

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

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

Październik

—+— ROCZNIK DRUGI —+—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Leczenie jaglicy.

Rzecz, odczytana na posiedzeniu Sekcyi okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 21 lipca 1900 roku.

Podał

DR STEFAN CETNAROWICZ

z Warszawy.

Jaglica jest złem społecznem, gorszem w swych skutkach od wszelkich epidemii, sprowadza bowiem zupełną ślepotę, lub większą albo mniejszą niezdolność do pracy; poraża przeważnie warstwy ludności biednej, ciężko pracującej, niemającej po większej części najmniejszego pojęcia o czystości ciała i higienie, często zaś niemającej ani czasu, ani możliwości przestrzegania przepisów tejże.

Ostatnimi czasy zdaje się, że najwięcej grasuje wśród mieszkańców wschodniej części Europy, więc: Turcyi, Grecyi, Galicyi, Rosyi, w Królestwie Polskiem, w Prusiech i Austro-Węgrzech. Podług Hirschberga najwięcej przypadków jaglicy napotyka się w Rosyi, najmniej w Szwajcaryi.

Na 1000 chorych na oczy mamy w Rosyi: w Moskwie 24—40 przypadków jaglicy, w Petersburgu 96, w Saratowie 114, w Kazaniu 200, w Kijowie i Bessarabii 250. Południowe Niemcy zdaje się, że są wolne od jaglicy, wschodnie zaś na 1000 chorych ocznych wykazują 100 chorych jaglicowych, inne do 154.

W Szwajcaryi na 30.000 chorych zapisał Hirschberg 6 jaglicowych, z tych 5 cudzoziemców.

W roku zeszłym ruchome oddziały okulistyczne, operujące w Królestwie Polskiem, zaznaczyły w Łomżyńskim 22% jaglicy, tyleż w Kieleckiem i Suwalskiem z ogólnej liczby chorób oczu. Takąż odsetkę znalazłem w roku bieżącym w powiecie pułtuskim gubernii warszawskiej.

W armii rosyjskiej podaje Reich w 1884 r. 2—37%, a nawet w niektórych miejscowościach 20—40% z ogólnej liczby chorych na jaglicę, tenże sam autor zapisuje, iż w roku 1878 w armii rosyjskiej było 3% jaglicowych chorych pośród nowozaciężnych, 7,2% pośród dawniej pozostających w armii żołnierzy.

Potechin podaje za 1896 rok 8,7% jaglicowych chorych wśród nowozaciężnych, z których 3,1% cierpiało na ciężką postać jaglicy. W roku 1895 w armii rosyjskiej 13% stanowiła jaglica, co się równało 32.500 ludziom, cierpiącym z powodu tej ciężkiej choroby oczu. Wogóle autor stwierdza zwiększającą się stale w armii rosyjskiej liczbę chorych jaglicowych z roku na rok w ostatniem dziesięcioleciu.

W niektórych miejscowościach Rosyi daje się spostrzegać wprost przerażające zwiększanie się odsetki chorych na jaglicę wśród uczącej się młodzieży. Na przykład w szkołach elementarnych w pow. melitopolskim gub. chersońskiej Dr Aleksandroff zapisał w pierwszym roku nauczania 4,3% jaglicowych chorych pośród uczących się, w drugim 19,9%, w trzecim 59%, w czwartym 84,5%.

Ruchome oddziały okulistyczne, czynne w cesarstwie rosyjskiem, podają od 18—34,2% chorych jaglicowych z ogólnej liczby chorych na oczy, w czem 14—26,05% powikłań.

W Niemczech w latach 1873—1889 w niektórych korpusach armii odsetka jaglicowych chorych, podług Kirchnera, wskazywała 2,1%.

Na jednym z posiedzeń berlińskiego Towarzystwa lekarskiego w r. 1897 podał Hirschberg, iż, zwiedziwszy z polecenia rządu prowincye pruskie, przyszedł do przekonania, że jaglica w nich, zwłaszcza wśród biednej klasy ludności, szerzy się w przerażających rozmiarach: w szkołach elementarnych dochodzi do 30%, podczas gdy w średnich zakładach naukowych stanowi 5% ogólnej liczby uczniów.

Jasne stąd wnioski, iż wszędzie tam, gdzie mamy większe zbiorowiska ludzi, bądź to wspólnie mieszkających, bądź spędzających razem czas pewien dnia, mamy odpowiednio korzystne warunki do szerzenia się jaglicy, przyczem należy dodać, że szerzeniu temu znakomicie sprzyjają gorsze warunki higieniczne; więc koszary, więzienia, szkoły, wogóle zakłady zbiorowe sprzyjają szerzeniu się jaglicy.

Dzięki powyżej wymienionym liczbom miałem możność wskazać, jakim wogóle wrogiem ludzkości jest, stale niemal, jaglica. Wróg to nienowyy, nieomal tak dawny, jak ludzkość, sądząc przynajmniej z opisów samej choroby i jej leczenia u starożytnych. Cóż więc przedsiębrano dotychczas w walce z nim i co nadal przedsiębrać należy? Że walka taka nie jest rzeczą łatwą, dowodzi tego cały szereg nieudanych przedsięwzięć, jak na przykład zalecone w swoim czasie środki w armii belgijskiej przez Jungkena, mianowicie rozpuszczenie chorych żołnierzy do miejsc ich rodzinnych, następstwem czego było rozwielenienie się jaglicy wśród mieszkańców Belgii takie, jakiego dotąd nie było w żadnym państwie europejskiem. Za nieudaną również próbę należy uważać przeprowadzaną przez lat parę walkę z jaglicą w zakładzie dla moralnie zaniedbanych chłopców w Studzieńcu, w Królestwie Polskiem; sam brałem w niej czynny udział przez lat kilka, poczynawszy od 1889 roku. Na 150 wychowanców 140 chorowało na jaglicę, liczba taka mniej więcej do dziś dnia stale istnieje.

Kiedy w roku 1883 na Węgrzech panowała epidemia jaglicy, wówczas rząd cesarsko-królewski zalecił:

1. Bliżej określić miarę rozpowszechnienia jaglicy i, co za tem idzie, przeszkodzić szerzeniu się zarazy.

2. Wytępić chorobę przy obowiązkowym, lecz bezinteresownym udziale lekarzy.

Walka ta również okazała się bezpłodną, i dziś na Węgrzech nie mniej jest chorych na oczy, niż to miało miejsce w roku 1883.

Przyczyny tego należy szukać z jednej strony w zachowaniu się odpornem chorych, którzy, nie rozumiejąc doniosłości w swych następstwach samej jaglicy, zniechęceni długotrwałem i często bolesnem leczeniem, odrywającem od zwykłych zajęć, nie chcą się leczyć przynajmniej w początkowym okresie, łatwiejszym do leczenia jaglicy, z drugiej w położeniu lekarza, mającego nieść pomoc bezinteresownie w tak ciężkiej chorobie, jak jaglica, często z racyi samego charakteru cierpienia narażającej tegoż lekarza na przykrości ze strony chorego. Dlatego też autor pracy o zwalczaniu i leczeniu jaglicy wśród ludu<sup>1)</sup> radzi:

1. By lekarz obowiązkowo wykazywał chorych na jaglicę.

2. By leczenie jaglicy powierzać chorym lub ich otoczeniu; uczniowie zaś szkół i pojedyncze ciężkie przypadki podlegać winny osobistej opiece lekarskiej.

3. By lekarz obowiązkowo objaśniał lud o istocie i niebezpieczeństwie jaglicy.

4. By lekarz sprawdzał chorych, leczących się w domu.

5. By chorzy prócz porady otrzymywali i lekarstwo bezpłatnie.

6. By lekarzy odpowiednio wynagrodzić.

7. By popisowi dotknięci jaglicą pełnili służbę wojskową<sup>2)</sup>, jednakże, w celu zapobieżenia szerzeniu się wśród wojska cho-

<sup>1)</sup> Wiener Med. Presse. 1897. Nr 40.

<sup>2)</sup> W Austro-Węgrzech jaglica uwalnia od służby wojskowej.

rych jaglicowych, tworzyć z nich oddziały, które podlegają ściśłemu leczeniu.

W Rosyi, gdzie jaglica ogromnie jest rozpowszechnioną, a, co za tem idzie, i liczba niewidomych lub niezdolnych do pracy ogromna, od roku 1893 istnieje instytucja inienia cesarzowej Maryi Aleksandrówny opieki nad niewidomymi. Zadaniem instytucji jest tworzenie stałej pomocy okulistycznej w oddzielnych miejscowościach cesarstwa, utrzymywanie bądź własnych lecznic okulistycznych, bądź stałych łóżek dla chorych na oczy w lecznicach i szpitalach innych zarządów, wydawanie zapomóg chorym niezamożnym na leczenie oczu i na przejazd do miejsc leczenia, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych do miejscowości pozbawionych stałej pomocy okulistycznej w celu niesienia bezpłatnie tejże chorym niezamożnym.

Od roku 1393—1896 włącznie wysłano 73 ruchome oddziały, które udzieliły porad 114,787 chorym.

W Królestwie Polskiem za inicjatywą księcia Jana Tadeusza Lubomirskiego stworzono ruchome oddziały okulistyczne, które w pierwszym zaraz roku swego istnienia, to jest 1899, w liczbie trzech, przebywających w trzech guberniach Królestwa, przez dni 98 udzieliły 6013 porad 2967 chorym na oczy.

Takie i tym podobne środki walki z jaglicą przedsiębrano lub proponowano dotychczas w tych miejscowościach, gdzie cierpienie bliźnich leży na sercu całego społeczeństwa.

Początek leczenia jaglicy w znaczeniu ściśle terapeutycznym datuje się od czasów Hippokratesa, który nacierał spojówkę motkiem zwierzęcej sierści, krwawiącą zaś powierzchnię przyżegał za pomocą żelaza i stosował masć miedzianą; sposób swój leczenia chropowatości spojówki (tak wówczas nazywano jaglicę) lekarz starożytny bardzo chwali.

Szkoła Aleksandryjska wykrobywała ziarna jaglicowe za pomocą liścia figowego, Severus stosował mięsienie przy pomocy maści miedzianej, Izaak Judeus i Rhazes wykrobywali woreczki jaglicowe za pomocą ostrej łyżeczki, w wieku XVIII Woolhouse szorował je przy pomocy odpowiedniej szczotki.

W czasie epidemii jaglicy w armii Napoleona I wrócono znowu do leczenia chirurgicznego oczu chorych na jaglicę, więc Luteus, Preuss, Stellwag wycinali granulacye za pomocą nożyczek. Piltz, idąc dalej, począł stosować głębokie skaryfikacye i przyżeganie siarczanem miedzi.

W roku 1859 Borelli wraca do szczotkowania, Desmarres zeskrobuje ziarna, Cuignet wyciska. Wycinają załamek spojówki: Benedict, Himly, Andrea, Gałęzowski, Sneller, Eversbusch, Schwab.

Wicherkiewicz, Pagenstecher i Costomyris wprowadzają mięsienie, pierwszy za pomocą wycierań sublimatowych, drugi maści z żółtego tlenku rtęci, trzeci za pomocą drobno sproszkowanego kwasu borowego.

Reich, unitarysta, po poprzednim zakokainowaniu, niszczy granulacye, posiłkując się galwanokauterem. Wicherkiewicz, Below, Staderini, Guaita i inni zwracają uwagę na swoistość jakoby przy jaglicy sublimatu (1:100, 1:500).

Dransart doradza wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu (1:1000) bądź same, bądź kombinowane ze skaryfikacyami i szczotkowaniem.

Sattler z Pragi wprowadza skaryfikacye wraz z wyskrobywaniem za pomocą ostrej łyżki (odwraca powieki, zwłaszcza górną, za pomocą specjalnych szczypczyków, skaryfikuje, następnie stosuje sublimat, siarczan miedzi i tanninę).

Darier stosuje bardzo energiczny zabieg chirurgiczny. Rozcina spoidło zewnętrzne powiek i, w razie zajęcia przez sprawę jaglicową mięska łzowego i rogówki, wstawia rozwieracz, chwyta za pomocą szczypczyków spojówkę gałkową, wyciera szczotką i skrobie powierzchnię gałki i łuszczyki, delikatnie wycina mięsko łzowe.

Następnie robi tak zwane przygotowawcze szczotkowanie, poczynając od spojówki dolnej powieki, by zapobiedz silnemu krwawieniu z górnej, zasłaniającemu pole operacyjne; szczotka winna być o włosie twardym i krótkim, czyści ją w absolutnym alkoholu i gorącym sublimacie lub cyanku rtęci (1:100),



w miarę zawałania krwią obmywa w sublimacie (1:500). Po szczotkowaniu robi głębokie skaryfikacye względnie do przypadku, w miejscach mniej dostępnych używając ostrej łyżki.

Wreszcie przystępuje do ostatecznego szczotkowania, nieco silniejszego, niż przygotowawcze, jednakże nie rozrywa mostków, dzielących jedno nacięcie od drugiego. Stara się rękoczyn cały stosować wszędzie, gdzie znajduje miejsca podejrzone.

Po skończonym zabiegu operacyjnym przemywa spojówkę słabym roztworem sublimatu. W ciągu dni następnych stosuje przemywania sublimatowe i środki z lekka oczyszczające, na przykład octan ołowiu w glicerynie.

W celu uniknięcia zrostów pooperacyjnych, które jednakże się zdarzają (na 130 chorych Darier przytacza 15 przypadków, gdzie je należało usunąć operacyjnie), przemywa za pomocą sublimatu 1:500 i rozrywa, posiłkując się zgłębnikiem.

Kramsztyk za pomocą szczypczyków swego pomysłu wyciska granulacye, toż samo robi Knapp, poprzednio skaryfikując ziarna, również za pomocą szczypczyków swego pomysłu.

W r. 1811 Henryk Walter pierwszy próbował szczepić w celu leczniczym na spojówkę jaglicową wydzielinę ostrego ropnego zapalenia spojówki; ten sam sposób stosowali z różnym skutkiem Jaeger, Hamilton, Warlomont, van Roosbraech, Piringer, Bader, Desmarres, Sichel syn, Briere, Panas, Abadie, Poncet i inni. Uważano jednak tak jequiryty jak i szczepienie ropnej wydzieliny za rzecz ostateczną.

Coppez syn z Brukseli na zjeździe okulistów w jesieni w roku 1899 doradza, stosowaną zresztą już poprzednio, elektrolizę woreczków jaglicowych. Sposób Coppeza polega na stosowaniu ujemnej elektrody w postaci widełek o sile prądu 4—5 mil Amp. na spojówkę. Powstałą piankę i krew obciera się wacikami, maczanymi w sublimacie 4:1000, nakłada się opatrunek na 24 godziny, następnie stosuje się pocieranie spojówki za pomocą waty, zwilżonej w roztworze sublimatu 4:1000, dopóki spojówka nie zabarwi się lekko na czerwono krwią,

wobec istnienia łuszczyki na 4 lub 5 dzień po elektrolizie stosuje namok jequirity 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Leczenie wymaga, podług Coppeza, 3—6 tygodni czasu.

Boeckman wykonywa peritomią, stosowaną zresztą już dawniej przy łuszczyce, wycinając pasek spojówki, od 2—3 milimetrów szeroki, i skaryfikuje twardówkę.

Moty zaleca do tuszowania spojówki jaglicowej 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kwas salicyłowy w 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alkoholu.

Feuer tuszuje spojówkę za pomocą saletrzanu srebra i wyciera 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> sublimatem, w przypadkach, gdzie sublimat nie daje się stosować, wyciera 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem tróchlorku jodu lub 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kwasem borowym, zasypując spojówkę kwasem borowym, używa roztworu 5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> argentaminy zamiast azotanu srebra.

Masselon ostatnimi czasy zaleca zarzucony sposób leczenia za pomocą jequirity (*abrus praecatorius*) namoku 3—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> lub pod postacią proszku, którym posypuje spojówkę, po 2, 3—5 minutach wymywa starannie spojówkę płynem odkażającym.

Raehlman, jeden ze znakomitych badaczy jaglicy, z pośród dotychczasowych sposobów leczenia jaglicy oddaje pierwszeństwo siarczanowi miedzi i roztworom saletrzanu srebra. Pierwszy najlepiej działa w przypadkach świeżych, a w zardawnionych dobrze przy drobnoziarnistych i twardych granulacyach, drugi przy gruboziarnistych, wiotkich i łatwo krwawiących.

Raehlman jest przeciwny roztworom rtęciowym, wycinaniom żałamka spojówkowego, nacinaniom, skrobaniom, peritomii i wycieraniom sublimatowym spojówki, te bowiem wywołują zastój krwi w spojówce; radzi otwierać i opróżniać woreczki jaglicowe.

Już sama mnogość sposobów leczenia jaglicy poniekąd przemawia przeciwko nim; bo i rzeczywiście: ktoś, nie mając własnego, że tak powiem, wyrobionego przez szereg lat do-



świadczenia na odpowiednim materyale, nie wie, po który z wyżej wymienionych środków sięgnąć w terapii jaglicy.

Najpierwszym, najprostszym i dającym się łatwo zastosować środkiem jest czystość ciała wogóle, w szczególności rąk i twarzy, oczu, więc mydło i woda winny mieć przedewszystkiem zastosowanie. Wobec tego, iż sama przyroda jaglicy jest nam nieznana i że wogóle, być może, rozpowszechniony ostatnimi czasy pogląd, podający w wątpliwość jaglicę, jako oddzielną chorobową postać, zdaje się, coraz więcej zyskuje zwolenników, trudno szukać przeciw niej jakiegoś swoistego sui generis lekarstwa.

Z chwilą stwierdzenia na spojówce granulacyi i wykluczenia pochodzenia takowych atropinowego lub w zależności od wady refrakcyi, należy postawić chorego w możliwie dobre warunki higieniczne, dać mu dużo dobrego powietrza, usunąć szkodliwe wpływy, wynikające z jego zajęcia, i t. p., przemywać starannie powieki, brzeg powiekowy, worek spojówki, przewód noso-łzowy za pomocą bądź to wody przekroplonej, bądź kwasu borowego (4:100), sublimatu, oksycyanku rtęci (1:10000) i innych podobnych środków.

W przypadkach wiotkich, łatwo krwawiących gruboziarnistych granulacyi, przy obfitej wydzielinie worka spojówkowego raz dziennie tuszować 1—2% roztworem saletrzanu srebra z następczą neutralizacją za pomocą wody przekroplonej lub słonej, przy obecności drobnoziarnistych twardych granulacyi — siarczan miedzi, w obu przypadkach szczerze zimne okłady.

Gdzie tylko można stosować wyciskanie za pomocą szczypczyków Knapp'a, które, zdaje się, są najodpowiedniejsze do tego rękoczynu bez skaryfikacyi poprzednich, następnie względnie do przypadku siarczan miedzi lub saletrzan srebra i obfite kilka razy dziennie stosowane obmywania worka spojówkowego i zimne okłady. Łuszcza, a nawet wrzody rogówkowe, jako powikłania jaglicy, prócz atropiny, względnie ezeryny, nie wymagają innego, nad wyżej wymieniony, sposobu leczenia. Należy, o ile można, nie nakładać opaski na oczy jaglicowe i unikać ciepłych rozgrzewających okładów.

Tam, gdzie, pomimo stosowania powyższego sposobu leczenia, długo nie otrzymuje się poprawy, można próbować jequirity.

Rzecz naturalna, iż w każdym poszczególnym przypadku należy liczyć się z indywidualnością tak przypadku jak i samego chorego, który tego lub innego środka nie znosi i zamiast poprawy stale miewa pogorszenia.

W naszych stosunkach, gdzie jaglica jest szeroko rozpowszechnioną wśród ludności wsi i miasteczek, a gdzie brak odpowiednich specjalistów, należy zachęcać lekarzy prowincjonalnych do studyowania okulistyki, a przynajmniej do znajomości jaglicy, cierpienia możliwego do leczenia w początkowych jego okresach. Lekarze zamieszkali na prowincyi, jako mający bezpośrednią styczność z ludem, mają również możność wpojenia weni konieczności leczenia oczu i wartości tegoż, w ich więc rękach leży poniekąd oręż, którym walczyć można z jaglicą.

Streszczając się, zaleciłbym szerzenie wśród ludu wiadomości o jaglicy, obznajmianie z jej następstwami za pośrednictwem szkoły, duchowieństwa i lekarzy, zachęcanie i wskazywanie konieczności zwracania się o poradę przy najlżejszych objawach cierpienia oczu, obowiązkowe oględziny oczu co pewien czas w szkołach, warsztatach i t. p. zakładach, urządzenie lecznic okulistycznych i oddziałów ocznych przy szpitalach, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych, zachęcanie lekarzy do obznajomienia się z jaglicą i jej leczeniem bądź to przez urządzenie specjalnych dla lekarzy kursów z dziedziny okulistyki, bądź to delegując ich do czasowego przebywania na klinikach i w lecznicach okulistycznych.

Każda walka staje się tem trudniejszą, im wróg mniej znany. Do takich należy jaglica. Całe stulecia dokucza ludzkości, przez całe stulecia też ludzkość z nią walczy i walczy bezskutecznie.... Z szeregu proponowanych ku jej zwalczaniu środków, często środków wprost nieludzkich, wybrałem czystość, przyżeganie siarczanem miedzi i saletrzanem srebra, zimną

wodę, wreszcie jeden jedyny zabieg operacyjny — wyciskanie woreczków jaglicowych.

Czy środki te są mniej lub więcej skuteczne, wskaże każdemu jego własny na jaglicę pogląd, jego własne doświadczenie; moje w tym względzie, jako pojedynczej jednostki, nie może być miarodajnem. Zbiorowe doświadczenie, oparte na licznej kazuistyce, stanowi zawsze siłę, do niej więc się zwracam i proponuję zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

## 2. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

Odczyt, miany na posiedzeniu sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie d. 23 lipca 1900 r.

Poświęcam ceniom niezmordowanych pracowników na niwie ojczyściej, b. przyjacielom: prof. Wiktorowi Szokalskiemu i Drowi Wiktorowi Narkiewiczowi-Jodko.

Przedstawiam Wam, czcigodni pp. Koledzy, podobiznę 3miesięcznego dziecka, z wrodzoną torbielą prawego oczodołu,— przypadek nadzwyczaj rzadki i ciekawy pod względem rozpoznawczym, a więc i operacyjnym. Patrząc na nią, niewątpliwie stanie Wam, jak i mnie wówczas, na myśli cały szereg możliwych przyczyn silnego wrodzonego wysadzenia gałki ocznej, jak: zwyczajna cystis serosa orbitae, cystis colobomatos retro-palpebralis s. cystis orbito-palpebralis (którą ja jeden z pierwszych opisałem), teratoma s. cephaloma orbitae, meningocele lub miningoencephalocele, retencyjna torbiel i t. p., z wyjątkiem bąblowca (echinococcus), nieznanego dotąd u niemowląt.

Proszę wysłuchać paru słów opisu tego przypadku, który uważałem za konieczne dać do odfotografowania.

Dnia 23 stycznia r. b. przywieziono do mnie z kolonii Felcina (pow. chełmski) 3miesięczną dziewczynkę, Emilię Ma-

cińską, córkę zdrowych rodziców, Niemców-kolonistów. — Dziecko urodziło się z wysadzoną prawą gałką oczną, które to wysadzenie (protrusio bulbi) powoli się powiększało i pod dolną powieką istniejący guz w postaci naprężonej torbieli lada chwila groził pęknięciem. Na pierwszy rzut oka mieliśmy do czynienia z torbielą, wyrastającą z oczodołu, której rozmiary wynosiły w kierunku pionowym 9 cent., poziomym  $8\frac{1}{2}$  cent., wysokość (od brzegów oczodołu)  $4\frac{1}{2}$  centm. Chęłbocąca, elastyczna, lecz dość napięta torbiel głównie wydostawała się z oczodołu przez rozciągniętą dolną powiekę, której skóra była ścieńczona i lekko zaczerwieniona. Nie miała tu dolna powieka tej sinawej barwy, jaka zwykle znamionuje kolobomatyczne torbiele pozadolnopowiekowe, połączone zwykle z anophthalmos lub microphthalmos. Przytem torbiel nasza o wiele przewyższała swym rozmiarem opisane dotąd kolobomatyczne torbiele, a rozrastając się we wszystkich kierunkach, spowodowała znaczne rozszerzenie ścian oczodołowych, jak to widzimy z powiększonych poziomych i prostopadłych wymiarów otworu (apertura orbitae anterior), którego zewnętrzny skroniowy brzeg przy obmacywaniu palcem okazał się nierównym, usianym wyrostkami kostnymi. Gałka oczna także nie była niedorozwiniętą, jak przy torbielach kolobomatycznych, przeciwnie: prawidłowej wielkości, bez żadnych wad rozwojowych; wysadzona ku przodowi, skierowaną była ku górze, przyczem znaczna część przezroczystej rogówki zakrywała się ruchomą górną powieką. Gałka oczna zupełnie nieruchoma. Dolny załamek przejściowy spojówki wywrócony, znacznie przekrwiony i obrzmiały. Wskutek śluzoropnych jego wydzielin naskórek nosowego kąta powiek i sąsiednich części nosa był obnażony, skóra pokryta strupkami. Przez rozszerzoną do 7 mm. źrenicę (mydriasis paralytica) znalazłem łamiące środki oka przezroczyste i dno oczne prawidłowe, z cokolwiek tylko bladawą tarczą wzrokową. Były wszelkie dane po temu, że do pewnego stopnia dziecko tem okiem jeszcze widziało.

Najmniejszego tętnienia w torbieli i wysadzonej gałce nie można było wyczuć, uciskając tylko silniej na nie, wywoływano

płacz niemowlęcia, lecz ani zmniejszenia guza, ani żadnych innych objawów, a tem mniej drgawek i t. p. Guz, wedle twierdzenia rodziców, co 2—3 dni zmieniał się nieco, powiększał się, więcej czerwieniał i dziecko płakało wtedy; przypuszczam jednak, że było wieceversa: wskutek dłuższego płaczu, a więc przekrwienia, guz więcej się napełniał i chwilowo stawał się twardszym.



Ryc. 1.

Nie było wątpliwości, że cały oczodół wypełniony był torbielą z surowiczą zawartością, wskutek ucisku której ściany jego znacznie były rozszerzone, a gałka oczna wysadzona zupełnie z niego; a ponieważ główny rozwój torbieli skierowany

był w kierunku dolnej powieki, przeto wysadzona gałka wypartą była ku górze. Dzięki ciśnieniu surowiczego płynu nie tylko rozszerzyły się ścianki oczodołu, lecz porażone były (właściwie uległy zanikowi) mięśnie nieruchomej gałki ocznej, wraz z porażeniem ruchomych jej nerwów, jak oculomotorii (mydriasis) i in., czucie jednak przy dotykaniu spojówki i rogówki pozostało; to ostatnie, wraz z zakrywaniem rogówki górną powieką, było przyczyną, iż rogówka nie uległa zmętnieniu i owrzodzeniu. Nie mając miejsca, gdzie się powiększać w oczodole, torbiel, rozciągnąwszy, ile tylko można, dolną powiekę, zaczęła się rozwijać na twarzyczce, zajmując już okolice fossae caninae i kości jarzmowej, wskutek czego prawe nozdrze i prawa strona twarzyczki z odpowiednim kątem ust nieco odciśnięte były ku dołowi.

Bądź co bądź rodzice wymagali pomocy operacyjnej, tem bardziej, że lada chwila można było się spodziewać pęknięcia tego pęcherza, szczególnie podczas płaczu, lub przy możliwym w tym stanie urazie. Położenie lekarza, zgódźcie się Panowie, było dość trudnem; jasnem było, że miałem do czynienia z elastyczną, chęłbocącą torbielą, napełnioną — jak przekonała strzykawka Pravaz'a — surowiczym przezroczystym płynem, lecz czy to była zwykła surowicza torbiel oczodołu, czy też meningocela, na to nie miałem jednak wskazówek, tem bardziej, że żadne mózgowe objawy, nawet przy uciskaniu, nie przemawiały za łącznością torbieli z wnętrzem czaszki.

Zaciekawiony danym przypadkiem, postanowiłem bądź co bądź otworzyć szeroko dostęp do wnętrza torbieli i następnie, o ile się uda, wyłuszczyć takową z oczodołu, pozostawiając wprawioną na swe miejsce gałkę oczną. W tym celu przyjąłem matkę wraz z dzieckiem do oddziału ocznego szpitala św. Józefa i d. 24 stycznia wykonałem operację przy pomocy kolegów: A. Majewskiego i Jaczewskiego, uspiwszy małą chorą chloroformem.

Oстрыm nożykiem rozciąłem najwięcej uwydatniające się miejsce torbieli, poprzeczne cięcie przez dolną powiekę było długie nie mniej 3 centymetrów. W tej chwili z głębi oczodołu



począł obficie wylewać się surowiczy, przezroczysty, słomkowej barwy płyn; wprowadzonym do wnętrza torbieli zgłębnikiem przekonano się: 1. że cały oczodoł wypełniony był surowiczą torbielą, której gładkie, śliskie ścianki przylegały mocno do rozszerzonych ścian oczodołu, czyli do okostnej, 2. że nerw wzrokowy z piramidką mięśni gałki przyciśnięty był do górnej ściany oczodołu, 3. że zewnętrzny, skroniowy brzeg oczodołu przedstawiał znaczne nierówności (osteofity) i wywrócony był nieco na zewnątrz<sup>1)</sup>, i 4. że *fissura orbitalis superior* i *for. opticum* tak były rozszerzone, że łatwo je było zatykać końcem palca. Było więc najwięcej do prawdy podobnem, że zawartość torbieli łączyła się przez te dwa otwory z wnętrzem czaszki, czyli z podoponową przestrzenią lub też z komórką mózgu, i że torbiel oczodołowa była niczem innem, jak workiem przepuklinowym (*Bruchsack*) opony mózgowej. Ograniczywszy się przeto na opróżnieniu torbieli i wyłuszczeniu przedniej, niezrosniętej z kośćmi (a raczej z okostną) części ściany torbielowej, połączonem z dość obfitem krwawieniem, wprowadziłem do oczodołu gazę jodoformową i, po usunięciu się gałki ocznej na swe miejsce, nałożyłem lekko uciskającą przeciwną opaskę.

Przebieg pooperacyjny był taki:

25/I. Dziecko nie spało, płakało całą noc, nie chciało ssać piersi. Cały opatrunek przesiąkł krwią. Gałka ustawiona na miejscu, obrzęku powiek i spojówki najmniejszego, tylko przekrwienie dolnego załamka tej ostatniej. Jodoformowa gaza wyjęta z oczodołu i, po zastrzyknięciu doń roztworu kwasu borowego, zamieniona świeżą, wprowadzoną zapomocą zgłębnika prawie do wierzchołka.

26/I. Stan w ciągu dnia dobry, tylko w nocy gorączkowało i nie brało piersi. Z rany wydziela się zabarwiony krwią surowiczy płyn, którym przesiąkł cały opatrunek.

<sup>1)</sup> W przypadku *Mackenzie* tak był rozszerzony oczodoł, że można było doń włożyć pięść, a w spostrzeżeniu *Oettingen'a* w rozszerzonym nowotworem oczodole sterczały ze ścian zębate wyrostki (*»Klin. Monatsbl. f. Augenh.«* 1876, str. 318).

27/I. Dolny brzeg rany nieco bolesny i zaczerwieniony, z oczodołu wystrzyknięto skrzep krwi i nieco ropiasto-surowiczego płynu. Zauważyłem, że gałka oczna, pomimo, iż zajęła swe miejsce w oczodole, położona jednakże nieco wyżej od poziomej linii, stosunkowo do gałki lewej, ku dołowi wcale się nie rusza, zapewne wskutek całkowitego zaniku mięśnia prostego dolnego, słabo się porusza w innych kierunkach. Źrenica poczęła się leniwo kurczyć, zmniejszając się do  $4\frac{1}{2}$  mm.

28/I. Różyczkowy wygląd bolesnego brzegu oczodołu znikł, z przedniej części oczodołu wydziela się nieco ropy, z głębi wypływa nieustannie surowiczy płyn. Codziennie po przestrzykiwaniu rozczyłem kwasu borowego, wprowadza się do oczodołu gazę jodoformową. Podczas dnia dziecko z ochotą ssie pierś, lecz w nocy niepokoiło się i płakało.

29—30/I. Ogólny stan dziecka zadawalniający, miejscowe objawy takie same.

31/I. Stwierdzono, że wydzieliny ropiaste pochodzą z przedniej części oczodołu, z rany, gdzie była wycięta dostępna część ścianki torbielowej, z głębi jednak oczodołu sączył się nieustannie żółto-przezroczysty płyn, od którego przemakał opatrunk.

1/II. Lekki gorączkowy stan i podczas dnia, dziecko przestało brać piersi. Nieustanny wypływ z głębi oczodołu surowiczego płynu, pomimo, iż gałka zajmuje swe miejsce, który się powiększał podczas płaczu niemowlęcia (co spostrzegano przy zmianie opatrunku), jasno przemawiało za tem, że takowy nie tworzy się w oczodole, lecz dopływa doń z czaszki.

Jakoż 2 lutego zauważyłem, że dziecina mocno jest cierpiąca: po niespokojnej nocy ciepłota znacznie się podniosła, dwukrotne wymioty, niechęć do ssania, a głównie silnie błady wyraz twarzy i apatya przemawiały za wytworzeniem się zapalnej sprawy błon mózgowych. Żałuję mocno i darować sobie nie mogę, że zgodziłem się z żądaniem matki na natychmiastowe opuszczenie szpitala i miasta i wyjazd na wieś, gdzie dziecko zmarło na drugi dzień, a dziesiąty po operacyi. Takim sposobem wymknął mi się z rąk rzadki i zagadkowy przypa-

dek, któryby nam nie miało wyjaśnić na stole sekcyjnym wątpliwą postać tak obszernej torbieli oczodołowej.

Aczkolwiek rozpoznania rodzaju torbieli nie miałem możliwości stwierdzić drogą sekcji, jednakże rozszerzenie for. optici i fissurae orbit. sup. (o czym jasno przekonał nas palec przy operacji) z jednej strony, a nieustanny wypływ przezroczystego surowiczego płynu z oczodołu po operacji, przemawiały wyraźnie za łącznością jamy tego ostatniego z jamą czaszkową. Miałem tylko w ręku: 1. zebraną obficie przy operacji zawartość torbieli i 2. wyciętą dostępną przednią część ścianki tej ostatniej. Płyn torbielowy, jak wyżej powiedziałem, był słomiano-żółty, przezroczysty, bez najmniejszych mętów; pod drobnowidem nie wykryto w nim śladów stałych składników; oddziaływał alkalicznie i zawierał zaledwo ślady białka, Cl. Na — w który obfituje płyn bąblowca<sup>1)</sup> — nie wykryto ani śladu. Wyciętą część ścianki torbielowej zachowałem do drobnowidowego badania, które powierzyć chciałem specjaliście, zajmującemu się tym przedmiotem, tem bardziej, że kol. K amocki, dla braku czasu, zajęty poważną pracą, tylko na prędkę zbadał porobione z niej skrawki.

Wkrótce po tem spostrzeżeniu napisałem następujący list do prof. Daniela van Duyse w Gandawie (Gand), znanego pracownika na polu badań płodowych wad rozwojowych oka.

»Posyłam Panu podobiznę 3miesięcznej dziewczynki z tor-

---

<sup>1)</sup> A. Kraemer podaje znamienne cechy płynów, zawartych w rozmaitych torbielach oczodołowych, które w razach wątpliwych radzi wy-dostawać strzykawką Pravaz'a, przyczem twierdzi, że zwykle surowicze torbiele zawierają dość dużo białka (którego zwykle nie bywa w płynie bąblowca, zawierającym Cl. Na. i haczyki), a także komórkowych ele-mentów, przeważnie nabłonek cylindryczny, czego w naszym przypadku nie było. Zwraca on przytem uwagę na inne rozpoznawcze różnice torbieli bąblowca oczodołowego, encephalocoele cong., torbiele kolobomatyczne pozapowiekowe, dermoid i in. (Die thierischen Schmarotzer d. Auges. 1899. Lief. 10—11, str. 54). Patrz też Probepunktion Berlin'a w jego »Die Tumoren d. Augenhöhle« na str. 692. W torbielach bąblowca surowiczy płyn zwykle też bywa przezroczysty, niezabarwiony lub lekko cytrynowy (Mandour), a więc podobny ma wygląd do liq. cerebrospinalis.

bielą w prawym oczodole tak wielką, że ściany tego ostatniego, szczególnie w części skroniowej, były znacznie rozszerzone, a gałka oczna — zupełnie prawidłowa — wyparta ku przodowi i ku górze.

»Przy przecięciu torbieli, przez rozciągniętą dolną powiekę, wyciekł z oczodołu płyn żółtawy, przezroczysty, ze śladami białka. Przekonałem się palcem, że cały oczodół wysłany był błoną gładką, której zewnętrzną, dostępną część wyciąłem, i że ściany jamy ze wszystkich stron mocno były rozszerzone. Po operacyi gałka zajęła swoje miejsce. Z otworu, zapelnionego gazą jodoformową, nieustannie sączył się surowiczy płyn, który wytwarzał się, a raczej zbierał się ciągle w głębi oczodołu, przemywanego codziennie roztworem kwasu borowego. W ciągu 6 dni dziecko miało się dobrze, ssało i zachowywało cerę dobrą. Ósmego dnia zbładło, przestało ssać, ciepłota podniosła się, a dziesiątego dnia zmarło przy objawach mózgowych (wymioty, drgawki).

»Drobnovidowe badania nad wyciętą częścią torbieli nie dały nam stanowczego wyniku, na pierwiastki mózgowe nie natrafiono wcale. Pośmiertne badanie, wskutek niezależnych ode mnie przyczyn, nie mogło być dokonane.

»Udaję się przeto do wielce szanownego Pana z prośbą o podanie mi swego zdania w tej sprawie: do jakiego rodzaju torbieli surowiczych oczodołowych wrodzonych można zaliczyć mój przypadek? Czy to nie była meningocele orbitalis, jak przypuszczam? Przed ogłoszeniem tego spostrzeżenia, chciałbym skorzystać z rady i wskazówek naszego znakomitego koryfeusza w dziedzinie wad rozwojowych oka. Prosiłbym również wskazać mi źródła literackie, dotyczące mego przypadku«.

Jako autor mającej w r. p. ukazać się książki o tym przedmiocie, czcigodny uczony kolega odpisał mi skwapliwie list następującej treści:

»Z największem zajęciem odczytałem list szan. Kolegi, na który spieszę odpowiedzieć. Torbiel wrodzona, o której mowa, może być tylko meningocele cong. utworzona z twardej opony mózgowej. Jeśli Kolega sobie życzy, przyślę mu ścianki spinae

bifidae, wyjętej w chirurgicznej klinice w Gandawie, która jest wytworzona z ścięzionej skóry ze zdwojoną (dédoublée) rozciągniętą dura mater; oba jej listki są rozdzielone luźną tkanką łączną; endothelium przylega do ścian twardej błony; w chwili operacyi rdzeń pacierzowy znajdował się w głębi przewodu krzyżowego (de la gouttière lombaire), będąc pokryty przez arachnoidea i pia mater. Odpowiada to temu, co szan. Kolega spostrzegałeś.

»Torba twardej opony mózgowej wciśniętą była do oczodołu, wypychając ku górze nerw i gałkę oczną, obnażając i wywołując zanik mięśni gałkowych, wypychając spojówkę przejściowego załamka dolnej powieki i rozciągając tę ostatnią, jak to zwykle czynią torbiele kolobomatyczne, z mikroftalmią połączone. Te same torbiele szan. Pan opisałeś przed 20 laty pod nazwą »cystis serosa«<sup>1)</sup>.

»Postać i napięcie oka w obecnym przypadku wystarcza, aby od razu usunąć wątpliwość co do torbieli kolobomatycznej dolnej powieki. Pod względem histologicznym nie znalazł Kolega nic innego, jak tkankę włóknistą ze śródbłonkiem. Czy tak? i to jeszcze ledwo dostrzegalne.

»Komunikacya z przestrzenią wewnątrzczaszkową istniała tu: ciągle wypływanie cieczy wodnistej po operacyi, drgawki, śmierć...

»Niekiedy znajdują w worku tylko płyn mózgo-rdzeniowy, jak w przypadku szan. Kolegi, niekiedy istotę korową mózgu, jak w jednym z moich przypadków.

»Co do miejsca otworu przepukliny (Bruchpforte), nie myślę, żeby ona znajdowała się w kącie górno-wewnętrznym oczodołu. W pańskim przypadku możliwe zrobić dwa przypuszczenia: meningocele orbitalis wyszła albo przez fissura orbitalis superior, jak w przypadku Heineke<sup>2)</sup>, lub też przez

<sup>1)</sup> P. Bericht d. Ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg. 1879, a także Comptes rendus du Congrès international d'Ophthalm. à Milan, 1881, z rycinami.

<sup>2)</sup> Pitha u. Billroth's Chirurgie. T. III. Abth. I. Lief. I., 2. Hälfte, p. 130.

rozszerzone foramen opticum, jak w spostrzeżeniu Delpecha<sup>1)</sup>.

»Niedawno miałem do czynienia z 2 torbielami kolobomatycznymi (inversio retinae Mitvalsky) i mikroftalmią obustronną. Istniała tu dość znaczna meningocele od tyłu z uchyłkami z prawej strony, nie zawierając pod skórą nic, prócz rozciągniętej opony twardej.

»W wyniku, przypadek, o którym mi szan. Kolega pisze, jest niezaprzeczenie meningocele intraorbitalis i co do mnie, to dzielam w zupełności Jego sposób widzenia.

»W r. p. mam zamiar ogłosić drukiem książkę »Les anomalies congénitales de l'oeil«. Umieszczę w niej Pańskie spostrzeżenie. Może mógłbyś Pan łaskawie przesłać mi preparat. Skoro ogłosisz drukiem swoje spostrzeżenie, prosiłbym najuprzejmiej przesłać swą pracę do Towarzystwa lekarskiego w Gandawie i do Towarzystwa oftalmologicznego belgijskiego, którego jestem sekretarzem«.

Jak więc przeto widzicie, szanowni Panowie, przypadek mój godzien jest Waszej uwagi i darujecie mi łaskawie, żem zatrzymał Waszą nad nim uwagę. Proszę jeszcze o cierpliwość i udzielenie mi kilku minut czasu na wypowiedzenie ogólnych wniosków w tym przedmiocie. (C. d. n.)

---

<sup>1)</sup> De Wecker et Landolt: Traité complet. T. IV, artykuł o encephalocèle).



Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka  
we Lwowie.

### 3. Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*).

Podał

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

(1 rycina.)

W zeszłym roku opisałem przypadek zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki<sup>1)</sup> jako siódmy znany mi w literaturze. Obecnie zdarzyło mi się spostrzegać dwa nowe przypadki, dotyczące dwóch braci, które pozwalam sobie poniżej opisać.

Oba przypadki powikłane były krótkowzrocznością średniego stopnia, a jeden (drugi) miażdżycą naczyniówki, u obu obraz wzornikowy był tak znamieny, że na pierwszy rzut oka rozpoznanie nie ulegało wątpliwości.

Historia choroby tych przypadków jest następująca:

#### Przypadek I.

Wasył Pona, lat 17, syn zarobnika, wieś Młyny, powiat Jaworów, zgłosił się do kliniki dnia 31/V. 1900 r.

Wywiady: Rodzice niespokrewnieni ze sobą, zdrowi, widzą dobrze. Z czworga rodzeństwa troje żyje zdrowych, czwarty najmłodszy zmarł w pierwszym miesiącu po urodzeniu. Starszy brat nie widzi dobrze, dwie siostry widzą dobrze. — Chory, będąc małym chłopcem, widział dobrze tak w dzień, jak i wieczorami, dopiero od przeszło dwóch lat wzrok mu się pogarsza i, szczególnie wieczorami, gorzej widzi. Przez dziesięć lat chodził do szkoły. Z chorób dawniej przebywał kur i ospę, a w przeszłym roku przez 3 miesiące chorował na febrę, co dzień po południu napad. Na wiosnę b. r. przebywał influencę. Nie pali i nie pije w większej ilości.

Stan obecny: Chory wzrostu małego, o budowie miernej, odżywieniu miernem, skórze nieco śniadej, w narządach

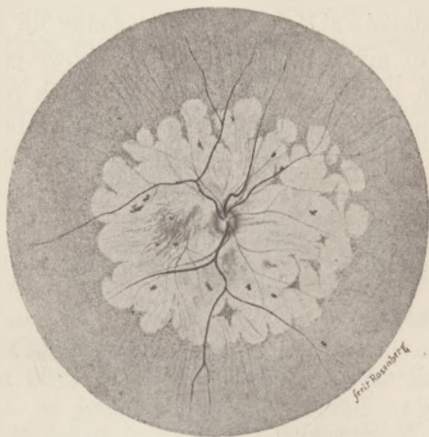
<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. Nr 47. 1899 i Archiv f. Augenheilkunde. XL. Bd. Zeszyt IV.

wewnętrznych, oprócz concretio pleurae sinistae post pleuropneumoniam, zmian nie okazuje. (Badany na klinice lekarskiej uniwers. lwowsk.).

Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

Oczy: Części dodatkowe obustronnie bez zmian, źrenice miernie szerokie na światło dobrze oddziaływują.

Wziernikiem<sup>1)</sup>: Pr. o. Myopia — 6 D. (Skiaskop Myopia — 6 D). Środki łamiące czyste. Tarcza szarawo różowa o brzegach miętko odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe nieco bledsze, grubości prawidłowej. Przybłonek barwikowy siatkówki w tylnej części gałki jakoteż na równiku zanikły, tylko na obwodzie znajduje się pas 3—4 szerokości tarczy szeroki utrzy-



manego, chociaż rozrzedzonego przybłonka. Pas ten odgranicza się dość ściśle liniami półkolistymi, wklęsłościami zwróconemi ku tarczy. z miejsc, gdzie się schodzą linie półkoliste, wychodzą ku tyłowi wypustki, tworzące wysepki utrzymanego przybłonka barwikowego siatkówki, ograniczone brzegami wklęsłymi, będącymi odcinkami kół większych lub mniejszych. Niektóre wysepki łączą się ze sobą nitkami cienkimi, gdzie przybłonek również jest utrzymanym. W tylnej części gałki wysepki te są znacznie mniejsze bez charakteru wklęsłych brzegów, niepołączone nitkami, będące w okresie starszym zaniku, w nich też barwik jest więcej rozrzedzony. Tuż przy samej tarczy przy-

<sup>1)</sup> Obraz wziernikowy wykonał P. Rosenberg według szkicowanego przeze mnie rysunku w obrazie prostym.

błonka siatkówki wcale nie widzimy. Wysepki te są barwy rdzawo-brunatnej, na tle której znajdujemy złogi barwikowe czarne, tworzące nieprawidłowe grudki, wielkości maku do wielkości małego łebka szpilki. Również na nitkach łączących wysepki grudki te czarne znajdujemy, jakoteż i w tylnej części gałki, gdzie tworzą złogi nieco większe, leżące w naczyniówce, a jedna tylko plamka barwikowa pokrywa vena nasal. super. Naczynia naczyniówki w tylnym odcinku gałki cienkie, blade i nieliczne, dopiero na granicy pasa utrzymanego przybłonka tworzą gęste sploty, jakoteż i w okolicy plamki żółtej, która przedstawia się jako plama jednostajnie czerwona, wielkości kilku tarczy, a przy dokładniejszym oglądaniu widzimy, że ta plama czerwona utworzona jest ze splotów naczyń naczyniówki, które się stąd rozchodzą. Na tej plamie przybłonka barwikowego nie widzimy.

O. l. przedstawia takiesame zmiany, tylko mamy tu nieco odmienne ugrupowanie. Przybłonek barwikowy siatkówki tylko w obwodowym pasie utrzymany, na równiku wysepki łączące się nitkami, w tylnym odcinku wysepki w okresie zaniku, nadające tylnemu odcinkowi wejrzenie marmurkowate. Myopia — 6 D. (Skiaskopem myopia — 6 D).

Bystrość wzroku:

Pr. o. palce: 1·50 m  $\frac{6}{24}$  c — 6,0 D.

L. » » 1·25 »  $\frac{6}{24}$  » — 6 ».

Czyta Nr 1 Jaeger'a obustronnie płynnie.

Pole widzenia: Dla barwy białej pole widzenia obustronnie nieścieśnione, dla barwy czerwonej ścieśnione do 10°, dla barwy zielonej ścieśnione do 5°. Większą część pola widzenia zajmuje ubytek pierścieniowaty (scotoma absolutum) 30°—60° perimetrycznych szeroki, tak, że środkowe pole widzenia wynosi 10—20°, zaś na obwodzie pozostaje pas 0—40° szeroki, którym chory widzi. W tym obwodowym pasie chory barw nie rozróżnia.

Czucie światła, badane fotometrem Foerster'a,  
= 225 mm<sup>2</sup> ( $\frac{1}{112}$ ).

Barwy (badany włóczkami Holmgren'a) rozpoznaje obustronnie dobrze.

Rozpoznanie: Atrophia gyrata chorioideae et retinae, myopia mediocris oc. utr.

## Przypadek II.

Iwan Pona, lat 19, syn zarobnika, wieś Młyny, powiat Jaworów, zgłosił się do kliniki dnia 20/VI. 1900 r. (L. 307 m. kl. st.).

Wywiady: W dzieciństwie widział dobrze, od ośmiu lat widzi gorzej wieczorami, a od czterech lat i we dnie. Do szkoły chodził przez 3 lata, później musiał przerwać naukę, bo nie mógł dojrzeć na tablicę. Z chorób przebywał kur i chrypkę, lues nie przebywał. Nie pali i nie pije. Co do rodziców i rodzeństwa cfr. Przyp. I.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. W narządach wewnętrznych zmian nie ma. W moczu białka ani cukru nie ma.

Oczy: Części dodatkowe obustronnie bez zmian, źrenice miernie szerokie na światło dobrze oddziałują.

Wziernikiem: Pr. o. Myopia — 4 D. Środki łamiące czyste. Tarcz różowa o brzegach miętko odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe prawidłowe. Conus naczyniówkowy żółtawo-biały, nieprawidłowo odgraniczony. Tył gałki rdzawo zabarwiony o marmurkowem wejrzeniu — tło białe-żółtawe. Tu barwik siatkówkowy zanikły, a resztki jego tworzą owo rdzawe zabarwienie. Obok tego nieliczne złogi barwika czarnego, leżące w naczyniówce, a w jednym miejscu barwik zachodzi na gałązkę vena temp. inf. Naczynia naczyniówki wyraźnie tu widać. Plamka żółta z okolicą stanowi plamę wielkości 2—3 tarczy o brzegach nieprawidłowych, która zaczyna się w odległości  $\frac{1}{2}$  tarczy od tarczy, prawidłowego wejrzenia z dobrze utrzymanym przybliżeniem barwikowym. W równiku widzimy trójkąty o wklęsłych brzegach, pajęczynowato rozpięte, brunatno-rdzawe, stanowiące wyspy utrzymanego przybliżenia. W obwodzie pas utrzymanego przybliżenia barwikowego najwyraźniejszy i najszerszy od zewnątrz, tu 3—4 tarczy szeroki, odgraniczony dość wyraźnie liniami wklęsłymi od środka, tylko górą i wewnątrz odgraniczenie to więcej zatarte. W pasie tym obwodowym przybliżenie barwikowe rozrzedzone. Naczynia naczyniówki tak się przedstawiają: Koło tarczy są nieliczne, a za to widać pasy białe-żółtawe, idąc ku obwodowi naczynia otoczone białymi obwódkami, na równiku i poza równikiem przedstawiają się prawidłowo — śledząc za przebiegiem tych naczyń, idąc od zewnątrz, widzimy, że naczynie naczyniówki, prawidłowo się przedstawiające, w dalszym ciągu otoczone jest białymi obwódkami, między którymi słup krwi zrazu prawidłowo gruby,

potem jest cieńszym, włosowatym, wreszcie słupa krwi nie widać, tylko lity biały pas. W obwodzie plam barwиковych niema.

L. o. Myopia — 3 D. Media czyste. Obraz wziernikowy podobny. Obwodowy pas utrzymanego przybłonka siatkówkowego jest tu wyraźniej odgraniczony, szerszy. Trójkąty o wklęsłych brzegach stanowiące wyspy utrzymanego przybłonka są tu liczniejsze, zaczynają się bowiem w odległości  $1\frac{1}{2}$  tarczy od tarczy. Plama żółta tak samo przedstawia plamę wielkości 2—3 tarczy prawidłowego wejrzenia, czyli tu przybłonek barwиковy utrzymany. W tylnej części gałki nieliczne złogi grudkowate, barwиковe, czarne w naczyniówce, a w jednym miejscu na gałązce vena temp. sup. barwík przykrywa naczynie. Wogóle przybłonek barwиковy tutaj lepiej utrzymany, a zmiany miażdżycowe naczyniówki mniej wybitne.

Bystrość wzroku:

V. pr. palce: 4 m  $\frac{6}{24}$  (— 1) c — 4.0 Jaeger Nr 1.

V. „ „ 5 „  $\frac{6}{18}$  „ — 3,0 „ „ 2.

Poczucie barw, badane włóczkami Holmgren'a, prawidłowe.

Czucie światła, badane fotometrem Foerster'a, wynosi 25 mm<sup>2</sup> ( $\frac{1}{12.5}$ ).

Pole widzenia:

Pr. o. Górą od nosa ścieśnienie, wynoszące 20°, dołem ścieśnienie, wynoszące 15°, zresztą pole widzenia nieścieśnione dla barwy białej. Ubytek pierścieniowaty (scotoma absolut.) 15—20° szeroki, tak, że środkowe pole widzenia dla barwy białej wynosi tylko 15°. Dla barwy czerwonej i zielonej pole widzenia wynosi 5—10°.

O. l. Dołem i od nosa wycinek 20° szeroki, zresztą pole widzenia nieścieśnione. Ubytek pierścieniowaty (scotoma annulare absolut.) 20° szeroki, obejmuje środek 10—15° wolny. Obok tego odosobniony ubytek na szerokości 60° w linii poziomej od skroni wynoszący 10°. Dla barwy czerwonej i zielonej pole widzenia wynosi 5—10°.

Rozpoznanie: Atrophia gyrata chorioideae et retinae, sclerosis vasorum chorioideae, myopia mediocris oc. utr.

Dok. nast.

## II. STRESZCZENIA.

*O odżywianiu soczewki.* (Sur la nutrition du cristallin).  
Dr M. I. Ovio, docent okulistyki z Padwy. (»Annales d'oculistique«, 1900. VIII).

Co do sposobu, w jaki się odbywa odżywianie soczewki, zdania różnych autorów są dosyć podzielone. Zwłaszcza nie ma zgody co do dróg, któremi odżywcze płyny wnikają w głąb miąższu soczewkowego. Jedni, jak Knies, Ulrich, Panas, przypuszczają, że soczewka wchłania materiał odżywczy głównie częściami miąższu, położonemi w pobliżu tylnego bieguna, — inni, jak Schick, Schoeler, Uhthoff, Magnus, Schloesser, przypisują okolicy równikowej soczewki najgłówniejsze znaczenie w tej sprawie. Hess natomiast i Leber, których doświadczenia i wywody wyżej wyliczonych autorów nie przekonały stanowczo o istnieniu określonych dróg i prądów odżywczych w miąższu soczewkowym, przypuszczają, że zjawiskami wchłaniania płynów odżywczych przez soczewkę rządzą prawa zwyczajnej dyfuzji.

Wobec tej nadzwyczajnej różnorodności zapatrywań Dr Ovio uznał za stosowne podjąć na nowo ścisłe badania w tym kierunku. Doświadczenia jego polegały na zastrzykiwaniu bądź to podskórnem, bądź też do wnętrza gałki, i to albo do ciała szklistego, albo do przedniej komory rozczyńców ciał, znanych z łatwej wessalności, w pierwszej linii jodku potasu i żelazo-sinku potasu, a prócz tego uraniny i kilku innych jeszcze barwików anilinowych. Wstrzykiwania wśródgałkowe wykonywał częścią na oczach żywych, częścią na gałkach świeżo wyjętych. Używał kolejno rozczyńców o różnem stężeniu. Po upływie krótszego lub dłuższego czasu po zastrzyknięciu wydobywał z oka soczewkę przy zachowaniu koniecznych ostrożności i za pomocą odpowiednich odczynników chemicznych badał miąższ jej na obecność zastrzykniętych rozczyńców. Prócz tego śledził sposób wnikania różnych barwików jako też roztworów rozmaitych soli w głąb kory soczewkowej, wkładając świeżo z oka wyjęte soczewki na pewien czas do odpowiednio przygotowanych rozczyńców.

Niepodobna przytaczać tutaj wyników, jakie otrzymał w poszczególnych grupach swych doświadczeń, wnioski jednak, do których dochodzi na podstawie tych wyników, różnią się zupełnie od zapatrywań wszystkich autorów, którzy dotychczas w sprawie tej głos zabierali. Wbrew zdaniu licznych badaczy, przyjmujących bądź to tylny biegun, bądź też równikowe części soczewki za wrota otwarte dla prądu odżywiających soków, twierdzi Dr Ovio, że soczewka napawa się płynami odżywczymi ze wszystkich stron niemal



zupełnie jednostajnie, — a wszelkie odmienne wnioski innych autorów polegają albo na złudzeniu optycznem, albo tłumaczą się silniejszą skłonnością do barwienia się włókienek więzadełka Zinn'a, oplatających przyrównikowe okolice soczewki. Jednak Dr Ovio nie podziela również zdania Leber'a i Hess'a, gdyż wypowiada przekonanie, że prawa zwyczajnej dyfuzyi nie są w stanie wyjaśnić wszystkich spostrzeganych tutaj zjawisk, lecz, że dla ich wytłómaczenia trzeba się powołać na prawa, rządzące zjawiskami osmozy.

*Dr K. W. Majewski.*

*O teorii akomodacji Tscherning'a.* (Sur la théorie de l'accommodation de Tscherning). Dr Nicolaï z Nimègues. (»Annales d'Oculistique, 1900. VIII).

Teorya akomodacji, ogłoszona w roku 1894 przez Tscherning'a, daje zawsze jeszcze powód do rozpraw i naukowych sporów. Dr Nicolaï stara się w powyższym artykule wykazać, że teorya ta z powodu sprzeczności, jakie w sobie zawiera, nie zasługuje na przyjęcie, jakiego doznała w naukowym świecie. Przede wszystkim zestawiając porównawczo wyniki pomiarów Tscherning'a i Helmholtz'a, wskazuje, że, wedle pierwszego, biegun przedni soczewki podczas akomodacji pozostaje na miejscu, biegun zaś tylny posuwa się wstecz, podczas, gdy, wedle Helmholtz'a, tylny nie zmienia położenia, a przedni wysuwa się ku przodowi. Pomijając tę różnicę doświadczalnych wyników, autor zaznacza tylko, że Tscherning zgadza się jednak z Helmholtz'em na to, że soczewka grubieje, to jest jej oś przednio-tylna wydłuża się podczas akomodacji. Ma się to dziać jednak nie wskutek zwolnienia więzadełka Zinn'a, jak chce Helmholtz, lecz, przeciwnie, wskutek jego napięcia. Tymczasem wszystkie szematyczne rysunki Tscherning'a, przedstawiające zmianę postaci soczewki, podczas akomodacji mają, zdaniem Dra Nicolaï, wykazywać zmniejszenie jej wymiaru przednio-tylnego. Doświadczenia własne przekonały Dra Nicolaï'ego, iż napięcie więzadełka sprawia, że grubość soczewki zmniejsza się, z czem się zgadzają rysunki Tscherning'a, czemu jednak sprzeciwiają się jego liczby. Nakoniec zbija autor twierdzenie Tscherning'a, jakoby przednia powierzchnia soczewki w chwili akomodacji przybierała postać stożkowatą (*lenticonus anterior*). Badając gipsowe odlewy soczewki wołu, własnoręcznie sporządzone w chwili napięcia więzadełka Zinn'a, przekonał się, że krzywizna przedniej powierzchni jest, tak w środkowych, jak i w obwodowych częściach soczewki, zupełnie jednaka, przedstawia zatem odcinek kuli, a nie postać do stożka zbliżoną. *Dr K. W. Majewski.*

*Zapalenie ropne gruczołu łzowego powiekowego Rosenmueller'a.* (Des absès chauds de la glande palpébrale lacrymale de Rosenmueller). Dr Sourdille. (>Arch. d'Ophthalmolog. <. Sierpień. 1900).

Zapalenia ropne gruczołu Rosenmueller'a zasługują na odrębny opis, i powinny być oddzielane od zapaleń gruczołu łzowego oczodołowego. Gruczoł Rosenmueller'a leży powierzchownie, od tamtego oddzielony dość znaczną warstwą łączno-tkankową i nie łączy się z nim, chyba kilkoma przewodami wydzielniczymi; a podług Tillaux'a, Gosselin'a i in. te przewody są zupełnie odrębne i z gruczołem oczodołowym nie mają wspólnego. To też zapalenia gruczołu powiekowego towarzyszą zakażeniom więcej zewnętrznym, spojówkowym, podczas gdy zapalenia gruczołu oczodołowego są często obustronne i następstwem skazy ogólnej (influenza, mumps, reumatyzm). Gruczoł oczodołowy rozwija swą czynność podczas płaczu, jest zatem poniekąd organem „*d'expression*“, podczas gdy gruczoł Rosenmueller'a ma rolę obrony i t. d., rolę stałą, niezbędną dla utrzymania w stanie prawidłowym spojówki i rogówki. To też ten rozdział fizyologiczny uczuć się daje klinicznie. Przytaczając dwa przypadki zapalenia ropnego tego gruczołu, S. stara się ściśle określić jego patologię, opierając się już to na swych przypadkach, już też na przypadkach, opisanych przez innych autorów (Sgrosso, Antonelli i t. d.).

Cierpienie to jest wybitnie cierpieniem wieku dziecięcego, przy obecności skrofulozy lub jako następstwo odrzy. To od zauważył już dawniej, że zapaleniu temu towarzyszy cierpienie miejscowe oka (blepharitis lub conjunctivitis acuta) Toteż najłatwiej wyłómaczyć zapalenie gruczołu łzowego tem, że zakażenie następuje przez spojówkę, a nie drogą krążenia krwi; za czem także przemawia jednostronne zajęcie gruczołu, w przeciwstawieniu do obustronnego po odrze, influenzy lub reumatyzmie, gdzie zakażenie idzie drogą krążenia.

Zakażenie gruczołu ze spojówki następuje albo drogą naczyń limfatycznych, albo drogą małych przewodów wydzielniczych. Tą drogą najczęściej zakażenie występuje, gdyż badanie drobnowidowe dowodzi, że zapalenie ogranicza się w swym początku do tkanki, bezpośrednio otaczającej przewody wydzielnicze, a dopiero zwolna później zajmuje pojedyncze zraziki gruczołu; zatem jest to zapalenie wstępujące.

Anatomiczne badanie wykazuje, że w początkach tylko niektóre, i to najbliższe przewodów wydzielniczych położone, zraziki gruczołu są zajęte. Same przewody okazują obrzęk przybliżonka, który łuszczy się i zapełnia przewód, a równocześnie tkanka łączna

nacieklą jest komórkami okrągłemi. Zrazy się rozpadają i zwolna tworzy się jama ropna. Te części gruczołu, które nie uległy zropieniu, mogą wrócić ad integrum, często jednak ulegają stwardnieniu, a tem stwardnieniem następownem trzeba tłumaczyć niektóre przypadki dacryops.

Sgrosso podaje, że w naczyniach widzi się zmiany znaczne, i to: bujanie śródbłónka, obumarcie błony mięsnej, oraz zupełne zarośnięcie naczyń — nieraz pęknięcie ścian i wynaczynienia.

Objawy zapalenia są bardzo znamienne: obrzęk powieki górnej, z początku nieco rozlany, ogranicza się wnet do zewnętrznej strony — w tymże kierunku występuje także nastrzykanie spojówki, oraz obrzęk surowiczy spojówki gałkowej. Dotykem stwierdza się zgrubienie pod powieką, odpowiadające miejscu gruczołu. Ruchy gałki odwodzące bolesne i nieco upośledzone. Okolica cała bolesna samoistnie i za uciskiem, a po podniesieniu powieki widać guzek okrągławy w miejscu gruczołu, często, gdy przypadek już dalej posunięty, ze szczytem żółtawym, jako wyraz ropienia; gruczoł limfatyczny przyuszny obrzmiały i bolesny, wydzielina spojówkowa bardzo skąpa, często lekki stan gorączkowy. Po 4—6 dniach obrzęk rośnie; pod powieką wyczuć można chęłbotanie wyraźne, albo też przebicie, a z otworu sączy się ropa, wtedy jednak obrzęk już mały, oko błednie, worek spojówkowy pełen ropy, co trwa 10—14 dni, poczem oko wraca zupełnie do stanu prawidłowego.

Rozpoznanie jest nietrudnem, jeśli się uwzględni obrzęk, ograniczający się na części zewnętrzne powieki górnej, surowiczą chemozę części górno-zewnętrznej spojówki gałkowej, wreszcie tumor macalny i bolesny, oraz szybki postęp cierpienia bez objawów ogólnych. Omyłki są trudne, bo od ciężkiej oftalmii różni się to cierpienie częściową chemozą i brakiem wydzieliny. Periostilis oczodołu różni się od zapalenia gruczołu Rosenmueller'a tem znowu, że obrzęk ściśle złączony jest z kością, która przy dotyku jest tkliwą, a nawet bolesną, w razie zaś ropienia zgłębnik napotyka kość obnażoną. Możnaby myśleć także o zapaleniu gruczołu łzowego oczodołowego, ale w zapaleniu gruczołu oczodołowego ból jest bardzo silny; obrzęk jest najsilniejszy w rowku oczodoło-powiekowym i tamże też później przebija ropień. Oko jest przesunięte ku wewnątrz dość znacznie, przyczem ruchy są silnie upośledzone ku skroni, a nieraz towarzyszy cierpieniu mniejszy lub większy exophthalmus.

Zapalenia gruczołu oczodołowego są zawsze ciężkie, gdyż łatwo ropienie posunąć się może w głąb oczodołu; podczas gdy w zapaleniu gruczołu Rosenmueller'a rokowanie jest zawsze dobre. Objawy ogólne słabe. Powrót do zdrowia zupełny, tylko czasem może, wskutek sklerozy przewodów łzowych, wystąpić dakryops (cysta).

Leczenie jest bardzo łatwe: ciepły okład przeciwnilny tak długo, aż się ukaże chęłbotanie, a wtedy należy otworzyć ropień i to przez spojówkę, bo wtedy najkrótsza jest droga, podczas gdy w ropieniu gruczołu oczodołowego należy cięcie poprowadzić przez skórę, tam, gdzie powieka odłącza się od oczodołu; wycinanie gruczołu nie jest koniecznem, choć przez to osiąga się prędzys wygojenie sprawy.

Dr Brudzewski.

„*Angiomegalia*“ powiek górnych. (De l'angio-mégalie symétrique des paupières supérieures). Dr Rohmer. (»Arch. d'Ophthalmologie«. Sierpień. 1900).

Pod tem nazwiskiem opisuje R. 4 przypadki przez siebie spostrzegane wraz z dotyczącymi szczegółowymi odpisami historii choroby cierpienia rzadkiego, znanego pod nazwą blepharochalazis. Angiomegalia jest nazwą, daną temu cierpieniu przez R. Cierpienie znamionuje się nadmiarem skóry powiek górnych tak znacznym, że spadający załamek skóry opada poniżej brzegu powiek i utrudnia patrzenie, zmuszając chorego tak podnosić głowę, jak się to widzi w przypadkach ptosis. O tej jednak zmianie mowy tutaj być nie może, gdyż można widzieć wyborne działanie mięśnia levatoris palpebr. pod załamkiem. Załamek skóry tej robi wrażenie takie, jak gdyby był pozostałością po silnym i długo trwającym obrzęku powieki, który ustąpił, a skóra, zbyt silnie rozdęta, nie powróciła do pierwotnego stanu, tylko zwisa jako worek na powiekę, da się ująć dobrze palcami i od powieki odciągnąć, przyczem między załamkami zwykle niema żadnej tkanki nieprawidłowej, chyba kilka zrazików tłuszczu, jako wypustka tłuszczu oczodołowego. Cierpienie to zdarza się w wieku młodym, wyłącznie u kobiet, nie ma z peryodem żadnego związku. Natomiast afekty psychiczne (płacz, ból, strach, radość) wpływają nań w ten sposób, iż powstaje przemijający obrzęk i czerwienienie się skóry. Podobne zwiększenie się skóry opisywali już dawniej: Amon jako ptosis adiposa, Arlt, McKenzie, Fuchs jako blepharochalazis, to ostatnie jako następstwo obrzęku. R., operując tę zmianę, podaje wynik badania drobnovidowego, które wykazało rozszerzenie naczyń limfatycznych oraz ich nowowytworzenie się, jako też powiększenie się rozmiarów naczyń krwionośnych, tak żylnych, jak i tętniczych, tak w skórze, jak i w tkance podskórnej, zresztą sama skóra zmian żadnych nie okazuje. Etiologia tego cierpienia jest zupełnie ciemna. Tylko to, że znaleziono zwiększenie się rozmiarów naczyń tak chłonnych jak i krwionośnych, oraz peryodyczne zwiększanie się obrzęku, jako też zaróżowianie się skóry, wskazuje, że udział główny biorą w tej sprawie naczynia. Czy jednak to jest tylko angioneuroza, czy jaka

zmiana odżywcza, tego R. nie chce dziś jeszcze rozstrzygnąć, a tylko biorąc za główną zmianę anatomo-patologiczną rozwój naczyń, przybiera nazwę dla tego cierpienia »angiomegalia«.

Leczenie polega tylko na wycięciu nadmiaru skóry, przyczem nie należy wcale szczędzić, ale owszem wycinać dużo — wtedy tylko wynik kosmetyczny będzie zadowalniający. Jeśli podczas operacji wstawi się do rany nieco tłuszczu oczodołowego, radzi go R. wyciąć. Skutek jest dobry, cierpienie nie powraca.

Dr Brudzewski.

*O rzekomych guzach białaczkowych w siatkówce.* (Ueber leukaemische Pseudotumoren in der Retina). Dr Hugo Feilchenfeld z Lubeki. (»Archiv f. Augenheilk.« T. XLI. 1900. Z. III).

W pracy tej zdaje autor sprawę z dokonanego przez siebie mikroskopowego badania gałki ocznej z przypadku białaczki śledzionowej, gdzie za życia wziernik wykazywał lekkie zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, przekrwienie i pokręcenie naczyń, stare ogniska wybroczynowe i liczne białe plamy, rozsiane szczególnie po obwodowych częściach dna oka. Drobnowidowe badanie wykazało zwykłe zmiany w nerwie wzrokowym i w ogniskach krwotocznych, natomiast owe białe plamy okazały się tworami, zasługującymi na bliższe rozpatrzenie. Zajmują one całą grubość siatkówki, a nawet stanowią pewne wyniosłości na jej powierzchni i składają się z wielkiej ilości gęsto obok siebie ułożonych białych ciałek krwi z małą domieszką krwinek czerwonych. Wszystkie warstwy siatkówki są w tem miejscu do niepoznania zatarte. Błona graniczna zewnętrzna (*membrana limitans externa*) wypukła się lekko pod naciskiem tego nagromadzenia leukocytów. W kilku miejscach widać nawet pęknięcie tej błonki, a przez otwór w ten sposób powstały wydobywa się twór w mowie będący na zewnątrz w postaci grzybiastej wyrosli. Czerwone ciałka krwi mają postać prawidłową; nigdzie nie widać poikilocytów. Wśród białych ciałek oprócz małych limfocytów Ehrlich'a z jądrem barwiącem się hematoksyliną na ciemnoniebiesko, znajdują się tu i ówdzie wielojądrowe ciałka białe, bogatsze w protoplazmę. Nigdzie znaleźć nie można figur karyokinetycznych. Twory te nie zdradzają żadnej organizacyi, w szczególności nie okazują ani śladu unaczynienia. Dodać należy, że autorowi, mimo skrzętnych poszukiwań, nie udało się wykazać w żadnem z naczyń, w sąsiedztwie przebiegających, pęknięcia lub przedarcia ściany. Tak więc w histologicznych własnościach tych tworów znajduje Dr Feilchenfeld dosyć podstaw do przypuszczenia, że stanowią one rzekome guzy białaczkowe (leukaemische Pseudotumoren). Powstały one powoli przez nagromadzenie się białych ciałek krwi, które wraz z małą ilością czerwonych wydobyły się przez



zmienione skutkiem ogólnej choroby ściany naczyń *per diapedesin* do utkania siatkówki. Wytwarzaniu się takich guzów u białaczkowych sprzyja wielka zawartość leukocytów we krwi i skłonność tychże do układania się wzdłuż ścian naczyńniowych i przenikania przez mikroskopowe pory w nich się znajdujące; następnie mała skłonność krwi do krzepnięcia, co by przyspieszało zatkanie otworów i powstrzymywało leukocyty w dalszej emigracyi. Ze względu, że w opisanych rzekomych guzach nie spotkał się autor nigdzie z rozpadem komórek, ani ze zwyrodnieniem barwikowem, przeto przyjmuje on wogóle większą trwałość i odporność białaczkowych leukocytów przeciw wszelkim wstecznym przemianom.

Dr K. W. Majewski.

*Niedołęstwo umysłowe rodzinne, połączone ze ślepotą. (Choroba Sachs'a).* (Die Sachs'sche amaurotische familiäre Idiotie). Dr M. Mohr z Budapesztu. (»Archiv für Augenheilkunde«. 1900. T. XLI. Z. III.

Podawszy opis 41 przypadków tej choroby, ogłoszonych dotychczas w literaturze, — choroby, którą Koplik nazwał „*Amaurotic family idioty of Sachs*“, opisuje autor własne spostrzeżenie, które jest zatem 42 z rzędu, jeśli jednak uwzględnimy tylko przypadki, badane anatomicznie i histologicznie, wtedy spostrzeżeniu Mohr'a należy się siódme miejsce w rzędzie dotychczas ogłoszonych. Spostrzeżenie to odnosi się do 1½-letniego dziecka, które przez pierwszy rok życia rozwijało się zupełnie prawidłowo, następnie jednak poczęło popadać w coraz to większe wynędznienie, do czego się przyłączył zupełny zastój w umysłowym rozwoju. Badanie wykazało wyraźnie objawy krzywicy, prócz tego porażenie spastyczne kończyn tak górnych, jak i dolnych. Obie źrenice średnio rozwarłe leniwo oddziałują na światło. Wziernikiem stwierdził Mohr obustronnie w okolicy plamki żółtej sino-białe ognisko o zatartych granicach, okazujące w środku wiśniowo-czerwoną plamkę. Tarcze nerwu wzrokowego cokolwiek bledsze, naczynia nieco zwężone. Dziecko przyjęte do szpitala zmarło po upływie sześciu tygodni wśród zupełnego wycieńczenia i często powtarzających się drgawek. Badanie pośmiertne mózgu, wykonane przez prof. Preisz'a, dało wynik, streszczający się w następującem rozpoznaniu: *Sclerosis congenitalis praecipue cerebelli, thalami optici, nucleorum cerebri utriusque et corticis praecipue lobi frontalis et parietalis.*

Dr Mohr wyjął zaraz po śmierci dziecka obie gałki i wykonał sam badanie mikroskopowe siatkówki. Badanie to wykryło niewątpliwy obrzęk okolicy plamki żółtej, odnoszący się w głównej mierze do warstwy włókien Henle'go. Włókna tej warstwy były



porozsuwane tak, że tworzyły liczne duże przestwory, wypełnione drobnymi ziarnistościami, zabarwionemi na żółto kwasem pikrynowym. Jakkolwiek zatem obraz wziernikowy żywo przypominał zator tętnicy środkowej, to jednak na podstawie braku zmian właściwych w naczyniach, oraz z powodu, że zmiana wystąpiła równocześnie w obydwu oczach, autor, jeszcze za życia dziecka, wykluczył embolię. Obrzęk siatkówki w okolicy plamki żółtej usiłuje Mohr wytłumaczyć zaburzeniami angioneurotycznemi, mianowicie skurczem tężcowym warstwy mięsnej ścian naczyńiowych, skurczem, który byłby poniekąd równorzędnym z drgawkami ogólnemi, w jakie dziecko przed śmiercią często popadało. Porównując własny przypadek ze wszystkimi dawniej ogłoszonymi, w których objawy kliniczne były też same lub bardzo podobne, określa autor w mowie będącą chorobę w sposób następujący:

1. Wrodzone familijne niedołęstwo połączone ze ślepotą (choroba Sachs'a) jest samodzielną i odrębną jednostką nosologiczną.

2. Główne jej objawy są następujące: Dziecko przychodzi na świat zdrowe i przez kilka pierwszych miesięcy rozwija się prawidłowo. Potem jednak rozwój umysłowy ustaje i dziecko niedołężnieje coraz bardziej, a równocześnie występują porażenia kończyn bądź to wiotkie, bądź też spastyczne. Wzrok stopniowo podupada i wygasa w krótkim czasie zupełnie. W obydwu oczach okolica plamki żółtej przybiera barwę białą, okazując w środku punkt szkarłatno-czerwony. Ten obraz wziernikowy ma dla rozpoznania rozstrzygające znaczenie. Później przychodzi zazwyczaj do zaniku nerwów wzrokowych. Ogólne wycieńczenie wzmagą się ustawicznie i prowadzi, zazwyczaj już przed końcem drugiego roku życia, do zejścia śmiertelnego. Bardzo często więcej dzieci z tej samej rodziny zapada i ginie na tę chorobę.

3. Zmiany anatomiczne: W mózgu bardzo znaczne zubożenie istoty białej co do włókien nerwowych, toż samo w rdzeniu przedłużonym i w rdzeniu pacierzowym, szczególnie w drogach piramidalnych. Zupełny brak lub przynajmniej stan szczątkowy komórek piramidalnych, a w niektórych miejscach zwyrodnienie tłuszczowe; przerost neuroglii. W oku obrzęk plamki żółtej i zanik nerwu wzrokowego.

Dr K. W. Majewski.

*Abryna przeciwko granulacyom (jaglicy).* (De l'abrine dans les granulations). Lapersonne i Painblanc. (»Archiv. d'Ophtalmol.« Sierpień. 1900).

L. i P. poddali abrynę, czynnik istotny środka jęquirity, znaleziony przez Warden'a i Waddel'a, doświadczeniom klinicznym i doszli do następujących wyników. Mianowicie badali działanie

abryny na spojówkę zdrową królika, dalej działanie w jaglicy, oraz zachowanie się surowicy antiabrynowej. Z krótkiego opisu doświadczeń wynika, że wyniki L. i P. nie odbiegają od wyników dawniejszych, a tylko, używając słabego nastoju, nie wywoływali tak gwałtownych odczynów, jak to się zdarzało po podaniu jęquity przez Wecker'a<sup>1)</sup>.

Dr Brudzewski.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcja okulistyczna na XIII kongresie międzynarodowym w Paryżu od 2—9 sierpnia. (C. d.).

II. Drugie posiedzenie pod przewodnictwem Wicherkiewicza.

Menacho z Barcelony mówił o *zaburzeniach ocznych po bezpośrednim patrzeniu na zaćmione słońce w maju 1900*. Na 14 przypadków widział 6 razy scotoma centrale, raz papillitis centralis, 2 razy hyalitis, raz apoplexia maculae, raz neuritis retrobulbaris, raz »lymphangitis anterior«, 2 razy neuritis optica.

Grandclement z Lyonu rozwodzi się nad możliwością wyleczenia wszystkich zachorzeń dróg łzowych bez operacji przez nagniatanie przy pomocy kilkakrotnego kateteryzowania.

G. rozpoczyna leczenie lekkim rozszerzeniem punkciku łzowego, wprowadzeniem sondy nr 1 lub 2, a po wykapaniu oka w słabym roztworze dwusinku rtęci, nagniatą okolicę łzową, podczas gdy chory silnie wdecha, aby wydzielinę wciągnąć do nosa. Nagniatania tego wyucza się chory sam, — a postępowaniem tem można najuporczywsze przypadki katarów łzowych, roztrzeni, przetok i zapaleń naokołoworeczkowych usunąć. Tylko zwiężenia włókniste nie są przystępne leczeniu.

Fage z Amiens: Wyniki elektrolizy w leczeniu zapaleń woreczka łzowego. Elektroliza przez kateteryzowanie skraca leczenie i utrwala je. Dla powstrzymania wydzieliny, trzeba rękoczyn ten powtarzać co 6—8 dni, stosując siłę prądu 6—8 M.-A., później 4—5 M.-A. Zaznaczone przez Lagrange'a działanie prątkobójcze elektrolizy zostało potwierdzone przez badania bakteriologiczne, przeprowadzone przez Fage'a. Anodę przytwierdza się do sondy, katodę zaś na policzek albo też równoimienne nozdrze.

<sup>1)</sup> Porównaj także sprawozd. rozpraw sekcji okulist. XIII. kongresu lek. międzynar. w Paryżu, str. 403.

W rozprawie zaznacza Lagrange, że tylko słabe prądy stosowane być winny, silne bowiem niszczą błonę śluzową, a Fage, zapytany przez Joq's'a, przyznaje, że przy większych guzach worka łzowego postępowania tego nie stosował. —

Lapersonne i Painblau z Lille: Abryna w zapaleniach jaglicowych spojówki i wobec doświadczenia. Lapersonne stawiał sobie trzy pytania, a mianowicie: 1. Jak działa abryna na spojówkę zdrową i jaglicową? 2. Jakie okoliczności sprzyjają lub powstrzymują tejsze działanie i jak stoi sprawa ze surowicą przeciwabrynową? 3. Jakie ma abryna znaczenie lecznicze? Na pytania te daje następujące odpowiedzi. — Co do 1. W zdrowej spojówce królika powstaje naciek leukocytów i przesączenie włóknisto-surowicze. Po 24 godzinach wytwarzają się przy silnem odłączaniu się nabłonka błony rzekome. Na spojówce jaglicowej błony te pojawiają się dopiero drugiego lub nawet trzeciego dnia.

Co do 2. Przez Calmetta podana surowica przeciwabrynowa zmniejsza po stosowaniu tego środka powstałe zapalenie u człowieka, ale tylko w pierwszych godzinach. W 24 godzin po stosowaniu abryny surowica Calmetta nie działa już. Dlatego nie da się surowica ta praktycznie użyć, zwłaszcza, że jej wytwarzanie jest bardzo zmuadne i trudne.

Co do 3. Abryna działa skutecznie przeciw błonie naczyniowej (pannus), prawdopodobnie przez wytworzenie się skrzepów w naczyniach nowoutworzonych. —

Bruch z Algieru mówił o jaglicy w Algierze. Zaznaczając, że wszystkie tamże żyjące rasy cierpieniu temu podlegają, podnosi, iż rozprzestrzenienie geograficzne jednakże jest, jak to na kartach odpowiednich wykazał, bardzo rozmaite, co zależy od higienicznych warunków i od sposobności zarażania się.

Santos-Fernandes z Hawany uprosił Joq's'a o odczytanie swej pracy, dotyczącej: chorób ocznych u Murzynów i Mulatów.

Murzyni okazują znaczną ilość chorób syfilitycznych i zaburzeń, polegających na zatruciach wyskokowych.

Tak samo zachodzą często zachorzenia przyrządów łzowych i krótkowzroczność. Jaglica rzadko tylko pojawia się u Murzynów.

Rozprawa obejmowała trzy poprzednio wygłoszone odczyty, a udział w niej brali między innymi:

Menacho, który uznaje skuteczność jequirity przy zajęciach rogówkowych i przy suchych zajęciach, nie zaś przy mokrych i postaciach połączonych z wydzieliną.

Oswald używał jequitowych namoków, odjałowionych przez gorąco.

Lagrange zapytuje: coby abrynę wyróżniało przed szczot-

kowaniem, z którego skuteczności jest bardzo zadowolonym, nawet przy zajęciach rogówki.

Kuhnt z Królewca stosuje jequirity tylko przeciw błonie naczyńiowej rogówki, gdy przytem spojówka jest soczystą i nabrzmiała. Dla usunięcia jaglicowych nalotów tylko expressor winien być używanym. W ciężkich przypadkach trzeba, chcąc szybko wyleczyć, wyciąć także załamki przejściowe, a niekiedy nawet i chrząstkę.

Bayoumi Fathi z Kairu przemieszcza po wycięciu załamków błonę śluzową ust.

Lapersonne w końcowem przemówieniu przestrzega przed ogrzewaniem namoku jequirity, gdyż przez to alkaloidy zmieniają się (w ciepłocie 60 stopni). Stąd też abryna jest lepszą. Szczotkowanie niszczy spojówkę i wytwarza większe blizny.

Vieusse z Tuluzy: Leczenie ropni jamy czołowej. Omówiwszy najprzód zmienną symptomatologię i rozpoznawanie otoku ropnego jamy czołowej, radzi, tam, gdzie leczenie nosa i kateteryzowanie nie prowadzą do celu, otworzyć przez trepanację przednią ścianę według sposobu Ogston-Luka, który jest także sposobem Kuhnt'a.

Panas radzi, uważając samo kateteryzowanie za niewystarczające, najprzód trepanować, a potem od strony jamy czołowej zakładać kateter, w najtrudniejszych zaś razach usunąć ścianę przednią sposobem Ogston-Luka.

Stanculeanu i Baup z Paryża opracowali temat: bakteriologia otoków jam sąsiednich nosa.

Klinicznie i bakteriologicznie można dwa rodzaje otoków rozróżniać. Jeden z nich z wpływem ropnym, smrodliwym i kilku rodzajami drobnoustroji zwłaszcza bezpowietrznych. Bacillus ramosus, serpens, perfringens etc. powstaje w połączeniu z cierpieniem zębów. Drugi, wychodzący z nosa z wydzieliną śluzową niesmrodliwą, w której się tylko powietrzne znajdują prątki, napotykanne także i w nosie.

Scrini z Paryża pokazuje olejne kolyria eseryny, skopolaminy, pilokarpiny i zaznacza ich wyższość nad wodnemi, polegającą na tem, że się nie rozkładają, a przy stosowaniu nie wywołują nieprzyjemnych wrażeń. Do ich wytwarzania używa się czystych zasad, nie zaś soli.

III. Posiedzenie przed południem, pod przewodnictwem Hirschberg'a, zajęły dwa referaty: o zapaleniu nerwu wzrokowego na podstawie zakaźnej i toksycznej.

a. Uhthoff z Wrocławia omawia *kliniczne objawy włącznie z etiologią, patogenezą i prognozą* i to zapalenia nerwu wzroko-

wego, występującego: I. z zatrucia zewnętrznego (exogene Intoxication) przez 1. nadużywanie nikotyny i wysokoku, 2. przez siarkowodór, 3. arszenik, 4. jodoform, 5. datura stramonium, 6. haszysz, 7. zatrucie ołowiowe, 8. chininę, 9. kwas salicyłowy i sodan salicyłowy, 10. paproć, 11. korę korzenia granatowca, 12. nitrobenzynę i dinitrobenzynę, 13. anilinę, 14. zepsutą kukurudzę, 14. jad żmii. II. ze samokażenia: 1. jelitowego, 2. pochodzenia histogenetycznego, jak diabetes, gościec, uremia, carcinoma, blednica, następstwa ciąży, połogu lub karmienia.

U. dochodzi między innemi do następujących wniosków:

Rozróżniać wypada dwa główne rodzaje zatruc, a mianowicie: a. Ten, przy którym występuje kliniczny obraz częściowego zapalenia nerwu pozagałkowego z środkowem skotoma i prawidłowem polem widzenia obwodowem.

Rokowanie bywa tutaj dobre, sprawa ogranicza się na włókna papillomakularne. Objawy zapalne tarczy są bardzo nieznaczne, jedynie przychodzi do odbarwienia skroniowej połowy tarczy. Zmiany naczyń siatkówkowych należą do rzadkości, tak samo, jak zapalne zmiany naokoło tarczy.

W tej gromadzie wyskok i nikotyna odgrywają pierwsze miejsce, a następnie siarkowodór, arszenik, jodoform i haszysz.

Pomiędzy samozatruciami należą do tejże gromady według wszelkiego prawdopodobieństwa: diabetes, gościec, rak, ciąża, połóg i karmienie.

Wszystkie te zatrucia, z wyjątkiem nikotynowego, połączone bywają ze zapaleniami licznymi obwodowych nerwów.

b. Druga gromada obejmuje zatrucia, których patologiczne zmiany odnoszą się przeważnie do systemu naczyniowego (zwężenie ścian naczyń, zaburzenia krążenia w obrębie nerwu, ischemiczna nekroza), przyczem jednakże i bezpośrednie działanie trucizny na istotę nerwową nie jest bez wpływu.

Pierwowzór pod tym względem przedstawia chinina, potem idą: kwas salicyłowy, filix mas (paprotka samecza), kora korzenia granatowca. Kliniczne objawy tejże gromady różnią się znacznie od poprzedniej. Przebieg jest mniej korzystny, przychodzi przytem do ograniczenia obwodowego pola widzenia i do zmian dna oka.

Zatrucie ołowiowe pośrednie zajmuje stanowisko między pierwszą a drugą gromadą.

Co do zapalnych zmian nerwu wzrokowego pierwszej gromady zaznacza U. z naciskiem przeciw twierdzeniu Nuëla, że pierwotnie przychodzi do śródmiaższowego zapalenia nerwu, a dopiero następnie do zaniku włókien nerwowych. Nadto dodaje U., że, w porównaniu do zakażeń zewnętrznych, samozatrucia stosun-



kowo we wywoływaniu zaburzeń nerwu wzrokowego małą tylko odgrywają rolę, w czym także różni się od zapatrywania Nuëla.

W końcu pobieżnie zastanawia się nad zakaźnem zapaleniem nerwu, to jest po grypie, syfilis, gośccu, małaryi, tyfusie, róży, szkarlatynie, odrze, dyfteryi, polyneuritis, ospie, tyfusie powrotnym, gruźlicy, rzeżączce, tyfusie plamistym, Ber-Beri, gośccu stawowym i wietrznej ospie, a gdy w literaturze dotychczas tylko 221 zaznaczono przypadków, można słusznie wnosić o rzadkości tego zapalenia. Zazwyczaj nie chodzi przytem wprost o zakażenie mikrobami, lecz ich toksynami, dlatego je właśnie tutaj zaliczać wypadałoby. Takowe przebiegają zazwyczaj w postaci papillitis i neuretinitis i kończą się zanikiem.

b. Nuël mówi o patologicznej anatomii i o terapii rzeczonych zapaleń.

W referacie swym przedstawia wynik badania trzech najwięcej znanych postaci, a mianowicie: zapalenia nerwu wzrokowego wskutek zatrucia 1. chininą, 2. kwasem paprociowym i 3. nikotyną i wyskokiem. Najwięcej stosunkowo zajmuje się referent drugą postacią, jako tą, którą łatwo doświadczalnie można wywołać, przy czem dochodzi do wniosku, że trucizna działa w pierwszym rzędzie na włókna nerwowe, a tylko następnie lub w drugim rzędzie na neuroglię. Co do neuritis alcoholo-nicotinica przypuszcza N., że zapalenie to znamionuje się zanikiem włókien makularnych, rozpoczynającym się w obwodzie, a kończącym środkowo. Pomiedzy kanałem wzrokowym a mózgiem wytwarza się obraz następowego zwyrodnienia. W oku samem, a także w kanale wzrokowym w późniejszych okresach napotykamy obraz zapalenia nerwu śródmiaższowego albo przewlekłego miąższowego, ale w początku i ta zmiana jest miąższową, a przerost neuroglii jest tylko następowym.

Nuël dochodzi więc do przekonania, że każda trucizna wywołuje działanie swoiste, że jednak neuritis optica toxica powód swój ma w miąższu nerwu wzrokowego w przeciwstawieniu do zdania tych, którzy ją upatrują w zapaleniu śródmiaższowem. Zdanie dawniejsze, jakoby sprawa ta rozpoczynała się w komórkach zwojowych siatkówki, zarzucił, wobec tego, że przy zatruciu kwasem paprociowym stanowczo zmiany pierwsze w nerwie wzrokowym dają się wykazać, a także z tego względu, iż zanikowi komórek zwojowych w niedowidzeniu wyskokowo-nikotynowem nie można przypisywać ważnej roli z powodu późnych okresów, w jakich go badano. Gdy dla paproci mógł Nuël związek ten udowodnić, wypada dla innych trucizn dalsze przedsięwziąć badania.

Mówiąc o terapii zapalenia nerwu wzrokowego toksycznego, uważa upusty krwi i rtęć jako środki bez znaczenia, wdychanie



amylnitritu tylko w zatruciach chininą daje wyniki skuteczne. Natomiast zachwała obok jodku potasu zastrzykiwania podskórne pilokarpiny i obfite picie wody, mleka, środki moczopędne, względnie także przeciwszczające.

### Rozprawa:

Druault z Paryża: Co do patogenazy niedowidzenia chininowego sądzi, po doświadczeniach, na zwierzętach wykonanych, że chodzi przytem o zwyrodnienie komórek zwojowych siatkówki, jako skutek bezpośredniego działania trucizny, nie zaś jako następstwo zwężenia naczyń, za czem dwie przemawiają okoliczności: 1. Zwyrodnienie omija środek siatkówki, czego nie można wytłómaczyć stosunkami naczyniowymi. 2. Gdy chininę podajemy w 5—6 dni po przecięciu nerwu wzrokowego poza miejscem wstąpienia naczyń, zatrucie albo wcale nie, albo tylko bardzo nieznacznie objawia się w komórkach zwojowych, mimo, że zwężenie naczyń tak przedtem jak i potem nie zmienia się.

Santos-Fernandes z Hawany omawia niezwykłą postać niedowidzenia wskutek obwodowego zapalenia nerwu, spostrzeganą podczas ostatniej wojny na Kubie; że zaś w odnośnych przypadkach mógł wykluczyć nadużycie wyskoku, przeto sądzi, że zapalenie to spowodowane było nędzą wojenną.

Dor z Lyonu przytacza przypadek neuritis optica bilateralis po zapaleniu gruczołu przyusznego, która to neuritis w przeciwstawieniu do zwykle dobrego przebiegu przy tej chorobie zakaźnej przeszła w zupełny zanik nerwu i zaniewidzenie.

Sourdille z Nantes podaje wyniki anatomicznego badania, które stwierdziło: 1. w przypadku neuritis optica po zakażeniu streptokokami zanik włókien nerwowych i neuroglii.

2. W przypadku niedowidzenia wysokowego zanik włókien nerwowych wyłącznie w osiowej części tylnego odcinka nerwu; 15 mm. poza gałką zmian tych zupełnie wykazać nie było można. Wobec tego S. przeciwny jest odnoszeniu niedowidzenia tego rodzaju do siatkówki. Według jego mikroskopowych badań, zwyrodnienie wychodzi od naczyń włosowatych przegrodowych, przedstawiających obraz endovasculitis obliterans.

Rochon-Duvigneaud z Paryża spostrzegał przypadek pozornego pozagałkowego zapalenia nerwu ze zanikiem w ostatnich dniach życia u osoby, dotkniętej rakiem. Oględziny lekarskie nie wykazały żadnej zmiany ani w siatkówce, ani w nerwie, ani w chiasma, lub pasmie nerwów, — makroskopijnie nie było jej także w mózgu. Refleks źreniczny istniał, ale osłabiony, a R. sądzi, że chodziło w danym przypadku o niedokrewność ośrodka nerwu wzrokowego.

Parinaud z Paryża sądzi, że zapalenia nerwu wzrokowego ze zatrucia są pochodzenia środkowego, że przychodzi do napojenia trucizną przyrzędu ośrodkowego, a w następstwie do zaniku.

Darier sądzi, że okoliczności uspasabiające, jak zmartwienie, znużenie, ważną przytem odgrywają rolę. —

W końcowem przemówieniu odpowiada Nuël na uwagi Parinauda, że troficznym ośrodkiem nerwu jest siatkówka i dlatego nie można przyjąć schorzenia stępującego. Wobec zarzutu zaś, czynionego mu skądinąd, jakoby z doświadczeń na zwierzętach wnioski przenosił na ludzi, zaznacza, że ludzką patologię zawsze uwzględnia, ale chcąc poznać chorobę w jej początkach, trzeba się uciec do doświadczeń na zwierzętach. C. d. n.

---

#### IV. ROZMAITOŚCI.

---

Nagroda Graefe'go za najlepsze prace, pojawiające w „Archiwie“ Graefe'go w czasie ubiegłych trzech lat, przyznaną została do połowy prof. Hess'owi w Wyreburgu za jego prace z dziedziny nauki o akomodacyi i prof. Bernheimer'owi w Insbruku za badania, dotyczące jąder nerwów ruchowych gałki.

---

Nowe czasopismo okulistyczne hiszpańskie, pod tytułem „Cronica oftalmologica Hispano-Americana“, wychodzić będzie od stycznia przyszłego roku staraniem Drów Santos Fernandes'a z Hawany, Demichieri'ego z Montevideo i M. Menacho z Barcelony.

---

#### V. SPRAWY OSOBOWE.

---

Dr G. Lodato habilitował się dla oftalmologii w Palermo.

Doc. Dr Oeller z Mnichowy powołany na prof. okulistyki do Erlangi.

Dr Westcott mianowany nadzwyczajnym profesorem okulistyki w Chicago.

Wykłady okulistyczne w Kazaniu powierzono czasowo Docentowi Jegorow'owi, klinikę zaś okulistyczną Doc. Agabakow'owi w miejsce prof. Adamiuka.

---