

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

Z WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik

—+— ROCZNIK PIERWSZY —+—

1899.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych (Gangraena palpebrarum et bulborum). Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok (Empyema sinus frontalis).

(Z 2 rycinami).

Spostrzeżenie

DRA JÓZEFA TALKO

w Lublinie.

Dokończenie.

Autopsja. Następnego dnia przystąpiłem do pośmiertnego rozpatrzenia oczu i głowy wobec kolegów: Radomyskiego, Seidenmann'a, Jaczewskiego i Garbaczewskiego.

Zwłoki średniego wzrostu, silnie wyniszczone. Skóra blada, cienka; tkanka podskórna prawie zanikła.

Skóra głowy w okolicy czołowej i skroniowej obrzękła, ciastowata. Skóra obydwóch powiek oka prawego, oraz okolic przyległych, a mianowicie: ku górze — do łuków brwiowych, ku stronie wewnętrznej — skóra gładyszki i nosa do grzbietu nosa, zewnętrznej — okolicy licowej (reg. zygomatica) i ku dołowi — do górnej granicy dołu szczękowego (fos. canina), — w stanie suchej zgorzeli (gangraena sicca) zabarwienia czarnego.

Cała zawartość oczodołu prawego przedstawia się w postaci suchej czarnej masy, w której — po dość trudnem przepołowieniu — zaledwo rozpoznać było można skurczoną gałkę oczną, wielkości orzecha laskowego, zawierającą odklejone i pomarszczone naczyniówkę z siatkówką (amotio chorioid. et retinae); odklejenie miało powstać lejka, którego szeroka część przyczepioną była w rzęskowej okolicy, między temi błonami i twardówką znajdowało się nieco żółtego surowiczego płynu. Soczewki ani ciała szklistego nie było, rogówki i tęczówki ani śladu. W tej czarnej zawartości oczodołowej, a mianowicie w tylnej jej części rozpoznać można było tłuszczową tkankę, nacieczoną żółtawym płynem. Całą tę zgorzelinową masę, którą nadzwyczaj łatwo, przytem na sucho, można było wyjąć, czyli oddzielić od okostnej oczodołu, położyliśmy do 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu formaliny, która po kilku dniach znakomicie ułatwiła rozpoznanie porażonych części, przyczem się uwydatniło jeszcze: 1. że pomarszczona twardówka zgrubiała była o 2 razy; 2. że nerw wzrokowy, którego pochwy rozciągnięte były żółtawym płynem, makroskopijnie miał prawidłową budowę; 3. że vena ophthalmica sup. wypełniona była do połowy czarnym, a do połowy już białym, przyrośłym do jej ścian skrzepem (thrombosis); że wreszcie 4. całe otoczenie tylnej części gałki, odbarwione formaliną, miało wygląd czarnej brody, niedawno wygolonej (État ponctuel), taka masa czarnych punkcików widzialnych była w tkance łącznej i mięśniach, a to wskutek skrzepów w małych żylnych naczyniach oczodołu.

Górna powieka oka lewego, oraz wewnętrzne  $\frac{3}{4}$  części p. dolnej (z wyjątkiem jej brzegu rzęсового) w stanie rozkładu zgorzelinowego. Gałka oczna pozbawiona rogówki niezmiernie miękka, przy dotyku wypłynęła z niej przezroczysta soczewka, oraz wodniste ciało szkliste; spojówka w stanie zupełnego rozpadu. Między gałką i błoną Tenon'a nagromadzenie się żółtawego wodnistej płynu. Naczyniówka i siatkówka nie są oderwane, przylegają dokładnie jedna do drugiej. Gałka oczna, dla zbadania wykrytych wziernikiem obok tarczy nerwowej białych ognisk wypocinowych, a znalezionych przy sekcji <sup>1)</sup>, włożoną została do 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu formaliny. Po kilkodniowym w niej leżeniu uwidoczniło się: 1. że twardówka nie zgrubiała jak w prawem oku; 2. że nerw wzrokowy, którego pochwy były też rozciągnięte surowiczemi wypocinami, wyglądał niezmiennym; że wreszcie 3. w silnie żółtym płynem nacieczonej za życia i po śmierci tkance oczodołowej znaleziono skrzep w v. ophthalmica sup. nieco wcześniejszego pochodzenia, aniżeli w żyłce prawego oczodołu i oto-

<sup>1)</sup> Dotąd nie zbadaliśmy drobnowidem.

ezonego mniej znacznymi, aniżeli w tym ostatnim, punkcikami, wskazującymi na trombozę małych żyłek zawartości oczodołowej.

Tkanka podskórna w okolicy czoła, osobliwie odpowiednio łukom brwiowym (*arcus superciliares*) nacieczona płynem żółtym.

Twarda opona mózgowa silnie przekrwiona i w wielu miejscach, zwłaszcza w przedniej części, zrosnięta z oponą miękką; żyły jej zawierają dużo płynnej, ciemnej krwi, niektóre zaś — *vv. meningeae anterior* i *media* przedstawiają się w postaci twardych sznurków (*thrombi vv. mening. anter. et mediarum*). Błona pajęczka bardzo zmętniała, płyn w przestrzeniach podpajęczyczych mętny, z odzieniem żółtym, ropiastym. W błonie naczyniowej mnóstwo żył, wypełnionych skrzepami, wzdłuż naczyń przedniej części — smugi żółtawej ropy. Takie zabarwienie widać też w oponie twardej odpowiednio przednim jamom czaszki, a także na spadku *Blumenbach'a* (*clivus*).

Przednia dolna część mózgu z trudnością mogła być wyjętą wskutek zrostu błon w przedniej prawej jamie czaszkowej, wywołanego silną zapalną sprawą ich na przestrzeni wielkości rubla sr. Postać zlepną zapalenia błon przechodziła w stan zapalenia ropnego (*meningitis supp.*), a punkt wyjścia — jak się okazało na przecięciu dolnej części zrazu czołowego mózgu, u podłużnej wielkiej bruzdy — stanowiła ognisko rozmiękczynowe, wielkości małej śliwki. Rozmięczenie to (*ramollitio cerebri*) miało cechę pochodzenia zatorowego. Mózg wogóle był w stanie silnego przekrwienia, żyły nastrzyknięte ciemną krwią do najdrobniejszych gałązek, co dość pięknie przedstawia się w bocznych komorach mózgowych.

Zatoka czołowa (*sinus frontalis*) wypełniona w prawej połowie ciągnącą się, żółtą, pół przezroczystą masą, podobną do żółtka, składającą się, jak pokazał drobnovid, prawie wyłącznie z komórek ropnych i niewielkiej ilości śluzu, a także i z komórek nabłonkowych, zawierających po kilka kropli tłuszczu. W lewej połowie zatoki zawierała się żółto-zielona ropa (podobna do wyciekającej w ostatnich dniach życia z lewego nozdrza), a w skroniowym jej kącie — wynaczynienie żyłnej krwi wraz ze skrzepem żylnym (*thrombus*). Po usunięciu dłutem górnej ściany obu oczodołów znaleźliśmy, taką jak w czołowej części zatoki, pół przezroczystą, żółtą, do żółtka podobną, masę. Z początku myśleliśmy, że zawiera się ona w górnej części oczodołu, lecz po usunięciu jej ze zdziwieniem znaleźliśmy drugą, nieco cieńszą, kościaną blaszkę oczodołową, po rozbiciu której doszliśmy do zawartości jamy oczodołowej. Okazało się, że górna ścianka oczodołu, a mianowicie *pars horizontalis ossis frontalis*, była podwójną, a to wskutek tego, że jama zatoki czołowej — zwykle mająca formę piramidy, ostrym końcem zwróconej

ku górze, a której wielkość zaledwo przechodzi łuk brwiowy, dochodząc do wyrostka licowego k. czołowej — rozszerzała się w naszym przypadku nad oczodołem w tył, sięgając do małych skrzydeł k. klinowej (os. sphenoid.), czyli do canalis opticus, dokąd zwykle dosięga pozioma, oczodołowa część k. czołowej.



Że pozioma oczodołowa część zatoki czołowej była dość obszerną, na dowód może posłużyć wysokość jej początku, t. j. na granicy z prostopadłą czołową częścią, wynosząca blisko 1 ctm.<sup>1)</sup> Nieprawidłowość tę przedstawia rycina, wyobrażająca oczodoł zmarłego w pionowym przednio-tylnym przecięciu.

Venae ophthalmicae superiores et inferiores w stanie zakrzepu

<sup>1)</sup> Nieraz zatoka oczodołowa dochodzi w strzałkowym kierunku do przedniego odcinka oczodołu, rozszerza się też rzadko nad oczodołem w tył obok boków crista galli do k. klinowej (Schech, Krankh. d. Mundhoehle, d. Rachens u. Nase. Leipzig. 1888, str. 294).

(thrombosis), takowy znaleziony i w obu zatokach jamistych (thrombosis utr. sin. cavernosum), inne zatoki twardej opony mózgowej i podstawy czaszki przepełnione czarną płynną krwią. —

Z powyższego opisu widzimy, że cierpienie usadowiło się w powiekach, gałkach ocznych i wogóle w zawartości obu oczodołów, a także w jamie czołowej (empyema sin. frontalis). Główna nasza uwaga zwróconą była na oczy, na chorobę jamy czołowej wskazywały tylko: silne bóle głowy przed wystąpieniem zmian w oczach, a następnie ocieklinowy obrzęk czoła, szczególnie w dolnej jego części, i pod koniec życia żółtaworopna wydzielina z nosa, przeważnie z lewego nozdrza. To cierpienie jamy czołowej w ciągu całej bytności chorego w szpitalu uszło uwagi dlatego, że chory co dnia zapytywany, wcale się nie uskarżał na bóle głowy, a co — rzecz godna uwagi — jednocześnie było notowaniem z zupełnem znieczuleniem pierwszej gałęzi nerwów trójdzielnych.

Co jednak zaszło pierwiej: czy patologo-anatomiczne zmiany w oczodołach, osobiwie prawym, czy cierpienie jamy czołowej — orzec na pewno dość trudno. Najprzód można przypuścić, że pierwotnie powstało jakieś podejrzanе zakaźne zapalenie prawej górnej powieki (phlegmone palp. sup. dext.), które przeszło na oczodół (phleg. orbitae) z zatkaniem żyły (thromb. v. ophth. sup.), potem obu zatok jamistych (thromb. sin. cavern. utr.), a w końcu lewej żyły oczodołowej (thromb. v. ophth. sin.<sup>1)</sup>) i zatoki czołowej (tromb. sin frontalis). Dalszym wynikiem tak zmienionego na obszernej przestrzeni żylnego krwi obiegu, było zatkanie żył błon mózgowych (thr. vv. durae et piae matris), thrombus et ramollitio przedniego dolnego płatu mózgowego i wreszcie meningitis suppurativa. Następczem zatkaniem obu vv. ophth. inferiores tłómaczę sobie obrzęk i czerwoność obu policzków, co dziwnie odbijało przy strasznem wychudzeniu chorego.

Dopuszczając jednak pierwotne porażenie pochodzenia

<sup>1)</sup> Podobny wypadek opisałem w styczniowym zeszycie »Postępu Okulistycznego«.

zewnątrznego, rodzi się pytanie: skąd się wzięło takowe zakażenie powiek? Badanie bakteryologiczne wydzielin przekonało nas, że nie było w miękkich częściach ani węglika, ani też chory nie uległ zarazkowi nosacizny. Wydzielinę prawego oczodołu wstrzyknięto do jamy brzusznej morskiej świnki, która po kilku dniach padła wskutek peritonitis partialis; w ropie, zebranej z jej jamy otrzewnej, kol. Radomyski w pracowni bakteryologicznej miejskiej znalazł czystą hodowlę gronkowca złocistego; tenże kolega z płynu, wyciekającego z oczodołu chorego, wyhodował gronkowce i łańcuszkowce (*staphylococcus pyogenes aureus* et *streptococcus pyogenes*) — prawdopodobnie były to mikroby już gnilnego pochodzenia, wytworzone w zmartwiałych tkankach. Czy zawierały się one w surowiczo-żółtych wypocinach pod skórą czoła, w oczodołach, a także w żółtkowo-galaretowatej masie jamy czołowej — nie mówiąc już o żylnych skrzepach (*thrombi*) — tego nie zbadaliśmy.

Można jednak, opierając się na anatomicznej budowie jamy czołowej zmarłego, sięgającej głęboko, bo do wierzchołka piramidy jamy oczodołowej, i to obustronnie, przypuścić — hipoteza ta ma więcej prawdopodobieństwa, — że po silnych bólach głowy wytworzyła się wypocina w tej jamie (*empyema et thrombosis sin. front.*), następstwem czego od tyłu było zapalenie żył i ich skrzepy (*thromb. vv. ophthalm.*), potem tromboza zatok jamistych, wreszcie anatomopatologiczne zmiany w błonach i samej istocie mózgowej. Na korzyść tego, zdaniem mojem, przemawia ogromny rezerwoar zropiałej masy wypocinowej w obszernej jamie czołowej, mającej kolor żółtka, z którego mogło pochodzić żółte zabarwienie ociekliny skóry czołowej, a także żółte nacieczenie wszystkich części, przeważnie tkanki luźnej oczodołów i wreszcie żółte, pod koniec życia, wydzieliny nosowe (przez *can. naso-frontalis*).

Łączność tych wszystkich jednakowego rodzaju zmian patologicznych, przeważnie mających miejsce w żylnym systemie oczodołów, jamy czołowej i mózgu z oponami, na pozór jest dość jasna, lecz — jak słusznie powiedział Prof. Berlin — zszeregowanie ich jest dość trudnem.

Pozostaje jeszcze jedna rzecz do rozwiązania, a mianowicie: skąd powstała tak obszerna zgorzel powiek i całego worka spojówkowego z następczym rozpadem obu gałek ocznych? Przyczyną tego długotrwałe zatkanie żył oczodołowych i wsteczne następcze zmiany wszystkich tkanek oczodołów, przyczem uległy uciskowi i zmianom nerwy czuciowe i współczulne, nie mówiąc już o ruchowych. Stąd porażenie odżywienia, czucia i ruchów nie tylko w powiekach, gałkach ocznych, lecz i w czołonosowej skórze. Zginęło najprzód prawe oko — chory przybył do szpitala w stanie zgorzelinowego rozpadu tej gałki. Sądząc jednak z przebiegu choroby lewego oka, która rozwinęła się pod mojem już spostrzeganiem, twierdzę, że taki sam pierwotnie miał miejsce i w oku prawem, t. j. najprzód objawiło się wysadzenie gałki ocznej (*protrusio bulbi*) z obrzękiem powiek i spojówki, potem porażenie wszystkich mięśni gałki, górnej powieki i akomodacyi, i całkowite znieczulenie oka i sąsiednich części (*anaesthesia r. ophth. n. V.*). Ponieważ rogówka była całkowicie zakrytą obrzękłą i opadniętą górną powieką, długo więc opierała się zmętnieniu i owrzodzeniu, z czasem jednak, kiedy do zgorzeli powiek przyłączył się zgorzelinowy rozpad spojówki, rogówka uległa owrzodzeniu, przebiciu i neuroparalitycznej nekrobiozie z następczem wypadnięciem zawartości gałek i ich zmarszczeniem.

Na lewym oku widzieliśmy więc początkowy okres tego, co się wytworzyło już na wsi w prawem, t. j. *protrusio bulbi*, *oedema palpebrarum et conjunctivae*, porażenie nerwów ruchu i czucia, a dopiero później objawiły się: zgorzel powiek i spojówki, neuroparalityczna nekrobioza rogówki i wypróżnienie gałki. Z wielkiem przeto prawdopodobieństwem można twierdzić, że zatytułowanie mojego spostrzeżenia: »zgorzel powiek i gałek ocznych«, nie jest ściśle naukowem, właściwie nieodpowiedniem; takie bowiem mają prawo tu do tytułu zgorzel, jak i porażenie wszystkich nerwów oczodołów, *phlebitis et thrombosis venarum utr. orbitae etc.* Ponieważ jednak zgorzel powiek, gałek i oczodołu (prawego) wraz z sąsiednimi częściami skóry bardzo przykuwała uwagę każdego z nas, użyłem

przeto tej terminologii do opisu powyższego przypadku, przyznając jej niezupełne prawo do figurowania w tytule spostrzeżenia.

Na tem kończę opis tego nader rzadkiego przypadku. Nie wdaję się, za przykładem Niemców, w żadne cytaty i wypisy z dzieł i czasopism, bo, jak powiedziałem na początku, nie czytałem o niczem podobnem, ale, idąc śladem współczesnych amerykańskich kolegów, podaję go bez żadnych komentarzy <sup>1)</sup>. Dodaję jednak, że będę bardzo wdzięczny temu z kolegów, który, uzbrojony odpowiednią kazuistyką, zechce zabrać słówko w wyjaśnieniu ciemnych stron objawów i przebiegu tej ciężkiej i zagadkowej choroby, zakończonej ropnem zakażeniem krwi (pyaemia) i zapaleniem opon i istoty mózgowej (meningoencephalitis).

Gangrenie powiek, której w podręcznikach zbyt mało udzielają miejsca, Dr E. Bock z Lublany poświęca kilka stron w swych »Augenaerztliche Mittheilungen« <sup>2)</sup>. Twierdzi on, że takową spostrzega się: 1) po urazie, 2) wskutek miejscowej ropnicy (róża, czarna krosta, blenn. acuta, panophthalmitis, dacryocystitis acuta, abscessus orbitae, meningitis purulenta), a także 3) dzięki zapaleniu ropnemu tkanki podskórnej, które bywa wynikiem ogólnego cierpienia, i kiedy zwykle oba oczy ulegają porażeniu. Skóra i podskórna tkanka łatwo ulegają zgorzeli, szczególnie górnych powiek, a to z powodu cienkości pierwszej i obfitości drugiej, a także wskutek tego, że tętnice powiek mają mało łączności z sąsiednimi i kollateralne krążenie nie prędko się tu wytwarza. Już kol. Mitvalsky stwierdził (1893 r.) zatkanie arterioli arcus tarsei bakteriami (Spaltpilze) przy obustronnej różyczkowej gangrenie powiek. —

<sup>1)</sup> Długotrwałe bóle głowy przemawiałyby za ropotokiem jamy czołowej, która była w tym przypadku niezwyklej postaci i powiększona, co przy cienkiej ścianie blaszki sklepienia jamy oczodołowej ułatwić mogło przejście sprawy zapalnej na zawartość jamy oczodołowej i spowodowało wytworzenie skrzepu żylnego z całemi następstwami, przez autora tak szczegółowo opisanemi.

<sup>2)</sup> Wiener Medicin. Wochenschrift. Nr 30—36. 1898.



Dr Bock spostrzegł zatory tętnic (embolia), a nawet zupełne zatkanie takowych wskutek rozrostu tkanek (endarteriitis, periarteriitis, endophlebitis, periphlebitis), zwykle przy obfitem drobno-krążłokomórkowym nacieczeniu porażonych części powiek. To jest, zdaniem Bock'a, zgorzel powiek zależy bezpośrednio od stopnia zmian w ich naczyniach. Autor opisuje szczegółowo, z rycinami, sześć własnych spostrzeżeń, z których w jednym przypadku (parutygodniowe dziecko) nastąpiło śmiertelne zejście: zgorzel rozwinęła się po silnym obrzęku powiek, zapewne wskutek obfitego ropienia spojówki. Wczesnem zszywaniem szpary powiekowej u swych chorych Dr B. zapobiegał wytwarzaniu się następczego wywrotu powiek, a więc i potrzebie plastyki: przekonująco o tem 2 ryciny (fig. 1 i 2), przedstawiające chorego w chwili obszernej zgorzeli obu górnych powiek i po zabliźnieniu się takowych, — ruchy powiek i zakrywanie gałek było prawidłowem.

Stafylokokus i streptokokus grają tu ważną rolę w wytwarzaniu się zgorzeli, już to działając miejscowo, już to wytwarzając toksyny, przenikające do krwi, dzięki którym tworzą się ciężkie flegmony<sup>1)</sup>.

Biorąc z dopiero co powiedzianych badań pochop do naszego spostrzeżenia, jestem przekonany, że zgorzel u naszego chorego była ostatecznie wywołaną zmianami i zatkaniami naczyń (tętnic i żył) nie tylko w powiekach, gałkach, ale i w oczodołach. Zresztą ostatnie słowo w tej sprawie pozostawiam wypowiedzieć czcigodnemu koledze K. Rumszewiczowi w Kijowie, który łaskawie podjął się zbadać drobnowidzem przesłane mu preparaty.

---

<sup>1)</sup> Przed kilku laty spostrzegaliśmy przypadek ropnego zapalenia jamy Highmora, oczodołowej tkanki, opon mózgowych, ze zgorzeliną powiek, po wyrwaniu zęba górnej szczęki przez kowala rzemieślniczemi cęgami. Opis tego przypadku podamy później w zestawieniu kilku innych odnośnych przypadków. Na razie zapisków klinicznych nie mamy bowiem pod ręką.

## 2. Cierpienia oczne w histeryi.

Ośm przypadków własnych.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Ciąg dalszy.

Do objawów czterech wymienionych stopni cierpienia ocznego przy histeryi mogą przyłączyć się inne, o których w krótkości wspomnimy.

Zamiast znieczulenia spojówki i rogówki może wystąpić, lubo znacznie rzadziej, nadczułość tych błon, najczęściej w połączeniu z kurczem bolesnym powiek, światłowstrętem i nadczułością połowiczną skóry (z powiekami). W wielu przypadkach towarzyszą stanowi temu oznaki nadczułości siatkówki, jak polepszenie wzroku przy umiarkowanym i słabem oświeceniu i pogorszenie przy silnem.

Jednoczne wielowidzenie, na które Szokalski pierwszy zwrócił uwagę<sup>1)</sup> i związał z histeryą<sup>2)</sup>, opisane dokładnie przez Charcot'a i Parinaud'a, łączy się czasem z innymi objawami ocznymi w histeryi.

Przedmiot, który w bliskości przedstawia się choremu pojedynczo, w pewnej odległości, różnej dla każdego chorego, wydaje się podwójnym, potrójnym i t. d. Powiększenie odległości czasem powiększa liczbę wyobrażeń przedmiotu. Ulrich<sup>3)</sup> spostrzegwał chorą, która widziała sześć wyobrażeń przedmiotu. Liczba wyobrażeń może być różną dla dwóch oczu jednego chorego. W przypadku Parinaud'a oko prawe widziało trzy obrazy, lewe dwa. Obraz rzekomy leży zewnątrz prawdziwego, gdy dwa są obrazy rzekome, po obu jego stronach; czasem

<sup>1)</sup> »De la diplopie monoculaire ou double vision d'un oeil«. (These de Paris. 1839).

<sup>2)</sup> Prag. med. Vierteljahrschrift, 1846 i 1851.

<sup>3)</sup> Klin. Monatsbl. f. Augenh. Lipiec, 1882.

obrazy nie są na jednakowej wysokości. Odległość między nimi często zmienia z odległością od oka.

Pansier<sup>1)</sup> spostrzegał w jednym przypadku, że postawienie szkła barwnego przed okiem histeryka powiększyło liczbę obrazów; w drugim przypadku wywołało wielowidzenie, które poprzednio nie istniało; zamiana jednej barwy szkła przez drugą zmieniała odległość obrazów. Pansier i Brusinelli<sup>2)</sup>, każdy w jednym przypadku, zaznaczyli, że płomień świecy daje większą liczbę obrazów, niż przedmiot nieoświetlony.

W niektórych przypadkach szkła, poprawiając wadliwość refrakcyi, usuwały wielowidzenie, w innych nie działały.

Röder<sup>3)</sup> spostrzegał wielowidzenie przy zupełnym bezwładzie akomodacyi.

Przyczyna tego objawu rozmaicie jest tłumaczoną. Fallo<sup>4)</sup>, Röder, Duret<sup>5)</sup> przypisują ją zmianom w mózgu. Wrażenie, otrzymane przez siatkówkę, wskutek skrzyżowania się częściowego włókien nerwu wzrokowego, udziela się obu półkulom mózgowym, które, będąc w stanie prawidłowym połączone z sobą czynnościowo, zlewają dwa wyobrażenia w jedno; gdy wpływ chorobowy związek ten zniszczy, powstają dwa obrazy.

Charcot, Parinaud, Gałęzowski jednooczne wielowidzenie przypisują kurczowi akomodacyi. Według Parinaud'a soczewka, nie będąca jednolitą, lecz składająca się z wielu segmentów, z których każdy oddzielnie przełamuje obraz, daje wiele wyobrażeń, które przy prawidłowej akomodacyi łączą się w siatkówce w jeden obraz. Gdy atropina unieruchomi mięsień akomodacyjny, może wystąpić dla pewnych odległości wielowidzenie jednooczne; podobnież działa kurcz mięśnia, znoszący jego czynność, wskutek czego soczewka wytwarza kilka obrazów.

Również kurczowi akomodacyi przypisuje Parinaud

<sup>1)</sup> Les manifestations oculaires de l'hystérie. Thèse 1892. 55—56.

<sup>2)</sup> Giornale di ottalmologia italiano. 1868.

<sup>3)</sup> Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Novemb. 1891.

<sup>4)</sup> Annales d'Oculistique, 1839. II. 234.

<sup>5)</sup> Académie de médecine, 22 sept. 1891.

widzenie przedmiotów w rozmiarze powiększonym (megalopsia), lub zmniejszonym (micropsia), spostrzegane niekiedy u hysteryków.

Podobny przypadek ogłosił niedawno Dor<sup>1)</sup>. Panna lat 19, przedstawiająca objawy histeryi, gdy patrzyła uważnie lewem okiem (dotkniętem niedowidzeniem), widziała niem początkowo przedmioty w takiej wielkości, jak drugim okiem, lecz po 1 lub 2 sekundach spostrzegą ją zmniejszone o trzecią część.

Gałęzowski uważa wielowidzenie jednooczne za zależne od kurczu, który opanowuje część tylko mięśnia akomodacyjnego i wskutek tego nieprawidłowo wykrzywia soczewkę. Zastosowanie atropiny albo szkiele usuwa, według jego zdania, kurcz i wielowidzenie, co rzeczywiście ma miejsce w wielu przypadkach, ale nie we wszystkich.

Podobnie Schmid-Rimpler wielowidzenie przypisuje nieprawidłowemu wypukleniu soczewki, wywołanemu przez częściowy skurcz mięśnia akomodacyjnego. Rödér'owi zaś zarzuca, że jeżeli w jego przypadku pomimo atropinizacji istniało podwójne widzenie, to tylko wskutek tego, że chora była dotknięta pierwotnie niezbornością. Zdanie swoje o przyczynie wielowidzenia popiera spostrzeżeniem Schwarcz'a<sup>2)</sup>, który stwierdził wziernikiem w 3 przypadkach, że w chwili powstawania podwójnego widzenia następowało wahanie się akomodacji.

Noiszewski<sup>3)</sup> uważa wszelkie jednooczne wielowidzenie za objaw wzrokowego bezładu (ataxia optica). Przyjmując, że każdy osobnik posiada swój stały najkrótszy czas, w przeciągu którego zdolny jest jeszcze widzieć przedmiot i odczuć wrażenie siatkówką, brał tak krótkie okresy czasu dla badań, że nawet osobnik prawidłowy stawał się ataktykiem wzrokowym, to jest przyjmował jeden punkt za dwa i t. d. Przy pomocy fiksometru (zwyczajny metronom, używany w muzyce) wywoływał u każdego jednooczne wielowidzenie. \*Układ łuków sko-

1) Revue gén. d'ophtalm., févr. 1897, p. 53.

2) Bericht der Ophthalmol. Gesellschaft in Heidelberg. 1895. 210.

3) Kronika Lekarska, nr 10, r. 1898. — Comptes-rendus du XII. Congrès intern. de méd. VI. 312.

jarzeniowych w mózgu jest układem niezależnym. Łączy on układ odprzedmiotowy z układem doprzedmiotowym mózgu. Łuki skojarzeniowe w mózgu odpowiednio poruszeniom osi wzrokowej łączą obwodowe punkty siatkówki korowej (rzutu korowego siatkówki) z punktem fiksacji. Zdolność liczenia punktów zależy od całości tych łuków skojarzeniowych. Przerwanie, a nawet powiększenie oporu, łuków skojarzeniowych staje się przyczyną bezwładu wzrokowego.

Wielowidzenie jednooczne spostrzega się nie tylko przy histeryi; może ono powstawać przy różnych wadliwościach dioptrycznych oka, przy niektórych chorobach ośrodków nerwowych i przy padaczce.

Obuoczne dwojenie spostrzega się czasem w histeryi przy braku bezwładu i skurczu zewnętrznych mięśni ocznych. — Schmidt-Rimpler objaśnia je głównie niedostatecznością mięśni. Wzajemna odległość obrazów ulega znacznym wahaniom, zależnie od bodźców ośrodkowych, działających na nerwy tych mięśni. Robin wskazuje na chwilowe podwójne widzenie obuoczne, połączone ze skurczem mięśni zewnętrznych ocznych, jako na zapowiedź napadu histerycznego.

Fosfeny istnieją w histeryi; wyjątkowo, według Rosenthal'a, znikają przy współczesnem istnieniu połowicznej nieczułości i połowicznej ślepoty.

Bóle oczne, zjawiające się przy wszelkiej pracy oczu w bliskości (asthenopia nervosa), występują przy różnych postaciach histeryi, pomimo braku zboczeń refrakcyi i akomodacyi lub poprawienia tych zboczeń. W niektórych przypadkach zaburzenie to ogranicza się uczuciem palenia i suchości w oku, lub obcego ciała na spojówce, w innych silny ból kolący zdaje się mieć siedlisko w gałce ocznej, albo za gałką i rozchodzi się dokoła oczodołu, przeważnie ku skroni; bolesnym też bywa tył głowy.

Po większej części ból ustaje po przerwaniu pracy oczu, lecz powraca natychmiast po jej odnowieniu, zmuszając chorych do wstrzymywania się latami całemi od czytania i pisanja. W innych przypadkach ból może trwać stale, a przy ro-

bocie powiększać się. Czasem powstaje on przy każdym wpatrzeniu się. W jednym z przypadków Landesberg'a (l. cit.) panna lat 23, przedstawiająca oczy miarowe i rozmaite objawy histeryi, czuła się dobrze jedynie przy zamkniętych oczach i w pozycji leżącej; wszelkie spojrzenie, choćby w dal, wywoływało natychmiast silne bóle z nudnościami i wymiotami. Tył głowy był siedliskiem stałego bólu, który czasem rozszerzał się do skroni. Wzrok, prawidłowy przy odpoczynku, spadał do  $\frac{15}{50}$  przy najmniejszym wysiłku. Zamieszkanie na wsi, domowe zajęcie i w końcu małżeństwo zupełnie ją uleczyły.

Obok tego zaburzenia występuje często światłowstręt, szczególnie wieczorem przy oświetleniu sztucznem. Źrenica bywa przy niem prawidłową, rozszerzoną lub zwężoną.

Bóle, podobnie jak inne objawy histeryi, są bardzo zmienne w natężeniu, zależnie od wpływów moralnych i fizycznych. — Przy ogólnem leczeniu ustępują, lecz łatwo mogą powracać.

Cierpienie to nazwał Donders bolesną akomodacją, Nagel nadczułością mięśnia rzęskowego, Schenkł bolesnością oczną histeryczną, Förster »kopiopia hysterica«.

Spostrzega się je częściej u kobiet, rzadziej u mężczyzn. Trzy przypadki u tych ostatnich widział Nuel, jeden Pansier.

Nie jest ono charakterystycznym dla histeryi, gdyż spostrzega się w podobnej postaci przy blednicy, przy chorobach macicznych i innych cierpieniach.

Odnoszący się tu przypadek widziałem dwa lata temu u chłopca lat 18.

Oczy miarowe, akomodacja prawidłowa. Lewe oko ma wzrok osłabiony (0,7) i przedstawia zwężenie pola widzenia dla białej (zewn.  $65^{\circ}$ , wewn.  $50^{\circ}$ , ku górze  $45^{\circ}$ , ku dołowi  $55^{\circ}$ ) i niebieskiej ( $56^{\circ}$ ,  $40^{\circ}$ ,  $34^{\circ}$ ,  $43^{\circ}$ ) barw; bez zmiany były: fioletowa, zielona i czerwona; ta ostatnia w ten sposób zajmowała szerszy obręb, niż niebieska. Osłabienie czułości spojówki, rogówki i gardzieli. Źrenica nieco rozszerzona, prawidłowo oddziaływająca. Żadnych zmian wziernikowych.

Oko prawe zupełnie prawidłowe, bez zboczeń ze strony wzroku i pola widzenia.

Z ogólnych objawów osłabienie czułości lewej połowy ciała z powiekami włącznie, zwłaszcza bólowej i termicznej. Żadnej choroby narządów wewnętrznych. O cierpieniach nerwowych w rodzinie nie wiadano.

Od kilku tygodni stale powstaje po kilkunastominutowem czytaniu lub pisaniu silny ból w oczach, zwłaszcza w lewem, zmuszający do przerwania roboty. Ból ten występował w ostatnich dniach w silniejszym stopniu, pomimo usunięcia się od nauk. Obok tego chory cierpi na zawroty głowy, osłabienie pamięci i jest przygnębiony.

O dalszym jego losie nie wiem.

---

Charcot, Babiński<sup>1)</sup>, Fink<sup>2)</sup> i inni spostrzegali przy hysteryi objawy, podobne do tak zwanej migreny oftalmicznej, które czasem bywają wstępem do napadu histerycznego. W niektórych przypadkach napady histeryczne ustają, gdy występują migrenowe. Cierpienie to mniej jest uporczywe od właściwej migreny oftalmicznej i ustępuje z innymi objawami hysteryi. Ślepotą połowiczna bywa przy niem rzadko, a, jak niektórzy dowodzą, nigdy.

Zboczenia ze strony mięśni ocznych są dość częste w hysteryi, jak to pierwszy wykazał Borel. Najczęściej towarzyszą innym objawom ocznym, czasem występują samodzielnie, zwłaszcza u dzieci. Częstym jest kurcz, jak wogóle w hysteryi, rzadkim bezwład. Zez kurczowy może występować napadami z drganiem włókienkowatę mięśnia i bólami czołowymi. Może on być pierwszym objawem hysteryi, która dopiero później wyraźnie powstaje. Wiele przypadków zezu, albo kurczu powiek, przypisywanych zaburzeniom miesiączkowania, ciąży, samogwałtowi, nerwobólowi nadoczodołowemu, wyjaśnia się, gdy się zjawiają objawy, charakterystyczne dla hysteryi. Wpływ hypno-

---

<sup>1)</sup> Archives de neurologie, novembre 1890.

<sup>2)</sup> »Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie« (Thèse de Paris, 1891).

tyzmu i napadów histerycznych na stan mięśni ocznych dowiódł zależności ich od tej nerwicy.

Wziernikowanie lub odwrócenie górnej powieki wywoływało w niektórych przypadkach u histeryków zez kurczowy albo drżenie gałek ocznych.

Kurcz mięśni powstaje nagle, sprowadzając zez i podwójne widzenie. Oko zezujące wykonywa małe drgania, powiększające się przy utkwieniu wzroku w jakiś przedmiot; jednocześnie występuje mruganie i uczucie ciężkości lub ból w czole.

Bardzo rzadko zez kurczowy histeryczny trwa przez dłuższy czas; po większej części prędko znika, aby potem znowu ukazać się, i ulega ciągłym zmianom w swoim napięciu. Najczęściej cierpi mięsień prosty wewnętrzny. Za przyczynę usposabiającą uważa Lapersonne<sup>1)</sup> nadmiarowość oczu.

Według Charcot'a zez histeryczny zawsze jest skutkiem kurczu, nigdy zaś bezwładu; Borel przypuszcza, że obok kurczu istnieje niedowład przeciwnego mięśnia. Pierwszy Borel zwrócił uwagę na częstość jednoczesnego występowania zezu kurczowego z histerycznym kurczem facialis i glosso-labialis (hémispasme facial glosso-labie Charcot'a).

Nie potrzebujemy dodawać, że nie każdy zez u histeryka jest histeryczny. Ten ostatni odróżnia się częstymi zmianami w napięciu i zjawieniem się w późnym stosunkowo wieku. Gałęzowski zauważył nagłe pogorszenia i znaczne zmiany, uwydatniające się przy badaniu podwójnego widzenia; przedstawia ono ciągle wahania, obrazy zbliżają się i oddalają się bez przerwy.

Zez kurczowy podobny jest do bezwładowego, lecz odróżnia się od niego prawidłowem polem ustalenia (fiksacyi) jednoocznem, które jest ograniczone w bezwładowem. Chloroform usuwa kurcz, a nie działa na bezwład.

Rękoczyn chirurgiczny może tylko chwilowo usunąć zez kurczowy, gdyż wkrótce powraca on z nowym kurczem.

Kurczowe »*déviacion conjuguee*« często występuje w na-

<sup>1)</sup> Bulletin médical du Nord, 1891, nr 3.



padach histerycznych; czasem pozostaje po napadzie, albo zamienia się w zez kurczowy. Frost<sup>1)</sup> spostrzegał je długi czas (w ciągu roku) u kobiety lat 25. Oczy były zwrócone ku dołowi i na prawo, górne powieki opuszczone; chora nie mogła oczu podnieść ku górze, lecz gdy dotykano końcem pióra powieki górnej, oczy ruch ten natychmiast wykonywały; podobnie, gdy jedno oko było zakryte, drugie poruszało się swobodnie, a zakryte towarzyszyło jego ruchom. Przy znieczuleniu chorej eterem, oczy przyjmowały prawidłowe położenie.

Kurcz mięśnia akomodacyjnego, częsty w histeryi, towarzyszy przeważnie kurczowi mięśni zewnętrznych oka, lecz może także zjawiać się samodzielnie. Kurcz całkowity wywołuje niedomiarowość ze zniesieniem akomodacyi (punkt najdalszy i najbliższy zlewają się w jeden), częściowy — niezborność niedomiarową, jak to miało miejsce w przypadkach Borel'a<sup>2)</sup>, Gałęzowskiego<sup>3)</sup> (w którym trwała kilka lat) i Pansier'a<sup>4)</sup>.

Drżenie oczu (nystagmus) bardzo rzadko występuje w histeryi. Zjawia się ono przy miarowości oczu, trwa stale, zmieniając się w natężeniu, istnieje jednakowo przy utkwieniu spojrzenia i bez utkwienia, nie powiększa się przy ruchach oczu, jak to bywa przy sklerozie (en plaque).

Kurcz mięśnia okrężnego powiek (zależnego od nerwu twarzewego) często spostrzega się w histeryi i bywa czasem jedynym jej objawem ocznym. Występuje wskutek napadu histerycznego, albo wstrząśnienia moralnego, albo bez widocznej przyczyny. Może łączyć się z kurczem akomodacyi, albo mięśni zewnętrznych oka, trwa najczęściej krótko i tylko wyjątkowo ciągnie się przez rok i dłużej. Ustępuje on niekiedy przy naciskaniu na niektóre punkty, niejednakowe u różnych chorych, którzy często sami o nich wiedzą. U innych naciskanie pewnych miejsc wywołuje kurcz. Borel, Babiński i Gilles de la Tourette mogli u histeryków wywoływać przez poddawanie

<sup>1)</sup> British. med. Journal. 1884. II. 1248.

<sup>2)</sup> Société française d'ophtalm. 1888. 277.

<sup>3)</sup> Société de biologie, 9 avr. 1892.

<sup>4)</sup> Op. cit. 108.

kurcz powiek (zarówno jak zez kurczowy i *déviation conjugué*), nigdy zaś bezwładu.

Rękoczyny chirurgiczne najczęściej pogarszają kurczowe opadnięcie powiek, a pomaga leczenie psychiczne. Silver<sup>1)</sup> zapewnił chorą z kurczem powieki lewej, że to oko się otworzy, gdy zamknie się prawe, co też rzeczywiście nastąpiło; następnie nałożono opaskę na oko prawe, lewe zostało otwartem i wyzdrowienie zupełne nastąpiło po kilku dniach. Stawbridge<sup>2)</sup> utrzymywał powiekę podniesioną przy pomocy plastra lepkiego; gdy plaster odrywał się bez wiedzy chorego, powieka pozostawała podniesioną. Po kilku tygodniach kurcz zniknął.

Postać kloniczna kurczu mięśnia okrężnego powiek, najczęstsza i przeważnie obustronna, przedstawia szereg szybkich, powtarzających się drgań, albo też ciągłe lekkie wznoszenie się i opadanie powiek, zamkniętych lub pół zamkniętych, ustępujące tylko we śnie.

Postać toniczna, częściej obustronna, lecz dotykająca w nierównym stopniu obie strony, zjawia się napadami, trwającymi od kilku minut do kilku godzin, może być połączoną z bólami, światłowstrętem, łzawieniem i nadczułością skóry powiek, spojówki i rogówki, albo też może wystąpić bez bólów i w połączeniu ze znieczuleniem wymienionych tkanek. Powieka górna zachodzi na dolną i opiera się usiłowaniami podniesienia jej, przyczem kurcz wzmaga się. Niekiedy zjawiają się drgania w górnej powiece. Skóra powiek mocno pozałamywana.

Postaci bolesnej towarzyszą czasem bóle okołoooczodołowe i nadczułość skóry, sąsiadującej z oczodołem.

Postać rzekomo-bezwładowa (*pseudo-paralitique Parinaud'a*) naśladuje opadnięcie powieki. Powieka górna zakrywa dolną, przedstawia mimowolne mruganie i drgania, podobnie jak w postaci poprzedniej; załamków prawie w zupełności jest pozbawioną.

Parinaud i Charcot wskazali na właściwości, odró-

<sup>1)</sup> Lancet, 1872. II. 117.

<sup>2)</sup> American Ophthalmological Society. 1875, p. 30.

znijające tę postać od bezwładu mięśnia unoszącego powiekę, mianowicie opór przy podnoszeniu powieki, nagłe jej opadnięcie po puszczeniu, obniżenie się brwi po stronie kurczu (w bezwładzie podniesienie się) i utworzenie się trzech bruzd prostopadłych na czole nad nosem.

Postać tę dość rzadko się spotyka, bywa ona jednostronną lub obustronną i zależy zawsze, według Charcot'a i Borel'a, od kurczu, nigdy od bezwładu.

Tu możemy dodać, że bezwład mięśnia okrężnego powiek nie spostrzega się nigdy w histeryi, z wyjątkiem napadów, podczas których może wystąpić chwilowo. W rzadkich przypadkach bezwładu mięśni, należących do obrębu nerwu twarzowego, okrężny nie jest dotkniętym.

Przypadek kurczu rzekomo-bezwładowego miałem możność spostrzegać i ogłosiłem go przed trzema laty w czasopiśmie »Medicinskoje Obozrenie«.

Dziewczyna piętnastoletnia dostała opadnięcia górnej lewej powieki, co ją mocno przestraszyło i skłoniło do udania się do mnie na następny dzień po nagłym zjawieniu się tego cierpienia.

Opadnięcie powieki przedstawia cechy, oznaczone przez Charcot'a; chora nie może podnieść powieki, przy unoszeniu jej doświadczam silnego oporu, brew obniżona, od czasu do czasu drgania włókienkowate powieki.

Żadnych objawów zapalnych ani podrażnienia na oku i powiekach. Czułość spojówki osłabiona, rogówki prawidłowa; źrenica, nieco rozszerzona, oddziałują dokładnie. Oko miarowe, bez zmian wziernikowych (jedynie tętnice siatkówki nieco zwężone), przedstawia wzrok 0,3, czyta tylko grubszy druk. Pole widzenia zwężone: zewn. 50°, wewn. 29°, ku górze 28°, ku dołowi 38°. Zmniejszanie się pola podczas badania na 6—7°. Granice pola dla barwy czerwonej 40°, 8°, 7°, 20°, dla niebieskiej, 30°, 5°, 4°, 11°. Rozpoznawanie barw zielonej i fioletowej utracone.

W oku prawem ruchy powiek bez zboczenia; oko miarowe, wzrok prawidłowy. Czułość spojówki nieco osłabiona,

rogówki prawidłowa. Żrenica słabo rozszerzona, oddziaływająca. Wziernik wykazuje tylko małe zwężenie tętnic siatkówki. Pole widzenia zwężone: 60°, 33°, 34°, 40°, zmniejsza się podczas badania na 6—7°. Granice dla barwy czerwonej 50°, 20°, 19°, 29°, dla niebieskiej 39°, 16°, 16°, 20°. Poczucie barwy zielonej zachowało się jedynie w środku, fioletowej znikło zupełnie.

Dla obu więc oczu pole widzenia dla barwy czerwonej było szersze, niż dla niebieskiej, objaw charakterystyczny dla histeryi, występujący w tym jej okresie, gdy zaburzenie poczucia barw stopniowo powiększa się.

Sądząc z tego objawu, należało przypuścić, że chora cierpiała na histeryę przez czas dłuższy przed opadnięciem powieki.

Mięśnie gałek ocznych działały prawidłowo.

Miejsc, których naciskanie usuwałoby opadnięcie powieki, znaleźć nie mogłem.

Z ogólnych objawów chora była dotknięta całkowitem znieczuleniem lewej połowy (razem ze skórą powiek), skarżyła się na częste bóle głowy, prędkie męczenie się oczu przy czytaniu i uczucie otrętwienia w palcach lewej ręki. Żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono.

Chorej dawano brom, waleryanę, stosowano stały prąd i wmawiano, że po pewnym czasie będzie z pewnością zdrową. Po pięciu tygodniach opadnięcie powieki zaczęło się zmniejszać, a pod koniec siódmego tygodnia znikło. Leczenie, prowadzone w dalszym ciągu, głównie dla podziałania na psychikę chorej, usunęło po 11 miesiącach wszystkie objawy histeryi.

Dokończenie nastąpi.

## Michał Borysiekiewicz.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 18 września b. r. umarł w Gracu Dr Michał Borysiekiewicz, zwyczajny profesor okulistyki tamtejszego uniwersytetu i prymaryusz oddziału ocznego, w 52 roku życia.

«Prawdą, a pracą».

Profesor Borysiekiewicz urodził się 1 marca 1848 r. w Białobożnicy, powiecie czortkowskim w Galicyi, jako syn ś. p. gr.-kat. księdza Michała Borysiekiewicza, dziekana czortkowskiego, i ś. p. Barbary z Kulczyckich. Ukończywszy szkoły ludowe w Buczaczu i sześć klas gimnazjalnych w Stanisławowie, uczęszczał do klasy VII. i VIII. w Tarnopolu, gdzie też w r. 1866 złożył egzamin dojrzałości; w jesieni zaś tegoż roku udał się na wydział medyczny do Wiednia celem dalszego kształcenia się. Ukończywszy nauki medyczne z nadzwyczajnym postępem, został w r. 1872 doktorem wszech nauk lekarskich. Po osiągnięciu doktoratu wstąpił na klinikę Arlt'a, gdzie był przez dwa lata aspirantem. W roku 1874 przeszedł na klinikę profesora Stellwaga, gdzie został asystentem. Na tej posadze pozostawał przez lat 6 aż do r. 1879, zaś w r. 1880 habilitował się na docenta okulistyki. W tymże czasie odbył całą kampanię bośniacko-hercegowińską. Po powrocie ożenił się w roku 1882 z Teresą, córką Karola Riedla, inżyniera kolejowego. Jako asystent kliniczny nie ograniczał się tylko na bardzo starannem i sumiennem zajęciu się kliniką i chorymi, w niej umieszczonymi, lecz poświęcał cały swój od zajęć klinicznych wolny czas ulubionemu przedmiotowi: patologicznej i porównawczej anatomii oka. Już jako docent uniwersytetu wiedeńskiego, rozpoczął on bardzo usilnie pracować w kierunku dydaktycznym, a kursa jego należały w Wiedniu do najświetniejszych w owych czasach. I tak uczęszczali na nie nie tylko studenci i lekarze wiedeńscy, lecz także mnóstwo obcokrajowców, roznosząc sławę jego daleko poza granice monarchii. W tym to czasie był ś. p. Borysiekiewicz już znanym, jako operator, a wielu z naszych ówczesnych wysoko postawionych osobistości udawało się do Wiednia, oddając się jego pieczy. Gdy w r. 1887 opróżniła się katedra okulistyki w Innsbrucku, został Borysiekiewicz powołany do objęcia tejże. Chociaż nie Niemiec, potrafił

on wkrótce otoczyć się ogólną sympatją i stać się ulubieńcem kolegów i studentów. Jego pobyt tamże, gdzie w r. 1889/90 był dziekanem wydziału, wywarł na nim niezatarte wrażenie i marzył on zawsze o tak mile spędzonych tam chwilach, zaś szlachetna jego dusza zamykała się cała w miłości i przywiązaniu do kolegów.

Serdecznymi jego przyjaciółmi byli wówczas ludzie tej miary, jak profesorowie: Roux, Anton, Nicoladoni, Pommer, Loebisch, a później obecny nasz profesor Łukasiewicz.

Węzły przyjaźni, które ich łączyły, musiały być tem silniejsze, że cenili oni w zmarłym niezachwiany niczem charakter i jego wysoką wartość jako człowieka i kolegi.

D. 1 kwietnia r. 1892 został Borysiekievicz powołanym na profesora okulistyki do Gracu, gdzie miałem to szczęście powitać go i zbliżyć się do niego. Już pierwsze wrażenie, jakie wywarł swą osobą na otoczeniu, było nader korzystne i silne. Wkrótce poznaliśmy jego żelazną wolę i mrówczą pracowitość, zaś zbliżony do niego, poznałem jego szlachetną duszę i olbrzymie zalety ducha. Gdy w dwa lata później opróżnioną została katedra okulistyki w Wiedniu przez ustąpienie prof. Stellwaga, był Borysiekievicz postawiony przez wydział medyczny wiedeński secundo loco. W rok później robiono Borysiekieviczowi propozycje prywatne o przyjęcie katedry okulistyki na uniwersytecie niemieckim w Pradze. Mimo jednak znacznie korzystniejszych dla niego widoków, odmówił on temu, nie chcąc opuszczać nowych węzłów przyjaźni i stawiać się w fałszywe położenie wobec tamtejszych walk narodowościowych.

Z urodzenia będąc Rusinem, umiał Borysiekievicz w sposób, właściwy tylko wielkim ludziom, pogodzić swoje przekonania. Za granicą uważany za Polaka, żywił on równą sympatję dla Polaków, jak i dla Rusinów. Człowieka sądził wedle zasług i pracy. Jego dom stał otworem dla wszystkich z kraju przybyłych, gdzie często schodziła się kolonia polska. Był on wówczas najszcześliwszym z ludzi, gdy mógł swobodnie rozmawiać między swoimi o swoich. Polityką nie zajmował się nigdy. W ostatnim czasie obrany dziekanem wydziału medycznego na rok 1899/1900, umarł w pełni swej działalności w 52 roku życia.

Ś. p. Borysiekievicz był ideałem lekarza. Bez względu na materyalne korzyści udzielał swej pomocy tem chętniej tam, gdzie niedostatek z nędzą walczyły o lepsze. Nawet najuboższy nie znalazł drzwi zamkniętych, każdemu udzielał rady z równą

serdecznością, z każdym współczował — był wzorem lekarza-człowieka.

Jako przykład jego bezinteresowności niech posłuży ta okoliczność, że przyjeżdżając rok rocznie w odwiedziny do ś. p. ojca swego do Zarwanicy, po tegoż zaś śmierci do brata swego do Cwitowy, udzielał często ubogim bezpłatnej porady.

Jako nauczyciel był niezrównany.

Sława, którą ustalił sobie jako docent uniwersytetu wiedeńskiego, zwiększyła się, o ile to było jeszcze możliwem, wówczas, gdy rozpoczął systematyczne wykłady jako profesor w Innsbrucku, a później w Gracu. Dowodem tego była nadzwyczajna sympatya, jaką się cieszył między studentami, i olbrzymia frekwencya tychże na jego wykładach. Jako egzaminator był surowym, wymagał bardzo wiele, ale był bardzo sprawiedliwym. Poza godzinami nauki największy przyjaciel młodzieży, przypisywał on stanowisku studenta jakąś zupełną odrębność i nie zniósł nigdy uwag, ubliżających studentom. Kochał tę »bandę«, jak ich sam żartobliwie nazywał, całym sercem, a nie mógł mu nikt sprawić większej przyjemności, jak opowiadaniem jakiegoś udałego żartu studenckiego. Jeszcze po latach z uśmiechem o tem wspominał. Nie dziw więc, że nawet pośród najtrudniejszych warunków narodowościowych był zawsze ulubieńcem młodzieży.

Jako kierownik kliniki był wzorem pracy i zaparcia się siebie samego. Surowy i sprawiedliwy, żądał on wypełnienia obowiązków z apodyktyczną ścisłością. Chociaż niejednokrotnie były one trudne, to przecież stawały się przez to łatwiejszymi do wykonania, że ś. p. Borysiekwicz nie usuwał się nigdy sam od ich spełnienia i umiał zawsze zachęcać i dodawać otuchy.

Głównem jego usiłowaniem było wykształcić lekarzy, którzyby pracowali nie tylko głową, lecz i sercem.

Będąc na klinice bardzo czynnym, zachęcał wszystkich do pracy i tak się przyczyniał do tego, że rok rocznie drukowano wiele dobrych prac (Sachsalber, Wachtler i in.) z jego kliniki. Jego wielką zasługą jest to, że potrafił stworzyć szkołę, z której wyszło wielu lekarzy-okulistów po różnych krajach. Z pomiędzy dawniejszych, a mnie znanych, wymienię tylko kilku, którzy zajmują dziś wybitne stanowiska. I tak: Dr Sachsalber, docent okulistyki w Gracu, Dr Gamp, prymaryusz oddziału ocznego w Solnogradzie, Dr Lusič-Matković, prymaryusz oddziału ocznego w Zagrzebiu, Dr Swierszko w Czerniowcach, Dr Stasiński w Poznaniu, Dr Cravani w Styryi i wielu innych.

Zajmował się każdym, rozdzielał pracę, pouczał najchętniej.

Poświęcał swój czas ochoczo, jeżeli miał tylko przekonanie, że grunt jest podatny. »Od przyszłego okulisty — mawiał — wymagam bardzo wiele pracy i inteligencji«.

Klinika w Gracu zawdzięcza jego działalności swój wielki wzrost. I tak, będąc zdania, że podstawą wiedzy okulistycznej, jak wogóle każdej gałęzi medycznej, jest głównie anatomia patologiczna, postarał się, zaraz z początku swego przybycia do Gracu, o osobne wykłady anatomii patologicznej oka. Jego wpływom udało się, że osobisty jego przyjaciel prof. Birnbacher, znany w świecie okulistycznym, jako jeden z najpierwszych anatomów oka, zajął się systematycznie tymi wykładami.

W ten sposób powstała teraz całość w działaniu tych dwu dzielnych ludzi, a wykłady anatomii patologicznej bywały coraz liczniej uczęszczane przez studentów i lekarzy.

Temu ścisłemu działaniu tych dwu ludzi zawdzięcza klinika oczna w Gracu tysiące najcenniejszych, przepięknych preparatów drobnowidowych.

Już w roku następnym zdobył Borysiekiewicz w ministerstwie dwie posady operatorów (Operationszöglinge) — nowość, która dotychczas na klinikach ocznych nie istniała. — Osiągnięta wyższa dotacya zezwoliła utrzymywać stałego klinicznego słuźącego, przeznaczonego dla laboratorium, uzupełniać wspaniale bibliotekę i zakupić nowe aparaty i instrumenta.

Jego najdoskonalsze działanie, dla którego był on znanym daleko poza granicami monarchii, polegało na jego niezrównanej operacyjnej zręczności. Kto go widział operującego raz w życiu, ten niełatwo go zapomni. Najzupełniejsza pewność i spokój w prowadzeniu cięcia, jego nie do uwierzenia dokładne wskazania do operacyi, stawiające go w rzędzie najpierwszych operatorów ówczesnych, musiały każdego wprowadzić w zadziw.

Jako człowiek był nieskazitelnego charakteru.

Dla przyjaciół i kolegów będąc gotowym do największych ofiar, zapominał łatwo o krzywdach, których niejednokrotnie w życiu doznawał. O ile był szczerym i otwartym dla ludzi, będących mu blisko, o tyle unikał nowych znajomości, a po różnych zawodach w życiu stał się mniej dowierzającym. Nie nosząc w swem sercu złości przeciw nikomu, — nie lubiał zdradzać się przed obcymi z swymi poglądami.

Może ta okoliczność była powodem, że ś. p. Borysiekiewicz przez wielu był zapoznanym!



To przekonanie, że *praca jedynie sama uszlachetnia*, — wszczepiał w każdego z swych uczni i kazał zawsze pamiętać o tem, że pracuje się dla ludzi i dla nauki, zaś pozostać jej wiernym i szukać w tem spokoju i zadowolenia jest największem szczęściem lekarza.

Ś. p. Borysiekiewicz często bolał nad tem, że nie mógł pracować w swojej ojczyźnie!

Za dumny, by ze swem, trapiącym go, cierpieniem zwiernąć się przed obcymi, skarżył się nieraz przed tymi, do których miał wiarę i zaufanie.

Gdy przed siedmiu laty opuszczałem klinikę w Gracu, gdzie przez 11 lat pracowałem, zostałem zaproszony na wieczór pożegnalny przez ś. p. Borysiekiewicza. Gdy, żegnany przez kolegów z kliniki i oddziału ocznego, którego ś. p. zmarły był zarazem prymaryuszem, i przez wielu przyjaciół, chciałem w kilku słowach dać wyraz wdzięczności za wszystko, czego tam doznałem, i gdy łyzy, cisnące mi się do ocz, nie zezwoliły na wykształcenie słowa, powiedział ś. p. Profesor: »Przecież jedziesz pan do kraju, do swoich, pracować dla niego i dla nich«.

Te słowa, z głębi duszy wyjęte, są najlepszą wskazówką przekonani tego zacnego i prawego człowieka.

Przy końcu sierpnia r. b. przejeżdżał Borysiekiewicz przez Lwów z odwiedzin od brata swego z Cwitowy, gdzie po raz ostatni w życiu oddawał usługi cierpiącym. Mimo, że nawał chorych był w czasie jego odjazdu olbrzymi, nie chciał już czekać, gdyż rwał się do swej ukochanej rodziny.

Czyżby to było jakie przeczucie?

A jednak stało się to, co nam często jest tak trudnem do uwierzenia!

W pełni sił i młodym wieku umarł ten lekarz-człowiek, wywołując w tysiącnych sercach głęboki żal, pozostawiając w niemej rozpaczycy rodzinę, kolegów i przyjaciół, osierocając naukę i swą ulubioną klinikę.

Zanim mogliśmy zebrać myśli po tym ciężkim ciosie, zanim mogliśmy zdać sprawę sobie z tego, że śmierć jego jest prawdą. już zamknął grób te drogie szczątki.

On umarł, lecz pamięć o nim żyć będzie po długie lata, a wspomnienia wdzięczności wyręte będą złotemi zgłoskami w sercach tysięcy przez niego uzdrowionych, w sercach przyjaciół, kolegów i wszystkich, co znali dokładnie tę niezwykłą postać. —

*Działalność literacka.*

Najważniejsze prace ś. p. Borysiekiewicza, ogłoszone drukiem, są następujące:

*Pemphigus conjunctivae vulgaris* (cachecticus).

»Klinische Monatsblaetter f. Augenheilk.« 1878, p. 326.

Beitraege zur Extraction des grauen Staares der Erwachsenen.

»Klinische Monatsblaetter f. Augenheilk.« 1880, p. 199.

Ophthalmoscopische Beobachtungen an 171 Geisteskranken der Klinik des Herrn Regierungsrathes Professor Dr Meynert in Wien.

»Allgemeine Wiener medizinische Zeitung«. 1881. Nr.:

44—46, 48, 51, 52.

Staebchenorgan der Retina.

»Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien«. 1883.

1883.

Cocain in der oculistischen Praxis.

»Wiener medizinische Wochenschrift«. 1887. Nr. 10.

Netzhautpraeparate. Verhandlung der anatomischen Gesellschaft auf der 6. Verhandlung in Wien. 1892.

Erwiderung auf Dimmers Angriffe gegen meine Arbeiten: Ueber den feinen Bau der Netzhaut.

»Wiener medizinische Blaetter«. XVIII., p. 303.

Antwort auf die Entgegnung des Herrn Docenten Dimmer in Wien. Ebd., p. 351.

Prócz tych rozpraw pomniejszych poświęcił Borysiekiewicz całe swe życie badaniom anatomicznym siatkówki. W tym kierunku wyszły z pod pióra jego trzy większe monografie. I tak:

Untersuchungen ueber den feineren Bau der Netzhaut. 1887.

Weitere Untersuchungen ueber den feineren Bau der Netzhaut. 1894.

Beitraege zum feineren Baue der Netzhaut des *Chamaeleo vulgaris*. 1899.

Prace te, wymagające całego skupienia ducha autora w kierunku przez niego obranym, każda z osobna wymagała starannych badań i ścisłego opracowania materiału. — Dość wspomnieć, że, prócz obfitego i cennego tekstu, umieścił Borysiekiewicz w nich bardzo liczne i dokładne ilustracye, wymagające niemałego nakładu i pracy. I tak w pracy pierwszej było 91, a w pracy drugiej 65 ilustracyi preparatów drobnowidowych, zaś w pracy trzeciej było 36 mikrofotogramów.

Nie dziw więc, że prace te nieliczne, bo wymagały całych dziesiątek lat, bo wymagały badań tysiącznych skrawków drobnowodowych i absorbowały całą jego istotę tak, że nie mógł sam znaleźć dostatecznego czasu na inne publikacje. Nie mniej jednak był on gorącym przyjacielem *dobrej* kazuistyki i innych prac anatomicznych, o czym świadczy cały szereg doskonałych rozpraw, ogłaszanych rok rocznie z jego kliniki, nad których ścisłym przeprowadzeniem zawsze sam czuwał.

Jeżeli zatem spotykał go czasem zarzut, że na swem stanowisku mało ogłaszał, to zarzut ten był bardzo krzywdzącym tego cichego i gorliwego pracownika. Trzymając się zasady: »non multa, sed multum«, pracował prawie bez wytchnienia i z prawdziwym zaparciem w dziale najtrudniejszym, a może i najniewdzięczniejszym, tycającym się anatomii siatkówki oka. Że rzecz się ma tak w istocie, to przyzna mi każdy nieuprzedzony, gdyż temat, opracowany poprzednio tak świetnie przez autora tej miary, co H. Mueller, nie przedstawiał już z góry widoków na powodzenie. Liczne jednak uwagi samego Mueller'a, udowadniające wątpliwość jego własną co do pewnych szczegółów i zachęcające do przedsięwzięcia dalszych badań nad siatkówką, utwierdzały Borysiekiewicza w raz obranej drodze.

Prawdziwość mego powyższego twierdzenia więcej się uwydatni, jeżeli zważymy, że za swoje zdobycze i naukowe przekonania, oparte na ścisłych i na sumiennych badaniach, a osiągnięte gorliwą pracą i poświęceniem całego życia, spotkał się Borysiekiewicz z nieprzychylną i stronniczą krytyką.

Zarzuty, robione Borysiekiewiczowi, polegały na twierdzeniu, że, *nie oglądając się na dotychczasowe wyniki długoletnich badań i sposoby badań innych autorów, posługiwał się w swych pracach zastarzaniem metodami, których wyniki nie odpowiadają rzeczywistości.*

Zanim udowodnię bezzasadność i stronniczość tej krytyki, chciałbym, w celu łatwiejszego oryentowania się, zwrócić przede wszystkim uwagę na najnowszą i najważniejszą dzisiejszą literaturę, dotyczącą anatomii siatkówki.

W roku 1894 ukazało się epokowe dzieło prof. Ramon y Cajala<sup>1)</sup> w Madrycie, w tłumaczeniu Dra Greffa w Berlinie.

<sup>1)</sup> Ramon y Cajal. Die Retina der Wirbelthiere Untersuchungen etc. Wiesbaden beim Bergmann, 1894.

Otóż Ramon, który ma dziś reputację pierwszego histologa systemu nerwowego i siatkówki, wyraża się nadzwyczaj przychylnie o pierwszej pracy Borysiekiewicza z r. 1887 i przytacza częstokroć badania tegoż jako udowodnione fakta. (Drugiej pracy o siatkówce z r. 1894 nie mógł Ramon jeszcze znać, gdyż wyszła ona tylko kilka miesięcy przed dziełem Ramon'a). Píše on o tejsze zaraz na początku swego dzieła:

Str. 26 i 27<sup>1)</sup>.

»In den ersten Zeitraum fallen hauptsächlich die denkwürdigen Arbeiten von H. Mueller und M. Schultze und die nicht weniger bemerkenswerthen Untersuchungen von Koeliker, Hannover, Krause, Mueller, Schwalbe, Boll, Kuehne, Kunt, Rivolta, Golgi, Ranvier, Schiefferdecker, Borysiekiewicz. Die Arbeiten so vieler *bedeutender Forscher* haben zahlreiche und schöne Resultate ergeben« etc.

Stawia on zatem Borysiekiewicza w zasłużonym rzędzie wielkich badaczy.

Str. 56.

»Die Zellen sind Ganglienzellen« — de facto orzekł to pierwszy Borysiekiewicz, i dziś jest to głównie przyjętem.

Str. 115.

»Ich will hier nicht alle die zahlreichen Arbeiten, welche die Retina der Wirbethiere zum Gegenstand haben, aufzählen, ich möchte nur von neueren diejenigen von Schiefferdecker, Borysiekiewicz, Kuhnt, Lenox, Tartuferi und Dogiel hervorheben« etc.

Widzimy, że Ramon wprowadza tutaj Borysiekiewicza znowu w niezłe towarzystwo. Na poprzednich stronicach nie mógł Ramon przytaczać B., gdyż tenże nie zajmował się badaniem siatkówki ryb i ptaków, lecz tylko człowieka i zwierząt ssących.

Str. 137.

»Das Vorkommen von solchen Zellen in der inneren plexiformen Schicht ist von verschiedenen Autoren erwähnt worden, so namentlich von Nagel u. H. Mueller Neuerdings hat Borysiekiewicz sie bei den Fleischfressern gefunden. Er beschreibt sie als Nervenzellen mit Protoplasmaausläufern, die man in zwei Arten eintheilen kann: grosse und kleine«.

<sup>1)</sup> Cytaty niemieckie podaję z umysłu w oryginalne, nie chcąc tłumaczeniem zmieniać ich treści i formy.

Str. 145.

»Spinnenzellen. Wenn man einen mit Carmin oder Hämatoxylin gefärbten Schnitt durch die Retina betrachtet, so findet man hier und dort in der Opticusfasernschicht owale oder rundliche, mit granulirtem Protoplasma umgebene Kerne vor. Die Ähnlichkeit dieser Zellen mit denjenigen, welche zwischen den Bündeln des Sehnerven liegen, macht die von Schwalbe, Golgi und Manfredi, Borysiekiewicz u. anderen schon ausgesprochene Ansicht wahrscheinlich, dass wir hier mit eigentlichen Neurogliazellen zu thun haben«.

Chcąc się jednak dosadnie przekonać o wartości literackiej prac Borysiekiewicza, musimy sobie dokładnie przypomnieć szczegóły tychże.

Pomijając fakta mniejszej wagi, które Borysiekiewicz w pracach swych z r. 1887 i 1894 starał się udowodnić, dadzą się najważniejsze wyniki tychże zebrać *po krótcie* w następującem:

1. *Pręciki i czopki są zakończeniami promienistych włókien Mueller'a (Radialfasern), a nie zakończeniami włókien nerwu wzrokowego.*

2. *Włókno Mueller'a wydaje się jako włókno tylko na utrwalonych preparatach, w świeżej zaś tkance, która pochodzi z oka wydobytego ex vivo, tworzy ono cewkę (Schlauch) o nie bardzo zbitej zawartości (Weniger consistentem Inhalt). W tejsze cewce mieści się t. zw. wewnętrzne i zewnętrzne ziarno (Korn).*

3. *Wewnętrzne i zewnętrzne ziarna mogą wśród okoliczności dotychczas nam jeszcze nieznanych zmieniać swe miejsca — są więc ruchome.*

4. *Powyżej zewnętrznej warstwy ziarnistej (granulirte Schichte) znajduje się nowy podkład, którego nikt dotąd nie widział, gdyż preparaty nie były odpowiednio traktowane.*

Nie będę się powoływał na bardzo liczne prace autorów, w których zapatrywania te zostały po większej części potwierdzone, a zdobycze badań B. bardzo wysoko stawiane, pozwolę tylko sobie zwrócić uwagę na jedną z najnowszych prac o siatkówce Lindsay'a<sup>1)</sup> w Londynie.

I ten bardzo sumienny badacz anatomii siatkówki ocenia należycie zasługi Borysiekiewicza. I tak czytamy:

<sup>1)</sup> Lindsay, Johnson. London. Beobachtungen an der Macula lutea. III. Theil. Archiv f. Augenheilkunde, XXXV. 1897.

Str. 172.

»Die Zapfenfasern werden in ihrem ganzen Verlaufe von dem Sehnerv bis zu der hexagonalen Schicht von Scheiden eingeschlossen, die s. g. Mueller'schen Fasern sind, wie schon Borysiekiewicz ausgeführt hat, keine Stuetzfasern, sondern die Fortsetzungen der Zapfenscheiden« etc.

Str. 178.

Die Grenzschiicht des Makularplexus.

»Zwischen dem Macularplexus und der äusseren etc. — bis zur Rindschiicht bildet« (str. 179) opisuje Lindsay nową przez niego odkrytą warstwę i dodaje do tego ogromną mikrofotografię (Fig. 15).

Tę warstwę, która jest osią całej histologii i fizjologii siatkówki, opisał pierwszy Borysiekiewicz daleko dokładniej i odrysował ją najprzód w pierwszej swej pracy z r. 1887<sup>1)</sup>, a później w drugiej z r. 1894<sup>2)</sup>.

Ten anachronizm można przypisać tylko tej okoliczności, że Lindsay nie znał prac Borysiekiewicza w oryginale, a li tylko z bardzo niedokładnych referatów Oskara Schultze'go i Merckla, gdzie tylko jest wspomniane o herezyi, że B. uważa pręciki i czopki za zakończenie włókien Mueller'a. Wszystkie inne szczegóły są tam pominięte i ignorowane.

Klasyczną pozostanie w każdym razie ta okoliczność, że najnowsi autorowie, którzy się zajmowali badaniem siatkówki i przyszli do tych samych wyników badań, co Borysiekiewicz, podają je nieraz za swe własne zdobycze.

Rzut okiem na jedną z najnowszych prac Greff'a<sup>3)</sup>, który, jak to już wyżej wspomniałem, tłumaczył dzieło Ramon'a na niemieckie i uchodzi za dobrego znawcę literatury siatkówki, dostarcza nam dostatecznych na to dowodów.

Str. 165. Pisze on:

»Es „scheint“ also dass sie (Zwillingsganglienzellen) nur in der menschlichen Retina vorkommen«, zaś na str. 167 wyraża się o tem już stanowczo: »„nur“ in der menschlichen Retina«.

Temu swojemu, rzekomo nowemu, odkryciu dołącza bardzo śmiałą fizjologiczną hipotezę, że w tych komórkach zwojowych siatkówki następuje asocjacja wrażeń wzrokowych.

<sup>1)</sup> l. c., p. 32.

<sup>2)</sup> l. c., p. 23, 24, 25 i fig. 57.

<sup>3)</sup> Greff R. Ueber Zwillingsganglienzellen in der menschlichen Retina. Archiv f. Augenheilkunde, 1897. Nr XXXV, p. 156 u. f.

Pominąwszy już tę hipotezę, przypisuje on te bliźniacze komórki zwojowe (Zwillingsganglienzellen) *własnemu odkryciu*, chociaż Borysiekiewicz<sup>1)</sup> już w pierwszej swej pracy o siatkówce z r. 1887 opisał i rysował takowe, a nawet nazwał je wprost bliźniaczemi komórkami zwojowemi (zwłaszcza u tygrysa).

*Tak więc Greff odkrył w 10 lat później te same komórki, co Borysiekiewicz*, z czego znowu wypływa, że, podobnie jak Lindsay, nie znał i Greff pracy Borysiekiewicza z r. 1887 z oryginału, a li tylko z referatów.

Zadalekoby nas to prowadziło, gdybym chciał przytaczać wszystkie te dzieła, w których odkrycia Borysiekiewicza zostały uznane i uwzględnione, a powołując się tylko na same pierwszorzędne znakomitości w zakresie anatomii siatkówki, wspomnę tylko o jednym wielkiem dziele, dotyczącem siatkówki, wydanem przez Weinlandt'a<sup>2)</sup> w r. 1895.

W tej to pracy przytacza Weinlandt niemal na każdym kroku przez Borysiekiewicza zbadane fakta, chociaż stawia on w niektórych miejscach Borysiekiewicza niewłaściwie na drugim miejscu i chociaż łatwo można się przekonać z pracy tego ostatniego z r. 1894, że pierwszeństwo należy się właśnie Borysiekiewiczowi<sup>3)</sup>.

A mianowicie str. 17.

»*Thatsächlich sind, wie schon erwähnt, derartige Bewegungen der Zapfen unter Einwirkung des Lichtes von Engelmann etc. beobachtet worden. Stoehr, Borysiekiewicz beobachteten beim menschlichen Auge eine verschiedene Lage der äusseren Körner in den Zapfenschläuchen*« etc.

Str. 18.

»*Es scheint mir vielmehr in Übereinstimmung mit Stoehr und Borysiekiewicz als die bei weitem ungezwungenste Erklärung dieser Erscheinung der Vorlagerung des Zapfenkorns, für den Lebenden die Möglichkeit einer Hinundherbewegung des Korns im Zapfenschlauch anzunehmen die Erfahrung aber, dass eine solche Hinundherbewegung des Korns in dem Schlauch möglich ist, setzt beinahe als nothwendig voraus, dass beim Lebenden im Zapfenschlauch eine Flüssigkeit enthalten sei,*« etc., — a dalej na teje stronie:

<sup>1)</sup> l. c. p. 19.

<sup>2)</sup> Weinlandt Ernst. Neue Untersuchungen ueber die Functionen der Netzhaut nebst etc. Tübingen, 1895.

<sup>3)</sup> l. c. pag. 59—62.

»Stoehr und Borysiekiewicz vermuthen, dass das Wandern des Korn im Zusammenhang stehe mit der Funktion des Zapfens und dies dürfte wohl *kaum zu bestreiten sein*« etc. (Pierwszy zaznaczył to Borysiekiewicz).

Str. 18, na dole.

»1). Nur im Gebiet der Centralgrube ist das durchdringen der Körner durch die Siebhaut im entwickelten Zustand nicht wahrscheinlich, denn hier sind die Löcher der Siebhaut für die Zapfen besonders eng. Dementsprechend heben Dimmer<sup>1)</sup> und auch Borysiekiewicz besonders hervor, dass sie die Körner nicht in den centralen Partien der Fovea finden konnten« etc.

*Następstwo tych cytatów jest o tyle mylne, że Dimmer opisał to w r. 1894, zaś Borysiekiewicz już w r. 1887.*

»2). Dass der Inhalt der Zapfenschlauche ein weniger konsistenter sei, nimmt Borysiekiewicz *ebenfalls an*«.

Gdyby Weilandt był skromniejszym, powinien był napisać: Borysiekiewicz *war schon im J. 1881 der Meinung, dass der Inhalt der Zapfenschlaeuche ein weniger konsistenter sei und ich schliesse mich seiner Ansicht an.*

Str. 33.

»Borysiekiewicz (Weitere Untersuchungen etc. 1894) unterscheidet dreierlei *Aussenglieder* bei den Zapfen, solche die kürzer sind als die der Stäbe, solche die gleichlang sind und solche die länger sind«.

Str. 35.

»Mit dieser Auffassung stimmen auch die Bilder von Borysiekiewicz<sup>2)</sup> überein, wenn man den Durchmesser der Staebchen auf 2  $\mu$ . den der Zapfen auf 5—7  $\mu$ . und den der Becher auf 12—18  $\mu$ . ansetzt«.

*Z tego krótkiego już zestawienia widzimy, że wszystkie 4 najważniejsze postulaty Borysiekiewicza zostały przyjęte i udowodnione przez tych wybitnych autorów.*

Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden szczegół.

Gdy w r. 1892 na kongresie anatomów w Wiedniu demonstrował Borysiekiewicz swoje preparaty drobnowidowe, zostały takowe z wielkiem uznaniem przyjęte ze strony miarodajnej. Kilka tych preparatów znajduje się po dziś dzień

<sup>1)</sup> Dimmer. Beitrage zur Anatomie und Physiologie der Macula lutea des Menschen. 1894.

<sup>2)</sup> l. c., p. 19. Fig. 33—36.



w zakładzie patologii ogólnej byłego wówczas profesora Stricker'a we Wiedniu.

W rok później ukazała się krytyka Merckel'a.<sup>1)</sup>

Jakiś dziwny niesmak uderza już z samej formy krytyki, niewłaściwej w sferach naukowych. W krytyce swej pomija Merckel, jakby z umysłu, wszystkie szczegóły faktów, stwierdzonych badaniami Borysiekiewicza, a przytoczywszy tylko uwagi końcowe, piętnuje metodę, którą się posługiwał Borysiekiewicz, jako przedpotopową (antidiluvianisch).

Jakżeż dziwnym musi się zdawać każdemu nieuprzedzonemu taki sposób krytyki! Czyż przy przeprowadzeniu pracy naukowej jest miarodajną metoda badania, czy też wynik tejże? Czyż możemy uważać li tylko tę pracę o siatkówce jako odpowiednio wykończoną, przy której posługujemy się tylko nowymi sposobami badania, jak metodą Cajal'a, Golgi'ego, lub też Ehrlich'a błękitu metylenowego?

Zaprawdę to dziwne, że zarzuty przeciwko pracom Borysiekiewicza wyszły prawie wyłącznie od tych autorów, którzy przy własnych badaniach posługiwali się sami innemi, to jest starszemi metodami.

A dalej: czyż wówczas, gdy B. robił swoje doświadczenia nad siatkówką, nie był płyn Mueller'a kwas chromowy i osmowy najchętniej używany do konserwacyi i badania ócz i czyż właśnie te metody nie były mu wskazane przez jego poprzedników, jako najbardziej się polecające?

A chociaż nikomu nie może przyjść na myśl nie uznać wartości metody Tartuferi'ego, Ramon y Cajal'a i innych, to przecież już dzisiaj nie wszyscy uznają zgodnie dobroć tychże. Przecież każdemu, kto się choć niedługo zajmował tymi sposobami, wiadomo, że metoda srebrzenia skrawków ma i swe ujemne strony, gdyż często cierpi kształt elementów a delikatniejsze szczegóły się zacierają, zaś osadzanie się srebra działa bardzo niekorzystnie.

*Nie należy także i o tem zapomnieć, że właśnie dawnymi sposobami zostały ustalone nader cenne fakta, które stały się później podstawą dalszych badań.*

*Wybór właśnie metody był tem jajem Kolumba.*

*Jeżeli inni badacze, którzy przy przeprowadzeniu swoich badań posługiwali się innemi metodami, przyszli po latach do tych*

<sup>1)</sup> Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. III. Band. 1893, herausgegeben von Merckel und Bonnet. Wiesbaden, 1894.

samych wyników, co Borysiekievicz, to przemawia to właśnie za dobrocią metody, używanej przez Borysiekievicza.

Nie należy zapomnieć wreszcie i tej, bardzo ważnej, okoliczności, że dodatnie wyniki swych badań zawdzięczał Borysiekievicz głównie temu, że przy swych badaniach posługiwał się zawsze li tylko materiałem świeżym — a zatem badał oko wprost wyjęte z oczodołu, w którym tkanki nie podległy jeszcze zmianom pośmiertnym — szczegół nader ważny, na który mało zwraca się uwagi.

Sam zaś Borysiekievicz w ostatniej swej pracy o siatkówce z roku 1899 daje Merckel'owi następującą odprawę.

*„Offenbar hat hauptsüchlich die vorgebrachte Ansicht über die Mueller'sche Faser, die ich schon in meinen früheren Mittheilungen auseinandersetze, Merckel die Veranlassung geboten, in seinen Ergebnissen der Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1893, p. 291, in einem Referate über meine Arbeit sich einer ganz ungebührlichen Ausdrucksweise zu bedienen. — Ich kann selbstredend Niemandem verwehren, sich nach Gutdünken über meine Arbeiten zu äussern, aber ich lasse mir auch nicht das Recht nehmen grobe Angriffe mit vollem Ernst zurückzuweisen. — Wenn ein Referent unter dem unwiderstehlichen Zwange sich befindet, sein vernichtendes Urtheil über eine Arbeit abzugeben dann genügt es nicht, kurzweg die Schlussbemerkungen des Autors zu citiren, sondern — so erfordert es wenigstens der gute literarische Ton — er soll auch angeben, auf welchen Grundlagen der betreffende Autor zu seinen Resultaten kam. „Schlussbemerkungen“ allein, namentlich solche, die mit althergebrachten Anschauungen nicht im Einklange stehen“ wirken leicht befremdend. Hätte Merckel, seinen Worten wenigstens eine Spur von attischem Salz beigemengt so würde ich seine Kritik für eine mehr oder weniger malitiöse Enunciation halten, er that es jedoch nicht, daher klingt das Ganze einfach grob, also verletzend und muss ich deshalb seine Kritik als unpassend hinstellen, ganz abgesehen davon, dass durch Grobheit eine Frage nicht gelöst wird“.*

W swej ostatniej przedśmiertnej już pracy z roku 1899 zajmował się Borysiekievicz budową siatkówki z oka *Chamaeleo vulgaris*. Badał on anatomicznie 18 ócz tegoż, które utrwałął częścią w płynie Mueller'a, częścią w 3 $\frac{1}{2}$ % kwasie azotowym, formalinie,  $\frac{1}{2}$ —1% roztworze kwasu osmowego i w mieszaninie Flemming'a. Daje on dokładny opis drobnowidowy budowy siatkówki tego zwierzęcia, przyczem służą do objaśnienia liczne, gdyż aż 36, mikrofotograficzne zdjęcia. —

W pracy tej zwraca Borysiekievicz głównie uwagę na te stosunki histologiczne, których istnienie nie jest do dzisiaj jeszcze ogólnie przyjętem, to jest na połączenie warstwy przybłonka wzrokowego (Sehepithel) z reszłą części składowych siatkówki; *znalazł on bowiem w budowie siatkówki kameleona potwierdzenie poglądów, jakie wypowiedział był w swych poprzednich pracach nad histologią siatkówki oka ludzkiego.* Przy końcu podaje Borysiekievicz mikrofotograficzne zdjęcie z jednego miejsca ludzkiej siatkówki, w którym istnieje bezpośrednio połączenie między wewnętrznem a zewnętrznem ziarnem. Umieszczone mikrofotograficzne zdjęcia uzupełniają tę wzorowo przeprowadzoną pracę, usuwając wszelkie wątpliwości co do podanych stosunków histologicznych.

Czyż potrzeba jeszcze więcej przytaczać? Czyż fakta, powyżej przytoczone, nie przemawiają same?

I mimowolnie nasuwa się nam pytanie, jak się to stać mogło, że Borysiekievicz w swojej, tak bardzo racjonalnie i pracowicie przeprowadzonej, pracy, która wymagała całych dziesiątek lat, napotkał taką opozycyę?

Poruszać wszystkich motywów, które się na to składały, nie chcę: ze śmiercią s. p. Borysiekievicza zeszyły i one z nim do grobu, a zwrócę uwagę li tylko na to, że równocześnie z pracą drugą Borysiekievicza z r. 1894 pojawiła się praca Dimmer'a, omawiająca ten sam przedmiot, a różniąca się od pracy B. w zasadniczych punktach. Być może, że ta okoliczność spowodowała Dimmer'a, że tuż po Merckel'u wydał i on ujemną krytykę, nie umiąc w niej nawet upozorować osobistych swych wycieczek przeciw Borysiekieviczowi. W swej *a tempo* wydanej odpowiedzi zdołał Borysiekievicz<sup>1)</sup> odeprzeć tę zaczepkę i wyświecić prawdziwy stan rzeczy.

Świat naukowy podzielił się na dwa obozy i potrzeba było lat kilku aż przytoczone przezemnie powyżej znakom te prace Caja'a, Weinlandt'a, Greff'a, Lindsay'a i innych rzuciły po dziś dzień jasne światło na tę całą, może niemłą, a jednak tak bardzo zaszczytną dla Borysiekievicza, walkę. W ostatniej swej pracy z r. 1899 nie pozostaje Borysiekievicz i Dimmer'owi dłużnym odpowiedzi:

*»Dimmer hat im Jahre 1894 die dunklen Körnchen als Kunstprodukte zu deuten gesucht. Seiner Ansicht hat er in Form*

<sup>1)</sup> Borysiekievicz. Erwiderung auf Dimmer's Angriffe gegen meine Arbeit etc. Wien. med. Blaetter 1894.

*eines höchst illoyalen Angriffes Ausdruck gegeben. Ich versäumte nicht ihm sofort in Nr. 23. der Wiener medizinischen Blätter 1894<sup>a</sup>, die verdiente Antwort zu ertheilen und konnte hierbei feststellen, dass Dimmer es nicht verschmähte durch falsche Behauptungen und Weglassen der wichtigsten Sätze beim Citiren meines Textes seinen Invektiven den Schein einer Berechtigung zu verleihen. Ich halte es somit für innoportun, mich mit diesem Schriftgelehrten noch einmal zu beschäftigen“.*

Cała ta walka nie może nas zresztą dziwić, jeżeli zważymy, że nowe fakta, które odkrył Borysiekiewicz, zawdzięczał wynikom swoich zupełnie samoistnych badań.

Musi to być zaliczonym Borysiekiewiczowi do jego największych zasług, że podjął on walkę z otwartą przyłbicą za prawdę i święte przekonanie swoich zdobyczy.

Jeżeli posiew naukowy ma wydać obfity plon, to zapatrywania muszą się ścierać i wyrównywać.

Tak było i tak będzie.

Zdobycze Borysiekiewicza zostały po dziś dzień już w wielkiej części uznane, w części zaś zostały takowe ogłoszone, jako zdobycze innych badaczy.

Ponieważ dzisiaj nie może już sam za sobą przemówić, więc uważałem to jako mój obowiązek spłacenia długu wobec człowieka, któremu wiele zawdzięczam, przedstawić jego samego i jego działanie w świetle prawdy.

A nawet, gdyby dziś jeszcze nie każdy chciał się zgodzić we wszystkim z wywodami Borysiekiewicza, to jedno musi przyznać, że był to człowiek wielkiej pracy i nauki, i że ta nauka poniosła przez śmierć jego niepowetowaną stratę.

Cześć jego pamięci!

We Lwowie, dnia 23 września 1899.

*Dr Teodor Bałaban.*

---

## II. STRESZCZENIA.

---

*Foetale eitrige Entzündung als Ursache des congenitalen Mikrophthalmos und Anophthalmos.* Prof. Dr Hoppe z Kolonii (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. III).

Przeważna większość autorów przypisuje powstanie wrodzonego mikroftalmus lub anoftalmus sprawie ropnej, która niszczy

gałki oczne podczas życia płodowego. Zmiany chorobowe, jakie niejednokrotnie okazują szczałkowe gałki oczne (jak zarosnięcie źrenicy, zaćmienie rogówki), zdają się przemawiać za przebyłą sprawą zapalną, a nierna wydzielina ropna, jaką nieraz spotykamy w oczodołach takich ślepo urodzonych dzieci, potwierdza, zdaniem tych autorów, to przypuszczenie.

Prof. Hoppe wykazuje w wyżej wymienionej pracy, że mikroftalmus i o wiele rzadziej zachodzący zupełny brak gałek ocznych wyjątkowo tylko dałby się odnieść do ropnego zapalenia, a z reguły stanowi po prostu wadę rozwojową, której towarzyszą nieraz inne wrodzone wady, czy to oka, czy też innych narządów ustroju. Ze nie można tu myśleć o zakażeniu oka płodu jadem rzeżączkowym drogą przerzutu z pochwy matki, na to autor widzi dowód po pierwsze w tem, że rzeżączka pochwy u kobiet bez porównania rzadziej stanowi źródło zapaleń przerzutowych, niż rzeżączka cewki moczowej u mężczyzn (Pan as, Schmidt-Rimpler), a powtóre, że przerzutowych ropni w ciele płodu w zamkniętem jaju płodowym dotychczas nikt jeszcze nie stwierdził, ropienie więc wśródgałkowe stanowiłoby trudny do wyłómaczenia wyjątek. Krü c k o w, Kroll i Nieden przyjmują zakażenie za pośrednictwem wód płodowych. Tymczasem Prof. Hoppe przypisuje wodom płodowym przeciwnie nawet bakteryobójcze znaczenie, a z drugiej strony zwraca uwagę, że według Piringera wydzielina rzeżączkowa traci wielką część swej jadowitości przez samo tylko rozcieńczenie zwykłą wodą, a zatem, gdyby nawet toksyny drogą osmozy dostały się do wnętrza jaja płodowego, to ulegną rozcieńczeniu, a prócz tego zastaną powieki płodu tak szczelnie zamknięte i sklejone wydzieliną gruczołów Meibom'a, że wtargnięcie jadu do worka spojówkowego jest co najmniej bardzo utrudnione. Co do skąpej spojówkowej wydzieliny ropnej, która bardzo często się zdarza u bezocznych noworodków, to, zdaniem autora, nie można jej posądzać o zniszczenie gałki. Jest ona następstwem mechanicznego lub chemicznego zadrażnienia spojówki wodą płodową, która dostała się do worka spojówkowego wskutek nie dość szczelnego zamknięcia powiek, wciągniętych lejkowato w głąb oczodołu z powodu braku, lub małych rozmiarów gałki. Zresztą niejednokrotnie przychodzi do zakażenia wydzieliną dróg rodnych po pęknięciu pęcherza płodowego, jeśli poród jest ciężki i nad miarę się przeciąga. W świetle powyższych zapatrywań przytacza i rozbiera Prof. Hoppe na zakończenie szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do tego przedmiotu.

*L'intensité lumineuse des couleurs dans l'achromatopsie totale hystérique.* Dr P. Obarrio (»La Clinique Ophthalmologique« . Nr 15. 1899).

Korzystając z ciekawego przypadku nabytej ślepoty barwnej u młodej osoby, dotkniętej ciężką histerią, postanowił Dr Obarrio rozwiązać doświadczalnie następujące zagadnienie: jaką jest dla takich chorych wartość świetlna (*valeur lumineuse*) poszczególnych barw w porównaniu z odcieniami barwy szarej o znanej wartości świetlnej przy pewnym, stałym oświetleniu. W tym celu sporządził autor skalę z papierków barwy szarej, od najjaśniejszej aż prawie do czarnej, oznaczając odcienie ciemniejsze coraz to wyższą liczbą. Następnie wybrał szereg próbek papierowych różnobarwnych i do każdej z nich starał się dobrać próbkę barwy szarej możliwie tej samej jasności. Gdy mu się to powiodło, oznaczał papierek kolorowy numerem znalezionej próbki barwy szarej. Nawiasem mówiąc, kosztowało go to niemało trudu, bo przy porównywaniu jasności dwóch różnych odcieni barwnych należy niejako nie uwzględniać, nie brać w rachubę wrażenia barwy, co dla człowieka, obdarzonego prawidłowym poczuciem barw, nie jest zadaniem łatwym.

Po takim przygotowaniu próbek przedłożył je autor swej chorej, okazującej, jak wyżej wspomniano, zupełną obustronną ślepotę barwną, z poleceniem, aby do kawałków papieru kolorowego dobierała próbki szare tej samej jasności. Ponieważ oczom chorej próbki barwne przedstawiały się także jako szare, przeto przyszło jej o wiele łatwiej oceniać ich siłę świetlną. Istotnie na pierwszy rzut oka wskazywała odpowiedni papierek szary, i to opatrzony numerem tysasmym lub bardzo zbliżonym do numeru próbki kolorowej. W ten sposób przekonał się Dr Obarrio, że wrażenie świetlne, jakie wywołują różne barwy u osoby dotkniętej ślepotą barwną na tle histerii, jest co do natężenia to samo, jakie odbiera równocześnie osoba z poczuciem barw prawidłowym przy tych samych warunkach oświetlenia. Drugi wniosek autora jest już więcej hypotetycznym: utrzymuje on mianowicie, że ślepotą barwną w histerii polega na oddzieleniu wrażeń świetlnych od wrażeń barwnych, z których te ostatnie nie ulegają uświadomieniu.

*Dr K. W. Majewski.*

*Pupillenreactionsprüfer.* Dr v. Fragstein i Dr Kempner z Wiesbadenu (»Klin. Monatsbl.« Lipiec. 1899).

Przy połowiczej ślepotcie, zależnej od przerwy w ciągłości jednego z tractus optici przychodzi, jak wiadomo, do częściowego zniesienia odruchu źrenicznego: przy oświetlaniu oślepej połowy siatkówki źrenice pozostają nieruchome. Celem badania odruchu

źrenicznego w tych warunkach posługujemy się zazwyczaj metodą, podaną przez Schmidt-Rimpler'a. Badanie odbywa się w ciemnym pokoju. Po zasłonięciu drugiego oka puszcza się skośnie przez źrenicę snop światła na oślepiłą połowę siatkówki przy pomocy wklęsłego zwierciadła i wypukłej soczewki. Przy tym sposobie jednak bardzo jest trudno uniknąć, aby cokolwiek światła nie padło równocześnie na część siatkówki wrażliwą i nie wywołało zwężenia źrenicy. Prócz tego do przeprowadzenia badania potrzeba dwóch osób, z których jedna oświetla siatkówkę, a druga śledzi ruchy źrenicy.

Aby metodę tę udoskonalić i uczynić ją łatwiejszą w wykonaniu, obmyśleli Drowie v. Fragstein i Kempner przyrząd, składający się z tubusa 38 mm. długiego, o średnicy 12 mm., zawierającego dwie soczewki płasko-wypukłe i dwie zasłonki (blendy), mające za zadanie niweczyć szkodliwe boczne odbłaski. Jeden z końców tego tubusa zwęża się stożkowato i tu wkręcona jest wań cienka walcowata cewka. Długość jej wynosi 5 mm., a średnica przekroju  $1\frac{1}{2}$  mm. Przez nią to wychodzi z przyrządu cieniutki promień elektrycznego światła, dający się z łatwością skierować na dowolną część dna oka. Jako źródła światła używają autorowie małej, ale silnie świecącej żarowej lampki elektrycznej, zamkniętej w czarnym cylindrze, połączonym bezpośrednio z resztą przyrządu. Dla uzyskania światła o dostatecznym natężeniu wystarcza bateria elektryczna o sile 8 volt.

Przyrząd ten ma tę zaletę, że jest mały i poręczny, lekarz może nim zatem oświetlać dno oka i sam równocześnie bez pomocy drugiej osoby śledzić źrenicę. Drugą zaletę tego przyrządu stanowi okoliczność, iż daje on promień światła bardzo cienki, można nim zatem oświetlić ściśle ograniczone pole siatkówki, pozostawiając części sąsiednie zupełnie w cieniu, na czem przy badaniu odruchu źrenic w przypadkach ślepoty połowicznej tak bardzo zależy.

Dr K. W. Majewski.

*Ueber das Verhalten der Pupille u. einiger Reflexe am Auge im Säuglings- u. frühen-Kindesalter etc.* Dr Hermann Pfister (Archiv f. Kinderhk. 1899. Bd. XXVI.).

W zakładzie cesarza Fryderyka dla chorych dzieci w Berlinie podjął autor, celem skontrolowania tego, co dotychczas uważano za rzecz pewną, zbadanie 300 dzieci na prawidłową szerokość źrenicy, dzielność oddziaływania na światło i kilka innych zwrotnych działań.

Szerokość źrenicy mierzył wśród równych względnie warunków za pomocą pupillometru Schloesser'a. Pokazało się przytem, że szerokość źrenicy powoli wzrasta się w przecięciu od 1,5 mm. w pierwszym miesiącu życia, do 3,2 w 7—12 roku. Co do siły

oddziaływania na światło, to okazywało się w badaniach wzmaganie od 0,9 mm. w pierwszym miesiącu, do 1,9 mm. w 6—12 roku życia, ale stosunek do wieku nie jest tu tak wyraźnym. Średni obszar reakcyjny okazał się u dziewcząt większym, niż u chłopców.

Drganie źrenicy (hippus) na 300 dzieci można było tylko 3 razy stwierdzić, a u dziecka dwutygodniowego poprzedzało ono encephalitis haemorrhagica. Refleks rogówkowy okazał się, nie licząc kilku nieznacznych wyjątków, prawidłowym.

Refleks mrugania przy dotyku brzegu powiekowego w pierwszym miesiącu albo nie istnieje, albo bardzo jest niewyraźny; w drugim już miesiącu, zazwyczaj zaś dopiero w trzecim zawsze jest rozwinięty.

Refleks czuciowy, t. j. rozszerzenie źrenicy przy podrażnieniu skóry, nie dał się w pierwszym miesiącu wykazać, w drugim miesiącu na pewno raz jedyny mógł być stwierdzonym, stanowczo zaś stwierdzano go w 3—6 miesiącu. Częstotliwość jego rośnie, ale w późniejszych miesiącach znowu staje się on rzadszym.

Słuchowy refleks, to jest rozszerzenie przy podrażnieniu silnym słuchu, można było tylko w kilku przypadkach z pewnością stwierdzić i to po 10 tygodniach życia (»Neurol Ctrbl.« 1899. Nr 4).

W.

*Weitere Beobachtungen ueber den physiologischen Pupillenabschluss.* Dr Hamburger (»Deutsche med. Wschr.« 1899. Nr 22).

Wiadomo, że Leber, a z nim wielu innych, przypisuje ciału rzęskowemu zadanie wydzielania całej cieczy ocznej tak dla ciała szklanego jako też dla komórek ocznych. Gdy jednakże ostatni płyn chemicznie różni się od cieczy szklanej, przeto nie zbywało i na przeciwnikach tej teorii, do których się zaliczają Ehrlich, Schmidt-Rimpler, Michel i inni. Autor powyższej pracy sądzi, że zapatrywanie przeciwników Leber'owskiej teorii większego dozna poparcia, jeżeli udowodnimy, iż źrenica zupełnie zamknięta jest dla przepływu cieczy, w takim bowiem razie okazałoby się, że tęczęwka głównem, jeżeli nie jedynem, jest źródłem cieczy wodnej.

W tym celu podjął autor doświadczenia na oku króliczem, by wykazać, że w zwykłych warunkach przednia komórka zamknięta tęczęwką zupełnie i odgraniczona od tylnej. Za pomocą osobnej, bardzo subtelnej sikaweczki wprowadza do tylnej komórki 30% roztwór fluoresceyny. Bardzo liczne i żmudne doświadczenia, — po szczegóły odesłać musimy czytelnika do oryginału, — wykazały zdaniem naszym niewątpliwie, że założenie autora jest uzasadnione.

Przeciw tym doświadczeniom, ogłoszonym już roku zeszłego w »Ctrbl. f. pr. Augenheilkunde«, wystąpił między innymi G. Le-



winsohn<sup>1)</sup>, który wyników doświadczeń Hamburger'a potwierdzić nie mógł, a przyczyna tego, zdaniem Hamburger'a, w tem leży, że Lev. posługiwał się do swych doświadczeń zwykłą sikawką Pravaz'a, zupełnie niewłaściwą dla tak subtelných doświadczeń.

Ażeby nadto odeprzeć zarzuty Lewinsohn'a, że płyn wstrzykiwany przez Hamburger'a dostaje się do ciała szklistego, użył, chcąc badaniem mikroskopowem nabrać pewności pod tym względem, gdy fluorescyna mikroskopowo nie daje się oznaczyć, do tychże doświadczeń rozpuszczalnego błękitu pruskiego (Berliner Blau). Po natychmiastowem wyjęciu gałki i zwykłym stwardnieniu celem badania na przekrojach, przekonał się autor, że środek zastrzyknięty przeważnie znajdował się w tylnej komórce, pomiędzy tęczęwką a soczewką, od obwodu tęczęwki do zwieracza. Nieznaczne ziarenka były także i w soczewce, do której dostały się przez nieostrożne nakłucie tejże. Gdy dalej zrobiono zarzut, że płyn z tylnej komórki dlatego do przedniej w doświadczeniach Hamburger'a nie przedostaje się, ponieważ po wyjęciu igły pewna ilość płynu występuje i ciśnienie w tej części oka przez zastrzyknięcie nie wzmaga się, przeto, by nicość zarzutu tego wykazać, pozostawiał autor sikaweczkę przez kilka minut w miejscu wkłucia po dokonaniem zastrzyknięcia, a mimo podwyższonego ucisku dopiero późno zaledwo począł się płyn wstrzyknięty pokazywać w przedniej komórce.

Zrobiono dalej zarzut, iż zwrotne ruchy źrenicy nie pozwalają przyjąć zupełnego odgraniczenia tylnej od przedniej komórki.

Aby temu zaprzeczyć, wywoływał autor po zastrzyknięciu ruchy tęczęwkowe przez oświetlanie i ociemnianie oka, a mimo to nie okazywała się fluorescyna w przedniej komórce. Na gałkach zamrożonych mógł zresztą przekonać się, że tęczęwka, przylegająca ściśle do soczewki, może dość znacznie na niej ku obwodowi przesunąć się, zanim powstaje komunikacya między przednią a tylną komórką.

Udane bardzo doświadczenia doprowadzają do wniosku, że ciecz przedniej komórki musi pochodzić z tęczęwki, i to przeważnie z przedniej jej powierzchni, do której ścisła sieć naczyń więcej przylega, aniżeli do tylnej powierzchni, a u królika pojedyncze pętle naczyń dochodzą nawet do przedniego nabłonka.

Oczywiście odgraniczenie dwóch komórek nie jest hermetyczne. Tęczęwka tworzy tu tylko zastawkę (Ventil), która przestaje działać przy rozszerzonej źrenicy, przy zapaleniach tęczęwki i ciała rzęskowego. Nadto dopuszcza zastawka ta do pewnego stopnia także dyfuzję.

W.

<sup>1)</sup> Referat własny w Arch. f. Anatomie u. Physiologie. 1898, p. 547.

*Weitere Mittheilungen ueber Vorstellungsreflexe der Pupillen.* (>Neurol. Centralblatt.< Nr 11. 1899).

Już Budge w roku 1855 podał wiadomość, iż wyobrażenie oświetlonego miejsca sprawić może zwężenie, gdy wystawienie sobie ciemnego rozszerzenie źrenicy, a Domrich w r. 1849 zaznaczył, że wystawiając sobie jakiś bliski przedmiot powodujemy zwężenie, a przeciwnie wyobrażenie dalekiego rozszerzenie sprowadza. Autor powyższej pracy przytacza dalsze spostrzeżenia, jakie w kierunku działania psychicznego na źrenicę podjął u osób zdrowych.

I tak osobnik B. wpatrywał się w przeciwległą ścianę, gdy światło gazowe umieszczano w rozmaitych miejscach poza plecami badanego. Gdy tenże wystawiał sobie w wyobraźni światło poza nim będące, źrenica zawsze zwężała się, ale zwężenie to było słabszem zrazu od zwężenia, wywołanego zwróceniem uwagi na przedmiot błyszczący w polu widzenia. Dopiero później, gdy badany nabrał większej wprawy w wyobrażaniu sobie światła, działanie źrenicy stawało się pewniejsze i silniejsze. Przytem akomodacya była już to zupełnie zwolniona przez patrzenie w dal, już to ustaloną przez patrzenie na jakiś bliższy przedmiot. Że akomodacya przytem nie odgrywa żadnej roli, albo bardzo nieznaczną, wynikałoby z innego doświadczenia, jakie P. zrobił na osobniku B. Umieściwszy po prawej jego stronie płomień, po lewej zaś surdut czarny, polecił wpatrywać się już to na punkt wyobrażony poza ścianą przeciwległą, już to na punkt leżący w ścianie, już też na punkt bliższy, zawsze przytem źrenica zwężała się, gdy badany zwrócił swą uwagę na płomień, a rozszerzała się, gdy na surdut. Dalsze doświadczenia z innym osobnikiem, kontrolowane graficznie tak przez badanego, jako też badającego, osobno, by jeden o znakach drugiego nie wiedział, dawały zawsze wyniki prawie zupełnie identyczne.

Prof. Haab tłumaczy odkryty przez siebie refleks korowy (Hirnrindenreflex) w ten sposób: Z kory mózgowej przebiegają zstępujące włókna do nerwu okoruchowego, ich podrażnienie przenosi się na włókna źreniczne tegoż nerwu, podrażnienie zaś w ten sposób przychodzi do skutku, że w korze działanie jakieś przenosi pobudkę, przychodzącą przez włókna optyczne, na owe włókna zstępujące. Przy doświadczeniu, w tym kierunku podjętem, przechodzi podrażnienie na drodze optycznego nerwu do kory mózgowej, ale dopiero z chwilą, gdy uwagę zwrócimy na podrażnienie, płomieniem wywołane, przenosi się podrażnienie na włókna zstępujące, co zwężenie źrenicy sprowadza. Dopóki uwagi naszej na płomień nie zwrócimy, włókna te albo wcale nie, albo nieznacznie tylko podrażnione bywają.

Piltz tłumaczy powstanie ruchów źrenicy przy samych wy-

obrażeniach (Vorstellungsreflexe der Pupillen) w ten sposób, że n. p. przy wyobrażeniu światła sprawie, odbywającej się w korze mózgowej, towarzyszy podrażnienie włókien, od kory do ośrodka zwieracza źrenicy biegnących.

Doświadczenia swe streszcza autor w następujący sposób: Istnieją ruchy źrenicy, psychicznie skojarzone, a mianowicie:

A. Wpływ uwagi, zwróconej na jasne i ciemne przedmioty, znajdujące się bocznie do kierunku linii wzrokowej.

1. Zwężenie źrenicy następuje przy zwróceniu uwagi na przedmiot jasny, właściwy refleks korowy źrenicy, przez H a a b'a odkryty.

2. Rozszerzenie źrenicy przy zwróceniu uwagi na przedmiot ciemny, bocznie się znajdujący.

B. Wpływ samego wyobrażenia (Vorstellungsreflexe der Pupille).

3. Zwężenie przy wyobrażeniu światła.

4. Rozszerzenie przy wyobrażeniu ciemnego przedmiotu.

W.

*Przypadek zapalenia spojówki z guzkami, powstałymi skutkiem wniknięcia włosków roślinnych do tkaniny spojówkowej.* Dr Ch. Markus z Getyngi (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*. Lipiec. 1899).

Na spojówce powiek można było wykazać ograniczone zaczerwienienia, pęcherzyki i guzki, w których, przy bardzo dokładnem badaniu, widoczne były drobne włoski. Zdrażnienie i wydzielina mierna. Chorego leczono siarkanem miedzi, a kilku lekarzy rozpoznawało jaglicę i istotnie na spojówce chrząstkowej jednej powieki były miejsca, przedstawiające się zupełnie tak, jak zwykła brodawkowata jaglica. Kiedy autor wykazał włoski w spojówce, w guzkach i obrzmieniach brodawkowatych, zapytał chorego, czy nie miał do czynienia z gąsienicami, których owłosienie, jak wiadomo, może spowodować podobne zmiany chorobowe w spojówce (Ophthalmia nodosa Saemisch). Badany podał, że przed 4 tygodniami młócił zboże w stodole, a przytem dostały się do oka drobne cząstki roślinne, a prawdopodobnie unoszące się w powietrzu cząstki uwłoszenia nasion roślin różnych, stanowiących przymieszkę zboża. Prof. R h u m b l e r, botanik, badał włoski drobnowidowo, nie mógł jednakże wykazać, z jakiej pochodzą rośliny. Nie ulegało jednak wątpliwości, że włoski były pochodzenia roślinnego, gdyż wykazywały bardzo silną polaryzację, podczas kiedy chitynowe uwłoszenie gąsienic nie polaryzuje światła. Widocznem tedy było, że włoski dostały się do worka spojówkowego podczas młócenia zboża. Badanie drobnowidowe wyciętych guzków wykazało, że w każdym znalazła się większa ilość włosków. Nawet w najmniejszych mieszkach, o których

sądzić było można, że powstały skutkiem zadrażnienia, jak wogóle mieszki, można było wykazać w pośrodku nagromadzonych komórek okrągłych poprzeczne przecięcia włosków. *Machek.*

*Manifestations oculaires observées au Caire à la suite de l'influenza.* Dr Sameh Bey z Kairo (>La Clinique Ophtalmologique«. Nr 15. 1899).

Wszyscy okuliści zgadzają się dziś na to, że grypa wywołuje często cierpienia oczne i to najrozmaitsze. Autor przytacza szereg własnych spostrzeżeń, zebranych podczas epidemii tej choroby w Kairze, a uwzględnia takie tylko przypadki, gdzie zależność cierpienia ocznego od przebytej grypy nie ulegała żadnej wątpliwości. Przy wielkiej różnitości tych grypowych chorób ocznych dały się tylko nieliczne wspólne znamiona dopatrzyć i tak: przypadłości oczne rozwijają się najczęściej w ciągu pierwszego tygodnia po wystąpieniu pierwszych objawów influenzy<sup>1)</sup>; zazwyczaj dotknięte są obydwie oczy; osoby młode chore na grypę więcej są narażone na powikłania ze strony oczu, niż starsze wiekiem; kobiety, zwłaszcza nerwowe, ulegają im częściej, niż mężczyźni. Dr Sameh Bey spostrzegł: 1 przypadek obustronnego zapalenia nerwu wzrokowego, które doprowadziło do zupełnej ślepoty, 2 przypadki ostrej jaskry, 1 przypadek zapalenia tęczówki. Z chorób rogówki widział: 2 razy herpes corneae, 5 razy keratitis phlyctenulosa, 2 razy ropień rogówki, 2 razy wrzód rogówkowy. Z chorób spojówki: 3 razy mocne przekrwienie spojówki; 4 razy ostry nieżyt, 9 razy conjunctivitis catarrhalis granulosa (?), 2 razy wynaczynienie podspojówkowe, 2 razy chemosis conjunctivae. *Dr K. W. Majewski.*

*O septycznej trombozie zatok jamistych.* Dr William E. Bruner z Clevelandu, st. Ohio (>The ophthalmic Record«. Lipiec. 1899).

Pierwszy Knapp rozpoznawał trombozę zatok jamistych. Zdarza się ona w nich stosunkowo rzadziej, niż w innych zatokach. Zwykle sprawa z jednej zatoki przechodzi przez sinus intercavernosi na drugą stronę. Należy uważać za fakt, że z rozwojem zapalnej sprawy i na drugim oku, objawy pierwiej rozbolełego oka widocznie słabną. Knapp, Macewen, Fuchs najczęściej spotykali trombozę, powstałą wskutek zapalenia okostnej zębodołu.

Ogólne objawy, towarzyszące tej śmiertelnej chorobie, są na-

<sup>1)</sup> Nie odpowiada to naszemu doświadczeniu: u osób starszych mianowicie następstwa grypy występują w oczach często w kilka tygodni po wystąpieniu pierwszych objawów influenzy. *W.*

stępujące: temperatura ze znacznymi wahaniami, dreszcze, poty, wysoce śmierzący oddech, suchy, obłożony język, biegunka, wreszcie nie zawsze gnilne zapalenie opłucnej lub płuc.

Dr W. E. Bruner podaje klasyczny, przez siebie spostrzegrany, przypadek septycznej trombozy obydwóch zatok jamistych po przecięciu wrzodu na dziąsle i wyrwaniu zęba — przypadek ciekawy nadto z tego względu, iż choroba ciągnęła się trzy tygodnie. Z przyczyn niezależnych — autopsyi nie dokonano. *Wł. T.*

*Pyoctaninum coeruleum, jako dyagnostyczny i terapeutyczny środek w okulistycznej praktyce.* Dr W. Rudin (>Więstnik Oftalmologii<. Zeszyt III. 1899).

Dr R. używał 1% rozczyну pyoct. coer. w glicerynie przy ulcus serpens i przy owrzodzeniach rogówki, wywołanych obecnością ciał obcych, wkraplając w tych ostatnich przypadkach po jednej kropli codziennie na owrzodzone miejsce. Już po upływie 3 do 4 dni lżejsze owrzodzenia wygajały się zupełnie. Przy ulcus serpens Dr R. wpuszczał krople od 2 do 6 razy dziennie, opaski na oko nie nakładał, z wyników był zawsze zadowolonym. Dr R. utrzymuje nawet, że w przypadkach, kiedy operacya Saemisch'a nie pomaga, należy zaufać pyoctaninum coer. Przy stosowaniu tego środka tkanki pozbawione nabłonka barwiły się, w ten więc sposób najdrobniejsze skazy na rogówce lub spojówce uwidaczniają się. Stosując pyoctaninę, z łatwością możemy sprawdzać, czy leczniczy środek działa bezpośrednio na miejsca dotknięte chorobą. *Wł. T.*

*O szwie Kalk'a przy operacyach zaćmy.* Pryw. Doc. Andogski z Petersburga (>Więstnik Oftalmologii<. Z. III. 1899).

Już w 1867 roku Dr Williams z Bostonu zalecił w celu zabezpieczenia oka od infekcyi z zewnątrz sposób przekłuwania brzegów urazowej rany na rogówce nie na wylot, lecz przez górne tylko warstwy. Dr Williams pierwszy zaczął stosować szwy rogówkowe przy operacyach zaćmy, jednak, mimo zachęty autora, sposób jego popadł w zapomnienie. Dziś, kiedy, n. p. we Francyi, usunięcie zaćmy przez cięcie linijne obwodowe (metoda Graefe'go) rzadziej bywa dokonywanem, aniżeli usunięcie przez cięcie płątowe — francuscy koledzy otrzymują stosunkowo częstsze wypadnięcia tęczówki, więc starają się obmyślić sposoby, zapobiegające niemiłemu powikłaniu. Sposób Suarez de Mendoza (1888) polega na tem, że bezpośrednio przed operacyą wydalania zaćmy operator wyżłabia specjalnym nożykiem na rogówce w okolicy rąbka spojówkowego jamkę długości około 5 mm., zajmującą przestrzeń równą  $\frac{2}{3}$  grubości rogówki. Jamka owa służy do nałożenia dwóch

szwów, które po wydobyciu zaćmy (środek cięcia na obwodzie rogówki przejść powinien przez dno jamki i nie uszkodzić nitek) związują się i dopiero na 5—10 dnia usunięte być powinny. — O wiele praktyczniej obmyślił swój sposób paryski okulista Kalt, który po desinfekecyi i kokainizacyi oka wkłwa cieniątką igiełkę, nawleczoną cienkim, lecz mocnym jedwabiem w sam miąższ rogówki w kierunku średnicy pionowej około 1—1½ mm. poniżej rąbka spojówkowego i wykłwa ją tuż przed lamówką. Następnie Kalt wyżej ponad rąbkiem wkłwa znów igiełkę w tkanę przytwardówkową i, zaczepiwszy o górne warstwy twardówki, wyprowadza igiełkę z powrotem. Cięcie przy wydobyciu zaćmy Kalt prowadzi w ten sposób, aby środek cięcia wypadł ściśle między obu tymi szwanami. Po ekstrakcyi operator zawiązuje szwy, obcina krótko i pozostawia je w oku około sześciu do dziesięciu dni. Szwy nakładać na rogówce lub wyżej rąbka można i w kierunku poziomym. Cały ten rękoczyn przedłuża operacyę wydobycia zaćmy o jaką 1 do 3 minut czasu i, nie wywołując najmniejszego urazu, lub podrażnienia oka, posiada, według Kalt'a, który już setki razy operował w ten sposób, następujące dwie zalety: najpierw chory może nie leżeć w łóżku po operacyi, po drugie procent wypadnięć tęczówki znakomicie się zmniejsza. Niewielka łamliwość rogówki około szwów znika sama przez się już na drugi lub trzeci dzień po operacyi, po zdjęciu szwów pozostają na miejscu zakłucia igielki ledwie dostrzegalne blizny, nałożenie szwów nie zwiększa niebezpieczeństwa pooperacyjnej. — W końcu Dr Andogski czyni krytyczny rzut oka na stosowany larga manu przez Kalt'a sposób i uważa go za najlepszy z pomiędzy wielu innych, sądzi jednak, że postęp operacyjnej techniki polegać winien nie na wprowadzaniu zbytecznego balastu, lecz na wydoskonaleniu istniejącej metody. Na zasadzie teoretycznych rozumowań i własnych spostrzeżeń Dr And. twierdzi, iż sposób Kalt'a znaleźć powinien zastosowanie w następujących razach: przy operacyi zaćm kredowych, zwiechniętych, wskutek jaskry powstałych, kiedy pacjent zachowuje się wyjątkowo niespokojnie, kiedy oczekiwać można nienależytego spojenia brzegów rany, przy wycinaniu kawałków rogówki dla usunięcia jej stożkowatości lub bąblistości, i wreszcie przy częściowych garbcach rogówki lub wielkich zestarzałych wypadnięciach tęczówki po operacyi wydobycia zaćmy.

*Włodz. Talko.*

### *Nowy sposób operowania opadnięcia górnej powieki.*

Dr Koster (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Czerwiec. 1899).

Obecnie używane sposoby operowania opadniętej górnej powieki, obmyślane przez Pana's'a i Pagenstecher'a, pozostawiają

najczęściej wiele do życzenia. Operacya Panas'a pozostawia bliznę, a załamek pod górnym brzegiem oczodołu wygląda inaczej, niż na oku zdrowem, co szczególnie szpeci, jeżeli jednostronnie operowano. Po dobrze wreszcie wykonanej nitkowej operacyi Pagenstecher'a, wygląd oka bywa wprawdzie lepszy, lecz w krótkim czasie blizny nowo wytworzone ulegają wzdęciu, a powieka ponownie opada. Koster spostrzegł, że efekt operacyi tylko tak długo jest trwały, dopokąd nitki tkwią w tkaninie powiekowej. To spostrzeżenie nasunęło myśl pozostawienia nitek w powiece. W tym celu przeprowadził nitki, naturalnie ściśle aseptyczne, tak przez powiekę, aby się znalazły w całości pod skórą. Odsyłając czytelnika co do szczegółów przeprowadzenia operacyi do oryginału, wspomnę tylko, że zakłada dwie nitki, z których jedna podnosi nosową połowę górnej powieki, druga zaś skroniową. Aby guz nitki znalazł się pod skórą, nacina skórę nad brwią w długości 2 mm. Autor podaje, że w 2 przypadkach, które już 2 lata spostrzega, wynik dotąd jest zadowalniający. W lwowskiej klinice okulistycznej wykonano w trzech przypadkach tę operacyę z dobrym skutkiem. Ropienia nie było, bolesność przy dotyku ustąpiła za dni kilka, niezapalne obrzmienie trwało czas dłuższy. Czy nitki stale się utrzymują, czy się nie przerwają, dopiero dalsze spostrzeganie wykaże. W każdym razie myśl Koster'a pozostawienia aseptycznych nitek pod skórą powieki może znaleźć także zastosowanie w przypadkach odwinięcia i podwinięcia powiek.

*Machek.*

*Beitrag zur Nachstar-Operation.* Dr G. Levinsohn z Berlina (»Centralblatt f. Augenheilk.« Lipiec. 1899).

Obecność lub brak przedniej komory ma wielkie znaczenie przy operacyi zaćmy wtórorzędnej. Operacya ta staje się o wiele trudniejszą i wymaga znacznie troskliwszego leczenia następowego, gdy przednia komora zostanie otwartą i ciecz wodna odpłynie, a dzieje się to, gdy chcemy rozciąć zaćmioną torebkę nożyczkami i w celu łatwiejszego ich wprowadzenia wykonywamy szersze cięcie w rogówce. Wtedy też niebezpieczeństwo wypływu ciała szklatego jest wielkie. Dlatego chętniej używany do dyscyzyi igiełki Bowman'a lub nożyka Knapp'owskiego, bo instrumenta te przedniej komory nie opróżniają. Ale działanie igiełki lub nożyka nigdy nie jest tak pewne, jak działanie nożyczek. Sprężysta błonka uchyla się nieraz przed igiełką daleko w głąb ciała szklatego, które potem po przebiciu torebki doznaje obrażenia.

Dr Levinsohn obmyślił sposób operacyjny, który ma łączyć w sobie zalety sposobów wyżej wymienionych, a nie posiada ich wad. Do wykonania swej operacyi używa on nożyczek, sporządzo-

nych na wzór Wecker'owskich *pince-ciseaux*; różnią się jednak od nich przedewszystkiem tem, że ramiona ich są obosieczne, t. j. nie tylko od wewnątrz, ale także od zewnątrz ostrzone, prócz tego są nieco krótsze od Wecker'owskich i bardzo wąskie tak, że, gdy są zamknięte, przedstawiają się, jak nieco grubsza igła. Nożyczki te w stanie zamkniętym wbija się przez rogówkę w niewielkiej odległości od rąbka spojówkowego do przedniej komory i zagłębia się je aż po sam zamek. Długość ich jest tak dobrana, że wtedy ostry ich koniec przebija torebkę. W tej chwili należy nożyczki otworzyć, przez co ostrza ich na zewnątrz zwrócone rozetną błonę zaćmową. Przednia komórka nie wypróżnia się przytem, bo zamek instrumentu zatyka dostatecznie otwór w rogówce, a otwór ten nie rozszerzy się nawet przy otwieraniu nożyczek właśnie dlatego, że w nim tkwi spojenie ramion tnących. W razie, jeżeli błona zaćmiona jest tak mocną i grubą, że zewnętrzne ostrza nożyczek rozciąć jej nie mogą, wysuwa się nożyczki cokolwiek, otwiera się je i przebija jednym z ramion torebkę, która się dostaje wskutek tego między wewnętrzne ostrza i może być w zwykły sposób rozcięta.—

Autor użył dotychczas tego sposobu tylko dwa razy i to z dobrym skutkiem, ponieważ jednak rozporządza bardzo szczupłym materiałem operacyjnym, przeto długioby musiał czekać, zanimby mógł oprzeć swój sąd o wartości<sup>1)</sup> tego zabiegu na dość wielkiej liczbie przypadków. Ta okoliczność skłoniła go do wczesnego ogłoszenia swego pomysłu i oddania go operatorom do oceny.

Dr K. W. Majewski.

*Nouveau procédé opératoire pour l'épicanthe.* E. Berger et Robert Loevy. (»Revue illustrée politechnique médicale et chirurgicale«. Nr 1. 1899.

W czasopiśmie powyższem znajdujemy w rubryce »Technique ophthalmologique« w kilku słowach skreślone postępowanie operacyjne przeciw zmarszczce nakątnej, wielce podobne do sposobu, przez nas od kilku lat stosowanego, a opisanego w lipcowym zeszycie »Postępu«.

Różnica nieznaczna polega na tem, że autorowie wychodzą z dwóch punktów, ponad sobą stojących, a dalej od tychże punktów wyprowadzają dwa drugie cięcia, więcej ku nosowi zwrócone, gdy my wychodzimy z punktu przy nosie na linii przedłużonej szpary. Cel i skutek w obu razach niewątpliwie ten sam, lubo, według naszego mniemania, przy postępowaniu naszym w ciągu

<sup>1)</sup> Dla nas jest ona co najmniej wątpliwa. Cienkie zaćmy bowiem bardzo dobrze nożykiem Knapp'a przeciąć można, grubsze powinny być wydobyte.



operowania wielkość płata, mającego być wyciętym, lepiej i łatwiej da się, stosownie do potrzeby, wykreślić. —

Autorowie dodają, że możnaby tak samo stosować wycięcia półksiężycowe lub eliptyczne z wielką osią, równoległą do wielkiej osi zmarszczki nakątnej. Według naszego atoli doświadczenia postać płata naszym, a także »Berger'a i Loewe'go« sposobem wykreślonego, daleko lepsze daje wyniki. W.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### 1. Académie de Médecine. Posiedzenie dnia 23 maja 1899 r. *Sympathectomia.*

F. Frank doświadczał fizyologicznego działania tej operacji na krążenie mózgowe, gruczołu tarczycowego, oka, serca i dochodzi do następujących wniosków: część szyjowa współczulnego nerwu ma działanie wypychające na gałkę i to wskutek wpływu na mięsień Myller'a. Nerw ten działa na wśródoczne krążenie i rozszerzająco na naczynia; przecięcie nerwu obniża napięcie wśródgałkowe i z korzyścią może być wyzyskane przeciw jaskrze. Współczulny nerw szyi nie rozszerza, lecz zwęża naczynia gruczołu tarczycowego; jego przecięcie przyczynia się, obok porażennego rozszerzenia naczyń, do czynnej kongestji wysadzonej gałki.

Rozszerzacze naczyń dla gruczołu tarczycowego zawarte są w nerwach krtaniowych (nervi laryngei), zwłaszcza w górnym, który nie może być przeciętym.

Nie ulega wątpliwości, że nerw współczulny ma wpływ ściągający na naczynia mózgu, dlatego przecięcie tegoż musi podniecająco na krążenie krwi oddziaływać, stąd korzystny wpływ tej operacji na padaczkę i chorobę Basedow'a jest wątpliwy. Nerwy, przyspieszające uderzanie serca, pochodzą przeważnie z górnej części piersiowej nerwu współczulnego, tak, że stłumienie ich działania nastąpić tylko może przy resekcji zupełnie całkowitej. Cały nerw współczulny przenosi przez dośrodkowe nerwy na rdzeń pacierzowy i przedłużony podniety, od serca i aorty pochodzące. Dlatego logicznie można wnioskować, że przecięcie współczulnego nerwu tak samo przyczynia się do przytłumienia zbytńich podniety serca i aorty ku środkom, jako też odśrodkowych wpływów na gruczoł tarczycowy, mózg i serce. Podrażnienie serca i aorty może, tak samo jak podrażnienie współczulnego nerwu, wywołać szereg zaburzeń krążenia, które przypominają obraz choroby Basedow'a, włącznie roz-

szerzenia naczyń gruczołu tarczowego. Dlatego możnaby wykonać przecięcie całego nerwu w ciężkich postaciach zwrotnych, które od aorty biorą swój początek. (Według Muenchener Med. Wschrift., Nr. 25. 99). W.

## 2. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie. (Ciąg dalszy).

Schirmer z Gryfy: *O zakaźnych zapaleniach dobrotliwych ciała rzęskowego, występujących po operacji zaćmy.*

Prelegent wspomina o zapaleniach tęczówki i tęczówko-rzęskowych, które po operacjach przez tygodnie, a nawet miesiące trwają, mają zaś typ zapalenia surowiczego. Rozpoczynają się zazwyczaj w 10—12 dni po operacji, a trwają kilka tygodni, ustępując zastosowaniu atropiny, ciepłych okładów, salicylu i środków napotnych. Stwierdzono, że przyczyną tych zapaleń było niewłaściwe przygotowanie roztworu 3% kwasu borowego i to za pomocą zwyczajnej wody wodociągowej nieprzegotowanej. Odkąd powód odkryto i złemu zaradzono, zapalenia te więcej się nie powtarzały. —

Na zapytanie prof. Uthoff'a, czy robiono badania bakteriologiczne, odpowiada Sch., że takowe dały wynik ujemny.

Straub: *Przyczynek do zapalenia ciała rzęskowego.*

Przyjęcie t. zw. hyalitis, czyli zapalenia ciała szklonego, nie jest nowym pomysłem. Nazwa ta zniknęła z naszych podręczników okulistycznych, a autor sądzi, że byłoby rzeczą korzystną powrócić do tej sprawy i odróżnić hyalitis od cyklitis, z którą szkoła anatomiczna to zapalenie mięsza.

Gdy do ciała szklonego królika zastrzykujemy drobnoustroje, widzimy, jak powstaje wysięk do ciała szklonego, a zarazem wysięk włóknisty w źrenicy. Tęczówka przyczepia się do soczewki i ku przodowi wypycha się. Napięcie wśródgałkowe wzmagają się. Później ciało szklone odchodzi, i tworzy się hypopyon w przedniej komórce, rogówka zmętnia się, widzimy powstające na niej naczynia, a wkońcu gałka mięknie i zanika.

U człowieka możemy zupełnie podobne spostrzegać objawy po ranach przenikających, po zakażeniach w następstwie operacji, a także przy zakażeniach wśródorganizmowych. Cały obraz kliniczny nie różni się niczem od tego, co widzimy u królika. Jedynie waskularyzacja rogówki rzadko zachodzi. Względnie do nasilenia objawów podzielić można kliniczne przypadki na trzy kategorie, a mianowicie: przypadki lekkie, średnie i ciężkie. W lekkich przypadkach wyzdrowienie nastąpić może w 3—4 tygodniach. W przypadkach średnich nierzadko spotykamy się z wzmożonym napięciem, co jest korzystnym wpływem działania atropiny. Nareszcie w ciężkich przy-

padkach obraz kliniczny równa się zapaleniu całej gałki, a natenczas wyłuszczenie gałki bywa wskazanem. — Rozróżnianie hyalitis i cyklitis purulenta nie ma praktycznego znaczenia.

Schmidt-Rimpler zauważa, że istnienie zapalenia ciała szklanego nie ulega żadnej wątpliwości, a sam wykazał, że przez zastrzyknięcie łoż do ciała szklanego przez rogówkę, po poprzedniem usunięciu soczewki, otrzymujemy zapalenie tegoż ciała. Z drugiej strony odróżnianie przez Straub'a zapalenia ciała szklanego od zapalenia ciała rzęskowego zdaje się być przesadzonem, gdyż prawie zawsze oba zapalenia są zespolone.

Schoen z Lipska: *O zapaleniu twardówki w stosunku do krótkowzroczności.*

Po wyłożeniu teorii o zapaleniu tylnej twardówki, czyli twardówko-naczyniówki, uważanem, już to jako zapalenie swoiste, już też jako wynik ciągnięcia, zaznacza Seh., że niema czystych zapaleń twardówki, ale zawsze zachodzi przytem mniej więcej silny wysięk naczyniówki, pigmentowanie, przyczepy. Jeżeli do tego przystąpi silniejsze zapalenie naczyniówki, natenczas krótkowzroczność i jej powikłania wzmagają się.

Także ogólne warunki, które sprzyjają zapaleniu naczyniówki, jak gościec, pomieszkania wilgotne, praca w niekorzystnych warunkach, są głównymi czynnikami, wzmagającymi zapalenie twardówko-naczyniówkowe, wikłające krótkowzroczność.

Haab z Zurychu: *O odkażaniu wśródocznem.*

H. zwraca uwagę na trudność zwalczania zakażeń ocznych. Zastrzykiwania sublimatu nie dają wyników dobrych i dlatego szukałem w innym kierunku lepszych wyników. Ostwałt poleca, polegając na doświadczeniach, na zwierzętach podjętych, jodoform. Już przedtem miałem sposobność zastosowywać ten środek wśródocznie. W trzech przypadkach gruźlicy tęczówkowej wprowadziłem trójgrauńcem jodoform sproszkowany do przedniej komórki. Wynik był dość pomyślny, ale co mnie bardzo zadziwiło, to nieznaczny bardzo odczyn, wywołany tym rękocyznem, a dalej powolność wessania środka. To mi dało pochop do próbowania tego środka przy ropnych zapaleniach tęczówkowych, już to w następstwie urazu, już też przy operacyi występujących. Małeńkie, ściśnione wałeczki żelatynowe, odkażone, wprowadzałem do ran septycznych. Przednia komórka znosi je bardzo dobrze, a dość długo trwa, zanim one wessane zostają. W dwóch przypadkach panophthalmitis miałem to wrażenie, że przez wczesne stosowanie środka rozwój choroby wstrzymałem. W ropieniu ciała szklanego otrzymywałem również dobre wyniki. Nie chcę twierdzić, by przez to wzrok bywał ocalanym, ale można było wstrzymać się od wyłuszczenia gałki i później zastosować sztu-

czne oko. W przypadku ciężkim wrzodu pełzającego rogówki skutku nie było żadnego. Wogóle wyniki, otrzymywane przeze mnie u człowieka, odpowiadają temu, co Ostwalt osiągnął u zwierząt. Może będzie można przez ten środek zapobiedz zapaleniom współczulnym.

Silex: Wiadomo, że nierzaz już przez samo nakłucie rogówki otrzymujemy dobre wyniki. Wiemy dalej z doświadczeń bakteriologicznych, że skutku bakterjobójczego jodoformu nie posiada prawie wcale. Czy w danych przypadkach chodziło o prawdziwą gruźlicę, czyli też o rzekomą?

Wicherkiewicz: nie wątpi o korzystnym wpływie jodoformu w niektórych razach na sprawy ropne. Przeciw zapaleniu całej gałki (panophthalmitis) stosował w kilku przypadkach wstrzykiwania wśródgałkowe protargolu 2 do 5% z dobrym skutkiem. Ból i objawy zapalne ustępowały bardzo szybko, na co nawet sami chorzy zwracali uwagę, a prawdopodobnie uda się przez takie postępowanie zapobiedz wyłuszczeniom gałki lub następstwom zapalenia na drugie oko.

Schmidt-Rimpler: Nie można zapoznawać skuteczności jodoformu, a przypominam sobie przypadek zupełnego wyleczenia gruźlicy spojówko-powiekowej przez jodoform.

Haab: W owych trzech przypadkach gruźliczych natura cierpienia stwierdzoną była albo przez wszczepienie albo badanie bakteriologiczne.

Andr. Critchett z Londynu: *Najnowszy postęp w leczeniu stożka rogówkowego.*

Crit., krytykując dotychczasowe postępowanie przez przypalenie żegadłem galwanicznym wierzchołka stożkowego, podaje swój własny sposób, polegający na tem, że galwanokauter mało rozżarzony trzyma w pewnej odległości od stożka. Stara się więc przyżegać, ale nie wnikać głęboko w tkanę rogówkową. Następnie — powiada prelegent — cienką igłą, mocno rozpaloną, na samym wierzchołku stożka wgłębienie wykonywałem, docierając aż do błony Descemet'a. Gojenie bywa bardzo szybkie i zupełnie bezbolesne. W ten sposób operowałem 12 przypadków, a wyniki były tak zadowalniające, że przed trzema laty zachęciłem kolegów do przyjęcia tej zmiany operacyjnej, dającej niezaprzeczone korzyści. Pod wpływem bliźny rogówka przypłaszcza się, a wynik jest bardzo zadowalniający. W pasie, w którym tylko powierzchowne warstwy były przypalone, rogówka odzyskuje poprzednią przezroczystość, a na dwanaście przypadków operowanych, tylko w trzech potrzebowałem uciec się do irydektomii. Poprawa wzroku zależną jest od wielu okoliczności, ale występuje we wszystkich przypadkach, lubo w rozmaitym stopniu.

## IV. NOWE KSIĄŻKI.

Kuhnt: *Ueber die Verwendbarkeit der Bindehaut in der pract. u. operativen Augenheilkunde.* — Wiesbaden. J. Bergmann. 1899.

Jeszcze jako asystent Becker'a, począł autor w niektórych razach spojówkę stosować do pokrycia wypadniętej tęczówki, a na tej drodze dalej postępując, doszedł do cennych wyników, które dowodzą, zdaniem autora, że materiałem tym możemy się często z korzyścią posługiwać w przypadkach nieraz rozpaczliwych. — Przypadki, nadające się do odnośnych operacyi, dzieli autor na trzy rodzaje:

1. Ubytek tkanki rogówki i twardówki. Tu przemieszcza się sąsiednią spojówkę dla kerato-, względnie skleroplastyki.

2. Wypadnięcie tęczówki, albo tworzenie się garbca. Spojówka przesunięta może w sposób skuteczny ochronić część gałki ocznej.

3. Spojówka od dość dawna bywa użytkowywaną dla ochrony rany urazowej lub operacyjnej.

I. W pierwszym rzędzie przypadków, mianowicie po ubytkach wskutek nowotworów, — zwłaszcza, gdy plastyka wykonana dla wrzodów rogówkowych, gojenie następuje szybko, wrzód oczyszcza się, a równocześnie zapobiega się przekłuciu rogówki. Po dokonaniem zagojeniu tworzy się blizna »przezroczysta«. Gdy rogówka odtworzy się, płat spojówkowy cofa się. Skoro spód wrzodu jest bardzo cienki, trzeba się zadawałniać oczyszczeniem go jedynie pędzelkiem i słabym zroszeniem sublimatowem. Zużytkowya się jeden lub dwa płaty z mostkiem lub bez niego, stosownie do położenia wrzodu. Płaty o jednym moście są wskazane przy wrzodach obwodowych, przy środkowych zaś o podwójnych mostkach. Płat bez mostu stosujemy, gdy nie ma już sklepienia, a można też użytkować płat spojówkowy z innego osobnika. Po bliższe szczegóły, dotyczące techniki, odsyłamy czytelnika do oryginału.

II. Ważnem jest stosowanie plastyki spojówkowej dla leczenia wypadnięcia tęczówkowego. Skoro rogówka w całej grubości zniszczoną została, winny płaty spojówkowe zawierać dużo tkanki podspojówkowej. W przypadkach wypadnięcia tęczówki unika się wytworzenia przedniego zrostu (?) przez płat o dwóch podstawach. Skoro znaczne jest wkleszczenie tęczówki, trzeba wypadniętą część odciąć, gdyż plastyka nie wystarczyłaby, a wytworzenie blizny częściowo z tęczówki byłoby wadliwe. Gdy sprawa jest już zadawnioną, trzeba powierzchnię odświeżyć przez ostrożne zeszkrobanie.

W bardzo rozległych przypadkach winno się poprzednio zrobić irydektomię, aby na długo obniżyć napięcie gałki.

Przetoki rogówkowe nadają się także do leczenia tym sposobem. Gdy są zbyt przedłużone, wycina się trepanem stosowne części przetokę obejmujące i wciska rogówkę królika, którą się przytwierdza spojówkowym płatem.

W tenże sposób leczy autor także stare blizny rogówkowe, mające skłonność do wydymania się.

III. Spojówka w urazach: Powierzchnowe urazy rogówki i twardówki goją się lepiej, gdy je ochramiamy przed zakażeniem płatem spojówkowym. Przy ranach przenikających pokrycie spojówkowe zabezpieczy przed zarażeniem, a także mechanicznie do zagojenia przyczynia się.

IV. W końcu omawia autor korzyści płata spojówkowego podczas operacji i po nich, n. p. po zaćmowej operacji. Płat taki chroni ranę u osób, mających rozedmę płuc, osób nerwowych i mających przewód łzowy zajęty chorobowo. W.

*Sprawozdanie wojskowego szpitala w Tyflisie o liczbie chorych na oczy od 1892 do 1897 r. włącznie.* Dr Tarkowski, zarządzający ocznym oddziałem (Broszura. Str. 21).

Jakkolwiek opieka cesarzowej Maryi otworzyła w Tyflisie d. 24 listopada st. st. 1892 r. lecznicę dla chorych na oczy, to jednak rocznie do 300 chorych z ludności miejscowej szuka w szpitalu wojskowym porady. Liczba ambulatoryjnych chorych dosięgła w przeciągu sześciu lat 3012 (w tej liczbie cywilnych 1517), ze stałej pomocy lekarskiej korzystało 2855 (w tej liczbie cywilnych 74), procent więc niewojskowych wynosił 27,1, rekrutowali się oni nie tylko z Tyflisu, ale nawet z odległych stron Kaukazu. W szpitalu tyfliskim dokonano w przeciągu sześcioletniego okresu 1212 operacji, co po zestawieniu z ogólną statystyką operacji ocznych, dokonanych w tym czasie we wszystkich szpitalach wojskowych cesarstwa, wynosi prawie  $\frac{1}{5}$  część. Operowali przeważnie okulista okręgowy Larionow i autor sprawozdania, Dr Tarkowski.

Z tabelki, w której rozklasyfikowano choroby oczu, rzuca się w oczy stosunkowo niewielka liczba zaćm dojrzałych (75), na stosunkowo małą liczbę katarakt zwracał już przed 30 laty uwagę Dr J. Talko. Na ogólną liczbę chorych, t. j. 5867, spostrzegano raz fibroma corneae, raz echinococcus w oczodole i raz tylko włókna rdzeniowe nerwu wzrokowego w siatkówce. Wł. T.

## V. ROZMAIŃOŚCI.

Kurcze, a wady rozwoju tęczówki. Griffith opisuje dwa spostrzeżenia, dotyczące rodzeństwa, brata i siostry, którzy mieli w pierwszej młodości kurcze. U obu stwierdzić było można braki w rozwoju brzegu tęczówkowego, a nadto soczewki zwichnięte były ku górze. U chłopca stwierdzono przytem zaćmę przednią biegunową. — (Trans. ophthalm. Soc. XVIII., p. 190 i 191).

Cystę kanału szklatego opisuje Thomson u kobiety w lewem oku, którego wzrok wynosił tylko 6/60. Cysta ta znajdowała się zaraz poza soczewką, była przezroczystą i przechodziła ku tyłowi w krótkie przedłużenie lejkowate. W.

Charkowskie Towarzystwo Dobroczynności utrzymywało w pobliżu miasta kolonię dla jaglicowych. Utrzymanie to kosztowało 400 rubli. Na 26 dzieci tamże leczonych wyzdrowiało 20. J. T.

Redakcya otrzymała następujące pismo:

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w d. 20 b. m. posiedzenie, na którym uchwalono przedłużyć Zjazd poza pierwotnie zakreślony czas 4-dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900 r., a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako kwestyą pierwszorzędnej doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcyj dla narad nad tą sprawą wyszedł od Sekcyi Zakopiańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z inicjatywy Dra T. Janiszewskiego, lekarza Stacji klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wyklucza dokładnych dyskusyj nad rozmaitemi zagadnieniami, dotyczącemi gruźlicy, w każdej z sekcyj lekarskich Zjazdu. Nadto na pierwszym ogólnem posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jedną z polskich znakomitości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.

Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najsłynniejszych dzisiaj naszych uczonych, t. j. Prof. Hoyer'a z Warszawy i Prof. Nenckiego z Petersburga, którzy już przychyliłi się pod tym względem do prośby Komitetu.

Liczba sekcyj naukowych Zjazdu powiększyła się o sekcję dentyścyczną, której gospodarzem będzie Doc. Dr. Łepkowski (Kraków, ul. Straszewskiego). Nadto sekcyja techniczna Zjazdu, której organizacyą zajmują się z ramienia Towarz. Techn. Krak. i Komitetu Zjazdu Dyrektor Ingarden i prof. Steingraber, podzieli się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka grup, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcjach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z d. 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcyi i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

## Do wiadomości **P.P. Współpracowników** i **Czytelników.**

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**  
*Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**  
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

**Redakcyja.**

## *Głoszenia.*

### **Przegląd Farmaceutyczny** czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,  
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

**BOLESŁAWA GŁADYCHA.**

*Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.*

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**