

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM 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 RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień

-I- ROCZNIK DRUGI -II-

1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.

Referat, odczytany na posiedzeniu Sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 21 lipca 1900 roku.

Podał

ZYGMUNT KRAMSZTYK.

Nieznajomość wroga każdą walkę utrudnia, a o jaglicy właśnie wiemy bardzo mało: wszak istnieje nawet wątpliwość, czy ta nazwa oznacza jakąś jedną i zawsze tę samą chorobę. Przypuścić więc można, że — wskutek warunków zewnętrznych, albo, mniej jeszcze branych w rachubę, warunków, leżących w danym organizmie — rozmaite sprawy zapalne spojówki przybierają przebieg bardzo uporczywy, prowadzą do obfitej infiltracji, a następnie do bliznowatego przerodzenia błony śluzowej, do wrzodów i łuszcзки na rogówce i do wykoszlawienia powiek. Wobec takiego poglądu — który ja też podzielam — nie można mówić o wstępnych okresach jaglicy, ani z nieznacznych zmian chorobowych przewidywać ciężkie w przyszłości następstwa.

Tak samo mówić nie można o swoistej zaraźliwości jaglicy w tem rozumieniu, że gdy ze spojówki chorej dostanie się zarazek do zdrowego oka, do równie ciężkich następstw musi doprowadzić.

Jeżeli ten pogląd okaże się słusznym, to oczywiście błędem będzie nadawanie lżejszym postaciom chorobowym nazwy »jaglica«, i — co za nazwą idzie — ich traktowanie. Sądzę, że pod tym względem niezmierną panuje dziś przesada. Bardzo wielu ludziom prawie zdrowym, a w każdym razie dla otoczenia niegroźnym, lekarze utrudniają albo łamią życie, usuwając ich ze szkół, z kolonii letnich, z okrętów i rozmaitych zakładów zbiorowych.

Bardzo często leczymy spojówki zdrowe albo prawie zdrowe bez potrzeby środkami żrącymi i operacyami dlatego tylko, że zmianom dostrzeżonym nadajemy nazwę jaglicy. Zdaje się, że nomenklatura chorób spojówki, choć trochę przewlekłych, ograniczyła się dziś do tej jednej groźnej nazwy. Mówię nie tylko o naszych stosunkach, bo ta przesada istnieje dziś w całej Europie, przedewszystkiem w Niemczech. Nawet najbardziej fanatyczni pogromcy jaglicy przyznać muszą, że u ogromnej liczby chorych walczą z niebezpieczeństwem, które w danej chwili istnieje tylko w ich przewidywaniu; a wobec niezmiernie przewlekłego biegu choroby może ani razu lekarz nie widział, jak ze zmian lekkich i niewinnych rozwija się jaglica. Leczenie jaglicy z pewnością bardzo często choremu pomaga, ale nieraz też zapewne szkodzi, a gdyby można położyć na szale — na jednej pomyślnie skutki leczenia, na drugiej zaś szkody z niego wynikłe, to nie wiem, na którą stronę wagaby się przechyliła. Jaglica jest z pewnością klęską społeczną, ale dzisiejszy sposób walki klęski nie złagodził, lecz ją powiększył, bo przesada w walce szkodę przynieść musi. Tak pan Jan nosa nadwerężył, chcąc ze zbyt impetem zabić muchę, co laźła po nosie.

U nas walka z jaglicą dopiero się rozpoczęła, dopiero pierwsze uzbrojono zastępy, ale zaczęto od błędu: wprowadzono dziwną na dzisiejsze stosunki instytucję: ruchome oddziały

okulistyczne. Z pewnością lekarz w przeciągu paru tygodni może niejednego chorego uleczyć. może przedewszystkiem przez operacye wzrok niejednemu przywrócić i w okolicy efekt sprawić niemały, ale jest to sposób leczenia bardzo kosztowny dla społeczeństwa, nietrwały i niedorażny. I niewiadomo, dlaczego stworzono jedynie okulistyczne oddziały ruchome — równie potrzebne, albo równie niepraktyczne byłyby oddziały laryngologiczne, ginekologiczne..., jeżeli naprawdę lekarze, tak gęsto dziś po świecie rozsiani, tych wszystkich chorób specjalnych leczyć nie potrafią.

Nowy a ważny kierunek leczeniu wskazali lekarze wobec suchot płucnych. Zrażeni do rozmaitych środków leczniczych, postanowili je zarzucić, czy zmniejszyć ich stosowanie, a liczyć na sam organizm, jeśli mu się tylko dostarczy najpomysłniejszych warunków higienicznych. Jest to piękny objaw mądrej skromności, pewne zwątpienie o swojej potędze, a votum zaufania dla urządzeń organizmu, w którym tem więcej spotykamy warunków obrony, im lepiej go poznajemy. Coraz też częściej słyszymy wezwanie, aby, na wzór uzdrowisk dla suchotników, urządzić podobne zakłady dla chorych na rozmaite choroby przewlekłe. Sądzę, że u nas, gdzie ciężkie choroby spojówki, gdzie jaglica jest bez porównania więcej rozpowszechniona, niż w szczęśliwych krajach zachodu, należą się jaglicy w pierwszym rzędzie po suchotach podobne zakłady wiejskie. Potrzeba pewnego wysiłku ze strony lekarza, aby się od energicznego leczenia powstrzymał; kto jednak na ten wysiłek się zdobędzie, przekona się, że lżejsze postaci przewlekłych chorób zapalnych spojówki leczą się najlepiej bez żadnych prawie środków aptecznych na świeżem powietrzu. Możebym kąpielom rzeczonym, obok świeżego powietrza, najlepszy wpływ przypisał. A każdy chyba lekarz się zgodzi, że w cięższych postaciach jaglicy, które leczyć można i należy, te doskonałe warunki sanitarne ogromnie ułatwiają i skracają leczenie. Początek takim zakładom masimy dać sami, nie możemy czekać, aż nas Niemcy czy Francuzi wyprzedzą, aby ich naśladować i na nich się powoływać, bo dla Niemców i Francuzów sprawa tych uzdrowisk

nie jest ani w części tak ważna, jak dla nas: tę sprawę myśmy rozpocząć powinni.

Z tych wszystkich powodów zasadnicze warunki walki z jaglicą ująć pragnę w następujące przykazania i wnioski:

1. Nie będziesz nazwy »jaglica« nadużywał.

2. Nie będziesz łamał życia niewinnym uczniom, wypędzając ich ze szkół za to jedynie, że ci się w ich oczach jaglica przywidziała.

3. Nie będziesz lekkich chorób spojówki leczyć energicznie, abyś nie niósł ludziom krzywdy zamiast dobrodziejstwa i aby ci nie przypomniano, że »zapał zbyteczny nierozsądku znakiem«.

4. Szkoła powinna lekarzy wykształcić w ten sposób, aby posiadali wprawę w leczeniu chorób oczu, jaką posiadać też powinni we wszystkich dziedzinach. Potrzeba koniecznie udoskonalić praktyczną naukę medycyny, chociażby kosztem pewnych nauk teoretycznych, albo przedłużenia studyów lekarskich. Wtedy chorzy będą mieć ciągle należyłą pomoc lekarską, a nie dorywczo przez parę tygodni w przeciągu lat wielu, jak niosą oddziały ruchome.

5. Oddziały szpitalne dla leczenia chorób oczu, które dziś tylko w stolicach istnieją, urządzić wypada i w większych miastach prowincjonalnych. Lekarz oddziału wyćwiczony należyście w okulistyce, — chorzy na oczy nie będą zmuszeni odbywać długich i kosztownych podróży, będą mieć pomoc zawsze na miejscu i w lepszych warunkach, niż w zaimprovizowanych przez oddziały ruchome szpitalach.

6. Oddziały ruchome okulistyczne należy zwinąć, jako niewystarczające, nieekonomiczne, do dzisiejszych warunków, przynajmniej w naszym kraju, nieprzystosowane, więc i z rozsądkiem niezgodne. Ich fundusze można zużytkować z daleko większą dla chorych na oczy korzyścią.

Potrzeba niezbędnie zbudować, chociażby bardzo skromne, zakłady wiejskie dla chorych na jaglicę; są one dla nas prawie równie ważne, jak zakłady dla suchotników.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie.

2. O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENY MAJEWSKI,

I asystent tejże kliniki ¹⁾,

na podstawie 300 pomiarów astygmometrycznych.

Jednem z nieuniknionych powikłań w przebiegu gojenia się rany po operacyi zaćmy jest niezborność rogówki, która w znacznym stopniu przyczynia się do obniżenia wyniku optycznego, jaki zapisujemy przy pierwszym badaniu wzroku, wypuszczając operowanego po dziesięciu dniach, a najwyżej po dwóch tygodniach z naszej bezpośredniej opieki. Ten wynik optyczny stanowi jednak zazwyczaj jedyny element ogólnej statystyki operacyi zaćmy zwłaszcza, kiedy chodzi o materiały klinik i lecznic bezpłatnych, albowiem chorzy w zakładach tych operowani po większej części ubodzy, a z dalekich stron przybywający w bardzo małej liczbie zgłaszają się później powtórnie i nie można dlatego zapisywać u nich późniejszego lub ostatecznego wyniku operacyi, który głównie z powodu wyrównania się rogówkowej niezborności, a także i z innych przyczyn bywa przeważnie znacznie korzystniejszy i lepszy, aniżeli wynik doraźny. Wprawdzie dzięki niespożytej zasłudze Dondersa, który w roku 1864 podał sposób wyrównywania niezborności za pomocą szkieł walcowatych, jesteśmy dziś w stanie nawet z oka okazującego znaczny stopień niezborności wydobyć zadawalniającą bystrość wzroku, to jednak właśnie niezborności po operacyach zaćmy szkła walcowate bardzo często nie są w stanie w całości wyrównać, jak się o tem najpewniej można

¹⁾ Odczyt, wygłoszony (w skróceniu) w sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

przekonać porównując bystrość wzroku uzyskaną za pomocą połączenia szkieł sferycznych i walcowatych z bystrością, jaką takie niedawno operowane oko uzyskuje, gdy je uzbroimy w hydrodiaskop Lohnsteina. Przyrząd ten znosi, jak wiadomo, zupełnie działanie optyczne rogówki, a tem samem znosi też w danym razie szkodliwy wpływ rogówkowej niezborności. Oto kilka przykładów:

Chora S. T., lat 38: $V_{po} = \frac{6}{18} z + 10 D \supset \text{cyl } 2 D 90^{\circ} t.$
 przez hydrodiaskop = $\frac{6}{6}$.

$V_{lo} = \frac{6}{18} z + 12 D \supset \text{cyl } 3 D 60^{\circ} t.$
 przez hydrodiaskop = $\frac{9}{8} - \frac{6}{6}$.

Chora T. M., lat 45: $V_{po} = \frac{6}{24} z + 8 D \supset \text{cyl } 6 D 35^{\circ} t.$
 przez hydrodiaskop = $\frac{6}{8}$.

Chora R. M., lat 60: $V_{po} = \text{palce: } 6 m z + 12 D$; szkła walcowate nie poprawiają.

przez hydrodiaskop = $\frac{6}{24}$.

W dalszym ciągu niniejszej pracy postaramy się wytłómaczyć to zjawisko, tymczasem podnieść tylko muszę, że nasi operowani i tej korzyści nie odnoszą, jakaby im dawały szkła walcowate, ponieważ zapisujemy im albo same tylko szkła sferyczne, przy pomocy których mniej widzą¹⁾, a nieraz n. p. zupełnie jeszcze nie są w stanie czytać, albo nie dajemy im okularów zupełnie, polecając zgłosić się po dobór tychże za miesiąc, za dwa miesiące lub nawet za kwartał, a czynimy to właśnie z powodu tej tak wielkiej zmienności, jaka znamionuje astygmatyzm pooperacyjny. Wyjątkowo tylko odmawiamy choremu zrazu przepisania szkieł w tym celu, ażeby go przez to zniewolić poniekąd do powtórnego zgłoszenia się, co jednak czynimy, mając jedynie dobro operowanego na oku. Ze względu na te wszystkie niekorzystne okoliczności nie wahałem się niezborności rogówkowej pooperacyjnej nazwać niemilem powikłaniem po operacji zaćmy, powikłaniem, którego nie można uni-

¹⁾ Przy pierwszym badaniu same szkło sferyczne bardzo często nie daje choremu nawet $\frac{1}{10}$ prawidłowej bystrości wzroku, dopiero dodanie odpowiedniego szkła walcowatego poprawia wzrok odrazu do $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$.

knąć w zupełności, ale powinniśmy się starać wedle możliwości zniwiekszyć jego doniosłość i szkodliwe skutki. Ważność tego zadania ocenił już dawno szef mój prof. Wicherkiewicz i kierując się zasadą, że chcąc skutecznie zaradzić złemu, trzeba przedewszystkiem poznać naturę złego, polecił mi jeszcze w roku 1898 badać pilnie wszystkich chorych przed i po operacyi na zaćmę za pomocą astygmetru Javala i Schioetza, który to przyrząd oddał mi do dyspozycji. Wykonując to polecenie, zebrałem od początku 1899 roku po koniec lipca b. r. przeszło 300 dokładnych pomiarów niezborności pooperacyjnej i na tym materiale opieram wnioski, które w dalszym ciągu wyłuszczę. Pomiarów z r. 1898 z rozmysłu nie wciągam do tej statystyki z obawy, że były one jeszcze z powodu braku wprawy, której się dopiero z czasem nabywa, niedosyc ściśle, a w części może nawet mylne. Zarówno za zachętę do tej wdzięcznej pracy, jakoteż za dostarczenie mi przyrządu, którego usług na tak długi czas dla mej wygody się pozbawił, składam na tem miejscu szefowi memu serdeczne podziękowanie. —

Nad niezbornością rogówki, powstającą po operacyi zaćmy, pracowali już różni autorowie. Jednym z pierwszych był Laqueur³, który na 35 przypadkach opiera swe wnioski. Po nim wielu innych autorów zajmowało się tą sprawą, jak Scimeni⁵, Bajardi⁹, Wojnow¹, Pfingst¹⁷, Clark²⁰, Dołganow¹². Niektórzy jednak, jak n. p. Neuschueller⁸, którego praca nie jest zbyt dawną, bo wyszła w r. 1891, nie używali nawet astygmetru, a żaden nie opierał się na odpowiednio wielkiej liczbie spostrzeżeń. Najobszerniejszą z prac, które mi były w oryginale dostępne, jest praca Dołganowa¹² z r. 1894, który za pomocą astygmetru Javala i Schioetza wykonał w każdym ze swych 20 przypadków po kilka pomiarów niezborności, mierząc rogówkę najpierw przed operacją, a potem kilkakrotnie w mniej więcej równych odstępach czasu po operacyi, dopóki się nie przekonał, że niezborność stała się już niezmienną. W ten sposób był w stanie ocenić trwałą zmianę krzywizny, jakiej rogówka skutkiem operacyi w różnych połu-

dnikach doznaje. Na podstawie swych pomiarów dochodzi on do wniosku, na który godzą się zresztą wszyscy inni autorowie prac dotyczących tego przedmiotu, że trwała zmiana postaci rogówki, spowodowana cięciem płatowem, polega na zwiększeniu łamliwości w południku równoległym do cięcia, a zmniejszeniu tejże w południku doń prostopadłym. Ten trwały skutek cięcia tylokrotnie i tak zgodnie przez różnych badaczy stwierdzony natchnął już dawno niektórych autorów myślą operacyjnego leczenia wrodzonej niezborności rogówkowej. Rzecz oczywista, że, jeżeli cięcie płatowe zrobione górą zmniejsza krzywiznę rogówki w południku pionowym, to w danym razie może ono usunąć doszczętnie wrodzoną niezborność prostą (*astigmatismus rectus*), przy której ten właśnie południk rogówki okazuje łamliwość zbyt wielką. W analogiczny sposób można w każdym przypadku regularnej niezborności rogówkowej obmyśleć i wybrać kierunek cięcia, któreby oddziaływało wyrównywająco na zachodzącą różnicę krzywizn. Pracowali w tym kierunku różni autorowie, jak Bates¹³, Faber¹⁶, Pflueger¹⁸, Aschheim²², a zwłaszcza Reymond²¹ z Turynu, który silił się nawet na wyrobienie i ujednostajnienie metody operacyjnej. Usiłowania te jednak nie przyniosły dotychczas spodziewanych owoców z powodu, że w praktyce okazało się rzeczą bardzo trudną przewidzieć dokładnie wielkość i wydatność trwałej zmiany promienia rogówki w poszczególnych południkach, czyli innemi słowy dawkować skutek operacji. A zresztą wiadomo, jak często odgrywa tu rolę niezborność soczewki, której operacja ta zmienić nie może.

Bądź co bądź jednak sprawa trwałej i ostatecznej niezborności rogówkowej, wywołanej wpływem cięcia, a obracającej się zazwyczaj w granicach od 0,25 do 2,0 D, została już wielokrotnie i szczegółowo roztrząśniętą tak, że uznałem za odpowiednie usunąć ją w mej pracy na plan drugi, a całą baczność zwrócić na owe wysokie, czasami nadzwyczaj wysokie stopnie niezborności rogówkowej, spostrzegane w pierwszych czasach po operacji i przyćmiewające wspaniały zresztą i niemający niemal w chirurgii równego sobie doraźny skutek ope-

racyi. Być może, że w pracy tej znajdują się dla powołanych szczegółły, mogące utworować drogę do dalszego wydoskonalenia operacyi nieśmiertelnego Daviela.

Ponieważ w pierwszych tygodniach po operacyi zaćmy stopień niezborności rogówkowej jest z reguły bardzo wysoki, dochodzi bardzo często do 10 D, a niezbyt rzadko, zwłaszcza przy niektórych powikłaniach, przekracza 15 D, przeto astygmatyzm, jaki już przed operacją mógł istnieć, nie odgrywa tu żadnej prawie roli, podczas gdy poznanie rodzaju i stopnia jego posiada dla ocenienia *trwałego* wpływu operacyi na postać rogówki pierwszorzędną wagę. Miałem jednak z przyczyn na wstępie wyłuszczonej tylko w niewielu stosunkowo przypadkach sposobność oznaczenia za pomocą astygmetru niezborności być może już trwałej, jaka pozostaje zwykle po upływie trzech miesięcy do pół roku od dnia operacyi. Mając na względzie te późniejsze pomiary ostatecznej niezborności (małego stopnia), badałem każdego bez wyjątku chorego przeznaczanego do operacyi zaćmy za pomocą keratoskopu Dra Placido, sposobem, który pozwala przy pewnej wprawie z łatwością wykryć astygmatyzm rogówki większy od 1 D — i w tych przypadkach, gdzie zauważyłem taką wyraźną już niezborność, dokonywałem ścisłego jej pomiaru. Przypadki te jednak, przyznać muszę, były bardzo nieliczne.

Największą liczbę danych astygmetrycznych zebrałem z okresu wczesnego, to jest w drugim tygodniu po operacyi. Liczba tych pomiarów wynosi 141. Powtórne mierzenie w drugiej połowie pierwszego miesiąca po operacyi wykonałem 48 razy. Z drugiego miesiąca po operacyi rozporządzam 21 pomiarami. Wreszcie posiadam 17 pomiarów niezborności pooperacyjnej trwałej z okresu od trzeciego miesiąca do czterech lat od czasu operacyi. Prócz tego w celu wytworzenia sobie pojęcia o przebiegu niezborności pooperacyjnej, — a jest ona tak zmienną, że można śmiało mówić o jej przebiegu, — mierzyłem rogówkę u wielu operowanych wielokrotnie w krótkich odstępach czasu, n. p. co kilka dni. Dla porównania skutków cięcia płatowego z wpływem cięcia liniowego wykonałem szereg

pomiarów po irydektomiach i operacjach zaćmy miękkiej (*extractio simplex*).

Wyniki wszystkich tych badań zestawione zostały w szereg tablic, w których zostało uwzględnione wszystko, co tylko może mieć bliższy lub dalszy wpływ na stopień i rodzaj niezborności pooperacyjnej, a za tem: wiek i płeć operowanego, rodzaj i metoda operacyi, szczegółowy opis cięcia, długość czasu, który upłynął od chwili operacyi do chwili wykonania pomiaru, wzmianka o wszelkich powikłaniach podczas operacyi i o zбочeniach od prawidłowego przebiegu pooperacyjnego, dalej stopień znalezionej niezborności rogówkowej, t. j. różnica w łamliwości obydwu południków głównych, następnie kierunek głównych osi, wreszcie znaleziona bystrość wzroku oraz siła i ustawienie szkła walcowatego, dającego choremu największą poprawę wzroku. — Nie widzę najmniejszego powodu nużyć czytelnika nieskończonemi kolumnami liczb i wypełniać niemi szpalty »Postępu«, zwłaszcza, że rzecz nie zyskałaby przez to bynajmniej na przejrzystości. Ograniczę się tylko na niektórych zestawieniach liczbowych, sporządzonych na podstawie mych statystycznych tablic. Rzucają one pewne światło na znaczenie różnych czynników, wpływających na stopień pooperacyjnej niezborności. —

Wpływ czasu.

Stare przysłowie: czas najlepszy lekarz, sprawdza się dosadnie na pooperacyjnej niezborności. Istotnie, najwyższe nawet stopnie astygmatyzmu pooperacyjnego maleją z biegiem czasu bardzo prędko, a niejednokrotnie w przeciągu kilku miesięcy znikają prawie bez śladu. Liczby wykażą najlepiej ten szybki spadek różnicy w krzywiznie poszczególnych południków rogówki. Dla lepszego przeglądu podzielimy sobie pomiary nasze na cztery grupy ze względu na okres czasu, w którym zostały wykonane, i podziału tego będziemy się także trzymali rozpatrując znaczenie innych jeszcze czynników. Do pierwszej grupy zaliczymy pomiary wykonane w ciągu drugiego tygodnia, t. j. w czasie, w którym zazwyczaj operowani na katarakte

opuszczają klinikę, jeżeli w przebiegu pooperacyjnym nie zaszły nadzwyczajne powikłania. W przeważnej liczbie przypadków wykonywałem to pierwsze mierzenie między 9tym a 11tym dniem po operacji, a zatem przeciętnie dnia 10tego. Takich też pomiarów posiadam najwięcej. Do drugiej grupy należą dane astygmometryczne z drugiej połowy pierwszego miesiąca po operacji (przeciętnie po upływie trzech tygodni). Zebrałem je, badając operowanych, którzy z jakichkolwiek powodów musieli swój pobyt w klinice przedłużyć, albo u chorych miejscowych, którzy mogli bez trudności każdego czasu pojawić się w klinice. Trzecią grupę stanowią pomiary wykonane w ciągu drugiego miesiąca po operacji (przeciętnie po upływie sześciu tygodni). Wreszcie czwartą i ostatnią tworzą pomiary pochodzące z czasów późniejszych, dokonane na oczach operowanych przed kilku miesiącami, przed rokiem, lub nawet jeszcze dawniej.

Zmniejszanie się stopnia niezborności pooperacyjnej wykazują następujące liczby:

Przeciętny astygmatyzm wynosił:

- w I grupie pomiarów — 8,67 D (średnia ze 141 spostrzeżeń);
 » II » wynosił — 6,37 D (» z 48 »
 » III » już tylko — 4,19 D (» » 21 »

Z IV grupy posiadam tylko 17 pomiarów, ale ponieważ w liczbie tej jest wiele przypadków powikłanych, wykazujących dlatego stosunkowo znaczny stopień niezborności, przeto nie możemy wysnuwać ze średniej, obliczonej na podstawie tych danych, ogólnych wniosków. Pomiary te posłużą nam raczej do wykazania wpływu różnych powikłań nawet na stopień niezborności następowej trwałej. Dla uzupełnienia zaś przeglądu pozwolę sobie przytoczyć liczby z wybornej pracy Dołganowa¹², który pomiary swe podzielił co do czasu ich wykonania w sposób zupełnie podobny do wyżej opisanego. Otóż wedle Dołganowa ostateczna trwała niezborność rogówki wyraża się w następujących danych: z liczby 20 badanych przez niego przypadków w trzech krzywizna południka pionowego wróciła do stanu, jaki istniał przed operacją. W czterech

przypadkach łamliwość południka tego wzrosła o 0,25 do 1,25 D. W 13 pozostałych przypadkach krzywizna ta zmniejszyła się o 0,25 do 3,75 D (przeciętnie o 1,70 D) W południku poziomym tylko dwa razy stwierdzono nieznaczne przyplaszczanie (0,25 D i 0,50 D), w 18 zaś przypadkach znaleziono zwiększenie łamliwości, wahające się między 0,5 a 5,5 D (średnio 2,2 D).

Położenie i rodzaj cięcia.

Autorowie, którzy dotychczas zajmowali się niezbornością pooperacyjną, nie zwracali zbyt wielkiej uwagi, o ile z dostępnej mi literatury mogą wywnioskować, na wpływ, jaki wywiera położenie cięcia płatowego na stopień następowego astygmatyzmu. W czasach, kiedy pisano wiele o zaletach i wadach cięcia rogówkowego z jednej strony, a twardówkowego, jakie polecał Graefe przy swej *tractio linearis modificata*, z drugiej, zastanawiano się głównie nad większą lub mniejszą skłonnością tęczówki do wypadywania, nad rychlejszem lub powolniejszym zrastaniem się brzegów rany, wreszcie brano w rachubę częstsze lub rzadsze występywanie zakażenia poperacyjnego. Dziś, kiedy wiemy, że to ostatnie nie od rodzaju cięcia, ale od zachowania chirurgicznej czystości zależy, — a przy cięciach obwodowych umiejętnie wykonaną irydektomią i starannem odprowadzeniem tęczówki umiemy wrośnięciu jej w ranę skutecznie zapobiegać, kierujemy się w wyborze cięcia głównie względem na skłonność rany do szybkiego zablizniania się i oddajemy dlatego pierwszeństwo cięciu twardówkowemu, które umożliwia utworzenie płata spojówkowego, ułatwiającego w wysokim stopniu rychłozrost. — Otóż liczne pomiary astygmetryczne, jakie wykonałem, wykazują niezbicie, że do zalet cięcia twardówkowego musimy zaliczyć jeszcze i tę, że po cięciu tem powstaje znacznie mniejszy stopień niezborności rogówkowej, aniżeli po cięciu poprowadzonym na granicy rogówko-twardówkowej, a tem bardziej aniżeli po cięciu położonym w samej rogówce, czy to w całości, czy też choćby tylko jednym końcem wkraczającym w obręb rogówki (punkcya w rogówce, a kontrapunccya w twardówce lub na granicy, albo odwrotnie)

Innemi słowy *astygmatyzm pooperacyjny jest tem większy, im mniej obwodowo wykonano cięcie*. W ten sposób przekonałem się na podstawie liczbowych zestawień o tem, na co szef mój, prof. Wicherkiewicz, już dawno niejednokrotnie zwracał uwagę, opierając się na ogólnem wrażeniu, wyniesionem z bardzo licznych spostrzeżeń przebiegu po operacjach zaćmy. Dla przekonania się o tem, proszę rozważyć zestawienie w następującej tablicy:

Grupa pomiarów	Przeciętny stopień astygmatyzmu — w dyoptryach.		
	Cięcie twardówkowe	Cięcie na granicy	Cięcie rogówkowe
Grupa I. (około 10 dnia po operacji)	7,57 D (średnia z 98 pomiarów)	9,87 D (średnia z 23 pom.)	12,65 D (średnia z 20 pom.)
Grupa II. (po 3 tygo dniach)	4,90 D (średnia z 30 pom.)	8,55 D (średnia z 9 pom.)	9,11 D (średnia z 9 pom.)
Grupa III. (po 6 tygodniach)	3,65 D (średnia z 14 pom.)	4,37 D (średnia z 4 pom.)	6,50 D (średnia z 3 pom.)
Grupa IV. (po kilku miesiącach lub latach)	3,17 D (średnia z 11 pom.)	—	6,60 D (średnia z 6 pom.)

Jak widać z tej tablicy, stopień niezborności maleje wprawdzie z biegiem czasu, ale pierwotny stosunek zależny od położenia cięcia pozostaje niezmienny i odbija się jeszcze wyraźnie także na ostatecznej niezborności trwałej.

Znaczenie położenia cięcia i wpływ jego na stopień niezborności wykazuje równie jaskrawo następujące zestawienie: Na 141 pomiarów wykonanych około 10tego dnia po operacji (grupa I) znaleziono astygmatyzm przekraczający 10 D, a za-

tem już niezwykle wysokiego stopnia — 70 razy; z tego przy cięciu twar-
dówkowym . . na 98 operacji — 34 razy, t. j. około 34 %, przy cięciu na gra-
nicy » 20 » — 15 » » » » 75 %, przy cięciu zaś ro-
gówkowym . . » 23 » — 22 » » » » 91,3%.

Sądzę, że liczby te nie potrzebują już dalszych komentarzy, bo mówią same za siebie.

Kiedy jednak mowa o wpływie cięcia, nie od rzeczy będzie wspomnieć jeszcze pokrótce o cięciu linijskim. Wszyscy autorowie, którzy zajmowali się bliżej niezbornością pooperacyjną (a w szczególności Laqueur³, Reymond²¹, Scimeni⁵ i Pflingst¹⁷), zgadzają się na to, że cięcie linijskie prawdopodobnie dzięki temu, że bywa zazwyczaj krótkie, w bez porównania mniejszym stopniu wpływa na zmianę postaci rogówki, niż to czyni cięcie płątowe. Mojem zdaniem, jest to także po części zasługa noża grotowego. Pomiaru moje w zupełności potwierdzają zdanie wyżej wyliczonych autorów. W badaniach mych zwróciłem jednak uwagę również na położenie linijskiego cięcia.

W liczbie 21 pomiarów wykonanych w czasie od 4-go do 10-go dnia po operacji (zatem średnio po tygodniu) przeciętny stopień niezborności wynosił przy cięciu twar-
dówkowym (irydektomia z powodu jaskry) — 1,73 D (średnia z 13 pomiarów). Przy cięciu rogówkowym (*extractio linearis simplex*) astygmatyzm wahał się w granicach od 2,5 D do 18,0 D, czyli wynosił przeciętnie 7,66 D *) (średnia z 8 pomiarów). Jak widzimy z tego zestawienia wpływ położenia cięcia jest tu co najmniej równie wybitny jak przy cięciu płątowym. Późniejszych pomiarów po cięciu linijskim nie wykonywałem.

*) Przyznać muszę, że to niektóre powikłania w kilku przypadkach sprawiły tu tę niezwykle wysoką wartość średnią astygmatyzmu, ale i bez powikłań przeciętny astygmatyzm po cięciu linijskim rogówkowym jest stanowczo większy, niż po twar-
dówkowym.

Płat spojówkowy.

W naszych księgach klinicznych, w których zapisujemy i opisujemy szczegółowo wszystkie wykonywane operacje, przy opisie każdej płatowej operacji zaćmy nie zaniedbujemy nigdy zaznaczyć, czy przy cięciu płat spojówkowy został utworzony, czy też nie. Rozporządzając dość znaczną liczbą pomiarów astygmometrycznych, nie dziw, że chciałem wypośrodkować z nich znaczenie spojówkowego płatka dla niezborności rogówkowej pooperacyjnej. Rozpatrując jednak w tym kierunku materiał statystyczny, wnet spostrzegłem, że musiałbym się niepotrzebnie powtarzać, chcąc wpływ utworzenia lub nieutworzenia płatka spojówkowego znowu w liczbowych zestawieniach wyrazić. Jest bowiem rzeczą oczywistą, że operator, zdając sobie sprawę z wielkich korzyści płata spojówkowego, wytwarza go zawsze, jeżeli tylko jest to możliwem. Otóż możliwość utworzenia płatka spojówkowego zależy w pierwszym rzędzie od położenia cięcia. Przy cięciu, które rozpoczynamy i kończymy w rogówce, utworzenie jego jest niemożliwe. W tym względzie zatem brak jego odbija się na stopniu niezłorności pooperacyjnej zupełnie w ten sam sposób, jak wpływ cięcia rogówkowego wogóle. Przy cięciu, poprowadzonym na samej granicy rogówko-twardówkowej, gdzie spojówka gałki właśnie się kończy, utworzenie tego płatka bywa trudne i zazwyczaj się nie udaje. Natomiast przy cięciu twardówkowym można powiedzieć, że niemal trudno jest nie zrobić płata spojówkowego i że czasem nawet wycina się nam płat większy, aniżeli sami sobie tego życzymy. I istotnie, przeglądając opisy operacji i porównując z opisem blizny, zanotowanym w dniu wyjścia chorego, przekonałem się, że cięciom twardówkowym towarzyszył niemal zawsze mniejszy lub większy płatek spojówkowy. Tak więc zestawienia cyfrowe, odnoszące się do wpływu utworzenia płatka spojówkowego na stopień niezborności pooperacyjnej, pokryłyby się najzupełniej z zestawieniami, wykazującemi wyższość, jaką w tym kierunku posiada cięcie twardówkowe nad cięciem granicznym i rogówkowym. Być może zresztą, że ta wyższość cięcia twardówkowego jest właśnie zasługą płata spojówko-

wego, a przyczyną większej niezborności po cięciu granicznym i rogówkowym jest nie co innego, jak właśnie brak tego unaczynionego mostka, rzuconego przez ranę i spajającego szybko i gładko jej brzegi. Wątpliwość tę rozstrzygnąćby można jedynie, porównując przypadki cięcia twardówkowego z płatem spojówkowym z przypadkami tegoż samego cięcia bez płata. Te ostatnie jednak przypadki są bardzo nieliczne i odnoszą się prawie wyłącznie do chorych niespokojnych, którzy sprowadzili sobie już podczas operacji takie powikłania, że właśnie tych spostrzeżeń do porównania użyć nie można. Ale i bez tego znaczenie płata spojówkowego daje się już samem rozumowaniem dostatecznie ocenić.

Powikłania przy operacji i w przebiegu pooperacyjnym.

Już Dołganow ¹² podniósł w swej pracy niekorzystny na stopień niezborności pooperacyjnej wpływ różnych powikłań, jakie się zdarzają tak podczas, jak i po operacji i w swej statystyce 20stu przypadków liczbowo związek ten wykazał. Uważałem za swój obowiązek i w tym kierunku wyzyskać mój materiał statystyczny, jakkolwiek szkodliwy wpływ powikłań na prawidłowość postaci rogówki można jako rzecz niemal oczywistą z góry przypuścić.

Wpływ ciała szklistego. Większą utratę ciała szklistego mieliśmy na szczęście tylko w bardzo nielicznych przypadkach do zapisania. Wliczając jednak i te przypadki, gdzie perła ciała szklistego ukazała się w ranie przy operacji, aby następnie znowu w głąb oka się cofnąć, uzbierałem 10 spostrzeżeń, a pomiary wykonane w drugim tygodniu po operacji wykazały w sześciu przypadkach średnią niezborność — 14,25 D, a w pozostałych czterech, gdzie przyszło do znaczniejszego wpływu, badanie astygmometryczne z powodu niezborności nieregularnej okazało się niemożliwym do wykonania.

Wrośnięcie tęczówki w ranę. — Już *a priori* należy przypuścić, że wkleszczenie w ranę tęczówki, jednego lub obydwu ramion szpary irydektomijnej, a tem bardziej wrośnięcie tęczówki po operacji zaćmy bez irydektomii musi w znacznym

stopniu wzmacniać różnicę w łamliwości poszczególnych południków rogówki. Pomiaru grupy I (10tego dnia po operacji) wykazują przeciętny astygmatyzm przy wrośnięciu tęczęwki — 10,28 D (średnia z 22 przypadków). W pozostałych przypadkach, gdzie coloboma było zupełnie regularne, względnie źrenica po operacji zaćmy bez irydektomii okrągła i nieprzemieszczona, średni astygmatyzm wynosił przy pierwszym mierzeniu 8,36 D (średnia ze 119 przypadków). Jeżeli komu różnica w stopniu niezborności wydaje się tu stosunkowo niewielką, to niech zważy, że obliczenie to wykonano na podstawie wszystkich przypadków bez względu na różne inne potężne czynniki, jak n. p. rodzaj cięcia lub wiek operowanych. którego znaczenie wypadnie nam jeszcze osobno roztrząsać. Czynniki te wpłynęły do pewnego stopnia wyrównywająco na powyższe zestawienie. Gdybym zaś dla zasady „*caeteris paribus*“ chciał uwzględnić tylko zupełnie jednorodne przypadki, to liczba ich takby zmalała, że trudno byłoby na nich opierać jakiegokolwiek wnioski. —

Blizna bruzdkowana. — Przy wypisywaniu operowanego na zaćmę uwzględniamy zawsze szczegółowo wejście blizny po cięciu i zaznaczamy w opisie, czy jest ona gładką, czy wydętą, czy też bruzdkowaną. Bruzdkowaną bliznę zapisano w liczbie przypadków, które objąłem moją statystyką, 21 razy. Nie mogę się przy tej sposobności powstrzymać od zaznaczenia wpływu, jaki na powstanie blizny bruzdkowanej wywiera rodzaj cięcia, jakkolwiek rzecz ta nie stoi z treścią tej pracy w bezpośrednim związku. Oto w liczbie tych 21 przypadków blizny bruzdkowanej cięcie było 9 razy poprowadzone w twardówce, z czego obliczyć można, że na 100 cięć twardówkowych rana 9 razy goi się blizną bruzdkowaną*). Granicą rogówko-twardówkową poprowadzone było cięcie w przypadkach tych 6 razy, czyli blizna rowkowana występuje przy cięciu granicznym 27 razy na sto. W rogówce cięcie położone było również 6 razy, z czego wynika przy uwzględnieniu ogólnej

*) Wszystkich operacji z cięciem twardówkowym było 98.

liczby cięć rogówkowych, że blizna bruzdkowana wytwarza się po nich najczęściej, mianowicie 30 razy na sto. Jest rzeczą aż nadto widoczną, że przyczyną tego niedokładnego sklejanja się brzegów rany po cięciach granicznych i rogówkowych nie jest nic innego, jak tylko brak płata spojówkowego. Co do niezborności rogówkowej przy bliźnie bruzdkowanej, to wykazała ona, jak to z góry można było przewidzieć, przy pierwszym mierzeniu wysoki stopień, mianowicie przeciętnie 10,95 D (średnia z 21 pomiarów).

Inne powikłania. — *Jaskra.* — Inne głębsze powikłania przebiegu pooperacyjnego, jak: zapalenie tęczówki, zarosnięcie źrenicy, oderwanie siatkówki, krwotok śródgałkowy i t. d., pomijam milczeniem, gdyż, nie mogąc przypuścić, aby one mogły mieć jakikolwiek wpływ na zmianę postaci rogówki, nie przeprowadzałem nawet odnośnych obliczeń.

Co do jaskry, jaka występuje czasami po operacji zaćmy, byłoby rzeczą pożądaną, a przynajmniej ciekawą, wysledzić jej oddziaływanie na stopień niezborności pooperacyjnej. Gdy bowiem zważymy, że ze wszystkich ciał bryłowych o równej powierzchni, a najrozmaitszej postaci największą objętość posiada kula, wszelkie zaś stożki, walce, wielościany, a, co nas najbardziej tu obchodzi, wszelkie sferoidy rotacyjne o równej z daną kulą powierzchni, mniejszą od tej kuli mają objętość, wtedy musimy dojść do teoretycznego wniosku, że gałka oczna pod wpływem wygórowanego ucisku śródocznego, usiłując zwiększyć swą objętość, będzie dążyć do przybrania postaci jak najbardziej zbliżonej do kuli (Helmholtz). Już przy zwykłej jaskrze ostrej znanym jest objaw wyrównania i zatarcia się kąta rogówko-twardówkowego. Wygładzenie tego płytkiego rowka jest właśnie wyrazem owego dążenia mocno napiętej gałki ocznej do przybrania postaci kulistej. Z uwagi, że w niezborności oka bierze udział, jak wiadomo, nie tylko sama rogówka, ale również cała twardówka posiada postać odpowiednio zmienioną, można w przybliżeniu porównać oko niezborne do elipsoidu rotacyjnego, który tem bardziej różni się od kuli, im większy jest stopień niezborności. — Na podstawie tego ro-

zumowania należy się spodziewać zmniejszenia się pooperacyjnej niezborności rogówkowej z chwilą wybuchu jaskry. Niestety zbyt szczupła ilość odpowiednich, a raczej odpowiednio astygmometrycznie badanych przypadków nie pozwoliła mi na empiryczne stwierdzenie tego przypuszczalnego wpływu jaskry tak, że muszę się na razie ograniczyć do tych czysto teoretycznych uwag. —

Wpływ zgrzybiałości.

Z dalszych czynników, oddziaływujących na stopień niezborności pooperacyjnej, zasługuje jeszcze na podniesienie wiek operowanych. Ponieważ pomiary astygmometryczne wykonywałem głównie po ekstrakcyach płatowych, a zatem u ludzi podeszłych wiekiem, w każdym razie nie młodych, przeto nie może tu być mowy o porównywaniu wieku starczego z wiekiem młodocianym lub dziecięcym, lecz raczej wypadnie nam porównywać ludzi starych z ludźmi zgrzybiałymi. Istotnie nie starość czyli wiek podeszły, lecz dopiero prawdziwa zgrzybiałość czyli niedoświetwo i charłactwo starcze odbijają się niekorzystnie na stopniu astygmatyzmu pooperacyjnego. Laqueur³ robi uwagę, że cięcie linijne pozostawia po sobie zawsze pewien stopień niezborności rogówkowej i to znaczniejszy u osobników młodych niż u starszych. Zdania tego ani potwierdzić, ani zaprzeczyć nie mogę, bo rozporządzam zbyt szczupłą liczbą pomiarów po cięciach linijnych u ludzi młodszych, abym mógł poczynić odpowiednie zestawienia porównawcze, ale to wiem na pewno, że po cięciu płatowem u ludzi starszych zachowanie się astygmatyzmu pooperacyjnego ze względu na wiek jest tamtemu wprost przeciwne i że powyższa reguła Laqueura nie ma tu zastosowania.

Nie ulega wątpliwości, że u zgrzybiałych starców wchodzi tu w grę owa wszystkim operatorom dobrze znana hypotonia, po której podczas operacji odgadujemy nieraz sędziwy wiek chorego, choć maska zakrywa nam jego siwiznę i zmarszczki.

Mianowicie w myśl teorii Scimeniego, który działaniu mięśni prostych zewnętrznego i wewnętrznego na zwiótczałe

skutkiem operacyi oko przypisuje powstawanie astygmatyzmu pooperacyjnego, — takie wygórowane zwiotczenie gałki musi się przyczynić do tem znaczniejszej deformacyi rogówki. Wiadomo, że kokaina, którą zapuszczamy do worka spojówkowego przed operacyą katarakty, sprowadza też dość znaczne nieraz obniżenie ucisku śródocznego także i u ludzi młodszych, jakkolwiek szczególnie u zgrzybiałych starców, a wtedy rogówka po cięciu nieckowato się zapada (*collapsus corneae*). Otóż taka sztucznie wywołana i chwilowa tylko hypotonia, nie sądzę, żeby mogła następnie powiększać astygmatyzm rogówkowy. Na to nie posiadam wprawdzie liczbowych dowodów, ale posiadam je za to dla owej hypotonii późnemu wiekowi właściwej, której towarzyszy zarazem cienkość i wiotkość samejże rogówki. Potrzebując dla obliczeń statystycznych koniecznie jakiejś określonej granicy wieku, wybrałem do tego celu 65-ty rok życia, rozdzielając w ten sposób może nieco dowolnie i arbitralnie ludzi starych od zgrzybiałych. Rzecz naturalna, że cyfra lat nie stanowi jeszcze wszystkiego i że niektórzy 70-letni starzec czterstwiej wygląda, sił ma więcej, a tem samem, co nas tu głównie obchodzi, jędrniejsze ma tkanki składające gałkę oczną, niż niejeden znacznie młodszy wiekiem cherlak, przedwcześnie zgrzybiały czy to w następstwie chorób przebytych, czy też z powodu jakiej rodzinnej skazy ogólnej. Ponieważ w opisach chorób, w szczególności katarakt, jakie w księgach naszych prowadzimy nie zawsze uwzględniamy wyglądanie, odżywienie, budowę chorego i t. d., przeto w braku tych wskazówek, któreby mi bardzo się były przydały, musiałem jedynie oprzeć się niejako na samej tylko metryce. Przy zapisywaniu chorych wypytyjąc się o rodzaj ich zajęcia zazwyczaj się dowiadujemy, że mężczyzn dopiero 60-letnich utrata wzroku odrywa jeszcze od ciężkiej pracy rąk, izraelitów od żywego udziału w interesach, a dopiero chorzy w drugiej połowie 7-go krzyżyka podają najczęściej, że są przy dzieciach i nie mają już siły pracować. Tem ogólnem doświadczeniem usprawiedliwiam granicę wieku, którą przyjąłem za podstawę mych obliczeń. Następujące ze-

stawienie, owoc tych obliczeń, wykazuje dobitnie wpływ zgrzybiałości na stopień astygmatyzmu pooperacyjnego.

Pomiary	Przeciętny astygmatyzm w dyoptryach.	
	Poniżej 65 lat	Powyżej 65 lat
Grupa I. (10 dnia po oper.)	6,21 D (średnia z 56 pom.)	8,92 D (średnia z 36 pom.)
Grupa II. (po 3 tygodniach)	4,28 D (średnia z 14 pom.)	5,40 D (średnia z 15 pom.)
Grupa III. (po 6 tygodniach)	2,72 D (średnia z 9 pom.)	5,30 D (średnia z 5 pom.)

Z tablicy tej widać, że u ludzi, co przekroczyli 65 rok życia, stopień niezborności jest wyższy, i że nie maleje z biegiem czasu tak szybko, jak u ludzi młodszych. Dodać muszę, że, chcąc porównywać o ile możliwości caeteris paribus i przynajmniej wykluczyć równoczesny wpływ położenia cięcia, uwzględniłem w tem zestawieniu same tylko przypadki cięcia twarówkowego (jako najliczniejsze).

Extractio sine iridectomia.

Operację zaćmy bez wyjęcia tęczówki wykonywa prof. Wicherkiewicz stosunkowo rzadko i nazywa ją żartobliwie operacją zbyt kowną. Z powodu możliwości wypadnięcia tęczówki, musimy po tej operacji wymagać od operowanych nadzwyczaj spokojnego zachowania się, co u naszych chorych pozostaje bardzo często pobożnem tylko życzeniem. Z porównania moich pomiarów wypada większy przeciętny astygmatyzm po ekstrakcy bez irydektomii, niż po operacji zaćmy z wycięciem tęczówki. Na 17 przypadków *extr. sine iridectomia* wynosił średni astygmatyzm około 10 dnia po operacji — 11,65 D. Na 124 przy-

padków *extr. cum iridectomia* wynosił on w tym samym czasie przeciętnie — 8,26 D.

Wątpię, żeby tu komukolwiek na myśl przyszło obwiniać samą metodę; ja również daleki jestem od tego, żebym przypuszczał *bezpośredni* wpływ wycięcia lub niewycinania tęczówki na postać krzywizny rogówkowej, ale zachodzą tu dwie okoliczności, działające wprawdzie pośrednio, ale szkodliwie. Pierwszą z nich jest właśnie wypadnięcie tęczówki, które mimo wszelkich wysiłków z naszej strony, aby mu zapobiedz, nawet pomimo wkraplania pilokarpiny do przedniej komory przyrządem Wecker'owskim, przecież z winy samychże operowanych przychodzi czasem do skutku. Oczywiście, że samo już tylko wkleszczenie obwodowej części tęczówki między brzegi rany, powodujące przemieszczenie źrenicy w stronę cięcia, a tembardziej całkowite wypadnięcie tęczówki, powiększa niezmiernie niezborność rogówkową. Kilka takich przypadków właśnie się nam przydarzyło i w ich liczbie znajdują się najokazalsze przykłady astygmatyzmu pooperacyjnego (17D, 26D, 29D), które wpływają na podniesienie średniej wartości przeciętnej i psują w ten sposób całą statystykę ekstrakcyi bez irydektomii. Drugą, nie mniej ważną okoliczność, stanowi zupełnie zresztą uzasadniony zwyczaj wykonywania przy tej metodzie cięcia mniej obwodowego, również w celu zmniejszenia skłonności tęczówki do wrastania między brzegi ranki. Prowadzi się zatem nóż Graefego, jeśli nie w samej rogówce, to przynajmniej na granicy rogówko-twardówkowej, a wiemy już z wyżej przytoczonych zestawień, jaki to przemożny wpływ ma położenie cięcia na stopień niezborności pooperacyjnej i że właśnie cięcia mniej obwodowe, pozbawione płata spojówkowego, dają z reguły astygmatyzm wyższy. Zatem i ta okoliczność, jak sądzę, przyczynia się do tego, że ze względu na pooperacyjną niezborność rogówki (a względ to nie zasługujący na lekceważenie) operacja zaćmy bez irydektomii przedstawia się w mniej korzystnem świetle.

Wypłukiwanie resztek.

W przypadkach zaćm niedojrzałych, zaćm miękkich i wogóle tam, gdzie po wydobyciu jądra pozostają resztki kory, używamy w krakowskiej klinice metodycznie wypłukiwania ich zapomocą undiny Wicherkiewicza. Wyjątkowo wypłukujemy undiną także krew z przedniej komory. W obliczeniach mych zapędziłem się może zadaleko, zestawiając stopnie niezborności rogówkowej po operacjach z wypłukaniem i bez wypłukiwania. Skoro to już jednak uczyniłem, to i wyniki tych zestawień pozwolę sobie przytoczyć. Przy pierwszym mierzeniu (około 10-go dnia po operacyi) wynosił przeciętny astygmatyzm po ekstrakcyach z wypłukaniem: 8,03 D (średnia z 58 pomiarów), bez wypłukania: 9,10 D (średnia z 83 pomiarów). Różnicę powyższą uważam stanowczo za czysto przypadkową, a to z powodu, że teoretycznie nie mogę wyobrazić sobie, jaki wpływ mógłby mieć zabieg tak delikatny, jak wypłukanie resztek undiną, na gładkość i sposób zablizniana się rany, a powtóre, że w zestawieniu powyższem trudno mi było uwzględniać powtórnie różne inne niewątpliwie potężne czynniki, jak położenie cięcia, rozmaite powikłania, wiek operowanych i t. d., które to czynniki mogły zupełnie przypadkowo przechylić szalę bądź to na jedną, bądź na drugą stronę.

(Dokończenie nastąpi).

II. STRESZCZENIA.

Przyczynek do wiadomości o sznurkowatej postaci wytworach w ciele szklistem. (Beitraege zur Kenntniss der strangfoermigen Gebilde im Glaskoerper). O. Lindenmeyer. Rozprawa inaug. Tubinga. 1900. Str. 24, z 2 rycinami.

Uwagi recenzenta o wyrostkach tarczy wzrokowej.

Sznurkowate wytwory w ciele szklistem między tarczą nerwu wzrokowego a tylną powierzchnią soczewki, mające pochodzenie płodowe, były przedmiotem poszukiwań wielu lekarzy. Hannover (1852), Manz, H. Mueller, Hess, Eversbusch, v. Reuss, Fuchs, Schindelka, Jaenner, i wielu innych, opisywali po-

dobne przypadki, mające bezpośrednią łączność z art. hyaloidea pers. i canalis Cloqueti persistens¹⁾. W amerykańsko-angielskiem wydawnictwie zebrana cała literatura tego przedmiotu z odpowiedniami rycinami.

Eversbusch dzieli znany materiał na 2 działy: 1. rzeczywista art. hyaloidea persistens, otwarta lub zarośnięta, i 2. błonkowe zmetnienie, znajdujące się odpowiednio miejscu kanału Cloqueta, lecz powstałe wskutek poembryonalnych zmian środkowego przewodu chłonnego ciała szklistego (ślady byłych wybroczyn krwi), do czego głównie ma się przyczyniać krótkowzroczność.

Jaenner zaś odnośne przypadki dzieli na 3 działy: 1. art. hyaloidea pers., otwarta lub zarośnięta, 2. resztki kanału Cloqueta i 3. resztki tego kanału z pozostałościami art. hyaloideae. Resztki kanału Cloqueta przedstawiają się zwykle pod postacią dzwonu lub stożka, który szeroką swą częścią zakrywa całą lub część tylko tarczy nerwu wzrokowego, a ostrym, mniej więcej długim końcem zwrócony bywa ku przodowi, ku c. szklistemu; z szeroką jego częścią (Arca Martegiani canalis hyaloidalis)²⁾ przy tarczy wzrokowej podniesioną też bywa i siatkówka. Art. hyaloidea może się rozrywać z czasem wskutek rozrostu ciała szklistego i oddalania się soczewki od tarczy wzrokowej; przerwanie zdarza się albo poza tylną powierzchnią soczewki, albo w pobliżu tarczy, lub też pośrodku tętnicy, — naturalnie wziernikowy obraz będzie w tych razach rozmaity. Przypadek taki spostrzegął przed i po rozerwaniu Unterharnscheidt (1882) u 14letniego chłopca wskutek krótkowzroczności postępowej.

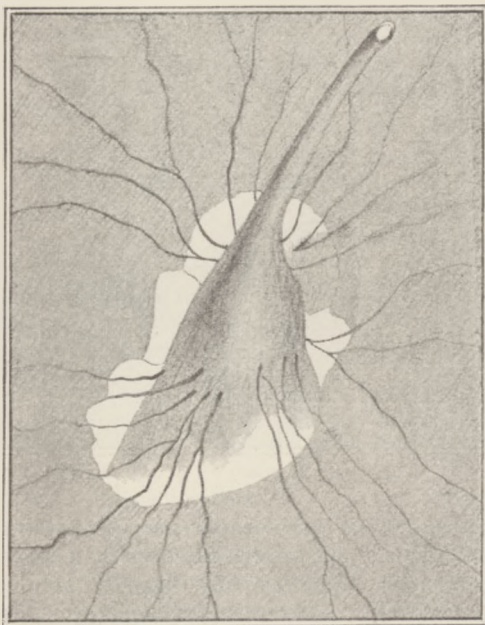
Autor podaje 2 własne z kliniki Schleicha spostrzeżenia, które miały miejsce u dziewcząt (11- i 14letniej), od urodzenia zezujących (strabismus divergens concomitans et nystagmus), a gdzie rozerwanie tętnicy prawdopodobnie miało też miejsce.

U pierwszej w prawem oku, którem liczyła palce na 3 metry, tarcza przedstawiała się tak, jak objaśnia rycina pierwsza. Dolna jej część pokryta była szeroką częścią lejkowatego wytworu, którego przedni koniec pod postacią nieprzezroczystego, cylindrycznego i silnie odbijającego światło sznurka sterczał do c. szklistego, lecz nie w kierunku tylnego bieguna soczewki, ale ku górze i wewnątrz; z przedniego, nieco rozszerzonego jego końca wychodziły cienkie, delikatne niteczki, nie dochodzące do soczewki. Pod tą przykrywką

¹⁾ Wecker spostrzegł obustronnie zachowany can. hyaloideus persistens. Fuchs — obustronną art. hyal. pers.

²⁾ Can. hyaloideus seu can. Cloqueti (Merkel, Mikrosp. Anat. d. Auges).

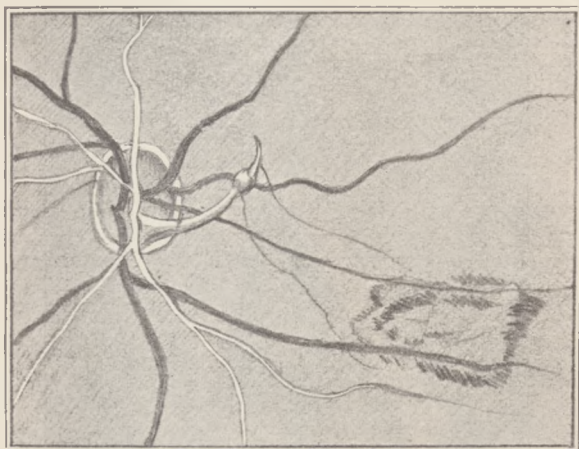
widoczny był ubytek w naczyniówce, a może i coloboma n. optici. Podczas gdy w górnej części tarczy naczynia ułożone były prawidłowo z części przykrytej, niby kloszem, wytworem, środek tego ostatniego przebijało mnóstwo naczyń, przechodząc niby z góry na



powierzchnię siatkówki. Dr L. wypowiada takie zdanie: wskutek jakiejś przeszkody płodowej w tylnej części gałki nie zakryła się całkowicie szpara, stąd powstało coloboma n. optici resp. choroideae; wywołało to zmętnienie zawartości lub ścianek kanału Cloquet'a, względnie sąsiednich warstw ciała szklistego, z rozszerzeniem t. zw. arca Martegiani kanału; wskutek rozrostu gałki oderwał się przedni przyczep kanału od torebki soczewkowej, następstwem czego był zanik art. hyaloideae. Prawdopodobną przyczynę tego upatruje autor w zapalnej sprawie za życia płodowego, która się toczyła w sąsiedztwie tej tętnicy.

U drugiej chorej wada rozwojowa stwierdzona w obu oczach. W lewym oku ($V = \frac{5}{50}$) znaleziono resztki membr. pupil. perseverans i 2 (jedna w okolicy plamy żółtej) barwikowe plamy dna

ocznego. W prawem — jak wyobraża rycina 2 — z dolno-wewnętrznej powierzchni tarczy wzrokowej wyrasta nieprzezroczysty wytwór w kierunku c. szklistego, na poruszającym się i rozszerzonym końcu którego, haczykowato ku górze zagiętym, przyczepione cienkie nitki,



idące ku przodowi; tylko 2 z nich zawracają się ku tyłowi i przyczepiają się do jednej z 2 barwikowo-zanikowych plam dna ocznego, wielkości $3\frac{1}{2}$ D. pap. Naczynia dna ocznego miały przytem prawidłowy układ. Chociaż wytwór ten, wychodzący z tarczy, nie miał bezpośredniej łączności z art. centr. retinae, jednak wszystko przemawiało za tem, że była to pozostałość art. hyaloideae. A ponieważ jednocześnie stwierdzono w tym przypadku ślady chorioretinitidis foetalis, to twierdzić można, że ta zapalna sprawa wywarła wpływ na niedostateczny zanik, involutio art. hyaloideae, a że była tu pewna w tem zależność, — dowodzą przyczepy dwóch nitek do jednego z b. miejsc zapalnych. —

Streszczając tę ciekawą rozprawę, nie mogę nie wspomnieć, że przy sekcji wielu gałek ocznych, na setkach trupów dokonanych przeze mnie, znalazłem razu jednego na powierzchni tarczy wzrokowej biały, długi $2-2\frac{1}{2}$ mm., sz. $\frac{1}{2}$ mm., wytwór, jakby wyrostek, sterzący do ciała szklistego, w kierunku osi wzrokowej. Było to przed wielu laty, ścisłego poszukiwania nie robiłem wtedy, zajmując się innym przedmiotem, dziś zaś przypuszczam, że było to coś bardzo podobnego do wytworów, opisywanych przez Dra Lin-

denmeyera. Takie wyrostki (Zapfenartige Vorspruenge d. papilla optici) znajduwane bywają u wołów, jako zawartość t. zw. arca Martegiani (H. Mueller i inni); wyrostki te u cieląt zawierają jeszcze naczynia.

Toż samo, długości 3 mm., znalazł Meissner w ludzkim oku, co wziął na karb art. hyal. persistens. Opisane takie przypadki u ludzi zebrał Otto w roku 1892 (Residuen embryon. Glas-koerperstränge). Manz odrysował podobny preparat gałki ocznej (p. jego Missbildungen d. m. Auges, 1876, str. 98). V. Hippel podaje 2 ryciny Hessa, na których mezodermalny sznurek, zawierający rozgałęzienia art. hyaloideae, łączy tarczę wzrokową z tylną powierzchnią soczewki, dochodząc przez równik tej ostatniej do dolnego kąta komórki ocznej, przy mikroftalmii i przy wrodzonej szparze tęczówki (p. jego Missbildungen u. angebor. Fehler d. Auges, 1900, str. 22 i 79, 18 u. 19 Lief. Graefe Saemische ophthalmologii). Terrien (1897) twierdzi, że przy ścisłym badaniu prawie we wszystkich oczach noworodków i dzieci pierwszych lat można znaleźć krótki, dług. 1—1½ mm., taki wyrostek, zawierający ślady art. hyaloideae.

»Ja także często spotykałem takowy w oczach noworodków« — powiada v. Hippel (l. c. str. 70). W dziele tego ostatniego na str. 16 znajdujemy ciekawą chromolit. rycinę, przedstawiającą atypową — od strony nosowej — szparę naczyniówki z wyrostkiem tarczy wzrokowej w postaci zielonkawego sierpa z końcami, skierowanymi ku górze i ku dołowi (przyp. Randall'a i Schweinitz'a). Silnie rozwinięte, mocne sznurkowate wytwory, wedle teorii Hessa, mechanicznie mogą przeszkadzać rozwojowi gałki (jednocześnie microphthalmus, ectopia lentis i t. p.).

Dr J. Talko.

Przyczynek do znajomości retinitis proliferans. (Zur Kenntniss der Retinitis proliferans). Dr. Fehr z Berlina. (»Centralbl. für Augenheilk.« 1900, VII).

Co do przyczyn powstawania tak zwanej *retinitis proliferans* opisanej w r. 1876 przez Manza i polegającej, jak wiadomo, na wytworzeniu się lśniących białych łącznie tkankowych błon, wyrosły lub taśm ze siatkówki do ciała szklistego sterczących, zdania dziś jeszcze są podzielone. Manz uważał *retinitis proliferans* za zapalną sprawę prowadzącą do nadmiernego bujania tkanki łącznej. Według Lebera białe złogi są pozostałościami po często powtarzających się krwotokach, których wessanie z przyczyn bliżej nieznanych doznało utrudnienia. Purtscher przyjmuje dla pewnej części przypadków osobnego rodzaju schorzenie naczyń siatkówko-

wych, które wywołuje znaczny rozrost tkanki łącznej. W sprawie tej krwotoki odgrywają co najwyżej podrzędną rolę.

Dr. Fehr opisuje przypadek, w którym u 29-letniej kobiety ostra *neuroretinitis exsudativa* ze zmianą w okolicy plamki żółtej w postaci gwiazdki i wybitnymi zmianami naczyńniowemi, przeszła powoli w typowy obraz *retinitis proliferans*. Chora oprócz dość znacznej niedokrewności nie przedstawiała żadnych innych ogólnych złożeń. Najprawdopodobniej na podstawie zmian naczyńniowych, wywołanych ogólną niedokrewnością przyszło u lewego oka do bardzo silnego ostrego zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego. Naczynia siatkówkowe pokryte były we wielu miejscach rozległymi białymi naciekami zapalnymi. W przebiegu choroby następowały po sobie kolejno polepszenia i pogorszenia stanu wziernikowego, a równocześnie wahania bystrości wzroku i zmiany w zachowaniu się pola widzenia. Chora była często i dokładnie badana. Obraz wziernikowy zmieniał się ustawicznie, nacieki zapalne zaczęły przybierać wejrzenie coraz bardziej ścięgnięte i stopniowo wytworzył się obraz, odpowiadający najzupełniej zmianie nazwanej przez Manza *retinitis proliferans*. Przemiana ta dokonała się w ciągu niespełna 5 miesięcy, a gdy chora po upływie 4 lat powtórnie się pojawiła, stwierdzono stan o tyle zmieniony, że oprócz typowych łączno-tkankowych wytworów, zakrywających jak dawniej tarcz nerwu wzrokowego, znaleziono dołem rozległe ale płaskie odczepienie siatkówki.

Jakkolwiek Dr. Fehr nie miał w tym przypadku sposobności dokonać tak pożądanego badania anatomicznego, to jednak uważa ten nader dokładnie przesłędzony przebieg choroby za niezwykle cenny dowód popierający zapatrywanie Purtschera. Istotnie współdział krwotoków, których mimo częstego wziernikowania ani razu nie zauważono, może w tym przypadku być zupełnie wykluczony. Nieliczne punkcikowate wybroczynki, które w pierwszych dniach po wystąpieniu ostrej sprawy zapalnej w siatkówce tu i ówdzie dostrzeżono, i które wnet znikły bezpowrotnie, nie mogły mieć dla powstania tak obfitych złogów łączno-tkankowych najmniejszego znaczenia.

Dr. K. W. Majewski.

Dwa przypadki conjunctivitis vaccinalis. (Zwei Fälle von Conjunctivitis vaccinalis). Dr. Albin Pihl z Gotenburga w Szwecyi. (>Klin. Monatsbl., 1900, VII).

W lecie z. r. miał autor sposobność spostrzeć 2 przypadki przeniesienia zarazka ospy szczepionej na ramieniu na spojówkę oka. Pierwszy przypadek odnosi się u 2½ letniej córeczki wyrobnika, u której w tydzień po zaszczepieniu krowianki wystąpiło

silne zapalenie i opuchnięcie prawego oka. Badanie wykazało w środku chrząstkowej spojówki powieki górnej silnie przekrwionej i obrzmiałej — pęcherzyk wielkości ziarna grochu, świeżo pęknięty, widocznie przy odwracaniu powieki. Dno powstałego stąd owrzodzenia postaci okrągłej, pokryte było ropą z małą domieszką krwi. Zresztą prócz objawów silnego odczynu, a zatem obrzęku powieki i spojówki gałkowej żadnych innych zmian, a w szczególności nigdzie drugiej podobnej krosty na oku nie znaleziono.

W ciągu dziesięciu dni wśród leczenia polegającego na wypłukiwaniu worka spojówkowego i zakładaniu maści sublimatowej, wrzodzik zagoił się nie pozostawiając żadnego śladu po sobie.

W drugim przypadku wystąpiły u 4-letniej dziewczynki we dwa tygodnie po szczepieniu dwa wrzodziki na brzegu każdej z powiek prawego oka, tak ułożone, że sobie parami odpowiadały, a każda para przy zamkniętej szparze powiekowej przedstawiała się jak jeden wrzód. Wrzodziki te o brzegach ostro ciętych, a dnie gęstą, ropiastą masą pokrytem były większe u górnej powieki (5—6 mm. średnicy), a u dolnej nieco mniejsze. Na spojówce górnej powieki znajdował się równocześnie zupełnie podobny pęcherzyk, jak w przypadku pierwszym, tylko cokolwiek mniejszych rozmiarów. Wreszcie na spojówce dolnego załamka obrzmiałej i nastrożonej widać było cały szereg drobniutkich pęcherzyków, które z łatwością pękały, pozostawiając płytkie powierzchowne ubytki. Przy tem samem leczeniu jak w poprzednim przypadku ustąpiły wszystkie te owrzodzenia bez śladu z wyjątkiem utraty kilku rzęs w miejscu, które jeden raz tylko przypalono kamieniem piekielnym.

Żałować wypada, że autor zaniedbał przeszczepić ropę tych owrzodzeń na jakie zwierzę nie posiadające odporności przeciw ospie; w razie gdyby się ospa na niem przyjęła, zyskałby był naukowe potwierdzenie swego rozpoznania. Na podstawie jednak anamnezy, objawów klinicznych i przebiegu wyklucza on po kolei wrzody pochodzące z oparzenia, błonicę, pęcherzycę (*pemphigus*), opryszczkę (*herpes*), wrzód weneryczny miękkki i pierwotną zmianę kiłową, wreszcie owrzodzenia rakowate i gruźlicze.

W literaturze znalazł Dr. Pihl zaledwie 50 opisanych spostrzeżeń takiego przeszczepienia jadu ospowego na oko, ale zachodzi podejrzenie, że we wielu razach cierpienie to zostaje zapoznane i że w rzeczywistości zdarza się ono częściej. Jako najpewniejszy środek zapobieżenia złemu uważa autor opatrunek założony na szczepione ramię, ale wystarczyłoby, gdyby lekarze wykonujący szczepienie zwracali uwagę rodziców na możliwość przeniesienia ropy do oka i polecali ubierać dzieci w koszulki i ubrania zaopatrzone w rękawy przykrywające okolice szczepioną, przytem dbać

w ogóle o czystość, a przy zmianie bielizny jakoteż przy kąpaniu dzieci przestrzegać koniecznych ostrożności.

Dr. K. W. Majewski.

Przypadek zapalenia oka, wywołany włoskami gąsienicowymi (Ein Fall v. Raupenhaar-ophthalmie (Ophthalmia nodosa). Dr. Bayer (>Muench. Med. Wochenschrift«. Nr 21).

Przypadek dotyczył parobka, któremu przez swawolę rzucono garść siana w twarz; w sianie tem miała się znajdować gąsienica. Od tej chwili datuje chory początek swojego cierpienia. W cztery miesiące zauważył znaczne pogorszenie wzroku i zgłosił się do kliniki w Erlandze. Stan oka był następujący: cała gałka nastrzykana, rogówka lekko zmętniona, w głębszych warstwach przy zewnętrznym brzegu 2 żółto-białe, ściśle ograniczone planki, 3 od wewnątrz. W kącie rogówko-twardówkowym na tęczęwce 6 porozrzucanych okrągławych żółto-różowych guzków unaczynionych. Żrenica wązka nie oddziałuje. V. = $\frac{6}{24}$. Rozpoznanie: Ophthalmia nodosa corneae et iridis, wywołane zranieniem włoskami gąsienicowymi.

W przebiegu leczenia występowało kilkakrotnie po zastosowaniu atropiny wzmoczenie ucisku śródocznego.

Wykonano rozszerzenie szpary (canthoplastica) i punctio corneae, przyczem wystąpił silny krwotok tęczęwkowy.

Po 3miesięcznem leczeniu stan był następujący:

Przybrzeżne głębokie zmętnienia nic się nie zmieniły, a przy oświetleniu bocznem widać, jak od tego zmętnienia odchodzi ciemna linijka, $1\frac{1}{2}$ mm długa wypustka, która, oglądana mikroskopem rogówkowym, jest niczem innym, jak włoskiem gąsienicy. Również i guzki w kącie twardówki rogówkowym są widoczne przez zmętnioną rogówkę.

Autor, motywując w epikryzie rozpoznanie oph. nodosa, spowodowanej dostaniem się włosów gąsienicowych do przedniego odcinka gałki, dochodzi do wniosku, że w przeważnej części podobnych przypadków choroba obejmuje naprzód powierzchowne warstwy, dopiero później, wskutek ucisku i ruchu powiek i wskutek zmian napięcia m. rzęskowego, dostają się odłamane końce włosów w głąb i wywołują tam, działając nie tylko mechanicznie, ale i chemicznie z powodu wydostania się zawartości włosa (Haarsaft), zmiany chorobowe w postaci guzków. To też w leczeniu trzeba się przede wszystkim starać powstrzymać dostanie się włosów w głębsze warstwy rogówki, a więc znieść ucisk powiek przez rozszerzenie szpary, unieruchomić tęczęwkę przez zapuszczanie mydriatów. — Autor przeciwny jest dotychczas stosowanej irydektomii, a poleca wykonać raczej nakłucie rogówki (punctio), czem, osiągając podobny skutek, nie drażnimy, już i tak zajętej, tęczęwki. *Łuniewski.*

O wiosennem zapaleniu rąbka spojówkowego w Rosyi. (Ueber die Fruhjahrenconjunctivitis (Saemisch's Augenkrankheit) in Russland). Dr Aleksander Natanson z Moskwy. (>Klinische Monatsblaetter f. Augenheik.« R. XXXVIII. Kwiecień. 1900).

Opierając się na obszernej statystyce wszystkich znaczniejszych zakładów okulistycznych w państwie rosyjskiem, jak również na własnem wieloletniem doświadczeniu, przychodzi autor do następujących wniosków:

Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego pojawia się w Rosyi nierównie rzadziej, niż w wielu innych państwach, które mają znacznie uniarkowańszy klimat od Rosyi środkowej, a tem bardziej od Rosyi południowej i prowincyi azyatyckich. Autor przypuszcza, że etyologia choroby nie jest zależną jedynie od bezwzględnej ciepłoty, lecz także od innych właściwości klimatu, jak n. p. zawartość wilgoci w powietrzu, opadów atmosferycznych i t. p.

W inny bowiem sposób nie możnaby sobie wytłómaczyć, dlaczego w południowych prowincjach Rosyi, leżących pod tą samą szerokością geograficzną, co Konstantynopol albo Włochy, cierpienie to pojawia się nierównie rzadziej, aniżeli n. p. w Konstantynopolu, Szwajcaryi albo w dolinie Renu. Należy więc przypuszczać, że klimat kontynentalny w państwie rosyjskiem, mimo ogromnych wahań temperatury (zima bardzo ostra, lato suche i gorące), nie sprzyja powstawaniu tej choroby.

Co do związku, zachodzącego rzekomo między wiosennem zapaleniem spojówki, a chorobami jamy nosowej, to autor sądzi, że zależność tych dwóch chorób od siebie nie jest tak znaczną, jak to powszechnie podają w literaturze.

Co do histogenezy tej choroby, to już z teoretycznego punktu widzenia uważa autor sprawę tę anatomicznie jako bujanie przybłonka. Chorobę tę bowiem leczy się bez pozostawiania blizn, co musiałoby nastąpić, gdyby polegała na bujaniu tkanki łącznej.

Rozpoznanie różniczkowe między zapaleniem wiosennem a jaglicą uważa autor niekiedy za bardzo trudne.

Wogólności można wprawdzie dla typowych przypadków obu tych chorób postawić dokładne cechy różniczkowe, jednakowoż w przypadkach mniej wybitnych zachodzą tu te same trudności, jak n. p. między jaglicą a mieszkowem zapaleniem spojówki.

Dr Schayer.

Przypadek wypadnięcia gruczołu łzowego w następstwie urazu. (Ein Fall von traumatische Prolapsm der Thränen-drüse). Dr R. Hilbert z Sensburga. (>Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. 1900. VII).

Przypadek ten jest zaledwie szóstym z rzędu opisanym w li-

teraturze. Przed rokiem zebrał Ahlström wszystkie podobne spostrzeżenia do tego czasu ogłoszone i dodał sam jedno spostrzeżenie własne, podnosząc słusznie rzadkość tego uszkodzenia, przyczem zwraca uwagę, że występuje ono wyłącznie tylko u dzieci, zwłaszcza w pierwszych latach życia. Przypadek Dra Hilberta nie odstępuje również od tego prawidła: W grudniu z. r. przyniesiono mu jednoroczne dziecko, które dnia poprzedniego upadło na ostrą krawędź ławeczki, raniąc sobie górną powiekę lewego oka. Oglądanie wykazało ranę 1 cm. długą poniżej łuku oczodołowego górnego w pobliżu skroniowego kącika, a z pomiędzy jej brzegów wystawało ciało okrągławe, mniej więcej dwa razy większe od ziarna grochu. Zresztą prócz krwawego podbiegnięcia górnej powieki żadnych innych uszkodzeń nie znaleziono. Przypuszczając, że ma z wypadniętym gruczołem łzowym do czynienia, odciał Hilbert nożyczkami wystające ciało za przykładem swych poprzedników, którzy podobne przypadki spostrzegali i opisali. Badanie drobnowidowe wykazało istotnie utkanie gruczołu łzowego. Ranę skórną spojono kilku szwami. W następstwie nie przyszło ani do opadnięcia powieki górnej, ani do zaburzeń w wydzielaniu łez, ani tem mniej do zeskórnienia spojówki. —

Autor zastanawia się nad przyczyną, dla której uszkodzenie to nawiedza wyłącznie małe dzieci (raz tylko spostrzegano je u dzieścioletniego już dziecka). Ahlström przypuszcza, że u dzieci *ligamentum suspensorium glandulae lacrymalis* jest podatniejsze i rozciągliwsze, niż u ludzi dorosłych. Hilbert zaś zwraca uwagę na różnicę w budowie czaszki, a mianowicie kości oczodołu, którego brzegi u dorosłych bardziej wystają, a tem samem lepiej osłaniają i chronią przed zewnętrznymi urazami części miękie w głębi położone. U dzieci natomiast kostne brzegi oczodołu są mniej wystające i dlatego u nich łatwiej przychodzi w następstwie urazu do wypadnięcia gruczołu łzowego.

Dr K. W. Majewski.

Przypadek jednostronnego porażenia wewnętrznej mięśni ocznych (Ophthalmoplegia int.) pochodzenia urazowego. Dr A. Tumpowski (»Czasop. Lek.« Nr 7. 1900).

Jedenastoletnia dziewczynka, spadłszy ze schodów, doznała prawdopodobnie urazu w głowę, gdyż znaleziono ją nieprzytomną. Po ocuceniu się, miała kilkakrotnie wymiotować, skarżyła się na ból lewej połowy głowy i na dwuwidzenie. Przy badaniu mógl autor jedynie zauważyć zwężenie szpary ocznej prawej, rozszerzenie ad maximum źrenicy i nie oddziaływanie jej ani na światło, ani na przystosowanie. Ruchy gałek prawidłowe. Dno oka bez zmian. Po 4 dniach ustąpiło opadnięcie powieki górnej, pozostało tylko roz-

szerzenie i nieruchomość źrenicy, t. j. objawy porażenia zwieracza tęczówki i mięśnia rzęskowego, niewątpliwie spowodowane urazem. Ponieważ jednak ostro powstałe jednostronne porażenia wewnętrznych mięśni ocznych są rzadkie, autor nie zadawał się opisem przypadku, lecz zastanawia się w dalszym ciągu nad umiejscowieniem tej sprawy i jej charakterem anatomicznym. Wobec nieprawdopodobieństwa sprawy obwodowej, autor przychodzi do wniosku, że porażenie to jest pochodzenia mózgowego i może mieć miejsce albo 1. w ośrodkach mięśni ocznych (corticale Laehmung), 2. w drogach, łączących te ośrodki z jądrami n. okoruchowego (supranucleare L.), 3. w jądrach samych (nucleare L.) i 4. w włóknach nerwowych, wychodzących z jądra, przed ich połączeniem się w nerw obwodowy (Wurzellaehmung). Ponieważ pierwsze dwa rodzaje i ostatni występują wśród wybitnych innych ogólnych objawów, których w tym przypadku nie było, trzeba przyjąć obrażenie jąder nerwu okoruchowego, które leżą blisko wodociągu Sylwiusza i składają się z kilku grup komórek, z których najwięcej na przód wysunięte są ośrodki dla zwieracza tęczówki i m. rzęskowego i posiadają nawet własną tętniczkę końcową. W opisanym więc przypadku mogło przyjść do wynaczynienia z tej tętniczki, wskutek tego jądra zostały uszkodzone, wywołując powyższe objawy. *Łuniewski.*

Jaskra u ludów wschodnich. (Le glaucome en Orient). L. de Wecker. (»Annales d'Oculistique« 1900. VII).

Podczas pobytu swego w Turcyi i w Egipcie zrobił Wecker spostrzeżenie, że w krajach tych jaskra nierównie częściej występuje niż w zachodniej Europie. Dla dokładniejszego przedstawienia rzeczy porównywa on statystykę jaskry z kliniki paryskiej ze statystyką dawnego swego asystenta Dra Esmèriana, rozporządzającego w Konstantynopolu bardzo bogatym materiałem klinicznym. Dane, odnoszące się do jaskry, zbierano w statystyce paryskiej z liczby 40,000 chorych, w statystyce zaś konstantynopolskiej z liczby 20,000 chorych. Najciekawsze wyniki tego zestawienia wyrażają się następującymi cyframi:

Jaskra stanowi w Paryżu 1,17% wszystkich chorób ocznych, w Konstantynopolu zaś 2,43% jest tam zatem przeszło 2 razy częstszą. Następnie uderza, że w Turcyi *glaucoma inflammatorium chronicum* zdarza się znacznie rzadziej niż w Paryżu, przedstawia bowiem tylko 4% wszystkich przypadków jaskry, gdy w Paryżu ten rodzaj jaskry stanowi prawie połowę przypadków (45%). Natomiast *glaucoma simplex* jest częstsze na Wschodzie (29,6%) niż we Francyi (18%), toż samo *glaucoma absolutum* (w Paryżu 17%,

w Konstantynopolu 40,7%); wreszcie *glaucoma consecutivum* zdarza się dwa razy częściej w Turcyi niż we Francyi.

Jeszcze powszechniejszą, niż w Turcyi, ma być jaskra między ludnością arabską w Egipcie. Wprawdzie obszerniejszej statystyki autor nie może przytoczyć, ale podaje, że podczas swego krótkiego pobytu w Kairze miał w liczbie 106 chorych 16 jaskrowych. Tę nadzwyczajną częstość jaskry u arabsów tłumaczy Wecker związkiem, jaki zdaniem jego istnieje między jaskrą a jaglicą. Na związek ten zwrócił już uwagę prof. Wicherkiewicz (por. »Postęp Okulistyczny« 1900, str. 273), opierając się na własnych spostrzeżeniach i wskazując na ścieśnienie dróg odpływowych wywołane przez sprawę jaglicową sklerotyczną, toczącą się w otoczeniu rogówki (episcleritis) — jako na przyczynę podniesienia napięcia śródocznego. Wecker pojmuje ten związek w sposób bardzo podobny: przypuszcza on również pewne utrudnienie w przesączaniu się cieczy w okolicy pasa przyrogówkowego (zone pericorneenne) z powodu jaglicowego zbliźnowacenia tkanki przytwardówkowej. Otóż jaglica w Egipcie jest do tego stopnia rozpowszechnioną, że zdaniem Müllera (»Archiv für Augenheilk.« T. XL. p. 1—53) u każdego dorosłego araba, jeśli nie znajdziemy ziarn, to przynajmniej wykryjemy na pewno obecność znamienych dla jaglicy blizn na spojówkach.

Prócz związku z jaglicą przyjmuje Wecker u ludów wschodnich także pewne rasowe usposobienie do jaskry a na dowód przytacza, że żydzi, którzy już od tylu wieków żyją rozproszeni po Europie, przecież, jak statyczne prace wykazują, tej szczególnej rasowej skłonności do jaskry jeszcze nie zatracili.

Dr. K. W. Majewski.

Konieczne środki dla zniszczenia jaglicy w wojsku

Dr Pospiełow. (»Wojenno-medicinskij Żurnał«, książka lipcowa z r. b.).

Rozebrawszy wszystko to, co w tej sprawie pisano i zrobiono przez władzę wojskową dotąd, autor twierdzi, że nieprzyjmowanie do wojska dotkniętych jaglicą pozbawiłoby w wielu miejscach kontyngens wojska znacznej liczby na pozór zdrowych ludzi, tak w jednym warszawskim okręgu 5536 (1897 r.), nie mówiąc o tem, że w takim razie staranoby się o »sztuczne zakażenie jaglicą«, byleby nie służyć w szeregach. Środka więc tego trzeba zaniechać i nie podnosić.

Urządzenie w wielu miejscach (warszawski woj. okręg i odecki) ocznych sanitarnych stacyi, w których przez lato leczą się żołnierze, przeważnie dotknięci chorobami spojówki, środek bardzo dobry, lecz — jak przekonywa statystyka — wcale niedostateczny;

tak w roku 1895 leczono jaglicowych 2177, wyzdrowiało 39,3%, doznało polepszenia 22,9%, nie wyleczono 37,8%; w roku 1896 leczono 2239, z nich wyzdrowiało 24,9%, doznało polepszenia 35,0%, nie wyleczono 43,0%; w r. 1897 leczono 1946 jaglicowych, z nich wyzdrowiało 24,1%, doznało polepszenia 39,1%, nie wyleczono 36,8%.

Jedyny możliwy higieniczny środek, zdaniem autora, urządzenie »jaglicowych komend«. W pułkach piechoty armii rosyjskiej liczy się 16 rot. Otóż jedna rota niech będzie t. zw. jaglicową. — Uformować ją należy ze wszystkich szeregowców pułku, dotkniętych jaglicą. Byłaby to jednostka zupełnie izolowana w pułku od zdrowych szeregowców, nie szerzyłaby zarazy i, przy zastosowaniu leczniczo higienicznych środków, powinna być leczoną przez jednego *ad hoc* wyznaczonego lekarza. Do tej rotacji powinni być zaliczeni i nowobrańcy, dotknięci jaglicą. Zbijając zarzuty, jakie mogą spotkać ten projekt ze strony władz wojskowych (nikt z oficerów nie zechce komenderować taką rotą, do rotacji tej, mającej pewne ulgi służbowe, będą się wpraszać niezadowoleni służbą i t. p.), Dr P. kończy swój artykuł godnymi uwagi słowy: »niechże i medycyna przyczyni się ze swej strony do wykształcenia żołnierza; niechże on wróci na łono rodziny nie tylko rozwiniętym umysłowo, lecz i zupełnie zdrowym. Tym sposobem wykażemy usługę nie tylko armii, lecz i ludności Rosji«.

Naturalnie byłoby pożądanem, aby z armii wracali ludzie do miast i wsi zupełnie zdrowi i nie szerzyli zarazy wśród ludności, świadcząc przed wszystkimi swemi łuszczkami i chronicznie czerwonymi oczami, że ich, jako przewlekłe chorych, zwolnili z wojska, byle tylko zmniejszyć % jaglicowych w komendach.

»Ubytek jaglicowych z warszawskiego woj. okręgu bywa zawsze większy niż nowo przybywających; takim sposobem do ludności wnosimy z wojska rok rocznie coraz więcej zarazy« — tak pisał Dr Potiechin, warszawski okręgowy okulista w r. 1897.

Naturalnie jest to smutny *circulus vitiosus*. Pod tym względem myśl Dra Pospiełowa znalazła rzeczownika w kol. Macheku, który wypowiedział słuszne żądanie, aby jaglicą dotkniętych szeregowców nie zwalniano do domów, lecz leczono przy komendach wojskowych, w celu zapobieżenia szerzeniu zarazy wśród ludności (p. Sekeya okulistyca IX Zjazdu w Krakowie).

Dr J. T.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcja okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. (Ciąg dalszy).

Posiedzenie II. w poniedziałek 23 lipca b. r. w sali wykładowej kliniki okulistycznej.

Początek posiedzenia o godzinie 4 po południu.

Przewodniczy Dr Z. K r a m s z t y k. — Członków obecnych 17.

Dalszy ciąg dyskusji nad sprawą jaglicy.

Prof. M a c h e k przedstawia następujące wnioski do uchwalenia:

1. Należy się starać, aby wojsko o ile możności niewyleczonych na jaglicę nie urlopować.

2. Należy kosztem kraju zakładać barakowe szpitale jaglicowe na lato.

Przewodniczący wyraża zadowolenie, że dyskusja schodzi na praktyczne tory, i zachęca do stawiania wniosków konkretnych, przypominając, że zawiązał się komitet, mający czuwać nad wykonaniem uchwał, powziętych przez poszczególne sekcje. Uchwały te zresztą zostaną przedłożone na drugim plenarnem posiedzeniu Zjazdu do zatwierdzenia. Wszystko, co uchwali Zjazd, mogłoby wyjść także od jednej osobistości, ale Zjazd, choć mówi to samo, mówi jednak głośniejsz, aniżeli jednostka, chociażby najpoważniejsza i najbardziej wpływowa. Ze względu na niezmierną doniosłość sprawy tępienia jaglicy dla całego społeczeństwa, projektuje mowca utworzenie »Towarzystwa dla zwalczania jaglicy«.

Prof. Dr W i c h e r k i e w i c z: Już od dawna noszę się z myślą wystąpienia z projektem, dalej idącym, aniżeli ten, który w tej chwili przedkłada nam kolega Przewodniczący. Mam mianowicie na myśli utworzenie »Towarzystwa Okulistów polskich« i sądzę, że chwila jest potemu, żebyśmy już dziś zastanowili się nad urzeczywistnieniem tego projektu. Towarzystwo takie mogłoby, między innymi, do programu swego włączyć także sprawę zwalczania jaglicy, ale przytem miałoby szersze i dalej idące zadania. Przedewszystkiem stworzy ono pewną spójnię i łączność między kolegami, których rozdzielają nie tylko granice zaborów, ale niestety nieraz nieusprawiedliwiona wzajemna niechęć, brak sympatyj lub przynajmniej obojętność. Nieporozumienia te pierzchną przy bliższem poznaniu, wśród żywej wymiany myśli, do czego dałaby wyborną sposobność coroczne zjazdy. Zjazdy te mogłyby, zdaniem mowcy, odbywać się w Krakowie.

Dr K o l i ń s k i popiera gorąco ten wniosek.

Dr Talko zgłasza dodatek: Towarzystwo Okulistów polskich wybiera »Postęp Okulistyczny« za swój organ.

Przewodniczący prosi prof. Wicherkiewicza o zrealizowanie tej myśli: o wypracowanie statutów i postaranie się o ich zatwierdzenie.

Prof. Wicherkiewicz zaprasza prof. Macheka i Dra Kramsztyka do komisji statutowej i proponuje Zielone Świątki na czas zjazdów Towarzystwa okulistycznego.

Dr Koliński głosi za porą wakacyjną.

Dr Bałłaban sądzi, że zjazdy powinny się odbywać co 2 lata i w różnych miastach.

Wniosek prof. Wicherkiewicza został jednogłośnie przyjęty.

Prof. Machek uzasadnia jeszcze swój pierwszy wniosek.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że, zapytywany jako członek izby lekarskiej przez regencję poznańską z polecenia ministra wojny w Berlinie, jakiego przedsięwziąć wypadało środki, by rozszerzanie się jaglicy w wojsku ograniczyć, wydał opinię w tym kierunku, że rekrutów dotkniętych jaglicą nie trzeba puszczać do domu, ale w osobnych oddziałach w stosownych higienicznych warunkach wyuczyć ćwiczeń wojskowych i dopiero wtenczas do domu puszczać, kiedy po spełnieniu wojskowych obowiązków wolni będą od jaglicy. Inaczej rekruci nigdy sami się nie leczą albo niedostatecznie, a tak oni jako też puszczeni z jaglicą urlopnicy stają się rozsądnymi choroba. Zapatrywanie to odpowiadało zapatrywaniom większości izb lekarskich innych prowincyi i, jak się zdaje, zostało przyjęte za normę postępowania.

Dr Talko podnosi, że w Rosyi uwalnia od służby wojskowej tylko okres zbliźnowacenia jaglicy.

Dr Koliński rektyfikuje tę uwagę o tyle, że w nowszych czasach ciężkich przypadków jaglicy wczesnej nie przyjmują tam do wojska i zgłasza postulat, aby jaglicowych do wojska wogóle nie przyjmowano.

Obydwa wnioski prof. Macheka zebrani jednogłośnie uchwalili.

Dr Cetnarowicz zaznacza, iż oddziały ruchome okulistyczne nie są bez korzyści, a to z powodu łatwości zastosowania tego rodzaju leczenia chorych, nawet jaglicowych, chory bowiem ma możność nie odrywać się od swych zajęć, codziennie przychodzi o poradę, a nie jest narażony na zawód, jaki go zwykle spotyka w większych miastach, gdzie oddziały bywają przepełnione chorymi i dla przybycia nieraz ze stron dalekich miejsca niema, ambulatoryjnie zaś leczyć się nie może dla braku środków utrzymania

w mieście. Wreszcie utrzymanie stałych baraków okulistycznych, funkcyonujących w lecie, jest poniekąd tymiż samymi oddziałami ruchomymi, z różnicą chyba tą, iż leczą tam tylko na jaglicę.

Wniosek zatem przewodniczącego zmieniałbym o tyle, by nie zaznaczać tak wyraźnie wyższości baraków dla jaglicowych nad ruchomymi oddziałami.

Przewodniczący formułuje następujący wniosek:

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, wyrażając uznanie inicjatorom oddziałów ruchomych okulistycznych w Królestwie Polskiem, mniema, że działalności swojej mogą dać kierunek bardziej pożyteczny i stanowczy przez tworzenie letnich stałych uzdrowisk dla chorych na jaglicę w rozmaitych okolicach kraju.

Dr Uziębło żąda skreślenia wyrazu »letnich«. Wnioskodawca przystaje na to.

Zebrańie uchwała jednogłośnie ten wniosek, mający być przedstawionym do zatwierdzenia na II plenarnem posiedzeniu Zjazdu.

Prof. Machek: „*O dziedziczności optycznej budowy oczu*“.
(Będzie niebawem drukowane w całości).

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za piękny wykład.

Dr Bałłaban zachęca do badania refrakcyi u noworodków.

Prof. Wicherkiewicz: Pozwolę sobie zauważyć, że ściśle wnioski co do wyłącznego wpływu dziedziczności możnaby dopiero wtenczas zrobić, jeżeli w przypadkach krótkowzroczności uwzględnimy także ogólne choroby zakaźne lub konstytucyjne, które mogą nie być bez wpływu na wywołanie tej wady refrakcyi.

Zdarza nam się nieraz spotykać chorych krótkowzrocznych, którzy z całą ścisłością zaznaczają, że dopiero po odrze, po szkarlatynie, po tyfusie myopia się rozwinęła, gdy ani przodkowie myopii nie mieli, ani sami przed chorobą zakaźną u siebie tego nie zauważyli.

Dr Majewski: Wiadomo, że rozróżniamy dwa rodzaje myopii. Pierwszy rodzaj, to myopia tak zwana szkolna, której istotnie najczęściej się nabywa w latach szkolnych, która nie dochodzi do nadmiernie wysokich stopni, i mniej więcej od 25 roku życia dalej już się nie zmienia. Nie łączy się ona z żadnemi poważnemi powikłaniami i nie sprowadza żadnego upośledzenia bystrości wzroku. Drugi rodzaj, to *myopia progressiva*, którą należy raczej uważać nie za wadę refrakcyi, lecz za ciężką chorobę oczną, której punktem wyjścia jest schorzenie naczyńiówki. Myopia jest tu tylko mechanicznem następstwem powiększenia się gałki pod wpływem ucisku

śródocznego, działającego na zwiotczałe jej ściany. Dochodzi ona nieraz do niezmiernie wysokiego stopnia. Spostrzegaliśmy w klinice myopię, przekraczającą 30 D. W przypadkach podobnych wywiady bardzo często wykazują, że w rodzinie chorego są lub były osoby dotknięte myopią. Zapytuję szan. prelegenta, czy w zestawieniach swych spotykał się z tą postacią myopii, czy stwierdził jej dziedziczność, względnie jej związek z myopią zwyczajną?

Prof. Machek odpowiada Drowi Bałłabanowi, że badania noworodków już systematycznie przeprowadzono, tylko, że nie zna dotąd danych, czy wykazano u noworodków astygmatyzm, czemu się dziwić nie można, gdyż oznaczenie astygmatyzmu w obrazie prostym u noworodka przedstawia wielką trudność.

Drowi Majewskiemu zaś odpowiada, że myopia złośliwa, którą już u dzieci małych spotykamy, prawdopodobnie jest wrodzona i jest rzeczywiście następstwem chorobowych zmian wewnątrzgałkowych.

Dr Bałłaban: „Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałkowej ocznej“. Z okazaniem preparatów drobnowidowych i fotografów.

Pominąwszy torbiele spojówki powiekowej i załamka, są zwykłe surowicze torbiele spojówki gałkowej bardzo rzadkie. Bardzo ciekawym jest sposób ich powstania, gdyż ta część spojówki nie posiada gruczołów w stanie prawidłowym, ze zwyrodnienia których możnaby ich genezę wytłómaczyć.

Opisany przypadek dotyczył 22 letniej chorej, u której na spojówce gałkowej prawego oka znajdowało się 4 do 5 pęcherzyków o cienkich ścianach, wypełnionych przezroczystym płynem. Wycięta część spojówki, na której one były umiejscowione, została poddana badaniu anatomicznemu. Badanie to wykazało w tkance podprzybłonkowej liczne małe torbiele, wyścielone nieprawidłowym przybłonkiem. Przybłonek ten był miejscami jednowarstwowym o płaskich komórkach, miejscami kilkuwarstwowym o komórkach sześciennych i walcowatych. W wielu miejscach widać zwyrodnienie komórek przybłonka, które miejscami są rozmiękłe i wypełnione ciemnymi ziarnami, powstałymi z zabarwienia tioniną i hematoksyniną, przyczem jądra prawie nie widać. Inne znowu komórki są wypełnione wielką szklistą masą, ich protoplasma zaś zmieniona w postaci gruboziarnistego rozpadu.

W przybłonku spojówkowym widać pomiędzy torbielami pełne czopowate wyrostki, których środkowe komórki zwyrodniały, przez co powstają małe plamy. Toż samo i w samej ścianie dużych torbieli powstają małe torbiele przez zwyrodnienie środkowych komórek. Tkanka łączna jest prawidłowa i wypełniona tucz-

nemi komórkami Ehrlicha, jak również i komórkami plasmacycznymi.

W opisanym przypadku rozchodzi się z całą pewnością o torbiele, które powstały w ten sposób, że pełne czopy przybłonka weisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem ich środkowe komórki rozpadły. Komórki te są bądźto rozmiękłe, bądźto wypełnione szklistymi słojami. Wielkie torbiele powstały w ten sam sposób, przyczem musimy przyjąć, że proces wchłaniania wody nie kończył się u nich z chwilą rozpadu środkowych ich komórek, ale że rozpadłe te masy wchłaniały dalej ciecz drogą osmozy z tkanki podspojówkowej, wypełnionej obficie limfą.

Przypadek ten będzie swego czasu dokładnie ogłoszonym, a jest on niezbitym dowodem, że, wbrew istniejącemu dziś przekonaniu, mogą powstawać torbiele w spojówce gałkowej, a zatem i na innych częściach spojówki, bez współdziałania gruczołów i li tylko ze zwyrodniałych komórek przybłonka.

Dr J. Talko: „*Meningocele orbitalis*“. Odczytał o wrodzonych przepuklinach mózgowych oczodołu i podał treściwy, objaśniony fotografią, opis przypadku meningocele orbitalis posterior v. retrobulbaris u noworodka. Ponieważ przypadek ten nadzwyczaj był rzadki i ciekawy pod względem rozpoznawczym i operacyjnym, odczyt ten przeto całkowicie wydrukowanym będzie w »Postępie Okulistycznym«.

Dr Ł u n i e w s k i: „*O wartości dioniny w terapii okulistycznej*“. (Z okazaniem preparatów mikroskopowych). Działanie lecznicze dioniny, wobec tego, że się zbyt łatwo organizm do niej przyzwyczaja i dalsze jej stosowanie, pomimo początkowo osiągniętej pewnej poprawy, resztę oczekiwań zawodzi, nie przedstawia w wyniku tych cennych własności, które cechują tyle innych wypróbowanych środków. Przyznać jednak trzeba, że do lekozbioru przybył nam jeden więcej środek, który, jeżeli nie ulecza, to przecież, powodując zmiany w krążeniu krwi i limfy, dodatnio wpływa na pewne stany chorobowe oka. I tak przy iritis, gdzie, wskutek silnego przekrwienia tęczówki, zapuszczanie atropiny nie odnosi skutku, jednorazowe potem wkroplenie 10% dioniny wywołuje zupełne rozszerzenie źrenicy i podmiotowo sprawia choremu ulgę. Stosowane przy zmętnieniach rogówki, wyjaśnia je do pewnego stopnia. W zapaleniach pryszczkowych, jakkolwiek nie działa bezpośrednio leczniczo, to później zastosowane środki, jak maść żółta, kalomel i t. d., doraźniej działają. Nie mniej dodatnie wyniki dadzą się osiągnąć przy zmętnieniach ciała szklistego i zapaleniach naczyniówki i siatkówki.

Dr Bednarski zapytuje, czy prelegent znalazł tusz w przy-

błonku barwikowym siatkówki, na co Dr Łuniewski odpowiada twierdząco.

Dr Kramsztyk podnosi, że ponieważ przypadki przyklejenia się siatkówki oderwanej są nader rzadkie, więc, jeśli po dioninie to nastąpiło, można przypuszczać, iż to jej zasługa.

Dr Brudzewski: Czy chora była leczoną też innymi środkami?

Prelegent odpowiada, że dostawała KJ, środki napotne, przy spokojnym leżeniu w łóżku.

Dr Bałłaban nie wierzy w skuteczne działanie dioniny przy amotio retinae, nie radzi używać w tem środków limfopędnych i porównywa działanie dioniny z działaniem iniekcji podspojówkowych Na Cl, których sam chętnie używa przy odczepieniu siatkówki.

Dr Łuniewski podnosi swoiste działanie dioniny, na śródbłonek naczyń.

Koniec posiedzenia o godzinie 7:10 wieczór.

Posiedzenie III. we wtorek 24 lipca w sali wykładowej kliniki okulistycznej.

Początek posiedzenia o godzinie 9 rano.

Przewodniczy prof. Machek. Członków obecnych 15.

Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz: „*Słów kilka w sprawie etyologii odczepienia siatkówki*“. Tak pod względem teoretycznym, jako też pod względem praktycznym niezmiernie ważną jest kwestya powstawania odczepienia siatkówki. Wiemy, że prawie wszystkie do dziś dnia głoszone zapatrywania odnoszą się do dwóch teorii, a mianowicie wydzielniczej i teorii odciągania. Obie są jednak albo niewystarczające na wyłómaczenie wszystkich przypadków, albo stoją nawet w sprzeczności i z obrazem wziernikowym i wynikiem badania wyjętych gałek.

Powód najczęściej przyjmowany (Lebera, Nordensona), t. j. zmiany ciała szklistego, lubo często rzeczywiście występuje, zbyt często skłania do niepotrzebnego wkraczania operacyjnego (Deutschman), gdy, prócz tych zmian, inne okoliczności do powstawania odczepienia siatkówki się przyczyniają.

Nierzadko kilka takich przyczyn współzawodniczy równocześnie.

W jednym przypadku spostrzegął W. odczepienie siatkówki, powstałe przez guzek tuberkuliczny naczyńki. Odczepienie bardzo znaczne ustąpiło zupełnie pod wpływem leczenia miejscowego i ogólnego, które do wyleczenia gruźlicy płuc się przyczyniło.

Wpływ sympatyczny na odczepienie siatkówki można niejednokrotnie stwierdzić, a nierzadko jemu wyłącznie przypisać trzeba odczepienie, które powolne, ale stałe robi postępy i do zupełnej

proceedzi zagłady wzroku, jeżeli wczesne wyjęcie gałki sympatyzującej temu nie zapobiegnie. Na jakiej drodze wpływ sympatyzujący przychodzi do skutku, nie można z pewnością oznaczyć, ale prawdopodobnie zdaniem prelegenta rozchodzi się o działanie trofoneurotyczne.

Dr K r a m s z t y k: Istnieje ogólne dążenie tlómaczenia odczepienia siatkówki działaniem czynników mechanicznych. Jeśli amotio retinae jest następstwem kyklitis sympathica, to wtedy wpływ sympaty na oderwanie jest tylko pośredni. Można przypuszczać, że zjawiska podrażnienia podmiotowe, jakie choroby odnoszą do oka sympatycznie podrażnionego, mają swe istotne siedlisko w oku osłepłym i dlatego ustępują po jego enukleacyi.

Prof. M a c h e k przytacza przypadek następujący: Lewe oko osłepłe skutkiem chorioiditis disseminata, po napadzie kongestyi, migreny i wymiotów wystąpiła amotio retinae typowa.

Na istnienie oedema retinae mowca najzupełniej się godzi. Co do trofoneurytycznych wpływów, to sądzi, że potrzebują one jeszcze dalszych dowodów.

W i c h e r k i e w i c z: Nie mogło być moim zamiarem wyczerpująco przedstawić sprawę, która i wielu może ulegać interpretacyom i wiele potrzebuje poparcia kazuistyczno-eksperymentalnego.

W pierwszym jednak przypadku taką neurozę tem bardziej przyjąć jestem skłonny, że chora skarżyła się równocześnie na głuchę w oku ból, nie dający się niczem wytłómaczyć. Oko zaś samo najmniejszych nie posiadało warunków, by odczepienie mózgu wytłómaczyć teorią L e b e r a.

Co do fotopsyi i halucynacyi, to, oczywiście, trudno je lokalizować i mogą one pochodzić od oka ślepego. Gdy jednak z innych przypadków wiem, że one i po wyłuszczeniu sympatyzującego oka jeszcze dłuższy czas w oku sympatyzowanym trwają, skłonny jestem i tu odnieść je raczej do tego oka, do którego je chora subiektywnie odnosiła, tem bardziej, że przedmiotowe objawy, później występujące, najzupełniej to tlómaczyły.

Co do uwagi kolegi M a c h e k a, że kongestye wywołać mogą odczepienie siatkówki, które on spotykał, to oczywiście nie jest to spostrzeżenie nowe.

Ale te właśnie odczepienia powodowane są wybrczynami krwawemi, tak łatwo powstającemi z naczyniówki, tak obfitującej w nacynia, na co już, jak wiadomo, G r a e f e zwracał uwagę.

Że sympatycznie powstała iridocyklitis do odczepienia ostatecznie prowadzi, wiemy to wszyscy; nie o to mi też chodzi, ale raczej, by wykazać, że odczepienie siatkówki jednego oka, czy to wskutek myopii, czy też wskutek innej przyczyny powstałe, może

w drugim oku wywołać zmiany zapalne, które do odczepienia prowadzą, a z tego względu oko sympatyzujące, to jest, skoro wzrok jego uległ mniej lub więcej zagładzie, winno w celach profilaktycznych być usunięte w czas, gdyż tylko wtenczas drugie oko, posiadające może warunki odczepieniu sprzyjające, od tej zagłady zdolamy ochronić.

Dr Kramszyk godzi się najzupełniej z ostatnią uwagą prelegenta, podnosząc, że praktyka powinna wyprzedzać teorię.

Dr K. W. Majewski: „*O czynnikach, wpływających na stopień niezborności po operacji zaćmy*“.

Druk tego odczytu in extenso rozpoczął się już w niniejszym zeszycie „Postępu“.

Dr A. Bednarski: „*Ciała obce żelazne i technika ich wydobycia*“.

1. W świeżych przypadkach, jeśli kawałek żelaza jest większy, należy zaraz operować bez względu na to, czy oko jest zadrażnione, czy nie; jeżeli zaś jest mały, a oko zupełnie niezadrażnione, zachować się wyczekująco, tem bardziej, jeśli jest zadrażnione (a zadrażnienie to nie grozi utratą wzroku), mianowicie czekać, aż zadrażnienie przy stosowaniu antyflogozy ustąpi.

2. Jeżeli ciało żelazne małe, wklinowane, oko zaś niezadrażnione — absolutnie nie operować.

3. Jeżeli zaś luźnie leży, próbować wyjąć elektromagnesem dużym, a gdy nie idzie, ułożyć chorego spokojnie, czekać, pamiętać o tem, co powiedział Knapp, i uważać chorego, jakby miał jedno oko.

W przypadkach zastarzałych tylko wtedy natychmiast operować, jeżeli zapalenie grozi utratą wzroku, co więcej, jeżeli nadto już mamy zapalenie sympatyczne drugiego oka. W innych razach zachować się wyczekująco, leczyć, dopóki iridocyklitis się zmniejsza, i jeżeli nie ma poczucia światła, operować, bez względu na to, czy jest iridocyklitis, czy oko nie jest zapalone i zaczerwienione, bo i po latach kilku może przyjść do zapalenia sympatycznego.

Jeżeli mamy siderosis bulbi, przytem oko niezadrażnione zaćmę — to najprzód wyjąć zaćmę, zbadać i mieć chorego w spostrzeganiu.

Dr A. Bednarski: „*Siderosis bulbi*“. *Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z przedstawieniem preparatów reakcji mikrochemicznej na żelazo*“. Prelegent opisuje 4 przypadki, spostrzegane w klinice okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie. Przypadek pierwszy dotyczy tylko przebiegu klinicznego. Chory zgłosił się w pół roku po wpadnięciu kawałka żelaza do oka z objawami wybitnej siderosis bulbi, w postaci wieńca rdzawych złogów na soczewce zaćmionej.

Po wydobyciu zaćmy miękkiej z wyrwaniem torebki, wraz z wien-
cem rdzawych złogów, na 4 dzień na resztkach kory widać było
świeży wieniec złogów rdzawych, na powierzchni i w głębi resztek
kory usadowionych. Chory opuścił klinikę z bystrością wzroku
 $\frac{6}{12} c + 12 D$. Oko prawidłowe. Czucie barw dobre. Ścieśnienia
pewnego pola widzenia nie ma. Czas spostrzegania 10 miesięcy od
wpadnięcia ciała obcego, a półtora roku, licząc zapytanie listowne.

Dalsze trzy przypadki badano anatomicznie i mikrochemicznie
za pomocą żelazosinku potasowego i kwasu solnego, jako też za
pomocą rodanku potasu i kwasu azotowego.

Pierwszy dotyczy siderosis bulbi, pochodzącej wyłącznie od
żelaza, leżącego przez trzy i pół miesiąca w gałce, wyjętej następnie
z powodu irydocielitis dolorosa po poprzednim bezskutecznym usi-
łowaniu wydobycia żelaza z oka za pomocą elektromagnesu Hirsch-
berga.

Drugi przypadek dotyczy siderosis bulbi pochodzenia mięsza-
nego, tak od ciała obcego żelaznego, znajdującego się w oku, jako
też od wynaczynień, które w postaci skrzepów wypełniało całą
przednią komórkę i w znacznej części wewnątrz gałki. Siatkówka
w całości oderwana. Soczewka zresorbowana. Żelazo znajdowało się
w gałce przeszło dwa lata.

Trzeci przypadek dotyczy siderosis bulbi czysto ze krwi po-
chodzącej gałki, którą wyjęto z powodu bolesnej iridocyclitis, prze-
biegającej z krwotokami.

Następuje opis i przedstawienie preparatów.

We wszystkich preparatach z żelazo-sinku potasu i kwasu
solnego otrzymano wybitne błękitne zabarwienie, w preparatach zaś
z rodanku potasu i kwasu azotowego mniej wybitne zabarwienie
czerwone.

Prof. Wicherkiewicz: Elektromagnes wiele może zdziałać
dobrego, ale też nieraz przysługę oddaje niedźwiedzią, jeżeli zbyt
śmiało wyszukujemy ciała, które mogłyby może zupełnie bezkarnie,
gdy w stanie aseptycznym do oka się dostały, pozostać nieruszone,
zwłaszcza, jeżeli utkwily w części gałki, mniej wrażliwe na zadraż-
nienie, albo nawet zniknęły poza gałką. Oczywiście, gdy przypadek
świeży i obecność żelaza stwierdzona, winniśmy natychmiast oglę-
dnie do usunięcia ciała obcego przystąpić.

Nie rozumiem związku przytoczonego przez prelegenta co do
przypadku, w którym roentgenowanie ciało obce stwierdziło, a se-
kcya go nie wykazała. Tu tylko albo roentgenowanie nie było do-
kładne, albo też, gdy było ścisłe, nie musiano znaleźć ciała, co przy
cięciach większych zdarzyć się może.

Prof. Machek podnosi, że pewność wniosków z roentgeno-

grafii zależy w wysokim stopniu od mniej lub więcej wydoskonalonej techniki roentgenograficznej.

Dr Talko zapytuje, kiedy wynaleziono sideroskop, wydaje mu się, że niesłusznie nosi on nazwisko Asmusa, gdyż Narbut, historyk Litwy, wspomina, że już przed 70 laty używano igły magnetycznej do wykrycia obecności żelaza w oku.

Dr Bednarski odpowiada, że w pracy swej p. t. »Kilka wypadków wykrycia ciała obcych stalowych lub żelaznych w oku za pomocą sideroskopu Asmusa«, ogłoszonej w r. 1898 w »Wiadomościach z kliniki okulistycznej«, poruszył na wstępie wkrótce historii tego przyrządu.

Otóż badania nad wykryciem żelaza w oku za pomocą igiełki magnetycznej datują się od roku 1880, w którym to roku Tomasz Pooley miał o tym przedmiocie odczyt na posiedzeniu związku lekarzy amerykańskich w Nowym Jorku. Po nim ulepszała tę metodę badania liczni autorowie, jak Gruening, Pagenstecher, Froehlich, Dickmann, Hirschberg i Laqueur. Dopiero w roku 1890 na kongresie lekarskim powszechnym w Berlinie Gallemaerts przedstawił przyrząd już bardziej udoskonalony, zwany magnetometrem, pomysłu Leona Gérarda. A w r. 1894 Edward Asmus podał sideroskop, który został w z. r. ulepszony przez Wachsmutha i Axenfelda. — Dzieła Dra J. Bielińskiego, w którym jest wzmianka o sideroskopie wynalazku p. Le Baillif z r. 1829, mowca nie miał sposobności przeglądać.

Dr Koliński opowiada przypadek, gdzie ciało obce (blaszka miedziana) dopiero po 12 latach wywołała zadrażnienie oka i zmusiła go do wykonania enukleacji.

Dr Bednarski: Miejsce, gdzie tkwi ciało obce, można uważać za locus minoris resistentiae, w którym osiadają drobnoustroje, krążące we krwi, nie wywołując żadnych zaburzeń w ustroju.

Odczyt Dra Winawera odpadł z powodu nieobecności prelegenta, streszczenie nadesłane:

Dr Feliks Winawer: „*Porażenie nerwów odwodzących (dywergencyi)*“⁴. W odległości 1 metra występują w całym polu widzenia podwójne obrazy, których odległość wzajemna zwiększa się w miarę oddalania przedmiotu spostrzeganego (świecey zapalanej). Przy ruchach bocznych odległość między obocznymi stale i znacznie się zmniejsza, gdyż w tem położeniu konwergencya jest utrudniona, więc dywergencya mniejszego wymaga wysiłku (Straub). W odległości 1 metra i bliżej (w naszym przypadku do 25 cent.) obrazy zlewają się i w całym polu widzenia otrzymujemy 1 prawidłowy obraz. Granicę między pojedynczym i podwójnymi obrazami trudno ściśle określić; bliższą jest oka, jeśli świecę zbliżamy, a przez ba-

danie w odwrotnym kierunku granica się odsuwa (zwykły objaw przy porażeniach).

Porażenie dywergencyi, w przypadku, który spostrzegalem, wystąpiło po napadzie migreny u kobiety 63letniej, która od 30 lat cierpi na migrenę (dziedziczną). W ostatnich dwóch latach zdarzały się napady znacznie silniejsze i dłużej trwające i po nich często występowało dwojenie się przedmiotów, którego śladów już po 3—4 dniach nie znalazłem. Przed rokiem po dwudniowym napadzie wystąpiło porażenie dywergencyi i dotychczas nie ustąpiło. Od czasu do czasu silniejszy napad sprowadza na krótki czas (2—3 tygodni) porażenie mięśnia prostego zewnętrznego lewego (Abducens).

Ze względu na identyczny przebieg pewnej grupy przypadków, znanych pod nazwą *migraine ophtalmoplégique* (Charcot), albo *recidivirende Ocolomotoriuslaehmung* (Mingazzini), zaliczam mój przypadek do tejże grupy, tylko, że przy porażeniach nawrotnych u okoruchowego wspólnego porażeniu ulega jedna, kilka lub wszystkie gałęzie tego nerwu, a w moim przypadku porażoną była dywergencya.

Prof. Bol. Wicherkiewicz: „Przypadek narośli *melanosarkoma corneae*“.

Wobec tego, że złośliwe narośle rogówki wogóle, a pigmentowane wszczegółe należą do rzadkości, pozwólcie, Panowie, bym Wam, choć w kilku słowach wyjaśniwszy anamnezę, przedłożył przypadek ciekawy takiej narośli.

Dotyczy ona chorej 50letniej, która przed rokiem, jak twierdziła, zauważyła, że coś w źrenicy wyrasta, a od roku narośl zakryła jej oko.

Gdy chora przed miesiącem do nas przybyła, wystawał przed powiekami guz wielkości małej pięści, a gałki nigdzie ani śladu nie było.

Sądząc, że mamy do czynienia z naroślą, która gałkę zupełnie zniszczyła, zrobiłem wypaproszenie oczodołu. Odcinając guz od tyłu, przekonałem się, że nerw wzrokowy podchodzi pod nożyce. Po wycięciu i rozcięciu wielkiego guza, przekonałem się, że gałka prawie cała dobrze zachowana, otoczona jest naroślą, ze wszystkich stron do jej ścian zewnętrznych dobrze przylegającą. Mamy więc do czynienia z naroślą *melanosarkoma*, która gałkę otacza *sarkoma epibulbare*.

Zachodzi tylko pytanie: skąd ona wyszła? Trudne jest rozstrzygnięcie tego pytania; gdy się jednak bada przekroje mikroskopijnie, to podpaść nam musi, że właśnie rogówka najwięcej tutaj względnie zniszczona, lubo narośl do błony Descemeta jeszcze nie dotarła.

Następuje demonstracya preparatów.

Prof. Bol. Wicherkiewicz: Szanowni Koledzy: dobiegliśmy do kresu naszych prac.

Sądzę, że mała nasza sekcya może być zadowoloną z owoców swej pracy. Chociaż na razie nie wiele może one zaważać na szali ogólnego dobytku naukowego, to jednak rzucono wiele nowych myśli, które zachęcą do podjęcia prac, które polską naukę w równym stawiają rzędzie z naukami innych narodów.

Jako główny dobytek uważałbym atoli to, gdyby się udało u władz odpowiednich przeprowadzić podjęte rezolucyje, co niewątpliwie do uzdrowotnienia ludności przyczynićby się musiało. A dalej wielką dodatnią stroną naszego tegorocznego zjazdu jest zapoczątkowanie Towarzystwa okulistycznego, które niewątpliwie i do większej zbiorowej pracy nas spowoduje i stosunek przyjaźni i koleżeństwa ścięśni wśród rzeszy rozproszonych okulistów polskich.

Dziękując Panom, którzyście raczyli przybyć z dobytkiem swej kilkoletniej pracy, lub którzyście w rozprawach żywy wzięli udział, dziękując dalej panom przewodniczącym poszczególnych posiedzeń za umiejętne prowadzenie obrad, zamykam to trzecie i ostatnie posiedzenie, wołając: do miłego widzenia za rok, bo sądzę, że, wykonując polecenie Panów, będę mógł jeszcze przed zjazdem we Lwowie, pierwsze okulistycznego towarzystwa posiedzenie urządzić. —

Prof. Machek wyraża w imieniu wszystkich obecnych w ciepłych wyrazach szczerę podziękowanie czcigodnemu gospodarzowi sekcji, prof. Drowi Wicherkiewiczowi, za serdeczne przyjęcie, jakoteż za podjęte trudy i zabiegi około przygotowania i zorganizowania prac sekcji. Dziękuje również sekretarzowi stałemu Drowi Majewskiemu za pracę nad układaniem sprawozdań.

Następnie zaprasza obecnych, aby przybyli jak najliczniej na następny Zjazd ogólny, który oobędzie się niewątpliwie za lat 3 we Lwowie. Wtedy urząd gospodarza sekcji okulistycznej z natury rzezzy jemu przypadnie. Podnosi znaczenie Lwowa, który choć nie posiada uroku prastarego grodu Piastów i Jagiellonów, to jednak stanowi niezmiernie ważne ognisko kultury rdzennie polskiej wśród kraju zamieszkałego przez lud używający innego, choć pokrewnego języka.

Koniec posiedzenia o godzinie 12¹/₂.

IV. ROZMAITOŚCI.

Bóle głowy, bardzo często zależne od wad refrakcyi, zwłaszcza od niezborności, a zdaniem Katza nawet nieznaczne stopnie tych wad

długotrwałe powodują bóle głowy, dające się łatwo usunąć przez przepisanie stosownych szkieleł. („Wracz.“ Nr 28. 1900).

Wpływ ciepłoty na wessalność płynów, zapuszczanych do worka spojówkowego, badał na królikach doświadczalnie Łobanow i doszedł do przeświadczenia, że rozgrzane na 25—40° C. płyny daleko prędzej ze spojówki do przedniej komórki się dostają, aniżeli płyny o niskiej ciepłocie. („Wracz.“ Nr 35).

Znaczenie blizn twardówkowych przy operacjach dla jaskry badał doświadczalnie na królikach Dr Andogski i Dr Selenski w pracowni prof. Bellarminowa. Doświadczenia te wykazały, że zdolność przesączania blizny takie posiadają tylko w pewnym okresie rozwoju. U królików posiadają blizny twardówkowe zdolność przesączania tylko 2—3, a najwyżej 4 tygodnie po sklerotomii, tracą ją zaś później wskutek skurczenia się tkanki bliznowatej. (Według referatu „Centrblatt f. pr. Augenheilkunde“. Juli. 1900).

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie zgromadzenie roczne w czasie od 13—15 września.

Okuliści skandynawscy zawiązali Towarzystwo, które corocznie odbywać będzie zgromadzenia. Pierwszy taki kongres odbył się w Sztokholmie w lipcu b. r.

W klinicznym zakładzie Heleny Pawłówny w Petersburgu wakuje posada na profesora oftalmologii. Pensya wynosi 2000 rubli, stołowych i kwaterunkowych 500 rs., razem 3000 rs.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Hoene, kijowski okulista okręgowy, mianowany dyw. lekarzem 33. dywizyi.

Dr Becker, były ordynator nowogiejorgiewskiego wojskowego szpitala, mianowany okręgowym okulistą w Kijowie.

Prof. Eversbusch z Erlangi objął katedrę okulistyki w Mni-chowie, opróżnioną przez ustąpienie prof. Rothmunda.

Doc. Dr E. Grósz w Peszcie mianowany profesorem nadzwyczajnym tamże.

Doc. Dr Bach w Wyrzburgu powołany na profesora okulistyki w Marburgu.