

POSTĘP OKULISTYCZNY

Wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELL.

ZE WSPÓUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RIUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

WYCHODZI z końcem każdego miesiąca w objętości 2 do 3 arkuszy.

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska 1. 11. — Administracja i ekspedycja: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Wolska 1. 9; tamże przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 12 kor. — W Niemczech 12 mrk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Fraucyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1.20 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń

—3— ROCZNIK DRUGI —

1900.



KRAKOW.

ODCIONKAMI DRUKARNI UNIwersYTETU JagIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKLĄDEM WYDAWCY.

1900.

Celem uregulowania nakładu, upraszamy o odnowienie prenumeraty. — Przyjmujących niniejszy zeszyt uważać będziemy nadal za prenumeratorów »Postępu«.

Administracja.

T R E S Ć.

	str.
I. Prace oryginalne.	
1. Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej. I. Strzemiński	1
2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. B. Wicherkiewicz	6
II. Streszczenia.	
Sposób uczepienia się włókien więzadełka Zinn'a do soczewki i wzajemny stosunek tych włókien. Terrien	12
Zupełny przyrodzony obuoczny brak tęczówek. Łobanow	13
Budowa rogu skórniego. A. Natanson	13
Torbiel w ciątku szklistem. J. Oscroft	14
O zapaleniu tęczówki, spostrzeżanem w 3 tysiącach przypadków przymiotu i gościa. Randolph Brunson	15
O zastosowaniu wyciągu z nadnercza w okulistyce. H. Landolt	15
Operacyjne leczenie wysokich stopni krótkowzroczności. Silex	16
O tak zwanym prątku kserozy i niejadowitych prątkach Loeffle- rowskich. F. Schanz	19
Rys historyi optyki i historyi produkeji optycznych instrumen- tów w Rosyi. Urlaub, optyk	20
Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy. T. Bał- łaban	21
O przewlekłym zapaleniu worka łzowego przy twardzielu nosa. C. Gallenga	22
Przypadek ukleja w woreczku łzowym. I. Strzemiński	23
Dwa przypadki zapalenia siatkówki i naczyńki na tle trądu. J. Bistis	24
III. Z Towarzystw lekarskich.	
1. Towarzystwo okulistów w Moskwie. W. Talko	24
2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. W. Tako	25
3. IX. Kongres międzynarodowy w Utrechie (C. d.). B. Wi- cherkiewicz	26
IV. Lecznictwo	33
V. Rozmaitości	34
VI. Korespondencye	35

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE 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 K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—+— ROCZNIK DRUGI —+—

1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przypadek nosaczyny pierwotnej na spojówce powiekowej.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Ofiarą cierpienia padł p. N., lat 36, weterynarz. Zjawił się on u mnie 14 lipca roku 1899 nad wieczór, spostrzegłszy rankiem tegoż dnia zaczerwienienie lewego oka.

Przy badaniu znalazłem na spojówce powieki lewej dolnej guziczek wielkości małego grochu, leżący mniej więcej pośrodku powierzchni tej błony. Spojówka gałki ocznej, powieki dolnej i obu kątów oka była silnie zaczerwieniona, nieco obrzękła i pokryta wydzieliną lepką, śluzową. Skóra, przylegająca do brzegu powieki dolnej i do kątów oka, również była zaczerwieniona i obrzękła. Innych zaburzeń w obrębie oka lub ogólnych nie spostrzegąłem. Gruczoły sąsiednie nie były powiększone. Pomimo objawów przedmiotowych podrażnienia oka, chory nie uczuwał bólu ani światłowstrętu. Niepokoiła go je-

dynie czerwoność gałki. Powziąłem podejrzenie, że cierpienie jest wywołane przez zakażenie pochodzenia zwierzęcego, co było tem bardziej prawdopodobnem, że chory z przyczyny swoich zajęć miał często styczność z końmi.

Wyciąłem natychmiast guziczek i posłałem go dla zbadania do laboratorium Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Badanie drobnowidowe, dokonane przez p. Noniewicza, znanego bakterjologa tutejszego, wykazało drobnoustroje, przedstawiające cechy charakterystyczne prątków nosaciznowych. Były cienkie, miały długość równą $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ średnicy czerwonego krążka krwi i szerokość około $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$ długości, kształt prosty, lub nieco zgięty, z zaokrąglonymi końcami, i posiadały charakterystyczne poprzeczne kreski jasne. Często dwa prątki łączyły się w długość swymi końcami. Barwiły się wyraźnie tylko sposobem Loeffler'a — roztworem alkalicznym błękitu metylowego. Żadnych koków, ani wogóle innych drobnoustrojów nie znaleziono. Dalszego badania, hodowli i szczepień, nie dokonano, gdyż preparat zaginął w laboratorium.

Wobec badania drobnowidowego przyszedłem do przekonania, że miałem do czynienia ze sprawą nosaciznową spojówki powieki. Wskutek tego rozpoznania, dnia następnego (15 lipca) przypaliłem galwanokauterem miejsce, w którym znajdował się guziczek i w którym widoczną była niewycięta resztką jego. Galwanokauter posuwałem w głąb, póki chory nie uczuł bólu.

Dnia następnego (16 lipca) przekrwienie i wydzielina były mniejsze, obrzęk ustąpił. W ciągu tygodnia strup, wywołany przez przypalenie, i wszystkie objawy chorobowe w zupełności znikły.

Odtąd żaden objaw nosacizny nie wystąpił, co pozwala twierdzić, że zniszczenie ogniska pierwotnego usunęło chorobę. Obecnie w miejscu byłego ogniska nie widzi się nawet blizny.

Kiedy zakażenie mogło nastąpić, chory nie wiedział.

Przykrem jest niewątpliwie, że hodowla i szczepienie prątków nie mogły być przeprowadzone; jednak kształt ich charakterystyczny i sposób barwienia dostatecznie wykazują ich przyrodę nosaciznową.

Lubo nosacizna dość jest częstą u ludzi, odkąd bowiem spostrzegał ją u nich po raz pierwszy Schilling¹⁾, Index Catalogue amerykański wymienia przeszło 200 przypadków, jednak w okolicy oka cierpienie to jest bardzo rzadkiem, jeżeli pominiemy przypadki przekrwienia i obrzęku powiek, zależnych od nosacizny twarzy i czoła.

Pierwszy z ogłoszonych przypadków opisany był przez (Graefe'go²⁾. Zaburzenie powstało pierwotnie w tkance oczodołu i w naczyniówce. Mianowicie, w dwa tygodnie po cierpieniu twarzy, uważanem za różę, powstało wysadzenie oka, wynoszące pół cala; oko było nieruchome i ślepe, źrenica rozszerzona, powieki obrzękłe i zaczerwienione, spojówka bez zmiany, w rogówce zaczęło się tworzyć ognisko rozmiękczenia. W ciągu całej choroby spostrzegano gorączkę asteniczną. Po wyłuszczeniu oka znaleziono w naczyniówce, w bliskości wejścia nerwu wzrokowego, kilka małych żółtych nacieczeń ropowatych, które określono jako nosaciznowe dopiero później, gdy chory umarł przy objawach ogólnych cierpienia i gdy przy sekcji znaleziono w wielkiej ilości guziczki nosaciznowe w błonie śluzowej nosa, w skórze i mięśniach. Wysadzenie oka było wywołane przez nacieczenie tkanki oczodołu. Przed śmiercią tkanka ta, powieki i lewa połowa nosa i twarzy uległy zgorzeli. Wywiady stwierdziły rozpoznanie choroby.

W przypadku Krajewskiego³⁾ u dziecka, które zostawało w zetknięciu ze słomą, używaną przez konia nosaciznowego, powstał znaczny obrzęk twardy powiek obu oczu. Na powiece dolnej prawej utworzyło się owrzodzenie, na górnej lewej guziczek, zostający w związku z gruczołem Meibom'a. Kilka płatów uległo zgorzeli i oddzieliło się, gruczoły podszczękowe i przyuszne były obrzmiałe. Gorączka i bredzenie towarzyszyły cierpieniu.

¹⁾ Rust's Magaz. f. die gesammte Heilk. 1821. XI. 480.

²⁾ V. Graefe's Arch. f. Ophthalm. 1857. III. 2. 248. — Graefe-Saemisch »Handb. der ges. Augenheilk.« 1877. VII. 208.

³⁾ Klinika. 1870. VII. 161.

W przypadku nosaczyny podostrej, opisanym przez Scheby-Busch'a¹⁾, u mężczyzny lat 31, po zjawieniu się kilku guziczków na twarzy, oczy przedstawiały zaczerwienienie i wydzielinę śluzowo-ropną. W czasie późniejszym utworzyły się na skórze powiek, również jak na skórze skroni, nosa i twarzy, krosty wielkości grochu lub małego orzecha, wznoszące się na podstawie czerwonej, twardej i bolesnej; najmniejsze z nich nie różniły się od krost ospowych. Po nacięciu wydzielały ropę białą-żółtawą i krew. Spojówka powiek obustronnie była silnie przekrwioną i pokrytą wydzieliną śluzowo-ropną, która sklejała rzęsy. Ropienie trwało pomimo stosowania saletrzanu srebra. Chory umarł. Sekcyja nie mogła być dokonana. Szczepienie ropy kotowi pozostało bez skutku; podobnież badanie krwi nie dało wyjaśnienia. Jednak objawy ogólne i wyłączenie innych cierpień potwierdziły rozpoznanie nosaczyny.

Boyd²⁾ w przypadku nosaczyny ostrej, która zakończyła się śmiercią, spostrzegł wysadzenie gałki. Sekcyja wykazała ropienie tkanki oczodołu, które było właśnie przyczyną wysadzenia; przy badaniu drobnowidowem znaleziono małe ropnie w twardówce. Cierpienie oczne było przeto przerzutowem.

W przypadku nosaczyny przewlekłej, spostrzeganym przez Neisser'a³⁾ u mężczyzny lat 20, utworzył się wrzód w kącie wewnętrznym oka lewego, który rozszerzył się na spojówkę gałkową i wydzielał początkowo śluz, a następnie ropę. Chory był osłabiony i apatyczny. Wkrótce zjawił się ropień w lewej części twarzy, który przecięto i po którym wystąpił bezwład mięśnia twarzowego. Zastosowano tuberkulinę, która wywołała, zdaniem lekarza leczącego, prędkie zagojenie wrzodu kąta ocznego. Jednak po pewnym czasie powstały inne objawy, które skłoniły chorego do wstąpienia do kliniki królewieckiej prof. Lichtheim'a. Badanie bakteryologiczne wykazało nosaczynę. Wydzielina ropnia, która drobnowidowo nie przedstawiała

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift. 1878. Str. 74.

²⁾ Transactions of the patholog. Society. 1883. XXIII. 420. Sprawozdanie w »Nagel's Jahresbericht«. 1884.

³⁾ Berliner klin. Wochenschrift. 1892. 321.

prątków nosaciznowych, po szczepieniu świnkom morskim wywołała objawy charakterystyczne nosacizny. Stan chorego polepszał się, utwierdzając autora w nadziei zupełnego wyleczenia.

Gourfein¹⁾ spostrzegł u dziewczyny lat 12 nosaciznę pierwotną w okolicy worka łzowego i na spojówce, ograniczającą się przez długi czas tem umiejscowieniem bez przedstawiania objawów ogólnych. Cierpienie zaczęło się przetoką worka łzowego prawego, która powstała bez zwężenia kanału łzowego i bez poprzedzającego łzawienia. Wygląd niezwykły przetoki, jej znaczne rozmiary, brzegi czerwone, twarde, podkopane, posiane drobnymi granulacjami, dostrzegalnemi dla oka, dno pokryte ropą szaro-żółtawą, nasuwały przypuszczenie wrzodu gruczołowego. Płuca były prawidłowe i, wogóle, żadnych zmian w ustroju, oprócz wymienionej, nie znaleziono. Gruczoły podszczękowy i przyuszny prawe były obrzmiałe, lecz stan ten istniał długo przed zjawieniem się przetoki. Badanie drobnowidowe nie wyjaśniło sprawy, dopiero szczepienia świnkom morskim wykazały nosaciznę. Nim skutek tego doświadczenia stał się wiadomym, stosowano na przetokę okłady z roztworu sublimatu (1:2.000) i dokonano operacji Bowmann-Stilling'a; pod wpływem leczenia przetoka po dwóch miesiącach prawie zupełnie zagoiła się, ale, w zamian, powstały na spojówce powieki dolnej prawej guziczki podobne do gruzełków i owrzodzenia, których dno było pokryte wydzieliną szaro-żółtawą, przypominającą spostrzeganą w przetoce łzowej. Guziczki wycięto, a wrzody przypalono galwanokauterem. Cierpienie zdawało się ustępować, lecz w miesiąc później spojówka powieki górnej prawej przedstawiała także zaburzenia, jak poprzednio dolna. Przypalenie galwanokauterem pozostało bez skutku, choroba przeszła na spojówkę gałki i dotknęła twardówki. Propozycja operacji radykalnej, uczyniona rodzicom chorej, została odrzuconą; chorą stracono z oczu. Żadnego innego objawu nosacizny nie znaleziono. Źródła zakażenia nie wyjaśniono.

¹⁾ Revue médicale de la Suisse romaine. 1897. 737.

Batko¹⁾ spostrzegał całą rodzinę, dotkniętą nosacizną; mąż i żona przedstawiali obok objawów ogólnych, oczne. — U męża (lat 34) powstały obrzęk i zaczerwienienie powiek oka prawego i ropień w okolicy zewnętrznego kąta oka, który po nacięciu zagoił się. U żony (lat 30) powieka dolna lewa była zaczerwieniona i obrzękła, następnie wytworzyła ropień, który pękł samodzielnie, zamieniając się w owrzodzenie, przebiegające poza kąt zewnętrzny oka, wzdłuż oczodołu, o dnie i brzegach nierównych, pokryte szaro-żółtą wydzieliną, nieco cuchnącą. Owrzodzenie nie ustępowało zwykłym środkom i dopiero po wyskrobaniu i wypaleniu radykalnem w uspieniu chloroformowem zaczęło pokrywać się ziarniną i następnie zupełnie zagoiło się, wywołując odwiniecie bliznowe powieki. Badanie drobnowidowe, hodowle i szczepienie świnkom wykazały nosaciznę. Mąż zaraził się od konia nosaciznowego i zaraził żonę i dwie córeczki. Podczas ogłaszania spostrzeżenia wszyscy ci chorzy żyli jeszcze, lecz autor nie miał nadziei uchronienia ich od śmierci.

(Dokończenie nastąpi).

2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Pewne postacie zapaleń rogówkowych należą — dzięki utartemu zwyczajowi klasyfikowania — do zwykłych prawideł, a opis ich przechodzi z podręcznika do podręcznika. Nikomu nie przyjdzie na myśl, by można od zapatrywań ogólnie przyjętych zbaczać.

A jednak, gdy z liczniejszego korzystając materiału, robimy dokładne spostrzeżenia kliniczne, gdy każdy poszczególny przypa-

¹⁾ Przegląd Lekarski. 1898. 535.

dek, choćby pozornie i najzwyczajniejszy, wzorowy, sumiennej poddamy analizie, nieraz nam się uda odkryć zasobność przyrody, która i w okazach patologicznych bogactwo i różnorodność okazuje wielką.

Odkładając na później szczegółowe zajęcie się tą sprawą, chciałbym dziś tylko zwrócić uwagę czytelnika na pewne zapalenia rogówkowe, które przyjętym zwyczajem jako skrofuliczne uchodzą, gdy je do syfilitycznych odnieść wypada.

Rogówka należy do tych części oka, której zależności od kiły nie uznawano, a nawet wprost zaprzeczano. Czyni to n. p. Vallez¹⁾, a nawet jeszcze w roku 1858 wypowiedział Albrecht Graefe w towarzystwie lekarskiem berlińskim zdanie, że rogówka wolną jest od zajęć syfilitycznych.

Kiedy właściwie obraz ściśle kliniczny, najczęściej na tle syfilitycznem zachodzącego zapalenia rogówki, t. j. rozlanego zapalenia miąższowego skreślono i właściwe nadano mu znaczenie etyologiczne, niełatwo dociec.

Jeszcze w r. 1846 Dr Andreae, dyrektor szkoły med. chir. w Magdeburgu, w swoim »Grundriss der gesammten Augenheilkunde«, t. II, p. 232, mówiąc o zapaleniach rogówki, rozróżnia postać ostrą i chroniczną, a ostatnią opisuje w sposób, przypominający nam miąższowe zapalenie rogówki, i dodaje: »Nicht leicht dürfte sich diese chronische Entzündungsform ohne gleichzeitige Dyskrasie entwickeln und auch da, wo sie zunächst durch äussere Verletzung, z. B. den Hornhautstich, hervorgerufen wurde, war wohl immer eine Krankheitsanlage, insbesondere eine rheumatische oder scrophulöse, im Körper vorhanden«.

Tak samo Desmarres w »Traité théorique et pratique des maladies des yeux« rozróżnia dwie główne postacie, a mianowicie kération disseminée i kération pointillée.

Opis pierwszej, mianowicie przewlekłej, znowu odpowiada naszemu pojęciu o miąższowym zapaleniu, a autor zaznacza: »les malades, scrophuleux d'ordinaire, sont pâles, chétifs et

¹⁾ Traité théorique et pratique de médecine oculaire, t. I, p. 209.

maigres« i powiada na stronie 269: »le mercure sera employé avec avantage, si on l'administre jusqu'à la salivation«.

Zasługą było niespożytą I. Hutchinsona, iż do trzech postaci zapalenia miąższowego rogówki pod względem etyologicznym, t. j. idyopatycznej, skrofulicznej i artrytycznej, dodał czwartą, t. j. przyrodzono-syfilityczną¹⁾.

On to w klasyczny sposób nazaczył znamiona niewątpliwe, po których pochodzenie tego zapalenia, klinicznie nie różniącego się wcale albo nieznacznie od zapaleń na innych opartego podstawach etyologicznych, można rozpoznać jako takie, — on też przyczynił się w następstwie do tego, że przez stosowne leczenie prędsze możemy sprowadzić w przewlekłym cierpieniu wyleczenie. Tylko, że Hutchinson popadł, jak to często bywa, w przeciwną ostateczność, albo do niej pobudził, iż zbyt wiele do tych znaków przywiązywano znaczenia, wobec czego objawy innych dyskrazji uchodziły baczności lekarzy, gdy syfilis czyniono odpowiedzialną za postać zapalenia, wywołanego odmieniem cierpieniem ogólnym.

Nieraz przekonałem się, że u osobników wybitnie syfilitycznych, albo takich, które kiedyś syfilis przechodziły, czy też znamiona odziedziczonej kiły posiadały, zapalenie miąższowe rozlane rogówki ustępowało bez wszelkiego leczenia przeciw-syfilitycznego. Z drugiej jednak strony przywykliśmy znowu inne postacie zapaleń rogówki odnosić do skrofulicznej podstawy, skoro tylko spostrzegamy je u dzieci, zwłaszcza skrofulicznych, gdy i one, lubo nie tak często, jak właśnie miąższowe, są pochodzenia syfilitycznego. Gdy w dokładny obraz kliniczny te patologiczne zmiany rogówki uchwycimy, uda się nam niewątpliwie pewne odrębne wyśrodkować znamiona, odróżniające je, mimo pozornej tożsamości, od zapaleń skrofulicznych, a tylko stosowne leczenie swoiste położy koniec długo trwającemu zapaleniu, leczonemu w nieodpowiedni sposób, bo nieuwzględniający przyczynowej właśnie podstawy.

¹⁾ On the different Forms of Inflammation of the eye, consequent on inherited syphylis. Ophth. Hosp. Report 1857—1859. Vol. I., p. 191 i t. d.

Zapalenia rogówkowe, o których słów kilka skreślić zamierzam, należą pozornie do rodzaju zapaleń pryszczkowych, które, jak wiadomo, występują przeważnie u dzieci, zwłaszcza skłonnych do wyprysku skóry. Skóra dziecięca podatniejsza jest, jak wiadomo, do tych zmian, od skóry osób dorosłych, zwłaszcza po przebyciu ostrych wysypkowych zajęć. Skoro już wiek młodociany sam usposabia do wyprysków, to tem więcej, gdy dzieci te podlegają czy to skrofulozie, czy też kile. I tu i tam nieznaczne obrażenia zewnętrzne prowadzić mogą do zmian, już to zapalnych, już też hyperplastycznych w tkance, mało usposobionej do wyrównania tych zaburzeń.

Tak zapalenia wypryskowe spojówki, jako też rogówki, nie uprawniają nas jeszcze do przypuszczenia, że mamy do czynienia ze zaburzeniem konstytucyjnym, zwanem skrofulozą, dopiero częste występywanie tych ocznych zachorzeń, ich uporczywość obok innych znamion mogą rozpoznanie etyologiczne ułatwić. Nie zawsze jednak zapalenia wypryskowe w takich razach właśnie do tej anomalii konstytucyjnej odnieść nam wypadnie, zwłaszcza, gdy leczenie przeciwskrfoliczne mało wpływu na przebieg choroby wywiera i choroba uporczywszą się przedstawia.

Ale, jak wyżej wspomniałem, starać się winniśmy, skoro raz doświadczenie nas pouczyło, że różna etyologia podobne wytwarza chorobowe obrazy, odrębności dotąd nam nieznanne tych postaci wysłedzić.

Jakie znamiona posiada więc ta postać zapalenia rogówkowego, które podobne do wyprysku syfilitycznym zwać moglibyśmy?

Zanim przystąpię do spełnienia zadania, by, o ile możności, te postacie zapaleń rogówkowych wyodrębnić tak pod względem objawów podmiotowych, jako też ścisłych przedmiotowych znamion, a niemniej i uwzględnić stan ogólny, o ile on nam pewne dać może wskazówki etyologiczne, niechaj mi będzie wolno przytoczyć poprzednio kilka wybitniejszych przypadków, które stanowiły przedmiot dochodzeń naukowych, i zabiegów leczniczych.

Przypadek pierwszy: Stefania L., 5letnie dziecko, przeprowadzoną mi została przez matkę d. 24 maja 1898 roku. Dziecko chore już od trzech tygodni i leczone bezskutecznie, mimo usilnych starań biegłego okulisty.

Wywiady wykazały, co następuje: Matka, od sześciu lat zamężna, raz tylko rodziła. Miewa upławy. Rodzice matki umarli na choroby przygodne. Ojciec dziecka ma być zdrów, nie ma rodzeństwa ani rodziców. Stefania ważniejszych chorób nie przechodziła, prócz odry i rachitis lekkiej.

Chora, wątła, ma wargi nieco grube, tubera frontalia wystające, gruczoły limfatyczne karkowe i podszczękowe, zwłaszcza po prawej stronie, nabrzmiąte. Górne zęby sieczne lekkie objawiają znamiona Hutchinson'owskich. Zresztą na całym ciele żadnych innych znamion, przemawiających za cierpieniem konstytucyjnym.

Zajęte jest prawe oko, które łzawi się dość silnie przy znacznym światłowstręcie. Powieki czerwone, spojówka gałki, głównie od strony zewnętrznego kącika, przekrwiona w warstwach powierzchniowych i głębszych, przylegających do zajętych części rogówki. Tu widzimy w górno-zewnętrznym kwadrancie, niedaleko brzegu, znętnienie okrągłe, szaro-żółte, otoczone obwódką zaćmionej rogówki, wystające nieco nad powierzchnię. Druga taka wyniosłość znajduje się w dolno-zewnętrznym kwadrancie, w oddaleniu kilku mm. od brzegu, nieco większa, otoczona pasem naczyń zbieżnych, ze spojówki na rogówkę przesuniętych. Stan tęczówki przy źrenicy, równomiernie rozszerzonej, nie przedstawiał żadnego zboczenia. Błona śluzowa nosa po prawej stronie przekrwiona, nabrzmiąta i mocno zraszana spływającymi łzami.

Uważając zmiany rogówkowe za zwykłe pryszczyki (*keratitis phlyctaenulosa*) rogówki, zasypałem kalomel, zastosowałem atropinę, wpuściłem do nosa $\frac{1}{2}\%$ argent. nitr. i poleciłem robić ciepłe na oko okłady.

Gdy stan oka, mimo osobiście przezemnie stosowanych leków i mimo starannego stosowania się matki dziecka do danych poleceń, nie wykluczając kąpieli, nie zmieniał się, gdy nadto

środki, miejscowo stosowane, jak maść żółta, maść kseroformowa, opaska wysuszająca glicerynowo-tanninowa, okazały się bezsilne, a wiele innych środków, pomiędzy nimi jodek potasu, nie sprowadzało pożądanego skutku, zabrałem się do leczenia rtęcią wewnątrznie. Pochop do tego znalazłem raz stąd, iż uporczywość cierpienia wzbudzała we mnie podejrzenie, że mam może jednak, mimo braku dostatecznego objawów ogólnych, do czynienia z wadą ustrojową ogólną, a przede wszystkim dlatego, że owe rzekome pryszczki nie okazywały najmniejszej skłonności do wessania, względnie odłączenia się z późniejszą reparacją ubytku. Polecilem więc dnia 17 czerwca stosowanie maści żółtej rtęciowej (*ung. fl.*) z kokainą, płukanie nosa wodą z tet. Guajaci, a wewnątrznie przepisałem pigułki kalomelowe trzy razy dziennie po 0.01 gr. —

Od tego czasu stan oka zaczął się widocznie poprawiać, zaczerwienienie spojówki zmniejszało się z każdym dniem. — Owe naloty rogówkowe mały dośrodkowo, powierzchnia ich wyrównywała się z powierzchnią rogówki, naczynia rogówkowe, dochodzące do dolnej wyniosłości, stawały się mniej wyraźne, a już w końcu miesiąca mogłem stwierdzić zupełne ustąpienie wszelkich objawów zapalnych. W miarę tego dziecko, poprzednio bardzo niespokojne i grymaśne, odzyskało prędko dawną swobodę i wesołość.

Po raz ostatni widziałem chorą 20 lipca z. r., w którym to dniu w miejscu wykwitów zapalnych w rogówce, stwierdziłem nieznaczne plamki przeświecające, z których dolno-zewnętrzna pokryta jeszcze naczyniami.

Dla stwierdzenia dalszego stanu zdrowia dziecka przywołałem je z matką przed kilku dniami do siebie i przekonałem się, że oczy pozornie wyglądają zupełnie zdrowe. Na załamkach przejściowych obu ocz znajduje się szereg mieszków dość znacznych. U prawego oka przy bocznem oświetleniu widać plamkę przeświecającą w górno-zewnętrznym kwadrancie, gładką zupełnie. Dolno-zewnętrzna zaś nieco ściślejsza, w samym środku lekko wystająca, pokryta jest nielicznymi, od spojówki przechodzącymi, drzewkowato przebiegającymi naczyniami. Przy dokła-

dnem nastawieniu jednak światła ogniskowego dostrzedz można nadto i naczynia głębsze, pędzelkowato do miejsca zajętego zmierzające, a ginące w obwodzie rogówki.

Na zapytanie moje, czy dziecko od lipca 1898 r. zapadało na oczko, odpowiada matka, że często występowało zaczerwienienie, które atoli ustępowało po podaniu kilku przepisanych pigułek (kalomelu). Dla zapobieżenia nawrotom daje matka z własnego popędu od owego czasu raz lub dwa razy tygodniowo po kilka pigułek i temu przypisuje, że choroba nie powraca.

(Dokończenie nastąpi).

II. STRESZCZENIA.

Sposób uczipienia się włókien więzadelka Zinn'a do soczewki i wzajemny stosunek tych włókien (Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin et rapport de ces fibres entre elles). Terrien. — (Société d'anatomie 24/III. 1899, według ref. »Rev. Générale d'ophtalm.«).

Włókna więzadła Z. przyczepiają się rozmaicie, stosownie do miejsca. Każde włókno, składające się z wielkiej liczby drobnych włókienek pierwotnych, zakrzywia się nieco przed przyczepieniem się do torebki. Tu doszedłszy, rozszczepia się. Włókienka położone więcej ku tyłowi, pierwiej się przyczepiają, podczas, kiedy przednie niżej dopiero to czynią; tak więc nie w jednym punkcie, ale na linii całej znaczy się ich przyczepienie, a połączenie staje się ściślejsze. Włókienka wśródleżne tworzą między sobą anastomozy poprzeczne i są nierówno rozdzielone. Przed równikiem rozdzielają się w postaci pędzelka, a każde włókienko pierwotne przyczepia się do jednego punktu torebki. To zakończenie włókien więzadła odpowiada także ich początkowi. Różnica, jaka zachodzi pod względem przyczepiania się do przedniej i tylnej torebki, jako też na wysokości równika, zależną jest od czynności, względnie przeznaczenia tych włókien. Wobec tego możnaby włókna przednie i tylne nazwać włóknami akomodacyi, a włókna środkowe włóknami zawieszenia.

Zupełny przyrodzony obuoczny brak tęczówek (Aniridia congenita completa bilateralis). Dr Łobanow (»Wracz«. Nr 27. 1899 r.).

Do 1888 r. ogłoszono — według Dra Felzer'a — 33 przypadki braku tęczówki. Od tej pory do ostatnich czasów nagromadził się nowy szereg opisów tej stosunkowo rzadkiej nieprawidłowej postaci oka. Dowiadujemy się tedy, że z naszych okulistów spostrzegali i opisali iryderemiam kol. Strzemiński i Szymański. Sam autor spostrzegł klasyczny przypadek braku obustronnego tęczówki, powikłany z najczęściej towarzyszącymi zmianami wtórnymi: w przypadku autora oprócz zmętnienia soczewki pod postacią zaćmy biegunowej tylnej, towarzyszyły: brak wyrostków rzęskowych, zanik naczyńówki i siatkówki w okolicy plamki żółtej i w końcu drganie gałek w kierunku poziomym. Najczęściej spotykać się dające przy przyrodzonym braku tęczówki częściowe zmętnienia soczewki powstają niechybnie skutkiem niedostatecznego odżywienia soczewki i z biegiem czasu przeistaczają się w całkowite ¹⁾). Widzimy, iż natura, jak gdyby przez częściowe zmętnienie soczewki chciała wynagrodzić oku brak tęczówki, powodujący znaczne olśnienie. Z szeregu teorii, objaśniających powstanie beztęczówkowości, a które sam autor przytacza, wyszczególnić należy mechaniczną teorię Manz'a, wedle której brak tęczówki, która tworzy się, jak wiadomo, z mesoblastu, zdarza się tylko w tych przypadkach, kiedy soczewka mieści się tuż przy błonie Descemet'a i mechanicznie przeszkadza wrastaniu tęczówki. Ponieważ jednak we wszystkich dotąd opisanych przypadkach stosunkowo rzadko spostrzegamy bezpośrednie przyleganie soczewki do błony Descemet'a, więc autor słusznie sądzi, iż w poszczególnych przypadkach braku tęczówki przyczyny powstawania takowych muszą być rozmaite.

Wł. Talko.

Budowa rogu skórniego (Zur Structur des Hauthorns. — Cornu cutaneum palpebrae). Dr A. Natanson. (»Archiv f. Dermatologie und Syphilis«. L. T., II. Z.).

Autor miał sposobność spostrzegać u 18letniej dziewczynki róg skórny o długości 4,5 mm., a szerokości 2 mm., który rozwinął się w przeciągu dwu miesięcy.

Po usunięciu go, był ten róg skórny badany anatomicznie, a wynik tego badania został uwidoczniiony na dwu bardzo pięknych fotogramach. Na pierwszym widzimy w podstawie nowotworu spojówkę skóry z naczyniami i przestworami limfatycznymi, z których

¹⁾ Przypadki Hirschberg'a i innych.

to wychodzą silnie przerosłe i wzdłuż wyciągnięte brodawki, a nad nimi są ułożone potężne warstwy zrogowaciałego nabłonka (*Hyperkeratose*).

Mimo, iż oba fotogramy przedstawiają tylko przekroje podłużne, to jednak widzimy na figurze drugiej poprzeczny przekrój brodawki, z którego jest widocznem, że jest to rzeczywiście zgięte odgałęzienie brodawki poprzecznie trafionej, a nie zwykła przegroda łącznotkankowa. Prócz tego znalazł autor, zgodnie ze Spietschką i Bałlabanem włókna elastyczne, naczynia krwionośne i limfatyczne.

Wynik badania tego przypadku jest cennem potwierdzeniem wyników badań Spietschki i referenta, którzy pierwsi na to zwrócili uwagę — to jest, że budowa rogu jest natury brodawkowej.

Przyczynę, dla której wspomniani właśnie autorowie, a także i Dr Natanson doszli do odmiennych wniosków, aniżeli ich poprzednicy, którzy to ostatni przypisywali rogom skórnym powstanie czysto epidermoidealne, stara się autor w ten sposób wyjaśnić, iż w nowszych badaniach posługiwano się małymi rogami, będącymi dopiero w rozwoju.

Czy na podstawie badania należałoby zarzucić czysto symptomatyczną nazwę »rogu skórnego«, a zastąpić ją pojęciem anatomicznem i nazwać »keratosis papillomatosa«, jak to w swej pracy zaleca referent, pozostawia autor nierozstrzygniętem.

W końcu zasługuje na uwagę wzmianka, iż twory takie są w Rosyi rzadkością, gdyż w całej dotychczasowej rosyjskiej literaturze znalazł autor trzech autorów, opisujących 6 odpowiednich przypadków.

Dr Bałlaban.

Torbiel w ciałku szklistem. Dr J. Oscroft z Nowego Jorku (*The Ophthalmic Record.* Październik. 1899).

Siedmnastoletni chłopak rok temu zauważył, iż na prawe oko widzi gorzej, aniżeli na lewe. Od roku stan oka bez zmiany. Przy wziernikowem badaniu dno oka okazało się prawidłowem, jedynie (przy zastosowaniu soczewki $+ \frac{1}{6}$) rzucił się w oczy ruchomy pęcherzyk w ciałku szklistem. Pęcherzyk nierówno okrągły, postaci ziemniaka, o średnicy tarczy nerwu wzrokowego, przy spokojnem trzymaniu oka opuszcza się wolniutko na dół i dotyka siatkówki; najmniejszy ruch gałki sprawia, iż pęcherzyk pływa we wszystkich kierunkach po ciałku szklistem. Pęcherzyk był przezroczysty o wyraźnej osłonce, na której z przodu i z tyłu porzrucane były plamki barwnikowe. Żadnych zmętnień, brózd lub prążków w ciałku szklistem nie było.

Badając chłopca niejednokrotnie, przekonał się autor, iż pęcherzyk nie powiększał się wcale i zapalnego podrażnienia nie wywoływał (jakkolwiek plamy barwikowe na osłonce niewątpliwie były pochodzenia zapalnego).

Miał więc autor do czynienia nie z węgram nieżyjącym albo włóśnicą (patrz przypadek Kuhn't'a), lecz po prostu z torbielą, której początku nie objaśnia. Włodz. Talko.

O zapaleniu tęczówki, spostrzeżanem w 3 tysiącach przypadków przymiotu i goścca. Dr Randolph Brunson (»The ophthalmic Record«. Listopad, 1899).

Na 1500 przypadków przymiotu, leczonego przez siebie i 4 innych kolegów, autor spotkał 48 razy zapalenie tęczówki, co stanowi cokolwiek więcej, niż 3^o/_o, w 1500 przypadkach goścca zapalenie tęczówki spostrzeżanem było 23 razy, co stanowi 1¹/₂^o/_o. Spostrzeżanie tylu przypadków specyficznego zapalenia tęczówki i zaznajomienie się z historyi choroby z przebiegiem zapaleń, spostrzeganych przez innych kolegów, natchnęło autora, aby ułożyć różnicową tabelkę — dla rozpoznawania iritis syphilitica i rheumatica w przypadkach podejranych.

Gościcowe zapalenie tęczówki należy rozpoznawać, kiedy wywiady wykażą ostry lub przewlekły gościc, lub objawy nadmiaru kwasu moczowego w moczu, kiedy tęczówka będzie bardzo poły-skującą, tylne przyczepy długie, wątle i niezabarwione, nieznaczny wysięk, brak kłykcin na tęczówce, wreszcie kiedy ujawni się nieznaczna skłonność do gromadzenia się osadów barwikowych na przedniej ściance woreczka soczewkowego. Co zaś do objawów podmiotowych, to światłowstręt, łzawienie i ból występują wybitnie.

Jeśli zaś w anamnezie mieć będziemy do czynienia z nabytym lub wrodzonym przymiotem i jeśli tęczówka pozbawioną będzie właściwego blasku, tylne zrosty będą krótkie, szerokie i zabarwione, wysięk znaczny, kłykciny na tęczówce obecne, a przytem ujawni się znaczna skłonność do gromadzenia się barwnika na przedniej ściance woreczka soczewkowego i objawy podmiotowe wyrażone będą nieznacznie — wówczas niewątpliwie mieć będziemy do czynienia z iritis pochodzenia kiłowego. Wł. Talko.

O zastosowaniu wyciągu z nadnercza w okulistyce (Ueber die Verwendung des Nebennieren-Extractes in der Augenheilkunde). Dr H. Landolt ze Strasburga (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1899, XI).

Pierwszym, który polecił wyciąg nadnercza w okulistyce, był Dor z Lyonu. Stwierdził on, że wyciąg ten sprawia przedewszyst-

kiem zblednięcie spojówki. Po nim liczni autorowie próbowali tego środka w różnych cierpieniach ocznych; wszyscy jednak posługiwali się przetworami o zmiennym i niepewnym składzie. Dopiero Ottowowi v. Fürth powiodło się wyosobnić fizyologicznie działający składnik nadnercza, budową chemiczną zbliżony do breneckatechiny. Przetwór ten, przechowany w stanie jałowym i zatopiony w rurkach szklanych, posiada tę wyższość nad dawniejszymi, że nie ulega tak łatwo rozkładowi i pozwala się ściśle dawkować. Dr Landolt, otrzymawszy zapas tego przetworu, wypróbował go na licznych przypadkach i przekonał się, że zapuszczenie kropli wyciągu do worka spojówkowego sprowadza skurczenie się powierzchownych naczyń i zblednięcie spojówki, trwające nieraz godzinę i dłużej. Po przejściu działania spojówka powraca do pierwotnego stanu i odzyskuje ten stopień nastrzyknięcia, jaki okazywała przed zapuszczeniem wyciągu, to znaczy, że po ustąpieniu skurezu naczyń nie przychodzi do porażenia ich ścian, jak tego możnaby się spodziewać. Chorzy, dotknięci zapalnym przekrwieniem spojówek, doznają zatem podmiotowej, przemijającej ulgi. Na głębsze naczynia przetwór ten, zapuszczony do worka spojówkowego, nie wywiera wpływu, w przypadkach zatem, gdzie przy równoczesnym silnym nastrzykaniu spojówkowym spodziewamy się istnienia także nastrzykania rzęskowego, wyciąg z nadnercza może nam przez usunięcie pierwszego — nastrzykanie głębsze bardzo dobrze uwydatnić. Wstrzyknięty pod spojówkę sprawia przez skurez naczyń silne rozszerzenie źrenicy, o czem autor przekonał się na króliku, obawiając się dokonywać prób takich na człowieku, gdyż znane są przypadki głębokiego zapadu po większych dawkach tego przetworu. Wkraplany do worka spojówkowego nie wpływa on ani na rozwartość źrenicy, ani na ucisk śródoczny. Natomiast ułatwia w wysokim stopniu działanie atropiny, ezeryny, kokainy i innych tym podobnych środków w ramach silnego przekrwienia spojówkowego, które zmniejsza lub nawet znosi. Z powodu tych własności zasługuje przetwór ten na użycie: 1. Przy operacjach dla zapobieżenia krwotokom; — 2. jako środek, ułatwiający działanie atropiny, ezeryny i t. p. w stanach zapalnych; 3. jako środek, który przemijająco zmniejsza dolegliwości zapalnego podrażnienia spojówki. — *Dr K. W. Majewski.*

Operacyjne leczenie wysokich stopni krótkowzroczności (Die operative Behandlung der hochgradigen Myopie). Prof. Sillex z Berlina (»Ther. Monhf.« November. 1899).

Wielu autorów przypisuje pomysł usuwania soczewki w wysokich stopniach krótkowzroczności Janin'owi (1772 r.), który jednakże w czyn go nie wprowadził. Pierwszy Mooren wykonał

ten zabieg, jednak zniechęcony niepomyślnym skutkiem, zaniechał go. Dopiero Fukala w 1889 r. ogłosił swoje doświadczenia i jego też autor uważa za właściwego twórcę tej metody¹⁾, którą jedni przyjęli zbyt ochoczo, a drudzy zapatrywali się na nią zanadto skeptycznie.

Jak wszystkie zabiegi, tak i ten wymaga ścisłych wskazań, a wśród tych najważniejszym jest stopień krótkowzroczności. Jednakże oznaczenie wysokich stopni krótkowzroczności przedstawia pewne trudności i nawet oznaczenie wziernikiem, za pomocą skiaskopii lub odmierzenie punctum rem. nie daje matematycznej ścisłości, lubo ta ostatnia metoda, według autora, jest jeszcze najpraktyczniejsza i najszybsza. Przy oznaczaniu wysokiej krótkowzroczności szklami osiąga się wyniki nie zbyt pewne, gdyż większe lub mniejsze oddalenie soczewki od oka gra tu ważną rolę i daje rażące różnice.

Zrazu sądzono, biorąc miarę z operowanych na zaćmę starczą emmetropów, że Mp. około 13 D. nadaje się najwięcej do operacyi. Jednakże Schoen, Hirschberg i inni wykazali, że założenie to jest fałszywe, gdyż E. operowany dostaje wprawdzie szkła do patrzenia około 10 D, jednakże szkło takie oddalone jest od oka blisko 15 mm., przez co wartość soczewki jest wyższa. Chcąc mieć pewne dane, ułożono następujące prawidło: połowę oznaczonej szklami Mp. odejmuje się od 11 D.; n. p. $11 - \frac{22}{2} = 0$, a Mp. 20 D. da 1 D. Hp., zaś Mp. 26 D. da Mp. 2 D.

Autor, oprócz wskazania, jakie daje oznaczona wysoka krótkowzroczność, zważa na następujące punkty: 1. nie operuje, jeżeli

¹⁾ Mylnie przyjęło się zdanie, że Fukala pierwszy zastosował fakolozę przy wysokich stopniach krótkowzroczności, gdyż w tym samym celu już w roku 1881 wykonał tę operację prof. B. Wicherkiewicz. Czytamy bowiem w »Sprawozdaniu rocznem Zakładu lecn. dla ubogich chorych ocznych w Poznaniu za rok 1881« na stronie 43, co następuje: »To też odważyliśmy się, mając odpowiedni ku temu przypadek, na urzeczywistnienie *dawno pielęgnowanej myśli*, nie dziewiczej, prawda, już, ale zawsze jeszcze mało bardzo znanej. Chodziło nam o przecięcie torebki, by sztucznie utworzoną zaćmę częścią wessaniu pozostawić, częścią później w chwili odpowiedniej usunąć i zniszczyć tym sposobem nie tylko tyle szkodliwy wpływ kurczowego nastawiania oka, ale zarazem zmniejszyć refrakcyę. Skutek osiągnięty tak jest zdaniem naszym zachęcający« i t. d. Nie dosyć na tem — gdy bowiem w roku 1894 na zjeździe przyrodników i lekarzy upomniał się prof. Wicherkiewicz o prawo pierwszeństwa, słusność żądania sam Fukala przyznał.

chory ma drugie oko zupełnie zdrowe; 2. lub też przeciwnie ma drugie oko stracone; 3. jeżeli istnieją jakie stany zapalne siatkówki lub naczyńiówki; 4. chory sam musi domagać się operacji; 5. zważa na rodzaj zatrudnienia chorego; 6. wiek zaś chorego nie stanowi żadnej przeszkody.

Nie można się więc dziwić, że wobec tylu warunków liczba chorych, nadających się do operacji, pomimo nieraz liczego materiału nie jest przecie wielka. I tak autor w 15 przypadkach na 20 oczach operował, Schreiber w ostatnich 14 latach z pośród 5.094 przypadków krótkowzroczności zaledwie 36 mógł odpowiednich wybrać; w berlińskiej klinice (100.000 chorych) operowano tylko 75, choć inni autorowie, jak Gelpke, Saattler, Cohn, v. Hippel, dość często operowali.

Co do sposobu operowania, to autor u dzieci wykonuje dysceyję, czasem ją powtarza i pozostawia wessanie mas soczewkowych naturze. U starszych wykonuje najprzód dysceyję, w kilka dni (4—5) extr. lin. simpl., przyczem nie stara się o zupełne wydalenie wszystkich resztek, aby nie spowodować wypływu ciała szklistego, co dla oka o wysokiej krótkowzroczności może spowodować najgorsze skutki¹⁾. U osób starszych, po 40 latach, wykonuje extr. lob. s. irid. bez poprzedniej dysceyji. Nie operuje nigdy obu oczu naraz, owszem czeka zazwyczaj dłuższy czas, zanim przystąpi do zabiegu na drugim oku. Wielu operatorów operuje nawet tylko jednostronnie, motywując tem, że chory używa drugiego oka do patrzenia z bliska i w ten sposób nie potrzebuje przemieniać ciągle okularów.

Uzyskana po operacji bystrość wzroku daje nam możność ocenienia skuteczności zabiegu; w 10krotną jednak poprawę wzroku autor nie wierzy, gdyż sam stwierdzał niewielkie tylko polepszenia.

Pomijając zakażenie, krwotoki naczyńiówki i siatkówki, największe niebezpieczeństwo przedstawia dla oka operowanego oderwanie siatkówki, co, według autora, jest nawet w pewnym związku z zabiegiem operacyjnym.

I tak Froelich podaje, że u osób z wysoką krótkowzrocznością w wieku l. 10—30 przypada na nieoperowanych 1,25% oderwań, na operowanych 3,3%; autor zaś, prowadząc od niedawna statystykę, naliczył 22 przypadki oderwań u operowanych, a tylko 6 u nieoperowanych.

¹⁾ W naszej klinice staramy się przeciwnie wydaląć wszystkie resztki za pomocą wypłukiwania sposobem prof. Wicherkiewicza, czem dotąd nigdy nie spowodziliśmy wypływu ciała szklistego, a wyniki sposobem tym uzyskane, są znakomite.

Zagadnienie, czy usunięcie soczewki (*phacolysis*) wpływa na powstrzymanie dalszego postępowania krótkowzroczności, do dziś dnia nie jest jeszcze rozstrzygnięte. Łuniewski.

O tak zwanym prątku kserozy i niejadowitych prątkach Loeffler'owskich (Der sogenannte Xerosebacillus u. die ungiftigen Loeffler'schen Bacillen). Dr Fritz Schanz (*Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten*, T. XXXII. 1899).

Wobec świeżych zarzutów autor broni swego twierdzenia, wypowiedzianego jeszcze w 1894 r., gdzie dowodził, że nie ma słusznych powodów, ażeby prątek, spotykany przy xerosis conjunctivae, wyosabniać w pewien odrębny gatunek z pośród niezmiernie do niego podobnych prątków Loeffler'owskich. Żadne bowiem prawidłła badania nie wykazują dla prątka kserozy jakichś cech, jemu tylko właściwych. Jeżeli bowiem będziemy rozpatrywali go, czy to pod względem morfologicznym, czy też pod względem wzrostu na pożywkach i wyglądu hodowli, to — wobec niezmiernie wielkiej zmienności prątków Loeffler'owskich zawsze będziemy mogli znaleźć między tymi ostatnimi takie, które niczem od niego różnić się nie będą. Przez pewien czas łudzono się, że sposób barwienia, podany przez Neisser'a, pozwoli na wykazanie pewnych różnic, — tymczasem, po przeprowadzeniu większej liczby badań, autor przekonał się, że i prątek kserozy jest w stanie w przeciągu pierwszej doby wytwarzać t. zw. ciałka Ernst'a. Tak samo nie doprowadziły do żadnych pewnych wyników próby, opierające się na zmianie oddziaływania chemicznego hodowli bulionowych.

Do tych dowodów ujemnych autor dołącza jeszcze dowód dodatni. Mianowicie porównyując wyniki badań swoich, Axenfeld'a i Franke'go, przyszedł on do przekonania, że i prątkowi kserozy właściwą jest pewna zmienność. Podczas, gdy A. stwierdził, że prątek ten nadzwyczaj powoli się rozwija na pożywkach, Fr. i autor spostrzegali, że rozwijał się on nawet lepiej, niż wzięte dla porównania prątki dyfterytyczne; gdy A. znalazł, że oddziaływanie hodowli bulionowej się nie zmieniało, Fr. stwierdził, że owszem oddziaływanie zasadowe się zwiększało, a w przypadku autora dała się nawet wykazać zmiana oddziaływania z zasadowego na kwaśne; hodowla bulionowa u A. pozostawała przezroczystą, tylko na ściankach i dnie probówki osadzały się kłaczki, u Fr. hodowla jednostajnie mętniała, a u autora bulion pozostawał przezroczystym, tylko na ściankach osadzały się kolonie, które potem, opadając na dno, wytwarzały osad.

Jednym słowem nowsze badania nie tylko nie wykazały dla prątka kserozy jakiejś cechy charakterystycznej, wyodrębniającej go

z pośród innych prątków Loeffler'owskich, ale wykazały owszem nową cechę wspólną, mianowicie właściwą dla całej tej grupy prątków zmienność. Wobec tego tożsamość ich z niejadowitymi prątkami Loeffler'owskimi zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Dr J. Dudziński.

U r l a u b, optyk: *Rys historii optyki i historii produkcji optycznych instrumentów w Rosyi*. Wydanie pierwsze. Petersburg. 1899. Str. 42.

Pracę swą rozdzielił autor na dwie części; pierwszą poświęcił historii optyki wogóle, drugą historii produkcji optycznych przyrządów w Rosyi. W pierwszej, ogólnej części znajdujemy bardzo wiele cennych historycznych wskazówek, dotyczących stopniowego rozwoju optyki. Już w starożytnych czasach używano, zamiast dzisiejszych okularów, baniek szklanych, napełnionych wodą¹⁾. Z szeregu nazwisk, podanych w pierwszej części, a nas, okulistów, zajmujących najwięcej, zatrzymam się na wynalazcy okularów, Florentyńczyku, Salvino degli Armati, zm. w 1317 r.²⁾. Pochowano go nie we Florencyi, jak to mylnie autor podaje, lecz w Rzymie. Wskazuje na to kamień grobowy w rzymskim kościele Santa Maria Maggiore, napis na kamieniu brzmi, jak spisałem osobiście: »Qui giace salvino degli Armati di Firenze inventore degli oechiali. Dio gli pardoni le peccata anno MCCCXVII«.

Działanie okularów objaśnił dopiero Franciszek Maurolik (1494—1575), on to dowiódł, iż u krótkowzrocznych promienie świetlne łączą się przed, a u nadwzrocznych skupiają się poza siatkówką. Nadto Maurolik odkrył sferyczną aberrację optycznych szkieł i podał optyczną teorię soczewki.

Pomijam resztę nagromadzonych w pierwszej części faktów, które czyta się z wielkiem zajęciem, bo tworzą chronologiczną całość, i przechodzę do drugiej części, poświęconej sprawie wyemancypowania się optycznego przemysłu w Rosyi z pod zagranicznego protektoratu.

Choć już w 1747 roku rosyjski akademik Ejler odkrył achromatyzm szkieł, choć w 1768 r. rosyjski samouczek Kulibin demonstrował cesarzowej Katarzynie sporządzony przez siebie teleskop i mikroskop (była to pierwsza próba swojskiego wyrobu), jednak dopiero w szóstym lat dziesiątku bieżącego stulecia, po utwo-

¹⁾ Hydrodiaskop L o h n s t e i n'a (komórka wodna, usuwająca wszelką nieźborność), miała tedy przed rozpoczęciem ery chrześcijańskiej swój prototyp.

²⁾ F u k a l a twierdzi, że optyczne szkła znane już były przed N. Chr. (Arch. f. Augenheilkunde. XXXIX. 1).

zeniu katedry oftalmologii w W. Medycznej Akademii, wzięto się do produkcji optycznych przyrządów u siebie, w domu. Przemiana owa odbyła się przeważnie, jeśli nie jedynie, za sprawą optyków: Strausa i Urbanka, akredytowanych przy W. Medycznej Akademii i Instytucie klinicznym imienia w. ks. Pawłowny. To też słusznie optyk Urlaub, fakt niniejszy chętnie na tem miejscu stwierdzamy, cieszy się wielkim szacunkiem i uznaniem wśród szerokiego koła rosyjskich okulistów.

Książka jego niewątpliwie przyjętą zostanie przez ogół życzliwie. Życzyłoby należało, aby którykolwiek z naszych optyków zajął się historią produkcji optycznych instrumentów u nas, na całym obszarze ziem polskich.

Włodz. Talko.

Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy.

Dr Teodor Bałłaban (Odbitka z »Pamiętnika«, wydanego na jubileusz prof. Dra E. Korczyńskiego). Kraków. 1899.

Ograniczając się do szczupłych granic autoreferatu, pozwalam sobie zwrócić na to uwagę, że Michel był pierwszym, który ustalił rozpoznanie »zakrzepu żyły środkowej siatkówki«. Co do ciężkości podzielił on chorobę tę na trzy różne stopnie, a mianowicie różnił on: całkowity zakrzep, częściowy zakrzep, a wreszcie objawy zastoiny żylny wysokiego stopnia. Opisawszy dokładnie objawy poszczególnych tych stopni, wskazałem w mej pracy na anatomiczny wynik zakrzepu, który może być trojaki:

1. Zorganizowanie zakrzepu, a tem samym zupełne zatkanie naczynia.
2. Powrót do częściowej drożności naczynia, przyczem zakrzep rozpada się w części drobinowo, w części zaś tylko się organizuje.
3. Zupełne zniknięcie zakrzepu — naczynie odzyskuje pierwotne swe światło.

Rozpoznanie kliniczne zakrzepu nie zawsze bywa tak łatwym, jakby to się zdawać mogło, aby więc takowe ułatwić, zestawilem tabelarycznie objawy, występujące przy wszystkich trzech stopniach, w sposób poglądowy. Co do etyologii, to może zakrzep być starczym (*marantische Thrombose*), zapalnym (*phlebitische und periphlebitische Thrombose*), dalej może wystąpić po leukemii, po zapaleniu gnilnem siatkówki, t. zw. *retinitis septica*, i po neuritis optica.

Tyle zebrałem szczegółów co do etyologii zakrzepu z dostępnej mi literatury. Wreszcie było niedalekiem przypuszczenie, że zakrzep jest możliwym i przy blednicy, a możliwości tej nie należało wykluczyć dlatego, gdyż i w zatokach żylnych czaszkowych (*Venensinus*) spostrzegano swoiste zakrzepy w następstwie blednicy.

To też niemałe wrażenie odniosłem w badanym przezemnie

przypadku, który dotyczył 26letniej chorej, a która nagle prawie zupełnie na oko prawe zaniewidziała. Prócz typowych zmian było rozpoznanie zakrzepu w tym razie dlatego pewnem, gdyż znachodziły się charakterystyczne zmiany w krążeniu krwi, a mianowicie: Żyły wypełnione bardzo silnie krwią, tętnice wąskie, słup krwi na cząstki rozpadły, przy podwyższeniu zaś ucisku śródocznego palcem nie można wywołać ani tętnienia, ani wypróżnienia żył na tarczy — jeden z najważniejszych objawów przy zakrzepie, który wogóle mało jest znanym.

W przypadku tym bardzo zajmującym był objaw podziału krwi na barwne i bezbarwne cząstki, spostrzegany dopiero drugi raz przy zakrzepie, a będący następstwem obniżenia napięcia ościennego naczyń.

Pomimo, iż w bardzo szczegółowo badanym przypadku moim brak jest jakiegokolwiek innej etyologii, wybitna zaś blednica na pierwszy rzut okiem podsuwała silne podejrzenie, to przecież nie byłbym się odważył szukać wytłomaczenia dla powstania zakrzepu tejże, gdyby nie były mi znane odpowiednie przypadki zakrzepu w zatokach mózgowych przy blednicy, na które pierwszy zwrócił uwagę Kockel w swej pracy »Ueber Thrombose der Hirnsinus bei Chlorose«, a jego wywody mogą być w zupełności zastosowane i do powstawania zakrzepu żyły środkowej siatkówkowej w przebiegu chlorozy.

Dr Ballaban.

O przewlekłym zapaleniu worka łzowego przy twardzieli nosa (Ueber die chronische Dacryocystitis beim Rhinosklerom). Prof. Dr C. Gallenga (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Październik 1899).

Od czasu, gdy Hebra w r. 1870 opisał twardziel nosową, stwierdzono wielokrotnie, że cierpienie to z jamy nosa rozszerza się na części sąsiednie, na podniebienie, gardło krtań, lub przez trąbkę Eustachego do ucha środkowego i t. d. Nie jest zatem wykluczonym, że sprawa ta może zająć także przewód łzowy, a tą drogą przedostać się wreszcie do oka. Istotnie, w nielicznych, co prawda, przypadkach, spostrzegano w przebiegu twardzieli nosa śluzoropotok woreczka łzowego (W o ł k o w i c z), a nawet opisano już raz jakoby twardzielowe zmiany na spojówce powiek (E w e c k i). Co do zapalenia woreczka łzowego należy zwrócić uwagę, że może ono powstać przy twardzieli nosa przez samo zatkanie dolnego ujścia przewodu łzowego. —

Dr Gallenga miał sposobność spostrzegać przypadek, gdzie u osoby leczonej od szeregu lat z powodu twardzieli nosa, wystą-

piło łzawienie lewego oka i obrzmienie w miejscu lewego woreczka łzowego. Bakteryologiczne badanie ropiastej wydzieliny woreczka łzowego dało wynik co do twardzieli ujemny, natomiast badanie drobnowidowe cząstek guzkowatych wybujałości zeszkrobanych ze ścian rozciętego woreczka wykazało utkanie, właściwe twardzieli. Z kultur, wziętych z tych cząstek chorobowej tkanki, wyrosły na agarze i na żelatynie czyste kolonie prątka twardzielowego, identycznego z tym, jaki wyhodowano, biorąc kultury z guzków twardzielowych, wydobytych z jamy nosa. — *Dr K. W. Majewski.*

Przypadek ukleja w woreczku łzowym (Ein Fall von Polypen des Thraenensackes). Dr I. Strzemiński z Wilna (v. Graefe's »Arch. f. Ophthalm.« XLIX. 2. 1899).

Ukleje woreczka łzowego należą do rzadkości. Dr Strzemiński, przeszukawszy starannie literaturę, zdołał zestawić zaledwie kilkanaście opisanych przypadków. W niektórych dużych nawet podręcznikach okulistyki nie ma o nich żadnej wzmianki. Przypadek, który Dr Strzemiński opisuje, odnosi się do 38letniej kobiety, która była już od dłuższego czasu leczona z powodu łzawienia prawego oka. W okolicy prawego woreczka łzowego stwierdził autor wyniosłość, która zdawała się na pierwszy rzut oka pochodzić od przepełnienia woreczka zatrzymaną wydzieliną. Gdy jednak za pomocą ucisku nie można było wygnieść owego domniemanego płynu i guzek bynajmniej się nie zmniejszał, zrobił autor przypuszczenie, że ma do czynienia z niezwyklem zgrubieniem ścian woreczka i przystąpił za zgodą chorej do wyłuszczenia tegoż. Po szerokiem nacięciu pokazało się jednak, że jamę woreczka wypełniał uklej wielkości łaskowego orzecha, wyrastający na dość grubej szypule z tylnej ściany przewodu łzowego. Po odcięciu polipa wyszkrobano ostrą łyżeczką miejsce, skąd wyrastała szypuła, poczem wytampowano ranę gazą jodoformową. Przetoka zagoiła się w krótkim czasie z pozostawieniem nieznacznej blizny. Badanie drobnowidowe wyjętego polipa wykazało utkanie włókniaka jamistego. Zauważyć należy, że w przypadku tym zgłębnik Nr 4 dał się wprowadzić bez trudności, widocznie więc przesunął się między uklejem a ścianami przewodu. — Autora zastanawia nadzwyczajna rzadkość polipów woreczka łzowego w porównaniu z częstością ukleją w jamie nosa, wyścielonej zupełnie podobną błoną śluzową. Co do nawrotów, to nie spostrzegano ich w żadnym z opisanych przypadków. Leczenie może polegać jedynie na usunięciu polipa drogą operacyi. Równoczesne wyłuszczenie woreczka tylko wtedy bywa wskazane, gdy stan jego błony śluzowej tego wymaga. — *Dr K. W. Majewski.*

Dwa przypadki zapalenia siatkówki i naczyniówki na tle trądu (Ueber zwei Faelle von leproser Chorioretinitis). Dr J. Bistis z Konstantynopola (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1899. XI).

O ile przedni odcinek gałki ocznej niejednokrotnie ulega w przebiegu trądu chorobowym zmianom, a znieczulenie rogówki należy nawet do zwykłych zjawisk, to zmiany na dnie oka spotykano w tej chorobie nadzwyczaj rzadko. Tak wynika przynajmniej z licznych spostrzeżeń Bull'a i Hansen'a. Dr Bistis, mający w Konstantynopolu częstą sposobność badać trędowatych, mógł na podstawie własnego doświadczenia tylko potwierdzić zdanie tych autorów. W ostatnich jednak czasach znalazł w kilku przypadkach trądu zmiany na dnie oczu, których powstanie tylko do trądu można było odnieść. W pracy powyższej opisuje Dr Bistis trzy przypadki, dotyczące osób w sile wieku, od wielu lat dotkniętych trądem, u których oprócz znieczulenia rogówki, śladów po przebytem zapaleniu tęczówki i różnych zaburzeń mięśniowych — stwierdził ogniska zapalne częścią w naczyniówce, a częścią w siatkówce rozsiane. Wśród ognisk tych rozrzucone były tu i owdzie złogi czarnego barwika. Wejrzenie ich przypominało żywo ogniska zapalne, jakie w naczyniówce i w siatkówce zwykła wywoływać kiła. W przypadkach jednak powyższych zależność tych zmian wziernikowych od trądu wydaje się autorowi zupełnie niewątpliwą. —

Dr K. W. Majewski.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo okulistów w Moskwie. Posiedzenie z dnia 28 września 1899 r. według st. st.

Prof. Ewecki poświęca kilka gorących słów pamięci świeżo zmarłej koleżanki, okulistki Katarzyny Dmitrjewny Kastalskiej, która, choć zaledwie w 1895 r. ukończyła wydział lekarski w Bernie, pracą swą i zdolnościami poczęła zwracać uwagę lekarskiego świata. Na ostatnim międzynarodowym kongresie lekarskim ś. p. Kastalska miała odczyt »Ueber hyaline Kugeln beim Trachom«. — Drukowała między innymi pracami i dwa własne spostrzeżenia o actinomycosis kanalików łzowych. Śmierć ś. p. Kastalskiej wyrządza szczerbę w szeregach rosyjskich okulistów.

Dr A. Makłakow przedstawia chorą z przewlekłym ropnem

zapaleniem gruczołków Meibom'a; choroba ciągnie się już 5 lat. Wyloty gruczołków zajętych bywają mniej lub więcej rozszerzone, przez niektóre z nich dałby się przeprowadzić zgłębnik Nr 2 B o w m a n a. Na brzegach powiek kilka rozrzuconych zgrubień, odpowiadających położeniu gruczołków, przyczem skóra na tem miejscu zlekka zaczerwienioną być się wydaje. Przy naciskaniu miejsc tych wychodzi na zewnątrz płyn żółtawy lepki. Leczenie choroby siarkaniem miedzi, kamieniem piekielnym, żółtą maścią, rozgrzewającymi okładami maczanymi w sublimacie do żadnych nie doprowadziło wyników.

Prof. K r i u k o w, który raz tylko spostrzegł przewlekłe ropne zapalenie gruczołków Meiboma wśród 10 tysięcy z górą chorych, sądzi, iż najradykałniejszy środek leczniczy przy tej chorobie stanowi wyłyżeczkowanie gruczołków lub przypalenie galwanokauterem, wprowadzonym przez rozszerzone wyloty.

Następują rozprawy o wiosennym niezycie spojówki, który Goldzieher — jak wiadomo — przezwiał *conj. verrucosa superficialis*. Rysunek tej rzadkiej choroby spotykamy w atlasie H a a b'a. Na spojówce powiek tworzy się przerost chrząstki. Chorobie towarzyszą zwykle niezyty nosa, gardzieli i t. d., które jednocześnie leczyć należy. Według D u f o u r'a najważniejszy zabieg, to mięsienie spojówki za pomocą kulki waty, zmoczonej w sublimacie.

Dr S t r a c h o w mówi o wyrosłach kostnych w oczodole, o ich pochodzeniu, klasyfikacji S m i t h'a i o operacyjnem ich usuwaniu. Wyrośle kostne zdarzają się w oczodole rzadko¹⁾. Dr S t r a c h o w podaje własne spostrzeżenie, ciekawe z tego względu, iż wyrośl kostna, ważąca 64 grm., odpadła własnowolnie. Jak wiadomo, blaszka papierowa kości sitowej ma szczególne usposobienie do wydawania kostnych wyrosli, i w tym przypadku wyrośl, albo — nazwijmy — wykostnia, powstała tak samo z blaszki papierowej.

Włodz. Talko.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 28 października 1899 r. według st. st.

Dr M e r c podaje wyniki doświadczeń swych, prowadzonych w celu rozstrzygnięcia pytania, czy samo spotęgowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego wystarcza, aby, jak to twierdził G r a e f e, wytworzyć obraz tarczy zastoinowej, czy też potrzebna tu obecność innych przyczyn, n. p. zapaleniorodnych drobnoustrojów w mózgodzeniowym płynie. Przy spotęgowaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez sztuczny otwór w czaszce królików już na 10—15 mm. rtęci,

¹⁾ M i t v a l s k y spostrzegł na 30.000 chorych trzy przypadki guzów kostnych.

a u psów na 15—20 mm. następują objawy utrudnionego odpływu krwi w okolicy tarczy — rozszerzenie żył. Podtrzymując zwiększone na 15—20 mm. ciśnienie wewnątrzczaszkowe u psa w przeciągu 2—3 godzin, otrzymywał Dr M. obrzmienie tarczy, obrzmienie przyjmowało postać brodawki, której szczyt wznosił się na 0,2—0,5 mm. ponad poziom zwykły; obrzmienie niewyraźnie zlewało się z dnem ocznym. Gdy spotęgowanie ciśnienia trwało 8—12 godzin, następowało nadto zmętnienie (obrzęk) siatkówki. Przy dłuższem trwaniu spotęgowanego wewnątrzczaszkowego ciśnienia zwierzęta giną. Obraz tarczy zastoinowej u królika przedstawia się mniej okazale, a to wskutek stosunkowo wielkiego wgłębienia tarczy na miejscu rozbieżnego kierunku włókien nerwowych (*excavatio physiologica*). Drobnowidowo stwierdzono we wszystkich przypadkach puchlinę otoczki nerwu wzrokowego i zaciśnięcie naczyń krwionośnych, w dwu przypadkach stwierdzono perineuritis. Na zasadzie otrzymanych wyników przychodzi Dr M. do następujących wniosków: 1. tarcza zastoinowa może być wywołaną przez samo spotęgowanie ciśnienia; 2. tarczę zastoinową otrzymać możemy już przy zwiększeniu ciśnienia na 8—15 mm. rtęci (albo nawet przy jeszcze mniejszem); 3. im bliżej twardówki przebijają pochwę nerwu naczynia środkowe nerwu wzrokowego (u królika naczynia wnikają do kanału środkowego przy samej twardówce, u psów w odległości 5 mm. od twardówki, u ludzi w odległości 15—20 mm.), tem szybciej powstają przy spotęgowaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego objawy tarczy zastoinowej.

Dr Maksimoff mówi o nowym środku arekolinie; do używania przy jaskrze polecają Lavague, Cross i inni ów mało znany alkaloid, otrzymywany z siemienia palmy areca catechu. Dr M. stosował $\frac{1}{2}$ —1% rozczyń. Myosis następuje już po upływie 3—5 minut, maximum myosis po 10—20 minut, trwa $\frac{1}{2}$ godziny i następnie powoli, mniej więcej w przeciągu 3 godzin wraca do stanu prawidłowego. Tonometr Makłakowa wskazuje, iż wśródoczne ciśnienie zmniejsza się szybciej i znacznie, aniżeli od ezeryny i pilokarpiny. Jest to w każdym razie cenny środek, który śmiało będzie rywalizować, jako silniejszy i nie posiadający drażniących właściwości, z używanymi dotychczas pilokarpiną i ezeryną.

Włodz. Talko.

3. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie (C. d.).

Leber z Heidelbergu: *O odżywianiu oka*. Na podstawie nowych doświadczeń, podjętych przez siebie, omawia prelegent kilka spraw ważnych, odnośnie do odżywiania oka.

Najprzód porusza zmianę, jakiej płyn oczny wogóle ulega,

i zadanie tegoż, by przyrząd optyczny utrzymać w stanie niezmiennym, a nadto zapewnić stałość wypukłości i przezroczystości ośrodków łamiących. Do tego służy napięcie wśródgalkowe. Wydzielanie płynu, powodującego to napięcie, stoi w stosunku do różnicy ucisku pomiędzy zawartością gałki a otaczającymi naczyniami. Jako sączek dla przetworów, które ze krwi do cieczy wodnej nie przedostają się, służy ściana naczyń, a rzeczą nierozstrzygniętą, czy i nabłonek rzęskowy przy tem nie współdziała.

Wyrostki rzęskowe są właściwym przyrządem wydzielniczym dla płynu wśródocznego, wątpliwą zaś jest rzeczą, czy przednia część tęczówki bierze udział w wydzielaniu tego płynu. Przypominamy, iż Ehrlich, a ostatnio Hamburger¹⁾ twierdzi, że tęczówka nawet w prawidłowych warunkach wyłącznie ciecz wodną p. k. wydziela. Wykładający wykazuje, że spostrzeżenie Ehrlicha, jakoby fluorescyna wstrzyknięta do krwi z przedniej powierzchni tęczówki do cieczy wodnej przechodziła, odnieść raczej trzeba do dyfuzji tego ciała. Przeciw Hamburger'owi zaznacza L., że nietylko fluorescyna, ale także i tusz chiński, co do którego dyfuzya musi być wykluczona, wprowadzone do tylnej komórki, po pewnym czasie przechodzą do przedniej komórki. Zamykając sztucznie u zwierząt p. k., można wykazać rzeczywiste wydzielanie rzęskowe, gdy nie przemawia za wydzielaniem przedniej powierzchni tęczówki. Doświadczenia prelegenta na oku martwym, a przez Nuëla podjęte na oku żywym, przemawiają za tem, że powierzchnia tęczówki odgrywa pewną rolę w wchłanianiu cieczy wodnej, wydzielanej przez ciało rzęskowe. Wydzielanie cieczy przez ciało rzęskowe wynika i z tego, że w przyrodzonej iryderemii jako też w ubytku zupełnym tęczówki przez uraz, napięcie gałki pozostaje prawidłowem, gdy usunięcie ciała rzęskowego i tęczówki zupełnie wytwarzanie cieczy wodnej znosi. —

Utrzymanie napięcia gałki na pewnej stałej wysokości wymaga jak największego ograniczenia odpływu. Oprócz znanego odpływu przez circulus venosus, zaznacza prelegent, co i Benoit stwierdził, istnienie wypływu przez środkowy kanał szklisty i przez przestwory naokołonaczyniowe naczyń centralnych.

Ważną rolę w utrzymaniu napięcia gałkowego odgrywa własność pęcznienia rogówki, przez co obniża się ubywanie cieczy z przedniej powierzchni rogówki. Przytem nabłonek i wśródbłonek działają ochronnie przeciw zbyt niemu wchłanianiu płynu, co by przezroczystość rogówki musiało upośledzić. Płyn zawarty w rogówce nie jest wolnym, lecz fizykalnie związanym. Przez ciśnienie 50—100

¹⁾ Patrz »Postęp Okulistyczny« nr październikowy.

atmosfer można było bardzo małe ilości płynu miąższowego do badań wydostać.

Rogówka napęczniała przez przyjęcie płynu oddaje go pod lekkim ciśnieniem, — przesycona zaś cieczą oddaje go w postaci kropelek filtracyjnych.

Błędem jest zapatrywanie, jakoby każda część ciała, nawet nie wykonując żadnej pracy, ulegała ciągłemu odnawianiu i jakoby potrzebowała ustawicznej dostawy odżywczych substancji. Dostawa taka istnieje niewątpliwie dla komórek, ale nie dla istoty międzykomórkowej. Z tego wynika zaś, że potrzeby odżywiania pierwiastków postaciowych oka, to jest rogówki, soczewki i ciała szklistego, są bardzo nieznaczne i mogą być pokryte przez dyfuzję. Dostawę przyjmują istoty międzykomórkowe. Brak naczyń nie jest tutaj żadną wadą, ale raczej dobrem urządzeniem, by zapobiedz zbytnej dostawie odżywki.

Dostawa ta przy nabłonku odbywa się przez delikatne szczelinki międzykomórkowe, tworzące system połączony, dający się nastroić, system, który przy wzmożonej dostawie, n. p. przy zapaleniu rogówki rozszerza się. W tkankach, składających się z istoty międzykomórkowej włóknikowej dostawa odżywki odbywa się przez szczeliny wypełnione płynem. Rogówka atoli inaczej pod tym względem się przedstawia. Tutaj odżywienie nie odbywa się przez żadne kanaliki odżywcze, których nie udało się wykazać, ale przez dyfuzję po przez istotę międzykomórkową. Można wykazać wchłanianie i dyfuzję istot rozpuszczalnych i dyfuzyjnych tak przez rogówkę żywą jakoteż i martwą i to zapomocą odczynników chemicznych. One wnikają przedewszystkiem w istotę międzykomórkową, a dopiero później, jeżeli wogóle, także do komórek. To zachowanie daje powód do powstania t. zw. obrazów ujemnych impregnacji (*Impregnationsbilder*). Obrazy te polegają na selekcyi fizykalnej, wskutek której istota komórkowa opiera się wnikaniu pewnych ciał, gdy dla drugich posiada szczególny pociąg. Istoty odżywcze postępują tą samą drogą. Soczewka i błona Descemeta przystępne są dla białkanów. W sprawach zapalnych przesącza się istota międzykomórkowa rogówki płynem, zawierającym białko i włóknik, a dostawa ciał koloidalnych w ten sposób przez dyfuzję jest możliwą. Odżywienie rogówki uskuteczniają w znacznej części przybrzeżne naczynia, lubo nie ulega wątpliwości, że i ciecz wodna odgrywa przytem pewną rolę.

Ciało szkliste składa się z włóknistego utkania, przesączonego płynem, uchodzącym przy nacięciu ciała szklistego, jakoteż przy otwarciu przedniej komórki, przyczem przesącza przez wiązadło

Zinna. Źródło tej cieczy jest to samo, co i cieczy wodnej, ale ciecz ciała szklistego zawiera więcej białkanów.

C. van Moll z Rotterdamu: *Czy istnieje zapalenie spojówki przerzutowe?*

Odkąd Jaeger przypadkowo stwierdził zakażenie bezpośrednie spojówki przez jad rzeżączkowy, rozpowszechniło się mniemanie, jakoby zapalenie spojówki, występujące równocześnie z rzeżączką cewki moczowej, spowodowanym było zawsze bezpośrednim wpływem jadu. Niekiedy tylko objawia się zdanie, że w przebiegu trypra może wystąpić szybko przebiegająca wewnętrzna goścowa oftalmia. Na podstawie sześciu przypadków, przez siebie spostrzeżanych, dochodzi M. do następujących wniosków: Przy zajęciach cewki moczowej, przeważnie rzeżączkowych, ale także i bez gonokoków, przychodzi do zapalenia spojówkowego, występującego równocześnie ze zapaleniem stawów. Zapalenie to jest zupełnie odrębne i nie ma nic wspólnego ani z ostrem zapaleniem spojówki, ani też ze zwykłym rzeżączkowym.

Znamiennem dla tego zapalenia jest silne przekrwienie spojówki powiek, a także gałki, z głębokiem nastrzyknięciem twardówkowym, przy nieznacznem nabrzmieniu. Wydzielina jest skąpa, a rogówki wolne od zajęcia, tylko czasami widzimy pryszczyki rogówkowe i zapalenie tęczówki. Światłowstręt dość silny towarzyszy cierpieniu, które występuje obustronnie, ma wielką skłonność do nawrotów, a zwolnienie i zaostrzenie idzie w parze z podobnem wahaniem cierpienia cewki moczowej.

Badanie, najściślej przeprowadzone pod względem bakteryologicznym, tylko w jednym na pięć przypadków wykazało obecność gonokoków, obok gronkowców. W czterech pozostałych znaleziono raz bakterye niechorobotwórcze, a zresztą gronkowce, które dla królików były chorobotwórczymi.

Prelegent sądzi więc, że zapalenie to spojówki bez zakażenia zewnętrznego bakteryami na drodze przerzutowej przychodzi do skutku.

Wobec rzeczywistego faktu, że często żadnych gonokoków nie znaleziono, zwraca prelegent na to uwagę, iż w wielu przypadkach przerzutowego zapalenia stawów również znaleziono tylko gronkowce, a dalej, że znane są przypadki urethritis bez gonokoków, a natomiast z innymi bakteryami, zwłaszcza gronkowcami, przyczem stwierdzono powikłania ze strony stawów i spojówki. Z tego M. wnosi, że tak gonokoki jako i inne bakterye mogą endogenetycznie dostać się w odległe miejsca i przez przerzut spowodować zajęcie oczne.

Rozprawa: Axenfeld mniema, że w przypadkach z ujemnym

co do gonokoków badania wynikiem nie wypada przerzutu gonokoków wykluczyć. Mogą bowiem koki w naczyniach spojówkowych być obecne, a nie przechodzić do wydzieliny. To dotyczy także wysięków stawowych i tłumaczy dostatecznie zmienny wynik dochodzeń bakteriujnych. W takich warunkach teoria zakażenia mięszanego napotyka trudności, zwłaszcza co do gronkowców, nie przypisuje im A. znaczenia, gdy one przy najrozmaitszych stanach podrażnienia zachodzą, nie wywołując go bynajmniej.

W końcu możliwym byłby i przerzut toksyn.

Scheffels z Crefeldu przytacza dwa odnośne przypadki z rzeżączkowym zajęciem kolana, zapaleniem spojówki, a później nadto rzeżączkowym zapaleniem naczyniówko-siatkówkowym.

Morax z Paryża podnosi, że przypadki takie we Francji dobrze są znane, a sam nawet aż 10 przypadków spostrzegął.

Becker z Drezna widział przypadek, odznaczający się nadto powikłaniem ze strony stawów i ucha.

Wicherkiewicz podkreśla przypuszczenie Axenfelda, że w odnośnych przypadkach zapalenie to nie bakterye, lecz przerzuty toksyn wywołują. Za tem przemawiałby przypadek przez niego spostrzegany, w którym dziecko, dotknięte rzeżączką noworodków i z niej wyleczone, dostaje wkrótce potem zapalenia stawów, a później pneumonii, prowadzącej śmierć.

Badanie pośmiertne stawów nie wykazało obecności gonokoków,

Co do terapii, to W. zaleca w odnośnych przypadkach zapaleń spojówki, a także tęczówki, ciepłe okłady, 1—2 gr. salicylu, salipiryny lub salofenu.

Moll podnosi w końcu, że toksyny bakteryi w mowie będących nie są znane.

Franke z Hamburga: *przyczynek do patologicznej anatomii trądu oka.*

Fr. miał sposobność badać 3 oczy, dotknięte trądem. Pierwsze przedstawiało klinicznie zapalenie miąższowe rogówki. Obok prątków w rogówce w obwodowej części tęczówki i w przedniej części naczyniówki, przedewszystkiem ciało szkliste uległo chorobie. Dwie drugie gałki znacznemu uległy zachorzeniu. Przedni zanik (*phthisis anterior*), dalej tęczówka i ciało rzęskowe znikło w trędownatej tkance ziarninowej, zawierającej wielką liczbę prątków. Także i w rogówce i w przedniej części twardówki można było wykazać te prątki, dalej w przednim odcinku suprachoroidei i w przednich częściach przez przerost rusztowania znacznie powiększonej siatkówki. Tylnie części zaś siatkówki były zdrowe, z wyjątkiem ograniczonego zapalenia około tarczy. Franke przypuszcza zakażenie oczne przez rozplem wewnętrzny.

Druault z Paryża: *O pierścieniach barwnych, widnych w prawidłowym stanie jako też chorobowym naokoło płomieni*. Po wstępie teoretycznym, wykazującym związek między wielkością pierścienia barwnego a wielkością pierwiastków takowy wywołujących, przechodzi prelegent do doświadczeń klinicznych i zaznacza trzy rodzaje takich pierścieni, dwa fizyologiczne i jeden przy jaskrze.

Jeden z fizyologicznych pierścieni barwnych powstaje wskutek budowy włóknistej soczewki. Wielu widzi go w prawidłowych warunkach, a wielu innych może go widzieć dopiero po rozszerzeniu źrenicy, zazwyczaj już po wpuszczeniu kropli kokainy. Można by obawiać się, zwłaszcza, gdy zapuszczono atropinę, jaskry, — atoli zasłonięcie powolne źrenicy usuwa ten pierścień, skoro źrenica więcej, niż do połowy zasłoniętą została. Pozorna przestrzeń tego pierścienia wynosi dla barwy żółtej około 6° . Mniejszy, bo tylko 4° wynoszący pierścień fizyologiczny, zaznaczony już przez kilku autorów, nie da się dokładnie odnieść do miejsca powstania spostrzegania, gdy wpatrujemy się w płomień świecy po przez rogówkę, znajdującą się we wodzie. Gdy zdrapiemy choćby tylko lekko wśródbłonek rogówki, pierścień znika, pozostaje zaś, choćbyśmy zupełnie zniszczyli nabłonek przedni rogówki. Zdaje się więc, że tylny nabłonek przyczynia się do powstawania owego pierścienia. Pierścień glaukomatyczny, przypisywany zwykle zaburzeniom w głębokich warstwach rogówki przez Dondersa, a dalej także przez innych, porównywany bywał z pierścieniem soczewkowym, tylko, że jest on większy, bo 8° , i nie znika po zasłonięciu częściowem źrenicy na dwóch przeciwległych krańcach.

W końcu wspomina prelegent jeszcze o pierścieniach, widzianych rano po przebudzeniu się, dalej w zapaleniach spojówki, wreszcie przy działaniu wody lub pary kwasu osmowego na rogówkę.

Emil Grosz z Budapesztu: *O porażennem zapaleniu rogówki*. Sprawa tego zapalenia nie jest rozstrzygniętą. Nowe doświadczenia, względnie spostrzeżenia, mianowicie dotyczące wycięcia zwoju Gassera, neurotomii optykociliarnej, wymagają podjęcia nowych badań tej sprawy. Zdaniem prelegenta zapalenie w następstwie porażenia albo obrażenia nerwu trójdzielnego lub wyluszczenia zwoju Gassera jest identycznym ze zapaleniem, wywołanem na zwierzęciu przez przecięcie nerwu trójdzielnego, jako też z tem, które spostrzegamy przy porażeniu nerwu twarzowego albo w jaskrze zwyrodniałej. Przyczyną takiego zapalenia jest zakażenie zewnętrzne w następstwie obrażenia rogówki znieczulonej, a powód do zakażenia dają drobnoustroje spojówki, worka łzowego lub takie, które dostały się od zewnątrz.

Odróżnić wypada od tego zapalenia zapalenie prawdziwie po-

rażenne, równe keratomalacyi i keratonekrozie, spowodowanej zwyrodnieniem komórek zwoju rzęskowego. Przyczyny tego szukać trzeba w charłactwie, w krwawieniach lub obrażeniach miejscowych. —

Grosz: *Zanik nerwów optycznych przy wrodzonym rdzeniowym*. G. podaje statystyczne wyniki swych badań, dotyczących 101 przypadków klinicznie, a 12 ócz anatomicznie badanych. Większa część chorych (70%) była w wieku 35—50 lat i przeważnie mężczyźni (85%). Z wyjątkiem jednego przypadku, pola widzenia obwodowo były ograniczone i to w 32% dośrodkowo, w 29% zewn.-górną, w 6% wewn. dołem, a w 9% w kilku miejscach. Co do poczucia barw, to najprzód bez wyjątków znikało poczucie dla barwy czerwonej i zielonej, a u 5 chorych wystąpił zupełny daltonizm. Oftalmoskopijnie tarcz się przedstawia szaro, a później powstaje zwykły obraz zaniku. Pierwszym okresem jest właśnie ów obraz wziernikowy, a dopiero później występuje ograniczenie pola, w końcu także obniżenie naosiowego wzroku. Skoro jednakże objawy drugiego okresu występują, choroba szybko postępuje, a jest nieuleczalną.

Obniżenie obwodowe, brak hemiopii i centralnego skotomatu i różnica, zachodząca pomiędzy obu oczami osobnika, przemawiają za tem, że głównego siedliska choroby szukać trzeba w części końcowej nerwu, oddalonej od skrzyżowania. Stosownie do tego znalazł prelegent w przypadkach, które anatomicznie były zbadane, że zanik nerwu ku mózgowi ustaje. Co do rodzaju zaś choroby, to stwierdził zwykłe zwyrodnienie istoty nerwowej bez przerostu tkanki łącznej. Zanik rdzeniowych włókien siatkówki poprzedza obniżenie wzroku i ograniczenie pola widzenia.

Dalej przemawia zanik włókien nerwowych siatkówki i komórek zwojowych za tem, że początek choroby, na nerw optyczny przechodzącej, tkwi w zwojowych komórkach. To tłumaczy, dlaczego zanik w stronę mózgu zmniejsza się, a kończy się w końcu neuronu. — Zanik nerwu wzrokowego trzeba uważać za sprawę odpowiednią do zachorzenia rdzenia mózgowego. Co więc zwyrodnienie systemu nerwowego powoduje, sprowadza też zanik nerwu optycznego i siatkówki. Prawdopodobnie sprawa rozprzestrzeniania się drogą naczyń na podstawie kiły.

W.

IV. LECZNICTWO.

1. Dodanie orthoformu czyni pastę żrącą bezbolesną. I tak przepisuje Dr Ponchet: Rp. Acidi arsenicosi, Orthoformi aa 0.2, Alkoholi Aq. dest. aa 10—15.0.

2. Protargol trudno rozpuszcza się w silniejszych stosunkach, n. p. 20%. Ułatwia rozpuszczenie i stosowanie środka tego mniej czyni drażniącym dodanie gliceryny. Kopp poleca w tym celu do zapobiegawczego leczenia rzeżączki następujący przepis:

Rp.: Protargoli 20.0
Tere c. glicer. 20.0
adde Aq. dest. tepidae 60.0

3. Zapalenie skórne, towarzyszące nieżytom spojówki, leczy Unna w następujący sposób: Oko pokrywa się kompresem, zwilżonym wodą ołowianą, a na kompres i na chore otoczenie kładzie się muślin z maścią cynko-ichtyolową albo cynko-rtęciową. Muślin taki leczycie cierpienie skórne i pokrywa kompres, chroniąc go od wysychania. — Dla należytego zastosowania kompresu przytwierdza się na nim wate suchą stosowną opaską („Monatsschrift f. praktische Dermatologie“ Bd. XXIV. Nr 1).

4. Peronina, czyli chlorowodan benzyl-morfiny, wytwarzana przez Mercka, wywołuje, według Dra Buffalini, w roztworze 1—2% wpuszczona do worka spojówkowego królika, zupełne znieczulenie spojówki, trwające kilka godzin, bez zmętnienia nabłonka rogówki, bez przekrwienia spojówki lub zmiany źrenicy („Deutsche Med. Zeitung“ Annali di Ottalmologia 1899, p. 548).

O tymże środku pisze Dr Pick z Królewca, że u ludzi środek ten po wpuszczeniu sprawia palenie, wzmagające się przez 4—5 minut, z przekrwieniem i nabrzmieniem spojówki, która w postaci wału piętrzy się. Źrenica najprzód rozszerza się, by później się zwężyć po 15 minutach.

Znieczulenie rogówki, rozpoczynające się po minucie, trwa przez $\frac{1}{2}$ godziny („Klin Monbl.“ 1900. Nr 1).

Podobne wyniki osiągnąć można przez zapuszczenie 5% dioniny, która pod względem chemicznym jest ciałem podobnym (Wolffberga „Wochschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges“. Jahrgang III. Nr 4, a także według doświadczeń, podjętych na naszej klinice krakowskiej, o czem w najbliższym czasie podamy bliższe wiadomości). W.

V. ROZMAITOŚCI.

Napięcie gałki zależne jest od rozmiarów ciała i ciśnienia powietrza. Tłomaczy to okoliczność, iż ciśnienie wśródgałkowe daje miarę ciśnienia krwi w naczyniach włoskowatych. Nikati, który nad sprawą tą rozwoził się w Akademii Umiejętności na posiedzeniu d. 11 grudnia r. z., zaznaczył, że na podstawie własnych doświadczeń dochodzi do następującej formułki ogólnej: ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych, mierzone twardością gałki, jest zależne od stosunku pomiędzy wielkością ciała a jego powierzchnią („Sem. méd.“ Nr 54. 1899).

Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. Dra Edwarda Korczyńskiego, przedstawiający się okazałe w bardzo starannem a nawet zbyt kownem wydaniu, zawiera, pomiędzy wielu pracami z rozmaitych gałęzi wiedzy lekarskiej, także kilka prac okulistycznych, a mianowicie: Doc. Dra Sroczyńskiego „Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówkowego“ (streszczono w zeszycie majowym „Postępu Okulistycznego“), i Dra Bałłabana „Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy“ (streszczono w tymże zeszycie „Postępu Okulistycznego“).

Na prośbę naszą, dołączoną do ostatniego zeszytu „Postępu“ zeszłorocznego, podano nam jeszcze do uzupełnienia spisu okulistów następujące nazwiska: Dr Szczepaniak Antoni, b. lekarz ambulatoryjny przy warsz. instytucie oftalm., w Radomiu, Dr Marciszewski w Częstochowie, Dr Wagner Bronisław w Warszawie, ul. Złota, 24. W urzędowym zaś spisie lekarzy w Rosyi podani są, nie wymienieni przez nas poprzednio, następujący lekarze okuliści Polacy: Adolf Antoni Zabłocki, lekarz 18 flotskiego ekipażu i okulista portu w Petersburgu; Ignacy Haas, starszy lekarz rezerw. batal. w Morszańsku, gub. Tambowska; Wincenty Giłus, lekarz lecznicy ocznej Wołudskich w Moskwie; Feliks Grabowski, ordynator kliniki w Char-kowie; Władysław Hulanicki, Sieło Uspenskoje, Ekaterynosławska gubernia.

Oczekujemy dalszych zgłoszeń, względnie uzupełnień naszej listy okulistów polskich, którą później ogłosimy w wydaniu poprawnem.

Szpital oftalmiczny w Wilnie. Pisma polityczne donosiły o zamknięciu tegoż. Dowiadujemy się ze źródła pewnego, że zamknięcie tej dobroczynnej instytucji jest tylko czasowe. Po zmianie ustawy i nadaniu szpitalowi nazwy Tyzenhauzów-Przeddzieckich będzie ponownie otwartym. Względy materyalne żadnej roli przy zamykaniu szpitala nie odgrywały.

VI. KORESPONDENCYE.

Od Dra J. Talki otrzymaliśmy następujący list, adresowany do niego przez Dra A. Sz., sprawozdawcę „Postępu Okulistycznego“ w „Więstniku Oftalmologii“, list, który niewątpliwie zajmie czytelników „Postępu“:

„Szanowny Kolega w swojej pracy: „Obustronna zgorzel powiek i t. d.“, zaznacza, że śluzoropna wydzielina dochodzi w zatoce czołowej prawie do foramen opticum, a sama zatoka czołowa jest wadliwie rozwinięta. Na zasadzie osobistego doświadczenia, nabytego przy leczeniu operacyjnem dziesięciu (zdaje się) przypadków przewlekłego zapalenia błony śluzowej zatoki czołowej, mogłem wywnioskować, że śluzoropna wydzielina, zbierająca się w zatoce w dość znacznej ilości, wywiera stopniowo dość silne ciśnienie na kość czołową, rozszerza zatokę oraz rozdziela kość na dwie płytki, niszcząc diploë, jako część kości, najbardziej ustępującą pomienionemu ciśnieniu. Szczególnie dobrze zachowałem w pamięci przypadek w kiryłowskim szpitalu (szp. św. Cyryła) w Kijowie. W przypadku tym zapalenie zatoki czołowej przeszło na sinus sphenoidalis, ethmoidalis; lamina papyrea była odsunięta na zewnątrz i ku dołowi, a wszystkie trzy wymienione zatoki tworzyły jedną kloakę. Przypadek ten udowodnił mi, że wydzielina śluzoropna rozdziela kość na dwie płytki po diploë, przewyciężając nawet szwy kostne. Należy więc przypuszczać, że i w Pana przypadku ropne zapalenie zatoki trwało od dawna, a jakieś przypadkowe zakaźne zapalenie górnej powieki pociągnęło za sobą wszystkie objawy i skutki, przez Pana opisane.

Kijów 2/14 stycznia 1900.

Dr A. Szymanowski.

Do wiadomości PP. 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 ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośne 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.

OGŁOSZENIA.

F. Ad. Müller'a Synowie.
Wiesbaden.



**Sztuczne
oczy.**

1—12—3

Obfity skład u K. Zielińskiego, optyka, w Krakowie.