczówki. Zapalenie spojówki wyleczyło się. Dopiero 17. IV. można było zauważyć silne zaczerwienienie obu ocz, nastrzyknięcie rzęskowe, łzawienie, bez wydzieliny śluzowej i bez obrzęku spojówki; silny światłowstręt. U prawego oka na środku rogówki rozległy żółtawy naciek w powierzchownych i głębszych warstwach, u lewego oka częściowo powierzchownie, częściowo głębiej położone, wielkości główki od szpilki lub ziarna prosa, ropiaste żółtawe nacieki. Źrenice silnie zwężone. Po ciepłych okładach i zapuszczeniu atropiny nacieki bladły i znikły. Tylko u prawego oka słaby ślad pozostał, chociaż chory już się wyleczył z tryprowego zapalenia stawów. U obu ocz powstała prosta nadmiarowa niezborność o skośnych osiach.

Chory na zapalenie rogówki cierpi na tryprowe zapalenie stawów, a więc na chorobę przerzutową, choć u niego ustępuje zapalenie spojówkowe, jednak występują nacieki w rogówce, które

leczą się prawie równocześnie z wyleczeniem zapalenia stawów, słusznem tedy wydaje rozpoznanie przerzutowego zapalenia rogówki.

**Przyczynek do zabiegu operacyjnego przy niezborności.** (Beitrag zur operativen Behandlung des Astigmatismus). Dr G. Winselmann.

U 16-letniego ucznia handlowego od dziecka słaby wzrok prawego oka. Badanie wykazuje V  $\frac{5}{60}$ ,  $\frac{5}{20}$  gr — 5.0 D 80° n. Wziernikiem wypada niezborność mieszana 5.0 D i to w osi cylindra 2.5 D. Hp, a pod kątem prostym 2.5 D. Mp. Wykonano cięcie zaćmowe ku górze zewnątrz, środek cięcia odpowiada końcowi najsilniej łamiącego południka. Gojenie przebiega prawidłowo bez szkieł. V  $\frac{5}{10}$ , w cztery dni później to samo, c. + 1.0 D, 80— $\frac{5}{7}$ . W 5 miesięcy później V  $\frac{5}{10}$ ; c. cyl.—1.0 D 80° n.  $\frac{5}{7}$ . Niden nr 1 czyta bez szkła. Wszelkie dolegliwości wzroku ustąpiły.

**Praca kliniczno-bakteryologiczna nad schorzeniami spojówki i woreczka łzowego, przyczem kilka przypadków zropienia gałki ocznej.** (Klinisch-bakteriologische Studie über Bindehaut und Tränensackerkraukungen nebst einigen Fällen von Panophthalmie). Dr Otto Kuffler.

Autor badał przy zapaleniach spojówkowych wydzielinę spojówkową, przy zapaleniu woreczka jego wydzielinę, a przy zapaleniu gałki ropę pochodzącą z gałki. Badanych było 727 przypadków. W badaniach swoich opierał się autor na pracach znanych badaczy, jak von Saemisch, Axenfeld, zur Nedden.

Kuffler dzieli swoje przypadki wedle znalezionych drobnoustrojów:

Diplobacilli w przypadkach	304	.	42%	
> i pneumokokki	26	.	4%	
Pneumokokki w przypadkach	55	.	8%	
Xerosis	>	41	.	6%
Staphylokokki	>	13	.	2%
Gonokokki	>	7	.	1%
Diphtheritis	>	5	.	1%
Pneumobacillus	>	1		

Wynik badania ujemny, w 274 przyp. = 36%.

Przypadki te dotyczą chorób spojówki, przyczem zauważyć należy, że nie badano przyszykowych zapaleń.

Przypadki z ujemnym wynikiem badania dotyczyły: 1. *Conjunctivitis simplex acuta*. 2. *Conjunctivitis chronica*. 3. *Conj. folliculo-catarhalis*.

Przy *conj. chr.* działały najprawdopodobniej bodźce mechaniczne i chemiczne.

40 przypadków chorób woreczka łzowego, gdzie następujące drobnoustroje znaleziono:

Same pneumokokki . . . .	17	przyp.
Pneumokokki i staphylokokki .	3	>
Pneumokokki i bacil. Influenzae	10	>
Pneumokokki i bac. Xerosis .	1	>
Streptokokki . . . . .	5	>
Koch-Weeks . . . . .	1	>
Subtilis . . . . .	1	>
Diplobacilli . . . . .	1	>
Friedländer . . . . .	1	>

W 3-ech przypadkach *panophthalmitis* jako przyczynę znalazł autor *bacillus subtilis*, a przebieg był bardzo złośliwy, w 3-ech innych *pneumokokki*, w jednym przypadku *streptococcus mitior*.

**Kliniczne i doświadczalne badania przypadków zatruc po stosowaniu atropiny u dzieci chorych na oczy.** (Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ursachen von Intoxikationserseheinungen nach Atropinanwendung bei augenkranken Kindern). Dr H. H. Elsner.

Gdy przed operacją dziecka z wrodzoną zaćmą zapuszczono do oczu po kropli  $\frac{1}{2}\%$  atropiny po 5—10 minutach zauważono nagłe przyspieszenie tętna 120—130 na minutę, wzmagające się do 150—160, napięcie prawie pełne, oddechy mało zmienione, nie tak spokojne i miarowe jak przed podaniem kropli, czasem jakby powstrzymywane, złopające. Ciepłota 36·9°—37·5° C. do niej dostosowane tętno, później powoli opada. Szczególnie uderzającym było żywe różowe zabarwienie twarzy, prawie wyłącznie policzków i podbródka, jako też i skroni. Skóra w tych miejscach napięta, błyszcząca, ciepła. Po tym przypadku wnet zauważył autor drugi przypadek dotyczący 6-letniego chłopca, gdzie wystąpiły podobne objawy, po zapuszczeniu do oka atropiny. Ścisłemu badaniu poddano w klinice, gdzie te wypadki zaszły, środki stosowane do oczu, a mianowicie dwa: 1) *Atropinum sulfuricum alb. crystal. naturale*. 2) *Atropinum sulfuricum alb. purissimum crystal. Ph.* to ostalnie sporządzone według przepisu farmakopei szwajcarskiej. Badania przeprowadzone przez chemika prof. Dr Kreisa wykazały, że środek drugi odpowiada wymogom farmakopei, pierwszy zaś zawiera w znacznej ilości lupoleyaninę, której to należy przypisać własności trujące. To samo zostało stwierdzonem badaniami, przeprowadzonemi na zwierzętach.

### III. ROZMAITOŚCI.

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie tegoroczne zebranie w czasie od 4—6 sierpnia.

Zgłoszono 49 odczytów i 26 demonstracyi.

Belgijskie Towarzystwo oftalmologiczne urządza nadzwyczajne posiedzenie w Brukseli w czasie wystawy wszechświatowej i to w dniach 24 i 25 września.

Zgłoszenia odczytów przyjmuje prof. Dr Van Duyse 65 rue basse des Champs w Gandawie-Gand, Belgii.

### IV. SPRAWY OSOBOWE.

Katedrę oftalm. w Heidelbergu po Leberze, który ustępuje, obejmie Wagenmann z Jeny, gdy pierwotnie powołany prof. Hess jej nie przyjął.

Prof. Juliusz Schroeter w Lipsku obchodził 18-go czerwca r. b. swą 70-tą, a prof. Ryszard Liebreich, dn. 1-go lipca r. b., 80-tą rocznicę urodzin.

---

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

## 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. MACHIEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNNA, 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.

Lipiec.

→ ROCZNIK DWUNASTY, \* ←

1910.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Przypadek pęknięcia oka z wyrzucającym krwotokiem u dziecka.

Podał

BOŁ. WICHERKIEWICZ.

Krwotoki wyrzucające u osób operowanych, zwłaszcza na zaćmę starczą, nie należą już dziś do rzadkości. Nie o tem więc tu wspomnieć zamierzam, ale o innego rodzaju krwotoku.

Judyn ogłasza w »Więstniku oftalmologii« (porównaj streszczenie w »P. O.« kwiecień — maj) przypadek samopowstałego pęknięcia rogówki z krwotokiem wyrzucającym u 70-letniego, ale sam przypuszcza, iż musiał istnieć wrzód rogówki, bo dotychczas nikt samopowstałego pęknięcia nie opisał.

Otóż niewątpliwie trudno sobie wystawić, ażeby gałka nawet przy wzmożonem wskutek jaskry, choćby najsilniejszym napięciu miała sama pęknąć bez urazu, bez wrzodu, bez zmian twardówki czy rogówki.

Mimo licznych wrzodów, jakie spostrzegamy u osób star-

szych, a nawet bardzo starych, z naczyniami stwardniałymi, krwotoki wyrzucające należą do wielkich rzadkości. Tem dziwniejsza, jeżeli taki krwotok zdarza się u dziecka i dla tego odnośny przypadek pozwolę sobie krótko streścić.

Słotk Wiktoryja, 3-letnia, przyprorowadzoną została przez matkę 31. V. b. r. do mej kliniki z powodu cierpienia ocznego, które rzekomo trwało już 10 dni. Dziecko nie gorączkowało, urazu żadnego nie doznało, a oczy ropiały. Matka stosowała zimne okłady z wody. Lekarza nie radziła się. Badanie wykazało u lewego oka silne przekrwienie spojówki z lekką wydzieliną ropno-słuzową. W oddaleniu półtora mm od brzegu okrężny wrzód zmętnionej rogówki, tęczęwki nie widać wskutek zmętnienia środka rogówki. Wrzód ten miejscami nacieczony, dołem wybitnie głęboki z silnie podminowanymi brzegami.

Wzięto kulturę dla badania bakteriologicznego, które później wykazało prątek ropy błękitnej, *b. pyocyaneus*.

Oplukano spojówkę 2% kwasem borowym, zapuszczono pyoktaninę, dyoninę i założono opaskę ochronną.

Już nazajutrz, a zatem 1-go czerwca, opaska była przekrwiona, a po zdjęciu okazało się, iż do niej przyczepiła się rogówka wśród skrzepów krwi widoczna. Z otworu, po wypadnięciu rogówki powstałego, występuje cała zawartość gałki t. j. soczewka, ciało szkliste, siatkówka i naczyniówka skrzepem krwawym naczyniówkowym wypychane.

W tych warunkach nie pozostawało nic innego, jak zrobić natychmiast wypaproszenie gałki, które zresztą miało przebieg prawidłowy i rychło do zakończenia sprawy doprowadziło. —

Co tu ten krwotok spowodowało, czy *haemophilia* wrodzona, czy też może krzyk niespokojnego dziecka, czy wreszcie wpływ samego prątka na głębsze części oka, a zatem na przerwę w naczyniach naczyniówki, tego stwierdzić się nie dało wobec braku badań histologicznych gałkowej zawartości, która uległa niestety przedwczesnemu zniszczeniu.

W świeżo ogłoszonej treściwej monografii zestawia Vosius\*) bardzo pilnie wszystkie z literatury znane przypadki najrozmaitszych krwotoków ocznych hemofilią spowodowanych, ale przypadku analogicznego, zdaje się, odnaleźć mu się nie udało. Natomiast dość dużo nawet u bardzo małych dzieci podaje przypadków krwawienia spojówkowego przy rozmaitych rękoczynach, to samo po irydektomiach kilka przypadków krwawienia tęczówkowego. Krwotoki wyrzucające po operacji zaćmy starczej, które nie należą do rzadkości, tylko po-bieżnie autor traktuje. Przyczyną tych ostatnich może być, jak to np. w jednym przypadku Purtscher stwierdził, hemofilia, ale częściej powodem bywa arterioskleroza wyższego stopnia.

Co w naszym przypadku było nadto rzadkim może objawem, to jest wyluszczenie rogówki w czasie względnie krótkim przez wrzód pierścieniowaty, który wedle naszego doświadczenia zawsze bywa dla rogówki złośliwym, gdy go wywołuje prątek ropy błękitnej t. j. *bacillus pyocyaneus*. Co do postaci wrzód ten podobny do wrzodu Moorena (*ulcus rodens*) jednak gdy ten ma przebieg przewlekły i zazwyczaj spód czysty, to pierścieniowaty wrzód, prątkiem błękitnym wywołany, ulega nacieczeniu, które szybko rozpad tkanki i przeżarcie rogówki z następstwami wiadomemi powoduje.

W naszym przypadku dwie więc okoliczności do złośliwego przebiegu prowadziły, t. j. rodzaj wrzodu do odpadnięcia rogówki, a prawdopodobna hemofilia do krwotoku wyrzucającego tak niezmiernie rzadkiego w tak młodym wieku.



---

\*) Die Haemophilie in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen zur Durchblutung der Hornhaut-Sammlung zwangsloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Halle, Carl Marhold 1910.



## II. STRESZCZENIA.

**Comptes rendus de la Soc. de Biol. Paris.** R. 1909. T. LXVII. R. 1910. T. LXVIII. Z. 12, 15, 18. (Refer. Edm. Rosenhauch).

**O uczulaniu spojówki pod wpływem kilkakrotnych wkraplań tuberkuliny.** (Sur la sensibilisation de la conjonctive aux instillations répétées de tuberculine). Danielopolu.

Przekonano się, że przy powtórnym zakropieniu tuberkuliny rozczyń spojówkowy występuje silniej niż za pierwszym razem. Wiadomą jest również rzeczą, że jeśli po pierwszym wkropieniu odczyn jest ujemny, występuje dodatnio po powtórnywkropieniu. Zachodzi pytanie, czy odczyn taki wystąpi też u osobników niegruźliczych. Autor badał pod tym względem 110 osobników, i doszedł do przekonania, że do tego, aby wystąpił odczyn po powtórnywkropieniu (na oku, które po pierwszym wkropieniu nie oddziaływało) musi upłynąć przynajmniej czas trzech dni. Ponieważ odczyn taki, który nosi nazwę objawu uczulenia lokalnego (*sensibilisation, anaphylaxie locale*) wystąpił w 100% przypadków u osobników służyących w wojsku, i ponieważ, zdaniem autora, trudno przypuścić, ażeby wszyscy (110) badani byli zakażeni gruźlicą — sądzi D., że znieczulenie spojówki na tuberkulinę występuje zarówno u osobników gruźliczych, jak i nie obarczonych gruźlicą. Po pierwszym wkropieniu wytwarza się nawet u ludzi zdrowych, w obrębie spojówki swoiste przeciwciało (*anticorps*), które po powtórnywkropieniu oddziaływa.

**O obudzeniu się odczynu ocznego po wstrzyknięciu tuberkuliny, która nie wywołuje odczynu ogólnego.** (Le réveil de l'oculoréaction après une injection de tuberculine qui ne provoque pas de réaction générale). Ciuca.

Autor wstrzykiwał po upływie 45 dni tuberkulinę podskórnice 6-ciu chorym, u których Danielopolu (patrz poprzedni referat) nie stwierdził odczynu ocznego po jednorazowym wkropieniu tuberkuliny do worka spojówkowego, lecz w których odczyn ten wystąpił po powtórnywkropieniu spojówki tuberkuliną. Pomimo, że u osobników tych po wstrzyknięciu tuberkuliny podskórnice temperatura się podniosła, wystąpił wyraźny powrót objawów odczynu spojówkowego, chociaż tym razem do worka spojówkowego tuberkuliny nie wkraplano.

**O pochodzeniu komórek olbrzymich typu Langhansa w gradówce.** (Sur l'origine de cellules géantes à type Langhans, observées dans le chalazion). Alezais i Peyron.

Obecność komórek olbrzymich w gradówce była dawno znana, spór toczył się tylko o ich pochodzenie. Jedni uważali je za (wory pseudogruźlicze (Baumgarten, Tangl), inni (Parisotti) za ukrytą postać gruźlicy. Na podstawie licznych preparatów mikroskopowych sądzą autorowie, że komórki te nie mają nic wspólnego z gruźlicą. Powstają zaś u ujścia przewodu gruczołu Meiboma wskutek bujania komórek, szybkiego ich podziału mitotycznego samych jąder. Wreszcie wskutek zlania się sąsiednich komórek w jeden olbrzymi twór syncyjalny, wykazujący na obwodzie pierścieniowo ułożone jądra.

**O użytku stereoskopu dla zlania obuocznego barw w różnych okolicach, a szczególnie w połowach równomiennych pola widzenia obuocznego.** (De l'emploi du stéréoscope pour le mélange des couleurs dans les différentes parties et particulièrement dans les moitiés homonymes du champ visuel commun). Berger.

Badań swych dokonywał zapomocą stereoskopu Holmesa, papierki barwne sprowadzał od Junga, optyka w Heidelbergu.

Prawie wszyscy badani odczuwali tylko zlanie się barwy różowej z zieloną jako szaro-zieloną, odczuwali też zieloną z pomarańczową jako szaro-brunatną. Przy badaniach należy barwę jaśniejszą ustawić przed okiem lepszym, gdyż w przeciwnym razie doznaje się naprzemian wrażenia jednej, potem drugiej barwy, a do zlania się nie przychodzi. Barwy ułożone przed dwiema połowami skroniowymi np. zielona po lewej stronie, a różowa po prawej, dają wrażenie obu tych barw jednej obok drugiej; te same barwy umieszczone przed nosowymi połowami dają w rezultacie odwrócenie barw. Spostrzeżenie to jest bardzo ciekawe, jest bowiem pierwszym doświadczeniem *in vivo* stwierdzającym dokładność naszych wiadomości o przebiegu włókien nerwu wzrokowego, wiadomości, które dotąd uzyskano tylko na podstawie klinicznych spostrzeżeń hemianopsyi i materiału sekcyjnego.

**Trzeszcz gałki w następstwie wycięcia gruczołu tarczowego.** (De l'exophtalmie consécutive à la thyroïdectomie). Gley.

W poprzednich pracach opisywał autor zmiany myksoedematyczne, jakie występowały u królików po wycięciu gruczołu tarczowego. W niniejszej pracy zwraca uwagę na trzeszcz gałki, jaki

po tym zabiegu występuje. Przecięcie nerwu sympatycznego szyjnego powoduje zmniejszenie się trzeszczu po stronie przecięcia. Te fakty dowodzą, jak chwiejne i niepewne są nasze hipotezy tłumaczące trzesch galek nadmierną produkcją gruczołu tarczowego (*hyperthyroidisation*).

Autor sądzi, że w jego doświadczeniach trzesch można wytłumaczyć w następujący sposób: wydzielina gruczołu tarczowego wpływa tamująco na nerw sympatyczny. Gdy gruczoł ten usuniemy, zabraknie tego wpływu tamującego i przychodzi do zaburzeń, jak trzesch galki i in. Ale i to, mówi autor, jest też tylko hipotezą.

**O uczuleniu organizmu ludzkiego zdrowego, pod wpływem powtarzających się wstrzykiwań tuberkuliny.** (*Sensibilisation de l'organisme humain normal aux injections répétées de tuberculine*). Slatineanu, Danielopolu i Ciuca.

W poprzednich pracach donosili autorowie, że na 57 żołnierzy, którym podskórnie wstrzyknięto 4 mg tuberkuliny, 37-u reagowało. Pozostałym 20 wprowadzono po 14 dniach powtórnie 1 mg tuberkuliny. Wszyscy oddziaływali dodatnio na tę drugą dawkę czterokrotnie mniejszą od pierwszej, na którą weale nie oddziaływali. Reakcją była dodatnią nie tylko pod względem podniesienia się ciepłoty, ale i w miejscu wstrzyknięcia wytworzył się w skórze obrzęk, zaczerwienienie, bolesność.

Ten fakt naprowadza autorów na myśl, że powtarzające się wstrzykiwania tuberkuliny mogą uczulić nie tylko organizm z ukrytym ogniskiem gruźliczym, ale nawet zupełnie gruźlicą nie zakażony. Jeśliby zdanie to znalazło w dalszych badaniach potwierdzenie, wynik dodatni prób tuberkulinowych nie zawsze byłby pewnym wskaźnikiem zakażenia gruźliczego.

---

**Klinische Monatsblätter f. Ak.** R. 1910. R. XLVIII. marzec. (Referent Dr Liebermann).

**Przyczynek do nauki o przybrzeżnym zwyrodnieniu rogówki.** (Weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Randdegeneration der Hornhaut). Dr R. Seefelder — Lipsk.

Badania mikroskopowe wykazują, iż pierwotną zmianą jest stłuszczenie komórek rogówkowych w głębszych warstwach położonych.

**Herpes corneae menstrualis.** (Herpes corneae menstrualis). Dr Henning Rønne — Kopenhaga.

Zawsze w 5 dni po menstruacji chora, 42-letnia kobieta, dostawała zapalenia oka prawego. Rozpoznanie kliniczne było *keratitis superficialis punctata o. d.* Znamieniem dla przebiegu choroby była peryodyczność i różnorodność wyglądu, gdyż obok pęcherzyków widać było i powierzchownie położone plamki.

**Związek między chorobą Mikulicza a gruźlicą i pseudoleukemią.** (Ueber Beziehungen der Mikulicischen Krankheit zur Tuberkulose und Pseudoleukämie). Prof. Dr B. Fleischer — Tybinga.

Autor przechyła się do zdania, iż większość przypadków przebiegających pod postacią choroby Mikulicza jest łagodną postacią gruźlicy.

---

**Revue Générale d'Ophtalmologie.** R. 1910. Nr 1, 2, 4, 5 i 6. (Ref. K. W. Majewski).

**Próba leczenia tuberkuliną doświadczalnej gruźlicy ocznej.** (Essai de tuberculinothérapie oculaire expérimentale). Rollet i Aurand — Lyon.

Gdy w roku 1890 Königshöfer, Leber i inni, zaczęli w przypadkach gruźlicy ocznej stosować starą, pierwotnie przez Kocha podaną tuberkulinę, próby te zostały wkrótce zarzucone z powodu zaostrzenia towarzyszącej zwykle gruźlicy płuc. Zresztą Baumgarten wykazał doświadczalnie na królikach brak wszelkiej wartości leczniczej tej tuberkuliny, przynajmniej odnośnie do gruźlicy ocznej. W r. 1897 podał Koch swą nową tuberkulinę (TR), posiadającą już niewątpliwie własności lecznicze. Tę stosowali i dotąd stosują liczni autorowie także w przypadkach gruźlicy ocznej, jakkolwiek i co do jej skuteczności zdania są jeszcze podzielone. W najnowszych czasach pojawiła się trzecia już z rzędu ulepszona tuberkulina, wytworzona również w pracowni Kocha, t. zw. tuberkulina BE (emulsja bakteryjna). Jest to zawiesina z prątków gruźliczych rozartych, rozgniecionych i zmacerowanych w mieszaninie wody i gliceryny w równych częściach. Zawiesina ta zawiera istoty bakteryjnej  $\frac{1}{2}\%$  czyli 5 miligramów w jednym  $\text{cm}^3$ . Ponieważ działa ona o wiele silniej od tuberkuliny TR, przeto używa się jej w 5-ciu różnych co do stopnia rozcieńczeniach.

Rollet i Aurand zdają obecnie sprawę ze swych badań doświadczalnych na królikach, u których przez szczepienie wytwarzali gruźlicę tęczówki i porównywali następnie przebieg jej u królików leczonych tuberkuliną BE z przebiegiem u świadców nieleczonych. Wyniki tych doświadczeń streszczają oni w następujących wnioskach: Nowa tuberkulina BE, wstrzykiwana w dawkach małych i bardzo powoli zwiększanych, aż do 50 mm<sup>3</sup>, nie jest dla królika szkodliwą, bo albo nie wpływa na wagę ciała, albo ją nawet podnosi. Podniesienie ciepłoty przy dawkach maksymalnych 50 mm<sup>3</sup>, wstrzykiwanych raz na tydzień, pojawia się z reguły dopiero po miesiącu, a więc po czwartym wstrzyknięciu i waha się między 0,3<sup>o</sup> do 1<sup>o</sup>. Tuberkulina BE działa w sposób korzystny na przebieg doświadczalnej gruźlicy tęczówki i w pewnej mierze przyspiesza gojenie się gruzelków, ale nawet w razie zupełnego ich wygojenia nie zapobiega uogólnieniu się gruźlicy. U świadców nieleczonych gruzelki wyjątkowo goją się samoistnie, natomiast do rozsiania gruźlicy po wewnętrznych narządach, zwłaszcza w wątrobie, przechodzi niemal w każdym wypadku.

**Leczenie opadnięcia powieki zapomocą blepharopexia frontalis à ciel ouvert.** (Traitement du ptosis par la blépharopexie frontale à ciel ouvert). Rollet.

Autor od szeregu lat operuje wrodzone opadnięcie powieki górnej sposobem Panas'a, który, jak wiadomo, polega na doprowadzeniu szerokiego płata skórno-powiękowego górnej powieki do cięcia wzdłuż łuku brwiowego i przyszytych tego płata do górnego brzegu owej rany na łuku brwiowym. W ten sposób wszyty płat ma pośredniczyć w działaniu mięśnia czołowego na powiekę górną. W ostatnich czasach profesor Rollet zmodyfikował tę metodę operacyjną w następujący sposób. Płat skórny na powiece górnej wycina tak samo jak Panas. Po wykonaniu jednak cięcia na łuku brwiowym i oddzieleniu skóry od podstawy poniżej tego cięcia aż do płata powiekowego, przecina ten mostek skórny w środku cięciem pionowym i odłożywszy na prawo i na lewo oba w ten sposób powstałe boczne płaty, przesuwa górną krawędź trapezoidu, wyciętego ze skóry powieki ku górze i przytwierdza ją dwupiętrowym szwem kałgutowym do warstwy mięsnej podskórnej czoła, a jedwabiem lub nitkami stalowymi do górnego brzegu skórno-powiękowego cięcia brwiowego. Nakoniec prawdopodobnie (bo niema w artykule o tem wyraźnej wzmianki) zeszywa napowrót ponad przesuniętym w ten sposób płatem powiekowym, rozcięty poprzednio mostek skórny. Operując w ten sposób *à ciel ouvert* jest w stanie z daleko większą dokładnością założyć szwy głębokie, tak, aby

działanie mięśnia czołowego zostało istotnie przeniesione na powiekę górną. Prócz tego modyfikacja ta zapewnia jeszcze i inne korzyści mianowicie ułatwia rychłozrost, daje wyniki trwalsze i pod względem kosmetycznym lepsze, niż pierwotna operacja Pansa.

**Scotoma centrale wskutek spojrzenia w słońce.** (*Scotome hélioplégique*). Kazimierz Majewski.

Spostrzeżenie ogłoszone przed rokiem w języku polskim (Post. okul. r. 1909 nr 1), zostało w obecnym artykule uzupełnione opisem dalszych losów oczu chłopca, który nierozwagą swą przypłacił utratą widzenia naosiowego. Podczas gdy do chwili ogłoszenia przypadku w »Postępie«, t. j. w pół roku po doznaniem olśnienia tarczy nie okazywały jeszcze żadnych widocznych zmian, to następnie (w r. 1909) po przyjęciu chorego do kliniki okulistycznej Prof. Wicherkiewicza stwierdzono niewątpliwie częściowy zanik nerwów wzrokowych, który świadczy o daleko idącym zniszczeniu wrażliwych składników siatkówki przez doznane *fototrauma*. Zniszczenie to wywołało z biegiem czasu wstępujący zanik następowały makularnych włókien nerwu wzrokowego. Wobec tego obrotu rzeczy spostrzeżenie to pokrywa się poniekąd ze spostrzeżeniami Dr Menacho, który już przy *scotoma heliectipticum* widywał i zanik nerwu wzrokowego i inne wybitne zmiany anatomiczne. Toż samo zgadza się ono z wynikami badań doświadczalnych Czernego, Widmarka i Deutschmana sprzeciwia się natomiast spostrzeżeniom i doświadczeniom Lescarret'a i Aubaret'a, którzy właśnie brak zmian wziernikowych uważają za najbardziej znamieny rys kliniczny w przypadkach *scotoma phototraumaticum* (czy to *heliectipticum*, czy *helioplegicum*).

**Przypadek zwapnienia spojówki.** (*Sur un cas de conjonctivite pétrifiante*). Peretz z Kairu.

W r. 1895 opisał Leber pod nazwą *conjunctivitis petrificans* nieznaną dawniej zmianę spojówki, polegającą w pierwszej linii na jej zwapnieniu. Jest to cierpienie bardzo rzadkie, bo od owego czasu do obecnej chwili zawiera literatura okulistyczna zaledwie 6 lub 7 podobnych spostrzeżeń. Autor opisuje nowy przypadek tego rodzaju, jaki spostrzegął zeszłego roku w Kairze.

U 36-letniego kowala, włoskiego pochodzenia, ogólnie zdrowego i nie nadużywającego alkoholu, wystąpiła na obu oczach ciężka jaglica z łuszczką i naciekami na rogówkach. Chory z początku leczył się u innego okulisty, który na obu oczach wykonał wycięcie górnych załamek. Dopiero w pół roku potem zgłosił się do autora, który znalazł na obu oczach jaglicę w okresie zbliżno-

wacenia, a u lewego oka duże ognisko zwapienia w spojówce powieki górnej. Ognisko to mniej więcej prostokątne ( $20 \times 4$  mm) zajmowało miejsce wyciętego załamka górnego. Miało ono barwę kredowo-białą, powierzchnię drobnoziarnistą, jakby krystaliczną i znaczną twardość. Ta warstwa wapienna nie wystawała ponad poziom otaczającej spojówki i odnosiło się wrażenie, że jej grubość jest dość znaczna. Inne części spojówki okazywały mierny stopień podrażnienia zapalnego. Autor zastosował pędzlowanie zwapieniałego miejsca 2½% roztworem bęźdzwinianu litowego (*Lithium benzoicum*) wykonywane dwa razy dziennie. Pod wpływem tego środka warstwa wapienna cieniżała z dniem każdym, potem w kilku miejscach odsłoniło się już tkankowe jej łożysko łatwo krwawiące. Po dalszych kilku dniach leczenia pozostały tu i ówdzie małe wysypki złogów wapiennych, a wreszcie i te znikły nie pozostawiając śladu. Równocześnie wzmogły się objawy zapalne ze strony całej spojówki, które ostatecznie ustąpiły pod wpływem lapisu. Wśród tego leczenia lewego oka pojawiło się na oku prawem najpierw jedno, potem drugie odosobnione ognisko zwapienia w spojówce powieki górnej. Autor umyślnie nie przystąpił od razu do pędzlowania bęźdzwinianem litowym, ażeby mógł śledzić rozwój tej zmiany patologicznej, nie przyczyniającej zresztą choremu żadnych nowych dolegliwości. Po pewnym czasie pojawiło się jeszcze trzecie ognisko zwapienia na załamku półksiężycowym. To ostatnie znikło wkrótce bez leczenia, dwa pierwsze jednak powiększały się stale, tak, że autor wreszcie zastosował *lithium benzoicum*, które rozpuściło te złogi podobnie jak na oku lewym. Rozbiór chemiczny odkruszonych kawałeczków wapiennej masy, okazał, że składała się ona podobnie, jak w przypadkach Lebera, Reifa, Poseya i Saemisch'a przeważnie z fosforanu i z węglanu wapniowego. Cząsteczki tych złogów wrzucone do wyżej wspomnianego roztworu bęźdzwinianu litowego rozpuszczały się w nim z łatwością. Z powodu tej własności rozpuszczania soli wapniowych zalecił Mazet roztwór *lithium benzoicum* do wyjaśniania plam i zaćmień rogówki powstałych w następstwie sparzenia wapnem. O ile leczenie *conjunctivitis petrificans* jest dzięki temu roztwornikowi wielce ułatwione, o tyle etiologia tej rzadkiej zmiany pozostaje nadal niewyjaśnioną i wymaga dalszych szczegółowych badań.

**Obustronny otok śluzowy zatoki czołowej.** (Mucocèle bilatérale du sinus frontal). True i Lemoine.

Autorowie operowali u 64-letniej kobiety dużych rozmiarów otok śluzowy lewej zatoki czołowej, tworzący guz, który sterczał ku przodowi na 3 cm poprzez płaszczyznę czoła i spychał gałkę

oczną lewą silnie ku dołowi i ku zewnątrz. Sprawa chorobowa rozwijała się już od lat 8-miu i przez ucisk doprowadziła lewy nerw wzrokowy do zupełnego prawie zaniku. Wśród operacyi pokazało się, że i prawa zatoka czołowa była wypełniona tą samą ciągnącą się treścią śluzową, żółto-brunatnej barwy, zawierającą kryształki cholesteryny i wielką ilość limfocytów. Ogromnie powiększona jama lewej zatoki okazywała zgrubienie i wystawanie bocznych ścian kostnych, tak, że trzeba było je oddłutować, ażeby się dało ubytek łatwiej przykryć skórą. Natomiast górna i tylna ściana kostna była zupełnie zniszczona, tak, że na przestrzeni wielkości monety 5-ciofrankowej odsłonięta była opona twarda, przez którą można było widzieć oraz wyczuć tętnienie mózgu. Po wypróżnieniu jamy otoku i wyskrobaniu jej ścian założono sączek w dolny kąt zaszytej rany skórnej, poczem wygojenie odbyło się szybko i bez ropienia, a gałka oka lewego wróciła bez mała do swego prawidłowego położenia.

Jako szczególne znamiona tego przypadku podnoszą autorowie w pierwszym rzędzie późny wiek chorej. Pierwsze objawy cierpienia wystąpiły w 56 roku życia, gdy wiemy, że w przeważnej liczbie przypadków otok śluzowy zatoki czołowej występuje w latach młodzieńczych lub nawet w dzieciństwie, prawdopodobnie w związku z wrodzonymi nieprawidłowościami anatomicznymi np. z wrodzonym brakiem komunikacyi między jamą czołową a jamą nosa. W powyższym przypadku stwierdzili autorowie również brak wszelkiej komunikacyi z jamą nosa i nie starali się operacyjnie ją przywrócić z obawy następowego zakażenia jamy, której treść tak wydobyta przy nakłuciu próbnem, jak i przy samej operacyi, okazała się przy badaniu bakteriologicznem zupełnie jałową. Obecność w tej treści licznych limfocytów przemawia, że jednak sprawa chorobowa w samych swych początkach miała prawdopodobnie tło zakaźne. Nakoniec przypadek autorów wyszczególnia się i tem także, że otok śluzowy, występujący z reguły jednostronnie, zajął tutaj po zniszczeniu kostnej przegrody obie zatoki czołowe, co-prawda w bardzo nierównym stopniu.

**Nowy elektromagnes olbrzymi do wydobywania ciał obcych magnetycznych z oka.** (Un nouvel électro-aimant géant pour l'extraction des corps magnétiques intra-oculaires). Rollet.

Autor posługiwał się dawniej ręcznym elektromagnesem Hirschberga w ostatnich latach zaczął używać elektromagnesu Haaba, ten ostatni jednak w ciągu jednego roku w trzech przypadkach ciał obcych żelazistych w oku zawiódł do tego stopnia, że nie tylko odprysków nie wydobyto, ale jeszcze wskutek silnego



zadrażnienia trzeba było wykonać enukleację. Mimo tego Rollet jest zwolennikiem wielkich magnesów, ale doszedł do przekonania, że ich siła przyciągająca musi być jeszcze o wiele większa niż elektromagnesu Haaba. Istnieją różne modele magnesów o sile już znacznie zwiększonej. I tak magnes Maywega unosi 70 kg, Schenkla 100 kg, nowy model elektromagnesu Haaba 138 kg. Magnesy te jednak, jak również modele podane przez Schlössera i Mellingera mają tę, zdaniem Rolleta, ujemną stronę, że ustawione są poziomo, przez co manipulacja nimi jest dość utrudniona, przytem chorey, którego oko musi być do bieguna zbliżone, częstokroć doznaje przytem w ranie silnego bólu, cofa mimowoli lub uchyła głowę. Przytem w wykonywaniu całego zabiegu na chorym w pozycji siedzącej jest utrudnione, a przynajmniej niewygodne. Dlatego korzystniejsze są o wiele elektromagnesy zawieszane pionowo i pozwalające operować chorego leżącego na operacyjnym stole. Do takich należy magnes Volkmanna, ale i ten nie całkiem jest poręczny, ponieważ jest nieruchomo przytwierdzony do ściany. Niedogodność ta usuniętą jest w przenośnym olbrzymim elektromagnesie Moreau mogącym unieść 150 kg. Gayet wiesza elektromagnes Haaba w kierunku pionowym u sufitu na metalowych sznurach i podnosi go lub obniża w miarę potrzeby zapomocą wielokrążka. Zawieszenie to nie wydaje się Rolletowi dość pewne i trwogą przejmuje go myśl, co by się stało, gdyby ciężar taki spadł na głowę operowanego. To też zbudował on silne rusztowanie z dwóch pionowych dętych słupów połączonych u góry poziomem ramieniem, dźwigającym olbrzymi elektromagnes zawieszony pionowo i umocowany w sposób wykluczający wszelką obawę. Mimo tego słabe dotknięcie wystarcza, aby tej masie żelaza nadać dowolne ułożenie, jest ona bowiem obracalna dookoła osi przechodzącej przez jej środek ciężkości. Nadto przez okręcanie odpowiedniej śruby można elektromagnes ten w całości podnieść lub obniżyć w granicach 20 cm. Siła unosząca tego elektromagnesu jest olbrzymia, może on bowiem udźwignąć 385 kg, a zatem ciężar conajmniej pięciu dorosłych mężczyzn. Całe rusztowanie wykonane jest z twardego aliażu miedzi i daje się przesuwac na swej szerokiej podstawie tak, że można je z łatwością ustawić nad łóżkiem chorego, lub nad stołem operacyjnym i biegun magnesu zbliżyć z góry do oka osoby leżącej. Siła przyciągająca daje się dowolnie zmniejszać lub powiększać zapomocą reostatu umieszczonego obok przyrządu. W chwili zamknięcia prądu zaświeca się mała lampka elektryczna jako sygnał, że elektromagnes rozpoczął działanie, a gaśnie z chwilą przerwania prądu. Autor spodziewa się po tym nowym olbrzymim magnesie dobrych usług nawet

w tych przypadkach, gdzie nie dopisywały nawet najsilniejsze elektromagnesesy dotychczasowe.

**Więstnik oftalmologii.** R. 1910. Czerwiec. (Referent Dr M. Szafnicki).

**Przyczynek do powstawania szczątkowych kolobomów.** Dr med. K. H. Orłow.

Autor opisuje przypadek dotyczący oczów psa. Na tęczówce oka prawego barwy ciemno-brązowej w dolno-zewnętrznym kwadrancie biała plama o granicach ostrych z odcieniem niebieskawym, ułożona najdłuższym wymiarem w promieniu tęczówki i sięgająca od *limbus* do brzoju wolnego tęczówki, szerokość największa 3 mm. Na lewym oku podobna zmiana, lecz mniejsza, ułożona między *circulus arteriosus min.* a *maj.* Po przecięciu gałek przekonał się autor już przy patrzeniu przez lupę, że ciałko rzęskowe w miejscu odpowiadającem opisanym zmianom w tęczówkach, ma jaśniejszą barwę. Mikroskopowo stwierdził autor wybitne zmiany w budowie tęczówki. W warstwie komórek gwiazdkowatych i wrzecionowatych zupełny brak tych tworów, natomiast silny rozwój tkanki łącznej. Warstwa naczyniowa silnie tkanką łączną prze-rośnięta, same zaś naczynia o ścianach zgrubiałych. W odpowiednich miejscach ciała rzęskowego w tkance łącznej między mięśniami ułożonej zupełny brak komórek barwikowych. Po zatem w pozostałych częściach oczu obu brak innych zmian. Przyczynę tych zmian widzi autor zgodnie z Nicatiem w działaniu bliżej nieznanego szkodliwego czynnika w tym okresie rozwoju płodu, gdy nie zdążyły się wytworzyć pierwotne pęcherzyki oczne. Małe nasilenie zmian w tęczówkach tłumaczy autor nieznacznem działaniem czynnika szkodliwego lub też silną tendencją tkanek do rozwoju w pewnym kierunku. W każdym razie moment szkodliwy zadziałał już wtedy, gdy *pars ciliaris et iridica retinae* się wytworzyły, bo zmian w tych częściach autor nie znalazł.

**Badanie wzroku uczniów trzech szkół miasta Sarmary.** I. E. Markow.

Autor zbadał 1385 uczniów trzech 7-klasowych szkół. Sam przyznaje, że badania nie wykonał ściśle, gdyż badanych ze wzrokiem powyżej normy, a posiadających mały stopień dalekowzroczności, nie poddawał ściślejszemu badaniu po zapuszczeniu atropiny. Autor bardzo szeroko uwzględnia odnośną literaturę, sam zaś przy-

chodzi do wniosków ogólnie znanych co do powstawania krótkowzroczności. Praca nie oryginalnego nie przedstawia.

### W sprawie powstawania urazowych oczodołowych porażeń mięśni ocznych. K. M. Tamaruszew.

Autor opisuje przypadek urazu gałki lewej u pewnej kobiety, który spowodowany był tępą siłą i wywołał prócz wypuklenia się gałki ku przodowi, krwiaka podspojówkowego, skaleczenia spojówki górą po nad *limbus*, porażenie *m. recti super.* Po półrocznych spostrzeżeniach wykonano zabieg operacyjny, przyezem stwierdził autor, że porażony mięsień miał zerwane ścięgno. Po zeszyciu ruchy gałki zostały prawie zupełnie przywrócone.

---

**Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. R.**  
1910. T. LXV. Z. 3. (Sprawozdawca Adam Szulistański).

**Farmakologiczne i bakteryologiczne badania przetworów srebra, używanych w leczeniu rzeżączki.** (Pharmakologische und bakteriologische Untersuchungen über die bei Gonorrhöabehandlung zur Verwendung gelangenden Silberpräparate). Dr Conrad Siebert — Berlin, Charlottenburg.

Dobry środek przeciwrzeżączkowy powinien, według Neissera, odpowiadać następującym warunkom: 1) posiadać odpowiednią siłę bakteryobójczą względem dwoinek, 2) przez brak oddziaływania na białko i chlorki mieć zdolność wnikania w głąb tkanek, 3) nie drażnić zbytnio chorej błony śluzowej.

Chcąc z tego punktu widzenia ocenić środki, obecnie przeciw rzeżączce używane, podzielił je autor na grupy, wedle ich składu i właściwości chemicznych — przekonał się bowiem, że przyroda chemiczna i siła bakteryobójcza tych środków, pozostaje w pewnym, ściśłym z sobą związku.

**I. Nieorganiczne związki srebra:** 1) fluorek srebra (85·0% srebra), 2) azotan srebrowy (63·5% Ag.).

**II. Sole kwasów organicznych:** 3) Ichtargan (33·04% Ag. z kwasem sulfo-ichtyolowym), 4) Aktol (44·35% Ag. z kwasem mlekowym), 5) *Itrol* (59·56% Ag. z kwasem cytrynowym).

**III. Połączenie srebra z białkiem:** 6) *Argonin* (3·5% Ag.), 7) *Protargol* (8·2% Ag.), 8) *Nargol* (8·99% Ag.), 9) *Largin*

(10·1% Ag.), 10) *Novargan* (10% Ag.), 11) *Argyrol* (20% Ag.), 12) *Sophol* (20% Ag.), 13) *Argentumnuclein* (28·18% Ag. z parakazeiną).

IV. Inne organiczne połączenia srebrowe: 14) *Argentamin* (roczyn arg. mitr. w etylendiaminie, ma 5·35% Ag.), 15) *Albargin* (połączenie podwójne arg. mitr. z gelatozą, zawiera 13 64% Ag.).

V. Kolloidowe przetwory srebrowe: 16) *Lysargin* (80 0% Ag.), 17) *Kollargol* (80% Ag.).

Ważnem dla badań bakteriologicznych jest, że wszystkie te połączenia srebrowe, można, stosownie do zachowania się ich względem soli kuchennej, białka i siarkanu amonowego, podzielić na dwie wielkie grupy.

A) Fl. Ag.,  $\text{AgNO}_3$ , *ichtargan*, *actol*, *itrol* i *argentamina*, które oddziałują na powyższe ciała, tworząc z niemi strąty i zmętnienia, czyli, że wszystkie te połączenia dają w roczynach wodnych wybitną reakcyę jonową, t. zn., że po rozpuszczeniu w wodzie, może srebro w nich zawarte, naładowywać się elektrycznością dodatnią.

B) *Argonina*, *protargol*, *nargol*, *largin*, *novargan*, *sophol*, *nucleina srebra*, *albargina*, *argyrol* i *kollargol*, które nie dają tego znamienego oddziaływania jonowego. Srebro w nich zawarte, jest albo utajone, albo też istnieje jako elektrycznie obojętny kolloid.

Następują doświadczenia co do zdolności bakterjologicznej powyższych przetworów srebrowych względem dwoinek. Chodziło w nich przedewszystkiem o oznaczenie granicy zagęszczenia roczynu srebra, który napewno zabija gonokoki. W tym celu przygotowywano w wyjąłowych probówkach roczyn przetworów srebra, o rozmaitem nasileniu (od 1:10.000 do 1:200), wlewano do nich zawiesinę przesączoną, świeżych, 24-godzinnych hodowli gonokoków (1 części *ascites* i 2 części wody przekroplonej) w ilości 1 cm, wstawiano je następnie do cieplarki na 5, 10 i 15 minut, a wreszcie przeszczepiano z każdego roczynu po 2 próbki na świeży *agar-ascites*. Każdą rurkę badano po 24, 48 i 72 godzinach, a dopiero ostatni wynik uważano za stanowczy. Jako zabójczy uznawano ten roczyn, w którym po czterokrotnem powtórzeniu doświadczeń, nie zdołano wykazać ani śladu wzrostu, a próbne szczepienia dawały wynik ujemny.

Wyniki (zestawione w przejrzystych tablicach) były następujące: z pięciu powyższych grup, pierwsze miejsce zajmują sole

srebrowe kwasów organicznych, wszystkie bowiem trzy przetwory zabijają w 5 minutach dwoinki napewno w rozczyznach 1:2000. Po nich bezpośrednio idą nieorganiczne sole srebrne (Ag. Fl. 1:2000, Ag. NO<sub>3</sub> 1:1000). Następne miejsce zajmuje grupa argentaminy (1:1000) i albarginy (1:700), podczas gdy działanie srebra kolloidowego jest już słabsze (1:500). — W powyższych czterech grupach waha się zdolność bakterycydy pojedynczych środków wśród dość szczyptych granic. Dość znaczna różnica panuje natomiast w grupie III. Uderza przedewszystkiem słabe działanie argoniny, argyrolu i nukleiny srebra (1:200). U argoniny przyczyną byłoby mogła mała zawartość srebra (3·5%), dwa inne, według przypuszczenia autora, nie są właściwie białkanami srebrowymi, lecz przetworami kolloidowymi srebra, zawierającymi białko. W tem też upatruje autor przyczynę słabego ich działania. Z pozostałych przetworów tej grupy, względnie najsilniej działa *notargan* (1:1000) i przewyższa, prawdopodobnie dzięki większej zawartości srebra (10%), *protargol* (1:700), który ma tylko 8·3% srebra. Niezrozumiałą natomiast jest niska stosunkowo wartość bakterycydy *sopholu* (1:700), zawierającego aż 20% srebra.

Z porównania wyników okazuje się, że zdolność bakterycydy zależy przedewszystkiem od sposobu związania atomów srebra w danym przetworze. Połączenia jonowe srebra działają najenergiczniej. Obecność ichtyolu w ichtarganie i etylenodiaminy w argentaminie, potęgny wpływ odkażający tych środków. Połączenia, w których srebro związane jest z drobinami białka działają słabiej — najslabiej zaś czysto metaliczne połączenia kolloidowe. Na różnicę działania pojedynczych środków tej samej grupy, zdaje się wpływać procentowa zawartość srebra.

Druga seria doświadczeń miała wykazać wpływ powyższych przetworów srebrowych na pożywkę, czyli podłoże. W tym celu wlewano na skośnie skrzepły *agar-ascites* dany rozczyzn srebra (w rozcieńczeniu, używanem w leczeniu rzeżączki), po 5 minutach zlewano go, opłukiwano pożywkę trzykrotnie wodą wyjałowioną i zaszczipiano wreszcie obficie hodowle gonokoków. Probówki szły na trzy dni do cieplarki; po upływie tego czasu uznawano wynik za ostateczny.

Wyniki tych doświadczeń są nader interesujące. Okazało się przedewszystkiem, że pojedyncze środki, należące do tej samej grupy, oddziałują jednakowo, a dalej, że w przeciwieństwie do poprzednich doświadczeń, najwydatniejsze działanie, wykazuje grupa białkanów srebra i połączenia kolloidowe. One tylko, wnikając głęboko w podłoże, powstrzymują zupełnie rozwój rozsianych kolonii, natomiast połączenia jonowe t. j. sole nieorganiczne, połączenia

srebrówce z kwasami organicznymi, oraz argentamina i albargina, nie powstrzymują wcale rozwoju kolonii gonokoków, lecz nieznacznie tylko go ograniczają. Przyczyny tego należy szukać w oddziaływaniu tych połączeń na NaCl, z którym tworzą nierozpuszczalny AgCl.

W końcowem zestawieniu przestrzega autor przed bezkrytycznem i dosłownem przenoszeniem laboratoryjnych doświadczeń na człowieka, stwierdza jednak, że teoretyczne rozumowania składają się do dania pierwszeństwa w leczeniu rzeżączki tym przetworom, które w używalnych rozcieńczeniach posiadają obok dostatecznej siły bakterjocytojęzycznej, także wpływ na pożywkę t. j. wnikają w głąb podłoża i czynią je niesposobnem dla rozwoju dwoniek. Właściwości te okazują w stopniu względnie najwyższym połączenia srebra z białkiem, t. j. *argentina*, *protargol*, *nargol*, *larginina* i *novargan*.

Są to właśnie te przetwory, które zdobyły sobie już w praktyce prawo obywatelstwa.

W dodatku znajduje się praca Małgorzaty Stern pod tytułem: »Badania porównawcze o działaniu trującym niektórych nieorganicznych i organicznych soli srebrnych na *Paramaecium Aurelia*«, z której się również okazuje, że działanie trujące białkanów srebra na komórki żyjące jest mniejsze, aniżeli jonowych połączeń srebra.

---

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### Towarzystwo oftalmologiczne paryskie.

[Referent K. W. Majewski].

Posiedzenie z dnia 25-go listopada 1909.

Levi. Znaczenie zapalenia opon mózgowych dla patogenezy zapalenia i zaniku nerwu wzrokowego.

Prelegent przedstawia preparaty anatomiczne, wykazujące przejście sprawy zapalnej z opon mózgowych na nerw wzrokowy. Badanie szeregu skrawków wykazało dookoła nerwu wzrokowego gruby płaszcz z limfocytów, które wnikały w wielkiej liczbie

w tkankę nerwową, a tam, gdzie się gromadziły najgęściej, widać było wyraźny zanik włókien nerwowych. Powyżej *chiasma* to wnikanie limfocytów odbywa się na znacznie mniejszą skalę, gdyż tkanka nerwowa jest tu bardziej zbita i mniej unaczyniona. Zupełnie taki sam obraz rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego spotykał L. we wielu przypadkach wjadu rdzenia i porażenia postępowego. Stwierdził on w tych przypadkach: 1) że zwyrodnienie nerwu wzrokowego zaczyna się na obwodzie i posuwa się dośrodkowo, 2) że pochewki nerwu wzrokowego poniżej *chiasma* okazują silne nacieczenie limfocytami, 3) że *tractus opticus* dłużej opiera się temu nacieczeniu i zanik włókien nerwowych w jego obrębie ma również charakter dośrodkowy, czyli wstępujący. Zachodzi jednak pewna różnica między patogenezą zaniku nerwu wzrokowego w przypadkach zapalenia opon mózgowych, a takimże zanikiem na tle wjadu, lub porażenia postępowego. Punktem wyjścia zmian w nerwie przy *tubes* lub *paralysis progressiva* jest prawie zawsze wybitna *periarteritis* lub *endarteritis syphilitica*.

#### Dupuys-Dutemps i Faix. **Zupełne wypatroszenie oczodołu z resekcją dolnej i zewnętrznej ściany.**

Operacja została wykonana u 70-letniego starca z powodu nowotworu, zajmującego całą dolną część oczodołu. Nowotwór ten rozwinął się w ciągu 4-ech miesięcy nie sprawiając bólów, ale powodując silny trzeszcz gałki. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie zbliżone do *adenocarcinoma atreolare*. W 6 miesięcy po operacji zabliźnienie z wyjątkiem małej przetoki, prowadzącej do jamy szczękowej, było zupełne. Nigdzie śladów nawrotu. Prelegenci utrzymują, że resekcya zewnętrznej ściany oczodołu korzystnie wpływa na zabliźnienie, bo pozwala skórze skroni przyczynić się do wypełnienia wielkiej próżni, powstałej po wypatroszeniu oczodołu.

Posiedzenie z dnia 7-go grudnia 1909 r.

#### Chevallereau. **Blefaroplastyka sposobem Thierscha.**

Wskutek sparzenia stężonym kwasem siarkowym uległy zniszczeniu obie powieki lewego oka. Ponieważ i skóra twarzy dookoła oka uległa zbliznowaceniu, trzeba było do blefaroplastyki użyć skóry z uda. Płaty przeszczepione przyjęły się bardzo dobrze.

#### Poulard. **Wyleczenie raka powieki zapomocą radium.**

Prelegent przedstawia chorego, u którego dość rozległy rak dolnej powieki, został wyleczony przez naświetlanie promieniami *radium*, prawie bez pozostawienia widocznej blizny. Wynik ko-

smetyczny o wiele korzystniejszy, niż po najogólniej wykonanym zabiegu krwawym.

*Dyskusya:*

Terson miał w całym szeregu przypadków raków i rakowców powiekowych korzystne wyniki przy naświetlaniu promieniami radium, lub promieniami Roentgena. Raz tylko zdawało się, że fototerapia wprost przyspiesza szerzenie się nacieków. Tym razem znowu w czasie naświetlań radem wystąpiło zapalenie tęczówki, bez równoczesnych zmian w rogówce. *Iritis* ustąpiła jednak powoli, bez pozostawienia następstw.

Morax: Wyleczenie w przypadku przedstawionym jest zbyt świeżej daty, żeby można być pewnym, iż nie przyjdzie do nawrotu, wiadomo bowiem, że nawroty pojawiają się czasem po upływie kilku lat, jeśli wyleczenie było tylko pozorne.

Chevrier i Cantonnet. **Regionalne znieczulenie w chirurgii ocznej.**

Sposób zalecony przez prelegentów ma tę zaletę, że uchyla wytwarzanie obrzęku w miejscu, które ma być operowane. Jeśli chodzi o okolice czołową (*nervus frontalis internus et externus*), należy wstrzyknąć płyn znieczulający w okolice nerwu błoczkowego t. j. pod górną ścianę oczodołu, wbijając igłę na głębokość  $1\frac{1}{2}$  cm po za trochleę. W celu znieczulenia okolicy gruczołu łzowego zaopatrzonej przez gałązki tego samego nerwu, należy igłę strzykawką skierować bardziej w kierunku skroniowym. Jeśli chodzi o okolice podoczodołową, należy wstrzyknąć płyn w kierunku *nervus intraorbitalis*, t. j. wkłuć igłę w połowie linii łączącej kość jarzmową ze skrzydełkiem nosowem. W celu wyluszczenia woreczka łzowego (*nervus nasalis externus*) należy znieczulić pień *nervi infratrochlearis*, przyczem wbija się igłę w kierunku prostym z przodu ku tyłowi na  $1\frac{1}{2}$  cm poza trochleę.

*Dyskusya:*

Kalt sądzi, że przy operacjach, dla których prelegenci zalecają znieczulenie regionalne, wystarcza najzupełniej znieczulenie miejscowe.

Lapersonne podnosi przeciwnie, że przy anestezji regionalnej znieczulenie występuje na rozleglejszej przestrzeni, jest głębsze i trwa dłużej, niż przy anestezji miejscowej.

Poulard i Banffe. **Drżenie gałek i skrócenie głowy i oczu wskutek krwotoku mózdkowego.**

Przedstawienie preparatu krwotoku do lewej półkuli mózdku. Ognisko otwierało się ku tyłowi do czwartej komory i uci-



skąło tam lewe *corpus mammilare*. Za życia chora okazywała tylko następujące objawy: oddechanie Cheyne-Stokes'a, zwrot głowy i oczu na prawo i drżenie gałek ocznych.

### Kalt. Usuwanie przedniej torebki przy operacji zaćmy.

Heroicznym sposobem zapobiegania zaćmie następowej jest wydobywanie katarakty w zamkniętej torebce. Ze względu na liczne niebezpieczeństwa sposób ten jest stosunkowo mało używany. Wyrwanie przedniej torebki ma tę wyższość, że ułatwia wydobycie mas korowych i usuwa materiał dla wytworzenia zaćmy następowej. Prelegent przedstawia szczypczyki własnego pomysłu do wyrwania przedniej torebki. Zamiast ząbków końce tych szczypczyków zaopatrzone są miniaturowymi półksiężycami o tępych końcach i tępych brzegach. Przy zamknięciu szczypczyków przeciwległe półksiężyce wchodzą w siebie i chwytają torebkę nie rozdzielając jej. Lekkie pociągnięcie wystarczy, żeby wyrwać znaczną część, lub całą nawet przednią torebkę, aż po równik soczewki.

#### Dyskusja:

Terson jun. używa szczypczyków podanych przez swego ojca i woli przed wyrwaniem torebki okroić jej część środkową cystotomem.

Posiedzenie z dnia 1-go lutego 1910 r.

### Polack i Potéron. Rzadka postać scleroconjunctivitis hyperplastica.

Autorowie przedstawiają 16-letnią dziewczynę dotkniętą od 7-miu miesięcy rzadkiem, dotąd nie opisywanem cierpieniem prawego oka. Choroba zaczęła się zapaleniem spojówek na obu oczach, przyczem w wydzielinie wykazano pneumokoki. Z lewego oka zapalenie ustąpiło szybko bez pozostawienia śladów, gdy prawe oko przeszło powoli w stan, w jakim się obecnie znajduje. Załamek półksiężycowaty i mięsko białe są obrzmiałe i zaczerwienione. Spojówka gałki między załamkiem przejściowym a rąbką rogówkowym nastrzyknięta, zgrubiała i pomarszczona. Wązki pas przyległej twardówki okazuje zabarwienie jak przy *scleritis*. Spojówka dolnego załamka przejściowego zgrubiała, przerosła i czerwona, usiana jest drobnymi wybroczynami podspojówkowymi. Cała dolna powieka obrzmiała. Badanie bakteriologiczne nie wykazało w wydzielinie podspojówkowej żadnych drobnoustrojów. Obrzmienia gruczołów, ani podniesienia ciepłoty ciała nie można było wykazać. Chora

skarży się na bóle w oczodole i w całej okolicy oka, polegające się przy ruchach powiek i gałki ocznej. Dno oka prawidłowe. Bystrość naosiowa nieco obniżona, poczucie barw upośledzone. Prelegenci rozpoznają w tym przypadku *scleroconjunctivitis hyperplastica cum subsequente tenonitide*. Za zajęciem torebki Tenona przemawia bolesność odczuwana przy poruszeniach oka, a zwężenie pola widzenia dla barw i obniżenie bystrości naosiowej każe przypuszczać, że sprawa dotarła może nawet do pochewek nerwu wzrokowego.

Posiedzenie z dnia 1-go marca 1910 r.

Dupuys - Dutemps przedstawia przypadek wągra podsiatkówkowego w okolicy między tarczą nerwu wzrokowego a płamką żółtą.

Dupuys-Dutemps i Lemarchal. Przerzut w tkance przytwardówkowej w przebiegu ogólnego zakażenia gronkowcami.

U 17-letniego chorego gorączkującego w następstwie małego zanieczyszczonego zranienia palca wystąpiła na prawym oku zrazu lekka *episcleritis*, która rychło przybrała postać dużego zapalnego guza. Guz ten uznano z początku za kilak, ale leczenie swoiste nie odniosło żadnego skutku. Po kilku dniach pogorszył się stan ogólny chorego z powodu wystąpienia ropnia okołonerkowego i ropnia w gruczole krokowym. Z obu tych ognisk ropnych oraz z wydzieliny chorego oka wyhodowano gronkowca złocistego, natomiast dwukrotnie przeprowadzone badanie bakteriologiczne krwi dało wynik ujemny.

Morax. Zastosowanie barwnej fotografii w okulistyce.

Prelegent przedstawia zapomocą przyrządu projekeyjnego cały szereg wybornych zdjęć fotograficznych przedniego odcinka gałki ocznej w naturalnych barwach.

Teissier i Onfray. Zmiany w płamce żółtej we wczesnym okresie mięsaka ciała rześkowego.

Przedstawienie skrawków oka wyluszczonego mimo pełnej bystrości wzroku z powodu barwikowego mięsaka ciała rześkowego. W okolicy płamki żółtej widać pod błoną graniczną wewnętrzną jakby skrzep zawierający liczne wakuole. Zmiana ta nie uszkadzała warstwy pręcików i czopków i nie upośledzała weale

doskonalej bystrości naosiowej. Prelegenci wykluczają możliwość, aby zmiana ta miała być artefaktem. Gałka oczna natychmiast po wyłuszczeniu była ustaloną zapomocą pary osmowej. Dalszych wniosków z uzyskanych obrazów mikroskopowych autorowie nie wysuwają.

#### Lapersonne. Rak powieki i oczodołu prowadzący do zaniku tkanek.

U 66-letniej, wynędzniałej kobiety wykonywano na oku prawem cały szereg operacyi z powodu raka. Najpierw 5-krotnie ponawiano kauteryzację, potem częściowo usunięto powiekę, nakoniec trzeba było wypatroszyć cały oczodół. W rok potem zgłosiła się chora z powodu zmian na oku lewem. Badanie wykazało zrośnięcie powiek w kąciku wewnętrznym wskutek zbliznowacenia zajmującego mięsko-łzowe i oba punkty, oraz przewodziki łzowe. Spojówka powiek i załamek okazywała objawy zbliznowacenia i zaniku, który przy dalszem spostrzeganiu zdradzał tak szybkie postępy, że w krótkim czasie z całego worka spojówkowego został tylko jeden płytki załek pod powieką górną w okolicy gruczołu łzowego. W głębi powieki dolnej można było wyczuć różnej wielkości guzki, z tych największe w pobliżu kącika zewnętrznego. Oko zadrażnione głównie z powodu rzesz ku rogówce zwróconych. Badanie mikroskopowe jednego z guzków wyciętych z powieki wykazało utkanie *epithelioma lobulare*. Jest to zatem dość rzadki przykład postępującego zaniku i rozległego zbliznowacenia tkanek na tle sprawy nowotworowej. Leczenie w tym wypadku jest niezwykle trudne. O operacyi radykalnej na tem jedynem oku prawie nie można już myśleć. Jeszcze *radium* dałoby się zastosować, ale tylko z największą ostrożnością, ze względu na trudność, jaką w tym przypadku przedstawia ochrona gałki ocznej.

#### Cerise. Bujanie przybłonka u podstawy tęczówki i torbiel tęczówkowa.

W rok po zranieniu oka w okolicy rąbka rogówkowego wyłuszczone gałkę oczną z powodu ponawiających się bólów i grożącego zapalenia współczulnego. Badanie mikroskopowe skrawków wykazuje pasmo bliznowate ciągnące się od miejsca zranienia do podstawy tęczówki i wytwarzające w tęczówce dwa małe torbielowate przestwory.

#### Péchin. Zapalenie spojówki Parinauda.

Przedstawienie chorego cierpiącego od kilku tygodni na zapalenie spojówki prawego oka, połączone z chemozą, obrzękiem obu powiek, obrzękiem ślinianek przyusznych i podszczękowych. Dane

z wywiadów bez znaczenia. Bólów nie ma, dolegliwości podmiotowe nieznaczne, badanie bakteryologiczne z wynikiem ujemnym.

**Terson.** Rozległe wrywanie przedniej torebki przy operacji zaćmy.

Prelegent przedstawia szczypezyki własnego pomysłu, które pozwalają usunąć przednią torebkę prawie w całości.

**Isambert** podaje sposób skrócenia mięśnia ocznego przez wytworzenie pętli ze ścięgna.

**Magitot.** Przyczynki do historii rozwoju siatkówki.

Projekcyjne zdjęcie mikrofotograficznych ilustrujących rozwój siatkówki u zarodka i u płodu ludzkiego.

[Według Klin. Mntblt. f. Aghk.].

#### IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr **Ovio** w Modenie mianowany prof. nadzw. tamże.

Doc. Dr **Makłakow** w Moskwie mianowany prof. zwyczaj.

Prof. **M. Tscherning** mianowany prof. oftalm. w Kopenhadze.

Doc. **K. Wessely**, asystent prof. **Hessa**, otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego.

---

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

## Przeglądu Filozoficznego

Rocznice: 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 WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁĘBANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILIŹA 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 DWUNASTY. ←	1910.
------------------------	-----------------------	-------

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Ille mamy sposobów wyrównania niezborności mieszanej (As. M. H.) i jakie?

Napisał

Dr J. ŻURKOWSKI

(Humań, g. kijowska).

Korrekcją ametropii nazywamy ustawienie przed okiem takiego szkła, które zamienia dane niemiarrowe oko na miarrowe. Stąd wynika, że jeżeli dane oko jest pod dwoma względami niemiarrowe, to trzeba dać mu dwa szkła, z których jedno wyrównuje jedną wadę refrakcyi, a drugie drugą. Dlatego przy niezborności mieszanej najprostszym i bezpośrednio do celu prowadzącym sposobem jest wyrównanie południka, mającego myopię zapomocą wklęsłego walca a drugiego południka, mającego hyperopię, zapomocą walca wypukłego. Mamy więc połączenie dwóch cylindrów o znakach rozmaitych, służącą dla wyrównania As. M. H.

Ten sposób jest pierwowzorem wszystkich innych wyrównania As. M. H., że tak powiem, klasycznym sposobem; wszystkie zaś inne są tylko odmianą tego głównego sposobu

i bezpośrednio z niego mogą być wyprowadzone drogą zwykłych rozumowań matematycznych.

Ponieważ przy As. M. H. południk z największą M, najczęściej bywa pionowy lub zbliżony do pionowego, południk zaś z największą H. najczęściej poziomy, lub zbliżony do poziomego, a przytem oba południki są względem siebie prostopadłe, to oznaczając przez  $\alpha$  kąt pomiędzy pionowym południkiem oka i południkiem o najsilniejszej M. pochylonym np. ku skroni i przypuściwszy, że ilość dyoptryi M. jest równą A, a ilość dyoptryi H. jest B, otrzymamy następujący wzór szkła, które nazwijmy przez P, dla korekcyi tego As:

$$P = \begin{array}{l} \text{concav cyl. A ax. nas. } (90 - \alpha^{\circ}). \\ \text{convex cyl. B ax. temp. } \alpha^{\circ}. \end{array}$$

Teraz przystępujemy do zamiany tego wzoru na inny; dlatego uprościmy go w ten sposób, że weźmy poprostu dla walca wypukłego a. v., a dla walca wklęsłego a. h. Nazywając poszukiwaną soczewkę przez P, otrzymamy:

$$P = \begin{array}{l} \text{concav cyl. A a. h.} \\ \text{convex cyl. B a. v.} \end{array} \quad \text{I}$$

Wiadomo, że jeżeli złożyć dwa walce o znakach rozmaitych, ale jednej ilości dyoptryi tak, żeby osie ich były równoległe to takie połączenie nie będzie mieć żadnego optycznego działania, t. j. będzie jak gdyby płaskie szkło. Znaczący:

$$\begin{array}{l} \text{concav cyl. B a. h.} \\ \text{convex cyl. B a. h.} \end{array} = 0 \quad \text{II}$$

Ponieważ wartość przedstawiona w równaniu II jest równą zeru, więc dodając ją do równania I, nie zmienimy jego znaczenia, t. j.:

$$P = \begin{array}{l} \text{concav cyl. A a. h.} \\ \text{convex cyl. B a. v.} \end{array} + \begin{array}{l} \text{concav cyl. B a. h.} \\ \text{convex cyl. B a. h.} \end{array} \quad \text{III}$$

Tu mamy połączenie czterech szkła; trzeba ją nieco uprościć; wiemy, że dwa walce o jednakowych znakach

i jednakowej ilości dyoptryi, złożone tak, żeby osie ich były pionowe względem siebie, są równoznaczne ze sferycznym szkłem o takimże znaku i o tejże ilości dyoptryi, t. j.

$$\begin{aligned} & \text{convex cyl. B a. v.} \\ \ominus & \text{convex cyl. B a. h.} = \text{convex spher B} \dots \text{IV} \end{aligned}$$

Oprócz tego mamy w równaniu III dwa wklęsłe walce o osiach równoległych; możemy więc z nich utworzyć jeden cylinder, którego siła będzie się równać sumie sił obu cylinderów, t. j.:

$$\begin{aligned} & \text{concav cyl. A a. h.} \\ \ominus & \text{concav cyl. B a. h.} = \text{concav cyl. (A + B) a. h.} \dots \text{V} \end{aligned}$$

Postawiwszy znaczenie ze wzorów IV i V do III, otrzymamy:

$$P = \begin{aligned} & \text{convex spher B} \\ \ominus & \text{concav cyl. (A + B) a. h.} \dots \text{VI} \end{aligned}$$

Otóż zamieniliśmy wzór I na wzór VI, który, jak wiadomo, jest z I identyczny i jest wzorem drugiego sposobu wyrównywania *As. M. H.*

Dla otrzymania następnego wzoru weźmy teraz kombinację dwóch walców *concav A* i *convex A*; złożmy je tak, żeby osie były równoległe i postawmy osie pionowo; taka kombinacja pod względem optycznym, równa się zeru, t. j.:

$$\begin{aligned} & \text{concav cyl. A a. v.} \\ \ominus & \text{convex cyl. A a. v.} = 0 \dots \text{VII} \end{aligned}$$

Przestawiwszy części równania VII jedną na miejsce drugiej i dodając go do wzoru I, oczywiście nie zmienimy znaczenia tego ostatniego, przytem otrzymamy:

$$P = \begin{aligned} & \text{concav cyl. A a. h.} + \text{concav cyl. A a. v.} \\ \ominus & \text{convex cyl. B a. v.} + \ominus \text{convex cyl. A a. v.} \dots \text{VIII} \end{aligned}$$

W tej kombinacji czterech szkieleł, rozumując, jak przy uproszczeniu wzoru III, zamienimy dwa wypukłe walce

z osiami równoległymi — jednym o siłę, równej sumie sił obydwu, a kombinację dwóch wklęsłych cylindrów o osiach pionowych do siebie zamienimy szkłem sferycznym; otrzymamy:

$$P = \begin{matrix} \text{concav spher A} \\ \text{convex cyl (A + B) a. v. . . . IX} \end{matrix}$$

Otrzymaliśmy więc już ze wzoru I zapomocą zmodyfikowania go jeszcze dwa inne, a mianowicie: VI i IX, które służą dla wyrównania tegoż samego As. M. H.

Teraz rozpatrzmy sposoby wyrównania As. M. H. zapomocą szkieleń torycznych. Co są szkła albo soczewki toryczne, o tem pisałem w swej pracy: »Powierzchnie toryczne«, zamieszczonej w nr 4 »Postępu okulistycznego« za rok 1909. Muszę dodać, że powierzchnie toryczne noszą jeszcze nazwę jońskich, a w geometrii należą do t. zw. powierzchni obrotowych. Tutaj nadmienię, że dla wyrównania As. M. H. musimy brać soczewki toryczne dwuznakowe, t. j. mające na swej powierzchni dwa rozmaite znaki  $+$  i  $-$ , oznaczające wypukłość i wklęsłość. Lecz takie soczewki mogą być wzięte jak ze skrawków wewnętrznej strony bryły torycznej, tak samo i ze skrawków jej odbitek, a raczej odlewów, które również będą dwuznakowe, t. j. będą posiadać na swej powierzchni i wklęsłość i wypukłość. Znaczą soczewki toryczne dwuznakowe zależnie od tego, skąd są odcięte, mogą być bryłowe lub odlewowe.

Rozpatrzmy teraz bliżej niektóre osobliwości tych dwuznakowych torycznych soczewek.

Weźmy soczewkę dwuznakową bryłową.

Dla postaci takiej dwuznakowej soczewki torycznej mają znaczenie: 1) promień przecięcia samej bryły, t. j. promień krążka tworzącego (bryłę); 2) promień wewnętrznej strony bryły torycznej. Pierwszy gra rolę przy określeniu siły wypuklenia, a drugi ma znaczenie dla określenia siły wklęsłości danej soczewki torycznej dwuznakowej. Oznaczmy pierwszy przez  $R_1$ , a drugi przez  $R_2$ . Nazwijmy punkt na takiej so-



czewce, gdzie przecinają się linie najsilniejszej wklęsłości i najsilniejszego wypuklenia biegunem soczewki; linię, wskazującą najsilniejsze wklęsnięcie ( $cc$ ) południkiem wklęsłym głównym; linię oznaczającą najsilniejszą wypukłość ( $vv$ ) południkiem wypukłym głównym (Fig. 1).

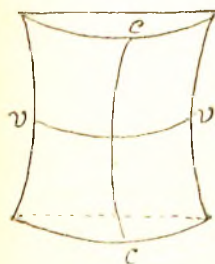


Fig. 1.

Teraz rozpatrzmy, co uzyskamy, jeżeli zaczniemy linię, przebiegającą po południku wklęsłym głównym obracać dookoła bieguna soczewki. Otóż zauważymy, że przy stopniowym odchyłaniu się jej od kierunku południka wklęsłego, robi się ona coraz mniej wklęsłą, jakby się wyprostowywała; obracając ją dalej dojdziemy do takiej pozycyi, przy której badana linia będzie już wypukłą i największą wypukłość osiągnie, kiedy zostanie obróconą o kąt

$90^\circ$  od pierwotnego położenia, t. j. kiedy ułoży się na południku wypukłym głównym. Zrozumiałem jest, że linia krzywa, żeby stopniowo przejść od postaci wklęsłej do postaci wypukłej musiała w pewnej pozycyi być prostą. Nazwijmy taką pozycyę południkiem obojętnym i rozpatrzmy, gdzie się on znajduje względem dwóch głównych południków — wklęsłego i wypukłego\*).

Dlatego rozłożmy naszą powierzchnię toryczną na dwie walcowe powierzchnie  $+$  i  $-$ , postawione pionowo względem siebie, jak na Fig. 2. Trzeba tylko, żeby wypukłość walca *convex* była taka, jak wypukłość głównego wypukłego południka toryku\*), a wklęsłość walca *concav* taka, jak wklęsłość głównego wklęsłego południka w toryku.

\*) Przy rozpatrywaniu własności południków soczewki torycznej dwuznakowej, bierzemy pod uwagę nie cały południk, lecz tylko małą względnie część jego, leżącą blisko bieguna soczewki.

\*\*) Toryk = soczewka toryczna.

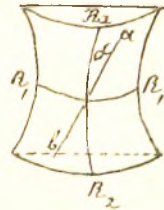
Teraz, wyrażając łamliwość w dyoptryach, otrzymamy, że wypukłość ma  $\frac{100}{2 R_1} D$ , a wklęsłość  $-\frac{100}{2 R_2} D$  (\*). Możemy wybrać wartości dla  $R_1$  i dla  $R_2$  takie, żeby  $\frac{100}{2 R_1} = B$ , a  $\frac{100}{2 R_2} = A$ , wówczas otrzymamy:

$$\text{Perspicillum toricum} \begin{cases} \text{concav A} \\ \text{convex B} \end{cases} = \begin{cases} \text{concav cyl. A a. h.} \\ \text{convex cyl. B a. v.} \end{cases}$$

Jak wiadomo, siła załamania w walcach w kierunkach ukośnych = maksymalnej refrakcyi walca, pomnożonej przez kwadrat wstawy kąta, jaki tworzy dany ukośny kierunek z osią walca. Otóż weźmy pewien ukośny kierunek  $ab$  (t. j. południk  $ab$  na soczewce torycznej Fig. 2), odchylony o kąt  $\alpha$  od głównego wklęsłego południka i przeprowadźmy linię  $ab$  w takimże kierunku na kombinacji dwóch cylindrów; tu linia  $ab$  jest odchylona o kąt  $\alpha$  od osi wypukłego walca, ponieważ wklęsły południk torycznej soczewki i oś walca wypukłego mają jednakowy kierunek. Refrakcyja więc w walcu wypukłym w kierunku  $ab$  wynosi:

$$+\frac{100}{2 R_1} D \sin^2 \alpha \dots \dots (1)$$

We wklęsłym zaś walcu kierunek  $ab$  jest odchylony od osi jego o kąt  $90 - \alpha$ , znaczy refrakcyja w tym kierunku w walcu wklęsłym będzie się wyrażać tak:



Toryk dwuznakowy.

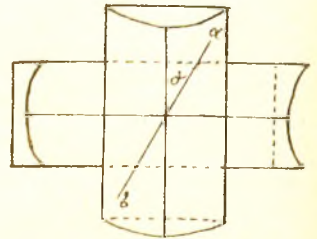


Fig. 2.

Analogiczna kombinacya dwóch walców + i -.

\*) Patrz Post. okul. 1909, str. 95 i 96.

$$- \frac{100}{2 R_2} D. \sin_2 (90 - \alpha) \dots \dots (2)$$

Suma zaś obu refrakcyi da siłę refrakcyi naszej kombinacji w rozpatrywaniu kierunku, t. j.

$$\text{Refrak. w } ab = + \frac{100}{2 R_1} D. \sin_2 \alpha - \frac{100}{2 R_2} D. \sin_2 (90 - \alpha) \dots (3)$$

Ponieważ wartość refrakcyi południka *ab*, dowolnie przez nas wybranego jest pośrednią między refrakcją głównego wypukłego południka, która jest dodatnią, i refrakcją głównego wklęsłego, która jest ujemną, więc znaczy zależnie od zmiany kierunku *ab* może się wahać w granicach:

$$\text{od } + \frac{100}{2 R_1} D \text{ do } - \frac{100}{2 R_2} D;$$

a ponieważ, zdążając od dodatniej do ujemnej wartości, musimy przejść przez zero, więc jest rzeczą oczywistą, że istnieje pewien kierunek w którym refrakcyja = 0. Ten kierunek będzie poszukiwanym przez nas objętym południkiem.

Łatwo zrozumieć, że refrakcyja wówczas będzie równą zero, gdy w formule (3) absolutne ilości przy znakach + i — będą równe między sobą, t. j. gdy

$$\frac{100}{2 R_1} D. \sin_2 \alpha = \frac{100}{2 R_2} D. \sin_2 (90 - \alpha)$$

Upraszczając to równanie otrzymamy:

$$\frac{\sin_2 \alpha}{R_1} = \frac{\sin_2 (90 - \alpha)}{R_2} \dots \dots (4)$$

Ponieważ znaczenie dwóch równych ułamków nie zmienia się, jeżeli dodajemy do siebie liczniki i mianowniki, to możemy z równania (4) otrzymać nowe:

$$\frac{\sin_2 \alpha}{R_1} = \frac{\sin_2 \alpha + \sin_2 (90 - \alpha)}{R_1 + R_2} = \frac{1}{R_1 + R_2}$$

Skąd otrzymujemy:

$$\sin_2 \alpha = \frac{R_2}{R_1 + R_2}$$

znaczy:

$$\sin \alpha = \sqrt{\frac{R_2}{R_1 + R_2}} \quad (5)$$

Ta formuła (5) służy dla określenia położenia obojętnego południka.

Przypatrzymy się ilości, stojącej pod znakiem pierwiastku, t. j. do  $\frac{R_2}{R_1 + R_2}$ ; łatwo zrozumieć, że

$$\text{jeżeli } R_1 > R_2 \text{ to } \frac{R_2}{R_1 + R_2} < 1/2$$

$$\text{jeżeli } R_1 = R_2 \text{ to } \frac{R_2}{R_1 + R_2} = 1/2$$

$$\text{jeżeli } R_1 < R_2 \text{ to } \frac{R_2}{R_1 + R_2} > 1/2$$

Wiadomo, że gdy  $\sin. \alpha = \sqrt{1/2}$ , to  $\alpha = 45^\circ$ , gdy pod znakiem  $\sqrt{\quad}$  stoi ułamek większy od  $1/2$ , to kąt będzie większy od  $45^\circ$ , a gdy ułamek pod znakiem  $\sqrt{\quad}$  jest mniejszy od  $1/2$ , to kąt jest  $<$  od  $45^\circ$ . Znaczący, gdy  $R_1 = R_2$ , to południk obojętny soczewki torycznej dwuznakowej będzie się znajdował na jednakowej kątowej odległości od obydwu głównych południków, t. j. pod  $45^\circ$  od nich, a gdy  $R_1$  i  $R_2$  nie są równe, to obojętny południk zbliża się do tego z głównych południków, który ma większy promień (t. j. mniejszą ilość dyoptryi).

Na soczewce dwuznakowej są dwa obojętne południki; względem siebie nie zawsze one stoją pod kątem prostym; bywa to tylko wówczas, gdy *concav* i *convex* mają jednakową oś dyoptryi; jeżeli zaś niejednakową, to obojętne południki

zbliżają się pod kątem ostrym do siebie i jednocześnie do tego z głównych południków, który ma mniejszą ilość dyoptryi.

Znaczenie obojętnych południków jest takie, że na powierzchni soczewki torycznej dwuznakowej, która posiada jednocześnie i wklęsłość i wypukłość, one stanowią granicę, oddzielającą część wklęsłą soczewki od wypukłej (Fig. 3).

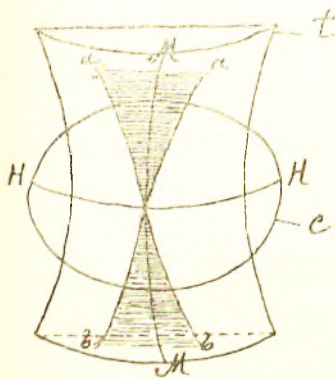


Fig. 3.

Skrócenia: c = rogówka; t = toryk dwuznakowy; MM = południk wklęsły toryku, tudzież myopowy rogówki; HH = południk wypukły toryku, tudzież hyperopowy rogówki; ab = południki obojętne i emmetropowe; zakreślona część = część wklęsła toryku, a niezakreślona = część wypukła.

Południki emmetropowe dzielą rogówkę na 4 wycinki, przytem jedna para tych wycinków, obejmująca południk krótkowzroczny, stanowi część krótkowzroczną rogówki, a druga ich para, ułożona wzdłuż południka nadwzrocznego, stanowi część nadwzroczną tejże.

Jeżeli przed okiem o As. M. H. postawimy prawidłowo odpowiedni toryk dwuznakowy, to południki obojętne toryku

Na rogówce oka, obarzonego niezbornością mieszaną są dwa południki o miarowej refrakcyi, ułożone podobnie do obojętnych południków dwuznakowego toryku Łatwo wykazać zapomocą rozumowania, podobnego do wyżej zamieszczonego, że takie miarowe południki oka o As. M. H. są odchyłone o mniejszy kąt od tego z głównych południków, który posiada mniejszą ilość dyoptryi ametripii, t. j. od tego południka, który pod względem refrakcyi sam więcej się zbliża do emmetropowego; tylko w wypadku, gdy południk nadwzroczny i krótkowzroczny mają jednakową ilość dyoptryi, południki emmetropowe oka przebiegają na jednej kątowej odległości od każdego, t. j. pod 45° względem nich.

będą odpowiadać południkom emmetropowym rogówki, część wklęsła będzie pokrywać część krótkowzroczną, a część wypukła toryku — część nadwzroczną rogówki; południk wklęsły główny będzie przebiegać przed południkiem krótkowzrocznym, a południk wypukły główny toryku przed nadwzrocznym rogówki (Fig. 3).

Rozdzielwszy powierzchnię soczewki torycznej dwuznakowej zapomocą dwóch południków obojętnych na część wypukłą i wklęsłą, odrazu widzimy, która część przeważa; przytem zauważymy, że im więcej południki obojętne zbliżają się do południka wklęsłego głównego, tem więcej zmniejsza się część wklęsła, a powiększa wypukła, toryk zaś przybiera postać zbliżoną coraz więcej do walca wypukłego, południk wklęsły stopniowo się wyprostowuje i, nakoniec, gdy południki obojętne zleją się z południkiem wklęsłym, to ten ostatni staje się linią prostą, część wklęsła znika, a toryk przybiera postać wypukłego walca; gdy zaś obojętne południki zbliżają się do południka wypukłego głównego, to część wypukła zmniejsza się na korzyść wklęsłej, postać toryku robi się coraz podobniejszą do wklęsłego walca, południk wypukły wyprostowuje się i nakoniec, gdy obojętne południki zleją się z wypukłym, to ten staje się linią prostą, a toryk dwuznakowy zamienia się na walec wklęsły; znaczy, usuwając z toryku dwuznakowego wklęsłość, zamieniamy go na walec wypukły, a usuwając wypukłość, zamieniamy na walec wklęsły. Rozumie się, podobne zmiany możemy obserwować nie na jednej soczewce, lecz na całym szeregu takich, pochodzącym wskutek stopniowego powiększania aż do nieskończoności promienia jednej z krzywizn toryku; na każdej zaś odrębnej soczewce zmian wielkości części wypukłej i wklęsłej nie może być, ponieważ południki obojętne mają ściśle niezmiennie położenie.

Opisałem soczewkę toryczną dwuznakową bryłową, służącą dla wyrównania *As. M. H.* i wykazłem, jakie promienie musi mieć krążek tworzący oraz wewnętrzna strona bryły, by otrzymany z niej skrawek mógł korygować dany *As. M. H.*

Teraz rozpatrzmy soczewkę toryczną dwuznakową, pochodzącą z odlewu; tę ostatnią ze względu na jej tworzenie się mogliśmy nazwać ujemną (*negativum*), w przeciwieństwie do bryłowej, którą z tegoż względu można nazwać dodatnią (*positivum*).

Jeżeli bierzemy bryłę toryczną, w której promień krążka tworzącego  $= R_1$  a promień wewnętrznej strony bryły  $= R_2$ , to soczewka, pochodząca z wewnętrznej jej strony będzie mieć *convex* o promieniu  $R_1$  i *concav* o promieniu  $R_2$ ; wyrażmy te stosunki geometryczne przez następujący wzór:

$$\begin{array}{l} \text{Soczewka toryczna} \\ \text{dwuznakowa bryłowa} \end{array} = \begin{array}{l} \text{perspicillum toricum} \\ \text{positivum} \end{array} \begin{array}{l} < \text{convex } R_1 \\ < \text{concav } R_2 \end{array} \cdot (X)$$

Jeżeli weźmiemy odlew wewnętrznej strony tej bryły lub soczewki (X), to otrzymamy też powierzchnię toryczną, ale krzywizny jej będą ułożone odwrotnie, t. j. *convex* będzie o promieniu  $R_2$ , i *concav* o promieniu  $R_1$ . Co więc mamy zrobić, żeby i odlew na swej powierzchni miał żądane przez nas główne krzywizny, t. j. wypukłość o promieniu  $R_1$ , a wklęsłość o promieniu  $R_2$ ? Odpowiedzieć na to nie trudno: trzeba żądany odlew otrzymać z bryły, w której krzywizny, a więc i ich promienie będą użyte odwrotnie, a mianowicie: kółko tworzące musi mieć promień  $R_2$ , a wewnętrzna krzywizna bryły — promień  $R_1$ ; wówczas powierzchnia odlewu z tej nowej bryły będzie mieć *convex* o promieniu  $R_1$  i *concav* o promieniu  $R_2$ . Wyrażając te nowo otrzymane stosunki przez wzór, otrzymamy:

$$\begin{array}{l} \text{Soczewka toryczna} \\ \text{dwuznak. odlewowa} \end{array} = \begin{array}{l} \text{perspicillum toricum} \\ \text{negativum} \end{array} \begin{array}{l} < \text{convex } R_1 \\ < \text{concav } R_2 \end{array} \cdot (XI)$$

Porównując wzory X i XI, widzimy, że powierzchnie obu soczewek, t. j. odciętej od bryły torycznej o promieniach  $R_1$  i  $R_2$  i odciętej od odlewu innej bryły torycznej, w której wartości  $R_1$  i  $R_2$  są użyte odwrotnie — mają zupełnie jednakowe główne krzywizny, czyli, jak nazwaliśmy je wyżej, południki. Czy z tego też wynika, że i same powierzchnie obu porówny-

wanych soczewek będą identyczne? Żeby odpowiedzieć na to pytanie, przypatrzmy się najpierw, jak się tworzą owe powierzchnie w praktyce, t. j. jak je szlifuje mechanik-optyk. Dla pogłębkości i dla łatwiejszego uzmysłwienia przyjmijmy, że  $R_1 < R_2$ .

Mechanik-optyk dla otrzymania żądanej soczewki torycznej nie robi całej bryły, z którejby później odciął tylko

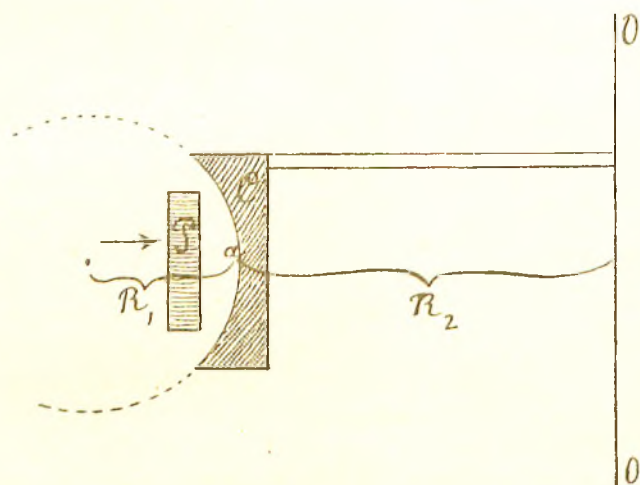


Fig. 4.

mały skrawek, a resztę wyrzucił, lecz bierze niewielki kawałek szkła w postaci kwadracika, którego boki wynoszą około 5 cm, a grubość niespełna 1 cm; taki kawałek szkła jest wystarczającym, żeby zeń wyszlifować najrozmaitsze kombinacye soczewek torycznych. Ołóż, żeby np. wyszlifować soczewkę toryczną dwuznakową, pochodzącą z bryły, w którejby  $R_1 = 2$  cm, a  $R_2 = 5$  cm, bierzemy część negatywu krążka (C na fig. 4), zakreślonego promieniem, równym 2 cm i umocowujemy go na drągu, który się może obracać dookoła nieruchomej osi 00, tak, żeby wklęsłość była odwrócona od osi, a środek wklę-



słości negatywu byłby odległy od osi o 5 cm. Obracając negatyw C dookoła osi 00 w jedną i drugą stronę i przyciskając do jego wklęsłości kawałek szkła P w kierunku oznaczonym strzałką, otrzymujemy powierzchnię szlifu takiego rodzaju, że w jednym kierunku będzie *convex* o promieniu 2 cm ( $R_1$ ), a w drugim, pionowym do niego *concav* o promieniu 5 cm ( $R_2$ ).

Zwróćmy się teraz do Fig. 5, na której mamy następujący

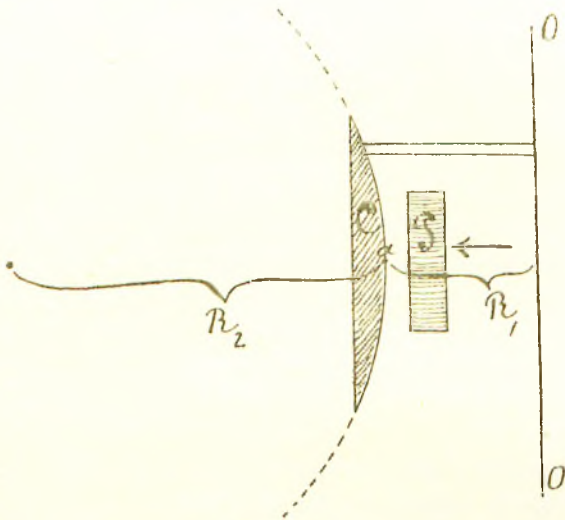


Fig 5.

układ: tu jest wzięta nie część negatywu krążka, lecz część samego krążka C, służącego dla szlifowania, a promień jego nie 2 cm ( $R_1$ ) lecz 5 cm ( $R_2$ ). Ta część krążka jest umocowana do drąga, obracającego się dookoła osi 00 w ten sposób, że wypukłość jest zwrócona do osi, a środek tej wypukłości jest odległy od osi na 2 cm ( $R_1$ ). Przyciskając do wypukłości krążka kawałek szkła P w kierunku, pokazanym strzałką i obracając odcinek krążka dookoła osi 00, otrzymamy po wyszlifowaniu powierzchnię, na której w jednym kierunku będzie *convex* o promieniu 2 cm, a w drugim do

niego prostopadłym *convex* o prom. 5 cm, tj. tak samo, jak na soczewce wyszlifowanej przy pomocy układu, przedstawionego na fig. 4. Czy to ma oznaczać, że obie soczewki dwuznakowe, otrzymane zapomocą dwóch odmiennych układów i mające krzywizny obydwu głównych południków jednakowe, są identyczne? Twierdząco moglibyśmy odpowiedzieć tylko wówczas, gdyby i w innych kierunkach krzywizny były jednakowe w obydwu rodzajach soczewek, t. j. gdyby przy nakładaniu jednej powierzchni na drugą we wszystkich swych częściach dokładnie przylegały do siebie. Musimy więc przejść do geometrycznego sposobu porównania tych powierzchni szlifu — przez nakładanie.

Dlatego poprzednio rozpatrzmy powierzchnie każdej z dwuznakowych soczewek według tego, jak się tworzą podczas szlifowania. Przypatrując się fig. 4, widzimy, że punkt *a* przy obrocie negatywu zarysowuje w przestrzeni łuk o promieniu  $R_2$  (większym), na którym negatyw *C* jakby nakleja jeden przy drugim łuki o promieniu  $R_1$  (mniejszym), jak na fig. 6. *A*; przytem łuk większy jest zwrócony do nas wklęsłością, a małe łuki wypukłościami; w ten sposób utworzyła się powierzchnia toryczna dwuznakowa bryłowa, przedstawiona na fig. 6. *B*.\*).

Teraz zaś, przypatrując się fig. 5 widzimy, że punkt *a* zarysowuje w przestrzeni łuk o promieniu  $R_1$  (mniejszym), na którym skrawek krążka *C* jakby nakleja jedne przy drugich łuki o promieniu  $R_2$  (większym), jak na fig. 7 *A*, wskutek czego tworzy się powierzchnia toryczna dwuznakowa odlewu (fig. 7 *B*). Tu łuk mały  $R_1R_1$  jest zwrócony do nas wypukłością, a większe łuki  $R_2R_2$  — wklęsłościami.

Znaczy: pierwsza powierzchnia (fig. 6 *B*) utworzyła się jakby od naklejania na jednym większym łuku mnóstwa ma-

---

\*) Na fig. 6 oś *OO* powierzchni torycznej jest obrócona w ten sposób, że z pozycji pionowej, w której była na fig. 4 ułożyła się na fig. 6 *B* w pozycji poziomej; zrobiono to dlatego, żeby już nie zmieniając nowej pozycji powierzchni torycznej nałożyć ją na drugą, przedstawioną na fig. 7 *B*.

leńkich łuków, a druga (fig. 7 B) — od naklejania na jednym małym łuku mnóstwa większych.

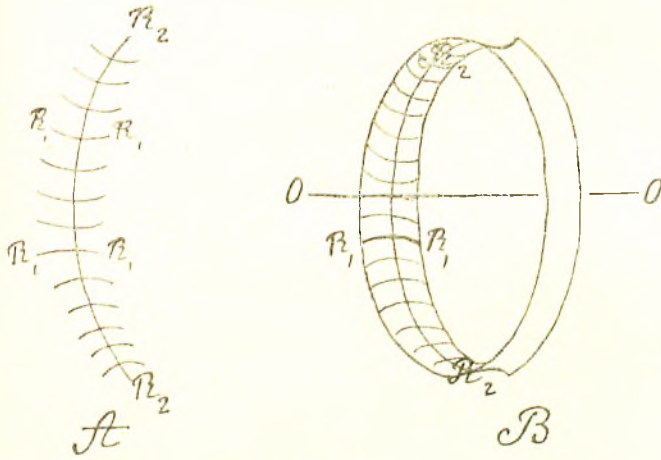


Fig. 6.

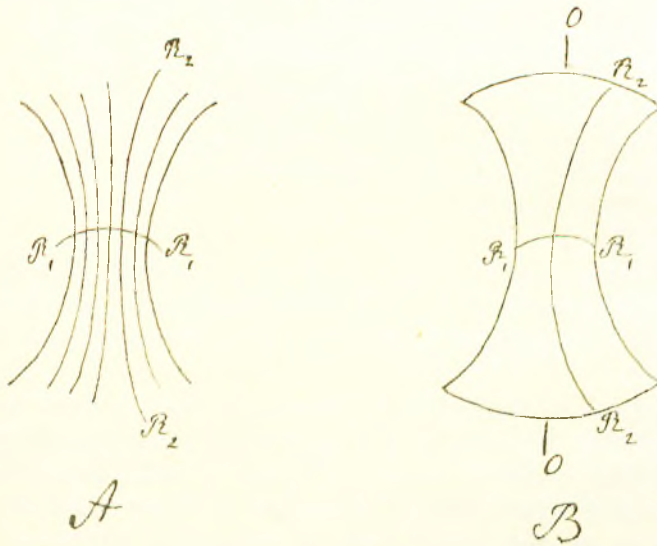


Fig. 7.

Widzimy teraz, porównując fig. 6 B z fig. 7 B, jaka jest różnica w postaci obu powierzchni torycznych, utworzonych w odmienny sposób: jedna wygląda jak wewnętrzna strona pneumatyku samochodowego, a druga ma nieco podobieństwa do klepsydry; jednakże pomimo różnicy w wyglądzie linie  $R_1R_1$  i  $R_2R_2$  leżące na tych dwóch powierzchniach są zupełnie jednakowe i jednakowo względem siebie ułożone.

Nałożywszy powierzchnię z fig. 7 B na powierzchnię z fig. 6 B tak, żeby linie  $R_1R_1$  i  $R_2R_2$  z obu figur przylegały do siebie, otrzymamy rysunek, jak na fig. 8, na której obie powierzchnie, z których jedna jest narysowaną liniami ciągłymi, a druga punktami, przylegają do siebie tylko w kierunkach  $R_1R_1$  i  $R_2R_2$ , a w innych miejscach odstają. Stąd wnioskujemy, że obie porównywane przez nas powierzchnie nie są identyczne, więc i soczewki mające takie powierzchnie nie są zupełnie jednakowe, a dla tego zastosowanie tej, czy drugiej powierzchni nie jest jednakowem dla oka, obciążonego niezbornością mieszaną.

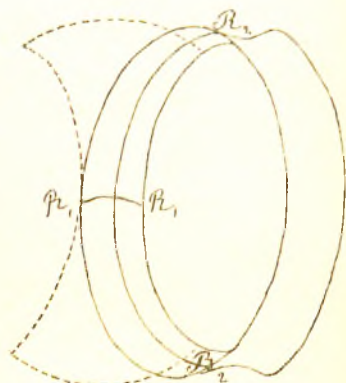


Fig. 8.

Z tego względu trzeba uważać wyrównywanie As. M. H. szkłem torycznym dwuznakowem bryłowem za odrębny sposób od wyrównywania szkłem torycznym dwuznakowem odlewowem.

Które ze szkła będzie odpowiedniejszem w każdym poszczególnym wypadku, o tem może orzec porównawcze badanie dwóch takich soczewek zapomocą sposobu, stosowanego przez prof. Majewskiego<sup>1</sup> i opisanego w »Post. okul.« za rok 1909 na str. 250, który polega na fotografowaniu druku, widzianego przez obydwu rodzaje soczewek; nakoniec jest jeszcze

jeden sposób porównywania tych soczewek, a mianowicie: użycie metody podmiotowej, przy której kierujemy się oświadczeniami astygmatyków inteligentnych, od których dowiadujemy się, jaki rodzaj soczewek torycznych dwuznakowych jest dla oka lepszym — bryłowe, czy odlewowe?

Z kolei przystępujemy teraz do opisu stosowania przy As. M. H. szkieleń torycznych »peryskopijnych«. Stosowanie takich szkieleń dla As. M. H. i As. M. M. proponuje Dr Majewski<sup>1</sup> w swej pracy »O okularach à la Chamblant« zamieszczonej w »Post. okul.« za rok 1909. Tu wykażę, że i soczewce dwuznakowej można nadać postać bardzo zbliżoną do postaci soczewki peryskopijnej.

Stopniem peryskopijności, jak wiadomo, nazywamy pewną ilość dyoptryi, o jaką powiększamy łamliwość przedniej części danej soczewki i o jaką jednocześnie zmniejszamy łamliwość tylnej strony tejże. Przytem zwykle wybieramy ową ilość dyoptryi tak, żeby na tylnej stronie utworzyła się wklęsłość, a na przedniej wypukłość.

Aby zamienić soczewkę toryczną dwuznakową na periskopijną, postawmy ją tak, żeby toryczna strona była zwrócona naprzód, a płaska w tył i nadajmy jej w tej pozycji stopień peryskopijności C; dla tego dodajmy z przodu *convex* C, a z tyłu *concav* C. Ponieważ obie te ilości w sumie stanowią zero, więc dodając wartość równą zeru, nie zmieniamy wartości siły optycznej danej soczewki, lecz tylko przyczyniamy się do zmiany postaci takowej, robiąc ją niby periskopijną. Przytem stojący z tyłu *concav* zostawmy bez zmiany, a postawiony na przodzie *convex spher.* zamieńmy dwoma cylindrami z osiami ustawionemi prostopadle względem siebie. Ponieważ z tyłu soczewki utworzył się tylko *concav* C, a najważniejsze zmiany zaszły na przedniej stronie, więc rozpatrzmy teraz tylko takowe. Ołóż otrzymamy, uważając toryczną powierzchnię, jako połączenie dwóch walców, co następuje:

$$\begin{array}{c} \text{convex cyl. B a. v.} \\ \text{○ concav cyl. A a. h.} \end{array} + \begin{array}{c} \text{convex cyl. C a. v.} \\ \text{○ concav cyl. C a. h.} \end{array} =$$

$$\begin{aligned}
 &= \text{convex cyl. } (B + C) \text{ a. v.} \quad \cdot \cdot \cdot \text{ (a) gdy } C < A \\
 &\quad \text{conca} \text{v cyl. } (A - C) \text{ a. h.} \\
 \text{albo:} &= \text{convex cyl. } (B + C) \text{ a. v.} \quad \cdot \cdot \cdot \text{ (b) gdy } C = A \\
 \text{albo:} &= \text{convex cyl. } (B + C) \text{ a. v.} \quad \cdot \cdot \cdot \text{ (c) gdy } C > A \\
 &\quad \text{convex cyl. } (C - A) \text{ a. h.}
 \end{aligned}$$

Widzimy więc, że dodając soczewce torycznej dwuznakowej stopień peryskopijności  $C$ , możemy otrzymać trzy rodzaje soczewek: strona tylna będzie zawsze *conca*v  $C$ , a przednia może być albo toryczna dwuznakowa, albo wałec wypukły, albo toryczna wypukła.

Rozpatrując te trzy rodzaje przednich powierzchni nowo otrzymanych soczewek (a), (b) i (c), widzimy, że w (a) podobieństwo do soczewki peryskopijnej bardzo mało jest wyrażone, ponieważ mamy jeszcze na przedniej stronie *conca*v, wprawdzie słabszy, niż poprzednio; tymczasem wszystkie peryskopijne soczewki tem się odznaczają, że mają na przedniej stronie tylko wypukłość; tak samo i wzór (b) nie zadawalnia nas; zresztą wzór ten jest równoznacznym ze wzorem, otrzymanym w równaniu IX, więc nie nowego nie daje. Zwróciwszy się do wzoru (c) widzimy, że jest to połączenie dwóch wypukłych wałców, które z łatwością daje się zamienić na powierzchnię toryczną wypukłą, stanowiącą przednią stronę poszukiwanego szkła; tylną zaś stanowi *conca*v spher.  $C$ ; otrzymujemy więc szkło, które ma wielkie podobieństwo do peryskopijnego; możemy je wyrazić przez wzór:

$$\begin{aligned}
 P = & \text{convex toricum} < \begin{matrix} (B + C) \text{ a. v.} \\ (C - A) \text{ a. h.} \end{matrix} \quad \cdot \cdot \cdot \quad \text{XII} \\
 & \text{conca} \text{v spher. } C \quad \quad \quad \text{(przytem } C > A)
 \end{aligned}$$

Teraz możemy zrobić następną kombinację: postawmy toryczną dwuznakową soczewkę stroną toryczną do oka, a płaską naprzód i w takiej pozycji nadajmy jej stopień peryskopijności  $C$ , t. j. dodajmy z przodu *conca*v  $C$ , a z tyłu

*concau* C; wówczas na przedniej stronie utworzy się poprostu *convex spher.* C, a co się utworzy na tylnej, zaraz rozpatrzmy; dlatego zamienimy powierzchnię toryczną na kombinacyę dwóch cylindrów — A i + B, a *concau spher.* C na kombinacyę dwóch cylindrów *concau* C, z osiami ustawionemi prostopadle względem siebie; otrzymamy co następuje:

$$\begin{aligned} & \text{convex cyl. B a. v.} \quad + \quad \text{concau cyl. C a. v.} \\ \Leftrightarrow & \text{concau cyl. A a. h.} \quad + \quad \text{concau cyl. C a. h.} = \\ = & \text{convex cyl. (B - C) a. v.} \quad \dots \text{ (a) gdy } C < B \\ \Leftrightarrow & \text{concau cyl. (A + C) a. h.} \quad \dots \\ \text{albo:} & \\ = & \text{concau cyl. (A + C) a. h.} \quad \dots \text{ (b) gdy } C = B \\ \text{albo:} & \\ = & \text{concau cyl. (C - B) a. v.} \quad \dots \text{ (c) gdy } C > B \\ \Leftrightarrow & \text{concau cyl. (A + C) a. h.} \quad \dots \end{aligned}$$

Widzimy więc, że na tylnej stronie soczewki, wskutek dodania do niej *concau spher.* C może utworzyć się albo powierzchnia toryczna dwuznakowa, albo wałec wklęsły, albo powierzchnia toryczna wklęsła. Z tych trzech możliwych postaci, najwięcej podobieństwa do peryskopijności przy połączeniu ich z przednią powierzchnią, mającą *convex spher.* C, daje trzecia postać, t. j. gdy  $C > B$ ; pierwsza zaś, mająca na torycznej tylnej powierzchni w jednym z kierunków *concau*, lub druga, mająca tylko cylinder, nie nadają znamion właściwych peryskopijnym soczewkom; zresztą druga kombinacya jest równoznaczną ze wzorem VI, który wywiedliśmy weześniej. Co się tyczy połączeniu dwóch wklęsłych wałców (c), leżących po jednej (tylnej) stronie szkła, to, rozumie się, nie możemy jej sobie wyobrażać inaczej, jak powierzchnię toryczną wklęsłą; otóż ta powierzchnia, po połączeniu z przednią, mającą *convex spher.* C, da nam nową postać rozpatrywanych przez nas soczewek. Wzór jej tedy będzie taki:

$$\begin{aligned} & \text{convex spher. C} \\ P = & \Leftrightarrow \text{concau toricum} < \begin{cases} (C - B) \text{ a. v.} \\ (A + C) \text{ a. h.} \end{cases} \quad \dots \text{ (XIII)} \\ & \text{(przytem } C > B) \end{aligned}$$

Następne szkło, które może zadowolnić nasze żądanie, jest soczewka dwutoryczna, zrobiona na podobieństwo szkieł sferycznych dwuwklęsłych lub dwuwypukłych; rozpatrywane poprzednio przez nas szkło toryczne, było płaskotoryczne. Dla tego, żeby to nowe szkło odpowiadało naszemu zasadniczemu żądaniu, t. j., by miało w kierunku pionowym łamliwość — A, a w kierunku poziomym + B i aby było dwutoryczne, musimy powierzchnię, dającą taką łamliwość, rozłożyć na dwie powierzchnie, z których każda posiadałaby połowę żądanej łamliwości, na podobieństwo tego, jak to się praktykuje w soczewkach sferycznych; znaczy, że każda z powierzchni będzie mieć w kierunku pionowym —  $\frac{A}{2}$  dyoptryi, a w kierunku poziomym +  $\frac{B}{2}$  dyoptryi; w sumie obie powierzchnie utworzą — A i + B.

Zależnie od tego, jakie będziemy brać powierzchnie toryczne dla obu stron soczewki, możemy otrzymać trzy rodzaje soczewek dwutorycznych: 1) obie strony będą mieć powierzchnie toryczne bryłowe, 2) obie odlewowe i 3) jedna strona będzie bryłowa, druga odlewowa.

Zapomocą wzoru możemy wyrazić takie soczewki w ten sposób:

$$P = \text{perspicillum bitoricum} \begin{cases} \text{concav A} \\ \text{convex B} \end{cases} \dots \text{(XIV)}$$

Teraz weźmy taką soczewkę dwutoryczną (*bitoricum*) i nadajmy jej stopień peryskopijności C; uskuteczniwszy to przy następującem rozumowaniu; na każdej stronie mamy kombinację:

$$\text{concav } \frac{A}{2} \odot \text{convex } \frac{B}{2}$$

życząc nadać takiemu szkiełku stopień peryskopijności C, dodajmy do jednej strony *convex* C, a do drugiej *concav* C. Rozpatrzmy pierwej, co otrzymamy na przedniej stronie, t. j. na tej, do której dodajemy *convex* C; dlatego zamienimy *convex spher.* C na kombinację dwóch cylindrów *convex* C z osiami, ustawionemi prostopadle względem siebie; otrzymamy:





Mamy więc dwa wzory, pokazujące, jaka jest kombinacya na przedniej i na tylnej powierzchni żądanej dwutorycznej peryskopijnej soczewki: na przedniej mamy połączenie dwóch wypukłych walców (wzór XV), którą zamieniamy na powierzchnię toryczną wypukłą, a na tylnej — kombinację dwóch wklęsłych walców (XVI), która się da zastąpić powierzchnią toryczną wklęsłą; otrzymujemy więc soczewkę dwutoryczną peryskopijną, t. j. taką, w której obie powierzchnie są toryczne — jedna wklęsła, a druga wypukła. Wzór więc takiej dwutorycznej peryskopijnej soczewki będzie następujący:

$$P = \begin{array}{l} \text{convex toricum} \\ \text{concav toricum} \end{array} \begin{array}{l} \left\langle \begin{array}{l} \left( \frac{B}{2} + C \right) \text{ a. v.} \\ \left( C - \frac{A}{2} \right) \text{ a. h.} \end{array} \right. \\ \left\langle \begin{array}{l} \left( C - \frac{B}{2} \right) \text{ a. v.} \\ \left( -\frac{A}{2} + C \right) \text{ a. h.} \end{array} \right. \end{array} \quad \text{(XVII)}$$

Przedstawiłem więc wszystkie możliwe kombinacye i odmiany soczewek, służących dla wyrównywania niezborności mieszanej; zostały one wyprowadzone z uwzględnienia znanych nam postaci soczewek: sfery, cylindra, toryku i menisku; wszystkie te kombinacye mają w kierunku pionowym łamliwość — A, a w kierunku poziomym  $+$  B. Te dwie ilości A i B mają we wszystkich wskazanych wzorach ścisłe i niezmiennie znaczenie; tylko ilość C, oznaczająca stopień peryskopijności, jest co do wielkości ograniczoną z jednej strony, a mianowicie ze strony minimum, ponieważ jak wykazano  $C > A$ ,  $C > B$ , lub:  $C > \frac{A}{2}$  i  $C > \frac{B}{2}$ ;

znaczy postaci peryskopijne dwuznakowych torycznych soczewek mogą mieć jeszcze pewną ilość odmian w zależności od wielkości C.

Streszczając teraz w krótkości wszystkie sposoby wyró-

wnania As. M. H. widzimy, że takowych mamy dziewięć, odpowiadających następującym wzorom:

1) Kombinacja dwóch cylindrów  $+$  i  $-$

convex cylinder B a. v.  
 $\ominus$  concav cylinder A a. h.

2) Kombinacja sfery  $+$  z cylindrem  $-$

convex spher. B  
 $\ominus$  concav cyl. (A  $+$  B) a. h.

3) Kombinacja sfery  $-$  z cylindrem  $+$

concav sper. A  
 $\ominus$  convex cyl. (A  $+$  B) a. v.

4) Soczewka toryczna < concav A  
 bryłowa convex B a. v.

5) Soczewka toryczna < concav A a. h.  
 z odlewu convex B

6) Soczewka »peryskopijna« o przedniej stronie torycznej:

convex toricum <  $\left( \begin{array}{l} (B + C) \text{ a. v. (przytem)} \\ (C - A) \text{ a. h. (} C > A \text{)} \end{array} \right)$   
 $\ominus$  concav sper. C

7) Soczewka »peryskopijna« o tylnej stronie torycznej:

convex sper C  
 $\ominus$  concav toricum <  $\left( \begin{array}{l} (C - B) \text{ a. v. (przytem)} \\ (A + C) \text{ a. h. (} C > B \text{)} \end{array} \right)$

8) Soczewka dwutoryczna < concav A a. h.  
 convex B a. v.

9) Soczewka dwutoryczna peryskopijna:

convex toricum <  $\left( \begin{array}{l} \left( \frac{B}{2} + C \right) \text{ a. v.} \\ \left( C - \frac{A}{2} \right) \text{ a. h.} \end{array} \right)$

$$\diamond \text{concav toricum} \begin{cases} \left( C - \frac{B}{2} \right) \text{ a. v.} \\ \left( \frac{A}{2} + C \right) \text{ a. h.} \end{cases}$$

Przypatrzwszy się wzorom 6), 7) i 9) z łatwością obliczymy, że łamliwość takich soczewek w kierunku pionowym jest  $-A$ , a w kierunku poziomym  $+B$ , ponieważ np. we wzorze 6) mamy:  $(B + C) - C = B$  (*convex*), a  $C - (C - A) = A$  (*concav*); tylko przy takim obliczaniu nie trzeba zapominać, że w soczewkach torycznych wypukłych i wklęsłych oś silniejszej krzywizny zlewa się z kierunkiem słabszej krzywizny, a oś słabszej z kierunkiem silniejszej.

Trzeba zwrócić uwagę, że soczewki 8) i 9) przy szlifowaniu następują wielkie trudności do pokonania, polegające na tem, że bardzo trudno jest ustawić bieguna jednej torycznej strony ściśle naprzeciw bieguna drugiej i przytem baczyć, żeby osie krzywizn również ściśle były ustawione naprzeciw siebie; z tego względu dwa te wzory mają więcej znaczenie teoretyczne, a wyprowadzam je tylko dlatego, żeby wyczerpać cały zasób sposobów, mogących wyrównać niezborność mieszaną.

Weźmy teraz przykłady liczbowe i przypuśćmy, że  $A = 1.5$  dyoptryi,  $B = 2.0$  dyop. a  $C = 2.5$  dyop.; otrzymamy następujące szkła:

- 1) concav cyl. 1.5 a. h.  
 $\diamond$ convex cyl. 2.0 a. v.
- 2) concav sper. 1.5  
 $\diamond$ convex cyl. 3.5 a. v.
- 3) convex sper. 2.0  
 $\diamond$ concav cyl. 3.5 a. h.
- 4) Perspicill. toricum (z bryły)  $\begin{cases} \text{concav } 1.5 \text{ a. h.} \\ \text{convex } 2.0 \text{ a. v.} \end{cases}$
- 5) Perspicill. toricum (z odlewu)  $\begin{cases} \text{concav } 1.5 \text{ a. h.} \\ \text{convex } 2.0 \text{ a. v.} \end{cases}$

- 6) Soczewka peryskopijna o przedniej torycznej stronie
- |           |                   |   |           |
|-----------|-------------------|---|-----------|
| z przodu: | convex            | < | 4·5 a. v. |
|           | toricum           | < | 1·0 a. h. |
| z z tyłu: | concav spher. 2·5 |   |           |
- 7) Soczewka peryskopijna o tylnej stronie torycznej
- |           |                   |   |           |
|-----------|-------------------|---|-----------|
| z przodu: | convex spher. 2·5 |   |           |
| z tyłu:   | concav            | < | 0·5 a. v. |
|           | toricum           | < | 4·0 a. h. |
- 8) Perspicillum bitoricum
- |   |        |           |
|---|--------|-----------|
| < | concav | 1·5 a. h. |
|   | convex | 2·0 a. v. |
- 9) Soczewka dwutorycz. peryskopijna
- |           |         |   |            |
|-----------|---------|---|------------|
| z przodu: | convex  | < | 3·5 a. v.  |
|           | toricum | < | 1·75 a. h. |
| z tyłu:   | concav  | < | 1·5 a. v.  |
|           | toricum | < | 3·25 a. h. |

#### Literatura.

1. Prof. K. Majewski. O okularach à la Chamblant. Postęp okulist. r. 909, zesz. VIII—IX. str. 244.
2. Żurkowski. Parę słów o możliwych kombinacjach szkielek dla okularów. Post. okul. 1908, zesz. VIII—IX.
3. Żurkowski. Powierzchnie toryczne i zastosowanie ich do okularów. Post. okul. 1909, zesz. IV.

### Kilka słów o oddziale ocznym przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie i sprawozdanie z tegoż oddziału za rok 1908 i 1909.

Przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie znajduje się oddział oczny o 12 łózkach, pomieszczonych w dwóch oddzielnych salkach. Szpital ten przeszedł w bieżącym roku na własność i w zarząd kraju — dotąd zarządzało nim prywatne Towarzystwo dobroczynności »Komitet Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii«. Komitet ten wydawał drukiem coroczne sprawozdania z działalności administracyjnej, jakoteż sprawozdania lekarskie; razem wyszło trzydzieści sprawozdań, ostatnie za rok 1906 i 1907.

Ze sprawozdań tych przytoczę kilka cyfr odnoszących się do oddziału ocznego tegoż szpitala, a świadczących o działalności oddziału.

Zrazu szpitalik nie miał oddzielnego oddziału ocznego, chociaż zawsze przyjmował chorych na oczy. I tak w r. 1883 (VII. Spraw.) leczono na oddziale wewnętrznym 17 chorych na oczy, a na oddziale chirurgicznym wykonano parę operacji ocznych. Okulisty nie było. Liczba chorych na oczy stopniowo wzrastała, w r. 1885 leczono 35 chorych dzieci, w r. 1887 — 82, w r. 1890 — 129. Odtąd leczono rocznie stale powyżej 100 dzieci na oczy. W r. 1891 — 110, w r. 1892 — 108, w r. 1893 — 151.

W r. 1894 Dr Tytus Kicki ofiarował swe usługi Towarzystwu i pełnił obowiązki okulisty szpitala aż do początku r. 1904. Ilość chorych stałych w czasie tym wynosiła: w r. 1904 — 138, w r. 1895 — 160, w r. 1896 — 139, w r. 1897 — 154, w r. 1898 — 159, w r. 1899 — 151, w r. 1900 — 113, w r. 1901 — 147, w r. 1902 — 138, w r. 1903 — 159.

Za czasów ordynaryatu Dr Kickiego oddano dla dzieci z chorobami ocznymi oddzielne dwie salki, powstał więc zawiązek oddziału ocznego w tymże szpitaliku. Samodzielność oddziału zaznacza się w Sprawozdaniu z r. 1903, gdzie znajdujemy w osobnej rubryce IV. Sprawozdanie z oddziału ocznego, które to sprawozdania ukazywały się corocznie w osobnym dziale aż do r. 1907.

Dr K e k i oprócz zajęcia się chorymi stałymi oddziału ocznego, gdzie także wykonywał operacje, wprowadził ambulatoryum dla chorych dochodzących. W ambulatoryum zgłosiło się w r. 1901—670 chorych na oczy, w r. 1902 — 666, w r. 1903 — 540, w tymże roku wykonano na oddziale ocznym 38 operacji.

W r. 1904 objął oddział oczny Prof. Bednarski i pełni obowiązki okulisty szpitala aż do dnia dzisiejszego. W tym czasie leczono na oddziale ocznym: w r. 1904—163 chorych stałych i 714 ambulantów, w r. 1905—226 stałych i 963 ambulantów, w r. 1906—215 stałych i 853 ambulantów, w r. 1907 — 169 stałych i 612 ambulantów, w r. 1908 — 182 stałych i 549 ambulantów, w r. 1909 — 238 stałych i 941 ambulantów.

Operacji od r. 1904—1909 wykonano razem 298.

Od roku więc 1890 do r. 1909 leczono ogółem na oddziale ocznym szpitala 3194 dzieci. W ambulatoryum zaś od r. 1901 do r. 1909 leczono razem 6508 dzieci na oczy.

Z oddziału ocznego, oprócz wspomnianych wyżej corocznych sprawozdań, wyszło drukiem w ostatnich latach pięć prac (O torbielach powieki dolnej i oczodołu wychodzących z gałki zarodkowej. Post. okul. 1905. — O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowym pochodzenia wewnętrznego. Post. okul. 1906. — O zaniku nerwu wzrokowego przy nieforemnej czaszce. Post. okul. 1908. — Przypadek ospicy krowiankowej powiek. Tygodn. lek. 1910. — O przyczynach ślepoty u dzieci. Tygodn. lek. 1910).

Ruch chorych w r. 1908 i 1909 wykazuje następujące zestawienie:

Nazwa choroby	Leczone			
	W szpitalu		W ambulatoryum	
	1908	1909	1908	1909
<i>Abscessus palpebr.</i> . . . . .	—	1	9	2
<i>Atheroma</i> " . . . . .	—	—	—	3
<i>Chalazion</i> " . . . . .	—	—	1	5
<i>Eczema</i> " . . . . .	—	1	9	26
<i>Ectropium</i> " . . . . .	1	2	6	3
<i>Hordeolum</i> " . . . . .	—	—	1	1
<i>Neoptasma</i> " . . . . .	—	—	—	2
<i>Phthiasis</i> " . . . . .	—	—	1	—
<i>Vaccinola</i> " . . . . .	—	1	—	1
<i>Valvus</i> " . . . . .	—	—	1	3
<i>Trichiasis</i> " . . . . .	—	—	—	1
<i>Blepharitis</i> " . . . . .	2	—	22	40
<i>Conj. blenorrh. neonat.</i> . . . . .	3	8	22	42
" " <i>adultor.</i> . . . . .	5	2	5	2
" <i>catarrhalis</i> . . . . .	3	2	25	41
" <i>diphtheritica</i> . . . . .	—	—	1	—
" <i>follicularis</i> . . . . .	—	—	7	9
" <i>membranacea</i> . . . . .	—	—	6	7
" <i>trachomatosa</i> . . . . .	20	20	20	34
<i>Xerosis conj.</i> . . . . .	—	1	1	3
<i>Sugillationes subconj.</i> . . . . .	—	—	1	3
<i>Corpus alien. in sacco conj.</i> . . . . .	—	—	—	1
<i>Polypus conj.</i> . . . . .	—	—	1	—
<i>Cystis subconj.</i> . . . . .	—	2	—	2
<i>Keratoconjunctivit. phlyctenul.</i> . . . . .	132	155	319	595
<i>Keratitis parenchymat.</i> . . . . .	4	—	6	3
Do przeniesienia . . . . .	170	195	464	830

Nazwa choroby	Leczone			
	W szpitalu		W ambulatoryum	
	1908	1909	1908	1909
Z przeniesienia . . . . .	170	195	464	830
<i>Keratomalacia</i> . . . . .	—	2	3	4
<i>Maculae corneae</i> . . . . .	—	—	28	21
<i>Vulnus corneae</i> . . . . .	2	6	3	10
<i>Combustio corneae</i> . . . . .	—	—	2	—
<i>Corpus alien. in cornea</i> . . . . .	—	—	1	2
<i>Leucoma corneae</i> . . . . .	1	11	9	16
<i>Staphyloma corneae</i> . . . . .	1	5	9	13
<i>Coloboma irid. congen.</i> . . . . .	—	—	—	1
<i>Iritis v. uveitis</i> . . . . .	—	3	2	5
<i>Seclusio v. oclusio pupill.</i> . . . . .	1	1	1	4
<i>Cataracta infantum</i> . . . . .	4	6	4	6
" <i>traumatica</i> . . . . .	—	—	—	3
<i>Neuritis</i> . . . . .	1	1	1	1
<i>Atrophia nervi optici</i> . . . . .	—	—	2	6
<i>Amblyopia</i> . . . . .	1	1	3	1
<i>Ablatio retinae</i> . . . . .	—	—	—	1
<i>Glioma retinae</i> . . . . .	—	1	—	1
<i>Sarcoma bulbi</i> . . . . .	—	—	—	1
<i>Microphthalm. v. anophthalm.</i> . . . . .	—	—	3	3
<i>Phthisis bulbi</i> . . . . .	—	—	8	6
<i>Neoplasma retrobulb.</i> . . . . .	—	—	—	1
<i>Sarcoma orbitae</i> . . . . .	—	—	1	—
<i>Dacryocystitis</i> . . . . .	1	—	4	3
<i>Stenosis duct. nasolacrim.</i> . . . . .	—	1	—	1
<i>Strabismus concomitans</i> . . . . .	—	—	5	4
<i>Periostitis orbitae</i> . . . . .	—	—	—	3
Razem . . . . .	182	238	549	943



Sprawozdaniem powyższem kończy się okres 31-letniej działalności Komitetu Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii i dla tego też w sprawozdaniu tem zachowałem układ podobny do sprawozdań wydawanych przez Komitet. Komitet nie mogąc sprostać finansowo wymogom dzisiejszego szpitalnictwa oddał szpital Krajowi. Wydział Krajowy przystąpił już do różnych przeróbek i czyni adaptacje, przy których widać, że plany, wedle których Komitet wybudował szpital przed kilkudziesięciu laty były nader szczęśliwe, dadzą się bowiem dzisiaj z łatwością przerabiać i uzupełniać.

Oddział oczny przy szpitaliku jest prawie stale przepełnionym, w miesiącach letnich leży na 12 łóżkach zwyczajnie zwyż 20 chorych, dla wielu dzieci zgłaszających się do szpitala brak miejsca. Oddział oczny (wogóle cały szpital) nie posiada sali rezerwowej, gdzieby można, w razie wybuchu na sali choroby zakaźnej, dzieci przenieść, aby salę zakażoną poddać dezynfekcyi. Daje się też odczuwać brak łóżek większych dla matek, matka przyjęła z dzieckiem np. ze szluzoropotokiem, śpi na krótkim łóżku dziecięcym. Brak separatek, w którychby można dzieci oddzielić. Obsługa (Siostry Miłosierdzia) jest niedostateczną i całkiem niewyszkoloną. Objęcie szpitala przez Wydział krajowy budzi nadzieje poprawy strunków.

*A. Bednarski.*

---

## II. STRESZCZENIA.

**Aerztliche Sachverständigen-Zeitung.** R. 1910, nr. 7.  
(Sprawozdawca A. Szulistański). Sprawozdanie zbiorowe o piśmiennictwie okulistycznym, odnoszącem się do czynności rzeczoznawców lekarskich za II półroczcie 1909 r. Prof. Dr. Silex i Dr. Paul Cohn — Berlin.

### I. Sprawy wypadkowe.

**Asmus. Obustronne zapalenie mięszkowe rogówki na tle kiłowym po jednostronnym urazie.** (Zeitschr. f. Aughk. Paźdz. 1909).

Towarzystwo ubezpieczeń nie chciało uznać związku przyczynowego. Pytania ostatecznie nie rozstrzygnięto, stało się to bowiem w danym przypadku zbyt czynnem wobec tego, że powróciła prawidłowa bysiorość wzroku na obydwu oczach.

Junius. **W sprawie uszkodzenia i wymiaru renty przy miazszowem zapaleniu i innych zapaleniach rogówki.** (Deutsche Militärärztl. Zeitschrft. Czerw. 1909).

Z dotyczącej literatury, aktów towarzystw ubezpieczeń, sprzecznych orzeczeń sądów i rozpraw na zjazdach lekarskich widać, że dalecy jesteśmy od jedności w ocenianiu, czy głębokie zapalenie rogówek uznawać należy za sprawę wypadkową, czy nie. Podczas gdy niektórzy nauczyciele uniwersyteccy przeczą możliwości związku przyczynowego między urazem a zapaleniem miazszowem rogówki, wielu okulistów, praktykujących w okolicach przemysłowych, przyjmuje go — a do nich przyłącza się także autor.

Leber. **Orzeczenie w sprawie powstania odczepienia siatkówki.** (Mediz. Klinik. Nr. 35).

## II. Zranienia odłamkami żelaza i operacye elektromagnesem.

Hirschberg. **Rzadki przypadek operacyi elektromagnesem.** (Zentrbl. prakt. Aughk. Lipiec 1909).

Wyjęto magnesem ręcznym kawałeczek żelaza, ważący ledwie 14 miligr. przy pomocy irydektomii.

Marx. **Zranienie soczewki bez zaćmy urazowej.** (Klin. Monatsbl. f. Aughk. Sierp. 1909).

Ze soczewki wyjęto elektromagnesem kawałeczek żelaza w 2 dni po zranieniu. Chory przybył już z objawami ciężkiego zapalenia oka. Mimo to gojenie prawidłowe. W 24 godzin widoczne tylko leciutkie szare zaćmienie w miejscu, gdzie było ciało obce. Znikło ono zupełnie po dalszych 24 godzinach. W  $\frac{1}{4}$  roku po zranieniu stwierdzić można było tylko nieregularne załamywanie się światła w tem miejscu — ani śladu zaćmienia.

Verweg. **O nowych rodzajach stali, których magnes prawie nie przyciąga.** (Ref. z Zeitschr. J. Augenh. Wrzes. 1909).  
Może to być ważnem przy badaniach sideroskopem.

## III. Inne uszkodzenia mechaniczne.

Caspar. **Odosobnione skaleczenie mięśnia boczko-wego.** (Klin. Monatsbl. J. Aughk. Czerwiec 1909).

Zadane końcem haczyka.

Caspar. **Przyczynek do znajomości obrączkowego zaćmienia urazowego soczewki.** (Klin. Monatsbl. J. Aghk. Czerwiec 1909).

Uraz zadany wyrwanym gwoździem. Kształt zaćmienia nie był w tym razie, jak zazwyczaj, okrągły, lecz jajowato wydłużony w kierunku wypadniętej tęczówki, jako dowód, że zaćmienie takie powstaje skutkiem przyciśnięcia brzegu źrenicznego do soczewki.

Faber. **Rzęsy w przedniej komórcie po urazie.** (Ref. z Zeitschr. f. Aghk. Wrzesień 1909).

Przebiecie rogówki drutem żelaznym; 3 rzęsy usunięto operacyjnie.

Hamburger. **Przyczynki kazuistyczne z c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 14 we Lwowie.** (Wiener med. Wochf. Nr. 26).

Höeg. **O zaćmieniu obrączkowym przedniej powierzchni soczewki po urazach.** (Klin. Mblt. f. Aghk. Czerw. 1909).

Po stłuczeniu (*contusio*) gałki, w obrębie źrenicy, około 3—4 mm. szerokie zaćmienie, najwyraźniej występujące przy prześwietlaniu. Bez istotnego wpływu na wzrok. Nie znajduje się nigdy samo, lecz w towarzystwie innych, mniej lub więcej ciężkich następstw urazu. Podobnie, jak Vossius, który pierwszy takie zaćmienie opisał, uważa je autor za odcisk źrenicy na przedniej torebce.

Hudson. **Olej w komórcie przedniej.** (Ref. z Zeitschr. f. Aghk. Paźdz. 1909).

Do oka z raną rogówki i wkliniowaną tęczówką wkraplano olejku rącznikowego. Kiedy następnie tęczówka cofnęła się pod wpływem atropiny, wciągnęła za sobą trzy krople oleju do przedniej komórki.

Imai. **Przyczynek do kazuistyki obrączkowego zaćmienia na przedniej powierzchni soczewki.** (Vossius) (Zeitschr. f. Aghk. Wrzesień 1909).

Opis dalszych 3 przypadków obrączkowego, brunatno-zabarwionego zaćmienia. Autor uważa je, podobnie jak inni, za odcisk rąbka barwikowego źrenicy, aczkolwiek nie udało się dotychczas otrzymać czegoś podobnego na drodze doświadczalnej.

Piekema. **Operacyjne usunięcie odłamka miedzi z ciała szklistego.** (Ref. z Zeitschr. f. Aghk. Wrzesień 1909).

Zander. **Zaćma po stłuczeniu.** (Med. Klinik Nr. 37).

W kilka tygodni po uderzeniu kawałkiem żelaza, zaczęła zaćmiewać się soczewka. Badanie sideroskopem i roentgenogram z wynikiem ujemnym. Nie znaleziono również żadnych zewnętrznych śladów obrażenia. Tylko brzeg tęczówkowy miał szczególniejsze wejście strzępiaste, które można było uważać jako skutek zniażdżenia. W następstwie można było z pewnym prawdopodobieństwem przypuścić, że zniażdżenie to mogło być również przyczyną zaćmy. Państwowy urząd ubezpieczeń (*Reichsversicherungsamt*) przychylił się do tego zapalrywania i rozstrzygnął sprawę na korzyść uszkodzonego.

#### IV. Uszkodzenie na drodze chemicznej.

Pfalz. **O leczeniu opaleń i oparzeń oczu i ich następstw.** (Zeitschr. f. Aghk. Grudzień 1909).

Zade. **Przypadek oparzenia oka wapnem z następową jaskrą.** (Arch. f. Ophth. L. XXII, zeszyt 3).

Wapno z cementem wprysnęło podczas gaszenia 5-letniemu dziecku do obydwu oczu. Ciężkie oparzenie spojówek. Prawa rogówka w części mleczno zaćmiona, lewa w całości porcelanowobiała. Po 4-tygodniowym leczeniu wystąpiło na lewem oku podwyższenie ucisku śródocznego, które doprowadziło wreszcie do wyluszczenia gałki. Badanie anatomiczne stwierdziło fakt, znany zresztą z doświadczeń na zwierzętach, że samo tylko zapalenie odczynowe, powstałe jedynie w następstwie chemiczno-żrącego działania wapna (bez otwarcia gałki), spowodowało zasunięcie się kąta komorowego i w następstwie jaskrę. Lewa rogówka nieco się z czasem wyjaśniła. Uzyskano  $\frac{1}{3}$  prawidłowej bystrości wzroku.

#### V. Zatrucia i zakażenia.

Erdmann. **Uszkodzenie oczu parami dimetylsulfatu.** (Arch. f. Aghk. L. XIV. Zeszyt 3).

Nietylko sam przetwór, ale nawet pary jego, unoszące się w powietrzu przy ulatnianiu się, wystarczają zupełnie do wywołania znamienych objawów uszkodzenia, t.j. gwałtownego zapalenia spojówek, silnego światłowstrętu i delikatnych zaćmień rogówki. Znamiennym jest kilkugodzinny okres utajenia, po którym dopiero powyższe objawy występują.

Igersheimer. **O zatruciu atoksylem, z szczególnem uwzględnieniem działania na narząd wzrokowy.** (Deutsche-medie. Wschrft. Nr. 26).

Z doświadczeń autora wynika, że atoksyl działa zarówno na świdorowce (trypanosomy), zawarte we krwi, jakoteż na pojedyncze narządy. Przy zatruciu mamy do czynienia z dwoma działającymi czynnikami, a to z atoksylem samym i wydzielającym się arsenem nieorganicznym.

Igersheimer. **O działaniu atoksylu na oko.** (Arch. f. Aghk. LXXI. T. 1—2).

Autor zebrał w literaturze 37 przypadków, w których można było wykazać szkodliwe działanie atoksylu na oczy. Według doświadczeń klinicznych, popartych chemicznymi badaniami, daje autor następujący typowy obraz ślepoty atoksylowej: Pierwsze objawy oczne występują zazwyczaj w kilka tygodni lub miesięcy od początku leczenia atoksylem, jako migotanie przed oczami i podmiotowe zaciemnienie wzroku, przyczem jednak może być dno oka i bystrość wzroku jeszcze zupełnie prawidłowe, podczas gdy pole widzenia jest już w tym okresie prawie zawsze ścieśnione. Rzadko tylko stwierdzić można wczesne zblednienie tarczy nerwu wzrokowego, jako zwiastuna rozwijającego się zaniku. Zawsze bywają obydwie oczy zajęte. Wzrok i pole widzenia podupadają nader szybko. Rokowanie zawsze niekorzystne. Leczenie jest zupełnie bezsilne. Wstrzymanie podawania atoksylu nie wstrzymuje już sprawy chorobowej. Pewną skłonność (dyspozycję) zdają się przedstawiać oczy, osłabione już innemi truciznami. Ciężkie zatrucia przydarzają się szczególnie, gdy atoksyl stosowano codziennie, chociażby w bardzo małych dawkach, lub też, gdy w dawkach tygodniowych, t. j. przy użyciu raz na tydzień, przekroczono 0.4—0.5 gr. *pro dosi*.

Iudin. **Przypadek zaniku nerwu wzrokowego wskutek leczenia arsacetyną.** (Wochschr. f. Ther. u. Hyg. d. Aug. 4 listopad).

Chory otrzymał w przebiegu duru powrotnego (*Typhus recurrens*) 4 wstrzyknięcia po 0.6 gr. arsacetyny. W najbliższych 3 tygodniach wytworzyła się zupełna ślepota w następstwie obustronnego zaniku nerwu wzrokowego.

Kubli. **Ślepota chinowa.** (Ref. z Zeitschr. f. Aghk. Październik 1909).

U młodej dziewczyny wystąpiła zupełna ślepota po spożyciu około 10 gr. chininy w ciągu jednego dnia. Z biegiem czasu po-

wróciło niemal prawidłowe widzenie naosne, pozostało tylko znaczne ścięśnienie pola widzenia. Tarcza nerwu wzrokowego przedstawiała obraz zaniku.

**Natansohn. Oślepięcie po spożyciu zafałszowanego Spiritus aromaticus.** (Deutsche med. Wschrft. Nr. 45).

Droguerzysta napił się z powodu nudności 3 kieliszki spir. arom. Ogólne objawy zatrucia minęły, pozostała ślepotą skutkiem zaniku nerwów wzrokowych.

**Thomas & Parsons. Poczwarzka muchy w przedniej komórce.** (Ref. z Zeitschr. f. Agrik. Paźdz. 1909).

Autorowie stwierdzili robakowaty twór w komórce przedniej u małego dziecka. Po wyluszczeniu gałki ocznej okazało się że to poczwarzka muchy, prawdopodobnie *Calliphora erythrocephala*. Autorowie przypuszczają, że pasożyt dostał się tam z worka spojówkowego (ale nie podają, jak?).

**Graefe's Archiv für Ophthalm.** R. 1910. T. LXXIV. Wydany ku czei Th. Lebera w jego 70-letnią rocznicę urodzin. (Referent Dr T. Kleczkowski).

**O działaniach olejku szkarłatnego na oko, szczególnie na siatkówkę.** (Über Wirkungen des Scharlachöls auf das Auge, speziell auf die Netzhaut). L. Schreiber i P. Wengler (Heidelberg).

Jak wiadomo, pierwszy B. Fischer wykazał, że wstrzyknięcie olejku szkarłatnego do ucha królika wywołuje nieprawidłowe bujanie nabłonka skóry. Bujanie to okazuje pewne podobieństwo do bujań rakowych. Autorzy wstrzykiwali olejek szkarłatny u zwierząt (24 króliki i 4 psy) do p. komory i do ciała szklanego. Czas obserwacji wynosił 4—165 dni. Objawy kliniczne, występujące po wstrzyknięciu do przedniej komory, polegały na silnem nastrzyknięciu spojówki, chemozie, mięższowem zmętnieniu rogówki, następnie podniesieniu się ciśnienia i powiększeniu całej gałki. Objawy zapalne miały po 10—21 dniach. Drobnowidowe zmiany polegały na pojawianiu się komórek, będących w podziale, w nabłonku spojówki i rogówki, obrzęku mięszszu rogówkowego, pęknięciach błony Decemeta, a po wstrzyknięciu większej ilości olejku na bliznowatym zarośnięciu kąta przedniej komory, zbliznowaceniu tęczęwki i ciała rzęskowego i wysięku w ciałku szklanem. W c. szklanem

prócz wysięku spotykali autorzy zgrubienie i wytworzenie się większej ilości włókienek c. szklistego. Włókienka te, bardzo wybitne, jakoby brały swój początek z bezbarwikowego nabłonka c. rzęskowego. Najwięcej zajmują się autorzy zmianami w siatkówce, w której już po 4 dniach występowały zmiany, przypominające *retinitis pigmentosa*. W wywędrowanych komórkach nabłonka barwikowego znaleźli autorzy kuleczki tłuszczowe. Po 10 dniach prawie wszystkie komórki ganglionowe ulegają zwyrodnieniu, a tylko niektóre z nich wykazują mitozę. Gleja zachowywała się biernie. Wstrzyknięcie oleju do c. szklistego, wywołało podobne, aczkolwiek mniej wybitne zmiany w siatkówce. Przypuszczenie, że przy wstrzyknięciach oleju działa głównie oliwa, jest niesłuszne, bo doświadczenia wykazały, że zmiany po samej oliwie nie były zawsze stałe; następnie zmiany w siatkówce po oliwie występowały obwodowo, a nie koło tarczy, jak przy oleju i że po oliwie brakowało obrazów mitozy w ganglionach. Działanie oleju szkarłatnego na oko uważają autorzy za chemiczne, które jest tem wybitniejsze w siatkówce, im ona pod wyższem ciśnieniem się znajduje.

**O nauce Schnabla o powstawaniu zagłębienia jaskrowego.** (Übber die Schnabel'sche Lehre von der Entstehung der glaukomatösen Excavation). E. v. Hippel (Heidelberg).

Badania autora, przeprowadzone tak na oczach jaskrowatych jak też i niejaskrowatych doprowadziły go do wniosku, że rzeczywiście zanik jamisty nerwu wzrokowego w jaskrze jest objawem bardzo częstym, spotykającym w innych schorzeniach bardzo rzadko. Wczesne okresy zaniku jamistego z trudnością jednak dają się odróżnić od produktów sztucznych, a z drugiej znowu strony nie zawsze można z całą pewnością powiedzieć, czy w danym przypadku jamy w nerwie wzrokowym są objawem zaniku tkanki nerwowej, czy też może są one następstwem tylko nasiąknięcia płynem tkanki nerwowej. Ciekawemi były często w przypadkach jaskry spotykane przez Hippela zmiany w siatkówce, a umiejscowione w gangl. *opticum retinae*, polegające podobnie jak w nerwie wzrokowym na miejscowym zaniku tkanki nerwowej z wytworzeniem w tych miejscach przestrzeni wolnych. Autor sam jednak przyznaje, że materiał jego zbyt był skąpy, by mógł rozstrzygnąć z całą pewnością, czy zmiany te są natury chorobowej, czy też wytworem sztucznym. Co do blaszki siłowej, to oznaczenie, czy ona prawidłowo w danym przypadku jest położona, czy też ku tyłowi jest przesunięta, jest bardzo trudne, bo już fizyologicznie zauważyć można dość szerokie granice w jej położeniu (Elschnig). *Lamina scleralis* może być zupełnie prawidłowo położoną, pomimo, że już

wytworzyło się jaskrowate zagłębienie tarczy n. wzrokowego (zgodnie ze Schnablem), może być jednak i ku tyłowi przesunięta, pomimo, że brak był jamistego zaniku n. wzrokowego. Na podstawie tego dochodzi H. do wniosku, że zdarzają się przypadki jaskry, w których powstania zagłębienia jaskrowego nie można wytłómaczyć ani teorią Schnabla (wykluczenie działania ciśnienia śródocznego), ani teorią Müllera (wpływ ciśnienia). Co do anatomii samego zagłębienia jaskrowego dodaje jeszcze autor, że brzeg siatkówki jest bardzo często przeniesiony w zakres wyłobienia tarczy i że tarcz dobrzeżnie wyłobiona może być od przodu w znacznej części przykryta delikatną błoną, mieszczącą w sobie odnogi naczyń środkowego w poziomie siatkówki znajdującą się.

**Hypotonia, jako stały objaw zapalenia ciała rzeszkowego.** (Die Hypotonie, ein konstantes Symptom der Entzündung des Ciliarkörpers). O Schirmer (New-York).

Autor badał ciśnienie tonometrem Livschitza (modyfikacya tonometru Ficka) w 26 przypadkach *iridocyclitis acuta* i znalazł jako stały objaw już we wczesnych okresach tego zehorzenia dość znaczne obniżenie ciśnienia śródocznego. W wyjątkowych tylko przypadkach i to szczególnie przy *iritis serosa*, ciśnienie było podniesione, który to objaw tłómaczy sobie autor zatkaniem dróg odpływowych w przestrzeni Fontany ciałkami białymi. Doświadczalnie wywoływał autor *iridocyclitis*, przez wstrzyknięcie do c. szklanego rtęci, poczem ciśnienie szybko obniżało się utrzymując się tygodniami, już po 6 godzinach. Stałe to obniżanie ciśnienia śródocznego należy sobie tłómaczyć zmniejszonym wydzieleniem płynów. Płyn przedniej komory prócz tego, że jest w mniejszej ilości, różnił się również pod względem chemicznym — białko bowiem znajdowało się w nim 0.2—1% (prawidłowo 0.02%). Po wstrzyknięciu odwłóknionej krwi wołu płyn p. komory okazywał własności hemolityczne. Wszystkie te objawy wskazują na ciężkie zaburzenie czynnościowo c. szklanego. Anatomiczne zmiany, będące powodem tych objawów czynnościowych, polegały w doświadczeniach autora na zapalnym przekrwieniu i obrzku wyrostków c. rzeszkowego. Nabłonek c. rzeszkowego przez całe tygodnie pozostawał prawidłowym. Wydzielenia płynu bogatszego w białko należy sobie tłómaczyć rozszerzeniem się z powodu zapalenia naczyń i zmniejszenia ciśnienia. Jest zapatrywanie, że c. rzeskowe ze swoim nabłonkiem wydziela płyn p. komory na sposób gruczołu i że zaburzenia w wydzieleniu w głównej mierze zależą od zmian w nabłonku. W przypadkach autora nabłonek w zupełności nie był naruszony, mimo to jednak hypotonia wystąpiła. Na możliwy zarzut zwolen-



ników teorii wydzielenia gruczołowego nabłonka, że w przypadkach autora działała ręk, więc typowy jad działający szczególnie na nabłonek, odpowiada autor doświadczeniem, że użycie innych ciał (surowica królika, izotoniczny roztwór soli), które napewno na nabłonek nie działają, a tylko przekrwienie c. rzęskowego wywołują, również hypotonię wywołało. Zastanawiając się nad przypadkami *phthisis bulbi*, gdzie spostrzegać można zorganizowane wysięki, nie przylegające do błon oka, po *iridocyclitis* dochodzi autor do przekonania, że zmniejszenie się gałek nie jest następstwem ściągania się wysięku w c. szklistem, ale samoistnego kurczenia się twardówki. Kurczenie to zaś jest następstwem długo trwającej hypotonii.

**O iridencleisis antiglaucomatosa Holtha.** (Über Iridencleisis antiglaucomatosa Holthi). F. Beutzen (Kopenhaga).

Autor operował w 22 przypadkach jaskry sposobem Holtha i zgadza się z nim, że wielki płat spojówkowy chroni od zakażenia pooperacyjnego, a wgojenie się tęczówki, przemieszczonej pod spojówkę, nie pociąga za sobą i nie wywołuje napadów jaskry. Rany operacyjne goiły się dobrze, a sama operacja jest niezbyt bolesna. Ujemną stroną operacji Holtha jest trudne jej wykonanie. Najtrudniejszym mianowicie jest przeprowadzenie cięcia w tęczęwce w ten sposób, by nie naruszyć zwieracza tęczówki. Z powodu tej trudności autor zmienił sposób operowania, a swój sposób nazwał *iridectomy cum encleisi* kąta szpary tęczęwkowej. Operację autor robi dwucziasowo, t. j. najpierw irydektomię, a dopiero potem, po zagojeniu się rany *encleisis* podspojówkową. Po takiej operacji obniżenie ciśnienia śródocznego było stałe na 17 przyp. w 13-tu, a w 2 zaś przyp. ciśnienie obniżyło się bez używania nawet środków, zwężających źrenicę. Wyleczył autor swoim sposobem operacyjnym 59% przypadków.

**Przypadek „retinochorioiditis juxtapapillaris“ (Edmund Jensen) s. Chorioretinitis parapapillaris.** (Ein Fall von „Retino-chorioiditis juxtapapillaris“ (Edmund Jensen) s. Chorioretinitis parapapillaris). E. Blessig (St. Petersburg).

Do 4 przyp., ogłoszonych przez Jensena, dodaje autor 5-ty przyp., zupełnie z przypadkami J. się zgadzający. Zehorzenie polega na wytworzeniu się tuż przy tarczy n. wzrokowego ogniska naczyniówkowo-siatkówkowego, dającego przy badaniu perymetrem ubytek w polu widzenia, ciągnący się wzdłuż południka, a kończący się ostro w powiększonej plamie Mariotte'a. Rokowanie jest dobre, tło zehorzenia nieznanne.

**Liczne torbiele na tylnej powierzchni tęczówki i na ciałku rzęskowym.** (Multiple Cysten an der Irishinterfläche und am Corpus ciliare. (Pseudomelanosarcom des Corpus ciliare). A. Pagenstecher.

Cysta, wychodząca z tylnej ściany tęczówki, dawała obraz kliniczny mięsaka, połączonego z objawami okresowo się powtarzającymi jaskry. Badania drobnowidowe wykluczyło mięsak, a wykazało obecność kilku cyst z tylnej powierzchni tęczówki i c. szklonego, powstałych w następstwie oddzielenia się warstwy nabłonka barwikowego od podstawy.

**Dwa rzadkie nowotwory mięsane z okolicy gruczołu łzowego.** (Zwei seltene Mischtumoren aus der Gegend der Tränendrüse). K. Katz (Karlsruhe).

Autor podaje opis kliniczny i drobnowidowy trzech nowotworów łagodnych, które aczkolwiek były następstwem rozrostu komórek zarodkowych w okolicy gruczołu łzowego, jednak dopiero w wieku dorosłym się rozwinęły. Nowotwory te składały się z tworów ektodermalnych, jak komórek nabłonkowych, nabłonka płaskiego, częściowo zrogowaciałego i komórek gruczołowych i z tworów pochodnych mezenchymy, jak tkanki łącznej, śluzowej i chrzęstnej.

**Wyleczony zez u dorosłego zapomocą ćwiczeń amblyoskopem.** (Durch Amblyoskopübungen geheiltes Schielen beim Erwachsenen). R. Gauner (Szczecin).

16 lat licząca dziewczyna cierpiała od 5-ciu lat na *strabismus converg. concomitans constans* oka prawego, połączony z przykrem uczuciem podwójnego widzenia. Mniej więcej w 1½ roku przez ćwiczenie amblyoskopem Wortha, zez, wynoszący początkowo 5 mm. odchylenia, zupełnie został usunięty. Przypadek autora dowodzi, że zez u dorosłego niekoniecznie musi być operowany, ale może być też drogą nieoperacyjną wyleczony. Potrzeba jednak do tego dwóch warunków: Pierwszy, to zachowanie możności nastawczej oka zezującego przy niezbyt wielkiej różnicy bystrości wzrokowej obu oczów, drugi, to silna wola chorego, zmuszająca go do częstych i długich ćwiczeń.

**Opis nowych nożyczek do enukleacji.** (Beschreibung einer neuen Enucleationsschere). R. Volpert (Lipsk).

Celem umożliwienia wycinania przy enukleacji większych kawałków n. wzrokowego (nowotwory złośliwe) i chronienia gałki ocznej przed niepotrzebnem skaleczeniem, obmyślił autor nożyczki

podwójne, złączone ze sobą, jednocześnie się otwierające, których ramiona równoległe do siebie przebiegają. Jedna para ramion jest ostra, druga tępą, służąca do ochrony gałki i do wywiehnięcia jej przy enukleacji.

**Kostniaki jam okołososowych z rzadkimi powikłaniami ze strony oka.** (Osteome der Nasennebenhöhlen mit seltenen Komplikationen am Auge). H. Marx (Heidelberg).

W pierwszym przypadku autora, kostniak wychodził z jamy czołowej, a przebieg kliniczny odznaczał się wystąpieniem odmy powietrznej pod spojówką gałki. Według autora przyp. taki jest pierwszym w literaturze. W drugim przyp. kostniak, wychodzący z kości klinowej powikłany był z rozpoczynającą się ropiawią oczodołu. Podobny przypadek ogłosił poprzednio Oppenheim.

**O rzadkiej przyczynie rynologicznej łzawienia.** (Über eine seltene rhinologische Ursache von Epiphora). H. Marx (Heidelberg).

W obu przyp. autora łzawienie wywołane było obecnością cysty zębowej, wypuklającej dno jamy nosowej, działającej mechanicznie, utrudniając odpływ łez do nosa.

**Ostre zapalenie spojówki, wywołane streptobacyllami albo krótkimi bacyllami, posiadającymi otoczkę.** (Akute Conjunctivitis, hervorgerufen durch Streptobacillen oder kurze Scheidenbacillen). C. Adario (Palermo).

W przyp. autora zapalenie spojówki wywołane zostało przez przeniesienie wydzieliny z pochwy zdrowej kobiety do oka. Zapalenie miało przebieg podostry, odznaczający się obrzękiem powiek, dość obfita wydzieliną śluzowo-ropną, zaczerwienieniem i lekkim obrzękiem spojówki. W przeciągu 8 dni oko było łopisem  $\frac{1}{2}\%$  wyleczone. Czynnikiem, który wywołał zapalenie, był *streptobacillus*. Doświadczalne przeniesienie tej samej wydzieliny pochwy na oko człowieka, wywołało zupełnie podobne zechorzenie spojówki. U zwierząt w ten sposób autor zapalenia nie mógł wywołać, wstrzyknięcie jednakowoż jednej kropli hodowli bulionowej do prawej komory, wywołało *keratitis cum hypopyo et iritis plastica*.

**O mydriasis i wrodzonych wadach oka przy keratoconus.** (Über Mydriasis und über angeborene Fehler des Auges bei Keratoconus). H. Pagenstecher (Heidelberg).

Z 11 przyp. Keratoconus w 5 spostrzegł autor *mydriasis* w oku z Keratoconus, a gdy Keratoconus był oboczny, to i roz-

szerzenie źrenicy było większe w oku ze znaczniejszym stożkiem. Anisokoria wynosiła zazwyczaj koło 1 mm. Rozszerzenie to źrenicy w oku chorem tłumaczy autor warunkami optycznymi, a mianowicie pomniejszeniem promienia rogówki i głębokością komory przedniej oka, dotkniętego stożkiem. We wszystkich przypadkach mógł autor spostrzegać zaburzenia rozwojowe, polegające na obecności zaćmy punkcikowej obwodowej (w 90%) lub przetrwałej błony źrenicznej.

**Przyczynek do leczenia tuberkuliną gruźliczych schorzeń oka.** (Beitrag zur Tuberkulinbehandlung bei tuberkulöse Augenerkrankungen). A. Busse (Bremerhaven).

Łącząc z pomyślnym wynikiem zechorzenia gruźlicze oka tuberkuliną, doszedł autor do przekonania, że nie należy odrazu większych i zbyt szybko powiększających się dawek wstrzykiwać, a w szczególności u dzieci. Ażeby uniknąć silnego, tak miejscowego jak i ogólnego odczynu, należy od małych dawek (od 0 0001 mg. suchej substancji) rozpoczynać. Drugim warunkiem są przerwy między wstrzyknięciami, najlepiej 5—8 dni wynoszące, a przy większych dawkach nawet 10—14 dniowe. Aczkolwiek wyniki B. miały dobre, jednak przyznaje to, że leczenie tuberkuliną nie zapobiega nawrotom choroby ocznej. Przypadków leczonych przez siebie podaje autor 29, z tych 3 wrzodów rogówki, 6 kerat. parenchymatosa i profunda, 5 seleritis, 11 iritis i irocyelitis i 4 chorioiditis.

**Samoistne cofnięcie się obustronnego trzeszczu tętniącego idiopatycznego.** (Doppelseitiger idiopathischer Exophthalmus pulsans mit spontaner Rückbildung). H. Weinkauff (Kaiserslautern).

U 84 letniej kobiety rozpoczęła się choroba silnymi bólami głowy, wymiotami i utratą przytomności, przez kilka dni trwającą. Zaraz potem otoczenie spostrzegło trzeszcz obu oczów. Trzeszcz ten w przeciągu pół roku ustąpił. Co do sposobu powstania trzeszczu przypuszcza autor, że był następstwem krwotoku z *carotis interna* do *sinus cavernosus*.

**W jaki sposób okulista może zapobiedz nieodpowiedniemu wyborowi zawodu przez uczniów?** (Wie kann der Augenarzt einer falschen Berufswahl der Schüler vorbeugen?). G. Rindfleisch (Weimar).

Według autora każdy uczeń, opuszczający szkołę, powinien być zbadany, czy stan jego oczów jest odpowiedni do zamierzonego przez niego zawodu. Tyczyć się to powinno głównie szkół lu-

dowych i przemysłowych, mniej gimnazyów, gdzie i sami uczniowie są inteligentniejsi i rodzice, procentowo licząc, więcej na zdrowie swych dzieci uważają. Przeprowadzone badanie w 1908 roku w Weimarze wykazało, że na 400 uczni, 40 zły zawód sobie obrało. Badanie miało ten skutek, że z tych 40 — 10 uczniów zmieniło swój zawód.

**Przyczynek do stosunku między zapaleniem nerwu wzrokowego, a schorzeniem nosa.** (Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Sehnervenzündung und Nasenerkrankung). J. Jung (Kolonia).

2 przypadki autora dowodzą, że zapalenie n. wzrokowego w następstwie zchorzeń tylnych jam nosa, może być obustronne i że słuszne jest twierdzenie Birch-Hirschfelda, że ważnym objawem *neuritis* na tle zehorzenia nosa jest przy obrazie klinicznym *papillitis* występowanie *scotoma centrale*.

**Rhabdomyoma mięśnia obrączkowego.** (Ein Rhabdomyom der Orbicularis). O Schnaudigel (Frankfurt a. M.)

Klinicznie rhabdomyoma przedstawiało się jako chłazion. Drobnowidowo guz łagodny z włókien mięsnych prążkowanych złożony, ze wszystkich stron otorbiony. Przeglądając literaturę, nie znalazł autor nigdzie dotąd, by nowotwór tego rodzaju był otorbionym. Liczne z włókien mięsnych przypadku S. przedstawiały obraz zwyrodnienia szklistego i skrobiowego.

**O przemiennej powierzchownej martwicy skóry powiek oczów prawdopodobnie na tle histeryi powstałej.** (Ein Fall von alternierender, oberflächlicher Nekrose der Lidhaut beider Augen, wahrscheinlich auf hysterischer Basis). V. Heuss (Monachium).

Choroba rozpoczęła się podostrem zapaleniem spojówek, do którego w kilka dni później dołączyła się pasnowata martwica powiek. Podczas 17-miesięcznego spostrzegania chorej, naliczył autor 9 nawrotów raz na jednym, raz znowu na drugim oku. Im nawroty były później, tem łagodniejszy był ich przebieg. Powikłani ze strony samych oczów nie było, jedynie pole widzenia było dośrodkowo na barwę białą, niebieską i czerwoną zwężone. Ogólne badanie wykazało typowe objawy histeryi (punkta naciskowe w zakresie 3 gałązki *nervus V*, hyperalgesia skóry powiek przed wystąpieniem martwicy, hypaesthesia rogówki i spojówki, *tonus* odruchów kolonowych i t. d.) Zchorzenia tego, wyżej opisanego, powiek nie można było uważać za *herpes zoster ophthalmicus*, bo brakowało

dwóch zasadniczych objawów neuralgii i tworzenia się pęcherzyków.

**Uwagi o połowiczem widzeniu.** (Bemerkungen zur Hemianopie). P. Best (Drezno).

Przy połowiczem widzeniu, spowodowanem zehorzeniem *tractus*, linia pionowa, dzieląca pole widzenia, przechodzi przez punkt fiksacyjny. Linia połowiąca odpowiada w zupełności linii środkowej siatkówki.

**O stosunku choroby Mikulicza do gruźlicy i o drodze zakażenia przy gruźliczych schorzeniach gruczołu łzowego.** (Über die Beziehungen der Mikuliczsehen Krankheit zur Tuberkulose und über den Infektionsweg bei der tuberkulösen Erkrankung der Tränendrüse). J. Igersheimer i W. Pöfflot (Heidelberg).

Autorowie spostrzegali przypadek obustronnego wytworzenia się guzów w okolicy gruczołu łzowego. Klinicznie obraz choroby odpowiadał chorobie Mikulicza. Przeciwno gruźlicy przemawiał brak prątków, ujemny wynik badania ogólnego, odczynu po wstrzyknięciu tuberkuliny i doświadczenie na zwierzęciu. Za gruźlicą przemawiał obraz histologiczny z guzkami w gruczole łzowym jednak bez zserowacenia. By odpowiedzieć na pytanie, na jakim tle zehorzenie powstało, przejrżeli autorzy z literatury wszystkie przypadki choroby Mikulicza. Przeglądnięcie wykazało, że na 44 przyp. choroby Mikulicza, jedynie tylko w 2 przyp. zehorzenie powstało na tle gruźlicy. Chorobę Mikulicza, umiejscowioną w gruczolach łzowych, tłumaczą sobie autorzy zadziaaniem chemiczno-toksycznym ciał, krążących we krwi, mających szczególne powinowactwo do gruczołu łzowego. W drugim przyp. autorów stwierdzonem zostało tak klinicznie, jak też histologiczno-bakteryologicznie zehorzenie gruźlicze gruczołu łzowego. Następowo przyszło w tym przyp. do powstania guzów w spojówce. Że gruźlica spojówki była następowa, a nie pierwaj powstała, niż w gruczole łzowym, starali się autorowie dowieść doświadczeniem na zwierzęciu, a którego po wstrzyknięciu prątków do krwi powstały najpierw zmiany w gruczole łzowym, a potem dopiero w spojówce.

**Do morfologii i patogenezy zmian w oku pod wpływem naftaliny powstałych.** (Zur Morphologie und Pathogenese der Naphtalinveränderungen am Auge). J. Igersheimer i L. Ruben (Heidelberg).

Autorom udało się wykazać w surowicy krwi, p. komorze i c. szklistem zwierząt zatrutych naftaliną, jej produkt utlenienia, a mian-

nowicie z naphthol. Odkrycie to ważne z powodu tego, że dotychczas zdania były podzielone, czy przy zatruciu naftaliną można przypuścić jej miejscowe szkodliwe działanie na oko. Aezkolwiek żywienie zwierzał samym z naphtolem, jak również wprowadzenie jego śródzylne nie wywołało zmian w oku, to jednak przyjmują autorzy z prawdopodobieństwem możliwość, że jak z naphthol może przedostać się do oka, tak również może to być i z innym produktem naftaliny, dotąd nieznanym, a tak charakterystyczne zmiany w oku wywołującym. Zmiany w oku mogły być wywołane jedynie przy podawaniu naftaliny *per os* (dawniej już Saffler). Ponieważ z naphtholu autorowie w soczewce nie znaleźli, sądzą wspólnie z Hessem, że zaćma, powstająca przy zatruciu naftaliną, nie jest następstwem zadziałania trucizny na samą soczewkę, ale na jej nabłonek.

**O drobnowidowym obrazie przypadku zapalenia sympatycznego, w którym obie gałki oczne we wczesnym okresie były badane.** (Über den mikroskopischen Befund eines Falles von sympathischer Ophthalmie bei dem beide Bulbi in einem frühen Stadium zur Untersuchung kamen). A. Wagenmann (Jena).

W przyp. autora przyszło do zapalenia sympatyzującego po wydobyciu soczewki urazowo zwichniętej. W miesiąc po operacji rozwinęło się zapalenie współzylne oka drugiego. Chory w 4 tygodnie potem nagle zmarł z powodu krwotoku w mózgu i temu autor zawdzięcza możliwość wczesnego badania drobnowidowego. Badanie wykazało, że zmiany w oku sympatyzowanym są zupełnie podobne do zmian w oku sympatyzującym, a są zgodne z badaniami Schirmera, Rugego i Fuchsa. Weześniej ten okres zapalenia sympatycznego odznaczał się brakiem wysięku plastycznego w przednim odcinku oka, a całkowitem już zajęciu naczyńówki. W niej spotkał autor nacieki limfocytów bez obecności komórek epitelioidalnych i obrzynich, które dopiero później występują. Nacieki rozciągał się na ołoczki nerwu wzrokowego, w mniejszym zaś stopniu na ołoczki nerwów twardówki i naczyń krwionośnych.

**Do wiadomości o kostniakach oczodołu.** (Zur Kenntniss der Osteome der Orbita). A. Wagenmann (Jena).

Autor podaje opis przypadku wyrośli kostnej, wychodzącej z wewnątrznej ściany oczodołu. Guz wywołał trzeszcz oka, podwójne widzenie i przekrwienie tarczy n. wzrokowego. Operacyjne doszczepne usunięcie guza (13 mm. dług., 10 szer.) usunęło te objawy pozostawiając jedynie nieznacznego stopnia przesunięcie gałki ocznej ku górze.

**O mnogich lipodermoidach na jednym oku.** (Über multiple Lipodermoide an einem Auge). A. Wagenmann (Jena).

Podezas gdy zazwyczaj dermoidy, leżące na granicy rogówkowo-twardówkowej, umiejscowione są od skroni i nieco od dołu, to w przyp. autora guz umiejscowiony był dołem wewnątrz. Drugi guz spojówkowy leżał w okolicy między m. *rectus super.* a m. *rectus intern.* Z guza spojówkowego wyrastały włosy. Guz koło rogówki składał się z tkanki łącznej i tłuszczowej, pokrytej nabłonkiem wielowarstwowym; w guzie spojówki spotkał zaś autor również włosy, gruczoły łojowe i potne.

**O nowym sposobie szybkiego i różniczkowego barwienia ciałek jaglicowych w skrawkach.** (Über eine neue Methode der Schnellfärbung und der Kontrastfärbung der Trachomkörper im Schnittpräparat). H. Herzog (Berlin).

Autor utrwala w alkoholu absolutnym, zatapia w parafinie, a następnie barwi przez 6–8 sekund w następującej mieszance barwików: woda karbolowa (0:25:100) 15 cm<sup>3</sup> + nasycony czystoalkoholowy roztwór błękitu metylowego (20 kropli) + 1% wodno-alkoholowy, (10%) roztwór fuksyny (10 kropli).

**O obustronnych symetrycznych tłuszczakach spojówki i powiek.** (Über bilateral symmetrische Fettgeschwülste der Conjunctiva und der Augenlider). A. Vossius (Giessen).

Na podstawie swego własnego przyp. i przypadków, dotąd przez innych autorów ogłoszonych, przychodzi V. do wniosku, że tłuszczaki podspojówkowe i powiekowe mogą występować obustronnie symetrycznie. Guzy tego rodzaju są wiele rzadsze od lipodermoidów, a umiejscowione są zazwyczaj między m. *rectus externus* i *super.* Co do sposobu ich powstawania nie zgadza się autor na trofoneurotyczną hipotezę Grossa. Szczególnie często tłuszczaki postrzegać można u ludzi starszych a otyłych.

**Odporność przeciw gruźlicy i leczenie tuberkuliną gruźliczych schorzeń oka.** (Immunität und Tuberkulintherapie bei tuberkulösen Augenerkrankungen). A. Leber (Berlin).

Autor przeprowadzał badania na chorych (40) kliniki prof. Michela i doszedł do przekonania, że tuberkulina pod względem leczniczym przewyższa wszystkie inne środki nieswoiste, stosowane w gruźlicy oka. Możliwość wpływu leczniczego tuberkuliny została już dawniej stwierdzona obecnością miejscowego odczynu i miejscowym wytwarzaniem się niwoczników. Przy leczeniu tuberkuliną należy zaczynać od najmniejszych dawek, by nie dopuścić



do silniejszego odczynu tak miejscowego, jak również ogólnego. Przez odpowiednie wolne zwiększanie dawki dochodził autor do dobrych wyników, które zamianowały się skróceniem przebiegu choroby, zmniejszeniem się dolegliwości ze strony oka i poprawą stanu ogólnego. Do rozwiązania pytania, czy polepszenie jest stałe, czy przejściowe, nie posiada autor odpowiednio obserwowanego materiału.

### Do wiadomości o odczepieniu siatkówki i jego leczeniu. (Zur Kenntniss der Netzhaut Ablösung und ihrer Behandlung). R. Deutschmann.

Na 345 oczów z odczepieniem siatkówki, które leczył autor 66·7% było krótkowzrocznych. Krótkowzroczność więc usposabia do odczepienia. W 32·6% przypadków odczepienie tyczyło się obu ocz. Według spostrzeżeń autora między przypadkami operowanymi z powodu krótkowzroczności, nie można zauważyć większej ilości przypadków późniejszego odczepienia, aniżeli między przypadkami, nieoperacyjnie leczonymi. Jako stały objaw, towarzyszący odczepieniu, uważa autor męły ciała szklistego. Często spostrzegać można nawet i w starszych przypadkach odczepienia, jasno-czerwone krwotoki, jakoby z c. rzęskowego wychodzące. Dalsze spostrzeżenia autora są zgodne ze spostrzeżeniami dawniej przez autora ogłoszonymi. Są one następujące: częstość pęknięcia siatkówki odczepionej, odczepianie się siatkówki w okolicy równika, na obwodzie, i białe i żółte złogi w obrębie siatkówki odczepionej. Odczepienie rozpoczyna się zawsze według autora od góry, a hypotonia, towarzysząca jemu, jest rzadsza (13·3%), aniżeli to podaje Lauber (90·5%). Autor jest zwolennikiem tylko operacyjnego leczenia odczepienia siatkówki. Operował 302 ocz, z tych 26·1% zanotowane zostało wyleczenie, w 35·2% poprawa, a w 38·7% brak jej. Leczenie kuracją napotną, opaską uciskową, leżeniem w łóżku, uważa autor za zupełnie nieskuteczne. Dawniejsze przypuszczenia autora co do patogenezy odczepienia zostały w zupełności potwierdzone przez badania Hippa i Lebera. Jak wiadomo, momenta działające są krótko następujące: *chorioiditis aequatorialis*, kurczenie się c. szklistego, tylne odczepienie c. szklistego, a wreszcie odczepienie siatkówki.

**Münchener med. Wochenschr.** R. 1910. Nr 19, 23, 27, 33, 34 i 47. (Ref. Dr. E. Rosenhauch).

**W sprawie upośledzenia wzrostu gałki po irydektomii we wczesnej młodości.** (Zur Frage der Verminderung des Augenwachstums nach Iridektomie in früher Jugend). Schomburg.

Wessely stwierdził doświadczalnie na oczach królików, że irydektomia, wykonana u 8—14 dniowego królika wpływa niekorzystnie na rozwój operowanej gałki. Po  $3\frac{1}{2}$ —1 roku z reguły oko operowane było mniejsze od nieoperowanego. S. obserwował dwoje dzieci, którym wykonano w 8. miesiącu życia irydektomię z powodu bielma po zapaleniu wiewiórowym. Badanie następcie odbyło się na chłopcach tych w 7. roku życia. W żadnym jednakże z tych przypadków nie stwierdzono zmniejszenia się gałki. (W jednym przeciewnie, gałka operowana była może nieco większa, od nieoperowanej). Jest to w każdym razie wskazówka, że wyniki badań Wessely'ego można tylko z pewnem zastrzeżeniem odnosić do ludzi.

**W sprawie leczenia wiewiórowego zapalenia oka za pomocą maści Blenolenicet.** (Zur Therapie der Blenorrhöe mittels der Blenolenizetsalbe). Bayer.

Autor stosował zachwalaną przez Adama<sup>2</sup> maść tę w 12. przypadkach zapalenia wiewiórowego oka, z tych 2 odnosiły się do dzieci 8 dniowych, 9 dzieci w wieku od lat 3—11, jeden do kobiety 68 letniej. W kilku przypadkach nastąpiła poprawa. W innych natomiast wybitne pogorszenie: u dziewczynki 4-letniej, której rogówki zrazu były czyste, wytworzyły się mimo leczenia tą maścią owrzodzenia rozległe, które zakończyły się bielmem rozległym, a dystrofia wzrokowa była prawie równa 0. Lepsze wyniki otrzymał autor metodą dawną: 2 razy dziennie profargol, 2 godz. okłady lodowe, 1 godz. pauza. Zdaniem autora, wbrew zapatrywaniu Adama, sposób leczenia maścią Blenolenicet nie jest ani pewnym, ani nie chroni rogówki, ani nie wpływa na wydzielinę. Dlatego, a zwłaszcza ze względu na złe wyniki, ostrzega przed stosowaniem tego środka.

**Przyczynek do gruźlicy nerwu wzrokowego.** (Beitrag zur Tuberkulose des Sehnerven). R eye.

Do czterech dotąd ogłoszonych przypadków gruźlicy nerwu wzrokowego, w jego czaszkowym odcinku (Cruveilhier, Hjort, Chiari i Sattler i Herff) dołącza autor piąty, spostrzegany u 13 $\frac{1}{2}$ -rocznego dziecka, zmarłego z powodu gruźliczego zajęcia

opon mózgowych u podstawy mózgu. Dziecię, okazujące typowe objawy zapalenia opon, zmarło w 3 dni, a sekcya, potwierdzając rozpoznanie kliniczne, wykazała nadto rozległe zmiany gruźlicze lewego nerwu wzrokowego, skrzyżowania nerwów wzrokowych, skąd sprawa przenosiła się i na prawy wzrokowy nerw. Mikroskopowo udało się autorowi wykazać nie tylko typowe gruźliczki, ale nawet prątki gruźlicze. Co do drogi zakażenia, to przypuszcza R. dwie możliwości: albo zakażenie postępowało *per contiguitatem* po oponie mózgowej, albo nastąpiło wskutek przerzutu, za czem przemawia, zdaniem autora, ognisko, znalezione w lewym nerwie wzrokowym. Zmian dna oka za życia nie udało się stwierdzić z powodu nieprzytomności i drgawek chorego.

#### **Wtręty w przebiegu zapalenia cewki bez udziału gonokokków.** (Zelleinschlüsse bei Urethritis non gonorrhoeica). Siebert.

Jest to tymczasowe doniesienie, w którym autor podaje, że w 3 przypadkach zapalenia cewki (które to zapalenie trwało bardzo długo i było bardzo odporne wszelakiemu leczeniu), znalazł obfite wtręty. Pomimo dokładnego kilkakrotnego badania nie stwierdził ani razu gonokokków. Wtręty te bardzo przypominały t. zw. ciąłka jaglicowe. Niektóre komórki były podobne do opisanych w przebiegu jaglicy, przez Lebera. Autor zaznacza w końcu, że dołąd mógł zaobserwować, że osobniki, cierpiące na zapalenie cewki z wtrętami skłonne są wogóle do zchorzeń błony śluzowej.

#### **O wzroście gałki po operacji zaćmy w młodzieńczym wieku.** (Ueber das Wachstum des Auges nach Staroperationen im jugendlichen Alter). Wessely.

W odpowiedzi drowi Schomburgowi, który kwestyjonował możliwość przenoszenia wyników doświadczeń Wesselęgo, wykonanych na zwierzętach, na ludzi, dowodzi W., że zdania jego poprzednie były zupełnie słuszne. Na podstawie pomiarów 44 gałek, operowanych w dzieciństwie z powodu zaćmy i 18 nieoperowanych, dochodzi W. do wniosku, że oczy nieoperowane wykazywały wielkość, odpowiadającą wiekowi, oczy zaś operowane były z reguły mniejsze i to operowane między 2—9 rokiem życia o 0·8 mm, między 10—25 r. ż. o 0,32 mm.

#### **Nowy przyrząd do zakraplania.** (Ein neues Augentropfglas). Driver.

Przyrząd ten składa się z butelki szklanej, do której szyjki doszlifowany jest szklany korek, zgięty pod kątem. Korek ten sta-

nowi rurkę zwązającą się w postaci zakraplacza ku końcowi. Do butelki nalewa się płynu tylko do połowy i przechyla; wskutek ciepła ręki, w której się trzyma butelkę i wskutek siły ciężkości, wydobywa się z butelki płyn kroplami. Butelki te mają tę wyższość nad zakraplaczami z gumkami, że dają się łatwo sterylizować, a w użyciu bardziej ekonomiczne. Fiaszeczki te wyrabia z różnokolorowego szkła z odpowiednimi napisami firma C. Stiefenhofer, Monachium, Karsplatz 6.

### **W sprawie rozpoznania umiejscawiającego połowicze widzenie.** (Zur topischer Diagnose der Hemianopsie). Best.

Na podstawie spostrzeżeń dawnych autorów, jakoteż nowszych prac Hessa i Behra umiejscawia autor przyczynę połowiczego widzenia, albo w korze mózgowej, albo w nerwie wzrokowym. W przypadkach połowiczego widzenia pochodzenia mózgowego, granica pola widzenia, przechodząca przez punkt fiksacyjny, nie jest linią; brak zaburzeń źrenicznych; dodatni wynik doświadczenia Wilbranda z pryzmatami. W przypadku połowiczego widzenia z siedliskiem przyczyny w nerwie wzrokowym (łącznie z zajęciem *Corpus geniculat. extern.*) granica pola widzenia jest prostolinią, źrenice nierówne, przy doświadczeniu Wilbranda wynik ujemny. Do wyjaśnienia urazów pośrednich, pomiędzy korą mózgową a miejscem wyjścia nerwu wzrokowego, brak jeszcze dostatecznych szczegółów.

### **Sophol przeciw śluzoropotowi noworodków.** (Sophol gegen Ophthalmoblennorrhoea neonatorum). Herff.

Bezpośrednio po porodzie zakrapla autor od szeregu lat oczy noworodków sopholem. W ten sposób spostrzeżenia jego odnoszą się do przeszło 7.500 noworodków. W liczbie tej raz jeden wydarzyło się zakażenie wczesne, a raz zakażenie późne. Zdaniem autora środek ten jest stanowczo najlepszym ze wszystkich dotąd używanych w praktyce położniczej. Sophol według H. prawie zupełnie spojówki nie drażni. Prócz zakraplania ochronnego używał autor sopholu 5% do leczenia zapaleń spojówkowych u noworodków z wynikiem bardzo dobrym. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że sophol jest nie tylko dobrym środkiem ochronnym, ale i niezawodnym lekiem.

**Ophthalmology.** R. 1910. Vol. VI. nr 4. (Referent K. W. Majewski).

**Pomysł do operacji jaskry przewlekłej.** (A Suggestion for an Operation for Chronic Glaucoma with Presentation of a Case). Denig — Nowy-York.

Dla przypadków jaskry przewlekłej, zwłaszcza t. zw. jaskry prostej, w których bezskuteczność samej irydektomii z góry można przewidzieć, proponuje autor, na podstawie prób, wykonanych w 5-ciu przypadkach, operację następującą. Po wykonaniu małego cięcia płatowego wycina tymsamym nożem Graefego płat ze spojówki gałki około 3 mm szeroki i sięgający w górę aż po górny załamek, względnie do równika gałki, a więc około 20 mm długości. Oddzieliwszy płat ten starannie od tkanki podspojówkowej, wykonuje się szeroką dobrzezną irydektomię. Następny akt polega na zrobieniu poziomego otworu w rógówce 2 mm poniżej brzegu cięcia płatowego. Przez otwór ten przewleka się następnie wyżej opisany taśmowaty płat spojówki, wprowadzony przez ranę płatową do przedniej komory, od wewnątrz ku zewnątrz. Wyciągnąwszy ile się da tej taśmy spojówkowej wiązuje się ją następnie we węzeł taki, aby się z rany wysunąć nie mogła. Zdaniem autora, ma w ten sposób powstawać blizna przesączająca, dla przebiegu jaskry bardzo korzystna. W tych pierwszych operowanych przez siebie przypadkach, zmieniał autor jeszcze niektóre szczegóły techniczne operacji, które dopiero po dalszych doświadczeniach zamierza ustalić.

**Jaskra po operacji zaćmy.** (Glaucoma after the Extraction of Cataract). Burton Chance — Filadelfia.

Bowman był pierwszym, który w r. 1865 zwrócił uwagę na jaskrę występującą po operacji zaćmy. Po nim Graefe opisał szereg podobnych przypadków, przypisując wzmożenie ucisku bądźto pęcznieniu pozostałości kory soczewkowej, bądź wrośnięciu torebki między brzegi rany, co powoduje podrażnienie wyrostków rzęskowych i nadmierne wydzielanie płynów wśródocznych. Priestley-Smith odnosi jaskrę po operacji zaćmy starszej z irydektomią do pooperacyjnego plastycznego zapalenia tęczęwki, które prowadzi do zamknięcia dróg odpływowych. Co do częstości tego powikłania, Treacher-Collins podaje, że na 1405 przypadków operacji zaćmy starszej spotkał się z niem 9 razy (0.64%), Knapp zaś twierdzi, że w oczach bezsoczewkowych jaskra występuje w 1% przypadków, bądźto po dyscezyji zaćmy wtórnej, bądź po ekstrakcyi katarakty pierwotnej. Autor przytacza nadto zdanie

Wicherkiewicz, że cięcia rogówkowe, zwłaszcza zbyt krótkie, bardziej usposabiają do jaskry pooperacyjnej, niż cięcia na granicy rogówko-twardówkowej. Na uwagę zasługuje fakt, że podwyższenie ucisku po operacji zaćmy występuje częstokroć w oczach, które nie okazywały poprzednio wcale jakiegokolwiek skłonności do jaskry.

**Jaskra po operacji zaćmy.** (Glaucoma following Cataract Extraction). Harold G. Goldberg — Filadelfia.

Artykuł zawiera krótki opis wyników badania mikroskopowego gałki ocznej, którą wyjęto z powodu zwyrodnienia wywołanego jaskrą powstałą po operacji zaćmy: Przednia komora była głęboka i częściowo wypełniona uorganizowanym skrzepem krwi. Siatkówka nie była oderwana, w ciele szklistem tu i ówdzie krwawe ogniska, tarcz nerwu wzrokowego obrzmiała bez jaskrowego wyźłobienia. Badanie mikroskopowe wykazało, że kanał Schlemma i przestrzenie Fontany stały otworem, z tej strony zatem przyczyny dla powstania jaskry nie było. Tęczęwka okazywała wysoki stopień zaniku. Siatkówka pokryta skrzepami, wypełnionymi ciałami szklanymi, wykazywała również, podobnie jak i naczyńówka, daleko posunięty zanik poszczególnych warstw. Wszędzie liczne ogniska krwotoczne, nawet w twardówce nacieki krwawe w okolicach równika gałki. Z opisu tych anatomicznych szczegółów wynika, że w przypadku tym chodziło o *glaucoma haemorrhagicum fulminans*, które doprowadziło w tak krótkim czasie do dezorganizacji całej gałki ocznej i zniszczenia wzroku, że trzeba było oko wyfuszczyć prawdopodobnie z powodu bólów, zanim wzmożenie ucisku zdołało wyźłobić tarcz nerwu wzrokowego.

**Jaskra po operacji zaćmy.** (Glaucoma after Cataract Extraction). Risley — Filadelfia.

Opis dwóch spostrzeżeń własnych. W pierwszym przypadku, po operacji zaćmy starszej powstała *iritis plastica* z wysiękiem galaretowatym, wypełniającym szczerlnie przednią komorę. Równocześnie napięcie gałki wzrosło się znacznie i wystąpiły silne bóle. Nakłucie rogówki i wypuszczenie gęstej, napół zsiadłej cieczy z przedniej komory, położyło odrazu koniec objawom jaskrowym. Powstanie jaskry łatwo tu wytłumaczyć zatkaniami dróg odpływowych przez gęsty wysięk galaretowaty. W drugim przypadku jaskra wybuchła w oku bezsoczewkowym w 17 lat po operacji zaćmy starszej, połączonej z szeroką dobrzeżną irydektomią. Po pierwszym napadzie nastąpiły dalsze, słabsze, poczem jaskra przybrała charakter raczej przewlekły i w przeciągu lat trzech doprowadziła do utraty poczucia światła i utworzyła głęboką ekskawację z zupełnym zanikiem tarczy nerwu wzrokowego.

**Opis szeregu niepowodzeń i niemiłych wypadków w karierze okulisty-operatora.** (Some Things that have happened to me in my Operative Career). Claiborne—Nowy-York.

Autor opisuje długi szereg wypadków i niemiłych przygód, jakie go spotykały w jego długiej karierze okulistycznej. Przygody te zależały częściowo od braku doświadczenia, w czasach gdy stawiał pierwsze kroki w praktyce operacyjnej, częścią od nierozumnego zachowania się operowanych, częścią wreszcie od dziwnego nieraz zbiegu niepomyślnych okoliczności. Opisy te czyta się z zajęciem, bo są żywe, barwne i często zaprawione prawdziwie amerykańskim humorem.

**Leczenie wrodzonego niedowidzenia.** (The Treatment of Congenital Argamblyopia). William Linton Phillips (Buffalo).

We wielu przypadkach wrodzonego niedowidzenia najściślejsze badanie przedmiotowe nie może wykazać w oku żadnych zmian na dnie, ani żadnych zaćmień ośrodków łamiących, ani nawet żadnej wady refrakcyi. Dla takich zaś przypadków amblyopii, gdzie można wykazać przeszkodę, która powstrzymywała rozwój prawidłowej zdolności widzenia, a najczęstszą taką przeszkodą bywa wrodzona niezdolność lub inne wady refrakcyi, podał Gould nazwę argamblyopii. Czem dla ręki lub nogi dziecka jest zbyt długo noszony opatrunek gipsowy, krępujący wszelkie ruchy i powstrzymujący prawidłowy rozwój mięśni, tem dla takiego oka jest jego astygmatyzm, uniemożliwiający wyraźne widzenie, nieodzownie potrzebne dla wyrobienia prawidłowej sprawności czynnościowej siatkówki. Autor opisuje spostrzeżenia różnych przypadków argamblyopii, które leczyl z mniejszem lub większem powodzeniem, głównie zapomocą ćwiczeń wzrokowych, z równoczesnem ścisłem wyrównaniem wady refrakcyi.

**Dawne i nowe fakta odnoszące się do przewodu nosłozowego.** (Facts, Old and New, about the Lacrimal Apparatus). Blauw — Buffalo.

Autor przytacza historycznie, od najdawniejszych do najnowszych, zapatrywania odnoszące się do wydzielania i wydalania łez i to tak anatomii i fizyologii gruczołów i przewodów łzowych, jak i ich patologii, oraz leczenia nieprawidłowości i schorzeń. Co do tego ostatniego punktu poświęca obszernie uwagi leczeniu śluzopotoku woroczka i zwężeniu przewodu nosłozowego. Leczenie zapomocą wprowadzania sond Bowmana radby ograniczyć do najciśniejszych rozmiarów, gdyż uważa je za sposób gruby, nawet brutalny i nie wolny od niebezpieczeństw. Daleko więcej zaleca

się zdaniem jego sposób, znany już oddawna, ale wydoskonalony w ostatnich czasach przez Kosterę, polegający na stałem drenowaniu przewodu noszowego przez zakładanie odpowiedniej grubości nitki napojonej klejem, lub cienkiego druczka metalowego. We wielu razach uporezywego ropienia woreczkowego, jeśli dolną część kanału noszowego jest zupełnie zarośniętą, zaleca operację Totiego. Zabieg ten polega na wylworzeniu bezpośredniej komunikacji między tylną ścianą woreczka łzowego, a jamą nosa (*dacryocysto-rhino-stomia*). Tym sposobem zapewnia się ropy stały odpływ z woreczka łzowego do nosa i czyni zbyt czernem torowanie je drogi przebijaniem zrostów przewodu noszowego.

**Dwa przypadki nerwobólu nadoczodołowego.** (Supraorbital Neuralgia — Two Cases). Ivinny Dowling — Albany.

Przypadki te zasługują na uwagę ze względu na etiologię nerwobólu. W pierwszym przypadku silne i uporezywe bóle w zakresie nerwu nadoczodołowego, spowodowane były obecnością konkrementu w okolicy *incisura supraorbitalis*. Po usunięciu operacyjnem twardego kamyczka, bóle ustały. Konkrement miał postać nieregularnie kulistą, 15 mm w obwodzie, ważył 45 miligramów, był barwy jasno-brunatnej i składał się z fosforanu i z węgla wapniowego. Badanie tkanki otaczającej wykazało zmienione utkanie tarczki włosowej, w której widocznie przyszło do retencji wydzieliny i do następowego teźże zwapnienia. W drugim przypadku nerwoból nadoczodołowy powstał w następstwie łępego urazu, który wywołał zapalenie okostnej i kości w okolicy *incisura supraorbitalis*. Przy operacji okazało się, że wskutek bujania kostniny, *incisura* zamieniła się na *foramen*. Otwór jednak stał się dla nerwu nadoczodołowego za wąski i wywierał ucisk powodujący bóle. Przy oddłutowywaniu zgrubiałej kości, operator nie zdołał uniknąć uszkodzenia nerwu, to teź wyciął zeń kawałek długości  $\frac{1}{2}$  cala. Skutek teź resekcji był bardzo pomyślny, bo nerwobóle ustąpiły niepowrotnie, a tylko przez pewien czas utrzymywało się w zakresie rozciętego nerwu uczucie zdrętwiałości i mrowienia.

**Kilka spostrzeżeń urazów ocznych.** (Notes on some Cases of Trauma of the Eye). Kerry — Kanada.

Przypadki autora odnoszą się: 1) do krwawego nacieczenia miąższu rogówkowego; 2) do krwotoku w ciele szklistem; 3) do całkowitego zniszczenia gałki ocznej przez wybuch dynamitu. W tym ostatnim przypadku zasługuje na uwagę dobrze zachowane poczucie światła, mimo doszczęlnego prawie zniszczenia siatkówki i n. wzrokowego.



**Naprawa zniszczonej rogówki.** (Repair of the Cornea).  
Koyle — Montreal.

Autor opisuje przypadek, w którym ostry wiór stalowy ściał w kierunku styczynym przelatując, powierzchowne warstwy rogówki aż po samą błonę Descemeta, na przestrzeni obejmującej cały dolno-wewnętrzny i część dolno-zewnętrzny kwadranta. Rana była gładka, ostro cięta i nie nacieczona, ale nie okazywała najmniejszej skłonności do zablźnienia się i pokrycia tkanką łączną. Obnażona błona Descemeta wypukłała się bardzo znacznie, tak że trzeba było kilkakrotnie ponawiać nakłucia. Sprawa wlokła się miesiącami i w tym czasie przychodziło kilkakrotnie do znacznego wzmoczenia napięcia wśródocznego ze wszystkimi objawami jaskry następowej. Po jednej z często ponawianych punkcyj wypłynęło zamiast cieczy wodnej trochę ciała szklistego. Ostatecznie koniec zbyt długo wlokącej się sprawie położyła wydatna syndesmoplastyka. Przeszyła ponad uszkodzoną rogówką spojówka dobrze się przygoiła, zapobiegła dalszemu wypuklaniu się błony Descemeta, ale zasłoniła w zupełności przeciągniętą ku dołowi źrenicę. Celem przywrócenia wzroku zamierza autor wykonać irydektomię optyczną.

**Rzadka nieprawidłowość dolno-wewnętrznej gałęzi środkowej żyły siatkówki.** (A Rare Anomaly of the Inferior Central Vein of the Retina). Bahh — Nowy Orlean.

U 19-letniego murzyna, który zgłosił się z powodu krwawego podbiegnięcia spojówki gałkowej, wykryto przypadkowo ciekawą nieprawidłowość na dnie oka lewego. Dolno-nosowa gałąź środkowej żyły siatkówkowej okazująca grubość przynajmniej trzy razy większą, niż odpowiednia gałązka żylna u prawego oka, rozdzielała się tuż przed tarczą na dwa jednakowego kalibru ramiona, które dochodziły do tarczy i zagłębiały się w jej tkankę oddzielnie w odległości  $\frac{1}{8}$  cala od siebie.

**Opis przypadku nagalkowego mięsaka.** (Report of a Case of Epibulbar Sarcoma). Veasey — Spokane.

Szczegóły, które przypadek ten wyróżniają od wielu podobnych są następujące: Powstanie mięsaka nagalkowego u kobiety 40-letniej w okolicy rzęskowej, w miejscu, w którym chora przed 24 laty doznała zranienia, mianowicie przebiecia twardówki ostro zaciętym ołówkiem grafitowym. Czterokrotnie usuwano nowotwór operacyjnie, ale każdym razem przychodziło do miejscowego nawrotu. Operowano ze zachowaniem gałki ocznej. Gdy po ostatniej operacji nowotwór znowu zaczął odrastać wyjęto oko, w 6 lat od chwili pojawienia się pierwszych zaczątków guza. Do chwili ogłoszenia

przypadku t. j. przez przeciąg szesnastu miesięcy nie można było wykazać żadnych objawów ani miejscowego nawrotu, ani przerzutów w narządach wewnętrznych. Badanie mikroskopowe usuniętego guza wykazało utkanie mięsaka w najzłośliwszej postaci: *sarcoma micro-globo-cellulare* z przymieszką komórek wrzecionowatych.

### III. ROZMAITOŚCI.

**Kinematograf a oko.** Okuliści we Francji, gdzie przedstawienia kinematograficzne są bardziej może niż gdziekolwiek indziej rozpowszechnione, zwrócili uwagę na niekorzystny wpływ kinematografu na narząd wzroku, w szczególności na siatkówkę. Gineslous objął różne postaci zaburzeń wzrokowych z tego źródła pochodzące wspólną nazwą kinematofalmit. W niektórych przypadkach zaburzenia te są chwilowe i szybko przemijające. Po legają one wtedy na łzawieniu i światłowstręcie zmuszającym do zamknięcia powiek. Objawy te występują od początku przedstawienia, ale chwilowe zamknięcie oczu wystarcza nieraz, ażeby pierzełły i siatkówka zdaje się przywykać do migotliwych obrazów kinematografu. W innych przypadkach zaburzenia są trwalsze. Adaptacja siatkówki nie przychodzi do skutku. Oko nie znosi szybko po sobie następujących, przerywanych podmiot wzrokowych kinematografu, a objawy zadrażnienia jak światłowstręt i łzawienie ustępują dopiero po opuszczeniu sali przedstawień. Czasem zdarzają się jednak przypadki poważniejsze. Przez dwa, trzy a nawet cztery dni po przedstawieniu utrzymuje się nie tylko światłowstręt i łzawienie, ale nawet stan zapalny spojówki, wprawdzie bez wzmoczenia wydzieliny, ale z silnem przekrwieniem, dezuciem palenia i światłem. Nakoniec u kilku chorych spostrzegal G. wybitne objawy zmęczenia siatkówki (*asthenopia retinalis*) i osłabienia akomodacji utrudniające w wysokim stopniu takie zajęcia, jak czytanie, pisanie, roboty ręczne. Zaburzenia te występują u tych chorych stale po każdej próbie przypatrywania się projekcyom kinematograficznym, tak, że wszelkie inne przyczyny ich powstania, poza szkodliwym wpływem kinematografu można wykluczyć. W żadnym ze spostrzeganych przez siebie przypadków G. nie stwierdził upośledzenia bystrości nasionowej, ani zwięzienia pola widzenia, w żadnym nie było ani wady refrakcyi, ani jakiegokolwiek zmian wziernikowych.

[Wedle Rev. Gén. d'Ophthalm.,]

K. W. M.

**Krajowy zjazd balneologiczny we Lwowie.** Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, ulegając usilnym prośbom, jakie napływały ze strony kół interesowanych, by projektowany na listopad b. r. krajowy zjazd balneologiczny odbył się jeszcze w czasie trwania Sejmu krajowego, zmuszoną była przyspieszyć termin tego zjazdu na dnie 29-go i 30-go października r. b.

#### IV. SPRAWY OSOBOWE.

*Habilitowali się:* Dr Motolese we Florencyi i Dr Palacca w Palermo.

Dr Baiardi w Genui i Dr Francavilla w Calanii mian. prof. nadzw. okulistyki.

Prof. nadzw. okulist. Dr Ovio w Modenie zwyczaj. prof.

Prof. nadzw. Dr Sam. Eperon mian. prof. zwyczaj. i dyrektorem kliniki ocznej w Lozannie.

#### V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr A. W. Galhoun prof. okulist. w Atlanta College of Ph. and S.

Prof. Marx Dufouy w Lozannie.

---

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

## 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.

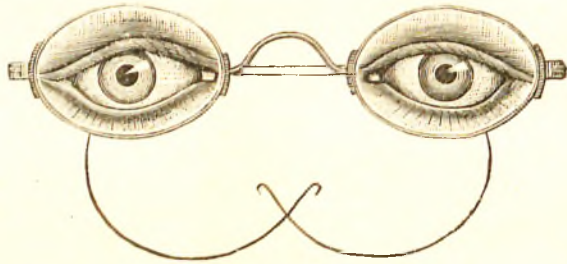
# K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

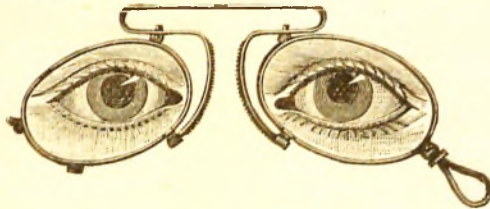
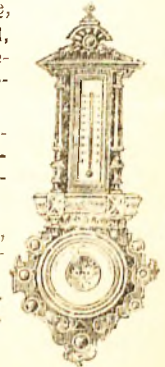
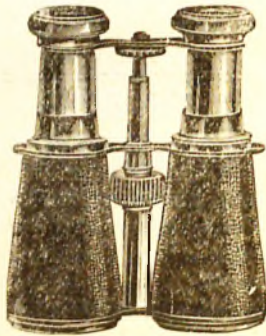
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę, szlifiernię szkieł optycznych, urządzoną podług systemu metrycznego z popędem motorowym.

Jako specjalność szlifuje wszelkie **soczewki kombinowane** z szkła białego, dymnego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn, obficie zaopatrzony we wszelkiego rodzaju wyroby optyczne, aparaty elektryczne lekarskie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Październik.

ROGZNIK DWUNASTY.

1910.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Punctum lacrymale quadruplex.

Podał

Prof. Dr KAZIMIERZ MAJEWSKI.

W lipcu b. r. zgłosiła się do mnie p. Jadwiga K., lat 45, nauczycielka muzyki, z Kiele, z powodu przypadłości nieżytywych ze strony spojówek, oraz dla doboru szkieł. Badanie wzroku wykazało:

Pr. o. $\frac{6}{8}$ Mp. 2,5 D $\ominus$ Cyl. — 1,0 D 0°	} $\frac{6}{8}$ -6	Snel. 0,5 : 30 cm
L. o. $\frac{6}{8}$ Mp. 3,0 D $\ominus$ n. l.		Snel. 0,5 : 30 cm

Gdy po zbadaniu wzroku przystąpiłem do obejrzenia powiek i spojówek, uderzyła mnie odrazu zmiana na powiece dolnej prawego oka, w pobliżu kącika wewnętrznego. Mianowicie okolica punkcika łzowego dolnego, gdzie brzeg powieki tworzy w prawidłowym stanie kątowane zagięcie, była jakby zciosana, lub skalpelem skrojona. Przez to brakło owego kątowanego zagięcia, na którego wierzchołku przylegającym do gałki spotykamy zazwyczaj dolny punkt łzowy. Natomiast brzeg powieki przedstawiał w tem miejscu romboidalnie roz-

szerzoną powierzchnię krawędziową, jakby z przekroju powstałą. Na tej romboidalnej płaszczyźnie spostrzegłem ku memu zdziwieniu nie jeden, ale kilka punktów łzowych. Były to otworki, z których trzy większe różniły się tem tylko z wejścia od prawidłowego punktu łzowego, że nie były okrągłe, ani owalne, lecz miały zarys kłosek jęczmienia lub owsa, zwróconych ostrym końcem ku zewnątrz. Przytem otworki te były nierównej wielkości, ale wszystkie nieco większe od prawidłowego punktu łzowego przeciętnych rozmiarów. Ponadto każdy z nich posiadał wyraźną, nieco nad poziom otoczenia wystającą obwódkę, czyli typową brodaweczkę łzową (*papilla lacrymalis*), utworzoną z jaśniejszych barwą, okrężnych, włókien sprężystych. Obwódka ta stawała się mniej wyraźną z tej strony, gdzie obwód otworu wybiegał w kończystą szczelinkę. Ułożenie tych trzech dużych punktów łzowych było następujące: największy z nich leżał najbliżej kącika wewnętrznego, trochę bliżej, niżby to odpowiadało prawidłowemu punkcikowi łzowemu; drugi (pod względem wielkości), bardziej ku zewnątrz, czyli dalej od kącika wewnętrznego i ku stronie wolnej krawędzi brzegu powieki; trzeci jeszcze dalej od kącika, po stronie krawędzi, przylegającej do gałki ocznej. Przy dokładnem oglądaniu już nawet gołym okiem, ale daleko lepiej przy użyciu lupy, można było dostrzedz jeszcze czwarty otworek, bardzo mały, trochę szczelinkowaty, nie posiadający już obwódki, ani nie, coby przypominało brodawkę łzową, a położony pomiędzy pierwszym a trzecim, z wyżej opisanych otworów.

Stwierdziwszy tak niezwykłą nieprawidłowość, przystąpiłem do zbadania związku czterech otworków z kanalikiem łzowym, woreczkiem i przewodem nosłzowym. Do każdego z trzech większych otworków można było z wszelką łatwością wprowadzić kaniulę strzykawki łzowej Meyera. Woda, wstrzyknięta przy płytkiem wprowadzeniu kaniuli do jednego otworu, natychmiast wypływała częściowo przez dwa inne otworki, a następnie przepływała bez żadnej przeszkody do nosa. Przy głębszem wprowadzeniu kaniuli do któregośkolwiek z trzech

większych otworków, woda nie wypływała innymi, lecz w całości przechodziła do nosa. Drożności czwartego, najmniejszego punkciku nie można było stwierdzić drogą przestrzykiwania, bo nie przepuszczał kaniuli strzykawki łzowej. Drożność tę jednak dało się wykazać później przy badaniu zgłębnikiem.

Do największego z punktów można było z łatwością wprowadzić sondę Bowmana nr 2. Prawdopodobnie przeszedłby także nr 3, nie było jednak celu dokonywać tej próby. Sondę przesunąłem z łatwością w kierunku prawidłowym, aż końcem znalazła się w woreczku łzowym i oparła się o jego ścianę. Wprowadzać ją do przewodu nosołzowego nie widziałem potrzeby. Do dwóch innych otworków wchodziła z łatwością sonda Bowmana nr 1 i taksamo dawała się wsunąć bez przeszkody do worka łzowego. Czwarty, najmniejszy otworek był zamały, ażeby można było myśleć o wprowadzeniu doń sondy Bowmana nawet nr 1. Natomiast powiodło mi się bez trudu wprowadzić cieniutki drucik platynowy, służący do przetykania igieł od strzykawki Prawaza. Zauważyłem przytem, że drucikiem tym można było w pewnych granicach swobodnie poruszać i co ważniejsza, przy tych poruszeniach dostrzegałem chwilami, przez otwór pierwszego i drugiego punktu łzowego, błyszczącą w głębi platynę.

Na tem zakończyłem badanie drożności i stosunku znalezionych nieprawidłowych punktów łzowych do dalszych części przewodu nosołzowego. Dodam tylko jeszcze, że badałem po zapuszczeniu 1% kokainy i że badanie to nie sprawiało chorej, na ogół dość wrażliwej, ani większej przykrości, ani jakiegokolwiek bólu i że, ani przy przestrzykiwaniu, ani przy wprowadzaniu zgłębników Bowmana i drucików platynowych nie było najmniejszego krwawienia, co wszystko dowodzi, że przyrządami tymi wchodziłem do już istniejących kanałów, nie raniąc tkanki i nie tworząc żadnych nowych dróg sztucznych.

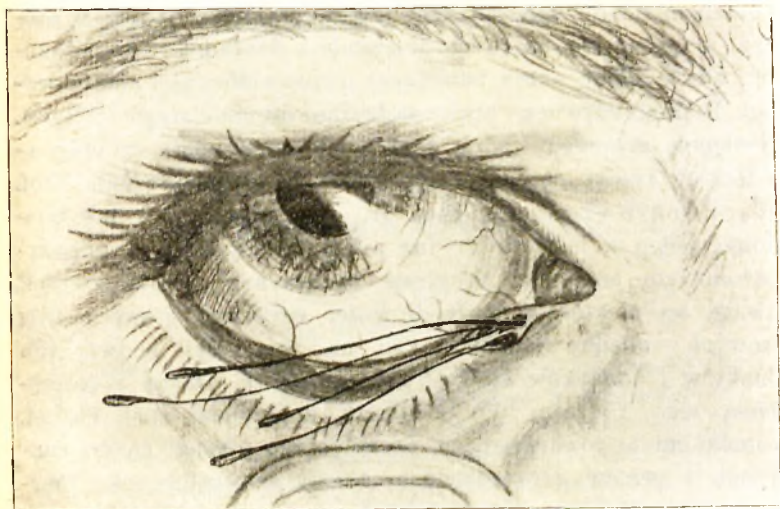
Jakież wnioski co do stosunków anatomicznych tej osobliwej nieprawidłowości możemy wysnuć z powyższego badania?

Przedewszystkiew trzeba przyznać, że bezwzględną pewnością co do stosunków anatomicznych kanaliku łzowego, a raczej kanalików łzowych, mogłoby w tym wypadku dać tylko badanie ściśle anatomiczne, które nie obeszłoby się bez wykonywania cięć i przekrojów. Z rozmysłu jednak wstrzymałem się od wykonania najdrobniejszego chociażby nacięcia, nie chciałem nawet żadnego z opisanych punktów łzowych rozszerzyć w zwykły sposób nożykiem Webera, co byłoby się niewątpliwie przyczyniło do wyjaśnienia niejednej wątpliwości, a nie chciałem dlatego, bo mam zamiar po feryach, o ile chora będzie mogła przybyć, przypadek ten przedstawić w krakowskim Towarzystwie lekarskim i pragnę oczywiście zachować do tego czasu znalezione nieprawidłowe stosunki w nietkniętym i nienaruszonym stanie.

Rzecz jasna, że, jeżeli są cztery otworki łzowe, to muszą one prowadzić do czterech kanalików, choćby najkrótszych. Nie wynika z tego jednak, żeby wszystkie te kanaliki miały prowadzić, każdy z osobna, aż do woreczka łzowego. Ta okoliczność, że w naszym przypadku woda wstrzyknięta przez jeden z otworków, gdy zaledwie sam koniec kaniuli do otworu wprowadzono, wyciekała natychmiast innymi otworkami, a dopiero później przedostawała się przez przewód łzowy do nosa, przemawia za tem, że rzeczone otworki są wyłotami krótkich kanalików, uchodzących do wspólnego koryta, lub też łączących się w jeden kanalik łzowy. Za tem przypuszczeniem przemawia i to, że, gdy się kaniulę strzykawki wprowadzi przez którykolwiek z trzech większych punktów łzowych i zasunie się ją głębiej w kierunku woreczka łzowego, wtedy woda wstrzyknięta nie wraca już innymi punktami, lecz wszystka przepływa do nosa. Osobiście odniosłem wrażenie, jakoby króciuchne kanaliki, odpowiadające wszystkim czterem punktom łzowym, uchodziły do wspólnej przestrzeni, niejako do rozszerzonej nieco lakuny, zwężającej się następnie w pojedynczy, przeciętnej szerokości przewodnik łzowy, wiodący w sposób prawidłowy do woreczka łzowego. W przekonaniu tem utwierdza mię jeszcze wspomniane wyżej spostrzeżenie,



że platynowy drucik, wsunięty do najmniejszego (czwartego) punktu, przy poruszeniach ukazywał się w głębi sąsiednich otworków.



Jeżeli te moje przypuszczenia odpowiadają rzeczywistym stosunkom, to nieprawidłowość w naszym przypadku mamy prawo określić raczej mianem *punctum lacrymale quadruplex*, niż *canaliculus lacrymalis quadruplex*, gdyż w istocie w takim razie cztery otwory prowadzą od razu do jednego przewodu. Zresztą mniejsza o nazwę, bo na upartego mógłby ktoś i pierścień uważać za rodzaj bardzo krótkiego kanału.

Poza opisaną zmianą w wewnętrznym kącie powieki dolnej żadnych innych zboczeń anatomicznych, ani na temże oku prawem, ani na drugim oku, nie było. W szczególności punkt łzowy górny prawego oka i tak górny, jak i dolny lewego oka nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości. Toż samo gałki oczne, ani zewnątrz, ani oftalmoskopijnie nie okazywały zmian patologicznych, ani żadnych nieprawidłowości wrodzonych. Wreszcie, wedle zapewnienia chorej, nie

ma ona sama, ani nikt w rodzinie na ciele żadnych wad ustrojowych.

Z powodu nieżyty spojówek zapisałem jej rozczyń siarkanu cynku, a z powodu myopii odpowiednie szkła. Przed odjazdem chorej sporządziłem jeszcze szkic rysunkowy, w którym starałem się możliwie wyraźnie i dokładnie, szematyzując nieco, oddać obraz istniejącej nieprawidłowości anatomicznej. Reprodukcję tego szkicu dołączam do niniejszego artykułu. Następnie skłoniłem chorą, żeby się ze mną udała do uniwersyteckiej kliniki okulistycznej, gdzie ją przedstawiłem Prof. Wicherkiewiczowi. Prof. Wicherkiewicz<sup>\*)</sup>, jak wiadomo, jeden z pierwszych, już przed 16-stu laty, na międzynarodowym lekarskim kongresie w Rzymie (1894) zwrócił uwagę na niektóre nieprawidłowości wrodzone górnych dróg łzowych, między innymi także na przypadki podwójnych punktów i kanalików łzowych i opisał dwa własne spostrzeżenia tego rodzaju. Po zbadaniu dokładnem mej chorej, pomógł mi w rozstrzygnięciu zasadniczego pytania co do znaczenia i genezy stwierdzonych zmian anatomicznych. Pierwszem bowiem pytaniem, jakie trzeba było sobie postawić, było, czy zmiany te należy uważać za wadę rozwojową, czy za następstwo zaburzeń chorobowych, czy wreszcie za artefakt. Co do ostatniego przypuszczenia, nie da się nawet pomyśleć, ażeby cztery punkty łzowe, wieńcem ułożone, mogły być następstwem, czy sondowania, czy przecinania kanaliku łzowego, czy jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Tak samo uchylić trzeba i drugie przypuszczenie, ażeby cztery otwory, z których trzy przynajmniej przedstawiają się jako typowe okazy punktów łzowych, miały być np. przetokami, pozostałymi po jakiejś sprawie ropnej za życia przebytej. Również niepodobnaby wytłumaczyć sobie powstania takich zmian działaniem urazu ostrego, czy tępego. Rzec można nawet, że, jeśli ta mnogość punktów łzowych jest już dość dziwną jako

<sup>\*)</sup> Prof. B. Wicherkiewicz: »O niektórych nieprawidłowościach przyrodzonych górnych dróg łzowych«. Post. okul. 1904. Z. 3—4.

wada rozwojowa i ze stanowiska embryologii niełatwą do wyjaśnienia, to jeszcze trudniejszą byłaby do wyjaśnienia i jeszcze dziwniejszą, gdybyśmy ją uważali czy to za artefakt, czy za następstwo sprawy ropnej, lub urazu. Zresztą w takich razach ważne znaczenie mają wywiady.

(Dok. nast.).

## W sprawie anisokoryi\*).

Przez

Z. BYCHOWSKIEGO,

ordynatora oddziału dla chronicznych chorych nerwowych  
w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Sz. Pp. Wobec panującej jeszcze dotychczas rozbieżności zdań i poglądów na semiotyczną wartość anisokoryi, chciałbym podzielić się z Sz. Pp, jako specjalistami, niektórymi swemi uwagami w tej kwestyi, która wszak powinna obchodzić internistów niemniej, niż okulistów, i która tylko przy wspólnej pracy może zostać wyświetlona.

Panowie wiedzą, że od czasu, gdy Baillarger pierwszy w końcu zeszłego stulecia zwrócił uwagę na to, że nierówność źrenic bywa często przy bezwładzie postępowym, objaw ten uzyskał pierwszorzędną wagę kliniczną. Doszło nawet do tego, że na zasadzie jedynie li N. Z. (=nierównomierność źrenic) uważano się za uprawnionego do rozpoznania bezwładu postępowego. Klasyczna praca Budgetego »Ueber die Bewegungen der Iris«, która wkrótce się ukazała i która wykazała wpływ rdzenia i nerwu sympatycznego na wielkość źrenicy, jeszcze więcej zwróciła uwagę klinicystów na badanie źrenicy. I oka-

\*) Odczyt wygłoszony 21. IV. 1910. w Towarzystwie polskich oftalmologów w Warszawie.

zało się, że N. Ź. zdarza się nie tylko przy bezwładzie postępowym, lecz i przy innych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego (wiad rdzenia), a także przy wielu sprawach chorobowych, zachodzących w klatce piersiowej (cierpienia wśród-piersia, gruźlica płuc i t. d.). Ale, jak to zwykle bywa, i wprost przeciwny pogląd nie dał na siebie długo czekać. Na zasadzie dużych i licznych statystyk zaczęto dowodzić, że N. Ź. wogóle jest pozbawiona wszelkiej wartości rozpoznawczej, ponieważ zdarza się u zupełnie zdrowych ludzi. Tak, żeby przytoczyć tu jeden tylko przykład (szczegółowy przegląd całej odnośnej literatury, z powodu braku miejsca, pomijam), tak często cytowany autor rosyjski *Лванов* na 134 zdrowych rekrutów tylko u 12 znalazł równe źrenice. Jakkolwiek inne statystyki nie wykazują takiej ogromnej obfitości »zdrowych« ludzi z N. Ź., ale w każdym razie pod wpływem tych prac zaczął się wytwarzać pogląd, że N. Ź. wogóle żadnego znaczenia nie tylko patognomicznego, ale wogóle patologicznego nie posiada. Jeżeli się jednakże bliżej studyje odnośną literaturę i porównywa naprzykład rozmaite wydania jednych i tych samych podręczników, to widzi się, że poglądy na N. Ź. ciągle jeszcze podlegają wahaniom, nawet ze strony jednego i tego samego autora.

Pomijam tu zestawienie wszystkich tych cytatał.

Wobec tego jednakże, że przed kilkoma laty w krótkiej notatce (Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? *Gazeta lekarska* 1902) wypowiedziałem się, wbrew ogólnie rozpowszechnionemu zdaniu, za patologicznem znaczeniem N. Ź., przyjemnie mi teraz zaznaczyć, że ostatnio daje się znowu zauważyć pewien prąd w kierunku, że tak powiem, rehabilitacji patologicznej wartości N. Ź. Tak, w ostatniej francuskiej zbiorowej oftalmologii (T. IV str. 399) *Moro* — autor odnośnego rozdziału — dosłownie powiada: »Jeżeli bada się źrenice przy wyżej wymienionych warunkach i przy jednokowym oświetleniu obydwu oczu, nigdy się nie widzi t. zw. fizjologicznej N. Ź. Cierpienia jednego tylko oka (o ile, oczywiście, nie dotyczą bezpośrednio tęczęwki), zmiany ze strony

siły widzenia lub pola widzenia, a także ze strony refrakcyi nigdy nie pociągają za sobą nierównomierności źrenic. Jeżeli jest N. Ź., należy ją uważać za objaw patologiczny. (Si l'anisocorie existe il faudra la considérer comme un phénomène pathologique). Inny autor francuzki Lafon (Pathogénie et semiologie des troubles pupillaires. Archives d'ophtalmologie 1909) w oryginalnej pracy, poświęconej fizyologii i patologii źrenicy, powiada, że należy przestać mówić o fizyologicznej albo zależnej od niejednakowej refrakcyi N. Ź., które w istocie są tylko spowodowane przez wadliwe badanie. I jeżeli wrodzona N. Ź. się zdarza, dodaje L., to zdarza się ona bardzo rzadko (*très rare*).

W wydanym niedawno (1910) przez Curshmana zbiorowym podręczniku chorób nerwowych Schoenborn mówi (str. 4), że »prawidłowo obie źrenice są jednakowej wielkości i rzadko zdarza się wrodzona N. Ź. Zwykle zaś każda N. Ź. wskazuje na cierpienie zwężających lub rozszerzających źrenice dróg nerwowych, przynajmniej w jednym oku«.

Krótko, ale bardzo dobitnie wyraża się o zajmującej nas kwestyi Heddaeus w nowym wydaniu zbiorowego podręcznika oftalmologii Graefego i Saemisch'a. »Źrenice człowieka zdrowego, powiada on, są zawsze jednakowej wielkości« (*gleich weit*). Sprawiedliwość jednakże wymaga nadmienić, że Bach, który dużo pracował nad unerwieniem źrenicy, uważa w swojej monografii o źrenicy (Pupillenlehre 1908), iż N. Ź. bez zaburzenia w ich oddziaływaniu jest względnie niewinnym objawem (*relativ harmloses Symptom*), który może się zdarzyć nie tylko u ludzi z zupełnie zdrowym układem nerwowym, ale nawet prawie napewno i u ludzi zupełnie zdrowych«. Natomiast chwiejne i nieokreślone jest stanowisko w tej kwestji drugiego monografisty źrenicy Bumkego (Die Pupillenstörungen bei Geistes- u. Nervenkrankheiten 1904). Jakkolwiek autor sam mówi w jednym miejscu o niebezpieczeństwach, które kryją się w dużych statystykach, będących z natury rzeczy »niedokładnymi i szematycznymi«, nie przeszkadza mu to jednakże powoływać się w innym miejscu na wyżej wspo-

nmianą statystykę Iwanowa. Dodaje zresztą następnie, że taka różnica (w rozmiarach źrenic u jednego i tego samego osobnika) należy u zdrowych do wcale rzadkich anomalii (*recht seltene Anomalie*). A na str. 128 wraca jeszcze raz do tej sprawy i każe w każdym przypadku N. Ź. szukać przyczyny jej nie tylko w ośrodkowym układzie nerwowym lecz i w n. sympatycznym. Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze pogląd Axenfelda w wydany przez niego podręczniku zbiorowym oftalmologii (1909). »Wogóle, powiada A., ludzie zdrowi mają jednakowe źrenice. Każda nierówność źrenic powinna natychmiast zwrócić na siebie uwagę badacza i zmusić go do szczegółowego zbadania ich oddziaływania. N. Ź. jest często drogowskazem do rozpoznania ważnych cierpień układu nerwowego. Błędne byłoby jednakże zapatrywanie się tak na każdą nierówność źrenic. Wyjątkowo bywa ona i fizyologiczną przy niejednakowej refrakcyi obydwu oczu».

Zdanie Axenfelda jest z tego względu ciekawe, że autor uzależnia tu z pewną stanowczością N. Ź. od anisometrii (ale, ma się rozumieć, nie twierdzi bynajmniej, jak to czynią inni, że każda anisotropia pociąga za sobą N. Ź.), co, jak widzieliśmy już wyżej, niektórzy z niemięjszą stanowczością zaprzeczają. Wogóle przegląd odnośnej literatury (osobistego doświadczenia pod tym względem, jako nie okulista, nie posiadam) nasuwa zasadnicze wątpliwości co do wpływu anisotropii na N. Ź. Bo gdyby odmienna refrakcyja w tem lub owem oku była w stanie spowodować i odmiennie rozmiary danej źrenicy, to należałoby oczekiwać pewnej stałości w tych dwóch zjawiskach, mianowicie, że węższa źrenica będzie zawsze w oku więcej myopieznym i naodwrot. Tymczasem duże statystyki wykazują brak wszelkiej pod tym względem prawidłowości. Tak np. ze statystyki Rechego (*Pupillenungleichheit*. Deutsche med. Wochenschrift 1893), który u 14.392 chorych z kliniki i polikliniki Magnusa (*Augenpatienten*) znalazł 143 razy, więc tylko 1% »czystą N. Ź.« i na zasadzie tego odmawia jej wszelkiej wartości patognomonicznej, wynika, że źrenica oka krótkowzrocznego była w 15-stu

przypadkach szersza, w 9 ciu zaś węższa. W 22-ch znowu przypadkach N. Ź. z jednym hypermetropiecznym okiem źrenica w tem oku była 12 razy szersza, a 10 razy węższa. Oczywiście, że wobec takich faktów cała w wielu podręcznikach rozpowszechniona nauka o przyczynowym związku pomiędzy anisometrią i N. Ź. traci wszelką podstawę.

Sz. Pp. Interesując się od wielu lat z rozmaitych względów kwestyą N. Ź. i śledząc za odnośną literaturą, przyszedłem do przekonania, że całej tej kwestyi, traktowanej że tak powiem, zbyt empirycznie, należy dojść z odmiennego nieco, więcej ogólnego punktu widzenia. Istotnemu zrozumieniu całej tej sprawy przeszkadza wielce rozpowszechnione mniemanie, że wobec braku w naturze absolutnie jednakowych i równych organów, nawet u jednego i tego samego osobnika, nie dziwnego, iż i źrenice mogą być od urodzenia nierówne. (Bumke i w. in.). Mógłbym nawet dodać, że i u boskiej Venus z Milo anatom Hess ku zdumieniu swemu znalazł niezupełnie jednakowe wymiary dla obydwu stóp i t. p. Ale zapomina się przytem, że źrenica wcale nie jest organem w zwykłym anatomicznym tego słowa znaczeniu. Właściwie mówiąc, źrenica, jako taka, wszak wcale nie istnieje; jestto dziurka, otwór, którego rozmiary są w ciągłej zależności od dwu nieustannie działających przeciwległych sił, t. zw. zwężaczy i rozszerzaczy. Zawitych anatomiczno-fizyologicznych szczegółów, ma się rozumieć, nie poruszam. Dla nas ważne jest, że źrenicy nie należy porównywać z jakimś organem, że jest ona raczej funkcją (w znaczeniu matematycznym a nie fizyologicznym) dwu lub więcej sił. I wychodząc z tego założenia, należy przypuszczać, że rozmiary wchodzących tu w grę mięśni (*sphincter* i *dilatator iridis*) grają w warunkach prawidłowych rolę drugorzędną co do wielkości źrenic. My tu bowiem nigdy nie mamy do czynienia z pozbawionymi wszelkich wpływów nerwowych mięśniami. I gdyby nawet w tym lub owym przypadku same mięśnie były niejednakowych rozmiarów w obydwu oczach, to i pomimo tego źrenice, jako funkcye rozmaitych sił, które, jak to zaraz zobaczymy, działają jednocześnie

i równomiernie na oba oczy, będą równe. Ciekawe jest zresztą, że spostrzeżenia nad trupami, gdzie więc mamy do czynienia istotnie tylko już z mięśniami żreńc, pozbawionymi wszelkich wpływów dynamicznych, przekonały Bacha, iż N. Ż. po śmierci najczęściej znika (*Bestehende Anisokorie verschwindet meist im Tode*). Wynika, oczywiście z tego, że i w pierwotnym swoim morfologicznym założeniu żrenice są daleko częściej równe niż zwykle przypuszczają, i że za życia N. Ż. nie jest zależna od nierówności odnośnych mięśni, lecz, mówiąc ogólnie, od rozmaitych wpływów nerwowych, pod którymi się znajduje.

Ale oprócz bardzo złożonych aparatów nerwowych, normujących rozmiary każdej oddzielnej żrenicy na szczególną uwagę zasługuje przy rozważaniu kwestyi N. Ż. zjawisko t. z. konsensualnego oddziaływania żrenic (przy oświetlaniu jednej żrenicy i druga dochodzi do tych samych rozmiarów, co i pierwsza). Pod względem filogenetycznym mamy tu do czynienia z urządzeniem względnie młodem; spotykamy je bowiem tylko u zwierząt, stojących już wysoko na drabinie rozwoju. Z biegiem filogenezy aparat oddziaływania konsensualnego okazał się prawdopodobnie tak pożytecznym, że stał się on automatycznym, niezależnym od woli i wszelkich warunków zewnętrznych odruchem. Cel tego aparatu jest obecnie dla nas zupełnie zrozumiały. Jeżeli bowiem tęczęwka ma spełniać rolę diafragmy, która stosownie do warunków zewnętrznych przepuszcza na siatkówkę odpowiednią potrzebną dla dobrego widzenia ilość promieni, to, oczywiście, widzenie obydwoma oczyma byłoby niedokładne, gdyby obie diafragmy nie funkcjonowały zupełnie współcześnie i z jednakową intensywnością. W celach bowiem dobrego widzenia leży, aby na jednoimienne miejsca obydwu siatkówek dostały się jednocześnie zupełnie jednakowe ilości promieni świetlnych. Albowiem tylko wtedy reakcje fotochemiczne, które zachodzą w obudwu siatkówkach, są zupełnie jednakowe pod względem swojej intensywności i eks-



tenzywności, co dopiero nadaje istotną wyrazistość wspólnemu z obydwu oczu idącemu wrażeniu wzrokowemu\*).

Nie ulega więc wątpliwości, że ów aparat oddziaływania konsensualnego źrenic, któremu mamy zawdzięczać »dobre« i »wyraźne« widzenie, i który jest zawsze, za wyjątkiem snu, czynny, będzie dążył do utrzymania obu źrenic w jednakowych rozmiarach, nawet wtedy, kiedy aparat mięśniowy jednej źrenicy będzie się różnił od aparatu drugiej. Dla uprzyświecenia sobie i Panom niektórych tych twierdzeń teoretycznych przeprowadziłem szereg doświadczeń; wyniki niektórych z nich pozwolę sobie Panom przedstawić.

(Dok. nast.).

## II. STRESZCZENIA.

**Deutsche med. Wochenschrift.** R. 1910. Nr. 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 37, 42. (Referent Dr. W. Reis).

**W sprawie miejscowego leczenia zapalenia tęczówki.** (Zur örtlichen Behandlung der Iritis). Oppenheimer.

Kilka uwag dla lekarzy praktycznych w sprawie stosowania atropiny.

**Złamanie podstawy czaszki z obustronnem porażeniem mięśnia odwodzącego i objawami zapalnymi opon mózgowych w następstwie krwotoku.** (Schädelbasisfraktur mit doppelseitiger Abducenslähmung und meningitischen, durch Blutung bedingten Erscheinungen). Zimmer.

Przypadek kazuistyczny.

\*) W odczycie o »znaczeniu tropizmów dla psychologii« (Bedeutung der Tropismen für die Psychologie. Leipzig. 1909. str. 10 i d.), wygłoszonym na VI. międzynarodowym Zjeździe Psychologów w 1909 r. Jacques Loeb rozwija między innymi tę samą myśl co do potrzeby dla dobrego widzenia jednakowego i jednoczesnego oświetlenia symetrycznych punktów na obydwu siatkówkach.

**O hemianopsyi.** (Über Hemianopsie). Behr.  
Wykład kliniczny.

**Zapalenie miąższowe rogówki jako schorzenie typowo kiłowe.** (Die Keratitis parenchymatosa eine eedluetische Erkrankung). Egersheimer.

U dziecka 14-letniego, bez znamion kiły odziedziczonej, z dodatnia wynikiem próby Wassermann'a wystąpiło w górno-zewnętrznym odcinku zaćmienie, silnie unaczynione, sięgające aż do brzegu źrenicznego.

Idąc za przykładem Lebera, który przez wycięcie zaćmionej części rogówki zapobiegł dalszemu posuwaniu się procesu chorobowego, wycięto także i w tym przypadku zajęłą część rogówki, a ubytek przykryto spojówką. Zaćmienie rogówki dalej nie posuwało się, lecz nawet zaczęło się wyjaśniać. Chory przez cały czas nie był leczony przeciwkiłowo. W wyciętym kawałku rogówki stwierdzono metodą Levaditi'ego istnienie krętka błędnego.

**Czarna ciecz wodna.** (Schwarzes Kammerwasser). Salus.

Przy wydobyciu zaćmy u chorej 39-letniej, cierpiącej na cukrzycę, wydobyla się z rany operacyjnej rzadka, brudno-szaro zabarwiona ciecz. Przebieg gojenia się rany operacyjnej był prawidłowy.

Badanie mikroskopowe cieczy wykryło istnienie w cieczy wodnej licznych ziarenek barwikowych oraz wielkich napęczniałych komórek, skąpo w barwik zaopatrzonych. Obecność w cieczy wodnej komórek barwikowych jest zjawiskiem zwykłym przy kurkach operacyjnych na trupach lub oczach świńskich, gdy gałki oczne nie są zbyt świeże — wystąpienie zaś tego zjawiska przy operacjach u osobników żyjących należy do rzeczy rzadkich i głównie wydarza się przy cukrzycy. Przyczyny powstawania tych zmian chorobowych w przybłonku barwikowym dokładnie nie są znane. Kamocki przypuszcza, że istnieje związek przyczynowy między skazą moczówkową a schorzeniem przybłonka barwikowego za pośrednictwem zmienionego chemicznego składu cieczy wodnej.

**Wewnątrzkomórkowe twory przy wiewiórze cewki moczowej.** (Zelleinschlüsse bei Hamröbrenghonorhoe). Jancke.

W kilkunastu przypadkach zapalenia wiewiórowego cewki moczowej, wywołanego dwóinkami Neissera stwierdził autor wewnątrz komórek przybłonkowych istnienie typowych ciałek jagliczych Provaszka.

**Obłęd atropinowy u chorego z dychawicą.** (Atropinalunsiim bei einem Asthmatiker). Fickler.

Czterdziestoletni mężczyzna, chory na dychawicę oskrzelową, zażywał przez ośm tygodni z przerwami po 14 i 10 dni atropinę w wysokich dawkach. W ostatnich dniach dawka przewyższała 1 mg. W tym czasie wystąpiły u niego zaburzenia w połykaniu, wymioty, zaburzenia wzrokowe, rozszerzenie i nieruchomość źrenic, przyspieszenie tętna i omamy, które doprowadziły do ostrego obłędu. Obłęd ustąpił dopiero po 11 tygodniach.

**O istocie bodźca chorobotwórczego przy jaglicy.** (Über die Natur des Trachomerregers). Herzog.

Na podstawie całego szeregu badań doszedł autor do przekonania, że ciała jaglicze utożsamiać należy z nieznanymi dotychczas postaciami zanikowymi dwoinek wiewiórowych Neissera. Postacie te przystosowawszy się do pasożytnictwa wewnątrzkomórkowego rozwijają się wewnątrz komórek przybłonkowych spojówki i tu tworzą twory znane pod nazwą ciałek jagliczych. Na poparcie swego twierdzenia przytacza H. następujące dane: 1) autorowi udało się otrzymać morfologicznie identyczne postacie rozwojowe przez ciągłe hodowanie dwoinek Neissera; 2) wśród znanych dotychczas pierwotniaków nie ma istot tak drobnych i tak mało uorganizowanych jak ciała jaglicze; 3) przy śluzoropotoku spojówki wywołanym dwoinkami wiewiórowymi spostrzegał H. po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych i osłabieniu jądowości drobnoustrojów zupełne zniknięcie dwoinek wiewiórowych, a wystąpienie natomiast postaci zanikowych o znamienym wyglądzie ciałek jagliczych; 4) w przypadkach świeżej jaglicy można było obok typowych ciałek jagliczych stwierdzić także w komórkach przybłonkowych formy przejściowe t. n. przez autora mikrogonokoki; 5) przez przeszczepienie czystej hodowli dwoinek wiewiórowych na zdrową ludzką spojówkę oka ślepego z powodu jaskry otrzymał H. typowe ciała jaglicze.

**O kilku dalszych przypadkach różnobarwności obu tęczówek.** (Ueber einige weitere Fälle von Heterochromia iridum). Lutz.

Na podstawie spostrzegania kilkudziesięciu przypadków różnobarwności obu tęczówek przychodzi autor do następujących wniosków: 1. Różnobarwność tęczówek jest objawem rzadkim, stwierdzić ją można w 0·2% materiału klinicznego (na 15000 chorych w 30 przypadkach). 2. Różnobarwność ta jest zmianą rozwojową i może powstać przez to, że jedno oko albo w pierwszych dniach

po urodzeniu, lub też w latach późniejszych (między 5—15 rokiem życia) wykazuje wielorozwój barwika albo też jedno oko traci następowo barwik. 3. Dla wytłumaczenia powstania tej zmiany należy w pierwszym rzędzie przyjąć odziedziczenie zabarwienia tęczyówek po rodzicach; należy jednak uwzględnić także i dalsze zaburzenia (być może nieprawidłowy embryonalny rozwój naczyń). 4. Oczy o różnobarwnych tęczyówkach wykazują pewne powikłania, które jako przypadkowe mogą się znaleźć w obu oczach (szczeliny wrodzone w tęczyówce) lub też jako znamienne powikłania, umiejscowione zawsze w oku o jaśniejszym zabarwieniu. 5. Charakterystycznym powikłaniem jest zapalenie ciała rzęskowego na oku jaśniejszym, które posiada pewne odrębne właściwości. Zapalenie to jest przewlekłe, jednostronne, gałka zupełnie nie jest nastrzykana, strąty na tylnej ścianie rogówki są nadzwyczaj delikatne, brak tylnych przyczepin, często powstaje zaćma, która przy operacji daje jednakże dobre rokowanie. Zapalenie ciała rzęskowego powstaje najwcześniej około 20 roku życia, zwykle później, a zabiegi lecznicze nie wiele mają nań wpływu. 6. Zapalenie ciała rzęskowego powstaje tylko na tle niedostatecznie pigmentowanego oka, nie ma zaś wspólnej jakiejś przyczyny dla powstania różnobarwności tęczyówek i zapalenia ciała rzęskowego.

**Objawy oczne przy schorzeniach zatoki czołowej i komórek sitowych.** (Augensymptome bei Erkrankungen der Stirnhöhle und Siebbeinzellen). Gutmann.

Autor przytacza kilka kazuistycznych przypadków rogówki oczodołu po przebitym ropniaku z zatoki czołowej, po zropiałym śluzowiacu i po schorzeniach przednich komórek sitowych. W tem ostatniem cierpieniu przy rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić następujące dane: obrzęk zapalny powieki górnej i dolnej, umiejscowienie ropnia w kącie zewnętrznym oka i odchylenie gałki ku skroni bez zmiany położenia w linii poziomej.

**Trwały bulion surowiczy dla hodowli łańcuszkowców.** (Haltbarer Serumbouillon für Streptokokkenkultur). Elsch nig.

Wykrycie w worku spojówkowym łańcuszkowców (do których E. zalicza także dwoinki zapalenia płuc) napotyka na znaczne trudności, tak, że niektórzy autorowie nie stwierdzają istnienia tychże bakterii na spojówce w bardzo wielu przypadkach. Tymczasem E., stosując metodę przez siebie podaną, znalazł łańcuszkowce w 30% oczu napozór zupełnie zdrowych. Metoda E. polega na zastosowaniu odpowiedniej hodowli, sporządzonej z wyschniętej surowicy końskiej i zwykłego bulionu. Zaszuszoną suro-

więc wyrabia firma Merck w odpowiednich fiolkach; po wysypaniu zawartości jednej fiołki do 1 em<sup>3</sup> bulionu otrzymuje się pożywkę doborową, w której nieliczne nawet łańcuszkowce szybko się rozmnażają.

**Nowy szczegół histologiczny przy glejaku siatkówki.** (Ein neuer histologischer Befund bei Glioma retinae). Peschel.  
Przy badaniu histologicznem galki wyłuszczonej z powodu glejaka siatkówki stwierdził autor przesunięcie licznych komórek zwojowych siatkówki do warstw głębszych, a mianowicie do warstwy ziarnistej wewnętrznej. Takiego przemieszczenia komórek zwojowych przy glejaku siatkówki dotychczas jeszcze nie spostrzegano.

**O istocie zarazka jagliczego.** (Ueber die Natur des Trachomerregers). Lindner.  
Uwaga do artykułu Herzoga.

**O przejściowej ślepotie korowej w następstwie wstrząśnienia mózgu.** (Ueber passagere Rindenblindheit durch Commotio cerebri). Hirsch.

Dwunastoletni chłopak, przejechany przez samochód, stracił natychmiast po upadku przytomność i odniósł rany na częściach miękkich sklepienia czaszki. Równocześnie wystąpiła całkowita ślepota, chorey nie miał zupełnie poczucia światła. Już po południu mógł uszkodzony odróżniać przedmioty, a wieczorem wystąpiło jednostronne niedowidzenie połowicze. Po dwóch dniach pole widzenia i bystrość wzroku powróciły do stanu prawidłowego. W przeciwieństwie do tego przypadku, w którym zaburzenia wzrokowe wywołane wstrząsem mózgu, bez głębszych zmian anatomicznych, trwały bardzo krótko, przytacza autor przez siebie spostrzegany przypadek niedowidzenia połowiczego w następstwie krwotoku opony twardej, utrzymującego się przez dziewięć miesięcy.

**Arsenobenzol (Ehrlich 606) przeciw schorzeniom kiłowym oka.** (Arsenobenzol (Ehrlich 606) gegen syphilitische Augenleiden). Grósz.

Autor uznaje za słuszne żądanie Ehrlicha, by preparatu 606 nie stosować w przypadkach rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Nie widzi jednakże przeciwwskazania dla stosowania tego preparatu w innych kiłowych cierpieniach ocznych. G. leczył wstrzykiwaniami arsenobenzolu następujące przypadki: pierwotny wrzód twardy spojówki, zapalenia rogówki, tęczęwki, twardówki i naczyńwki, razem przypadków 14. Nie wdając się

w omawianie szczegółów, które będą przedstawione obszernie w czasopiśmie okulistycznym, stwierdza G. że arsenobenzol nadzwyczaj korzystnie oddziaływa na choroby oczne o naturze kiłowej.

**O istocie zarazka jagliczego.** (Ueber die Natur des Trachomerregers). Herzog.

W uzupełnieniu poprzednich wywodów co do istoty zarazka jagliczego zaznacza H. raz jeszcze, że opisywane wewnątrzkomórkowe twory w przybliżeniu spojówkowym przedstawiają postacie kanikowe (*Involutionsformen*) dwoiniek nie barwiących się Gramem. Za podstawie danych z zakresu bakteriologii i klinicznego obrazu Ngliey należy w pierwszym rzędzie uwzględnić dwoinki wiewiórjawe. W każdym razie zaliczanie ciałek jagliczych do *chlamydozoa* roe jest uzasadnionem. Ze względu na ważność wyników powyższych badań należałoby jednak i resztę flory bakteryjnej badać na szostacie zanikowe.

**O przemijającej ślepcie.** (Ueber transitorische Amaurose). Polnow.

Autor przytacza przypadek przemijającej ślepoty, która rzekomo miała wystąpić u dziewczynki 12 letniej po szczepieniu ochronnem przy ospie lub też po zapaleniu gardła, które wystąpiło w tym samym czasie. Klinicznie przedstawiał się ten przypadek jako zapalenie nerwu wzrokowego, a wziernikiem stwierdzić można było obustronnie tarcze zastoinowe. Oprócz tego przypadku opisuje P. jeszcze dwa spostrzeżenia przemijającej ślepoty w następstwie płonicy, które klinicznie przedstawiały się jako pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego.

**Graefe's Archiv für Ophthalm.** R. 1910. T. LXXV. Z. 1.  
(Referent Dr T. Kleczkowski).

**Zachowanie się ciała rzęskowego względem niweczników.** (Das Verhalten des Corpus ciliare zu Antikörpern). R. Salus — Praga.

Doświadczalne badania autora, przeprowadzone na królikach, wykazały, że ze wszystkich niweczników najłatwiej przechodzą do przedniej komory aglutyniny i antytoksyny (przy biernem uodpornieniu antytoksyną dyflerytyczną) w słabszym stopniu przechodzą bakteriolizyny, a w najmniejszej ilości hemolizyny, aczkolwiek

w przypadkach silnej hemolizy w organizmie można spostrzegać jako jej objaw zacierwienie płynu p. komory (szczególnie po punkcji). Komplementów nigdy autor nie mógł wykazać. Ilość wszystkich niweczników ulega znacznemu zwiększeniu, gdy poprzednio zostało wykonane nakłucie komory przedniej. Zasadniczo inaczej do wszystkich niweczników zachowują się precypityny białkowe, które bez uprzedniej punkcji nigdy w doświadczeniach autora do p. komory się nie przedostawały. Wytlumaczenia tego zjawiska nie można szukać według autora w różnicy budowy drobinowej precypityny, ale zdaje się, we właściwościach wśród względnie nabłonka ciała rzęskowego.

**Badania nad odpornościowymi, w szczególności fagocytarnymi procesami w oku.** (Studien über immunisatorische, insbesondere phagocytäre Vorgänge am Auge). M. Zade — Jena.

Zade jest jednym z dalszych badaczy, który wykazał, że łyzy nie zawierają ani opsonin, ani ciał bakteryobójczych, a czynność ich fizyologiczna ogranicza się jedynie do ich działania mechanicznego w usuwaniu drobnoustrojów. Podobnie w prawidłowych warunkach niema opsonin w płynie przedniej komory; jednorazowa jednak już punkcja wystarcza, by opsoniny w płynie p. komory wykazać. Tak jak punkcja, tak również podrażnienia oka wywołują pojawienie się opsonin w płynie p. komory. Doświadczalnie autor mógł stwierdzić obecność opsonin w przedniej komorze po zapuszczeniu dioniny, a w większym stopniu po wstrzyknięciach podspojówkowych soli kuchennej. Opsoniny dające się wykazać przy zakażeniach rogówki i ciała szklistego nie były swoiste. Doświadczenia autora robione w myśl teorii o bakterytropinach Neufelda i Bimpaua w dwóch surowicach odpornościowych, nie wykazały bakterytropin.

**Przyczynek do anatomii patologicznej stożka rogówkowego.** (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Keratoconus). Dr Erdmann — Rostock.

Do siedmiu dotychczas opisanych drobnowidowo przypadków stożkowatego wydęcia rogówki dodaje autor opis swego przypadku połączonego z zaćmą piramidalną, zanikiem nerwu wzrokowego i zmianami po przebytej *retinitis pigmentosa*. Wyniki badania drobnowidowego autora zgadzają się z wynikami dawniej otrzymanymi, głównie przez Salzmann'a, a polegają na obecności powstawania w przypadkach *keratoconus* pęknięć w błonie Bowmanna, bujanie w tych okolicach nabłonka rogówkowego i zbliżowania środkowych części miąższu rogówkowego. Do zmian tych

dodaje autor przerost błony Descemet'a doład nieopisany. Autor w końcu zwraca uwagę na zupełne podobieństwo zmian anatomicznych w rogówce w przypadkach *buphtalmus* w porównaniu do przypadków z *keratoconus*.

**Przypadek postrzału w skroń z następowem porażeniem nerwu sympatycznego.** (Ein Fall von Schläfenschuss mit Lähmung des Augensympathicus). R. Cords — Lipsk.

Przypadek autora jest pierwszy w literaturze. Zupełnie porażone były nerwy *sympathicus* i *trochlearis* przejściowo jedynie 1-sza gałązka nerwu trójdzielnego i nerwu *abducens*. Autor przytacza z literatury doświadczenie Oehla, który po zniszczeniu u psa gałązek sympatycznych w okolicy pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego dostąpił od *gangl. Gasseri* nie mógł wywołać rozszerzenia źrenicy drażniąc nerw sympatyczny na szyi. Zdjęcie Roentgenem w przypadku autora wykazało właśnie obecność kuli w miejscu odpowiadającym doświadczeniu Oehla.

**Stosunek perspektywy do bystrości wzrokowej i do czytania.** (Die Perspektive in ihren Beziehungen zur Sehschärfe und zum Lesen). G. Ovio — Modena.

Autor badał wpływ perspektywy: 1) na wielkość i postać obrazków siatkówki, 2) na bystrość wzrokową i 3) na czytanie. Badania tego rodzaju, o ile autorowi było wiadomem, nie były dotychczas wykonane przez nikogo. W pierwszej części swej pracy zajmuje się autor wielkością obrazów siatkówkowych położonych w położeniu czołowym prosto, to znaczy w płaszczyźnie równoległej do płaszczyzny wzrokowej umiejscowionych. Wielkość tego rodzaju obrazów stoi w prostym stosunku do wielkości, a w odwrotnym stosunku do oddalenia przedmiotu. Położenie boczne przedmiotu pozostaje bez wpływu na jego wielkość, to znaczy, że równej wielkości przedmioty: jeden w położeniu czołowym, drugi w bocznym, rzucają równej wielkości obrazy na siatkówkę. Inaczej się dzieje z przedmiotami nachylonymi, t. j. w przestrzeni położonymi w ten sposób, że płaszczyzna przedmiotu tworzy kąt z płaszczyzną wzrokową. Wielkość takich przedmiotów w położeniu czołowym jest mniejsza, aniżeli wielkość zupełnie takiego samego przedmiotu położonego prosto. Wielkość dalej takich obrazów zmniejsza się w miarę zwiększenia się kąta nachylenia przedmiotów. Oba te prawa mają znaczenie tak dla oddaleń skończonych, jak też nieskończonych wielkich. Biorąc jednak pod uwagę oddalenie przedmiotów, doszedł autor jeszcze do innych praw. Jak wiadomo projekcja segmentu na płaszczyźnie jest równa dostawie kąta



zamkniętego między tą płaszczyzną, a płaszczyzną nachylnego przedmiotu. Gdy przedmiot więc nachylony znajduje się w nieskończoności, to wielkość jego musi być równa dostawie kąta zawartego między płaszczyzną danego przedmiotu, a płaszczyzną, na której dany przedmiot jest widziany. Prawo dostawy nie może odnosić się do przedmiotów nachylonych, będących w odległości skończonej, bo promienie w takim wypadku nie przebiegają równoległe lecz zbieżnie. Wielkość obrazów przedmiotów nachylonych w skończonej odległości, zmienia się zależnie od odległości (zmniejsza się wielkość w miarę zmniejszania się odległości od oka), lecz w mniejszym stopniu, aniżeli się to tyczy przedmiotów prostych.

Do przedmiotów nachylonych w nieskończoności leżących, ale z boku od oka umiejscowionych stosują się te same prawa co do takichsamych obrazów czołowo ustawionych. Gdy nachylony przedmiot bocznie od oka leżący zostanie z nieskończoności przeniesiony w odległość skończoną, wtedy wielkość jego jest równa takiemu samemu przedmiotowi w podobnych warunkach będącemu ale czołowo położonemu. Gdy jednak przedmiot taki zostanie skrócony prostopadłe na osi rotacyjnej, wtedy wielkość obrazu nie jest równa temu samemu przedmiotowi w położeniu czołowym. Obraz mianowicie raz jest większy, raz mniejszy od obrazu w czołowym położeniu, zależnie od nachylenia przedmiotu. Postać obrazu przedmiotu położonego prosto i czołowo, nie ulega żadnym zmianom. Inaczej rzecz się ma z obrazami przedmiotów nachylonych. Obrazy przedmiotów w nieskończonej odległości się znajdujące, ulegają zniekształtnieniu i tak np. koło staje się elipsa.

Zmiana postaci w obrazach przedmiotów nachylonych w nieskończoności i w położeniu czołowym umiejscowionych zależy od kąta nachylenia, a zmienia się w myśl prawa dostawy. W razie przesunięcia przedmiotu w odległość skończoną, zmiana postaci występuje nietylko w jednym kierunku (zależnie od kąta nachylenia), ale we wszystkich kierunkach i to tem wybitniej, im przedmiot bliżej oka leży. Przy przedmiotach z boku od oka położonych, nachylonych, a w skończonej odległości leżących obowiązują te same prawa. W skończonej odległości umiejscowione przedmioty, w razie skrócenia ich wzdłuż osi nachylenia, wywołują obrazy równe co do swej wielkości, ale różne postacią; skrócenia zaś koło osi rotacyjnej wahadłowe, powoduje zmianę tak w postaci, jak i w wielkości.

W drugiej części swej pracy zajmuje się autor wpływem perspektywy na bystrość wzrokową. Badania autora wykazały, że bardzo nieznaczny wpływ na bystrość wzrokową był wywierany,

gdy tablica z literami (z odległości 6 m) została nachyloną w osi poziomej, lub gdy jej prawy lub lewy bok został ku przodowi lub tyłowi cofnięty. Zmiana w bystrości wzrokowej występowała, gdy tablica skręconą została w osi pionowej (skręcenie o  $45^{\circ}$  V  $\frac{2}{3}$ , o  $60^{\circ}$  V  $\frac{1}{2}$  i t. d.).

Trzecia część badań autora zajmująca się wpływem perspektywy na czytanie wykazała, że wpływ ten podczas czytania jest ciągły—podczas czytania bowiem, oczy są w ciągłym ruchu, w następstwie których zmienia się akomodacja i wielkość obrazów siatkówki (z powodu ciągłej zmiany kąta nachylenia). Przy czytaniu jednoocznym, wszystkie ruchy oka można według autora uważać za korzystne, nie zaś za szkodliwe. Inaczej jest przy czytaniu obuocznym. Przy czytaniu obydwoma oczyma punkt fiksacyjny jest w nierównej odległości od obu oczów (wyjawszy umiejscowienia punktu tego ściśle w linii środkowej), z powodu czego i ruchy oczów są nierówne i w nasileniu akomodacji obu ocz zachodzi różnica. Następstwem tego są dwa obrazy siatkówek nierówne co do wielkości łączące się w jeden obraz stereoskopijny.

**Klinische Monatsblätter f. Aghk.** R. 1910. R. XLVIII  
kwiecień. (Referent Dr Liebermann).

**Uproszczona metoda enukleacji.** (Neue vereinfachte Methode der Enukeation). Dr M. Menacho — Barcelona.

Przeciawszy *rectus internus et externus* i odpreparowawszy spojówkę aż do równika, przeciąga autor pętlę jedwabne przez odcięte ścięgna wspomnianych mięśni. Podczas gdy asystent lekko podciąga pętlami gałkę ku górze, kończy operator swój zabieg.

**Pierścieniowate zmnętnienie przedniej powierzchni soczewki, skutkiem urazu.** (Ein Beitrag zur Kasistik der ringförmigen Trübung an der Linsenvorderfläche nach Kontusionsverletzung des Auges). Dr J. Hescheler — Stuttgart.

Następstwem uderzenia kamieniem w oko, był krwotok do przedniej komory. Gdy nastąpiło wessanie wybroczyny, zauważono pierścieniowate zmnętnienie na obwodzie przedniej powierzchni soczewki, które bardzo powoli ustępowało. *Restitutio ad integrum* nastąpiła dopiero po upływie 10 miesięcy.

**Nadzwyczajny przypadek porażenia akomodacji spowodowany dyfteryą.** (Ein aussergewöhnlicher Fall von Akkomodationslähmung nach Diphtheritis). Dr. E. Wiegmann — Hildesheim.

Po przebytej dyfteryi wystąpiło u dziecka obustronne porażenie akomodacyi, które na lewem oku niebawem ustąpiło, na prawem jednak utrzymywało się jeszcze przez 4 lata.

**O krwotokach w siatkówce skutkiem influenzy.** (Ueber Netzhautblutungen nach Influenza). Dr. E. Wiegmann — Hildesheim.

Bez widocznej przyczyny nastąpiło u chorego młodego człowieka pogorszenie wzroku na oku lewem. Badanie przedmiotowe wykazało, iż dno oka zasiane jest bardzo licznymi wybroczynami w siatkówce. Anamnestycznie dowiedziano się od chorego, iż przed rokiem cierpiał na bardzo uporczywą influenzę, której napady potwarzały się i później bardzo często. Leczenie oka polegało na podawaniu jodku potasu później sajodyny. Chory zupełnie wyzdrowiał, wzrok powrócił do stanu prawidłowego.

**Przyczynek do teoryi krótkowzroczności.** (Zur Theorie der Myopiefrage). Doc. Dr. Lohmann.

Wychodząc z zasady, iż *conus* na tylnym biegunie oka jest wynikiem niejednorodnego rozrostu błon ocznych, tłumaczy tym objawem rozmaite postacie tego pierwszego. Przyjmując mianowicie przypadek ten, iż twardówka rozrasta się najbardziej ze wszystkich otoczek oka, musi ona wywierać ciśnienie na siatkówkę i naczyniówkę. Zależnie zaś od punktu, w którym twardówka najsilniej rośnie i zależnie od niejednorodnej spistości, względnie niejednorodnej siły przyczepu dwóch innych błon, przybierze *conus* rozmaite postacie. W tych bowiem miejscach, w których naczyniówka słabo do twardówki przylega, poddaje się ona i nadziewa się niejako na *u. opt.*, a w miejscu przeciwnem, silnie przyrośniętem, powstaje *conus*.

**Więstnik oftalmologii.** R. 1910. nr 7, 8, 9 i 10. (Referent Dr. M. Szafnicki).

**Działanie surowicy krwi na oko.** W. P. Filatow.

Autor przeprowadził kilkadziesiąt doświadczeń ze wstrzykiwaniem do przedniej komory ciała szklistego i pod spojówkę oczu

różnym zwierzętom domowym surowicy prawidłowej i immunohemolitycznej i przyszedł do następujących wniosków. Wstrzykiwanie prawidłowej surowicy do przedniej komory prawie zawsze miało bez śladu, do ciała szklanego zaś powodowało często zapalenie jagodówki. Działanie surowic immunohemolitycznych było nieco silniejsze. Przy wstrzykiwaniu do przedniej komory kilka razy spowodowało stany zapalne, a przy wstrzykiwaniu do ciała szklanego prawie zawsze ciężkie stany zapalne jagodówki. Surowicę do wstrzyknięć brał autor od różnych zwierząt domowych. Wszystkie doświadczenia przeprowadził ściśle aseptycznie.

### **Dane anatomo-patologiczne z dziedziny dróg łzowych.** Doc. pryw. L. J. Świerzewski.

Autor, rynolog, na podstawie bogatego materiału anatomicznego nadzwyczaj szczegółowo opisuje topografię woreczka i przewodu łzowego, a następnie podaje minimalne i maksymalne wymiary oddzielnych części dróg łzowych. Prócz tego opisuje 4 typy zakończeń przewodu łzowego w nosie. I-szy rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się równocześnie z kostnym: a) w postaci błony z otworkiem w środku; b) w postaci otworu przykrytego fałdzikiem; c) w postaci szerokiego otworu bez fałdzika. II. rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się w błonie śluzowej mniej lub więcej szerokim otworkiem różnej postaci poniżej kanału kostnego. III. rodzaj: Kanał łącznotkankowy przechodzi w błonie śluzowej w postaci mniej lub więcej wąskiego kanałiku. IV. rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się wązkim otworkiem znacznie ku przodowi lub tyłowi kanału kostnego. Przy typie II, III, i IV, wystarczą bardzo nieznaczne zmiany chorobowe nosa, by spowodzić zatkanie kanału nosołzowego. Pracę swoją autor bogato ilustruje fotografiami preparatów anatomicznych.

### **O znaczeniu prognostycznym retinitidis albuminuricae.** G. A. Rabinowicz.

Na podstawie 33 spostrzeganych przez siebie przypadków, autor przychodzi do wniosków, które już są ogłoszone przez kilkudziesięciu niemieckich badaczy. Chorobę częściej spotykał u mężczyzn, najczęściej w wieku 50—60 lat. Śmierć zwykle następowała (95%) w przeciągu pierwszych 2-ech lat. Wszystkie wypadki, z wyjątkiem trzech cięższych, dotyczyły *neplurit. interstitialis*.

### **O nieżycie wiosennym.** B. B. Orieczkin.

Autor opisuje cztery przez siebie spostrzegane przypadki, a następnie szczegółowo omawia obraz kliniczny, anatomie patolo-

giczną, dyagnostykę różniczkową i sposób leczenia tego cierpienia, nie oryginalnego nie wnosząc do literatury.

**O działaniu podspojówkowych wstrzyknięć Natrii iodici, Kalii iodati i innych lekarstw przy powstającej zaćmie.** A. I. Schiele.

Autor przytacza wszystkie środki stosowane w okulistyce przeciw powstającej zaćmie, a następnie przytacza przypadek z własnej praktyki, gdzie stosował Naj z dobrym skutkiem. Po zrobieniu 50 wstrzyknięć, zmętnienia w soczewce całkiem zniknęły, lecz po 4-eh miesiącach zaczęły się napowrót tworzyć; po zupełnem zmętnieniu soczewkę usunięto operacyjnie. Przypadek dotyczył dziewczyny 17-letniej, gdzie zaćma powstała na tle zapalenia naczyńiówki.

**Przypadek obustronnego zapalenia gruczołów Izo-wych.** K. M. Tamamszew.

Przypadek dotyczył dziecka 6-letniego. Jako rzadko występujący objaw przytoczyć należy zupełną bezbolesność gruczołów Izo-wych. Zajęta była tylko część powiekowa gruczołów i dla tego trzeszczu gałek nie było. Sprawa trwała tydzień. Stosował autor okłady z oclanu glinowego. Przyczyny choroby wykazać nie można było. Występowały wprawdzie równocześnie silne bóle zębów, lecz autor związku między temi dwoma cierpieniami nie przypuszcza.

**Ważność określenia utajonej konwergencji dla wczesnego rozpoznania skurczu akomodacyi.** Dr med. E. S. Bon-wiecz.

Na początku swej pracy autor wskazuje na przykre skutki długo trwającego, a nie rozpozanego skurczu akomodacyi. Zwykle określenie refrakcyi subiektywne i obiektywne często nie pozwala oznaczyć tego stanu, a jedynie zapomocą oznaczenia stopnia utajonej konwergencyi sposobem Maddoxa skurcz akomodacyi zawsze zostaje ujawnionym. Autor badał w ten sposób 500 osób i przyszedł do następujących wniosków. Utajoną konwergencyę spotykamy nie tylko u hypermetropów, lecz przy emmetropii i myopii. Przy patrzeniu w dal częstość utajonej konwergencyi wynosi u emmetropów 24·32%, przy myopii 25·19%, przy hypermetropii 31·08%. Jeżeli do Mp. i Hp. dołączyć M. Ast. i H. Ast., to wynik będzie dla Mp. — 23·66%, a dla Hp. 32·38%. Dalej autor podaje tablice, z których wynika, że ukrytą konwergencyę od 11 do 30 roku spotykał mniej więcej od 23% do 28% wszystkich badanych. Liczby dla młodszego i starszego wieku nie są pewne, gdyż za mało miał autor odnośnych przypadków.

### Spostrzeżenia z praktyki własnej. Dr F. F. German.

1. *Pneumonia crouposa utr. Nephritis acuta, Neuroretinitis albuminurica haemorrhagica, ablatio retinae o. u. Exitus letalis.* Przypadek dotyczył mężczyzny 29-letniego. Jako rzadkość autor podaje odejście siatkówki, które powstało w ciągu nie całych 2-eh tygodni.

2. *Morbus maculosus Werthofii.* Przypadek dotyczył 18-letniego mężczyzny. W czwartym tygodniu duru brzusznego zjawilo się krwawienie z dziąseł i wybroczyny podspojówkowe. Równocześnie krwawienie z nerek. Stan taki trwał 5 dni, przyczem chory stracił 800 cm sześć. krwi. Czwartego dnia pokazały się wybroczyny na całym ciele. 7-go dnia objawy zaczęły ustępować i po miesiącu chory zupełnie zdrow opuścił szpital. Dno ocz podczas całego trwania choroby było prawidłowe, jedynie podczas krwawień naczynia siatkówki były nieco cieńsze.

3. *Empyema ossis ethmoidalis et ossis frontis. Pyaema septica consecutiva, exitus letalis.* 14-letnia dziewczynka od tygodnia gorączkowała. Autor stwierdził obrzęk powieki górnej oka lewego, gułka nieco przemieszczona ku dołowi i zewnątrz, wewnątrz górą można było wyczuć guz miękki. V. lo. — 6/6. Z nosa nieprzyjemny zapach. Stawiono rozpoznanie, jak w tytule. Na czwarty dzień otworzono *sinus frontalis* i wydobyła się ropa w ilości 1 łyżeczki od herbaty. Pomimo to stan gorączkowy trwał bez przerwy i dziecko po dwóch tygodniach zmarło. Przyczyny tego autor widzi w spóźnionem otwarciu *sinus frontalis*.

4. *Empyema ossis ethmoidalis et ossis frontis.* Przypadek nie przedstawiający nic ciekawego.

### Mięsak woreczka łzowego. Doc. pryw. K. W. Sniegi-riew.

Dotychczas opisano 5 odnośnych przypadków i to jedynie we włoskiej literaturze. Autor badał kobietę 49-letnią, zupełnie zdrową. Dziedziczności wykazać nie można. Od 20 lat oko prawe łzawi. W okolicy prawego woreczka łzowego guzek różowy wielkości bobu, elastyczny. Przy ucisku na ten guzek wydobywa się z dolnego punktu łzowego nieznaczna ilość cieczy śluzoworopnej. Bólów brak. Postawiono rozpoznanie: *Ectasia sacci lacrymalis o. d.* Włuszczenie. Po nacięciu woreczka znalazł autor niewielki guzek różowy na tylnej powierzchni woreczka pokryty błoną śluzową. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsaka okrągłokomórkowego. Po 8-miu miesiącach nawrotu nie było. Autor na podstawie

swego i wziętych z literatury przypadków przychodzi do następujących wniosków: 1) mięsaki woreczka żłowego spotykane były prawie wyłącznie u kobiet (1 raz u mężczyzny) w wieku od 25 do 63 lat; 2) wyłącznie w prawym woreczku żłowym (raz obustronnie); 3) choroba rozpoczyna się żławieniem; 4) stopniowo występuje rozstrzeń woreczka żłowego; 5) nawroty czasami powodują śmierć; 6) sondowanie nie odgrywa tu żadnej roli.

### O zaćmie w związku z tężyczką (tetania). I. A. Koboziew.

Autor znalazł w literaturze 73 odnośne przypadki. Sam badał kobietę 27-letnią, u której wywiady wykazały już od 17 lat powtarzające się napady przypominające częściowo padaczkę ze zupełną utratą przytomności, takich było 8 i trwały do dwóch godzin każdy. O wiele częściej miała chora napady, gdzie przy zupełnej świadomości, występował toniczny skurcz rąk i nóg i silny ścisisk powiek. Napady takie trwały od 4-eh do 6-ciu godzin, od roku rzadziej występują. Specjaliści rozpoznali tężyczkę. Od 8 miu miesięcy chora zauważyła, że jej wzrok słabnie. Autor rozpoznał miękką zaćmę. Poza tem ścisisk badanie całego organizmu prócz śladów białka w moczu i przebytej *perimetritis* i *salpingitis* nie wykazało innych zmian chorobowych. Chora zachodziła w ciążę cztery razy, pierwszy i ostatni raz poroniła, dwoje dzieci umarło: jedno w drugim, drugie w ósmym miesiącu. Powodu podać nie umie. Napady z utratą świadomości wystąpiły po drugim porodzie prawidłowym przed 3-ma laty. Po usunięciu zaćm bystrość wzroku prawego oka = 0:4 c + 12 D, a lewego 0:8 c + 12 D. Przyczynę powstania zaćmy widzi autor, jak i wielu innych badaczy, w zatruciu organizmu jadem tężyczkowym, powstającym pod wpływem zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego.

### Wziernik bez środkowego otworu. S. S. Gołowin.

Autor poleca wziernik przez siebie skonstruowany szczególnie dla początkujących. Posiada on zwierciadło wklęsłe, okrągłe, 4 cm w przekroju, lecz bez środkowego otworu. Brzeg tego zwierciadła w jednym miejscu półkolisto wykrojony, wobec tego przypomina ono kształtem półksiężyc. Na stronie przeciwległej do przekroju znajduje się rączka, przymocowana w ten sposób, że zwierciadło można okręcić w miejscu przymocowania o 180° w pionowej płaszczyźnie. To ostatnie urządzenie było niezbędne, gdyż przy wziernikowaniu tym przyrządem wycięcie w zwierciadle musi wypadać zawsze po stronie nosa badającego. Za zwierciadłem jest oprawa do zakładania szkieł, jak u Liebreicha.

### **Bacillus subtilis, jako przyczyna chorób ocznych.** W. P. Filatow.

Z 42 doświadczeń, wykonanych przeważnie na królikach, autor wnioskuje, że *bac. subtilis* jest szkodliwy dla oka. Przy wprowadzeniu hodowli do przedniej komory, powstało lekkie zapalenie łęczówki, przy wprowadzeniu zaś do ciała szklistego często rozwijała się bardzo szybko *panophthalmitis*. Równie szkodliwe były i spory *bac. subtilis*. Autor mógł zauważyć pewną zależność powstawania zjawisk chorobowych od ilości wstrzykiwanego czynnika szkodliwego. Nawet przy wprowadzeniu *bac. subtilis* do ciała szklistego, lecz w małej ilości, powstawało bardzo słabe zapalenie jagodówki. Przy wprowadzeniu *bac. subtilis* do ogólnego krążenia tylko wtedy powstawało schorzenie oka, jeśli przedtem w oku wytworzył się *locus minoris resistentiae*. Przy skaleczeniach oka igłą powstawała zawsze *panophthalmitis*. To samo stwierdził autor po przypaleniu *limbus*. Mniej ciężkie uszkodzenia, jak: przekłucie rogówki, oziębienie eterem, łepy uraz nie powodowały zmian chorobowych w oku. Również nie powstawało sympatyczne zapalenie przy *panophthalmitis* drugiego oka, wywołanej wstrzykiwaniem *bac. subtilis* do ciała szklistego. Kilka doświadczeń przeprowadzonych na psach i kotach dało podobne wyniki. Obraz anatomo-patologiczny przedstawiał rozlany naciek ropny wszystkich warstw oka, a często i otoczenia. Czy *bac. subtilis* tworzy przytem swoje spory w oku, tego autor nie może twierdzić z pewnością. Fagocytoza występowała jako czynnik samoobrony bardzo wczesnie, bo już w 7 godzinach po wstrzyknięciu. W kilku przypadkach autor stwierdził, że *bac. subtilis* przechodzi z oka do innych narządów: wątroby, śledziony.

### **Rzadkie schorzenie sinus frontalis.** Doc. pryw. K. W. Sniegirew.

Przypadek dotyczył mężczyzny 56-letniego. *St. praecens*. Nad okiem prawem pod brwią przetoka, z której wydobywa się w miernej ilości cuchnąca ropa. Wprowadzona sonda napotyka obnażoną kość, daje się wsunąć  $4\frac{1}{2}$  cm ku nosowi i górze. Wzrok prawidłowy. T(n). Dwojenia brak. Guz czołowy prawy silnie ku przodowi wystaje. W tem miejscu chory czuwa ból. Lewe oko i okolica bez zmian. Z wywiadów dowiedział się autor, że przed  $11\frac{1}{2}$  rokiem chory czuł ból nad nosem, a po dwóch miesiącach wytworzył się nad prawem okiem duży wrzód, który spuszczał się nad okiem i przeszkadzał patrzeniu. Chory wypuścił z niego ropę nakłuciem zwyczajną igłą i od tego czasu powstała przetoka. Badanie nosa wykazało mnóstwo polipów śluzowych i obrzmienie



muszli środkowej prawego przewodu nosowego. Autor postawił rozpoznanie: *empyema sinus frontalis* i postanowił zrobić trepanację. Przedtem usunięto polipy nosowe i przez cztery dni przepłukiwano *sinus frontalis Hydr. cyanat.* (1:6000) i  $H_2O_2$ . Gdy polem ciepłota podniosła się do  $38^{\circ}$  i brzęgi przetoki nabrzmiwały, autor otworzył *sinus frontalis*. Ściany jego były bardzo grube, wewnątrz mało ropy, lecz mnóstwo polipów śluzowych, które wyskrobano ostrą łyżeczką, przepłukano  $H_2O_2$ , wytarto *Tra Iodi*. Przez nos przeprowadzono dren, a ranę zaszyto. Przebieg prawidłowy. Po 26 dniach chorego wypuszczono z opieki lekarskiej. Wypuklenie guza czołowego było znacznie mniejsze. Mikroskopowe badanie wykazało utkanie polipa włóknistego z przewlekłym zapaleniem tkanki łącznej i przemianą jej w tkankę kostną. Miejszami widać wrastający w głąb nabłonek, tworzący jakby przewody gruczołowe.

### **Syphiloma** ciała rzęskowego. D. Siwcow.

Autor miał w leczeniu mężczyznę 38-letniego, który zgłosił się ze skargą na bóle, zaczerwienienie i ślepotę oka lewego. Choroba rozpoczęła się przed 2-ma miesiącami silnym bólem głowy, łzawieniem i zaczerwienieniem oka. *St. praesens*. *Chemosis*, światłowstręt. Rogówka lekko zmętniała, niezauważalne naciski w różnych jej warstwach, naczynia powierzchowne przechodzą na nią. P. k. prawidłowo głęboka. Tęczęwka przekrwiona. Żrenica nieprawidłowego kształtu, pomimo atropiny wązka. W górno-zewnętrznej części przedniej komory masa szaro-biała, wychodząca z pod brzegu rogówkowego, półkolistą.  $\frac{1}{3}$  część komory zajmująca, zasłaniająca nieco żrenicę T. mniejszy V. ruchy ręki. Proj. wadliwa. Dna nie widać. Badanie ogólne wykazało świeże ślady przebytej kiły. Choremu zaordynowano *inj sublimati* (1%), wewnątrz KJ., na oko atropinę i ciepłe okłady. Po dwóch miesiącach wypuszczono chorego z kliniki. Na rogówce w okolicy byłego *syphiloma* — bielmo, na twardówce po nad bielmem dwie małe szare plamki, żrenica zarośnięta  $V = 0.2$ . Tn). Polecono powtórzyć swoiste leczenie.

## III. ROZMAITOŚCI.

**XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie** odbędzie się w lipcu od 18-go do 22-go lipca 1191 r.

Prezosem Kom. gosp. jest prof. Nowak, do którego należy zwracać listy w sprawie zjazdu: ul. św. Jana, l. 20; wiceprezesami:

r. dw. prof. Dr Janeczewski i prof. Dr Walery Jaworski, skarbnikiem prof. Dr Dobrowolski, jen. sekretarzem prof. Dr Bruner.

Sekeyi utworzono czternaście. Sekeya okulistyczna, będąca 13-tą sekeyą zjazdu, będzie zarazem stanowić:

### Pierwszy zjazd Tow. okulistów polskich,

jaki miał się odbyć w bież. roku, a dla niedostatecznych zgłoszeń i na życzenie wielu członków towarzystwa musiał być odroczonym.

Ustanowione dla tego zjazdu biuro pozostaje nie zmienionem, a funkcjonuje zarazem jako komitet sekeyjny XI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Referaty i komunikaty, o ile były dla zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze nie pojawiły się — wejdą w program naszego zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1-go maja 1911 r.

Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom zjazdu.

W następnych numerach »Postępu okulistycznego« będziemy w porządku zgłoszeń podawali do wiadomości tytuły odczytów.

Tematy dla referatów stawiamy następujące:

Etylogia i postaci kliniczne zapalenia trachomatycznego, sprawozdawca: Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Porównawcze badanie skuteczności rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych.

Porównanie znaczenia rozmaitych operacyi mających zapobiedz zapaleniu sympatycznemu.

Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

W Krakowie, w listopadzie 1910 r.

Komitet I. zjazdu Towarzystwa okulistów polskich:

*R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz,*  
przewodniczący.

*Prof. Dr K. W. Majewski,*  
sekretarz.

*Dr Wincenty Witaliński,*  
skarbnik.

*Dr Edward Rosenhauch,*  
kierownik biura.

*Dr T. Kleczkowski,*  
kierownik wystawy.

*Dr Szafnicki,*  
kierownik gospodarczy.

---

---

#### IV. SPRAWY OSOBOWE.

*Habilitowali się:* Dr Gilbert w Mnichowie, Dr Aur Shily we Fryburgu w Bryzgowii, Dr Martin Zade w Heidelbergu, Dr Rob. Salus w Pradze na wydz. niemieckim, Dr Józef Igersheimer w Halli.

*Mianowani profesorami:* prof. Lagrange na miejsce Badala w Bordeaux, Dr Ahlström w Lundzie, Dr Tscherning w Kopenhadze, Dr Maklakoff w Moskwie.

*Professorowie nadzwyczaj:* Greeff i Horstmann w Berlinie otrzymali tytuł tajnych radców medycznych.

#### V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

**Dr Trousseau**, naczelny lekarz kliniki ocznej H. Rothschilda w Paryżu, zginął 1-go b. m. w wypadku automobilowym.

#### VI. OD REDAKCYI.

W ostatnim numerze »Postępu okulistycznego« zestawiamy corocznie spis wszystkich okulistów polskich.

Kolegów, którzy zostali pominięci w dawniejszych spisach przez pomyłkę, lub wskutek niezgłoszenia się, jako i tych, którzy wstąpili w szeregi okulistów, prosimy o niezwłoczne podanie adresów dokładnych, inaczej nie moglibyśmy należycie spełnić zadania, jakie sobie stawiliśmy w interesie właśnie samych okulistów polskich.

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

- Dr Baßaban, Archiv für Augenheilkunde.  
Prof. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique, Medycyna Posiedzenia Tow.  
lek. Iwowskiego.  
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 »Militärarzt«.  
Dr Gruder, Ctblatt f. Augenheilkunde.  
Dr Kleczkowski, Graefego Archiv f. Ophthalmologie.  
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.  
Dr Luniewski w Kolomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des  
Auges.  
Prof. Dr Majewski, Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmology  
Milwaukee.  
Dr Matuszewicz, 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.  
Prof. Dr Szulistański, czasopisma higieniczne, Vierteljahrsschrift für ger.  
Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.  
Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie  
odnośnych czasopism. *Redakcyja.*

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

## 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-<br>wych         | 6. Sprawozdania                      |
| 3. Przegląd krytyczny                     | 7. Przegląd czasopism                |
| 4. Przegląd systematów współ-<br>czesnych | 8. Wiadomości bieżące i no-<br>tutki |
|   | 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 BALLABANA, 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.

Listopad.

→ ROCZNIK DWUNASTY. ←

1910.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Punctum lacrymale quadruplex.

Podał

Prof. Dr KAZIMIERZ MAJEWSKI.

(Dokończenie).

Chora sama, z wyjątkiem jęczmion, innych cierpień ocznych, jakoteż żadnych zabiegów operacyjnych nie przypomina sobie. Co do możliwych chorób ocznych przebytych w dzieciństwie, co do pytania, czy się rodziła prawidłowo, najlepszych wskazówek mogłaby była udzielić żyjąca jeszcze matka chorej, gdyby nie to, że właśnie w tym czasie staruszka, wskutek świeżo przebytego udaru mózgowego, miała odjętą mowę i zamroczoną pamięć. Dopiero znacznie później doniosła mi chora listownie, że stan matki znacznie się poprawił i że mogła u niej zasięgnąć żądanych przeze mnie wyjaśnień. Oto ustęp z jej listu:

»Z czterech córek, jakie miała matka moja, pierwsza była wydobywana kleszczami, ja zaś rodziłam się prawidłowo.

Matka moja w czasie ciąży nie doznała żadnego upadku, ani też uderzenia.

Zmian żadnych na oczach moich po urodzeniu nie zauważono.

W dzieciństwie, mając lat cztery, byłam chora na oczy i leczoną byłam przez miejscowego lekarza, przecinania jednak powieki dolnej prawego oka matka moja nie przypomina sobie.

Z tych danych okazuje się, że dla opisanej nieprawidłowości górnego odcinka dróg łzowych, nie możemy znaleźć żadnej przyczyny takiej, któraby ją przydzielała do rodzaju zmian za życia nabytych, a tem samem musimy uważać pomnożenie punktów łzowych za zmianę wrodzoną. Że wady tej nie zauważono u dziecka i że sama chora o niej do tej pory nie wiedziała, w tem nie ma nic dziwnego, ani nic wyjątkowego.

Jako wada rozwojowa, pomnożenie punktów łzowych do liczby czterech u jednej powieki, jest, jak się zdaje, czems dotąd w literaturze okulistycznej nieznanem. Mimo skrzętnego poszukiwania, nie znalazłem nigdzie, ani w ulotnych pracach, ani w podręcznikach okulistyki żadnej wzmianki nawet o trzech punktach łzowych, jako nieprawidłowości wrodzonej. Natomiast liczne stosunkowo są opisy podwójnych punktów łzowych, jakkolwiek i ta nieprawidłowość zdarza się rzadko. I tak Kleczkowski<sup>1)</sup> w swej pracy o zmianach rozwojowych górnych dróg łzowych, pisze, że w szeregu lat, na 120.000 chorych, którzy się przesunęli przez krakowską klinikę oczną, tylko w dwóch przypadkach zauważono zmiany wrodzone punktów i kanalików łzowych. Wprawdzie zmiany te bardzo jest łatwo przy badaniu przeoczyć, to jednak z drugiej strony przypadki spostrzeżone bywają z reguły ogłaszane, właśnie ze względu na swą rzadkość. Schoute<sup>2)</sup> do roku 1901 znalazł w piśmiennictwie

<sup>1)</sup> Dr Kleczkowski: »Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych«. Post. okul. 1908. Z. 11.

<sup>2)</sup> Schoute: »Canalicule lacrymal surnuméraire«. Arch. d'Ophthalmologie. 1901. Nr VI.

zaledwie 22 takich spostrzeżeń, a Cosmettat<sup>1)</sup> do roku 1906 naliczył ich 40. W ostatnich czasach przybyły jeszcze nowe spostrzeżenia podwójnych punktów łzowych. Ale i między tymi przypadkami nie wszystkie mogą być, ściśle biorąc, zaliczone do kategorii rzeczywistych, nadliczbowych punktów łzowych. Zdarzają się wprawdzie dwa otwory, ale zwykle jeden z nich tylko jest prawidłowym punktem łzowym, położonym w miejscu zwyczajnem, drugi zaś otwór, często podługowaty znajduje się w przebiegu kanaliku łzowego i stanowi właściwie wrodzoną szczelinę tego kanaliku, nie posiadając ani budowy punktu łzowego, ani nie spełniając jego fizjologicznej czynności. Tak było w jednym z przypadków opisanych przez Kleczkowskiego, tak również było w przypadku świeżo opisanym przez Tooke'a<sup>2)</sup>, który też o zmianie tej wyraża się jako o »tak zwanem« zdwojeniu punktów łzowych, (*On so-called Doubling of the Puncta Lacrimalia*). O istotnem zdwojeniu można tylko tam mówić, gdzie oprócz prawidłowego istnieje jeszcze drugi nadliczbowy punkt łzowy, który prowadzi bądźto do odrębnego kanaliku, bądźteż krótszem lub dłuższem ramieniem z głównym kanalikiem się łączy. Jedynie znamienne są takie przypadki, w których oba punkty łzowe są prawidłowo rozwinięte, a zwłaszcza posiadają tę okrężną, wyniosłą nieco obwódkę z włókien sprężystych, stanowiącą t. zw. brodawczkę łzową (*papilla lacrymalis*). Takich spostrzeżeń znajdujemy w literaturze o wiele mniej, a i z tych niektóre odbiegają od powyższego typu jak np. spostrzeżenie Schoute'ego<sup>3)</sup>, gdzie nadliczbowy punkcik znajdował się w okolicy mięska łzowego i osobnym kanalikiem łączył się wprost z woreczkiem. Tu nasuwa się podejrzenie, że mamy do czynienia nie z nadliczbowym kanalikiem, a więc nie z prawdziwą wadą rozwojową, lecz może z wrodzoną

<sup>1)</sup> Cosmettat: »Ueber einige angeborene Anomalien der Thraenenwege«. Arch. f. Augenheilk. T. LV. Z. 4. 1906.

<sup>2)</sup> Tooke: »On so-called Doubling of the Puncta Lacrimalia«. Ophthalmology, 1910. Vol. VI. Nr 3.

<sup>3)</sup> L. c.

przetoczką łzową, powstają w następstwie wśróddonowo przebytej sprawy zapalnej ropnej.

Spostrzeżenie, gdzieby istniały aż cztery punkty łzowe, z których trzy opatrzone wyraźną brodaweczką, prowadzące czterema krótkimi, na podobieństwo gęsiej stopy ułożonymi odnogami, do wspólnego przewodnika łzowego, musimy uważać za zupełnie wyjątkowe i jedyne w swoim rodzaju.

Przyjawszy opisaną nieprawidłowość za wadę wrodzoną, wypada z kolei pokusić się o wytłumaczenie jej powstania. Wiadomo, że wszelka wada wrodzona może być, albo wynikiem zaburzenia embryonalnego rozwoju, a więc w ścisłym słowa tego znaczeniu wadą rozwojową, albo następstwem jakiejś sprawy patologicznej, najczęściej zapalnej, przebytej w łonie matki. Tę ostatnią możliwość, jużesmy poprzednio w naszym przypadku stanowczo wyłączyli, bo sprawa zapalna, ropna mogłaby co najwyżej powytwarzać przetoki, otwory zaś w powiece u naszej chorej nie posiadają z przetokami żadnego podobieństwa, natomiast posiadają budowę i wejście prawie typowych punktów łzowych. Pozostaje zatem jako jedyne prawdopodobne przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z wadą rozwojową w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Do poznania stosunków rozwoju embryonalnego dróg łzowych, przyczyniły się prace Erdla, Costego, Borna, Köllikera<sup>1)</sup>, Ewetzky'ego<sup>2)</sup>, Stanculeanu<sup>3)</sup>, Matysa<sup>4)</sup>, Monesi'ego<sup>5)</sup> i innych. Dzięki tym badaniom wiemy, że na dnie bruzdy nosołzowej, będącej zagłębieniem warstwy ektodermalnej, zaczyna się u płodów ludzkich z końcem 5-go a początkiem 6-go tygodnia życia płodowego, wy-

<sup>1)</sup> Kölliker: »Entwicklungsgeschichte des Menschen«. 1879. str. 700.

<sup>2)</sup> Ewetzky: »Zur Entwicklungsgeschichte des Thränenmasenganges beim Menschen«. Arch. f. Ophtalmologie. T. XXXIV. Cz. I. 1888.

<sup>3)</sup> Stanculeanu: »Recherches sur le développement des voies lacrymales chez l'homme et chez les animaux«. Arch. d'Opht. 1900. nr 3.

<sup>4)</sup> Matys: Zeitschr. f. Aghk. 1905. str. 222.

<sup>5)</sup> Monesi: Kl. Monatsbl. f. Aghk. XLII. 1902.



tworząc przewod łzowy przez bujanie warstwy przybłonkowej. Wytwarza się zatem na dnie owej bruzdy i od dna tego następnie się oddziela lity sznur przybłonkowy, w którym po pewnym czasie, przez rozpływ i zanik w środku położonych komórek, powstaje światło, zrazu w postaci oddzielnych, nieregularnych luk i przestworów. Przestwory te zlewają się wreszcie ze sobą, wytwarzając światło w całej długości nosołzowego przewodu. Zbadaniem rozwoju embryonalnego samychże kanalików i punktów łzowych zajął się przed kilku laty Fleischer<sup>1)</sup>. Jak się z jego badań i z prac innych, poprzednio wymienionych autorów dowiadujemy, kanaliki łzowe powstają z litych wypustek przybłonkowych, które wyrastają z górnego końca, wspomnianego wyżej, zawiązku przewodu nosołzowego. Jedna z nich dąży do górnej, druga do dolnej powieki. Analogicznie jak w głównym przewodzie łzowym i w nich powstają przestwory wytwarzające wreszcie światło na całej przestrzeni od worka łzowego do brodaweczek łzowych, na szczycie których kanaliki otwierają się punktem łzowym górnym i dolnym.

Na podstawie znajomości tych stosunków rozwojowych tłumaczymy sobie powstawanie nadliczbowych kanalików i punktów łzowych w ten sposób, że przyjmujemy bujanie nadliczbowych wypustek przybłonkowych, które się następnie »kanalizują« tak, jak kanaliki prawidłowe. Nawet w odległych miejscach np. ponad woreczkiem łzowym, otwierające się wrodzone przetoczki, uważane przez niektórych (Hippel<sup>2)</sup>) za następstwo *dacryocystitis intrauterina*, brane są przez większość autorów (Vossius<sup>3)</sup>, Elschmig<sup>4)</sup>, Dalén<sup>5)</sup>, Löh-

<sup>1)</sup> Fleischer: »Ueber Entwicklungsgeschichte der Thränenkanälchen bei Säugetieren«. Arch. f. Ophtalm. T. LXII. Z 3. 1906.

<sup>2)</sup> Hippel: »Die Missbildungen des Auges«. Graefe-Saemisch. T. I. Z. 2. 1900.

<sup>3)</sup> Vossius: »Congenitale Affectionen der Thränenwege«. Beitr. zur Aghk. 1891.

<sup>4)</sup> Elschmig: »Angeborene Thränensackfistel«. Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1907. 57.

<sup>5)</sup> Dalén: »Doppelseitige congenitale Thränensackfistel«. 1904.

lein<sup>1)</sup> za utwory odpowiadające nadliczbowym kanalikom łzowym i powstające z nietypowych wypustek głównej, nosowej listewki przybłonkowej.

W naszym przypadku trudno przyjąć takie nadliczbowe wypustki wobec tego, że jak badanie wykazało, wszystkie cztery otworki uchodzą prawie bezpośrednio do rozszerzenia pojedynczego i w dalszym ciągu prawidłowego przewodnika łzowego. Tutaj wydaje mi się możliwym jedno tylko przypuszczenie: Lita wypustka przybłonkowa odpowiadająca dolnemu kanalikowi łzowemu wybijała zbyt u swego końca powiekowego, przez co powstało w tym miejscu maczugowate zgrubienie. Gdy potem wypustka zaczęła się kanalizować przez rozptyw i zanik wewnętrznych komórek, w owym zgrubieniu końcowym powstały większe przestwory, które dały początek i temu rozszerzeniu światła w rodzaju niby jakiejś *fossa navicularis* i owym okienkom w jej górnej ścianie w postaci czterech punktów łzowych. Przyjąć jeszcze trzeba, że między komórki przybłonkowe, zgrubiałej na końcu wypustki, musiało się dostać nieco tkanki łącznej, która dostarczyła składników na wytworzenie zrębu tych nieprawidłowych, anatomicznych wytworów.

Przyznaję, że tłumaczenie to bynajmniej nie wyczerpuje w całości genezy opisanej wady rozwojowej, bo nie sięga do pierwotnych przyczyn zaburzenia embryonalnego rozwoju. Sądzę jednak, że pod tym względem w dziedzinie teratologii nader często utykają hipotezy objaśniające, drobiazgowo nieraz mechanizm tworzenia się różnych wad rozwojowych, których pierwotny punkt wyjścia pozostaje mimo wszystko niedocieczoną zagadką.

<sup>1)</sup> Löhlein: Arch. f. Aghk. T. LXI. Z. 2 i 3. 1908.

## W sprawie anisokoryi.

Przez

Z. BYCHOWSKIEGO,

ordynatora oddziału dla chronicznych chorych nerwowych  
w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

(Dokończenie).

Porównywując, jak zwykle, każde oko z ciemnią czyli z aparatem fotograficznym, można widzenie obydwoma oczyma porównać z aparatem, służącym do zdjęć stereoskopowych. W takich aparatach istnieje zwykle urządzenie, nadające diafragmom obydwóch obiektywów jednakowe otwory (coś więc analogicznego z ośrodkiem konsensualnego oddziaływania źrenic), przy takich bowiem tylko warunkach otrzymuje się dobre zdjęcia. Jeżeli zaś usunąć aparat ten, nadający obydwom diafragmom jednakowe otwory, i dokonać zdjęć przy niejednakowych, dowolnie wybranych diafragmach, to wtedy otrzymujemy, jak Pp. widzą, klisze, na których połowa odpowiadająca obiektywowi z większym otworem, jest więcej oświetlona, druga zaś mniej. (Zdjęcia były zrobione z pojedynczych przedmiotów, jak puszką, kałamarz, twarz itp.). Ma to w pewnej mierze odpowiadać temu, co się dzieje na obydwu siatkówkach przy nierówności źrenic. Jeżeli teraz z takiej kliszy zrobić pozytyw, to stosunek oczywiście będzie odwrotny, — więcej oświetlona połowa da obraz mniej intensywny niż druga. W każdym razie różnica, jak Panowie widzą, jest wybitna, co szczególnie jeszcze uwidacznia się przy porównywaniu ze zdjęciami stereoskopowymi z tych samych przedmiotów, wykonanemi przy diafragmach o jednakowym otworze w obydwu obiektywach. Idąc dalej w kierunku tej samej analogii, można znowu porównać proces, który ma miejsce od chwili, kiedy na obydwóch siatkówkach zjawiły się obrazy, aż do okresu, kiedy nastąpiła, że tak powiem, synteza tych dwóch reakcyi fotochemicznych w jeden obraz wzrokowy, z procesem rozpatrywania obrazów,

otrzymanych przez aparat fotograficzny stereoskopowy, zapomocą zwykłego stereoskopu. Schematycznie mamy w jednym i drugim przypadku dwa obrazy od jednego przedmiotu, które potem znowu łączą się i dają jedno wrażenie wzrokowe. Jest to oczywiście tylko analogia, nie mająca żadnych głębszych pretensyi. Ale w danym razie było ciekawe przekonać się, jakie wrażenie wzrokowe otrzyma się, jeżeli się będzie rozpatrywać przez stereoskop te zdjęcia, które zostały wykonane zapomocą aparatu o niejednakowych diafragmach. I tu, jak Pp. widzą, różnica jest wyraźna. Nie uprzedzeni z jakimi zdjęciami stereoskopowymi mamy tu do czynienia i nie widząc ich bezpośrednio, Panowie sami, przeglądając wystawione tu stereoskopy, odrazu odróżniają zdjęcia, otrzymane zapomocą aparatów fotograficznych stereoskopowych o niejednakowych diafragmach, od zdjęć aparatami zwykłymi t. j. o diafragmach zupełnie jednakowych. Ostatnie są więcej wyraziste i pełniejsze od pierwszych. Żadnych wątpliwości pod tym względem i dla nieuprzedzonego niema.

Przenosząc to na zajmującą nas sprawę, można powiedzieć, że wrażenia wzrokowe, otrzymywane przy nierównych źrenicach, są prawdopodobnie mniej wyraźne niż te, które się otrzymuje przy źrenicach zupełnie równych, czyli, że widzenie zupełnie dobre wymaga równych źrenic\*).

Przechodzę teraz do rozpatrywania wartości klinicznej N. Ż.

Oczywiście, niema tu potrzeby wymienić wszystkie cierpienia tęczówki i najbliższego jej otoczenia. Niema też potrzeby bliżej się zastanawiać nad N. Ż. tam, gdzie oczywiście przyczyna leży w tych lub owych sprawach patologicznych,

\*) Ze względów technicznych reprodukcji wzmiankowanych zdjęć nie dołączam. Interesującemu się tą sprawą bliżej, chętnie je prześlę. Zresztą zachowując wszelką ostrożność co do zupełnie jednakowych warunków oświetlenia, wywoływania i kopiowania i mając stereoskopowy aparat fotograficzny, w którym można zmieniać dowolnie diafragmę w każdym okularze oddzielnie, można łatwo przekonać się o słuszności moich wywodów.

zachodzących w mózgowiu, zwłaszcza w jądrze jednego tylko nerwu okoruchowego, jak to widzimy przy przymocie mózgu, rozmaitych *poliencephalitach* wyskokowego, grypowego pochodzenia itp. Należy tylko nadmienić, że przy wszystkich tych sprawach nie wszystkie gałązki nerwu okoruchowego są jednocześnie zajęte, że owszem bywają przypadki, gdzie zajęte jest tylko jądro *sphincteris iridis* i gdzie innych objawów ze strony nerwu okoruchowego jeszcze niema. Tak samo bywa i naodwrot, gdzie z początku bywa zajętych kilka gałązek nerwu okoruchowego i dopiero z biegiem czasu zostaje tylko *parcza* gałązki *resp.* jądra *sphincteris iridis* (Oppenheim). Przy wszystkich tych sprawach orientowanie się jest zwykle dosyć łatwe, tembardziej, że N. Ż. towarzyszy prawie zawsze i upośledzone oddziaływanie na światło dotkniętej zrenicy.

Znacznie mniej uwzględniają zwykle te zmiany ze strony zrenicy, które powstają wskutek rozmaitych spraw patologicznych w rdzeniu, nerwie sympatycznym i splocie barkowym. Przypomnieć tu należy, że centrum *ciliospinale*, mające bezpośredni wpływ na rozszerzanie zrenicy, znajduje się prawdopodobnie w okolicy pierwszego odcinka piersiowego. Z tej okolicy wychodzą włókna, rozszerzające zrenicę i razem z ostatnimi dwoma szyjowymi i dwoma górnymi piersiowymi korzonkami — przyjmują udział w tworzeniu się spłotu barkowego (*pl. brachialis*) i przez t. zw. *rami communicantes* wchodzą w *ganglion thoracicum supremum n. sympathici*, a stąd znowu razem z przednią, obejmującą *art. subclaviam*, gałązką *ansae Vieusseni* idą wyżej do *ganglion cervicale supremum*. Nie tu zresztą miejsce na szczegółowy opis wszystkich rozgałęzień *n. sympat.* i jego połączeń z nerwami śródpiersia, zwłaszcza *n. vagus* i *pl. cervicalis*. Dosyć spojrzeć na odnośne tablice w atlasie Hirszfelda (powtórzone w podręczniku Raubera), aby nabrać pewnego pojęcia o tych wszystkich zawitych stosunkach. Na szczególną uwagę zasługuje pętlica Vieussena, obejmująca *art. subclaviam*, która przy rozszerzeniu łuku *aorty* doznaje pewnych zmian w swym kierunku i wyglądzie (Faure. *Du soulèvement de l'artère sous-clavière*. Arch. gen. de Med. 1874),

wskutek czego i sama pętlica podlega prawdopodobnie pewnemu naprężeniu. Bardzo ważne jest dalej połączenie *n. recurrentis* (prawy obejmuje *art. subclaviam*, lewy — łuk *aorty*) z *ganglion n. sympathicij inf.*

Uprzysamniając sobie wszystkie te szczegóły topograficzne, można już *à priori* przewidzieć, że przy rozmaitych sprawach patologicznych, zachodzących w bliskości *n. sympathicij*, splotu barkowego i szyjowego, gałązki, rozszerzające źrenicę, są narażone bądź to na podrażnienie bądź to na zupełne zniszczenie. I tak przy syringomyelii, odbywającej się w części szyjowej, zwężenie źrenicy z odnośnej strony (wskutek zniszczenia *centr. ciliospinale*) jest stałym prawie objawem. Przy zbiorze objawów, noszącym nazwę *Dejerine-Klumpke* i powstającym wskutek ucisku na dolne szyjowe i górne pierśsiowe korzonki (przy nowotworach, powiększeniu gruczołów, ranach postrzałowych, zwichnięciach w stawie barkowym itp.) wraz z innymi objawami klinicznymi (porażenie i zaniki drobnych mięśni dłoni i niektórych zginaczy przedramienia, zaburzenia czucia na wewn. powierzchni przedramienia) bywa zmniejszona źrenica po odnośnej stronie. Oczywiście, że ucisk *resp.* uszkodzenie samego splotu barkowego mogą wywołać zmiany w rozmiarach odnośnej źrenicy. Zwłaszcza przy bliźnach w wierzchołku płucnym (*phtisis fibrosa*) mogą być wrośnięte niektóre gałązki ze splotu szyjowego i dać N. Ź. Co się tyczy samego śródpiersia, to N. Ź. jest częstym objawem przy aneuryzmatach aorty, nowotworach gruczołów śródpiersia, nowotworach przełyku\*).

Osobiście interesuję się N. Ź. od dość dawna, kiedy z odkryciem promieni Roentgena założyłem pracownię roentgenowską. Zajmowałem się wtedy dużo roentgenoskopią

---

\*) »Ich sah constante Verengung der Pupille auf der linken Seite durch die Lähmung des Sympaticus (przy aneuryzmatach aorty)« — powiada Schrötter w »Erkrankungen der Gefäße« (w dużym podręczniku Nothnagla. str. 225). O N. Ź. przy nowotworach przełyku pisał specjalnie Hitzig z kliniki Eichhorsta.

klatki piersiowej i zastanowiło mnie, że często spotykałem N. Ż. przy aneuryzmatach aorty i innych cierpieniach śródpiersia. I właśnie ta okoliczność zwróciła moją uwagę na N. Ż., że tak powiem, pochodzenia obwodowego i nie mogę sobie od tego czasu przypomnieć przypadku N. Ż., dla którego bym nie mógł znaleźć wytłumaczenia albo w cierpieniu śródpiersia albo tych lub owych narządów szyi. Oczywiście przyczyny N. Ż. należy czasem długo szukać, bo może ona być zależna od jakiejś blizny na szyi po usunięciu gruczołów, o której istnieniu sam chory zapomniiał, i która, np., jak to wiele razy widziałem, przykryta jest np. gęstą brodą. Prawdopodobnie znajdzie się czasami przypadek N. Ż., gdzie narazie nie można znaleźć przyczyny, ale przypadki te w każdym razie są tak nieliczne, że faktycznie przy ogólnem roztrząsaniu tej kwestyi nie powinny być wzięte w rachubę. Prawda, że niektóre »duże« statystyki mówią o znacznych odsetkach N. Ż. bez powodu, ale wszystkim tym imponującym swemi liczbami statystykom, zebranych przez rozmaite osoby przy rozmaitych warunkach oświetlenia i t. p.\*) — wielkiej wartości przypisać nie należy, tembardziej, że przeważnie badane były tylko oczy bez uwzględnienia wszystkich wyżej wymienionych momentów. O ile zaś będzie przeprowadzone wszechstronne badanie, to ilość przypadków z prawidłową N. Ż. zmniejszy się prawdopodobnie do minimum.

Jakiż jest ostateczny praktyczny wynik wszystkich tych uwag? Ma się rozumieć, że na zasadzie jedynie N. Ż. żadnego rozpoznania ani przepowiedni nie postawimy. Nie mniej jednakże należy trzymać się zasady, że każda N. Ż. spowodowana jest przez jakieś podrażnienie lub uszkodzenie dróg ośrodkowych lub obwodowych, normujących wielkość źrenicy i że w każdym takim przypadku należy starannie szukać

---

\*) Tak np. wspomniany wyżej i cytowany, często prawdopodobnie nie z oryginału rosyjskiego, Iwanow (O normalnoj otnositelnoj szyrynie zraczkow u zdorowych ludej. Russkaja Medycyna 1887) badał tylko oczy 134 rekrutów, których a priori uważa za ludzi zupełnie zdrowych.

przyczyny N. Ź. Kryje się w tem przede wszystkim cel czysto dydaktyczny. Jeżeli sobie z góry powiemy, że N. Ź. niema żadnego znaczenia patologicznego, to narażamy się na niebezpieczeństwo zupełnego lekceważenia tego objawu tam, gdzie jest on zapowiedzią *resp.* jednym z pierwszych objawów rozpoczynającego się poważnego cierpienia (dziedziczny i nabyty przymiot mózgu, bezwład postępowy). Rzecz zrozumiała, że wobec tego, że N. Ź. jest objawem, że tak powiem odrazu rzucającym się w oczy, to o ile uznamy go za bezwzględnie patognomoniczny, zmusi on nas do bardziej dokładnego badania (odczyn Wassermanna, badanie w kierunku *retinitis pigmentosa* itp.), co może przyczynić się do bardziej wczesnego rozpoznania jednego z wyżej wymienionych cierpień.

Ale sprawa ta posiada jeszcze inną stronę praktyczną. Biorę przykład z życia. Chodzi o 40-letniego buchaltera, znanego przypadkiem i kol. przewodniczącemu (Dr Ziemińskiemu), narzekającego od pewnego czasu na bóle głowy, zmęczenie ogólne, zniechęcenie do pracy, zaniedbywanie swoich służbowych obowiązków itp. Słowem, skargi chorego są tego rodzaju, że nasuwa się mimowoli potrzeba rozpoznania różniczkowego między neurastenią i bezwładem postępowym. Przy badaniu przedmiotowem oprócz niektórych drugorzędnych oznak zewnętrznych zwyrodnienia (nieforemne ucho i t. p.) znajduję wybitną N. Ź. Oczywiście, że rozpoznanie bezwładu postępowego wysuwa się na pierwszy plan. Tymczasem szukając według zwyczaju mego dokładnej przyczyny N. Ź., znajduję pod brodą stare blizny na szyi wskutek usunięcia gruczolów po stronie zwężonej źrenicy. Mając taką oczywistą przyczynę N. Ź., myśl o bezwładzie postępowym traci odrazu wiele ze swego prawdopodobieństwa. Rozpoznaję neurastenię i po kilkutygodniowym odpoczynku chory wraca do dawnych swych zajęć. Przypadek ten nie jest teoretyczną konstrukcją lecz, jak już powiedziałem, wzięty jest z życia i mógłbym cały szereg analogicznych przytoczyć. Dowodzi to wszystko, że każdy przypadek N. Ź. należy, że tak powiem indywidualizować, dokładnie i wszechstronnie rozpatrzyć.



Uchroni to nas niejednokrotnie i od przeoczenia początków niektórych ciężkich cierpień i, co jest nie mniej ważne, od zbyt pochopnych, istotnemu stanowi rzeczy, nie odpowiadających srogich i ponurych rozpoznai.

## Skrzydlik (*pterygion*) i jego leczenie lekowe i ręczne.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

Skrzydlik jest zmarszczką trójkątną spojówki, której wierzchołek znajduje się na rogówce, a podstawa zlewa się ze spojówką gałkową.

Oprócz podstawy i wierzchołka w skrzydliku jest jeszcze łuk, który przez długi czas nie zrasta się z powierzchnią rogówki; zwykle też udaje się przesunąć zgłębnik pomiędzy łuk skrzydlika i powierzchnię rogówki. Wprawdzie Wecker (*Traité compl. d'Ophthalmologie*) skrzydlik z łukiem uważa nie za skrzydlik utrzymując, że nie udaje się przesunąć zgłębnik pod łukiem skrzydlika, codzienne jednak doświadczenie pokazuje, że zgłębnik z łatwością przechodzi pod skrzydlikiem, trwającym nawet kilka lat i tylko skrzydlik już zanikły jest całkowicie zrosnięty z powierzchnią rogówki.

Fuchs<sup>1</sup> utrzymuje, że prawdziwy skrzydlik nigdy nie powstaje od góry lub od dołu, bywa zaś zawsze tylko stronowy lub średniowy, jednak Szokalski<sup>2</sup> podaje, że Wazdrop widział skrzydlik poczwórny u dziecka nowonarodzonego, a Cunier usunął ręcznie u osobnika dorosłego skrzydlik poczwórny, który usadowił się na rogówce w postaci maltańskiego krzyża.

Zdaje się, że zarówno powstawanie tłuszczyka (*pinguecula*)

jak i skrzydlika w znacznym stopniu zależy od bezustannego pociągania tych miejsc na obwodzie rogówki, w których znajdują się przyczepy mięśnia stronowego i średniowego gałki ocznej. Dla tego też prawdopodobnie tak rzadko bywa skrzydlik, a nigdy łuszczyk u góry, lub u dołu rogówki, że ruchy gałek ocznych ku górze i na dół są o wiele rzadsze, mniejszego odbiegu i nasilenia.

Różnie tłumaczono powstawanie skrzydlika: owrzodzeniami brzegowemi rogówki (Arlt<sup>3</sup>), działaniem kurzu na spojówkę gałkową (Schulek<sup>4</sup>), najczęściej jednak skrzydlik powstaje z łuszczyka (Fuchs<sup>5</sup>).

Jako dowód, że skrzydlik nie może powstawać ze zrostów spojówki gałkowej z brzegowemi owrzodzeniami rogówki podają, że umiejętnie wytworzone zrosty spojówki gałkowej z owrzodzeniami brzegowemi rogówki nie przechodzą nigdy w skrzydlik.

Schöler<sup>6</sup> w r. 1877, a później Kuhnt<sup>7</sup> w r. 1884 podali sposób leczenia ręcznego owrzodzeń brzegowych rogówki, pokrywaniem tych ubytków w rogówce skrawkami spojówki gałkowej połączonymi z nią mostkami.

Otóż przekonano się, że umiejętnie utworzone zrosty spojówki z powierzchnią rogówki zachowują się zupełnie inaczej niż skrzydlik: zrosty te nie mają skłonności do postępowania i rozrastania się; przeciwnie przeszczepiony skrawek kurczy się z biegiem czasu i zmniejsza. Tymczasem skrzydlik zachowuje się jak nowotwór niezłśliwy, i właśnie w tej skłonności do nowotworzenia jest cała różnica pomiędzy zwykłym niepostępującym zrostem spojówki z rogówką, a skrzydlikiem.

Ogólnem jest zdanie, że żadne leki na skrzydlik nie pomagają. Oczywiście — usunąć skrzydlik lekami nie można, ale jeżeli chodzi o powstrzymanie rozwoju skrzydlika, to rozwój jego powstrzymuje wodna mieszanka kolargolu (*collargoli* 0.1, *aqu. destill.* 10.0). Zakraplam do worka spojówki co dzień po kilka razy.

Leczenie ręczne rogówki, zajętej przez skrzydlik, polega

na jego usuwaniu: w tym celu w dawniejszych podręcznikach podawano wiele sposobów, najbardziej znany jest sposób Szokalskiego, polegający na podwiązaniu skrzydlika. Żaden jednak z podawanych sposobów nie usuwał skrzydlika do- szczerźnie i nie zabezpieczał od ponownego powstawania.

Na posiedzeniach Towarzystw lekarskich i w rozmowach poufnych nieraz dawały się słyszeć utyskiwania na skrzydlik, który niekiedy aż 8 razy powracał\*). A i tam, gdzie skrzydlik już nie wracał, pozostawiał po sobie mniej lub więcej rozległe zmętnienia rogówki.

Od lat mniej więcej 6-ciu używam bardzo prostego spo- sobu ręcznego leczenia rogówki zajętej skrzydlikiem, który powracał rogówce prawie zawsze zupełną przezierność i ani w jednym wypadku nie dał ponowy.

Dla ręcznego leczenia rogówki zajętej przez skrzydlik, używam osobnych szczypcyków, których opis podany był w marcowym zeszycie Centralbl. f. pr. Augenh. za r. 1904\*. Szczypcyki dla skrzydlika zamawiałem u Lüer'a w Paryżu, u Windler'a w Berlinie i u Urlauba w Petersburgu.

Szczególniej wygodne są szczypcyki »triplez« firmy Urlauba w Petersburgu.

Szczypcyki dla usuwania skrzydlika zakończone są łapkami o 3-ech uzębionych brzegach średnim, prawym i le- wym. Ząbki na brzegu średnim są największe, na brzegu pra- wym mniejsze i najmniejsze na brzegu lewym.

Ponawianie się skrzydlika z tej pochodzi przyczyny, że przy odcinaniu (Szokalski, Arlt, Gałęzowski), a nawet przy łyżeczkowaniu ostrą łyżeczką (*Des Champs*) pozostają liczne korzonki w utkaniu rogówki; postanowiłem więc usu- wać skrzydlik wraz z jego korzonkami w ten sposób, jak się usuwa chwast z ziemi, t. j. wryrywać skrzydlik z ro- gówki.

Samo postępowanie przy leczeniu ręcznym rogówki za-

---

\* Na setki operowanych przeze mnie skrzydlików nigdy nawro- tów nie spostrzegłem. W.

jętej przez skrzydlik, jest takie: ujmuję fuk skrzydlika ząbkami brzegu średniego szczypczyków i powoli odciągam go od rogówki. Już samo to powolne oddzieranie skrzydlika pozwala wyrwać z utkania rogówki część większą jego przyczepu; resztę wrywam ponownem ujmowaniem pozostałych na rogówce resztek.

Gdy te resztki przyczepu są już tak drobne, że ząbkami średniego brzegu szczypczyków ująć ich nie mogę, staram się ujmować i wrywać ząbkami brzegu prawego szczypczyków, a gdy i te już nie wystarczają używam naostatku ząbków brzegu lewego. W ten sposób udaje się zwykle powierzchnię rogówki zajęta skrzydlikiem jaknajdokładniej oczyścić z najdrobniejszych nawet resztek skrzydlika i wszystkich jego korzonków. Wprawdzie nieraz przytem wraz z przyczepem i jego korzonkami ustępują i zwyrodniałe wysepki przybliżonka rogówki i po usunięciu skrzydlika na miejscu jego na rogówce pozostają lekkie zagłębienia; ale obawiać się tego wcale nie należy, bo zdrowy prawidłowy przybliżonek nie da się w ten sposób usunąć, a ubytki w rogówce szybko się wypełniają, powracając rogówce prawidłową przezierność i krzywiznę. Odrywanie skrzydlika, jak każdy osobiście może się o tem przekonać, jest daleko mniejszym urazem dla utkania rogówki, niż skrobanie jej powierzchni, zajętej przez przyczep skrzydlika po jego odcinaniu nożykiem lub ostrą łyżeczką. Pomijając już bowiem, że ani nożyk, ani ostra łyżeczka, nie mogą z utkania rogówki usunąć zagłębionych w niej korzonków skrzydlika, skrobanie takie niszczy nie tylko zwyrodniały, ale zdrowy jej przybliżonek.

Po jak najdokładniejszym oczyszczeniu rogówki, zajętej przez skrzydlik, co prawie bez wyjątku w każdym wypadku udaje się, odcinam skrzydlik nożyczkami w odległości 1 lub 2 mm od brzegu rogówki, zalewam obficie wodną mieszkanką kolargolu i nakładam kolargolowy opatrunek. Gojenie odbywa się szybko i bez powikłań.

### Piśmiennictwo.

1. Fuchs, Lehrb. d. Augenh., 10 Aufl. 1905, str. 131.
2. Szokalski, Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka, T. I, str. 265.
3. Arlt, Die Krankheiten des Auges, Prag 1850.
4. Schulek, Ungarische Beiträge zur Augenheilk. 1 Bd. 1895, S. 59.
5. Fuchs, l. c.
6. Schöler, Berl. klin. Wochenschr. nr. 46. 1877.
7. Kuhnt, Bericht über XVII. Vers. d. Ophthalm. Ges. zu Heidelberg, 1885, S. 219.
8. Noiszewski, Eine Pincette zur Entfernung des Pterygion, Centbl. f. p. Augenh. Märzheft 1904.

## Wypadek jaskry przy półpaścu ocznym (*glaucoma et herpes zoster*).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

Dn. 9. IV. 1909. przybyła do lecznicy ocznej w Pohulance p. J. Z., lat 54, z Wilna, skarżąc się na silne bóle oka prawego i prawej połowy twarzy.

Skóra powiek oka prawego i części przyległych czoła i nosa nieco obrzękła i znacznie ciemniej zabarwiona, zupełnie znieczulona, a jednak bardzo bolesna.

Chora uskarża się na nieznośne swędzenie w obrębie znieczulenia. I rzeczywiście badanie trychoestezyometrem wykazuje trychohyperestezję t. zw. znieczulenie włosowe i gruczołowe w obrębie znieczulenia na dotyk, ciepło i chłód. Rogówka lekko zmętniona i nie wrażliwa na dotyk; naokoło rogówki nastrożenie naczyń krwionośnych. Żrenica rozszerzona i na światło niewrażliwa. Ciśnienie w gałce powiększone  $T+2$ .

Badanie głębszych ośrodków przeziernych niemożliwe ze względu na mętną rogówkę.

Wzrok ok. pr. liczy palce na odległości  $\frac{1}{2}$  metra.

Ok. l. V = 2 mm t. j. według Snellena  $\frac{6}{12}$ .

Wywiad: chora w grudniu 1908 r. przebywała grype,

po przebyciu której wystąpiły silne bóle głowy i twarzy prawej strony, podczas których dn. 7. I. 1909. zauważono liczne drobne pęcherzyki na czole, powiekach, twarzy i nosie, nie przechodzące po za linię średniową twarzy.

Chorą leczono maściami, od których pęcherzyki i ranki powstałe z tych pęcherzyków ustąpiły, bóle jednak pozostały bez zmiany, a wzrok coraz bardziej upadał.

Zmiany chorobowe gałki ocznej przy półpaścu ocznym (*herpes zoster*) są zjawiskiem dosyć częstym, najczęściej zajęta bywa rogówka i powstają tu pęcherzyki takie jak na skórze, pęcherzyki te pękają, pozostawiając owrzodzenia i nacieczenia. Znacznie rzadziej bywa zapalenie tęczówki.

Prof. Machek<sup>1</sup> przy półpaścu znajdował na tęczówce pęcherzyki podobne do tych na skórze.

Często spostrzegano przy półpaścu zapalenie n. wzrokowego i jego zanik, jeden taki wypadek opisał Dr Strzeмиński<sup>2</sup>.

Zauważono, że zmiany chorobowe na gałce występują wtedy, gdy wysypka zajmuje przylegającą do gałki część nosa.

Rzadko bardzo przy półpaścu ocznym występuje jaskra.

Pechdo<sup>3</sup> opisał wypadek jaskry w 6 lat po przebytych półpaścu ocznym; wzmiankę o tym znajduję w pracy Strzeмиńskiego<sup>4</sup> o półpaścu, którą słusznie można uważać jako krótką monografię tego cierpienia.

Nigdzie więcej nie udało się mi znaleźć nawet wzmianki o jaskrze przy półpaścu ocznym. Przeciwnie, większość autorów zaznacza zmniejszenie ciśnienia w gałce (*hypotonia*) i uważa je jako znamienne dla półpaśca ocznego.

Dn. 14. IV. 1909. dokonałem w oku zajętem jaskrą wycięcie tęczy ku górze. Przebieg po tym rękoczynie był najzupełniej prawidłowy. Bóle wnet ustąpiły, ale uporczywe swędzenie i znieczulenie trwało przez czas dłuższy.

Bardzo skuteczną na swędzenie i znieczulenie była galwanizacja; chora jednak wcześniej wystąpiła z zakładu niż ustąpiło swędzenie i znieczulenie.

Na początku maja 1910 r. widziałem chorą znowu:

wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, a wzrok w oku z wyciętą tęczęwką tak bardzo się poprawił, że chora wcale dobrze tem okiem czyta zwykły druk.

Na zakończenie należy dodać, że nie wszyscy się godzą, że *herpes zoster ophthalmicus* zależy od zmian chorobowych w nerwie odtwarzowym (*trigemines*). Tak np. według Ch. A. Abadie powstaje on na tle zmian chorobowych w nerwach naczyniowych przebiegających w nerwie odtwarzowym i oplatających ścianki *a. supraorbitalis*, *a. frontalis* i *a. nasalis*.

### Piśmiennictwo.

1. Machek. Arch. f. Augenheilk. I. 1895.
2. Strzemiński. Kronika lek. Z. 18. r. 1897.
3. Pechdo. Recueil d'Ophtalm. 1880. p. 373.
4. Strzemiński. Cierpienie oka wskutek półpaśca. Postęp okulistyczny listopad 1904 r.
5. Ch. Abadie. Archives d'Ophtalm. 1899 Mai.

## II. STRESZCZENIA.

**Ophthalmology**, R. 1910. Vol. VII. nr 1. (Referent K. W. Majewski).

**Powrotne gruźlicze zapalenie naczyniówki.** (Recurrent Tubercular Chorioiditis). Koller (Nowy York).

Michel był pierwszym, który zwrócił uwagę na częstość tła gruźliczego w przypadkach schorzeń jagodówki, a w szczególności przewlekłych zmian w naczyniówce. Przyjmuje on gruźliczą etiologię w 40—50% tych przypadków. Po nim Sydney Stephenson i George Carpenter potwierdzili to zapytrywanie swemi spostrzeżeniami i badaniami bakteryologicznemi. Dotąd przypadki *chorioiditis atrophica disseminata*, albo *areolaris*, przypisywaną była powszechnie, o ile nie towarzyszy wysokiej krótkowzroczności, najczęściej kile, mimo braku dostatecznego uzasadnienia. W większości przypadków leczenie swoiste rtęcią i jodem nie odnosi

prawie żadnego skutku. Zdaniem tych autorów nie kiła, ale gruźlica jest w wielu przypadkach właściwą przyczyną tych zmian. Dotąd ogólnie znane i uznane są dwie postaci gruźlicy naczyń: tak zw. *tuberculoma chorioideae*, a zatem ograniczony guz gruźliczy i *chorioiditis tuberculosa miliaris*, występująca w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, ogólnej gruźlicy prosówkowej, lub wreszcie w końcowych okresach rozpadowej gruźlicy płuc. Autor wykazuje, że trzeba przyjąć istnienie jeszcze trzeciej postaci, przedstawiającej obraz wziernikowy, zbliżony do zwykłej *chorioiditis disseminata* i występującej bądź to u osób wybitnie gruźliczych, bądź też u takich, u których w narządach wewnętrznych istnienia zmian gruźliczych wykryć nie można. Zmiany na dnie oka przedstawiają w różnych okresach choroby obraz odmienny, ale ostatecznie prowadzą do powstania białych plam zanikowych z czarną obwódką barwikową i z rozszanymi złogami barwika. Sprawa chorobowa przebiega nie tyle z nawrotami, jak raczej z okresowym pojawianiem się oddzielnych grup świeżych ognisk. Bezwzględnego dowodu, że zmiany te występują na tle gruźliczem, dostarczyć nie można, ale za przypuszczeniem tem przemawia cały szereg okoliczności:

1) Niezmierną częstość gruźliczych zmian w porównaniu ze zmianami patologicznymi innej natury we wszystkich innych narządach ustroju, pozwala przypuszczać, że w oku stosunek ten wypada również na korzyść gruźlicy. Sekeye anatomo-patologiczne wykazują istnienie gruźlicy w 80—90% znalezionych zmian chorobowych.

2) Pewne znamiona w obrazie wziernikowych zmian wspólne ze zmianami niewątpliwie gruźliczemi, jak *tuberculoma chorioideae* i *chorioiditis tuberculosa miliaris*.

3) Wykazanie prątków Kocha w cieczy wodnej, co się powiodło w jednym przypadku Stephensonowi.

4) Dodatni wynik odczynu tuberkulinowego, czy to oftalmoreakeyi, czy próby Pirqueta.

5) Znamienny przebieg sprawy chorobowej, której ogniska zablizniają się wprawdzie powoli, wytwarzając plamy zanikowe, ale w najbliższym ich otoczeniu, powstają po pewnym czasie świeże zmiany, a więc zachowanie właściwe różnym postaciom gruźlicy skóry i błon śluzowych.

**Przypadek mięsaka wyrastającego z tarczy nerwu wzrokowego.** (A Case of Sarcoma of the Optic Disk). Murray (Seranton).

Chory, lat 66, utracił stopniowo w ciągu trzech ostatnich lat



wzrok na prawem oku. Gdy się zgłosił do autora, istniało zaledwie poczucie światła. Badanie wziernikiem wykazało guz w postaci kulistej, szaro-perłowej barwy, wychodzący ze środka tarczy nerwu wzrokowego o średnicy równej prawie średnicy tarczy, tak, że tę ostatnią całkowicie zasłaniał. Ze szczegółów oftalmoskopijnego obrazu wywnioskował autor, że guz ten łączył się z tarczą szyjką w rodzaju szypuły. Domyślając się złośliwej przyrody nowotworu, doradzał choremu wyjęcie oka, na co się tenże na razie nie zgodził. Dopiero po dwóch latach zgłosił się powtórnie z objawami jaskry następowej. Tym razem wyłuszczone gałkę, a następne badanie anatomiczne wykazało obecność nowotworu znacznie rozrośniętego, o utkaniu mięsaka złożonego z drobnych komórek wrzecionowatych. Na uwagę zasługuje tu niezwykle punkt wyjścia nowotworu.

**Trudności napotymane niekiedy w rozpoznawaniu wytworów chorobowych podsiatkówkowych.** (The Difficulty sometimes met with in the Diagnosis of a Subretinal Mass). Randolph (Baltimore).

U 28-letniego chorego, nie okazującego zbroceń w stanie ogólnym, wykazało badanie wziernikiem w lewem oku zmianę w postaci półkulistego guza o średnicy do trzech razy dłuższej od średnicy tarczy, pokrytego uniesioną siatkówką wraz z jej naczyniami, w otoczeniu tego guza nagromadzenie czarnego barwika, tuż zaś powyżej świeża plama w naczyniówce, wyglądająca na taką samą zmianę w początkowym okresie rozwoju. Wszystko to w niewielkiej odległości od tarczy nerwu wzrokowego w dolno-zewnętrznym kwadrancie. Wielkie trudności sprawiało rozpoznanie przyrody tych zmian na dnie oka. Wykonano próby rozpoznawcze na gruźlicę z wyjątkiem oftalmoreakcyi z powodu obawy pogorszenia. Próby te, zarówno jak badanie stanu ogólnego, dały wynik ujemny. Wywiady i badanie w kierunku kiły, oraz próba Wassermann'a wypadły również ujemnie. Zgodnie z zapatrywaniem kilku kolegów okulistów, którzy przypadek ten widzieli, skłonił się autor do przypuszczenia, że jest to *leuco-sarcoma chorioideae*. Dłuższe jednak spostrzeganie nie wykazało żadnych objawów wzrostu, ani powiększania się guza. Z drugiej strony pod wpływem jodu i rtęci nie zaznaczała się żadna dostrzegalna poprawa wzroku. Dopiero wśród wstrzykiwań tuberkuliny dało się zauważyć jakoby nieznaczne kuczenie się guzka, co mimo ujemnego wyniku prób odnośnych, czyni znowu najprawdopodobniejszym rozpoznanie gruźlicy. Chory pozostaje dotąd w leczeniu, obserwacya zatem jeszcze nie ukończona.

**Wrodzone przemieszczenie gruczołu łzowego.** (Congenital Dislocation of the Lacrymal Gland). L. Jones (Rochester).

Autor opisuje przypadek u 10-letniej dziewczynki wrodzonego zwichnięcia, a raczej przemieszczenia gruczołu łzowego pod spojówkę gałki. Gruczoł tworzył wyniosłość, przesuwalną ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego 15 mm  $\times$  10 mm i dawał się bez wielkiego trudu palcami odprowadzić aż prawie do prawidłowego położenia. Matka chorej nie zgodziła się na zabieg operacyjny. Autor przytacza podobne spostrzeżenia z literatury, z których wynika, że urazowe zwichnięcie gruczołu łzowego, jakkolwiek również rzadkie, spotyka się jednak stosunkowo częściej, niż wrodzone przemieszczenie tegoż.

**Obrzęk oczodołowy z następowym trzeszczem wskutek samozatrucia.** (Orbital Edema, with Proptosis, Resulting from Autointoxication: a Case). Becker (Sumbury).

Dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na rolę, jaką mogą odgrywać różne postacie samozatrucia ustroju w etyologii chorób ocznych. Zwłaszcza chodzi tu o samozatrucenie z przewodu pokarmowego wytworami rozkładu niedotrawionej treści jelit, szczególnie produktami rozpadowymi białka, które pojawiają się szczególnie w zwiększonej ilości w moczu chorego. Według Elschninga najlepszą wskazówką tego rodzaju zaburzeń, bo najłatwiej dającą się wykazać, jest obecność w moczu zwiększonej ilości indykanu. Ze spraw chorobowych w zakresie narządu wzroku, których powstanie autorowie najczęściej odnoszą do przewlekłego zatrucia jelitowego, są nie mniej przewlekłe zapalenia twardówki i jagodówki, zwłaszcza w okolicy granicy rogówko-twardówkowej. Można jednakowoż i inne zaburzenia oczne wprowadzić w związek przyczynowy z tego rodzaju zaburzeniami ogólnymi. I tak Fuchs odnosi do nich pewne przypadki zapalenia tkanki oczodołowej, dla których powstania nie można innej przyczyny wynaleść. Autor w obecnym artykule opisuje spostrzeżenie odnoszące się do 9-letniej dziewczynki cierpiącej od dłuższego czasu na zaburzenia w trawieniu, a równocześnie na objawy astenopii, bóle głowy, zawroty, śmienie przed oczyma, światłowstręt, łzawienie. W okresie pogorszenia objawów żołądkowo-jelitowych rozwinął się szybko bardzo znaczny trzeszcz lewej gałki ocznej z obrzękiem powiek, bardzo znacznym upośledzeniem ruchomości we wszystkich kierunkach, jednak bez żadnych objawów zapalnych, bez szmerów naczyniowych i bez tętnienia. Na tarczy nerwu wzrokowego wyraźne objawy zastoju. Szczegółowe badanie części sąsiadujących z oczodołem nie wykazało nic, czemby można to wysadzenie gałki ocznej wytłumaczyć. Pod wpły-

wem lodowych okładów, przy równoczesnem leczeniu przewodu pokarmowego, trzeszcz gałki w krótkim czasie ustąpił, a wraz z nim i tarcz zastoinowa. Ruchomość wróciła, pozostało natomiast bardzo znaczne wywiniecie spojówki powieki dolnej, która tworzyła duży, kulisto-czerwony guz, o silnie napiętej, lśniącej powierzchni. Dopiero po wycięciu tej obrzękłej i, jak badanie anatomiczne wykazało, przerosłej spojówki, powieka powróciła do prawidłowego położenia i oko odzyskało wygląd normalny. Nie mogąc w inny sposób wytłumaczyć sobie powstania tych zmian na oku, przypuszcza autor obrzęk tkanki oczodołowej, wywołany zatrzymaniem się w niej jakichś trujących wytworów nieprawidłowej fermentacji w przewodzie pokarmowym. Ścisłych dowodów na poparcie tego przypuszczenia przytoczyć oczywiście nie może.

**O różnych metodach badania zapomocą pryzmatów oraz podanie przyrządu z pryzmatami umieszczonymi na obracalnej tarczy.** (On the Different Prism Tests with Presentation of a Series of Prisms arranged on a Circular Disc). Howe (Buffalo).

Autor omawia pokrótce znane sposoby zastosowania pryzmatów do wykrywania i mierzenia zaburzeń równowagi mięśniowej, do mierzenia siły abdukcji, stopnia konwergencji etc. Następnie przedstawia model przyrządu według własnych wskazówek sporządzonego, w którym szereg pryzmatów umieścił na obracalnej tarczy, podobnie jak soczewki refrakcyjnego wziernika. Tarcz umieszczona jest na ręczce, która opatrzona jest nadto wahadełkiem, pełniącym służbę pionu. Gdy pion ten spada równolegle wzdłuż osi trzonka, znaczy to, że przyrząd trzymany jest należycie, t. j., że kierunek działania optycznego tego pryzmatu, przez który patrzy osoba badana, przebiega ściśle poziomo. Jest to rzecz bardzo ważna zwłaszcza przy pryzmatach silniejszych, gdyż wiadomo, że dają one odchylenie zupełnie inne niż to, które odpowiada ich kątowni krawędziowemu, jeżeli trzymane są skośnie.

**Studjum krytyczne nad budową niesymetryczną oczu dzikich plemion Formozy.** (A Critical Study of the Ocular Asymmetry of the Formosan Savage). Oliver (Filadelfia).

Niektóre okolice Formozy zamieszkują plemiona rasy malajskiej, żyjące w stanie jeszcze prawie zupełnie dzikim i zdaniem najpoważniejszych antropologów przedstawiające najbardziej może pierwotny typ ludzkiego rodzaju z pomiędzy wszystkich dzikich szczepów do tej pory istniejących. Autor zajął się szczegółowo zbadaniem antropologicznych znamion odnoszących się do ga-

tek ocznych i oprawy oczu u tego plemienia i zauważył we wielu szczegółach niesymetrię w osadzeniu gałek ocznych, z których prawa zazwyczaj leży bliżej linii środkowej, niż lewa; natomiast lewe oko osadzone jest nieco wyżej w oczodole i głębiej niż prawe. Szpara powiekowa prawa przeciętnie od 2—3 mm krótsza i nieco niższa od lewej. Co do innych szczegółów odnoszących się do budowy czaszki i kostnych ścian oczodołu odsyłam czytelnika do oryginału.

**Spostrzeżenia co do pewnych schorzeń ocznych u murzynów, w porównaniu z przebiegiem tychże u ludzi białych.** (Some Impressions of certain Eye Affections of the Negro, as compared with the White Man). Minor (Memfis).

Mając sposobność w swej 25-letniej praktyce okulistycznej w Memfis, w praktyce zarówno prywatnej, jak i szpitalnej, porównywać częstotliwość występowania i właściwości przebiegu różnych chorób narządu wzrokowego u chorych rasy białej i rasy murzynskiej, doszedł autor do przekonania, że zachodzą tu pod niejednym względem zasadnicze różnice, które budzą zajęcie tak pod względem nosologicznym, jak pod względem antropologicznym. Oto niektóre z tych spostrzeżeń:

Wady refrakcyi spotykają się u murzynów mniejwięcej o połowę rzadziej, niż u rasy białej. Wśród wielkiej ilości dzieci szkolnych, badanych w tym kierunku, nie znalazł wśród młodych murzynów ani jednego przypadku myopii i znacznie mniejszą liczbę przypadków hypermetropii, niż pomiędzy dziećmi białymi.

Bystrość wzroku przeciętnie lepsza jest u negrów, niż u białych. Stosunek przypadków upośledzonej bystrości, do przypadków prawidłowej bystrości wyraża się ułamkiem u pierwszych  $\frac{1}{15}$ , u ostatnich  $\frac{1}{10}$ . Tylko w dwóch przypadkach wśród dorosłych murzynów spotkał się autor z myopią, a w trzech przypadkach z nieźornością, w dodatku wszystko to byli Mulaci. Wyższych stopni hypermetropii u rasy czarnej nie spotykał prawie wcale. Niedomoga mięśni prostych wewnętrznych i zez również należy u niej do rzadkości. Co do chorób ocznych zapalnych niektóre zdarzają się wśród murzynów o wiele częściej niż u białych. Do rzędu tych chorób należą jaglica i jaskra. Inne odznaczają się znów niezwykłym łagodnym przebiegiem, łagodniejszym niż u rasy białej. Tu należą śluzoropotok spojówki noworodków, rzeżączka spojówek u dorosłych i różne postacie zapalenia tęczówki.

**Sposób wydoskonalenia się w sztuce pisania bez pomocy oczu i przyrząd do tego służący.** (A Device and Me-

thod for Developing the Art of Writing without the Use of the Eyes). Rhoads (Philadelphia).

Autor znalazłszy się w położeniu tego rodzaju, że ze względu na pewne zaburzenia wzrokowe i z innych względów czysto ubożnych przez czas dłuższy nie mógł używać swych oczu do pisania, a zmuszony był pisać po kilka godzin dziennie, przygotowując pilną pracę do druku, wpadł na pomysł przyrządu, a raczej urządzenia, które pozwalało mu pisać równo i czytelnie, nie posługując się wcale wzrokiem i leżąc w łóżku w zupełnej ciemności. Przyrząd ten stanowi prostokątna skrzynka płaska, w której z jednego wałka drewnianego na drugi zapomocą korbki przewija się długa wstęga papieru. Poprzeczna deseczka stanowi oparcie dla piszącej ręki, a zarazem prowadzi ją wzdłuż prostolinijnych wierszy. (Mam w przechowaniu podobny przyrząd pomysłu niejakiego Stelmasia wicza. Przyniesiono mi ten przyrząd z prośbą, abym go w odpowiednich przypadkach zalecał chorym na oczy, lub ociemniałym, i w ten sposób o jego wartości się przekonał. Jest to niejako linuszek, zamiast z czarnych linii na papierze, z metalowych prętów złożony. Pomiędzy tymi prętami prowadzi piszący ołówek, po podłożonym arkuszu papieru. Bez długiego ćwiczenia nabywa się dostatecznej wprawy i pisze się bez pomocy oczu, a tylko przy pomocy tego metalowego linuszka czytelnie, w równych, regularnych wierszach. Przyrząd tego rodzaju może oddać niezłe usługi nietylko w przypadkach wrodzonej, lub nabytej ślepoty, lecz i tam, gdzie z powodu jakiegoś schorzenia narządu wzroku, zmniejszeni jesteściey na czas dłuższy lub krótszy zabronić choremu wszelkiego wyężdżania wzroku, a chcemy umożliwić mu na czas choroby ocznej zajęcie się pisaniem, czy to dla rozrywki, czy dla zarobku. Przyp. ref.)\*).

**Narząd wzroku a okres przekwitania.** (Vision and the Menopause). Kiehle (Portland).

Oko jest częścią mózgowia, świadczy o tem jego rozwój embryologiczny tak dobrze, jak i budowa anatomiczna. Z dwunastu par nerwów mózgowych, pięć par zaopatruje gałki oczne, względnie ich części dodatkowe, z tych nerwy wzrokowe, krótkie a grube, których rozprzestrzeniem są obie siatkówki, stanowią bezsprzecznie wypustki istoty mózgowej. Z tych powodów oko pozostaje z mózgiem w ściślejszym i bliższym związku, niż jakikolwiek inny narząd ustroju i w oku odbijają się najwcześniej i najwyraźniej różne zmiany, zwłaszcza czynnościowe, występujące w ośrodkach mózgowych. Z drugiej strony na centralny układ nerwowy wywiera bardzo często głęboki, a niekorzystny wpływ okres w życiu

\*) Pierwotny taki przyrząd wymyślił i zbudować polecił już 20 lat temu ś. p. Dr Wojciechowski z Kalisza! W.

kobiety, kiedy zanika i ustaje czynność narządów rozrodczych. Zawieszenie fizyologicznych czynności i rozlicznych przejawów związanych z życiem płciowym, rzadko kiedy obywają się bez zaburzeń. Napływ krwi i prąd energii nerwowej skierowane dotąd ku narządom rozrodczym, zwraca się teraz w inne strony i powoduje objawy podrażnienia w różnych narządach ustroju. Układ nerwowy, jako najbardziej wrażliwy, najłatwiej ulega wstrząśnieniu, którego skutki objawiają się nieraz przez miesiące i lata. Ten chorobliwy stan ośrodków mózgowych odzwierciedla się w narządzie wzroku w postaci najrozmaitszych zaburzeń czynnościowych, bez podkładu anatomicznego i bez zmian dostrzegalnych. Do tego rodzaju podmiotowych zboczeń jest oko w tym okresie tem skłonniejsze, ponieważ właśnie wtedy, kiedy przypada początek klimakteryum, wchodzi ono w okres prezbyopii.

**Objawy oczne towarzyszące zazwyczaj zaburzeniom naczynioruchowym.** (Ocular Signs frequently associated with Vasomotor Disturbances). Hansell (Filadelfia).

Autor poświęca główną uwagę pewnej postaci ogólnego zaburzenia naczynioruchowego, które Cohen (1894) określił mianem bezładu naczynioruchowego, *ataxia vasomotoria*. Oto niektóre znamiona tego nieprawidłowego stanu pobudliwości naczyniowej: 1. Mniej lub więcej wybitna dermografia, nieraz przybierająca pozory rzeczywistej pokrzywki. 2. Skłonność nadmierna do rumieńców. 3. Małe naczyniaki skórne i teleangiektazje. 4. Tak zwane »patryotyczne« (!) paznokcie, okazujące częściową sinicę: sinoniebieskie u nasady od strony *matrix*, białe w środku, a czerwone przy wolnym brzegu (a więc patryotyzm francuzki, ref.). 5. Wilgotne i zimne ręce i nogi. 6. *Tachycardia*, czasem *struma*, bóle głowy, nerwowość, *agrypnia* etc.

W tym luźnym zbiorze objawów braknie nieraz jednego lub więcej znamion ogólnych, natomiast dają się stwierdzić pewne zmiany w narządzie wzroku, z których z pewnym prawdopodobieństwem można wnosić o istnieniu ogólnego bezładu naczynioruchowego. Do tych objawów ocznych zalicza autor: 1. Przekrwienie żylnie siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego; 2. Objaw Stellwaga; 3. Objaw Graefego; 4. Drgania włókienkowe powiek, t. j. mięśnia obrączkowego; 5. Nieprawidłowa pigmentacja skóry powiek; 6. Nierówność zrenic; 7. Zaburzenia równowagi zewnętrznych mięśni ocznych; 8. Osłabienie przemijające lub trwałe zdolności konwergencyjnej; 9. Opadnięcie jednej lub obu powiek górnych, zwykle częściowe i niestałe.

**Uwagi kliniczne o 348-miu przypadkach urazowych uszkodzeń oczu.** (Clinical Remarks on 348 Cases of Injury to the Eyes). Gaylord Hall (Louisville).

Od czasu wprowadzenia w wielu państwach prawa o powszechnem ubezpieczeniu robotników od wypadków, lekarze zmuszeni są w każdym przypadku zranienia oka przy pracy badać chorego z niezwykłą dokładnością i zwracać uwagę na szczegóły, które możnaby nieraz pominąć bez najmniejszej szkody dla sprawy samego leczenia, a to ze względu, że prędzej lub później może im wypaść konieczność orzekania o danym przypadku w sprawie wymiaru odszkodowania lub przyznania renty. Stąd potrzeba prowadzenia dokładnych zapisków i szczegółowej historii choroby, z którychby potem można czerpać dane do orzeczenia lekarskiego. Autor praktykując w przemysłowym okręgu Louisville ma z tego rodzaju przypadkami bardzo wiele do czynienia. Zestawia on w swej pracy 348 spostrzeżeń odnoszących się do różnego rodzaju uszkodzeń oczu przy pracy u robotników fabrycznych. Przeważna część (242 przyp.), byłyto zranienia rogówki, względnie ciała obce w rogówce. Następuje kaznisztyka długiego szeregu spostrzeżeń, w których czy to rodzaj uszkodzenia, czy przebieg, czy wynik leczenia zasługiwały pod jakimkolwiek względem, a zwłaszcza ze względu na ocenę sądowo-lekarską — na szczególniejszą uwagę.

### III. ROZMAITOŚCI.

**Zbytek praktykowany w przytaczaniu źródeł w artykułach oryginalnych** słusznie wywołuje reakcję. Stowarzyszenie prasy lekarskiej niemieckiej oświadczyło się przeciw temu balastowi. Odnośny paragraf uchwał brzmi w tłumaczeniu: »W pracach oryginalnych powinno się zachowywać jak najwięcej zwięzłość. Przedewszystkiem zawsze jeszcze powtarzające się zestawianie odnośnej literatury jest zbytecznym i winno być zaniechanem«.

Przestrzeganie zasad tych polecamy bardzo także naszym szanownym współpracownikom.

W sprawozdaniach rocznych publikacji wszelkich gałęzi medycyny łatwo znaleźć można źródła, które autora czy czytelnika obchodzić mogą, niepotrzebnym więc jest przepisywanie całych tytułów, gdy zaznaczenie nazwiska autora w związku z treścią zazwyczaj bez ujemy dla zrozumienia rzeczy samej wystarczyć winno. Oczywiście mogą zachodzić potrzeby przytoczenia źródła prac wybitnych, zwłaszcza, gdy prace takie krytycznie rozbiegamy i całe ich ustępy przytaczamy.

**XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie** odbędzie się w lipcu od 18-go do 22-go lipca 1911 r.

Prezesem Kom. gosp. jest prof. Nowak, do którego należy zwracać listy w sprawie zjazdu: ul. św. Jana, l. 20; wiceprezesami: r. dw. prof. Dr Janeczowski i prof. Dr Walery Jaworski, skarbnikiem prof. Dr Dobrowolski, jen. sekretarzem prof. Dr Bruner.

Sekeyi utworzono czternaście. Sekeya okulistyczna, będąca 13-tą sekeyą zjazdu, będzie zarazem stanowić:

**Pierwszy zjazd Tow. okulistów polskich**, jaki miał się odbyć w bież. roku, a dla niedostatecznych zgłoszeń i na życzenie wielu członków towarzystwa musiał być odroczonym.

Ustanowione dla tego zjazdu biuro pozostaje nie zmienionem, a funkcjonuje zarazem jako komitet sekeyjny XI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Referaty i komunikaty, o ile były dla zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze nie pojawiły się — wejdą w program naszego zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1-go maja 1911 r.

Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom zjazdu.

W następnych numerach »Postępu okulistycznego« będziemy w porządku zgłoszeń podawali do wiadomości tytuły odczytów.

Tematy dla referatów stawiamy następujące:

Etyologia i postacie kliniczne zapalenia trachomatycznego. sprawozdawca: Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Porównawcze badanie skuteczności rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych.

Porównanie znaczenia rozmaitych operacji mających zapobiedz zapaleniu sympatycznemu.

Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

W Krakowie, w grudniu 1910 r.

Komitet I. zjazdu Towarzystwa okulistów polskich:

Biuro: Klinika okulistyczna w Krakowie.

#### IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilitował się: Dr Otto Kuffler w Giessen.

Tytuł prof. otrzymał doc. pryw. Dr. Artur Brueckner w Królewcu Pr. W.

#### V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

A. W. Calhoun w Atlancie (Georgia).

Dr Manolescu były prof. okul. w Bukareszcie.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Grudzień.

→ ROCZNIK DWUNASTY. ←

1910.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okul. R. Dw. Prof. B. Wicherkiewicza  
i z c. k. uniwersyteckiego zakładu mikrobiologii Prof. Dr Nowaka.

### Zapalenie spojówki na tle dwoinek zapalenia płuc (z badaniem histologicznem).

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Dwoinki zapalenia płuc znajdują się także i na prawidłowej spojówce. W 100 prawidłowych workach spojówkowych stwierdził je Rymowicz 9 razy. Heinersdorf badając 61 osób z prawidłową spojówką w 5% mógł wykazać pneumokokki. Örtzen badał 80 worków spojówkowych. Jako pożywki używał agaru glicerynowego, przygotowanego specjalnie dla tych mikrobów. Obecność dwoinek stwierdził w 4% przypadków.

Pierwszym, który opisał zapalenie spojówki na tle tych drobnoustrojów był Morax i Parinaud (1894). W dwa

lata później ukazały się prace Gasparriniego i Axenfelda, którzy stwierdzili zaraźliwość tego cierpienia, a spostrzeżenia te potwierdził wkrótce potem doświadczalnie Pichler, jak niemniej Gifford i Veasey przez przeszczepienie dwoinek na zdrową spojówkę człowieka z wynikiem dodatnim. Dalsze spostrzeżenia i doświadczenia przyniosły prace Adlera i Weichselbauma, Gonina, Juniusa, Moraxa i Petita, Bacha i Neumanna, Hauenschilda, Hallego, Deniga, Hertla, Brechta, Kibbego, Rymowicza, Lundsgaarda, Guignota, Pollacka, Brown-Puseya, Duanego i Hastingsa, D. Smitha, Ushera i Fräsera, Augego.

Zapalenie to może przebiegać bardzo rozmaicie pod względem nasilenia cierpienia. Znane są przypadki bardzo lekkie, przebiegające wśród nieznacznego zaczerwienienia spojówki, z mierną wydzieliną śluzową, ale znane są również przypadki ciężkie z silnem zaczerwienieniem i obrzękiem spojówki, oraz bardzo obfitą ropną wydzieliną, przypadki przypominające postacią kliniczną, wiewiórowe zapalenie spojówki. Takie postaci napotykamy najczęściej u noworodków (Morax, Parinaud, Axenfeld, Groenouw, Ammon, Lundsgaard, Schmidt-Rimpler) jednakże przebiegają one daleko łagodniej, niż podobne zapalenia na tle wiewiórowem. Ciężkie postaci śluzoropotoku noworodków na tle dwoinek zapalenia płuc (Gasparrini) są w każdym razie bardzo rzadkie.

Jako początek zapalenia występuje lekki różowawy obrzęk brzegów powiekowych (który Morax uważa za szczególnie znamienne), wkrótce potem ulega zaczerwienieniu spojówka, pokrywa się wydzieliną, bądź płynną wodnistą, bądź krzepnącą, w postaci nalotów. Ciądo brodawkowe ulega obrzękowi, a na spojówce gałki częstokroć widać drobne wynacznionki. Szczególnie znamienne jest nagłe przełamanie się cierpienia, jak gdyby *crisis*, na które Axenfeld pierwszy zwrócił uwagę, wspominając o analogicznych objawach podczas przebiegu zapalenia płuc. Rogówka, która tak często po drobnych urazach ulega zakażeniu dwoinkami Fränkla, w przebiegu zapalenia spojówki na tle tych mikroobów bardzo

rzadko bierze udział (Gasparrini, Wagner, Hertel). Zdaje się, że przyczyną tego jest fakt doświadczalnie stwierdzony przez Coppeza, że jady pneumokokków mają bardzo słaby tylko wpływ na nienaruszony nabłonek rogówkowy. W swej bakterjologii oka Axenfeld szczególnie podkreśla, >... że zapalenie spojówki na tle dwoinek Fränkla bardzo rzadko występuje równocześnie z zapaleniem płuc, znane są tylko poszczególne przypadki (Rymowicz, Stschegolew, Petit); rzadkością już jest, jeśli równocześnie silniejszy katar oskrzeli (Axenfeld) występuje, albo zapalenie gardła».

Hertel spostrzegał trzy ciężkie przypadki zapalenia spojówki po odrze.

Cierpienie to występuje częściej w północnych okolicach i to w zimniejszej porze roku; przydarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych.

W klinice krakowskiej wydarzył się przypadek zapalenia spojówki na tle dwoinek zapalenia płuc, który z polecenia R. Dw. Prof. Wicherkiewicza poniżej ogłaszam. Przypadek jest o tyle ciekawy, że zapalenie spojówki istniało równocześnie z zapaleniem płuc. Po za tem do ogłoszenia skłonił i ten fakt, że z powodu skonu dziecka można było wykonać badanie mikroskopowe dotkniętej spojówki, czego dotąd w dostępnej mi literaturze dostrzedz nie mogłem.

S. R., jednoroczną córkę wyrobnika z Podgórze przyniosła 7. X. 1910 matka i podała, że dziecko przechodziło przed dwoma tygodniami odrę, następnie zapalenie płuc. Od trzech dni oczy dziecka silnie ropieją. Otoczenie ma być zupełnie zdrowe, matka upławów nie ma. Chora jest drugim dzieckiem z rzędu, pierwsze dziecko miało oczy zupełnie zdrowe.

Badanie wykazało: dziecko osłabione, częsty, krótki oddech, twarz blada, wargi spękane, sine, na skórze wargi górnej kilka zaschłych pryszczyków.

Pro. Wydzielina obfita, gęsta, szaro-żółtawa, brzegi powiek zmacerowane, lekko zaczerwienione, spojówka powiek

o powierzchni szarej, lekko obrznięta, spojówka gałki przekrwiona, rogówka dość gładka, źrenica regularna dobrze oddziaływa.

Ło. Wydzielina dość skąpa, brzegi powiek nieznacznie zaczerwienione, spojówka powiek miernie przekrwiona, rogówka czysta.

Rozpoznano: *conjunctivitis acuta oc. utr. praec. oc. dextr.*

Leczenie: opłukanie, *sophol* 5%, *ungtum electrargoli*.

Ponieważ ogólny stan dziecka był groźnym, odesłano je natychmiast do szpitala św. Ludwika, dokąd je przyjęto z rozpoznaniem: *pneumonia crouposa ambilateralis*.

Nazajutrz dziecko zmarło.

Dzięki uprzejmości Dr Schneidra mogłem w kilka godzin po śmierci dziecka wyciąć spojówkę powiek, załamka i gałki, której następnie użyłem do badania drobnowidowego.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej wykonane jeszcze za życia dziecka wykazało prawie czystą hodowlę dwoiniek zapalenia płuc, barwiących się sposobem Gramma ze znamionami otoczkami. Rozpoznanie to potwierdziło następnie badanie na pożywkach.

Wyciętą spojówkę utrwaliłem częścią w 10% formolu, częścią w sublimacie z kwasem octowym, zatopiłem w parafinie i sposobem kombinowanym (celoidyna z parafiną). Skrawki barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem Heidenhaina, Gramma, toluidyną, oraz mucikarminem i mubaemateiną na śluz.

Badania histologiczne spojówki dotkniętej ostrem zapaleniem są bardzo rzadkie. *Morax* wszczepił do własnego worka spojówkowego prątki Kocha-Weeksa, a na trzeci dzień, skoro zapalenie w całej pełni wystąpiło, wyciął kawałek spojówki z załamka do badań mikroskopowych. Stwierdził on podnabłonkowy naciek drobnokomórkowy, pomiędzy komórkami nabłonka leukocyty i silnie rozszerzone naczynia wypełnione prawie wyłącznie leukocytami. Prątki Kocha-Weeksa napotkał tylko w powierzchniowych warstwach, w głębszych nie mógł ich wykazać. W podręcznikach Fuchsa, Haaba,

Schmidt-Rimplera i in. niema wzmianki o zmianach histologicznych podczas przebiegu zwykłego zapalenia spojówki. Nie zajmuje się sprawą tą także Saemisch w wielkim podręczniku, ani Greeff lub Ginsberg w anatomii patologicznej oka. Pierwszym, który dokładnie pod względem histologicznym zbadał spojówkę ludzką dotkniętą zapaleniem na tle dwuprątków *Morax-Axenfelda* był Stock. Mężczyzna, który po urazie zmarł, był dwa dni przed śmiercią badany; a badanie wykazało w wydzielinie spojówkowej obfite dwuprątki. Stock miał sposobność badać zapaloną spojówkę w cztery godziny po śmierci chorego. Najważniejsze zmiany odnosiły się do brzegu powiekowego, który był częściowo znaczerowany, i gdzie liczne sznury nabłonkowe wnikały w głąb tkanki. Spojówka powiek była bardzo obficie nacieczoną drobnymi okrągłymi komórkami, który to naciek zajmował górną część błony podśluzowej. W spojówce gałki zmiany były tylko nieznaczne. W worku spojówkowym, jakoteż i pomiędzy rzęsami napotkał obfitą ilość śluzowej wydzieliny, lecz nie udało mu się zapomocą jakiegokolwiek sposobu barwienia wykazać obecność dwuprątków, czy to w wydzielinie, czy też w tkance. Stock przypuszcza, że powodem tego jest najprawdopodobniej sposób utrwalania preparatu (formalina 4%). Komórki kubkowe (śluzowe) skąpe w spojówce powiek występowały bardzo obficie w załamkach.

Do podobnych wyników doszli Brown-Pusey i Michajshita, którzy badali również spojówkę dotkniętą zapaleniem na tle dwuprątków.

Po za temi pracami niema dotąd żadnej zajmującej się histologią zapalanej spojówki. Dlatego uważam za usprawiedliwione ogłoszenie niniejszych badań zwłaszcza, że zapalenie w przypadku Stocka miało znamię więcej podostre (jak zwykle zapalenia na tle dwuprątków *Morax-Axenfelda*) podczas, gdy nasz przypadek odnosi się do ostrego zapalenia i to na tle dwoinek zapalenia płuc.

W spojówce powiek zmiany były tylko nieznaczne. Nabłonek w górnych warstwach częściowo zniszczony, składał

się z kilku warstw, pomiędzy którymi przeciskały się leukocyty. Naczynia rozszerzone, wypełnione ciążkami czerwonymi. Skąpe komórki kubkowe. Naciek drobno-komórkowy, w błonie podśluzowej ogółem nieznaczny. Nie udało mi się wykazać jakichś wybitniejszych kępek drobno-komórkowych. W miarę zbliżania się ku załamkowi, zmiany stają się wybitniejsze. Przekrwienie naczyń wybitniejsze zarówno żylnych jak i tętnicznych. Pomiedzy komórkami nabłonkowymi niezmierna ilość przeciskających się komórek wędrujących, tak, że komórek nabłonkowych w wielu miejscach prawie zupełnie nie widać. Komórki śluzowe w postaci kubków bardzo obfite. Pod nabłonkiem spojówki gałki jest naciek komórkowy, również dość obfity. Ponadto widać bardzo liczne drobne wynaczynionki, w połowie spojówki gałki, przytykającej do załamka, mniej więcej w tej części, której odpowiada chrząstka powiekowa. Zmiany te odnoszą się do spojówki gałki w okolicy zarówno dolnego jak i górnego załamka. W niektórych miejscach, na spojówce powiek a zwłaszcza załamka wydzielina składająca się z włókniaka, śluzu, leukocytów i obumarłych komórek nabłonkowych pokrywa spojówkę w postaci błon.

Sposobem Gramma mogłem wykazać bardzo obfite grampozytywne dwoinki, nieco wydłużone, czasami nawet z otoczką, występujące często całymi kępkami w wydzielinie, w powierzchniowych warstwach nabłonka, jak również (acz w mniejszej ilości) dość głęboko w błonie podśluzowej.

Nakoniec jeszcze słów kilka o komórkach kubkowych.

Stieda uważa je za szklisto zwyrodniałe komórki nabłonkowe, Reich za częściowo śluzowo zwyrodniałe, podczas zapalenia spojówki. Rählmann spostrzegał je podczas jaglicy »w wielkiej ilości«, Peters w zapaleniu chronicznym spojówki, folikularnym i w wiosennym katarze, Fuchs w przypadku skrzydlika. Green uważa je za fizyologiczne twory, spotykane i w prawidłowej spojówce, a służące do wytwarzania śluzu. Według badań Pieka komórki te giną po wyprodukowaniu śluzu i tem mają się różnić od komórek jelita, które po wydzieleniu śluzu dalej działają. Pfitzner widział

komórki kubkowe we wszystkich badanych spojówkach prawidłowych oczu i sądzi, że są to twory prawidłowe, które w warunkach patologicznych mogą występować w większej ilości i wtedy biorą czynny udział we wzmożonem wytwarzaniu śluzu.

Do zdania Pfitznera przyłączam się w zupełności, a na jego potwierdzenie mogę przytoczyć następujące spostrzeżenie: mogłem obserwować w wielu komórkach wypełnionych śluzem typowy podział karyokinetyczny; widziałem pęcznienie jądra poprzednio spłaszczonego i masą śluzu przypartego do podstawy; widziałem okres gwiazdy macierzystej i gwiazd potomnych. W niektórych komórkach udało mi się nawet dostrzedz centrosomy i wybitne promieniowania. Sam fakt, że usunięte do obwodu i zupełnie spłaszczone jądro komórki pełnej śluzu, może przejść w mitozę, jest dowodem przeciw twierdzeniom Picka, a za zdaniem Greena, Pfitznera i Saemisch'a, że komórka ta po wytworzeniu śluzu nie obumiera, lecz, że posiada jeszcze pełną zdolność życiową.

#### Piśmiennictwo.

- Axenfeld: Bakteriologie in der Augenheilkunde. Jena. G. Fischer 1907.  
Saemisch: Krankheiten der Conjunctiva. Graefe-Saemisch. T. V. 1904.  
Uhthoff, Axenfeld, Fick: Allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie des Auges. *Ergebn. d. allg. Path. Lubarsch-Ostertag.* Str. 168. 1896.  
Mijashita: *Klin. Monatsbl. f. Augenb.* 1910.  
Rosenhauch: *Rozprawy wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. Kraków.* 1907.  
Stock: *Histologische Untersuchung einer Blepharoconjunctivitis simplex hervorgerufen durch Diplobazillen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageh. T. XLII.*  
Virchow: *Mikroskopische Anatomie der äusseren Augenhaut und des Lidapparates Graefe-Saemisch. T. I.* 1910.

## Badanie dna ocznego zapomocą przyrządu Bauma (*ophthalmo-fundoscop*).

Podał

Dr W. GARLIŃSKI

(Łódź).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Łódzkiego 14. IX. 1919).

O ile oftalmoskopia od chwili wprowadzenia w życie wynalazku Helmholtza poczyniła już wielkie postępy i tworzy dziś niemal oddzielną naukę z bogatym arsenalem przyrządów i atlasów, ilustrujących nieskończone szeregi obrazów patologicznych dna ocznego, o tyle sam oftalmoskop nie uległ dotychczas w swej budowie mechanicznej poważniejszym zmianom, a 60 blisko lat, które upłynęły, wzbogaciły wprawdzie naukę znaczną ilością modyfikacji oftalmoskopu Liebreicha, istotnej wszakże ewolucyi w treści przyrządu nie poczyniły. Okoliczność ta przemawia za tem, że pierwszy oftalmoskop pozostał do dziś dnia doskonałością niemal niezrównaną i w dziejach wynalazków prawie niepraktykowaną. Pomimo to właściwa umysłowi ludzkiemu ruchliwość popycha go wciąż na nowe tory i z nieubłaganą natężennością domaga się coraz to nowych dróg, coraz to nowych horyzontów.

Nie wiem, czy pomysł Dr Bauma z Rzymu znajdzie uznanie w uczonym świecie lekarskim, czy przyczyni się do postępu oftalmoskopii i czy będzie wynalazkiem epokowym. Pomysł wszakże zastąpić wziernik drobnowidzem do badania dna ocznego wydał mi się tak dalece śmiałym i oryginalnym, że uważałem się za upoważnionego zająć uwagę panów tym wynalazkiem.

Według autora w mowie będący przyrząd ma dwie zalety: po pierwsze daje obraz dna ocznego w powiększeniu dotychczas nieznanem, powtóre uwalnia badającego od refleksów, czyli odbić świetlnych od wypukłych powierzchni środków ocznych przezroczystych.



Przyrząd swój Baum nazwał oftalmofundoskopem. Składa się on z trzech części.

Pierwsza z nich jest najważniejsza, gdyż zawiera w sobie źródło światła, którem jest mała lampka elektryczna żarowa, umieszczona w pochewce w ten sposób, ażeby płaszczyzna drucików była równoległa do płaszczyzny przedniej ścianki przyrządu. Lampkę elektryczną połączyć należy z akumulatorem o napięciu 4-woltowem lub z elementem suchym, jaki się używa do znanych powszechnie lampek kieszonkowych. Przednia ścianka przyrządu podzieloną została dyametralnie na dwie części, t. j. na dwie półkule, z których jedna jest półówką zwykłej soczewki wypukłej, druga zaś nieprzezroczysta u samej granicy z pierwszą posiada wążką szczelinę, przez którą światło wpada do oka badanego. Lecz nie tylko przednia ścianka podzieloną jest dyametralnie, gdyż cały cylinder przedniej części aparatu rozdzielony został na dwa półcylindry blaszką metalową czarną, przechodzącą właśnie przez odpowiednią średnicę w przedniej ściance. W ten sposób rozdzielony cylinder składa się z dwóch części: jednej jasnej i pustej z tyłu otwartej, i drugiej ciemnej, zamkniętej, mieszczącej w sobie lampkę elektryczną, o której już była mowa. Pomiedzy lampką a przednią ścianką znajduje się ruchomy pryzmat o kącie prostym, zwróconym ku podstawie lampki. Promienie świetlne, przechodząc przez pryzmat, załamują się w kierunku ku podstawie i wskutek tego całemi snopami idą ku szczelinie, aby następnie przez nią dostać się do badanego oka.

Drugą częścią składową przyrządu Bauma jest umocowany w pustym cylindrze okular drobnowidowy nr 1, który zapomocą koła zębatego można wysuwać i wsuwać do pochwy.

Trzecią część stanowi soczewka wypukła  $+13 D$ , osadzona na podstawie ściętego u wierzchołka stożka metalowego.

Przyrząd Bauma daje się zastosować w trojaki sposób:

1) do badania dna ocznego w obrazie prostym, 2) do badania w obrazie odwróconym, przyczem powiększenie otrzymujemy takie same jak przy badaniu wziernikiem Liebrei-

cha i 3) możemy badać dno oka w obrazie odwróconym przy powiększeniu 70-krotnym i więcej, i w tym wypadku należy koniecznie atropinizować oko badane.

Opisany tylko co przyrząd mam w użyciu przeszło trzy miesiące i na początek badałem oczy zdrowe, dotknięte jedynie wadą refrakcyi, a czyniłem to w tym celu, ażeby się nałęczycie oswoić z otrzymywanym obrazem dna ocznego, co nawiasem mówiąc, nie jest rzeczą łatwą.

Nie mając pretensyi do wyczerpującego opisanja obrazu dna oka, postaram się zakomunikować Panom te szczegóły, które przy powiększeniu 70-krotnym dna ocznego widziałem w oczach zdrowych.

Tarcza nerwu wzrokowego wydała mi się jako wielkie koło, o średnicy 3 - 4 cm, barwy biało-żółtawej, z lekkim odcieniem różowawym. Zarysy tarczy są mniej wyraźne, a to z powodu, że naokoło niej można zauważyć delikatną promienistość, która wreszcie w kierunku ku obwodowi prędko znika. Budowa pola tarczy, jakkolwiek daje się zauważyć, wszelako bliżej nie da się określić: pierwsze wrażenie jest pewna meszkowatość. Tło siatkówki barwy jasnej żółtawo-różowej; powierzchnia siatkówki okazuje wyraźną budowę histologiczną, czyniącej wrażenie delikatnie groszkowanej skóry. Plankę żółtą w prawidłowem oku bardzo trudno odnaleźć: wydaje się ona jako mała okrągła, lub podługowata żółto-biała kropka, leżąca na okrągłym różowem polu.

Naczynia środkowe siatkówki zarysowane są niewyraźnie; szerokość ich na polu tarczy nerwu wzrokowego dosięga 3 mm. Barwa ich w różnym stopniu, zależnie od rodzaju naczynia, czerwona. Refleksy, szczególnie na zagięciach, bardzo wyraźne. Tętnienie żył w niektórych przypadkach było szczególnie wybitne.

Pozostaje mi tylko dopełnić, że pole badania wziernikiem Bauma, zgodnie z zaznaczeniem autora, wolne jest od błysków świetlnych.

## II. STRESZCZENIA.

**Centralblatt f. Augenheilkunde.** R. 1910. Z. 6 (czerwiec). Z. 7 (lipiec). Z. 8 (sierpień). Z. 9 (wrzesień). Z. 10 (październik). (Ref. Dr L. Gruder).

**Dwa nowotwory mięska.** (Zwei Geschwülste der Caruncula lacrymalis). Dr L. Steiner w Surabay (Jawa).

I. Talgdrüsen-Adenom U starszego Jawańczyka na prawem mięsku płaski nowotwór, wielkości fasoli; po części pokrywa rogówkę. Powierzchnia nieregularnie ziarnista, barwa różowa. Odcięto nożyczkami.

I. Retentionscyste. U 72-letniej kobiety od dolnej części mięska wychodził nowotwór, umieszczony w powierzchownych warstwach mięska, dobrze odgraniczony, u podstawy przesuwalny, o gładkiej powierzchni. Odcięcie nowotworu nożyczkami.

**Zanik nerwu wzrokowego po stłuczeniu gałki ocznej.** (Sehnervenatrophie nach Kontusion des Bulbus). Dr J. Kunst w Tjimali (Jawa).

Żołnierz uderzył się w prawe oko tępym narzędziem. Powieki nabrzmiące, również spojówka. W pobliżu załamka dolnego w spojówce mała rana, Tn. Gałka zewnątrznie prawidłowa. Rozróżnianie wielkich przedmiotów (domy, drzewa).

Wziernikiem nie zbadano żadnych zmian.

W trzy tygodnie po tym urazie tarcz bledsza, niżeli po drugiej stronie, a w miesiąc po tym urazie typowy obraz zaniku nerwu (*Atrophia nervi opt. genuina*).

W cztery miesiące po wypadku naczynia zaczynają zanikać. Autor uważa ten przypadek za zanik nerwu ocznego, spowodowany uderzeniem (*Contusio*) w gałkę.

**Krótkowzroczność u analfabetów, astygmatyków i bielma na rogówce w Egipcie.** (Ueber Kurzsichtigkeit bei Analphabeten, bei Astigmatismus und Hornhauttrübungen in Aegypten). Dr M. Meyerhof w Kairze.

Autor widzi przyczynę krótkowzroczności w schorzeniach rogówki w jąglicy i śluzoropotoku, które to choroby nawiedzają Egipcyan przeważnie w okresie dziecięcym, przed uczęszczeniem do szkół.

**Wyleczony przypadek pozagalkowego zapalenia, spowodowanego ciałem obcym.** (Ein geheilter Fall von, durch Fremdkörper verursachter, retrobulbärer Entzündung). Dr Juliusz Fejér w Berlinie.

Ślusarz 13-letni uderzony został w lewe oko rączką od pióra; rana została przez lekarza kasowego zaszyta, przyczem lekarz nie znalazł żadnego ciała obcego. Upośledzenie wzroku, wymioty, brak gorączki. Pod dolnym brzegiem oczodołu obok nasady nosowej zaszyta rana 5 mm długa. Obrzmienie powiek i spojówek, gałka sterczy ku przodowi, ruchy ograniczone w każdym kierunku; źrenica szeroka, nie oddziaływa na światło; tarcz nerwu wzrokowego obrzmiała, granice zakarte, naczynia krwionośne silnie napelnione i skręcone. Nos był wolny, jam bocznych nie można było przeświecić z powodu obrzmiałych powiek.  $Vis = \frac{5}{15}$ .

Objawy przemawiały za zapaleniem pozagalkowym, będącem w przyczynowym związku z urazem. Wprawdzie była rana zamknięta i nie było gorączki. Gdy zaś boleści się wzmagaly, wyjęto szwy, poczem z rany wystąpiła ropa. W następnych dniach wystąpiły objawy ze strony opon mózgowych (wymioty, arytmia, gorączka). Wypłukiwanie rany i tampowanie gazą były bezskuteczne. Jaz autor, wobec coraz bardziej wzmagających się objawów ze strony opon mózgowych, nosił się z zamiarem wyjęcia galki, gdy w tem przy przestrzykiwaniu rany prąd wody wyrzucił kawał rączki 16 mm długi i 5 mm szeroki.

Po wyjęciu ciała obcego przy dalszem przepłukiwaniu rany ogólny stan znacznie się polepszył, jedynie zrosty niektórych mięśni ocznych utrudniały ruchy galki i wywoływały dwuwidzenie. Bystrość wzroku wynosiła  $\frac{5}{10}$ , tarcz zastoimowa ustępowała, a lekkiego stopnia trzeszcz galki autor uważa za następstwo zastoju krwi żyłnej i zbliżowacenia otoczenia galki. Injekcya fibrolizyny korzystnie wpłynęła na blizny pozagalkowe.

Ciekawą tu jest okoliczność, że ani kasowy lekarz, który ranę zaszył, ani autor zrazu nie znaleźli ciała obcego i tylko przypadek ocalił choremu życie, a raczej oko i bystrość wzroku.

**Odlamek żelazny niezwyklej wielkości w oku.** (Ein Eisensplitter enormer Grösse im Auge). Dr Koerber.

Autor opisuje wyjęcie odlamka żelaznego zapomocą magnesu Hirschberga z głębi oka. Długość odlamka (gwoździa) wynosiła 15 mm, szerokość 12 mm; ważył aż 13.5 gramów. Oko naturalnie było stracone i musiało być wyjętem.

O rozprószaniu barwika na tęczówce, rogówce i soczewce; o kryształach cholesterynowych na tęczówce. (Ueber Pigment-Verstreuung auf der Iris, Hornhaut und Linse; über Cholesterinkristalle auf der Iris). Dr. A. Vossius w Giesseu.

1. Po zabiegach operacyjnych na tęczówce po *iritis*, po jaskrze i operacjach zaćmy, jakoteż po urazach gałki, przy których tęczówka została przedartą, zjawia się na powierzchni tęczówki rozprószony, charakterystyczny barwik, o prawie czarnej barwie, najbardziej rozmieszczony w obszarze źrenicznym i na tylnej powierzchni rogówki. Barwik ten pochodzi z *pars retinalis iridis*; czasami zostają oderwane większe, zbite masy barwikowe, które w przedniej komorze spadają ku dołowi, lub też umacniają się na powierzchni tęczówki, albo pływają wolno w przedniej komorze. Bardzo rzadko spotyka się tego samego pochodzenia barwik także na tylnej powierzchni soczewki bez zapalenia tęczówki. Takie rozprószenie barwika może zostać niezmiennem przez kilka lat.

2. Po odtankach żelaza w środku gałki połączonych z *siderosis* tęczówki, po wessaniu krwotoków w przedniej komorze może powstać takie rozprószenie punkcików barwikowych także na przedniej powierzchni tęczówki. Przy *siderosis* takie punkciki barwikowe posiadają wygląd ciemny, po wessaniu krwotoków wyglądają czerwonawo lub brunatno-kasztanowato. Należy je odróżnić od jasno-żółtawych, czerwonawych i brunatnych, grubszych punkcików barwikowych, które się spotyka w pobliżu t. zw. *naevi pigmentosi*. Przy *siderosis* takie punkciki barwikowe składają się widocznie z rudy żelaznej, przy krwotokach do komory z *haemosideriny*, którą w takich razach przy mikroskopijnem badaniu napotykaemy w małych, brunatnych grupkach o połyska krystalicznym na przedniej powierzchni i w górnych warstwach tęczówki.

3. Bardzo rzadko napotyka się cholesterynowe kryształki jako delikatne, złotawo iskrzące się punkciki na przedniej powierzchni tęczówki; mogą one wystąpić podczas przebiegu leczenia zapalenia tęczówki.

**Dwa przypadki tenonitis.** (Zwei Fälle von Tenonitis).  
Dr. O. R. Lurie w Kijowie.

W przeciwiństwie do pojmovania Berlina, Birch-Hirschfeld uważa *tenonitis* za samoistną chorobę (posiadającą osobną etyologię, znamiona kliniczne i terapię) i przeciwstawia ją zapaleniu okostnej w oczodole i tkanki pozagałkowej.

Birch-Hirschfeld rozróżnia *tenonitis* surowiczą i ropną. Nagromadzenie płynu w przestrzeni *Tenona* musi spowodować następujące objawy: mierny trzeszcz, *chemosis*, ograniczenia ruchów

galki i bolesność przy ruchach galki. Przyłączyć się mogą jeszcze objawy ze strony wewnętrznych części galki, tłuszczowej tkanki w oczodole i powiek.

*Tenonitis* surowicza lub ropna może wystąpić z objawami ostrymi lub przewlekłymi. Obie postacie mogą być połączone z neuralgicznymi bólami w okolicy skroniowej, lub samej galki. Także ogólne objawy występują np. bezsenność, niepokój i gorączka. Zewnętrzne objawy występują w postaci obrzęku spojówki o barwie blado-żółtawej.

Silna bóle nieraz zmuszają chorego do zastąpienia ruchów galki odpowiednim obrotem lub nachyleniem głowy. Nader wielką bolesność przy ruchach galki Birch-Hirschfeld uważa za znamię *tenonitis*; przy zapaleniu tkanki tłuszczowej w oczodole taka bolesność przy ruchach galki jest ledwie zaznaczoną. Także mierny trzeszcz (*exophthalmus*) jest znamieniem objawem.

Wymienione objawy występują zarówno przy zapaleniu ropnem jak i surowiczem. Różnica między nimi jest następująca: przy ropnem zapaleniu często ropa występuje przy nasadzie prostych mięśni ocznych na twardówce, przyczem ropa występuje w jednym lub w wielu miejscach. Inne znamię polega na przedzieleniu się zapalenia na wewnętrzne części galki przy ropnej postaci, co przy surowiczej jest rzadkością, prawie wyjątkiem.

Wprawdzie przy surowiczej postaci występują nieraz upośledzenie wzroku, a nawet zanik nerwu, lecz Birch-Hirschfeld uważa tę formę za wynik innych powikłań.

Wogóle surowicze zapalenie każe pomyślnie wróżyć o przebiegu i skutkach, gdy ropne przynosi powikłania poważne, nawet ślepotę (*iridocyclitis* zupełna ślepota lub silna amblyopia).

Etyologię stanowi przy surowiczej formie częstokroć reumatyzm, mniej influenza i rana (operacya zeza). Przy ropnej etyologię stanowi najczęściej influenza, dopiero dalej dyfterya, *sepsis*, *angina*, operacye, wrzody na głowie, furunkul i *dacryocystitis*.

*Tenonitis* różni się od zapalenia ściany oczodołowej brakiem bocznego przesunięcia galki i bolesności przy dotyku ściany kostnej; od zapalenia tkanki tłuszczowej w oczodole różni się miernym trzeszczem i wyraźnie bladym obrzękiem.

Terapia przy surowiczem zapaleniu polega na środkach salicylowych i jodowych; skaryfikacya względnie kapsulotomia zbędna. Także kompresy sublimatowe zalecane bywają. Przy ropnem zapaleniu zalecaną jest kapsulotomia i wczesne otwarcie ropnia w przypadkach, gdzie twardówka jest wypukłą lub gdy grozi utrata wzroku.

Pierwszy przypadek: chory 33-letni. *Tenonitis serosa*. Objaw-

wami jedynymi było nastrzyknięcie spojówki (ceglasta barwa) i blade-żółtawe obrzmienie spojówki. Charakterystyczne cechy *tenonitis* brakowały. Ruchy gałki bezbolesne, nawet trzeszcz brakował. Nie było też bólów głowy, bezsenności, gorączki. Upośledzenie wzroku, kiedy rogówka była jeszcze czystą, autor uważa za wynik, spowodowany przez przesłknięcie naczyńiówki. Lekkie *oedema* i w ten sposób spowodowane uszkodzenie w odżywianiu siatkówki autor uważa za jedyną przyczynę upośledzenia wzroku, przy braku zmian oftalmoskopijnych. Zanik nerwu, który wystąpił później, po ustąpieniu *tenonitis*, uważa za skutek specyficznego zapalenia w mózgu.

Autor uważa ten przypadek za *tenonitis serosa (luetica)*.

Drugi przypadek: Obrzmiałość chrząstkowej części górnej powieki, lekki trzeszcz, bolesność przy ruchach gałki i wysięk w naczyńiówce. Rogówka, tęczówka i ciecz wodna prawidłowa. Bystrość wzroku = 0,1.

Rozpoznanie: *Tenonitis et Chorioiditis exsudativa circumscripta*. Po trzech tygodniach na twardówce, odpowiadało do nasady zewnętrznego mięśnia prostego żółty, ograniczony obrzęk, z którego następnie wydostała się ropa. Po czwartym tygodniu ropienie dalej trwało, a gałka przechodziła we *phthisis bulbi*.

Przed chorobą oka chory przechodził influenzę; autor uważa ten przypadek za wynik influenzy.

KLINIKA OKULISTYCZNA  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej

**Więstnik Oftalmologii.** R. 1910. nr 11. (Ref. Dr M. Szafnicki).

### O sposobie pozagałkowego prześwietania oka przy operacjach. S. S. Gołowin.

Wychodząc z założenia, że wszystkie dotychczasowe sposoby prześwietania gałki (Rochon-Duvigneaud, Hering, Sachs, Lange, Hertzell) są niedostateczne dla dokładnego rozpoznania nowotworów wśródgałkowych, gdy te sadowią się w tylnym odcinku gałki, autor podaje swój sposób, który oddał mu w niżej przytoczonym przypadku znakomita usługa. Autorowi chodziło o oświetlenie gałki od tyłu. W tym celu brał małą lampkę elektryczną, podobną do używanych przy cystoskopii, i umocowywał ją na zwykłym kateterze elastycznym o przekroju 8 mm. Ponieważ lampka nie rozgrzewa się silnie, więc urządzenia ochładzającego (jak u Hertzella) nie potrzeba, wystarczy co pewien czas przerwać na chwilę prąd. Wprowadzał autor swoją

lampę przez otwór w spojówce odpowiadający przestrzeni między dwoma mięśniami np. górnym i zewnętrznym, poprzednio rozsuwając tkankę oczodołową na tępo. Zanim zastosował ten sposób u ludzi, autor przekonał się o jego skuteczności na zwierzętach, przyczem zauważył, że dokładniej się widzi obraz choroby na dnie oka przy lekkim spłaszczeniu rogówki od przodu zapomocą zwykłego szkiełka przedmiotowego. Autor zastosował ten sposób badania u dziecka 6-letniego, u którego w przedniej części ciąłka szklistego oka lewego było bardzo wiele mętów białawych ruchomych i stałych, w tylnej zaś części — masa żółtawa. Tu. V = 0. Drugie oko zupełnie prawidłowe. Odblask ten zauważono u dziecka przed rokiem. Dziecko ogólnie zdrowe. Wkrótce po urodzeniu przechodziło jakąś chorobę połączoną z kureczami. Wszyscy okuliści badający twierdzili, że jest to nowotwór. Lampa Sachsa nie rozstrzygała kwestyi. Guz (?) był za głęboko ku tyłowi. Gdy w czasie badania chora zaczęła się uskarżać na ból w oku i T. był wzmożony, można było myśleć o sprawie nowotworowej. Wziernikowaniem stwierdził autor tylko duże skrzepy krwi w przedniej części ciąłka szklistego i wtedy zastosował swój sposób przeświecania w narkozie. Tarczy samej widać nie było, natomiast w miejscu jej odpowiadającym i nieco wyżej — masy nie zupełnie przezroczyste, oddzielone od dolnej części dna żywo przeświecającej linią półkolistą. Wobec tego autor postanowił gałkę zachować, wykonując tylko przecięcie n. wzrokowego. Badając oko po dwóch tygodniach (nie wspomina autor jakim sposobem) przekonano się, że owa żółta, poprzednio wypukła masa, jest zagłębiona ku tyłowi, przytem przy ruchach gałki daje się w niej zauważyć ruch. Wszystko to przemawia przeciw nowotworowi. Autor bada chorą już dwa lata i żadnych zmian nasuwających podejrzenie nowotworu nie stwierdził.

### O operacyach na gałce ocznej post neurectomiam opticiliarem. S. S. Gołowin.

Autor jest gorącym zwolennikiem częściowego wycięcia n. wzrokowego i rzęskowych w celu usunięcia bólów przy jaskrze absolutnej. Wyniki miał bardzo dobre. Nie zadawalnając się jednak usunięciem cierpienia, autor spróbował przywrócić choremu oku całkiem prawidłowy wygląd i w tym celu wykonał dwa razy usunięcie zaćmy następowej. W jednym przypadku u kobiety 30-letniej bez iridektomii w czwartym tygodniu po uprzednim wycięciu n. wzrokowego, w drugim — u kobiety 72-letniej, z wycięciem te czówki w dwunastym dniu *post neurectomiam opticiliarem*. W obu



tych przypadkach przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy, w drugim tylko lekkie *hyphaema*. Efekt kosmetyczny bardzo dobry.

### **Normy bystrości wzrokowej funkcjonariuszy dróg żelaznych w Rosji i metody jej określenia.** M. Fisch.

Artykuł omawiający odnośnie przepisy ministerialne, a następnie projekty autora. Rzecz mająca znaczenie li tylko lokalne dla rosyjskich lekarzy kolejowych.

### **Przypadek pęknięcia twardówki wraz ze zwichnięciem soczewki pod spojówkę.** M. N. Błagowieszczewski.

Uwzględniwszy obszernie odnośną literaturę, autor opisuje przypadek własny dotyczący kobiety 60-letniej, u której zauważył zwichnięcie soczewki pod spojówkę wraz z pęknięciem twardówki, wywołane urazem łepym. Przypadek nie przedstawiający nic oryginalnego.

### **O działaniu środków leczniczych na składniki mikroskopowe spojówki powiek.** G. G. Prozorow.

Autor przeprowadzał swoje doświadczenia na królikach. Stosował środki na górną powiekę. Szereg lekarstw stosowanych przez autora można podzielić co do ich działania na dwie grupy. Pod działaniem środków pierwszej grupy komórki nabłonkowe spojówki tylko pęcznią i następuje podział jądra. Stosował autor te środki w 1% roztworze. Tutaj należą: węgiel sodowy, węgiel potasowy, siarczan potasowy, chlorek sodu, kwas borowy (w roztworze 3% powoduje ropienie), altun (w roztworze 3% też powoduje ropienie), ichtyol, protargol (w roztworze 10% powoduje 10-godzinne ropienie). Środki drugiej grupy powodują w roztworze 1% ropienie. Tutaj należą: sublimat — powoduje 145 godzin ropienia, azotan srebra — 50 godzin, albargina — 10 g., siarczan cynku — 9—10 g., siarczan miedzi — 9—11 g., octan ołowiowy — 8—9 g., *Hydrarg. praecip. rubrum* w postaci maści — 5—7 godzin.

### **Kilak oczodołu.** A. G. Dmitriew.

Odnośny przypadek dotyczył mężczyzny 33-letniego, który zgłosił się do autora z powodu osłabienia wzroku i wysadzenia oka lewego. Badanie wykazało zgrubienie dolnego brzegu oczodołowego oka prawego,  $V = 1$ . Spojówka oka lewego silnie obrzęknięta, oko wysadzone ku przodowi i górze. Ruchy upośledzone. Wrażliwość rogówki na dotyk zmniejszona. Tarcz o granicach lekko zatartych, żyły nieznacznie przekrwione.  $V = 0.2$ . Wzdłuż dolnego brzegu oczodołowego daje się wy badać twardy guz jakoby z okostną zrosnięty o granicach zatartych, niebolesny. Guz ten zauważył chory przed trzema miesiącami i od tego czasu stale rośnie.

Równocześnie wystąpiła choroba nosa, którą w czasie zjawienia się chorego u autora specjaliści rozpoznali jako zanik błony śluzowej nosa i próchnienie przegrody. Ponadto powiększenie gruczołów limfatycznych w całym ciele. Innych objawów chorobowych brak. *Luem negat.* Żona nie ronila. Troje dzieci skrofalicznych żyje. Pomimo to zastosowano leczenie ręką i jodkiem potasu i wynik był znakomity, gdyż już po miesiącu bystrość wzrokowa oka lewego = 0,9, gałka zaś wypukła się, a guz ledwo można wybać. *Ozaena* również ustąpiła.

### III. ROZMAITOŚCI.

**Pierwszy zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego** odbędzie się w Łodzi w dn. 4 i 5 czerwca 1911 r.

Komitet organizacyjny zjazdu stanowią pp.: W. Chodźko, Ks. Jasiński, W. Jasiński, M. Kaufman, A. Krusze, J. Maybaum, J. Michalski, A. Pański, L. Przedborski, S. Sterling i H. Trenkner.

**Oddział oczny przy szpitalu św. Józefa w Lublinie** został założony przez Radę Gubernialną Dobroczynności Publicznej w r. 1899 z zapoczątkowania Dr Józefa Talki i mojego, przy czynnym współudziale naczelnego lekarza szpitala Dr Jacewskiego.

Pierwszym kierownikiem oddziału był Dr Talko, który jednakże po roku niespełna zrzekł się tego stanowiska z powodu choroby.

Z powodu braku miejsca i środków, ambulatoryum, przez pierwsze dwa lata istnienia oddziału, nie było czynne.

Dopiero od 1-go marca 1901 r. rozpocząłem przyjmowanie chorych ambulatoryjnych.

Początkowo ilość łóżek etatowych wynosiła 12, później zaś została powiększona do 16 u.

W załączonych wykazach statystycznych, przedstawiłem liczby za dziesięciolecie mego urzędowania, które upłynęło z dniem 31-go grudnia 1909 roku.

W wykazach trzymałem się ściśle wzoru, podanego w zeszycie majowym »Postępu okulistycznego«, z dodaniem tylko dwóch rubryk w wykazie operacji dla 1908 r., a mianowicie operacji krótkowidzenia i wyłuszczenia guza z pozostawieniem gałki.

Sprawozdanie z czynności oddziału za rok 1910 wysłane będzie w styczniu lub w lutym 1911 r.

M. Zajdenmann

Dr med.

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Ogólna ilość operacji na soczewce . . . . .	26	46	38	44	39	37	47	48	41	57
Wydobyte zaćmy . . . . .	23	39	32	39	33	36	44	45	38	55
» z irydektomią . . . . .	21	35	30	38	30	34	42	41	38	53
» bez irydektomii . . . . .	2	2	2	1	3	2	2	4	—	2
Wydobyte zwichniętej soczewki . . . . .	2	2	1	—	2	—	—	2	—	—
» z irydektomią . . . . .	—	2	1	—	—	—	1	1	1	1
» bez irydektomii . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sztuczne dojrzenie (częścią z irydektomią z masowaniem, częścią przecięcie soczewki)	1	4	4	1	4	1	1	1	1	1
Przecięcie zaćmy wtórnej . . . . .	19	25	19	18	13	18	22	16	14	21
Ogólna ilość operacji na tęczówce . . . . .	17	15	15	10	7	10	11	11	12	19
» irydektomii . . . . .	2	10	4	7	5	8	11	5	2	2
Irydektomia z powodu jaskry . . . . .	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Irydotomia . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cyklodializa . . . . .	2	6	3	4	6	9	3	6	4	10
Sklerotomia . . . . .	13	17	8	4	10	7	15	18	8	13
Operacje narządu łzowego . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» na powiekach . . . . .	—	3	4	3	4	4	5	4	4	3
» spojówce . . . . .	—	5	4	11	7	4	5	4	4	3
» rogówce . . . . .	—	—	—	—	—	1	—	3	1	—
» mięśniach . . . . .	5	7	—	9	5	4	3	5	1	12
Wyuszczenie gałki . . . . .	—	1	—	2	1	—	—	1	1	1
Wydobyte ciała obcych z gałki . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Wyparowanie oczodołu . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Operacja silnego krótkowidzenia . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Wyuszczenie guza z oczodołu z pozos. gałki	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ogólna ilość większych operacji . . . . .	70	110	76	97	86	80	96	102	83	120

	1900		1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907		1908		1909	
	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale	Ambul.	Stale
Styczeń . . .	—	18	—	22	162	24	118	29	132	31	163	16	89	26	94	31	80	24	78	28
Luty . . . .	—	15	—	14	85	19	96	14	67	24	107	19	98	20	50	17	75	9	72	14
Marzec . . .	—	15	68	15	75	12	80	15	72	19	89	16	101	24	54	13	86	19	90	37
Kwiecień . .	—	24	96	15	65	18	87	22	140	31	159	22	98	35	108	25	43	13	85	25
Maj . . . . .	—	25	109	19	142	26	106	23	144	20	131	25	122	24	164	16	120	20	117	28
Czerwiec . .	—	23	88	30	78	18	78	2	142	19	81	21	73	18	102	19	105	19	150	32
Lipiec . . . .	—	17	120	16	69	13	105	20	106	16	96	25	120	19	158	21	82	10	128	21
Sierpień . . .	—	28	74	17	60	19	127	23	83	17	56	19	131	22	141	18	—	14	110	25
Wrzesień . . .	—	17	15	22	77	15	105	18	92	14	80	14	58	14	90	15	39	12	97	14
Październik .	—	18	107	20	76	15	87	24	115	14	84	17	88	21	137	13	99	29	106	14
Listopad . . .	—	14	82	15	49	21	73	19	105	11	36	10	83	23	62	17	71	22	61	22
Grudzień . . .	—	5	44	12	56	14	50	16	66	16	33	22	44	21	94	19	90	19	60	33
Razem . . . .	—	219	873	216	972	214	112	225	234	232	1165	225	1119	265	1254	224	800	210	1154	291





BIBLIOTEKA  
AKADEMII MEDYCZNEJ  
W LUBLINIE

90597