

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBUŁSKIEGO, 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.

Grudzień

· 3 · ROCZNIK DRUGI · 3 ·

1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przyczynek do kazuistyki wągów ciała szklistego, oraz kilka uwag, dotyczących rozpoznania i operacji tychże.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W ciągu prawie ćwierćwiekowej praktyki okulistycznej na przeszło 100.000 chorych, których badać miałem sposobność, dwa razy tylko udało mi się stwierdzić z całą pewnością obecność wągra we wnętrzu gałki. Pierwszy przed 21 laty spostrzegany przypadek dotyczył 20letniego Izraelity, o którym wspominałem na posiedzeniu wydziału lekarskiego poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Był to wągr podsiatkówkowy. Chory wtenczas operacji poddać się nie chciał i nie umiem też powiedzieć, jaki go później los spotkał. Wzrok oka dotkniętego, o ile sobie przypominam, był obniżony tak dalece, że chory, przy stosownie ograniczonym polu widzenia, tylko palce na kilka stóp rozpoznawał.

W dziesięć lat później nadarzyła mi się sposobność dokładnego spostrzegania drugiego przypadku, tym razem atoli

wągr usadowił się w ciele szklistem. I ten przypadek także przedstawiłem w rzezonem Towarzystwie d. 24. maja 1889 r.

Gdy od tego czasu nie miałem sposobności do kazuistyki wągrów dorzucić żadnego nowego przypadku, a w pracach, tego przedmiotu dotyczących, pomija się zwykle ów przeze mnie spostrzegany, gdy dalej o nim też tylko bardzo pobieżna znajduje się wzmianka w »Przeglądzie Lekarskim« z r. 1889, postanowiłem był już wówczas, gdy w »Postępie« drukowaliśmy pracę Dra J. Talki, dołączyć także krótki opis mego dotychczas drukiem nieogłoszonego przypadku. Zniewolony byłem atoli od zamiaru tego odstąpić, nie mając na razie książek protokołowych z czasów mej działalności w Poznaniu pod ręką, a później nadto stosownego czasu wolnego. —

Pragnąc atoli, by wobec wyczerpującej ten przedmiot pracy Dra J. Talki mój przypadek, pod wielu względami ciekawy, stanowić mógł uzupełniającą cegiełkę do dzieła statystycznego szanownego, tak skrzętnie pracującego na niwie okulistycznej weterana, — cegiełkę do dzieła i ciekawego i w skutkach ze względu na higienę a także ogólną patologię, a dalej na rozpoznanie oczne ważnego, — postanowiłem zestawić całokształt ze zapisków luźnych, przechowanych w mych papierach.

Otóż wynik tego przedsięwzięcia:

Engelmann Helena, żona murarza, 36letnia, przybyła do mej lecznicy w Poznaniu w r. 1889 dnia 15 maja, podając, co następuje:

Dawniej zawsze dobrze widziała, na oczy nie chorowała, chorób ogólnych także nie przechodziła.

Przed dwoma tygodniami zaczęło jej się zaćmiewać prawe oko, i to rzekomo po silnym bólu głowy.

Badanie wykazało: Zewnętrznie oba oczy nie przedstawiają zmian, tylko prawa źrenica nieco szersza i mniej na światło wrażliwa. Wzrok pr. o. = palce na 3 mtr. Hp. 3. Pole widzenia znacznie ograniczone, ekscentryczny stanowi owal, mniej więcej 40° szeroki. L. o. = $\frac{6}{8}$. Napięcie obu gałek prawidłowe.

Wziernikiem widać dość znaczne punkcikowate w siatkę

ujęte zaćmienie ciała szklistego. Po przez zaćmienie rozpoznać można wypukłość szarą szerokości trzech tarczy, wśród której, czy też za nią rozpoznaje się coś białego, okrągłego, o średnicy półtorej tarczy.

Gdy po atropinie źrenica rozszerzyła się dość znacznie i równomiernie, rozpoznać mogłem najprzód drobnopyłkowe zaćmienie soczewki przeważnie w obwodzie. Jużto wskutek tych zaćmień, więcej jednak dla zaćmień ciała szklistego, części głębiej położone niewyraźnie się przedstawiały.

Przez ponowne i dłuższe badanie doszedłem atoli do następującego wyniku:

Dołem po stronie nosa widać bąbel o granicach ściśle określonych, jasno-zielonkowaty. Czasami powierzchnia pęcherza faluje. Falowania te bywają niekiedy nagłe i silne, a po dłuższem cierpliwem wpatrywaniu się, dostrzega się czasami głowę węża z poza bąbla wysuwającą się, i to głównie ku zewnątrz, to jest ku skroni. Pęcherz ten zakrywa zupełnie tarcz, a tylko główne środkowe naczynia wychylają się z poza niego.

Dnia 24/V. zapisałem do protokołu, co następuje: Wzrok obniżył się jeszcze więcej, gdyż chora rozpoznaje już tylko ruchy ręki, a projekcyja od strony nosa znacznie ograniczona.

Wziernikiem widać znaczniejsze zaćmienia ciała szklistego, bąbel jak dawniej widoczny, a gdy czasami usuwa się więcej na bok w stronę ucha, widać na siatkówce pomiędzy tarczą a ora serrata białą, nierównomiernie okrągłą plamę średnicy $\frac{3}{4}$ tarczy. Główką kilka razy to na wewnątrz, to zewnątrz się wysuwa.

Wobec niewątpliwego rozpoznania węża w ciele szklistem postanowiłem przystąpić do operacji, która, lubo wielce trudna, jedynie mogła oswobodzić chorą od gościa i ocalić jej oko.

Rękoczyn wykonałem, w obecności kilku kolegów, po kilkakrotnem zapuszczeniu kokainy w następujący sposób: W oddaleniu 8—10 mm. od brzegu rogówkowego nacięcie spojówki pomiędzy mięśniem prostym dolnym a wewnętrznym; w okolicy równika zrobiono pomiędzy dwoma ostrymi haczykami wkłutymi w twardówkę, którymi asystent lekko twardówkę unosił,

nożem Graefowskim kilka mm. długie cięcie południkowe stopniowo przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, poczem pokazało się ciało szkliste, zrazu zwodnione, następnie czyste, a dopiero po wprowadzeniu szczypczyków udało się wydobyć wągra, to jest główkę, gdyż pęcherz sam pękł. Ubytek ciała szklistego był bardzo nieznaczny. Spojówkę nad raną zeszyto kilku szwami. We wydobytej części było można rozpoznać z 4 przysawkami i wzgórkami główkę, a także i haczyki pasożyta.

Przebieg pooperacyjny był dobry, a już po czterech dniach uwolniono chorą zupełnie od opaski. W czasie gojenia się pooperacyjnego stwierdzono lekkie nabrzmienie spojówki, które po kilku dniach ustąpiło zupełnie, pozostawiając od strony nosa słabe tylko przekrwienie.

Badając dnia 1/VI. po raz pierwszy, znowu wziernikiem stwierdziłem od strony nosa i górą większe zaćmienie ciała szklistego. Z powodu zmętnień ogólnych, nie widać szczegółów dna oka. Miejsce założonych nitek nieco wypukłe. T. — $1/2$.

Dnia 3/VI. badając szczegółowo wziernikiem powtórnie, zdołałem rozpoznać wśród ogólnych zmętnień większe zaćmienie płaskie, nieruchome, jakoby część pęcherza wągra zwiniętego, umiejscowionego wewnątrz, nieco ku górze.

Wzrok nie podniósł się, chora rozpoznawała tylko światło i to od dołu zewnątrz i od góry wewnątrz.

Napięcie, poprzednio nieco obniżone, stało się prawidłowem.

Dla zmniejszenia zaćmień ciała szklistego, poleciłem wykonywanie zastrzykiwań pilokarpiny podskórnice.

Po dziesięciu zastrzyknięciach zaćmienia ciała szklistego zmniejszyły się rzeczywiście o tyle, że można było teraz lepiej jeszcze rozpoznać szczegóły, a mianowicie pozostała ściana bąbla, po przez którego strzępki widać było naczynia siatkówkowe w prawidłowym przebiegu, atoli siatkówkę samą i tarcz w grubej tylko widać było mgłę, która jednak dozwoliła rozpoznać w siatkówce dwa wynaczynienia górą wewnątrz.

Zresztą żadnej innej zmiany nie dało się stwierdzić, ani co do wyglądu oka, ani też pod względem czynnościowym tegoż. Dolegliwości chora nie doznawała żadnych.

Dnia 17/VI. chora zniewoloną była powrócić do domu i dostawszy jeszcze kj. przepisane, przedstawiała się od czasu do czasu. Wskutek tego mogłem później przekonać się, że wzrok nie poprawiał się, a nawet oko stawało się po pół roku większe, ciało szkliste nie uległo dalszemu wyjaśnieniu, natomiast, prawdopodobnie wskutek ciągnięcia włóknisto skupionego ciała, wytwarzało się od dołu wewnątrz odczepienie siatkówki płaskie, trudne do stwierdzenia dlatego, iż zaćmienie ciała szklistego w znaczniejszej części siatkówkę zasłaniało.

Nie pomnę dokładnie, kiedy po raz ostatni chorą widziałem, ale to nie ulega żadnej wątpliwości, że co najmniej w dwa lata po operacyi; stan zaś oka wówczas nie był odmiennym od tego, jaki codopiero opisałem.

Operacya więc, lubo bardzo utrudniona, udała się, nie mogła jednak mieć co do wzroku skutków, gdy zbyt silne wytworzyły się były zaćmienia ciała szklistego z następnymi zmianami oka. Dr J. Talko w przytoczonej swej pracy mylnie nazywa na str. 165 »Postępu Okulistycznego« z b. r. przypadek mój wągrzem podsiatkówkowym. W chwili operacyi był on niewątpliwie wągrzem ciała szklistego, a jako taki o wiele trudniejszym do usunięcia od wągra podsiatkówkowego. Miejsce przebicia się przez siatkówkę znaczyło się ową białą plamą na tle siatkówki, o której wyżej wspomniałem.

Nie będę się rozwodził szczegółowo nad kazuistyką wągrów w poszczególnych częściach oka, bo wyręczyli mnie pod tym względem pp. Dr J. Talko w obszernej swej pracy o wągrze w Polsce, a także inni autorowie o tym przedmiocie piszący, jak Sroczyński w 1890, Bałłaban w r. 1898¹⁾.

Nie od rzeczy może będzie kilka słów dorzucić w sprawie rozpoznawania wągra w tylnym odcinku gałki.

Jak wiadomo, dostają się wągry, pierwotwory tasiemców, drogą krążenia do rozmaitych części naszego ustroju, usadwiają się zaś w gałce samej, jużto na tęczy, jużto w naczyniówce lub też w siatkówce. W pierwszym przypadku wągr

¹⁾ Przegląd Lekarski.

rozwijają się ze swoim pęcherzem w przedniej komórce, ze siatkówki rozwijają się do ciała szklanego, a usadowiwszy się w naczyniówce, rozwijając się powoli, siatkówkę odzepia albo po jej pęknięciu do ciała szklanego przedostaje się.

Przedstawia on pęcherzyk o ścianach przezroczystych, ściągających, z pęcherzyka sterczy szyja, utrzymująca głowę, opatrzoną przysawkami i wzgórkami, najeżonymi rzędami haczykowatych kolców.

Rozpoznanie wnętrznika tego, gdy się znajduje w przedniej komórce, bardzo jest łatwym i dlatego nad tem nie będziemy się bliżej zastanawiać. Natomiast napotyka ono na pewne trudności, gdy mamy do czynienia z wnętrznikiem ciała szklanego lub też podsiatkówkowym.

Przy wągrach ciała szklanego widzimy postać kulistą, o ściśle określonych granicach, pęcherz ten robi, niezależnie od ruchów gałki, mniej więcej szybkie faliste poruszenia, które atoli mogą i nie występować w razie obumarcia wnętrznika. Czasami w jednym lub drugim kierunku wysuwa się szyja wnętrznika, charakterystyczną głową rotacyjnie robiąc rzuty: wtenczas naturalnie rozpoznanie węgry najmniejszej już uleżyć nie może wątpliwości, jak to miało miejsce w moim właśnie przypadku.

Na pęcherzyku samym, jeżeli wągr dłużej gości, pokazują się plamki, jak przy *iritis serosa* na błonie Descemet'a.

Przy ruchach pęcherza pole oftalmoskopijne mniej lub więcej zostaje zasłonięte. Obok tych objawów, dotyczących samego wnętrznika, można także na samem dnie oka niektóre znamionujące spostrzedz znaki. I tak w siatkówce widać plamę jasno świecąca, okrągłą, jest to miejsce wejścia wnętrznika, w otoczeniu tejże znajdują się niekiedy plamki ciemne, drobniejsze, które, według Becker'a, odpowiadają tym miejscom, przez które wnętrznik usiłował wydostać się, ale tego nie mógł dokazać.

Wecker w jednym przypadku zauważył naokoło owej jasnej plamki rozdartą siatkówkę, poruszającą się w drobnych

strzępkach. Niekiedy spostrzedz można nitki, łączące pęcherz z siatkówką, do której wągr poprzednio był przyrośnięty.

Wszystkie te znamiona uwydatniają się jaśniej, pewniej, skoro przypadek jest świeży, a zatem wkrótce po jego przedostaniu się do c. szklistego. Później bowiem, z powodu tworzących się zaćmień ciała szklistego, dokładne badanie staje się utrudnionem i objawy powyższe występują mniej dokładnie.

Rozmiary wągra w ciele szklistem mogą przedstawiać się rozmaicie, a stosownie do tego, czy wągr znajduje się niedaleko soczewki lub też w odleglejszej od tejże stronie.

Skoro wągr, znajdując się na naczyniówce, siatkówkę podnosi, natenczas dopuszczalną byłaby wątpliwość co do rodzaju objawu oftalmoskopijnego. Wątpliwość tę jednakże rozprószy my niebawem, uprzytomniając sobie, że odczepienie siatkówki urazowe lub samoistne nie ma nigdy tej postaci ściśle okrągłej, jaka się przedstawia przy odczepieniu siatkówki przez wągra. W późniejszym naturalnie okresie obok odczepienia pierwotnego, spowodowanego wzniesieniem się pęcherza, rozwinać się może odczepienie wysiękowe, wywołane obecnością wągra, t. j. ciała obcego, a wtedy postać jego już nie będzie tak znamionującą, ale zawsze jeszcze pewna sprężystość pęcherza, falowanie tegoż, które się i siatkówce udzieli, a niekiedy i dostrzeżenie głowy, jako miejsca jaśniejszego ściśle okrągłego, ułatwi nam nieco rozpoznanie różniczkowe.

Objawy podmiotowe, wywołane obecnością wągra w oku, zależą przedewszystkiem od miejsca, gdzie wnętrznik się usadowił.

Dopóki wnętrznik rozwija się pod siatkówką, powstać mogą zrazu objawy, odpowiadające podrażnieniu siatkówki wyprężanej, później, gdy ona w większych rozmiarach się odczepi, przychodzi do upośledzenia wzroku z ograniczeniem pola, odpowiadającym siedlisku wągra. Najszybsze jednak obniżenie wzroku nastąpi, gdy okolica samej żółtej plamki będzie zajęta.

Wągr w ciele szklistem działa jako ciało obce, a wytwarzając zaćmienia ciała szklistego, już tem obniża wzrok i objawom podmiotowym daje podstawę, ale nadto, zasłaniając siat-

kówkę, zaburzenia stosowne wzrokowe wywołuje, nad czem zbytecznie byłoby tutaj się rozwodzić.

W dalszem następstwie widzimy powstające zapalenia tęczówko-naczyniówkowe, które z czasem doprowadzają do zaniku gałki; jednakże zejście to nie zawsze szybko występuje, ale raczej poprzedzają je często powtarzające się objawy jaskry następowej. Nawet drugie oko nie jest wolne od ujemnego wpływu pod względem sympatycznego podrażnienia; sympatyczne zajęcie zwykło jednak wtenczas dopiero pojawiać się, gdy wewnątrzniak przez wsteczne przemiany uległ zwapnieniu.

Zresztą wśródoczny wągr, według Schmidt-Rimpler'a¹⁾, nigdy prawdziwego zapalenia sympatycznego nie wywołuje, tylko podrażnienie sympatyczne, a do tego przekonania dochodzi także w ostatnich czasach de Bernardinis z kliniki prof. de Vincentiis w Neapolu²⁾.

Objawy wspólne wągrom, w rozmaitych częściach gałki umiejscowionym, są następujące:

Ból w oku i rwanie w okolicy nadoczołowej. Niekiedy zauważamy równocześnie u chorych, dotkniętych wągrem w oku, zawroty, bezsenność, osłabienie ogólne i t. p. objawy, które nie mogą chyba być wywołane gościem ocznym, ale przemawiają raczej za obecnością takichże towarzyszy w rozmaitych częściach mózgu.

Zachodzi pytanie, w jakim czasie wszystkie powyżej przytoczone zmiany zwykle się odgrywają? Jak długo gość ten niepożądany w oku przebywać może bez zdradzenia swojej obecności? Otóż zdaje się, że zazwyczaj dwumiesięczny pobyt węgry w oku doprowadza do takich zmian, które wielce stają się dla całości oka niebezpieczne, najpóźniej zaś w ciągu roku sprawy te zapalne kończą się utratą wzroku lub gałki.

Wprawdzie Teale³⁾ podał przypadek, gdzie wągr podczas 2 lat nie wywołał znacznych zmian, i gdzie można było

1) Zeitschrift f. Augeneheilkunde. T. IV. Z. 2.

2) Contributo anatomo-patologico e clinico su'cisticerchi endoculari. Annali di ottalm., fas. 3—4. 1899.

3) Ophth. Hosp. Rep. V, p. 310.

przypuszczać, że początek pobytu dalszej sięgał chwili, aniżeli ta, w której wzrok zaczął słabnąć, ale co do ścisłości spostrzegania wolno mieć pewne wątpliwości.

Ze względu na niebezpieczeństwo, grożące oku przez wewnątrzniaka, starano się wcześniej o usunięcie złych skutków przez najspieszniejsze usunięcie wągra, myśl zaś, jakoby, czyto przez przesylenie organizmu całego środkami przeciworobakowymi, czy też przez wpuszczanie tychże do oka, można działać zabijająco na wewnątrzniaka, okazała się niepłodną i dlatego wkrótce zaniechaną została.

Jedynie więc operacya, zmierzająca do usunięcia nieproszonego gościa, ma właściwe uzasadnienie.

Wecker przemawia za nakłuciem wągra za pomocą zegadła galwanicznego, mając przedewszystkiem na uwadze zadanie, ażeby uniknąć ubytku ciała szklistego, którego jednak, jak się przekonamy, uniknąć można i przy innych rękoczynach.

Dziś, kiedy jesteśmy w możności wysadzenia gałki przez stosowanie znieczulenia sposobem Schleich'a¹⁾, dalej, kiedy kokaina obniża nam znacznie napięcie gałki, uda nam się łatwiej wydobyć wągra po dokładnem zlokalizowaniu jego siedliska.

W każdym razie najważniejszą sprawą jest właśnie oznaczenie miejsca usadowienia się wewnątrzniaka. Alfred Graefe głównie w tym celu odpowiedni zbudował wziernik, który nazywał *Lokalisierungsophthalmoskop*²⁾.

W tym także celu dopomaga sobie z powodzeniem Stoelting, wprowadzając poprzednio do gałki igły³⁾.

Że rodzaj cięcia i sposób prowadzenia go ważną dla powodzenia zabiegu odgrywa rolę, nie potrzeba chyba dodawać, a cięcie południkowe, pierwotnie przez Arlt'a dla wydobywania ciał obcych z gałki wprowadzone⁴⁾, daje nam pewność, że

¹⁾ Por. pracę Dra J. Talki. »Postęp Okulistyczny«. 1900, str. 173.

²⁾ Archiv f. Augenheilkunde. T. XXVIII, p. 196.

³⁾ Beitrag zur Lehre von der Extraction intraocularer Cysticerken. Berl. klinische Wochenschrift. 1889. Nr. 42.

⁴⁾ Graefe-Saemisch. T. III, p. 394.

brzezi rany łatwiej przylegają, a omijamy przytem skutecznie przecięcia poprzecznego naczyń.

Dokładnie zatem powiadomiwszy się o miejscu, w którym cięcie twardówki powinno być zrobione, naznaczamy je chińską barwą, poczem twardówkę obnażamy przez przecięcie spojówki i podspojówki i robimy nakłucie południkowe 8 mm. długie, już to przecinając twardówkę aż do naczyńki stopniowo, już to przecinając ją od razu nożykiem Graefowskim, ostrzem ku sobie zwróconem, po zrobieniu wkłucia, a stosownie dalej wykłucia.

Przy wągrach podsiatkówkowych cięcie to powinno być robione bardzo wolno, aby nie spowodować otwarcia przestworu tylnego gałki. Przy wągrach, w ciele szklistem zawartych, polecam postępowanie, którem posłużyłem się w przypadku powyżej opisanym.

Postępowanie to bowiem umożliwia prawie zupełne omińnięcie ubytku ciała szklistego.

Wyniki operacyi przy wągrach, zawartych w tylnym odcinku oka, są bardzo względne co do wzroku i co do zachowania gałki. Lubo Graefe podaje, iż w kilku przypadkach wągra podsiatkówkowego udało mu się zachować wzrok, to słusznie zauważa Wecker, iż chwilowy wynik może się znacznie różnić od późniejszego. Jeżeli już w przypadkach wągra podsiatkówkowego wynik pod względem wzroku nie zawsze jest pewny, to daleko mniej korzystnie przedstawia się rzecz przy wągrach ciała szklistego.

Tu bowiem już sama obecność wnętrznika powoduje zmiany, niedające się później usunąć, a nadto wydobywanie wągra, chociażby od razu szczęśliwie uchwyconego, nie może się obyć bez znacznego skaleczenia ciała szklistego, nie mówiąc już wcale o ubytku tegoż. Daleko zaś niebezpieczniejszym i w następstwach przykrym będzie rękoczyn, jeżeli wągr z siatkówką był zrośnięty, bo albo odczepienie tej błony, albo następce wskutek podrażnienia przy oderwaniu wągra zapalenie tej błony da się niechybnie we znaki. Z tego to więc wynika, że rokowania nasze co do wzroku powinniśmy stawiać bardzo

ogłędnie, a niewątpliwie już wiele osiągniemy, jeśli przez wydobycie wągra zachowamy oku prawidłową postać, uchronimy od długotrwałych zapaleń, a nawet od sympatycznego zajęcia drugiego oka.

Wyniki operacji wągrów, chociaż udanych, nie bywają świetne pod względem przywrócenia, względnie zachowania wzroku, a nie zadawałniały one nawet genialnego Graefe'go, który tak niedostateczne osiągał skutki, że jeden z jego uczni i były asystent, prof. Hirschberg, tak się w tej mierze wyraża¹⁾: »A. v. Graefe, dem wir diese kühne Encheirese (wydobycie wągra z ciała szklistego) verdanken, hat unter mehr als 20 Operationen wohl nur einmal eine leidliche Sehkraft erzielt. Bei mehreren seiner Operirten aber sah ich Zustaende, welche eine sympathische Bedrohung des zweiten Auges bedeuten«, — a dalej, omówiwszy własne niekorzystne wyniki z kilku operacji, dodaje: »ich halte es für weit sicherer, unter solchen Umstaenden die Erblindung des befallenen Augapfels, oder den Beginn des Reizzustandes abzuwarten, um dann sofort zur Enucleation zu schreiten, und glaube, dass wir es vorläufig unterlassen koennen, mit einer Extraction des Cysticercus, wenigstens aus der Tiefe des Glaskoerpers unsere Sporen zu verdienen«.

Pojmuję pesymistyczne zapatrywanie autora wobec niekorzystnych wyników i własnych i wielkiego swego a także naszego mistrza, — ale technika postępuje, rozpoznanie przy większej naszej wprawie wziernikowania wcześniej może nastąpić, — a uwzględniając jedno i drugie, przecie można się spodziewać, że niejedno oko nie tylko przez zręczną operację zachowa przynajmniej wygląd prawidłowy, ale, że i część wzroku zachowaną być może.

Do tego nasze zabiegi dążyć powinny.

¹⁾ Graefe'go Arch. f. Ophthalm. T. XXII, str. 147.

2. Przypadek wągra podsiatkówkowego (?¹).

Podał

DR P. WADZYŃSKI,
okręgowy okulista z Wilna.

Nowobraniec B. S., 24letni mężczyzna, dopiero za trzecim razem przyjęty do służby wojskowej (pierwsze dwa lata nie przyjmowano go ze względu na niedostateczny wymiar piersi), został przysłany komisji do ujazdowskiego szpitala 11/VI. r. 1893; pochodził z tambowskiej guberni, kirsanowskiego powiatu, analfabeta, z zawodu rolnik.

Badanie oczu wykazało: Bez szkieł V. o. d. = $\frac{3}{200}$, szkła wzroku nie polepszają; V. o. s. = $\frac{20}{100}$. M. $\frac{1}{15}$, ze szklami V. = $\frac{20}{30}$.

	Pole widzenia.	O. prawe.	O. lewe.
Na prawem oku na ze-	górá	50.	52.
wnątrz pomiędzy 20—	dołem	55.	53.
30° nieznaczna prze-	zewn.	70.	75.
rwa w polu widzenia.	wewn.	42.	60.

Spojówka powiek obydwóch ocz zdrowa. Obydwie tarcze cokolwiek postaci owalnej, na zewnętrznej stronie posiadały okresowo powiększające się garbce w $\frac{1}{2}$ D., dno prawego oka w stanie przekrwienia. Wszystko, co następuje poniżej, odnosi się do prawego oka. Napięcie gałki ocznej jak gdyby mniejsze, aniżeli lewej. Rogówka i soczewka widzialnych chorobowych zmian nie przedstawiają. W ciele szklistem pływa znaczna ilość szarawobiałych kłaczek rozmaitej wielkości, niektóre zaledwie są widzialne, niektóre znów pod postacią ciemnych nitek i kulek swobodnie pływają w ciele, co najlepiej uwidacznia się przy ruchach ocz. Oprócz tego mieszczą się w ciele szklistem znaczne nieruchome męty pod postacią półprzezroczystych, a w nie-

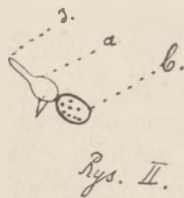
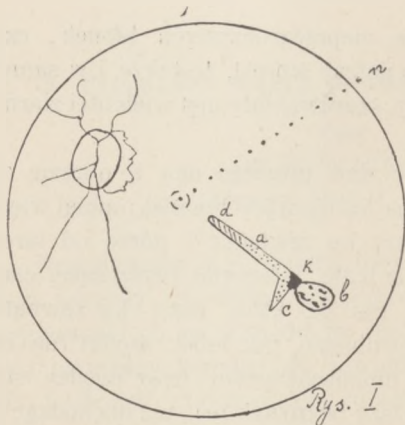
¹) Tłómaczenie (p. »Postęp Okulistyczny«, 1900. Str. 182).

których miejscach zupełnie nieprzezroczystych błonek, czyli prążków. Gdy nowobraniec patrzy wprost, to także i w samym środku widzieć się daje stały, szarawobiały męt wielkości ziarnka konopi.

Wziernikując uważnie dno prawego oka w obrazie odwrotnym, spostrzegać można następujący rysunek: mniej więcej w odległości 2 średnic tarczy ku zewnątrz i gorze od tarczy n. wzrok. mieści się zupełnie białe, cokolwiek błyszczące, ciało, podobne do wyrostka (na rys. *a*), które bieży ku zewnątrz, tworząc na swym końcu zgrubienie, jak łebek szpilki (na rys. *b*); zgrubienie jak gdyby umiejscowionem było między siatkówką i naczyniówką. Dłuższy wyrostek (*a*), nie dochodząc do zgrubienia mniej więcej na odległość $\frac{1}{2}$ średnicy tarczy nerwu wzrokowego, daje takiejże barwy, lecz cokolwiek cieńszy, drugi wyrostek (*c*) ku dołowi (w obrazie odwrotnym). Długość pierwszego wyrostka równała się $2\frac{1}{2}$ —3 średnicom tarczy, długość mniejszego wynosiła $\frac{1}{4}$ część pierwszego. Jak pierwszy, tak i drugi wyrostek krzywizn nie tworzył. Miejsce, w którym dłuższy wyrostek sąsiaduje ze zgrubieniem (na rys. *k*), wyjątkowo błyszczy. Zgrubienie owo posiadało postać gruszki, szerszą połową będąc zwrócone w lewą stronę, węższą zaś — w dalszym ciągu łączącą się z długim wyrostkiem — w stronę tarczy nerwu wzrokowego. Barwę zgrubienia trudno dokładnie określić, ponieważ — jakem zauważył wyżej — mieściło się ono pomiędzy siatkówką i naczyniówką, biorąc najprawdopodobniej początek swój z tej ostatniej, gdyż niemal całkowicie pokryte było czarnym barwikiem. Zdawało się, jak gdyby obydwie wyrostki znajdowały się przed siatkówką, być może nawet w ciele szklistem. Z lekka pod nimi podniesiona siatkówka — jak gdyby odklejona. Plamką żółta znajduje się prawie pośrodku między tarczą a końcem dużego wyrostka (*d*), nic osobliwego nie przedstawiając.

Rysunek w obrazie odwrotnym mniej więcej taki:

Przy dłuższem i uważnem wziernikowaniu owych dwu wyrostków pewnego razu zauważyłem skurcz dużego wyrostka na podobieństwo fig. II.



Na zasadzie powyższych danych skłonny byłem do przypuszczenia, iż mam do czynienia z podsiatkówkowym wągrem. Przypadek niniejszy przedstawiałem wielu wileńskim kolegom, którzy też rozpoznanie moje potwierdzili. Drukiem ogłaszam go po raz pierwszy, komunikatu w żadnym towarzystwie lekarskim nie robiłem.

(Przetłómaczył z rosyjskiego rękopisu *Dr Włodz. Talko*).

Na ponownie objawione życzenie Dra Talki (ojca) umieściliśmy powyższy opis rzekomego wagra, a zachęteni przez tegoż kolegę, dołączamy kilka uwag od siebie.

Tłómaczenie zjawisk w danym przypadku niełatwe, to też szan. autor słusznie w tłómaczeniu tychże objawia pewną powściągliwość. Anamneza nie dała, zdaje się, żadnych wskazówek co do powstawania zmian ocznych. Znaczne męty ciała szklistego musiały chyba wziernikowanie utrudniać, a z tegoż powodu zaniechano niezawodnie oznaczyć stan refrakcyi w rozmaitych częściach dna oka, co by przez lokalizowanie widzianych zmian było mogło ułatwić rozpoznanie. W każdym razie, wobec nie dość jasnego obrazu wziernikowego, nie możemy sobie wyrobić ściśłego wyobrażenia o stanie rzeczy. Naszem jednak zdaniem przedstawiały prawdopodobnie owe wyrostki ściślejsze, zwyrodnienia włókniste ciała szklistego, dające powód do odczepienia siatkówki, konfiguracją zaś swą, jak to niekiedy bywa, do złudzeń optycznych. Do owego jednorazowego ruchu wyrostka, jako możliwie ruchu biernego, nie przywiązujemy wielkiej wagi.

Wicherkienicz.

3. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

Dokończenie.

Potrącając sprawę uwięzienia błon i istoty mózgowej w jamie oczodołowej, nie można nie wspomnieć o badaniu anatomico-patologicznem, dokonanem przez Dra E. Krueckman'a w Lipsku, na pewnym preparacie, który się składał z dolnej części gałki i zawartości oczodołowej 7letniej dziewczynki. Po szczegółowem zbadaniu tego okazu, autor przyszedł do wniosku, że we wnętrzu gałki znajdowała się odsznurowana pewna część mózgu, w niej bowiem były zawarte składniki, podobne do tkanki mózgowej i neuroglii, a także do budowy iniekich błon mózgowych. Odsznurowanie tu miało miejsce nie tylko w gałce ocznej, lecz i daleko poza nią, w t zw. Verbindungstrang, który widzialny był obok n. wzrokowego, wchodząc do gałki przez twardówkę. Nastąpiło to w okresie, gdy szpara płodowa oka nie była jeszcze zamkniętą. Była to więc *meningoencephalocèle bulbi*, rzadkość w swoim rodzaju¹⁾.

Czy przepukliny mózgowe oczodołu mogą być operowane? Berlin (1880 r.) uważał je, jako *noli me tangere*. Od czasu jednak stosowania środków odkażających, radykalne operacje czasami udawały się (Bergmann — sincipitale Enkephalokelen, t. j. przepukliny, sadowiące się u przedniego końca osi strzałkowej czaszki: nasofrontale, nasoorbitale i nasoethmoidale). (Okulistów przeważnie zajmują noso-oczodołowe przepukliny — kenenkephalokele, t. j. nieposiadające torbielowej zawartości, nie są przeciwwskazane i hydrenkephalokele, chociaż dają mniej dobry wynik, jako połączone z wodogłowiem. Przecina się

¹⁾ Emil Krueckman: Ueber eine Meningoencephalocèle d. Augapfels. Lipsk. 1898. Str. 17, z tablicą rycin (Odbitka z Graefe's »Arch. f. Ophthalm.« XLVII. Bd. 1 Abth.).

skórę, mięśnie i dochodzi się do worka cienkiej, bliznowatej lub angiomatycznej błony, odpreparowuje się szypułkę i tu się podwiązuje katgutem, przy samym otworze w kości; guz się odcina, ranę się zaszywa i przeciwgnilny zakłada opatrunek. Tak twierdzi Czermak w swoim dziele¹⁾. Sklifossowski jednak radzi otworzyć przepuklinę, wprawić zawartość, starannie zszyć błony mózgowie i wreszcie skórę²⁾.

Korzystając z antyseptyki, prof. Sklifossowski i inni robią osteoplastyczne operacje mózgowych przepuklin (dotąd stosowane na kości czołowej), które naturalnie mogą być wykonywane przez okulistów li tylko w okolicy worka łzowego przy t. zw. herniae naso-orbitales. O osteoplastycznych operacjach mózgowych przepuklin podał Dr Herman³⁾. Dla zakrycia czołonosowego otworu można brać płat kości z zewnętrznej części nadoczodołowego brzegu, gdzie margo supraorbitalis przechodzi w processus jugalis⁴⁾, i gdzie grubość jej nawet u dzieci dochodzi 1 cm. Brak ten z pożytkiem można zakryć okostnokostnym skrawkiem, odbitym zapomocą dłuta z kości goleniowej, przyczem okostna zwróconą być powinna ku wewnątrz (sposób Seydel'a z r. 1889); tak wyleczono meningocele traumaticum (Zimin)⁵⁾. Przepukliny podobne, jak w moim przypadku, pozostaną na zawsze nieuleczalnemi, z powodu niedostępności otworu t. zw. Bruchpforte. Do nich więc będzie się zawsze stosowała przestroga: *noli me tangere!*

Osobliwy przypadek pod względem modus operandi opisuje P. Lagleyze⁶⁾. Przedmiotem spostrzegania była 21letnia kobieta ze znacznym trzeszczem prawego oka (godny uwagi

¹⁾ Die augenärztlichen Operationen 1894. p. Exstirpation d. Enkephalokelen, str. 401.

²⁾ Prot. mosk. chir. Towarzystwa. Nr 13. 1880.

³⁾ L. c. Str. 254.

⁴⁾ Bergmann: Die Cephalocelen (p. Handb. d. prakt. Chirurgie von Bergmann, Bruns u. Mikulicz bearbeitet. 1899. Chirurgie des Kopfes. Lief. I. Str. 169).

⁵⁾ Wracz. Nr 40. 1900.

⁶⁾ P. jego Meningocele orbitalis w »Anales de Oftalmologia«, mai 1900.

fakt, że cephalocele częściej się zdarza w prawym niż w lewym oczodole), który stopniowo powiększał się od urodzenia. W guzie oczodołowym nie wyczuwało się ani tętnienia, ani szumów, ani chęłbotania. Nakłucie igłą *P r a v a z'a* — przyczem się wydzielił płyn przezroczysty — nie było dostateczne dla rozpoznania, czy to był bąblowiec, czy też meningocele. Ponieważ chora stanowczo oświadczyła, iż chce się pozbyć tego oszpecenia, przeto autor przystąpił do radykalnej czynności: górną powiekę rozcięto poziomo (rana 4—5 centm.), poniżej brzegu oczodołu; palec, wprowadzony do worka torbielowego, znalazł ścianę jego gładką, z wyjątkiem górnej części, gdzie wykryto szparę w oczodole, idącą od jego wierzchołka i kończącą się 1 centm. poza jego brzegiem; szpara szeroka około 1½ centm.; na całej tej przestrzeni dotykano istoty mózgowej. Wskutek obfitego krwotoku, musiano zrobić tamponadę. Była to więc meningocele bez encephalocele. Po 20 dniach rana się zablżyła, lecz trzeszcz powrócił znowu. To rozpoznanie sprawy nie odstraszyło jednak ani chorej, ani też lekarza: postanowiono znowu udać się do pośrednictwa noża. Najprzód tedy wykonano enukleację, potem wycięto część rozciągniętych powiek i zszyto je tak z sobą, aby zakryć zupełnie wejście do oczodołu, co się i udało po 15 dniach. Wykonana potem podobizna twarzy chorej przekonująca, że torbiel wcale już się nie wydobywa z oczodołu. Ciekawa rzecz, czy to się na zawsze utrzyma, czy przykrywka ze zszytych powiek długo się będzie opierać naporowi płynu mózgo-rdzeniowego z głębi oczodołu?

Przypadek *Delpesch'a*, o którym w swym liście wspomina mi *van Duyse* był taki: u 20letniego mężczyzny istniał guz, wypełniający cały lewy oczodoł i zniekształcający czoło; pacjent zresztą był zdrowy i nie miał żadnych mózgowych objawów. Ponieważ chęłbotającą torbiel przyjęto za zwykłą surowiczą, poradzono przeto młodemu człowiekowi operację: przez środek dolnej powieki zrobiono nakłucie ostrym nożykiem, przyczem z oczodołu wylała się obfita ilość przezroczystego, słabo cytrynowo-żółtej barwy płynu; przy zbadaniu palcem przekonano się, że torbiel nie tylko wypełniała cały oczodoł,

lecz przez for. opticum łączyła się z jamą czaszkową. Chory zmarł wskutek meningitis. Tout comme chez nous!, z tą tylko różnicą, że Delpech był szczęśliwszym, gdyż mógł dokonać pośmiertnego badania: torbiel sięgała 3 cale w głąb mózgu, for. opticum rozszerzone było do 6''' ; na odpowiednim miejscu przeciwnej strony znaleziono też podobną torbiel z surowiczosłuzową zawartością wielkości $\frac{1}{2}$ jaja gołębiego¹⁾.

Rzeczy to stare, ale w każdym razie bardzo pouczające, aby ich w danym przypadku nie przypomnieć. Nie wątpię, że i w przyszłości będą się zdarzać pomyłki w rozpoznawaniu tej postaci przepuklin mózgowych, jak w spostrzeganiach: Delpech'a i mojem.

Chociaż Delpech dokonał pośmiertnego, anatomicznego badania swego przypadku, jednakże histologiczne badanie zrobionem zostało dopiero w mojem, podobnem spostrzeżeniu. (Przypadek Weiss'a — patrz niżej). Zrobił je prof. v. Duyse, któremu składam za to serdeczne podziękowanie.

W liście z Gandawy, datowanym dnia 5/VII b. r., pisze on mi:

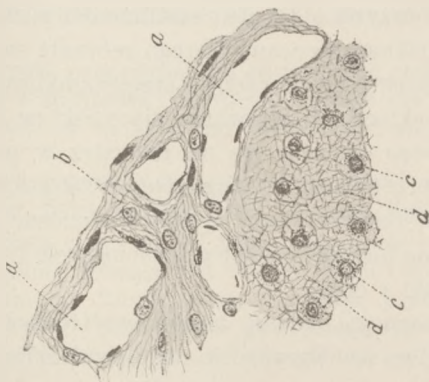
»Po histologicznem zbadaniu oczodołowej torbieli, wyłuszczonej przez Pana, nie może być wątpliwości co do jej natury: jest to *miningoencephalocèle*, które wyszło przez fissura orb. sup. lub przez for. opticum. Pisałeś Pan do mnie, że obydwa te otwory były rozszerzone, — torbiel rozwinęła się, wychodząc na zewnątrz. W obu hipotezach następowo gałka i nerw wzrokowy powinny być usunięte ku górze, lepiej jednak przypuszczać w danym razie hipotezę for. optici.

»Torbiel łączyła się z komórkami mózgowymi, bacząc na ciągły wypływ po operacji płynu mózgodzeniowego.

»Budowa ściany torbielowej była taką jak mózdzku (du cervelet): komórki glialne (gliales distantes), kapillarne-hyalinowe, komórki zwojowe rzadkie; komórek ependymalnych nie wykryto wcale, lecz znaleziono (na jednym kawałku) ściankę,

¹⁾ Berlin, l. c. str. 674, a także Clinique de Montpellier II. str. 505. Paris. 1828.

utworzoną wewnątrz przez splot elementó w, a na zewnątrz — z powłoczki włóknistej, unaczynionej, mezodermalnej — zastępującej błony mózgowe.



Ryc. 2.

»Podobieństwo bardzo wielkie z torbielą obuoczną, o której pisałem przed paru laty w »Archives d'Ophthalmologie«.

»Pierwotne zmiany zbiorowiska limfy pierwotnej tubuli nerwowej są przyczyną przedwczesnego wodogłowie i rozszerzenia w przestrzeniach przednich części tejże tubuli.

»To właśnie jest źródłem kolobom (naturalnie wydętych i torbielowych oka).

»Oczywiście kolobomatyczna torbiel (Evetzky) może być powikłaną innymi przyczynami mózgowymi, na przykład meningocele. Zechciej, szanowny p. Kolego, zwrócić pod tym względem uwagę na moje ostatnie spostrzeżenie w Towarzystwie oftalm. belgijskiem p. t. Pathogénie des Kystes colobomateux rétro-palpébreux« ¹⁾.

Szanowny autor zbadał tę ostatnią u nieżywego 8miesięcznego płodu, dotkniętego wewnętrznym wodogłowiem, meningocele w tylnej części głowy, mikroftalmią i, pozapowiekową

¹⁾ Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie. Nr 8. 1900. Str. 27. z 2 rycinami.

torbielą, w której znaleziono wywróconą siatkówkę (la rétine intracystique invertie). Opierając się na dawniejszych, a także na świeżem badaniu zwłok tego potwora, v. D. przyszedł do wniosku, że wszystkie te nieprawidłowości rozwojowe mózgu i oczu są wynikiem nieprawidłowego zebrania się limfy w pierwotnych okresach rozwojowych — przed zamknięciem się szpary ocznej — dzięki czemu wytwarza się ucisk na pęcherz oczny i część takowego wypycha się na zewnątrz w postaci wywróconej siatkówki w torbieni. Wodogłowiem trzeba tłómaczyć przeto: cyklopię (wszystkie takie oczy są mikroftalmiczne), mikroftalmię, kolobomatyczne torbiele, encephalo-meningocele i t. p. wady rozwojowe czaszki i oczu.

Histologicznego badania zagadkowej torbieni oczodołowej dokonał Dr Weiss. Przypadek ten opisał Klingelthoeffer p. t. »Ueber eine durch temporäre Resection der äusseren Orbitalwand nach Krönlein exstirpirte Orbitalcyste (cephalocèle)¹⁾. W klinice Weiss'a szczęśliwie operowano w r. 1895 3kwartałowe dziecko, u którego trzeszcz ciągle się powiększał po urodzeniu. Torbiel była surowiczą, ścianki okazały się silnie przyrośniętymi w okolicy fissura orb. superior, gdzie znaleziono sznurek, pozostałość łączności torbieni z błonami mózgowymi. — Autor mniema, że to była Abschnürungscyste, to jest odsznurowana meningocele. W tem przekonaniu utwierdza go też porównanie drobnowidowych rycin ze ścianą torbielowej, a także z prawidłowych błon mózgowych dziecięcia zrobionych — okazało się pewne podobieństwo budowy ścianą torbielowej z twardą błoną mózgową.

Przypadki takiego rodzaju, jak Weiss'a, Coppez'a i in., przemawiają za możliwością samoistnego wyleczenia się przepuklin mózgowych. Jednakże takie spostrzeżenia, opisywane jako wyleczone ze zarośnięciem otworu czaszkowego, zdaniem Reclus'a i Duplay'a (l. c.), były to prawdopodobnie t. zw. torbiele wrodzone oczodołu, o czem pozwalam sobie wątpić.

Pisałem w Lublinie d. 10 lipca 1900 r.

¹⁾ Archiv f. Augenheilkunde. XXXV.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zes. 2 i 3¹⁾.

I. *Kliniczne przyczynki do znajomości rzadkich chorób skóry powiek i spojówki.* (Klinische Beiträge zur Kenntniss seltener Krankheiten der Lidhaut und Bindehaut) Prof. Michel.

1. *Torbiele gruczołów potowych skóry powiek i twarzy.* (Retentioncysten der Schweissdrüsen der Lid- und Gesichtshaut).

55 l. kobieta cierpi od 12 lat na pocenie się twarzy i szyi²⁾, które się szczególnie wzmaga przy silnym ruchu i przy spożywaniu kwaśnych pokarmów. Równocześnie występują pęcherzyki na powiekach i na twarzy. Pęcherzyki te powiększają się w czasie upałów, przyczem równomiernie z ich wzmaganiem się powstaje silne swędzenie.

Na skórze obu powiek znajdują się obustronne liczne ostro ograniczone pęcherze, wypełnione wodnistą cieczą. Podobne pęcherze widać na skórze powieki i twarzy aż poniżej dolnej szczęki. Na lewej twarzy są widoczne porażenne objawy nerwu współczulnego, a mianowicie zwieszanie widoczne górnej powieki, gałka zaś oczna jest wklęsnięta. Lewa źrenica jest węższą, a także i ucisk śródoczny lewej gałki jest zmniejszony. W przypadku tym rozchodzi się o zwiększone wydzielanie potu²⁾ i porażenie włókien okoźrenicznych (oculopupillär) nerwu współczulnego. W następstwie tego powstały opisane pęcherzyki, które autor tłumaczy jako torbiele (Retentioncysten) gruczołów potnych.

2. *Opryszczka na dolnej powiece.* (Herpes facialis des unteren Lides).

U 30 l. dziewczyny wystąpiło równocześnie z miesiączką silne zaczerwienienie i opuchlina prawej dolnej powieki. W środku tego silnie zaognionego miejsca powieki, pojawiły się pęcherzyki wypełnione ropą, z których niektóre były wyschłe i nieco wgłębione. Po 8 dniach skóra powieki była prawidłową.

3. *Eczema impetiginosum necroticum powiek: pierwotna zmiana kiłowa na spojówce powieki dolnej.* (Eczema impetiginosum

¹⁾ Poświęcony prof. Schweiggerowi, w jego 70 rocznicę urodzin. (Red.)

²⁾ Ephhydrosis unilateralis przyp. Ref.

necroticum der Augenlider: im Ausschluss daran Primäraffekt der Bindehaut des unteren Lides).

5 l. dziewczynka zgłosiła się z zapaleniem skóry powiek i częściowo twarzy po prawej stronie.

Obie powieki były bardzo obrzmiałe i owrzodziały, aż do nosa. Brzegi owrzodziałej tej powierzchni były ostre, podczas gdy dno jej było wypełnione krwawymi i żółto brunatnymi strupami. Ze względu, że na skórze chorej połowy twarzy, jako też na brwiach znajdowały się liczne pęcherze, było rozpoznanie nie trudne, przy czem chora część skóry powieki prawej była w nekrozie. Gałka oczna była przytem prawidłową. Po 15 dniach miejsca te wygoiły się, przy czem powstała rozległa blizna. Równocześnie pojawił się teraz dopiero mały wrzód na dolnej spojówce prawego oka, który szybko się rozszerzał i wnikał w głąb. Obok tego słoninowato pokrytego wrzodu powstały bardzo liczne małe guzikowate nacieki na spojówce powiek, załamka a także i gałki ocznej. Dokładne badanie utwierdziło rozpoznanie pierwotnego wrzodu kiłowego spojówki powiekowej.

Zakażenie musiało w tym przypadku mieć miejsce w czasie, w którym już istniało *eczema impetiginosum* i to w ten sposób, że pozbawione przybłonka miejsce spojówki zostało zakażone wprost przez osobnika chorego na kiłę. Przedsięwzięte z dobrym wynikiem leczenie przeciwkiłowe ustaliło rozpoznanie na pewno. Brak wysypki kiłowej przypisuje autor w tym razie wczesnemu stosowaniu wcierek.

Powstanie licznych guzikowatych nacieków na spojówce powiek należy przypisać szybkiemu rozprzestrzenieniu się jadu kiłowego w spojówce, podobnie jak to też się dzieje przy gruczliczych naciekach spojówki.

4. *Wrzody kiłowe na skórze i na spojówce gałkowej.* (Syphilitiden der Haut und der Scleralbindehaut).

47 l. kobieta uskarża się na zapalenie lewego oka i przypisuje powstanie tegoż silnym bólowi lewej skroni i głowy.

Na górnym brzegu rogówki lewego oka znajduje się na spojówce gałkowej okrągły wrzód wielkości główki od szpilki. Wrzód ten, okolony licznymi małymi żółtawymi naciekami, umiejscowionymi w górnej połowie twardówki, rozszerzał się szybko tak, że i sąsiadująca górna warstwa twardówki i rogówki również się rozpadła. Ciecz wodna była zmętniała, na błonie zaś Descemeta były liczne osady.

Ogólne badanie dało wynik następujący; Sclerosis tonsillae et arcus palatoglossi later. sin., angina luetica, condylomata lata

faucium, syphilis cutanea papulo-squamosa, pustulosa-lenticularis et miliaris, polyadenitis.

Na tej podstawie należało rozpoznać wrzód twardówki jako pęcherzykowy (pustulöses Syphilid), przeprowadzone zaś leczenie przeciwkiłowe utrwaliło to rozpoznanie na pewno, a chora uzdrowiała zupełnie po 3 tygodniach.

Podobnie jak w przypadku poprzednim przyjmuje autor i w tym przypadku jako przyczynę powstania zapalenia tęczówki i nacieków w twardówce szybkie rozprzestrzenienie się zarodka kiłowego.

5. *Zagojona lues tuberosa serpiginosa skóry powiek, twarzy, głowy, szyi, podudzi i przedramion.* (Abgelaufene Lues tuberosa serpiginosa der Haut der Augenlider, des Gesichtes, des Kopfes, des Halses, der Unterschenkel und Vorderarme.)

52 l. mężczyzna zakaził się w r. 1872.

Na skórze twarzy, głowy, karku i szyi znajdują się liczne blizny w postaci siatki, przyczem skóra jest miejscami wyniosłą. Na powiekach widać miejscami brak skóry, a lewa górna powieka jest w zewnętrznej swej części odwróconą na zewnątrz. Na powiekach widać dalej tylko nieliczne rzęsy, rogówka jest zmętniałą wskutek łuszczeni. Obie powieki prawego oka są w najwyższym stopniu odwrócone na zewnątrz, a cała spojówka załamka i powiek jest bardzo silnie przekrwiona i opuchła. Tak samo zmienioną, tylko jeszcze w wyższym stopniu jest spojówka gałkowa, która otacza w postaci wału rogówkę tak, że tylko mała jej część środkowa jest widoczną. Cała rogówka tego oka jest zbliznowaciała,

Bardzo znaczne zbliznowacenie znajduje się także na wewnętrznej stronie obu ramion i w okolicy stawu łokciowego.

W przypadku tym rozechodzi się o kilaki skóry. (Hautgumma).

Dr Bałłaban.

II. *Wynik badania oczu u 2500 robotników pracujących w różnych gałęziach przemysłu.* (Augenuntersuchungen an 2500 Arbeitern verschiedener industrieller Betriebe) Walter.

Autor badał wspólnie z Overwegiem i Haselberg'em oczy 2500 robotników różnego zawodu. Największą uwagę poświęcono robotnikom między 14—23 rokiem życia.

Wedle różnego zajęcia badano następujące rzemiosła: zecerów i drukarzy, złotników, robotników zajętych przy nowem srebrze (Neusilberarbeiter), robotników zajętych w fabrykach instrumentów, pieczętarzy, ślusarzy, tokarzy, ślifierzy, kowali, robotników przy budowie maszyn, stolarzy, robotników zajętych politurą mebli, robotników przy fabrykach fortepianów, rzeźbiarzy, bednarzy, ślifierzy

szkła, robotników w fabrykach porcelany, dywanów, w zakładach elektrycznych i zakładach gazowych.

Wyniki podjętego badania były następujące:

Na 2672 robotników różnego zawodu znaleziono 611 o mniej lub więcej upośledzonej bystrości wzroku. Była ona u 387 wrodzoną, zaś u 224 nabytą. U 95 osobników można było z całą stanowczością przypisać zmniejszoną bystrość wzroku wykonywanemu zajęciu. W procentach dało się ustalić wrodzone upośledzenie bystrości wzroku do nabytej w stosunku 63,3:36,6, zaś 15% osobników miało upośledzoną bystrość wzroku przez wykonywanie pewnego rzemiosła.

Inaczej przedstawia się ten stosunek, jeżeli zestawia się robotników młodocianych od 14—23 roku życia.

W tych latach było zajętych ogółem 775 robotników, a z tych było 138 z upośledzoną bystrością wzroku. W 109 przypadkach była ona wrodzoną, a tylko w 26 nabytą i to w rzemiośle w 11 przypadkach. Stosunek w procentach wypada zatem 80,7%:19,2%, w rzemiośle zaś nabyte było to upośledzenie w 8,1%. Z tego wynika, że u młodocianych robotników nie można właściwie brać w rachubę upośledzenia wzroku nabytego w rzemiośle, gdyż jest ono minimalne, a niebezpieczeństwo pogorszenia się wzroku wzrasta dopiero w stosunku do wieku i rodzaju wykonywanego rzemiosła. Najwięcej narażeni na upośledzenie wzroku są zecerzy, tkacze i maszyniści. Wreszcie należy podnieść częste pojawienie się nieżytyw spojówki u stolarzy i robotników zajętych politurą mebli, jakoteż częste przypadki skaleczenia u robotników w fabrykach metalowych. Na całą ilość robotników znaleziono 9 osobników, którzy wskutek skaleczenia utracili jedno oko.

Dr Bałłaban.

III. *Wpływ kofeiny na pole widzenia przy zatruciu chininą.* (Die Einwirkung des Koffeins auf das Gesichtsfeld bei Chinin-Ämblyopie.) Dr G. Schwabe z Lipsku.

Na podstawie wieloletniego spostrzegania przypadku wykazuje autor wpływ alkaloidów zawartych w kawie i herbacie na zachowanie się pola widzenia przy ślepcie, która była następstwem użycia stosunkowo niewielkiej dawki chininy, gdyż tylko 1,25 gm.

Doświadczenia swe przeprowadził autor u 33 letniej, pod każdym względem zdrowej osoby. Z powodu bólu zęba zażyła ona 5 proszków chininy w odstępach kilku minutowych, poczem wystąpiły natychmiast objawy zatrucia, przyczem chora po upływie 5-ciu godzin zupełnie ociemniała. Badanie wykazało obie gałki oczne zewnętrznie prawidłowe, źrenice szerokie nie oddziaływały zupełnie na światło. Środki łamiące były zupełnie przejrzyste, obie

tarcze wzrokowe silnie pobladłe, tętnice bardzo znacznie zwężone, żyły zaś tylko niewiele. Po zatem dno oka prawidłowe. Po 19 godzinach od chwili zatrucia poczuła chora światło od nosa i dołu, źrenice nie oddziaływały jednak i nadal. Czwartego dnia wykazało badanie: o. p. $\frac{6}{15}$ o. l. $\frac{1}{24}$. Schweigger Nr. 3. Środkowo rozoznawiała chora barwy zupełnie dokładnie. Pole widzenia było ścięśnione na barwę białą od 17° — 25° , na inne zaś barwy od 3° — 7° . Źrenice oddziaływały leniwie. Po upływie 10 tygodni oddziaływały źrenice prawidłowo, tarcze wzrokowe były nieco przybladłe, naczynia siatkówki pozostały nitkowate. V. o. p. $\frac{6}{6}$ o. l. $\frac{1}{24}$.

Pole widzenia pozostało jednak ścięśnione i tak dla barwy białej od 28° — 35° , dla innych barw od 15° — 28° .

W 3 lata potem badana chora wykazywała zupełnie prawidłową bystrość wzroku i prawidłowe dno oka, gdyż naczynia przybrały swoją prawidłową grubość, tarcza wzrokowa była prawidłowo zabarwioną, a tylko pole widzenia pozostało dość znacznie ścięśnione.

Ponieważ chora uskarżała się, że od czasu zatrucia chininą, wzrok jej się znacznie pogarsza po wypiciu silnej kawy lub herbaty, poddał ją autor dokładnemu badaniu w tym kierunku i przekonał się, że pomimo, iż bystrość wzroku i poczucie na barwy były niezmiennie, ścięśniało się przytem pole widzenia bardzo znacznie. I tak gdy prawidłowe pole widzenia wynosiło dla barwy białej od 24 — 32° , dla barw zaś innych od 17° — 30° , ścięśniało się ono wskutek działania kofeiny dla barwy białej i innych od 0° — 6° , po upływie zaś 2 godzin wracało ono do stanu prawidłowego. Pomimo, że pole widzenia było w czasie najsilniejszego działania kofeiny minimalnie ścięśnione pozostała bystrość wzroku i poczucie na barwy były prawidłowe. Natomiast były tętnice bardzo wąziutkie, żyły silnie zwężone, tarcza zaś wzrokowa była przybladłą. Stosownie do zmniejszania się działania kofeiny wypełniały się naczynia. Z powyższego badania wynika, że otrucie chininą sprowadza często lata całe trwające ścięśnienie pola widzenia, a także że w takich przypadkach może kofeina, sprowadzić przejściowe dalsze bardzo znaczne zwężenie pola widzenia i to wskutek wywołanego nią skurczu naczyń obwodowych siatkówki, przyczem pozostaje środkowa bystrość wzroku i poczucie na barwy prawidłowe.

Dr Baltaban.

IV. *Miesak naczyńiówki ze zejściem w zanik gałki.* (Sarcoma chorioideae mit Ausgang in Phtisis bulbi.) Dr Schultz.

Przedsiębrane badanie prawego oka u 26 l. chorej wykazało zewnątrznie prawidłową gałkę oczną, wziernikiem zaś było widocznem oderwanie siatkówki od dołu i zewnątrz aż do tarczy wzrokowej. Odpowiednio temu znajdował się w polu widzenia uby-

tek od góry i wewnątrz, a chora liczyła palce w odległości $\frac{1}{4}$ m. Tn. Gdy po upływie kilku miesięcy powstało bez żadnej zewnętrznej przyczyny silne zapalenie całej tej gałki ocznej i chora się ponownie zgłosiła, można było wykazać lekki treszcz gałki, znaczny obrzęk spojówki gałkowej, całą przednią komorę wypełnioną krwią, bardzo znaczną bolesność i znaczne zmniejszenie ucisku śródocznego. Przy odpowiednim leczeniu ustały zupełnie objawy zapalne i bóle gałki, równocześnie jednak zmętniała i zakłęśła rogówka a zmalałe w całości oko przedstawiało zupełny obraz zaniku. Po wyjęciu gałki ocznej została ona stwardnioną w formolu i alkoholu. Na poziomym przekroju była rogówka nieprawidłowo wklęsła, twardówka zaś silnie zgrubiała. Cała tylna część gałki była po większej części zajęta przez żółtawy nowotwór, który wychodził od tarczy nerwu wzrokowego i sięgał aż prawie do tylnej powierzchni soczewki.

Badanie drobnowidowe. Rogówka była nieco zgrubiałą o nierównej pagórkowatej powierzchni, powstałej przez miejscowe wklęsnięcie przybłonka. Na tylnej ścianie rogówki znajdowały się czarne ciała krwi i komórki barwika. Bardzo ścięczała tęczówka przylegała w całości do przedniej torebki soczewki, również i ciało rzęskowe było zanikłe. Cała siatkówka była zwyrodniałą i zmienioną w tkankę łączną, w której znajdowały się komórki barwika. Naczyniówka była zgrubiałą, przyczem naczynia jej były silnie krwią wypełnione. Zajmujący tylną część gałki nowotwór był w całości nekrotyczny i wypełniony jednorodnymi i ziarnistymi słojami. Naczyń nie było w nim nigdzie, a tylko miejscami były widoczne kanały, wypełnione nekrotycznymi słojami, jako resztki naczyń, obok nich zaś mniejsze lub większe jamy i liczne ziarna barwika. Nowotwór ten był na obwodzie okolonym warstwą komórek, których jądra barwiły się dokładnie, a których protoplazma składała się z rozpadłych mas i ziarek barwika. Na skrawkach porządkowych dała się ta warstwa rozpoznać jako tkanka mięsaka. W ciałku szklistem znajdowały się komórki wypełnione krwią i barwikiem, nerw wzrokowy był naciekły a w jego przedziałach znachodził się barwik.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym rozchodziło się o zupełnie nekrotyczny okrągło-komórkowy mięsak naczyniówki. Nowotwór ten był pierwotnym, a wywołane nim oderwanie siatkówki i plastyczne zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, w następstwie którego gałka oczna zanikła.

Znaczenia nabiera ten przypadek głównie przez to, że wogóle są rzadkie tego rodzaju przypadki, w których istniejący nowotwór powoduje następowy zanik gałki ocznej. Pośrednikiem jest w tych razach zawsze ostre zapalenie całej gałki, przyczem nie da się sta-

nowczo orzec, czy zapalenie to jest spowodowane samym nowotworem, czy jakimś zakażeniem drobnoustrojowym. *Dr Bałłaban.*

V. *Pooperacyjne zapalenie spojówki z wynikiem badania bakteriologicznego.* (Über postoperative Conjunctivitis mit bakteriologischem Befunde.) Dr F. Abelsdorf und Dr G. Neumann.

U 3 chorych operowanych na zaćmę wystąpił po operacji bardzo silny śluzotok ropny spojówki pomimo, iż we wszystkich 3 przypadkach była spojówka przed operacją zupełnie prawidłowa. Przebieg samej choroby był we wszystkich tych przypadkach prawidłowy i krótkotrwały.

Badanie drobnowidowe wydzielin wykazało obok okrągłych komórek dwoinki podobne do t. z. gonokoków, które to ostatnie dały się z łatwością wykluczyć badaniami na pożywkach, a wprowadzone do worka spojówkowego świnki morskiej i królika nie wywoływały wcale żadnego zadrażnienia.

Ze względu na morfologiczne zachowanie się tej dwoinki uważają ją autorowie za identyczną z t. z. *diplococcus albicans* Bumba i omawiają miejsca, w których różni autorowie znachodzili ten drobnoustrój u człowieka a zarazem i zachowanie się jego co do sposobu barwienia. Zakażenie musiało w tych przypadkach nastąpić pośrednio lub bezpośrednio. *Dr Bałłaban.*

VI. *Wziernik stereoskopowy.* (Ein stereoskopischer Augenspiegel.) Dr Walter Thorner.

Autor będąc zdania, że zbudowany przez Giraud-Teulona obuoczny wziernik nie odpowiada swemu zadaniu głównie dla tego, że jest sporządzony na zasadzie obrazu odwrotnego, przez co staje się niemożliwym badanie wymiarów głębokości oka zbudował nowy. Liczne obliczenia i rysunki umożliwiają zrozumienie budowy tego przyrządu. *Dr Bałłaban.*

VII. *Zmiany oczne występujące w przebiegu xeroderma pigmentosum.* (Ueber Augenerkrankungen bei Xeroderma pigmentosum). Prof. Dr. R. Greeff z Berlina.

Xeroderma pigmentosum należy do bardzo rzadkich i stosunkowo mało dotychczas poznanych chorób skórnych, a ponieważ wikała się bardzo często z zajęciem powiek i oczu, przeto zasługuje na uwagę także ze stanowiska okulistyki.

Prof. Greeff podaje szczegółowy opis dwóch przypadków spostrzeganych przez siebie i leczonych na oddziale ocznym berlińskiej Charité. Dwaj bracia, jeden w wieku 11 lat, drugi 6-letni, okazywali w bardzo wybitnym stopniu to ciężkie cierpienie skórne.

Skóra wszystkich części nie przykrytych ubraniem, a zatem twarzy, rąk do połowy przedramienia i nóg do połowy podudzia (chłopcy przez całe lato biegali boso) pokryta była ciemno pigmentowanemi, tu i ówdzie zupełnie czarnemi plamami, dużych rozmiarów i tak gęsto rozsianemi, że mało pomiędzy nimi pozostawało skóry względnie zdrowej a i ta była zcieńczała i okazywała znamiona zaniku. Prócz tego na twarzy znajdowały się liczne mniejsze i większe guzkowate wyrośle, u starszego z braci także na karku i plecach. Co do oczu to u starszego chłopca zmiany ograniczały się tylko na obustronnym zupełnym braku rzęs, przewlekłym zapaleniu spojówek i brzegu powiekowego, na spojówce gałkowej widać było tu i ówdzie wyraźne rozszerzenia naczyń (teleangiektazy), u lewego oka znajdowała się na twardówce jedna ciemna plamka barwikowa, a u prawego oka na rogówce przybrzeżne zaćmienie trójkątnej postaci. U młodszego chłopca zmiany oczne były o wiele donioślejsze. Na lewym oku nie było wprawdzie nic prócz nieżyty i rozszerzenia poszczególnych naczyń, ale natomiast gałka prawego oka pokryta była całkowicie nowotworem wielkości i postaci owocu kasztana, barwy brudno-czerwonej, zbitości twardej, o powierzchni nierównej, pokrytej ropiastą wydzieliną. Guz ten ściśle i szeroko z gałką zrosnięty, tylko razem z nią dość ograniczone wykonywał ruchy. Badanie anatomiczne, dokonane po wyjęciu guza wraz z gałką, wykazało, jak się tego przy *xeroderma pigmentosum* z góry można było spodziewać, utkanie rakowe.

Nowotwór wychodził z brzegu rogówko-twardówkowego od strony nosa, ale przyrośnięty był do całej prawie rogówki (z wyjątkiem wąskiego skrawka od skroni), a ku wewnątrz sięgał prawie do równika gałki. Znamienne dla rakowego utkania czopy przybłonkowe wnikały z jednej strony w miąższ rogówki, a z drugiej wrastały pomiędzy włókna mięśnia prostego wewnętrznego i w tłuszcz oczodołowy; w okolicy zaś brzegu rogówko-twardówkowego przedostały się już były wzdłuż gałązek żył rzęskowych przednich do kącika przedniej komory zapuszczając się stąd w tęczówkę, a nawet w naczyniówkę. Jak widać z tego wyjęcie gałki było tu aż nadto usprawiedliwione. Na podniesienie zasługuje okoliczność, że w nowotworze nie znaleziono wcale złogów barwikowych. Dodać również należy, że guzkowate wyrośle z twarzy obydwóch braci, a u starszego także z pleców i karku okazały się również naciekami rakowatymi. Wiadomo, że poza chirurgicznym usuwaniem wytwarzających się nacieków nowotworowych, wszelkie inne leczenie jest wobec *xeroderma pigmentosum* zupełnie bezsilne. Wszelkie też zabiegi, jakie zastosowano w Charité u obydwóch chłopców pozostały bez najmniejszego wpływu na przebieg choroby. Starszy po-

padłszy w najzupełniejsze wycieńczenie, zmarł po upływie roku, a bezpośrednią przyczyną śmierci był udar mózgowy. Młodszy był jeszcze przy życiu w czasie, gdy Prof. Greeff oddawał swą pracę do druku, ale już po opuszczeniu szpitala oslepił zupełnie, gdyż stracił drugie oko, z powodu sprawy ropnej, co do której bliższych szczegółów autor nie podaje. Ani u rodziców chorych chłopców, ani u ich rodzeństwa (złożonego z dwóch jeszcze braci i dwóch sióstr) nie znalazły się najmniejsze choćby ślady choroby skórnej. Niezwykłe tak młodemu wiekowi wystąpienie raka, tłumaczy autor zgodnie z wywodami Prof. Łukasiewicza, którego kazuistykę bogatą w powikłania oczne przytacza szczegółowo. Zmiany skórne występujące przy *xeroderma pigmentosum* należy uważać za następstwo przedwczesnego niejako zestarzenia się (*senilitas praecox*) skóry, która z powodu wrodzonego braku odporności ulega pod wpływem działania szkodliwych czynników, w pierwszym rzędzie promieni światła słonecznego, zwłaszcza promieni pozafioletkowych (Widmark) w krótkim czasie zupełnie takiemu samemu zanikowi, jaki okazuje zwyczajnie skóra 70 lub 80-letnich starców. Stąd to i ta nadzwyczajna u dzieci tych skłonność do nietypowego bujania przybłonków, a tem samem do rozwoju raka, któremu w zwyczajnych warunkach ulegają tylko osoby wiekiem podeszłe.

Dr. K. W. Majewski.

VIII. *O istocie zaćmienia rogówki przy jaskrze.* (Ueber das Wesen der glaukomatösen Hornhauttrübung). Prof. Dr. P. Sillex.

We wszystkich niemal podręcznikach okulistyki wyrażone jest zapatrywanie, że zaćmienie rogówki występujące przy jaskrze ostrej polega na obrzęku tkanki rogówkowej (*oedema corneae*). Ten sposób tłumaczenia tego stałego objawu jaskry zawdzięczamy w pierwszym rzędzie anatomicznym poszukiwaniom prof. Fuchsa, który wykazał, że rogówka pochodząca ze świeżego przypadku jaskry okazuje zwłaszcza w powierzchniowych warstwach wolne przestwory wypełnione skręplą cieczą, nadto znachodził podobną ciecz, skręplą w rozszerzonych pochewkach nerwów, a w niektórych przypadkach nawet cieniutką warstewkę bezpostaciową pomiędzy przybłonkiem a błoną Bowmana, którą to warstwę uważa on za płyn przesączynowy skręplą już *intra vitam*.

Prof. Sillex podaje jednak w wątpliwość słuszność tego przedstawienia rzeczy i na podstawie własnych spostrzeżeń klinicznych, na podstawie badań doświadczalnych i drobnowidowych twierdzi, że utrata połysku i przezroczystości rogówki pod wpływem jaskry polega na wytworzeniu się w jej mięszu warstw podwójnie światło załamujących, przez co zdaniem jego wielka

część promieni świetlnych ulega odbiciu i rozproszeniu. Zupełnie podobną przyczynę przyjmuje Fleischl dla zaćmienia rogówki powstającego przez ucisk wywarty na nią od zewnątrz. Zaćmienie takie występuje z chwilą, kiedy ucisk rozpoczyna działać i ustępuje natychmiast po ustaniu jego działania. Tak szybkiego powstawania i znikania obrzęku w zbitej tkance rogówkowej autor wyobrazić sobie nie może. Wstrzykując zapomocą strzykawki opatrzonej możliwie cienką igłą płyn obojętny do ciała szklistego królikom, wywoływał on natychmiast zaćmienie rogówki połączone z utratą połysku, łudząco podobne do zaćmienia spostrzeganego przy jaskrze. Im więcej wstrzyknął płynu, im bardziej zatem ucisk śródoczynny podwyższył, tem silniejszym stawało się to zaćmienie, po wypuszczeniu zaś płynu znikало ono natychmiast bez śladu. Dla potwierdzenia swego zapatrywania przytacza autor także spostrzeżenia kliniczne, zwraca mianowicie uwagę na okoliczność, że jeśli wykonywamy irydektomię na oku dotkniętem ostrą jaskrą w narkozie, bez użycia kokainy, która sprowadza zmiany w przybłonku rogówkowym, wtedy natychmiast po pierwszym cięciu, gdy tylko ciecz wodna odpłynie możemy zauważyć, że rogówka zupełnie się wyjaśnia. Gdyby zaćmienie polegało istotnie na obrzęku, to ten tak szybko nie mógłby ustąpić. Nareszcie przytacza Prof. Silex anatomiczne badania Elschuiga i Zirna, którzy nie zdołali wykazać w świeżych przypadkach jaskrowego zaćmienia rogówki żadnych zmian odpowiadających obrzękowi.

Dr. K. W. Majewski.

IX. Przypadek niepewnego zrazu mięsaka w oczodole z następowym bezgnilnym zakrzepem w zatoce jamistej. (Ein Fall von anfangs unsicherem traumatischem Orbitalsarkom gefolgt von aseptischer Thrombose des sinus cavernosus). K n a p p.

30 letni chory przebył w młodości obustronne ropne zapalenie środkowego ucha, w następstwie którego ogłuchł na prawe ucho zupełnie, na lewem zaś uchu słuch był znacznie upośledzony. 5 tygodni przed przyjęciem do kliniki, został on bardzo silnie uderzony w lewe oko i lewy brzeg oczodołowy kijem bilardowym. Oko łzawiło przez dni kilka, poczem wystąpił trzeszcz gałki lewej.

Badanie wykazało silny obrzęk obu powiek oka lewego, oko zaś samo wystawało ku przodowi i na dół, przyczem zwracało się tylko z trudnością i to szczególnie trudno ku górze, Tarcza wzrokowa, jako też okoliczna siatkówka były silnie obrzękłe, żyły rozszerzone i pokręcone, przyczem tętniły żyły i tętnice przy silnym ucisku. Krwotoków na siatkówce nie było.

Mimo odpowiedniego leczenia powiększał się obrzęk powiek, a w miesiąc od dnia przyjęcia powstała na oku lewym keratitis ulcerosa e lagophthalmo.

Wobec silnego obrzęku powiek i spojówki, trzeszczu, następowego porażenia nerwu okoruchowego, bloczkowego i prostego zewnętrznego, znieczulenia w zakresie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego, a także i wobec zastoiny i przekrwienia siatkówki, przyczem chory nie gorączkował, było zupełnie usprawiedliwionem rozpoznanie niezakaźnego zakrzepu lewej poprzecznej zatoki mózgowej w następstwie pęknięcia górnego sklepienia oczodołowego i skażenia zatoki poprzecznej, pomimo, iż możliwości istnienia urazowego mięsaka powiek i oczodołu nie można było w zupełności wykluczyć.

Ponieważ w niedługim czasie wystąpiły objawy początkowego zakrzepu i na prawej stronie i chory wobec groźnego przebiegu choroby był narażonym na utratę wzroku i życia nakłonił autor Dra Hartleya do operacyi, która miała na celu podwiązanie zatoki kolistej, aby w ten sposób zapobiedz dalszemu postępowi zakrzepu do prawej zatoki poprzecznej. Niezwykła ta i bardzo trudna operacya, przy której usunięto całkowicie zakrzep z zatoki poprzecznej, powiodła się nadspodziewanie dobrze a bezpośrednio po niej jako też w następnych tygodniach czuł się chory bardzo dobrze.

Po upływie 3 tygodni nowotwór powiększył się jednak w bardzo znaczny sposób i owrzodził a równocześnie podniosła się temperatura ciała i chory pozostawał w śpiączce.

W 5 miesięcy od czasu przyjęcia go do szpitala umarł. Przedsiębrana obdukcya zwłok wykazała mięsak małopomórkowy, który wychodził z górnego sklepienia oczodołowego i wypełniał cały oczodoł. Cała okoliczna skóra i tkanka podskórna z wyjątkiem naskórka była mięsakovato rozpadłą. Toż samo przeciętą była kość czołowa jako też sąsiadujące z nią części kostne ucha, nosa i górna część kości klinowej. Drobnowidowo dało się rozpoznać małopomórkowe utkanie mięsaka.

Uwagi godnem było zachowanie się miejsca skrzyżowania się nerwów wzrokowych. I tak był lewy nerw wzrokowy 2 razy tak gruby jak prawy, różowo zabarwiony w przeciwieństwie do nerwu prawego, który był biały i gładki.

Zarazem były bardzo dokładnie odgraniczone obie połowy lewego nerwu, z których prawa, zewnętrzna przebiegała prawidłowo do prawego szlaku wzrokowego, połowa zaś jego wewnętrzna była silnie zaróżowioną i ostro się oddzielała. Tak samo grubszą i ciemniejszą była lewa połowa chiasma i lewy szlak wzrokowy.

Badanie wykazało, że lewy nerw wzrokowy miał w sobie li-

czne komórki mięsakowate. Pojedyncze także komórki znajdowały się także w początku prawego nerwu.

Nadzwyczaj zajmujące pytanie powstania zakrzepu w tym przypadku pozostawia autor nierozstrzygnięte. Jego zdaniem powstał najprawdopodobniej najprzód mięsak wskutek urazu, który w następstwie spowodował przez ucisk żył oczodołowych, zakrzep w zatoce poprzecznej.

Dr. Ballaban.

X. *O jaskrze prostej.* (Über Glaucoma simplex). Dr Horstmann.

W pracy swej opisuje autor 9 przypadków glaucoma simplex wedle pojęcia Donders'a, w których to tarcza nerwu wzrokowego była wyźłobioną, bystrość wzroku upośledzoną, w polu widzenia istniały ubytki a zarazem było poczucie na barwy i światło mniej lub więcej upośledzone. Po zatem była gałka oczna we wszystkich przypadkach prawidłową, ucisk śródoczny nie był zwiększony i brak był jakichkolwiek objawów zapalnych.

W przypadkach tych wykonana irydektomia nie tylko nie była korzystną, ale przeciwnie powodowała ona bardzo często znaczne upośledzenie wzroku. Właśnie dla tego podnosi autor ważność dokładnego rozpoznania i poucza, że samo istnienie wyźłobienia nerwu ocznego nie upoważnia do przedsięwzięcia irydektomii w tych przypadkach. Dla uniknięcia nieporozumienia skłania się on raczej do rozpoznania jakie Albrecht Graefe w r. 1857 dla tych przypadków ustalił a w r. 1891 Schweigger poparł „*Amaurose mit Sehnervenexcavation*“.

Jako dowód, że samo wyźłobienie nerwu wzrokowego, pomimo że takowe jest w istocie jednym z podstawowych objawów jaskry, nie może być miarodajnem dla rozpoznania jaskry, podaje autor 4 przypadki, w których u ludzi chorych pomiędzy 62 a 72 rokiem spostrzegał przez lat kilka z rzędu istniejące całkowite wyźłobienie nerwu wzrokowego aż po brzeg tarczy, przyczem brak był wszelkich innych objawów jaskry, a bystrość wzroku pozostała stale prawidłową¹⁾.

Następnie opisuje on 4 inne przypadki, które wedle Donders'a należałoby także zaliczyć do glaucoma simplex pomimo, iż były one nacechowane przemijającymi i krótkotrwałymi objawami zapalnymi, zamgleniem i tęczami barwnymi. W dzisiejszem pojęciu rzeczy nazwalibyśmy je raczej przewlekłą jaskrą zapalną. W przypadkach tych odniosła irydektomia, z wyjątkiem jednego przy-

¹⁾ Autor ma na myśli prawdopodobnie fizyologiczne wyźłobienie tarczy wzrokowej. (*Przyp. spraw.*).

padku, mniej lub więcej korzystne wyniki lecznicze, dla tego też radzi autor podział jaskry prostej na dwie grupy. Do pierwszej należy zaliczyć wszystkie te przypadki, w których nie ma żadnych objawów zapalnych i nazywa je wedle Graefe'go »ślepotą względnie niedowidzeniem z wyżłobieniem tarczy wzrokowej«, do drugiej natomiast przypadki choćby z najmniej widocznymi i bardzo krótkotrwałymi objawami zapalnymi a zatem właściwie nazwane »przewlekłą jaskrą zapalną«.

Podział ten jest zdaniem autora bardzo ważnym, gdyż w pierwszych przypadkach operacja nie jest wskazaną a bardzo często szkodliwą, w przypadkach zaś ostatnich jest ona natomiast konieczną¹⁾.

Dr. Ballaban.

XI. Zmiany wziernikowe u ciężarnych i położnic. (Augenhintergrundsbefunde bei Schwangeren und Wöchnerinnen). Dr. Bruno Bosse.

Autor wykonał liczne badania wziernikowe dna oczu u kobiet ciężarnych w królewieckiej klinice położniczej. Zbadał on 124 ciężarnych, a spostrzeżenia jego odnoszą się do wszystkich miesięcy ciąży, począwszy od czwartego, najwięcej ich jednak, bo prawie połowa przypada na ostatni miesiąc ciąży. W $\frac{3}{4}$ przypadków stwierdził uderzająco wybitne przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego, połączone z wyraźnym obrzękiem tejże. O przekrwieniu świadczyło rozdęcie żył i czerwone zabarwienie tarczy we wielu przypadkach tak wybitne, że tylko po wynurzających się naczy-

¹⁾ Jakkolwiek wskazania co do operacji przy jaskrze prostej nie są do dziś jeszcze ustalone, to jednak opierając się na doświadczeniu w tym kierunku nabytem sądzę, że jaskra prosta powinna być zawsze operowana. Bezprzecznie upada bardzo często bystrość wzroku dość znacznie bezpośrednio, lub też w najbliższym okresie po operacji, pozostała jednak utrzymuje się po większej części nadal. Zaniedbanie zaś operacji przyprawia zazwyczaj chorego o utratę wzroku. Wskazanie to zdaje mi się być choćby już dla tego usprawiedliwionem, że zbyt często nie mamy dokładnego sądu, czy chore na pojedynczą jaskrę oko nie podlega choćby nieznacznym i trudno dającym się zbadać objawom zapalnym.

Należy też sądzić, że opisana przez autora druga grupa należy do tych właśnie niepewnych przypadków, gdyż w innym razie nie możnaby pojąć dla czego autor podporządkował je pod jaskrę prostą i nazywa je tylko z pewnem zastrzeżeniem, »glaucoma chronicum inflammatorium«.

Wreszcie i przypadki pierwszej grupy opisane przez autora nie mogą zachwiać wskazania co do operacji prostej jaskry, gdyż jakkolwiek w 4 operowanych przypadkach wzrok się pogorszył, to jednak i w 5 innych nieoperowanych zmniejszyła się bystrość wzroku bardzo znacznie, gdyż najczęściej na liczenie palców odległości 2—3 m. (*Przyp. spraw.*).

niach można było wśród czerwonego dna poznać miejsce odpowiadające tarczy. Zagłębienie fizyologiczne znaczące się zazwyczaj barwą białą znikało w większości przypadków zupełnie. O miernym obrzęku przekonywały wyraźne paralaktyczne ruchy naczyń. Z innymi zmianami nie spotkał się autor w swych spostrzeżeniach. Raz jeden tylko znalazł w siatkówce małą wybroczynę. Dr. Bosse wyraża zdziwienie, że tak znacznym zmianom w wejrzeniu tarczy nerwu wzrokowego nie odpowiadały żadne czynnościowe zaburzenia. Co prawda ograniczał się on na zapytywaniu badanych, czy dobrze widzą. Żałować wypada, że nie uzupełnił swych ciekawych spostrzeżeń dokładnem oznaczaniem bystrości wzroku i pola widzenia. Że zmiany te w głębi oka są co do swej istoty dosyć niewinne, zatem przemawia także szybkość, z jaką ustępują po porodzie. U położnic w pierwszym dniu po porodzie znalazł on tarcz o prawidłowem już wejrzeniu w $\frac{1}{8}$ przypadków, drugiego dnia w $\frac{1}{4}$, między 3-cim a 10-tym dniem w połowie przypadków, jedenastego dnia w $\frac{2}{3}$, a począwszy od 15-go dnia u żadnej z położnic nie mógł stwierdzić przekrwienia ani obrzęku tarczy. Za przyczynę tej przejściowej zmiany pospolitej, jak widać, w przebiegu ciąży, uważa autor zmieniony skład krwi i ogólny zastój żylny.

Dr. K. W. Majewski.

XII. *Wyrostki rzęskowe w obrębie źrenicy.* (Ciliarfortsätze im Pupillargebiet). Dr. R. Schweigger.

W XXXIII tomie archiwum Knappa (str. 109) mieści się pierwszy w literaturze przez Siegrista podany opis wyrostków rzęskowych (*processus ciliares*) sięgających w obręb źrenicy. Drugi niezwykle ciekawy przypadek tego rodzaju spostrzegął Dr. Schweigger a opis jego oraz rysunek obecnie podaje.

Młody 22 letni człowiek zgłosił się do niego z prośbą o usunięcie w celu kosmetycznym przynajmniej zacząmy wrodzonej zasłaniającej źrenicę prawego oka. Oko to w całości nieco pomniejszone okazywało drżenie (*nystagmus*) i zez zbieżny. Po rozszerzeniu źrenicy, w której widać było ścienczałą, szczątkową zacząmę wrodzoną, ukazały się od strony nosa liczne (około 25) szeregami promienisto obok siebie ułożone wyrostki, ciemno-brunatnej barwy. Były one końcami do zacząmionej torebki silnie przyrośnięte i wystawały z poza wolnego brzegu rozszerzonej źrenicy na przeszło 2 mm.

Autor chcąc uczynić zadość życzeniu chorego, starał się wązkim nożykiem Graefego rozciąć torebkową zacząmę, ale, gdy ta usuwała się tylko przed naciskiem noża pociągając za wyrostki rzęskowe, co choremu wielki ból sprawiało, zaniechał na razie dalszych prób i dopiero po kilku dniach w głębokiej narkozie roz-

kawałkował zaćmę zapomocą nożyczek podanych do tego celu przez ojca swego Prof. Schweiggera. Po operacyi tej chory uzyskał czarną źrenicę, a wyrostki rzęskowe skureczyły się cokolwiek i schowały się poza tęczęwkę.

Dr. K. W. Majewski.

XIII. *Przyczynek do leczenia hydrophthalmus congenitus et infantilis.* (Beitrag zur Therapie des Hydrophthalmus congenitus et infantilis). Dr. C. Schoenemann.

Uleczalność *hydrophthalmus* uchodzi dość powszechnie za wielce wątpliwą. Podczas gdy jedni autorowie jak Schweigger i Stölting polecają leczenie operacyjne, jako jedyny środek prowadzący do celu, to inni o wiele liczniejsi przestrzegają przed wszelkim zabiegiem operacyjnym, a zwłaszcza przed irydektomią, wskazując na niebezpieczeństwa, jakie w tych przypadkach operacyi towarzyszą. Obawiają się oni wypływu ciała szklistego, zwknięcia soczewki lub wreszcie krwotoku śródgałkowego. Graefe z obawy tych powikłań uważa *hydrophthalmus* za *noli me tangere*. Haab, Stölting, Thier polecają samą tylko sklerotomią. Dopiero prof. Schweigger w roku 1891 wykazał, że irydektomia nie przedstawia tych wszystkich niebezpieczeństw, jeśli cięcie wykonamy po rogówkowej stronie rąbka spojówkowego i jeśli nie przystąpimy do operacyi nie sprowadziwszy poprzednio za pomocą ezeryny lub nawet w razie potrzeby za pomocą kilkakrotnie powtarzanego nakłucia rogówki obniżenia ucisku śródocznego. Tych zasad trzymał się Dr. Schoenemann w leczeniu *hydrophthalmus* i obecnie przytacza szczegółowe historye choroby siedmiu operowanych przez siebie przypadków. Szczególna wartość tych spostrzeżeń polega na tem, że z wyjątkiem jednego odnoszącego się do dziecka operowanego przed rokiem, wszystkie inne dotyczą chorych, u których autor miał sposobność przez cały szereg lat po operacyi badać jej następstwa i śledzić późniejsze losy operowanego oka. Otóż we wszystkich tych przypadkach, których opisu nie będziemy tu powtarzać, irydektomia wykonana wedle przepisów Schweiggera po poprzednim kilkudniowym stosowaniu ezeryny okazała się zbawiennym zabiegiem leczniczym, a nie sprowadziła w żadnym przypadku jakichkolwiek powikłań. Objawy jaskrowe ustępywały po niej szybko i bezpowrotnie, a oczy operowane, badane przez autora wielokrotnie po upływie miesięcy i lat nie okazywały już później ani żadnego podrażnienia, ani wzmożenia ucisku śródocznego. W kilku przypadkach wylorzyła się niedomiarowość miernego stopnia przy zachowanej dobrej bystrości wzroku. Ten pomyślny stan utrzymujący się trwale przez tak długi przeciąg

czasu napawa autora dobrą otuchą co do dalszych losów oczu przez niego operowanych.

Dr. K. W. Majewski.

Ó uszkodzeniach oczu wapnem. (Ueber Kalkverletzungen der Augen). Prof. Schmidt-Rimpler. (»Berl. kl. Wochenschr.« Nr. 36. 1900).

Udzielanie pierwszej pomocy przez laików w uszkodzeniach oka wapnem. (Die erste Hilfeleistung durch Laien bei Kalk- resp. Mörtelverletzungen des Auges). Dr. H. G. Stutzer. (»Deutsch. med. Wochenschr.« Nr. 37. 1900).

Prawie równocześnie pojawiły się dwie prace o tym samym przedmiocie, głównie jednak omawiające postępowanie polecone przez Andreae'go, mianowicie obfite wypłukanie sparzonego oka wapnem wodą, które to postępowanie było poniekąd dotychczas przeciwwskazane. Doświadczeniami swemi Andreae dowiódł, że przy dostaniu się wapna do oka, ma się do czynienia ze żrącym działaniem chemicznem, a nie ze sparzeniem wywołanem podniesioną ciepłotą: wapno bowiem zgaszone przy zetknięciu się z wodą nie wywołuje podniesienia temperatury, które wywołuje wapno palone i to tylko z niewielką ilością wody.

W pierwszej pracy, na podstawie statystyki z lat 10 w klinice w Getyndze i doświadczeń wykonanych na zwierzętach, zgadza się wprawdzie autor po części z zapatrywaniami Andreae'go dochodzi jednak do przekonania, że w przypadkach dostania się wapna do oka, lepiej jest użyć oliwy i radzi przede wszystkim mechanicznie usunąć wszystkie okiem dostrzegalne cząstki wapna, szczególnie z rogówki, zapomocą płotka płócienego, gazy lub waty umaczonej w oliwie, następnie przepłukać oliwą cały worek spojówkowy, za pomocą sikawki około 100 gr. pojemności dosyć silnym prądem. W razie dopiero, gdy nie ma pod ręką oliwy, można użyć w tym celu wody.

Autor zaś drugiej pracy podziela zapatrywanie Andreae'go że najskuteczniejszym środkiem w udzielaniu pierwszej pomocy w sparzeniu oka wapnem jest obfite i dość długie wypłukiwanie oka wodą, które ktokolwiek z otoczenia może skutecznie w następujący sposób: Chorego ułożyć na ziemi, tymczasem jakiegokolwiek naczynie (najlepiej z dzióbkiem) szybko oczyścić i napełnić czystą wodą. Jedną z otaczających osób, umywszy sobie przedtem ręce, klęka przy chorym po stronie sparzonego oka i rozwiera wielkimi palcami szeroko obie powieki, druga zaś na w ten sposób otwarte oko leje przyniesioną wodę ciekłym strumieniem z wysokości około $\frac{1}{2}$ metra (?!) tak długo, dopóki znajdują się jeszcze

jakie cząstki wapna. Następnie oddać chorego w opiekę lekarza. Motywuje zaś autor w ten sposób, że w wodzie mamy środek, który zawsze i wszędzie jest pod ręką i może być przez każdego użyty, strata zaś czasu na szukaniu innych środków może sparzonemu oku przynieść nieobliczalne szkody, dalej, że sposób postępowania jest nadzwyczaj prosty i łatwy, a przez odpowiednie opublikowanie może dojść do wiadomości najszerszych warstw ludności.

Dr. Łuniewski.

Ostre pozagątkowe zapalenie nerwu wzrokowego a histerya. (Acute retrobulbäre Neuritis u. Hysterie). Dr. Bregman z Warszawy (>Wien. med. Wochenschr.< Nr. 41. 1900).

Rozpoznanie między ostrą neuritis retrobulbaris a histeryczną ślepotą, napotyka nieraz na pewne trudności, czego przykładem jest przytoczony przez autora przypadek, w którym objawy jak: szybka utrata wzroku wśród towarzyszących bólów głowy, ból przy ruchach gałki, brak zmian na dnie oka, leniwe oddziaływanie źrenicy, obniżenie odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego, stosunkowo szybka poprawa wśród zaburzenia poczucia barw, przemawiały raczej za klinicznym obrazem ostrej neuritis retrobulbaris, niż za histeryą, którą przecie ze względu na inne znamienne objawy trzeba było rozpoznać.

To też autor przyjmuje możliwość skojarzenia się, względnie pewną zależność od siebie tych dwóch stanów chorobowych i to w ten sposób, że albo obie choroby, według najnowszych zapatrywań na istotę i przyczynę histeryi (Biernacki, Vigouroux, Bechterew) są wynikiem pierwotnego zaburzenia wymiany materii, gdzie owe nieznane nam toksyny działając na nerw wzrokowy wywoływałyby z jednej strony objawy oczne, z drugiej strony działając na mózg byłyby znów przyczyną histeryi; lub też zaburzenia oczne mogą polegać na naczynioruchowych zmianach w nerwie wzrokowym wywołanych histeryą. Takie naczynioruchowe zmiany, podobnie jak przy obrzmieniu histerycznem, mogą spowodować obrzmienie nerwu wzrokowego, przyczem włókna nerwowe muszą ulegć uciskowi ze strony tkanki łącznej, szczególnie w ciasnem i niepodatnem for. opticum.

Dr. Łuniewski.

III. ZE STOWARZYSZEŃ.

Sekcja okulistyczna na XIII kongresie międzynarodowym lekarskim w Paryżu. (Dokończenie.)

IV. posiedzenie, pod przewodnictwem Kriukowa z Moskwy, rozpoczęło kilku mniej ważnymi komunikatami, jak Bulla o *mierzeniu stopnia zbieżności stereoskopem*, Grosmana z Liverpoolu o *ilościowym badaniu poczucia barw*, Abadiego o *wycinaniu nerwu sympatycznego w przewlekłej jaskrze zwyczajnej*, Romera z Nancy o *angiomegalii symetrycznej górnych powiek*, występującej u młodych dziewczyn, wskutek podrażnienia psychicznego. — poczem przystąpiono do głównego tematu, t. j. do referatu: o *ośrodku korowym widzenia*, przedstawionego przez trzech referentów.

1. Angelucci z Palermo: Usunięcie półkul mózgowych u ryb i żab nie wywołuje obniżenia wzroku, dopiero u gołębi takowe nieznacznie się objawia, tak samo u królików. U psa występuje po usunięciu obu półkul aż do trzeciego zakrętu trwała ślepotą. U małpy występuje po wyłuszczeniu cuneus, fissura calcarina i lobulus lingualis przemijające widzenie połowiczne, z czego wynika, że i jeszcze u małpy ośrodek wzrokowy jest bardzo rozgałęziony. Stosownie do wzmagającego się znaczenia i wyodrębnienia półkul, dopiero począwszy od ptaków podrażnienie faradyzacyjne półkul wywołuje wzmagającą się zmianę szerokości źrenic i ruchów gałki: zmysłowe ośrodki korowe odpowiadają ośrodkom odpowiednich ruchów, co by wynikało z następującego doświadczenia: Elektryzując zmysłową korę mózgową u królika lub psa, otrzymujemy obustronne rozszerzenie źrenic, zboczenie skojarzone ku odwrotnej stronie i lekkie pochylenie powiek i gałek.

Zwracając prąd na tylną część zakrętu Terriera, otrzymujemy lekkie rozszerzenie źrenic i rozszerzenie szpary, a objawy te występują już przy bardzo słabych prądach, które zastosowane do innych części kory nie skutkują. Silniejsze prądy na zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię przedniej części lobus occipitalis dają zboczenie skojarzone gałek w przeciwną stronę i równoczesne pochylenie gałek, podrażnienie przedniej części lobus wywołuje lekkie zboczenie poziome, silniejszy zaś prąd odwrotne zboczenie skojarzone z uniesieniem gałek.

Doświadczenia na małpach wykazują, że ruchy boczne połączone z uniesieniem gałek, mają ośrodek w okolicy bardzo ograniczonej, wyłącznie w korze potylicowej położony, w sferze zaś czuciowej znajduje się ośrodek dla ruchów bocznych i ku dołowi,

który to ruch może także być wywołanym z przednich części płatków potylicowych.

Unoszenie i pochylanie w kierunku pionowym, jakoteż zbieżność, nie mają zdaje się żadnych szczegółowych ośrodków korowych. Ruchy te przychodzą do skutku albo przez powikłane asocjacje, albo przez połączenia, które nie leżą w korze, albo też ośrodki takie nie działają jednolicie, gdy silniejsze podrażnienie wywołuje także ruch boczny.

Doświadczenia Angelucci'ego potwierdzają zapatrywanie Bernheimer'a, że kora mózgowa, nie zaś przednie wzgórki czworacze zawierają ośrodek zwrotny dla ruchów gałek, z wyjątkiem przyrzędu mięśniowego tęczówki, która posiada osobny pęczek w corpus quadrigeminum i to przed pęczkiem skrzyżowanym, odchodzącym do kory.

Ang. dochodzi do następujących wniosków: U niższych kręgowców ośrodek jest jeszcze mezencefaliczny, umiejscowiony w lobus opticus, a półkule mają jeszcze bardzo podrzędne znaczenie. Dlatego też tutaj ruchy gałek ograniczone są do najważniejszego ruchu, to jest do zbieżności. Gdy zaś bez zwrotnych ruchów dowolne ruchy są niemożliwe, ostatnie zaś uważane być muszą jako ruch zwrotny wyższego stopnia, biorący swój początek z większej liczby ośrodków wyższych, przeto z tego wynika, że czynność wzrokowa niższych kręgowców należy do aktów zwrotnych niższego stopnia.

Z rozwojem półkul idzie w parze zmysłowe działanie i stamtąd wyłaniają się ruchy gałek. U człowieka tworzą korowe neurony rozgałęzione powiązanie ośrodków, tak, że przychodzi do przeniesienia na sąsiednie ośrodki, jako też pomiędzy obu półkulami. I tak, jeżeli wystawiamy jedno oko na działanie światła, gdy drugie przez czas niejaki utrzymujemy zasłonięte, nie odczuwamy po odsłonięciu tegoż żadnego olśnienia, ponieważ w zasłoniętym oku przez połączenia zwrotne te same neurony wzrokowe, co i w oku oświetlonym, pobudzone były. Tem też wytłómaczyć wypada niejedno fizjologiczne zjawisko, jak n. p. pobłyski (Nachbilder), występujące w oku niepodrażnionem. —

2. Bernheimer, jako korreferent, przedstawia część anatomiczną i doświadczalną przedmiotu. Zwalcza on przedewszystkiem zapatrywanie Munka o korowej projeceji siatkówek, a mianowicie o opisanej lokalizacyi korowej żółtych plamek. Tak samo zwalcza zapatrywanie Goltza, dotyczące siedliska czynności wzrokowych w pierwotnych ośrodkach optycznych, i nie zgadza się z Ferrier'em, jakoby gyrus angularis przedstawiał ośrodek wzrokowy. Według Bernheimer'a gyrus angularis jest tylko ośrodkiem dla ruchów skojarzonych i łączy się przez bardzo liczne włókna asocjacyi z wła-

ściwą sferą wzrokową, która, jak to słusznie Munk zaznaczył, znajduje się w całej korze płata potylicowego.

Sprzeczności, objawiające się w zdaniach rozmaitych fizjologów, tłumaczą się niedokładnością metody usuwania kory zapomocą noża, łyżki ostrej albo też Paquelinem. Przytem wprost albo pośrednio przychodzi do obrażenia części, poniżej usuniętej kory leżących, i tak n. p. promieniowania wzrokowego (Sehstrahlung), jako też włókien asocjacyjnych. Przy bardzo obszernem zniszczeniu równoczesnem także tych włókien asocjacyjnych, które ośrodek wzrokowy łączą z innymi ważniejszymi ośrodkami, jak mowy, słuchu, czucia i t. d., przychodzi do — tak zwanej przez Munk'a — *Seelenblindheit*. która nie jest wynikiem niepowikłanego wykluczenia pewnego okręgu kory potylicowej, jak się to Munk'owi zdawało.

Daleko wolniejsze od zarzutów wyniki otrzymał B. przez *a.* anatomiczne badania mózgu noworodków i dzieci 1—2 rocznych, przy czem zastosował swą metodę badania rozwoju osłonek rdzeniowych nerwu, i przez *b.* anatomiczno-doświadczalną metodę badania następowego zwyrodnienia (Marchi i Nissl).

Z badań Bernheimer'a wynika, że oba nerwy wzrokowe wysyłają prawie równą ilość włókien skrzyżowanych, jak i nieskrzyżowanych do pierwotnego ośrodka wzrokowego, t. j. do pulwinar thalami optici, do przednich wzgórków bliźniaczych (*Zweihügel*) i do corpus geniculatum externum, kończąc się pomiędzy komórkami zwojowemi tegoż. Za pośrednictwem komórek wkleszczonych, czyli przez Monakow'a t. zw. *Schaltzellen*, każde pojedyncze włókno nerwu wzrokowego stoi w połączeniu z całym szeregiem początkowych komórek mózgowego promieniowania wzrokowego. Włókna ostatniego, rozbieżnie przebiegając, gubią się w całej korze płata potylicowego, przede wszystkim zaś w jej powierzchni wewnętrznej, to jest cuneus, fissura calcarina, lobus lingualis, gyrus descendens. Zwłaszcza włókna, wychodzące z najważniejszego pierwotnego zwoju wzrokowego, to jest z corpus geniculatum externum, prawie wyłącznie dobiegają do wewnętrznej powierzchni płata potylicowego, dlatego też ona za najważniejszą część sfery wzrokowej uważaną być winna.

Korowego ośrodka dla macula nie ma; zjawisko, iż przy korowem równoimiennem widzeniu połowicznem maculae luteae przedstawiają się zdrowe, tłumaczy sobie Bernheimer, za przykładem Monakow'a, tem, że włókna makularne nigdzie nie tworzą osobnego pęczka, lecz pomieszane z innymi kończą się w corpus geniculatum externum. Po zniszczeniu najkrótszej drogi, na której bodźce z maculae dochodzące do kory, zawsze jeszcze drogami bocznymi do sfery wzrokowej dochodzą, dopóki tylko istnieje choćby

najślabsze połączenie między pierwotnymi zwojami, a płatem potylicowym. —

3. Henschen z Upsali, drugi korreferent, wykazał wyniki dochodzeń kliniczno-patologicznych i anatomicznych na mózgu ludzkim.

Jako najważniejszą rzecz, dotyczącą znajomości naszych o przebiegu włókien nerwu wzrokowego, zaznacza, że, tak przed, jako też po skrzyżowaniu włókna nerwu wzrokowego, zawsze zachowują położenie, odpowiadające odnośnym punktom siatkówki, to znaczy, że włókna, pochodzące z górnego kwadrantu siatkówkowego, zawsze górą przebiegają, z dolnego dołem, z nosowego po stronie nosa w nerwie, a po stronie skroni w przewodzie nerwu, odwrotnie co do włókien, wychodzących z kwadrantu skroniowego.

Co do pierwotnych zwojów wzrokowych, to tylko corpus geniculatum externum (przynajmniej u człowieka) otrzymuje optyczne włókna, oba drugie pierwotne zwoje wzrokowe, a mianowicie pulvinar i przedni wzgórek bliźniaczy zdaje się przedstawiać tylko zwoje zwrotne dla wrażeń wzrokowych, a siatkówkę i sferę wzrokową łączą z innymi częściami mózgowymi.

Według poszukiwań Henschen'a posiada także corpus geniculatum externum projekcję siatkówki. Projekcyja ta rozciąga się przez mózgowe promieniowanie do korowego ośrodka wzrokowego.

Mózgowe promieniowanie wzrokowe ma prawie przebieg poziomy i tworzy powróż 1 cm. gruby przy dolnym brzegu ciemieniowego rozbiegu Gratiole'ta. W zrazie ciemieniowym przebiegają włókna na wysokości pierwszej bruzdy skroniowej i drugiego zakrętu skroniowego. Dochodzą do właściwej sfery wzrokowej, którą H., w przeciwstawieniu do Monakow'a i Bernheimer'a, lokalizuje jedynie w korze przy fissura calcarina. Według niego projekcyja siatkówkowa istnieje także w korowym ośrodku wzrokowym, i to w ten sposób, że górna warga szczeliny ostrogowej odpowiada górnej, dolna dolnej połowie siatkówki.

Prawdopodobnie część ośrodka wzrokowego, odpowiadająca plamce żółtej, tem się odznacza, że tutaj każdy punkt odbiera włókna, pochodzące tak z górnej, jako też z dolnej połowy siatkówki. Tem się tłumaczy brak zmian w żółtej plamce, występujący niekiedy przy połowicznym polu widzenia. Na podstawie krytycznego przeglądu swego materiału zwalczą H zapatrywania Bernheimer'a i Monakow'a co do żółtej plamki.

H. zauważa, że na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości nie możemy określić, która warstwa komórek korowych szczeliny ostrogowej w bezpośrednim stoi związku z promieniowaniem wzrokowem.

Badania nasze na mózgach osób dawno oslepyłych nie dopro-

wadziły do żadnego jednolitego wyniku, ponieważ przy długotrwałej bezczynności optycznych przewodów wzrokowych, nie tylko komórki bezpośrednio złączone, ale wszystkie warstwy korowe zrazów potylicowych ulegają zanikowi, gdyż wszystkie czynnościowo są ze sobą połączone. —

Rozprawa: Monakow raz jeszcze zaznacza, że nie uznaje projekcy siatkówki w korze mózgowej. Przy starych ogniskach miażdżowych nie można oznaczyć, co jest pierwotnem a co następstwem. Dowód lokalizacyi żółtej plamki mielibyśmy dopiero wtenczas, gdyby nam się udało wykazać widzenie odosobnione połowiczne samej żółtej plamki.

Henschen zapytuje Monakowa, jak pogodzi występujące rzeczywiście połowiczne widzenie korowe w postaci kwadrantu z własnem zapatrywaniem, że nie istnieje projekcyja korowa siatkówki?

Bernheimer: Monakow żąda na udowodnienie teoryi Henschena przypadku odosobnionego makularnego połowicznego widzenia. Ja zaś dalej idę, twierdząc, iż przypadek taki jest wprost niemożliwym wobec rozlanego rozprzestrzenienia się włókien makularnych w zewnętrznym corpus geniculatum, a rozprzestrzenienie to istnieje według moich badań anatomicznych.

W jednym przypadku, który tutaj przytaczam tylko dla tego, że byłem zaczepionym przez Henschena, starałem się na drodze doświadczenia o tem przekonać się. Zniszczywszy bowiem u małpy igłą dyscyzyjną samą tylko żółtą plamkę, badałem mikroskopijnie następowo zwyrodnione włókna nerwowe a wynik doświadczenia najzupełniej potwierdził moje dotychczasowe zapatrywanie.

V. Posiedzenie. Przew. Prof. Albertotti z Modeny.

Ref. ogólny: *O leczeniu przed i po operacyi zaćmy.*

Referent Schioetz z Chrystyanii zaznacza co następuje: Dokładne odkażenie powiek można tylko skutecznie po wyrwaniu wszystkich rzęs, takowe zapobiega nadto zlepianiu się powiek. W czasie kilkodniowym pomiędzy wyrwaniem rzęs a operacyą oczyszcza się spojówkę wodą fizyologicznie słoną. Przed operacyą zakłada się opaskę próbną.

Po operacyi opaski nie zakłada się. Na 100 przypadków leczonych z opaską przypało 1 zakażenie pierwotne, 5 późniejszych, z których dwa wskutek panophthalmitis skończyły się utratą wzroku, gdy 3 przez galwanokaustykę udało się ocalić. Nadto nastąpiła utrata 4 innych oczu a mianowicie po jednym przez oclusio pupillae, iridocyclitis, glaukoma i utratę ciała szklistego. Na 50 bez opaski leczonych przypadły 3 utraty, a pomiędzy temi 2 przez zakażenie.

Rozprawa. Landolt zakłada opaskę, gdyż tylko tak można chorych do spokojnego zachowania spowodować. Valude zawięzuje jedno tylko oko, a opaskę zdejmuje dopiero czwartego dnia. Przed operacją używa formolu do odkażania powiek. Mc. Hardis z Londynu jest przeciwny epilacyi, a zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia przez usta operatora i asystenta.

Wspomina o przypadku zakażenia spowodowanego przez *sarcina stomachicalis* (?). Używa opasek Snellena, a ręce zawiązuje chorym operowanym tak, że mogą się nimi posługiwać, jednak do ócz nie dosięgną.

Kuhnt z Królewca zachwala przepłukiwanie dróg łzowych a obmywanie brzegów powiekowych sublimatem. Zamiast epilacyi wystarczy obcięcie rzęs.

Gałęzowski przywtarza Kuhntowi i zaznacza, że blepharitis, co się przecież samo przez się rozumie, winna być przed operacją leczoną. Opaskę uważa za niezbędną, a używa do tego tafetu odjałowionego przymocowanego kollodionem.

Javal słusznie podnosi, że mylnem jest zdanie, jakoby opaska jak najstaranniej założona mogła oko unieruchomić.

Lagrange odmawia epilacyi skuteczności na podstawie statystyki referenta.

Po wyczerpaniu rozprawy wygłosił True z Montpellier swój wykład o dwóch przypadkach zepchnięcia zaćmy, która to operacja i dziś bywa wskazaną, mianowicie jeżeli jedno oko wskutek krwotoku naczyniówkowego stracone, dalej u obłąkanych, alkoholiczków itd.

Panas podziela zdanie prelegenta, to samo Hirschberg, Dor, Gayet, który nigdy tej operacyi nie zaniechał, a nawet w bieżącym roku już 6 reklinacyi wykonał, Tegoż zdania jest Valude.

Wicherkiewicz zasadniczo jest przeciwnikiem operacyi, której złe skutki widywał u chorych operowanych niegdyś przez Jungkena w Berlinie. Polegały one na późniejszym zmętnieniu ciała szklistego, zaniku naczyniówki i siatkówki, a nawet na odczepieniu siatkówki. Przyznaje jednak, że wyjątkowo może ona mieć *faute de mieux* swe uzasadnione.

1. Hoquard podaje *wyniki badań anatomicznych ócz operowanych na zaćmę*, zaznaczając położenie blizny po cięciach płatowych oddalonych więcej aniżeli 1 mm. od cięciwy mięśnia rzęskowego, a dalej nierówność cięcia (pewnie indywidualne, *uwaga sprawozd.*).

2. Vacher z Orleanu mówi o *operacyach zaćm z mostem spojówkowym*, który zabezpiecza przed wypadnięciem tęczówki i zakażeniem.

Następne komunikaty 4. Terriena o usunięciu zupełnem zaćmy następowej; 5. Loughnona o nowym sposobie operowania zaćm następowych; 6. Vitaliego z Bari o zwyczajnej operacyi zaćmy nie-dojrzałej; 7. Tersona, ojca, o wyrwaniu przedniej torebki, — nie budziły żadnego zajęcia nie podając nic nowego.

8. Bourgois z Reims wspomina o operacyi zaćmy bez irydektomii przez cięcie boczne ze szwem rogówkowym. Operacyę swą żmudną przeznaczą dla niespokojnych osób lub takich, których oczy bardzo wystają, osób głuchych, dalej o wąskiej szparze, a także dla zaćm zwichniętych.

Postępowanie polega na wprowadzeniu przy bocznym rąbku dwóch ze sobą w rękojeści złączonych broad needles do przedniej komórki, a prowadząc następnie jedną igłę ku górze, drugą ku dołowi operator rozszerza ranę pozostawiając mostek, który nożykiem o końcu gałkowatym przecina, przeprowadziwszy poprzednio dla górnej i dolnej połowy rany nitkę przez rogówkę i brzeg twar-dówkowy. Sześć w ten sposób operowanych przypadków miało dać dobry wynik.

VI. Posiedzenie. Przew. Garcia Calderon z Madrytu.

1. Rolland z Toulouzy o zapobieganiu i leczeniu krótkowzroczności, przez wyrwanie nerwu zewn. nosowego (*nas. ext.*). Przez tę operacyę miałyby kurczowa postać krótkowzroczności zupełnemu uleść wyleczeniu, a osiową wstrzymuje się w rozwoju lub ogranicza.

W rozprawie słusznie zaznacza Lagrange, że nie pojmuje, jak wyrwanie nerwu czuciowego ma wpływać na mięsień rzęskowy, w tymże duchu przemawiają Motaïs i Badal z Bordeaux, który nie widywał skutków po tej operacyi.

2. Grandclement z Lyonu mówi o nowych spostrzeżeniach i zapatrywaniach na *tz. uveitis iridica*, pod czem rozumie nawały jagodówkowe z przerwami lata trwającymi, a połączone z nieznanem przekrwieniem oka i zrostami tylnymi. Choroba ta, zazwyczaj obustronna, zachodzi u kobiet we wieku od 15—50 lat, przy zaburzeniach w miesiączkowaniu i prowadzi powoli do ślepoty. Syfilis, lub gościec nie stanowią przyczyny etiologicznej. Atropina nie zapobiega chorobie, natomiast irydektomia działa skutecznie. Oprócz tego zajęły posiedzenie rozmaite demonstracye tak przyrzędów jako też i preparatów.

VII. Posiedzenie.

1. Darier rozwodzi się nad znaczeniem *dioniny* jako środka znieczulającego i działającego na podobę zastrzykiwań podspójńekowych soli kuchennej. Zdaniem Darier'a dionina usuwa ból przy zapaleniu tęczówki, tęczówko-rzęskowem i jaskrze, i działa wprost przeciwzapalnie.

W rozprawie zaznacza Neuschüller z Bonn, że zarzucił dioninę, jako wywołującą zbyt silne oedema, które chorego przestrasza.

Joëqs i Dor, syn, widzieli dobre skutki.

2. Antonelli z Paryża mówi o *wziernikowych znamionach odziedziczonej i atawistycznej syfilis*. Antonelli potwierdził na 400 nowych przypadkach zapatrywania dawniej wypowiedziane o tych wziernikowych znamionach (stygmatach) kiły odziedziczonej, które mu pozwalały w wielu przypadkach, objawy parasyfilityczne, jak wrzody goleniowe u młodszych osób, żylaki, wyrzuty podobne do wilka, uznać za syfilityczne i przez stosowne leczenie usunąć.

3. Referat: *O mechanizmie akomodacji*.

a. Pierwszy referent Hess z Marburga: Według niego teoria Helmholtz'a zawsze utrzymuje się, sam zaś odmiennego jest zdania o tyle, iż zaprzecza, jakoby zawieszadło Zinn'a także w czasie akomodacji było naprężone przez ciśnienie ciała szklistego, co już i fizykalnie dlatego byłoby niemożliwem, gdy, jak już on, a także inni wykazali, ciśnienie w przedniej komorze i w ciele szklistem jest równe, a także niemożliwe fizyologicznie wobec tego, iż referent niewątpliwie wykazał zmianę położenia soczewki w czasie akomodacji. H. zwraca raz jeszcze uwagę na zmianę położenia całej soczewki, nie zaś, jak to Tscherning przypuszczał, samej masy soczewkowej w obrębie torebki. Nowsze badania Hess'a i Heinego wykazały, że napięcie wśródgałkowe w czasie akomodacji nie doznaje żadnej zmiany, podnosi się zaś wskutek kurczu zewnętrznych mięśni ocznych. Z tego zaś wynika, że zupełne uwzględnienie refrakeyi krótkowzrocznych wychodzi na korzyść myopów, gdyż wskutek uchylenia nadzwyczajnej zbieżności powstrzymuje się wzmożenie napięcia, towarzyszącego właśnie zbieżności, które to napięcie do wydłużenia gałki się przyczynia. Natomiast połączone z noszeniem szkieleł naprężenie akomodacji nie przyczynia się do większego napięcia.

Także i zapatrywanie, jakoby akomodacja przyczyniała się do wytworzenia jaskry, niema wobec powyższych danych podstawy, co zresztą odpowiada i doświadczeniu, że miotica są dobrymi środkami przeciw jaskrze.

Omawiając stosunek akomodacji do presbyopii, nie zgadza się referent z zapatrywaniem, jakoby z wiekiem to samo wypuklenie soczewki wymagało silniejszego wysiłku akomodacji. Gdyby tak było, musiałby albo stosunek akomodacji do zbieżności ciągle się zmieniać, co, jak wiemy, niema miejsca, albo presbyop musiałby, chcąc z bliska widzieć, zezować.

Według Hess'a ten sam wysiłek akomodacyjny, t. j. ten sam

kurcz mięśnia rzęskowego, wywołuje zawsze tę samą zmianę postaci soczewki, dopóki ona nie osiągnie maximum swej zdolności wypuklania się, i to zupełnie niezależnie od wieku człowieka i ścisłości soczewki. Poza tem maximum każde dalsze wysilenie byłoby bezskutecznem (akomodacya ukryta), a w rzeczywistości przez presbyopów bywa zaniechanem. Z wzmagającym wiekiem, gdy soczewka staje się coraz twardszą, odpowiada coraz mniej wypukłą postać soczewki jej równowadze elastycznej, przytem punkt dali coraz więcej się odsuwa, a jawna akomodacya ustępuje coraz więcej miejsca ukrytej.

W końcu H. zaprzecza istnieniu tak zwanej ujemnej akomodacyi, rzekomo, według Mora't'a i Doyon'a, zależnej od nerwu sympatycznego, a także istnieniu akomodacyi częściowej, to jest niezbornej. —

W rozprawie zabiera głos Schoen z Lipska, twierdząc, że Hess nie uwzględnił dostatecznie anatomicznych motywów przeciw teorii Helmholtz'a, przyjmuje częściową akomodacyę i przedkłada nowy model dla wykazania mechanizmu akomodacyjnego.

Tscherning: Postać soczewki z oka wydobytej nie odpowiada postaci akomodacyjnej, jakby to wynikało z teorii Helmholtz'a. Pierwsza ma zbliżoną postać do soczewki, znajdującej się w stanie spoczynku akomodacyjnego.

W niektórych atoli patologicznych stanach znajdujemy niekiedy soczewkę anatomicznie w stanie akomodacyi, a mianowicie, jeżeli wiązadło Z. za życia ulegało nieprawidłowemu ciągnięciu. Niekiedy przy zapaleniu tęczówki spostrzeganą krótkowzroczność możnaby sobie tłómaczyć nadmiernem wydzieleniem cieczy wodnej, która wtenczas wywiera silniejsze ciągnięcie. Tsch. starał się wstrzyknięciem żelatyny do przedniej komórki oznaczyć stosunek głębokości p. k. do postaci soczewki, ale rysunki przedłożone pozostawiają wiele do życzenia, by mogły poprzeć teorię autora.

Dor, syn, podnosi, że doświadczenie bardzo ścisłe Mora't'a i Doyon'a, według których nerw sympatyczny miałby być przeciwnikiem okoruchowego przy akomodacyi, nie zostały dostatecznie zwalczone.

Lagrange nie zgadza się z tem, by zupełna korekcyja miała być korzystną dla krótkowzrocznego, a stanowczo przyjmuje akomodacyę astygmatyczną.

Guende z Marsylii: Przypadki krótkowzroczności urazowej z drzeniem tęczówki przemawiają za teorią Helmholtz'a.

Ostwalt z Paryża: Przesunięcie soczewki przy silnej akomodacyi łatwo wykazać, a przemawia ono stanowczo za teorią Helmholtz'a. O. przyjmuje także częściową akomodacyę przy niezbor-

ności, a doświadczenia i rozumowania Hess'a bynajmniej przeciw temu nie przemawiają. Nasze codziennie powtarzające się spostrzeżenia przemawiają za tem, że przynajmniej niektórzy astygmatycy zdołają część swej niezborności przez kurez akomodacyjny pokryć¹⁾.

W końcu odpowiada Hess: Uwag Schoen'a, tylokrotnie zwalczanych, nie uwzględnia. Co do Tscherning'a, to dziwi się, że tenże z badań ocz, które leżały w płynie Myller'a, chce wnioskować o rzeczywistej postaci soczewki. Mylnem jest dalej zapatrywanie autorów, jakoby emetrop mógł częściowo, t. j. astygmatycznie, akomodować. Dotychczas ani w jednym przypadku nie wykazano bez zarzutu akomodacji astygmatycznej. —

4. Piąty główny temat brzmiał: *Reforma w oznaczaniu bystrości wzrokowej*, a referentem był Javal.

Tak jak przez zaprowadzenie dioptryi otrzymujemy równe odstępy między rozmaitemi szklami, tak też starać się powinniśmy takie odstępy w geometrycznym postępie dla oznaczenia bystrości wzrokowej osiągnąć.

Wielkość typów Snellen'a nie zmienia się według pewnej normy, — właściwą byłoby rzeczą, gdyby wielkość liter zmniejszała się w geometrycznej proporcji. Z praktycznych względów poleca J.

3

jako koeficient $\sqrt{2} = 1,41$, jaki już Green w roku 1868 proponował. Próby na tej zasadzie otrzymane zbliżałyby się bardzo do typu Snellen'a. Skoro $>1<$ oznacza kreskę najmniejszych prób Snellen'a, grubość następnych przedstawiałaby się w następującej proporcji:

1,5—2—3—4—6—10, a według Javala: 1,4—2—2, 8—4—5, 6—8.

Podana przez Snellen'a bystrość wzrokowa jest nadto o połowę za niską, a zatem dopiero jego $1\frac{1}{2}$ stanowi bystrość wzrokową prawidłową. Rozpoznawanie grubych liter mniej jest zależnem od oświetlenia, aniżeli wielkich a cienkich, dlatego pierwsze więcej są stosowne. Wogóle litera może być w 1000-krotnem oddaleniu jej wysokości rozpoznawana.

Dla badania z bliska poleca J. fotograficzne pomniejszenie wielkich liter o $\frac{1}{20}$.

Gdy zawsze tylko na 5 mt. albo 25 cm. badamy, będzie w przyszłości potrzeba tylko podawać wysokość liter.

Rozprawa: Landolt jest przeciwny używaniu liter do oznaczenia bystrości, a nie sądzi, by metoda przez Javal'a podana

1) Odpowiada to także najzupełniej naszemu doświadczeniu.

odpowiadała potrzebom praktycznym: z jednej strony za wiele, z drugiej za mało mamy numerów.

Geometryczna równoodstępowa serya jest więcej naukową, decymentalna zaś praktyczniejszą.

Javal podtrzymuje zasadniczość i uprawnienie swej propozycji i poleca utworzenie komisji międzynarodowej, z 5 lub 6 członków składającej się, celem omówienia tej sprawy. Wybrano Javal'a, Hirschberg'a, Parent'a, z prawem kooptacyi.

VIII. Posiedzenie popołudniowe d. 8 sierpnia.

1. Baretto-Sampajo wspomina o *zwichnięciu soczewki do przedniej komórki u dwojga rodzeństwa*, z których jedno przez pochylenie głowy w tył i ucisk na rogówkę mogło soczewkę sprowadzić do prawidłowego położenia, a manewr ten powtarzał się przez dwa lata, ile razy ból w oku wystąpił wskutek ponownego zwichnięcia.

2. Demicheri: o *leczeniu wiądowego zaniku nerwu wzrokowego*. Przez zastrzykiwania podspojówkowe i podskórne azotanu sodowego miało w 5 przypadkach nastąpić polepszenie naosiowego wzroku, a także i rozszerzenie pola widzenia. Zastrzykiwania te powtarzał przez 3—4 miesięcy codziennie, i to 1 cm. kub. 6⁰/₀ rozczylnu.

3. Jonnesco z Bukaresztu: o *leczeniu jaskry przez resekcję nerwu sympatycznego szyi*, którą to operację 12 razy mniej więcej z dobrym skutkiem wykonał, i to nie tylko przy jaskrze prostej, ale także przy jaskrze przewlekłej zapalnej (gl. chronicum irritativum), w której poprzednio skutku nie osiągnął był przez irydektomię. W niektórych przypadkach dobry skutek utrzymywał się jeszcze po 3 latach. —

Rozprawa. Lagrange wykonał operację tę u zwierząt 30 razy, a zawsze po 2 miesiącach hypotonia znowu ustępowała prawidłowemu napięciu.

Panas uważa także hypotonię jako przejściową.

Chipault z Paryża 7 razy operował z najlepszym skutkiem

4. Jonnesco mówi o *wyłuszczeniu guzów nerwu wzrokowego z zachowaniem gałki* przez operację Kroenleina z dobrym skutkiem, który to skutek w rozprawie potwierdzają co do operacji Kroenleina, Valude w 3 razach, Axenfeld, — który celem zapobiegnięcia następowemu zezowi na zewnątrz, w innym miejscu zakłada ranę orbitalną, aniżeli zewnętrzną, — także w 3 razach, i Kuhnt dwa razy.

5. Schoen z Lipska mówi o *mechanicznym przesunięciu się błon przy krótkowzroczności*. Tam, gdzie staphyloma zachodzi, przypuszcza się, że twardówka w kierunku działania mięśni wewnętrz-

nych, przesuwają się ponad innymi częściami gałki, ale nie wytłómaczono dotychczas, jak się rzeczy mają w razach, gdzie wzornikowo garbca tylnego stwierdzić nie można. W przypadku przez siebie badanej krótkowzroczności, wynoszącej 6—7 dioptryi, granica naczyniówkowa dochodziła do samego nerwu, który przesunięty był ku skroni, gdy pochwa jego po stronie nosa była wyciągnięta.

Naczyniówka w dwojaki sposób może wzmożenie się objętości gałki pokryć, a mianowicie: *a.* przez rozszerzenie otworu dla nerwu wzrokowego czyli utworzenie garbca naczyniówkowego, albo *b.* przez przesunięcie ku tyłowi ciała rzęskowego i pogłębienie przedniej komórki. Obie ewentualności stoją do siebie w stosunku zależności, gdy przednia komórka bardzo jest głęboką, braknie zazwyczaj garbca, i odwrotnie. W przypadku zbadanym nie znalazł prelegent garbca, ale za to przednia komórka przynajmniej o 1 mm. była głębszą.

Prelegent zwraca jeszcze uwagę na wpływ przesunięcia soczewki na refrakcyę. Jeżeli w jednym z dwu ócz, o równej długości osiowej, soczewka leży głębiej, to korekcyja wyniesie całe 2 d. mniej, aniżeli w drugim; po usunięciu zaś soczewki w obu oczach, długość osiowa, a tem samem i refrakcyja będzie równą.

6. Lavagna z Monaco operował *przypadek torbieli surowiczego poza gałką* u dziecka półrocznego, które często pozwalało się psu lizać po twarzy.

Objawy były następujące: wystąpienie gałki o jakie 10 mm., zupełne opadnięcie powieki górnej i lekkie zapalenie wśródgałkowe nerwu ocznego. Torbiel z góry wyluszczone przez nacięcie brwi aż do kości i wywichnięcie gałki na zewnątrz.

Jeden z torbieli pękł, w drugim znaleziono pęcherz bąblowcowy z 6 przysawkami.

7. Schanz z Drezna mówi o *objawie źrenicznym Westphala-Piltza*.

Jak czytelnikom »Postępu« wiadomo¹⁾, opisali W. i P. prawie równocześnie objaw rzekomo nowy, a polegający na tem, że przy silnem zamykaniu powiek źrenica się zwęża, uważali zaś ten objaw jako współruch, powstający w podobny sposób, jak równoczesne zwracanie się gałki ku górze i zewnątrz.

Obaj autorowie przypuszczają, że gałąź źreniczna m. okoruchowego jeszcze wtenczas może przy silnem mrużeniu działać, gdy źrenica już na światło nie oddziaływa.

Schanz nie wierzy, by podrażnienie gałęzi źrenicznej w n. okoruchowym ten odczyn wywoływało, przypuszcza raczej, że jedynie mechaniczne podrażnienie odgrywa tutaj główną rolę. Ucisk

¹⁾ Por. »Post. Okulist.« 1900. Z. 6, str. 234.

mięśnia obrączkowego na gałkę, silne zwrócenie gałek ku górze i zewnątrz wywołuje zastój w naczyniach tęczówkowych, a z nim zwężenie, które może wystąpić, gdy źrenice na światło nie oddziałują. Sch. często spostrzegał ten objaw, a jako potwierdzenie swego zapatrywania uważa przypadek oftalmoplegia interna, w którym można było ten objaw źreniczny wywołać.

Że w oczach prawidłowych objawu tego nie stwierdzamy, przyczyny w tem szukać należy, że oddziaływanie źrenicy na światło jest silniejsze, aniżeli zwężenie, spowodowane przez ów zastój naczyniowy. Objaw więc W.-P. najwidoczniej wystąpi na źrenicach nieruchomych o średniej wielkości.

8. Campos z Paryża przytacza *przypadek zakażenia spojówki i rogówki, wychodzącego z gruczołu Meibom'a*, co by przemawiało za twierdzeniem Panasa, że gruczoły brzegów powiekowych stanowią najważniejsze źródło zakażenia. Wobec tego byłoby wskazaniem oczyszczanie brzegów przed operacjami olejnym roztworem środków odkażających.

W końcu demonstrowano zapomocą aparatu projekcyjnego rozmaite okazy, pomiędzy innymi Rochon Duvigneaud okazy, dotyczące anatomii oka, Elschnig z Wiednia rozmaite przecięcia oka prawidłowego i patologicznego, Hocquard z Paryża fotografie wiązadła Zinna, mięśnia rzęskowego w stanie spoczynku i napięcia. —

Po obfitej biesiadzie naukowej ugrupowali się kongresiści w dziedzińcu Hôtel-Dieu dla zbiorowej fotografii, mającej stanowić miłą pamiątkę wspólnie spędzonych chwil. — III.

IV. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Art. corporis vitrei perseverans.

Przetrwanie tętnicy ciała szklistego należy bądźco bądź do rzadko spotykanych nieprawidłowości. W dniu 6 grudnia zgłosiła się do mnie po poradę A. S. z Gołonoga. Oczy okazały się budowy krótkowzrocznej I Dioptr. W obydwu oczach wzornik wykrył poruszającą się nitkę czarną: w oku prawem przebiegającą na wskroś (falisto) ciało szkliste od tarczy nerwu wzrokowego do zagłębienia miseczkowatego, w oku lewem połączoną jedynie z tarczą nerwu. W oku prawem art. hyaloidea przyczepioną była do fovea patellaris na 2 mm. od środka źrenicy w stronę nosa. Chora, pomimo powyższej nieprawidłowości w oczach, na muszki latające przed oczyma nie uskarżała się nigdy.

Przypadek art. corp. vitr. perseverans komunikuję Sz. Redakcyi »Postępu«, jako spostrzegany przezemnie w obydwu oczach jednocześnie. Za przyczynę oderwania tętnicy od soczewki w oku lewem pocytuje kurczowe naprężenia akomodacyi. Dr. W. Talko.

V. LECZNICTWO.

34. Kwas jodowy w leczeniu jaglicy. Dr. Schiele, rosyjski lekarz wojskowy poleca kwas jodowy, — zastosowany w medycynie po raz pierwszy w r. 1894 przez Ruhemanna, — jako środek miejscowy działający bardzo skutecznie w jaglicy i jej powikłaniach, przy równoczesnem podawaniu jodku lub jodanu potasowego na wewnątrz. We wczesnych okresach jaglicy zapisuje Dr. Schiele 1 do 3% roztwór kwasu jodowego z poleceniem zapuszczania do worka spojówkowego. Już przez to uzyskuje zazwyczaj zmniejszenie ziarnistości i nabrzmienia spojówki, a zarazem ustąpienie światłowstrętu i łzawienia. W okresach późniejszych pędzuje on spojówkę powiek rozczynek zawierającym 6% jodku potasu i 5% kwasu jodowego, wreszcie przypala ziarnistość kryształem czystego kwasu jodowego *in substantia*. Nadto wykonywa mięsienie spojówek po poprzedniem posypaniu ich proszkiem następującego składu:

Acidi jodici	1,0
Natrii jodici	5,0
Acidi borici prlv.	100,0

Na wewnątrz podaje Schiele jod w zwyczajny sposób w postaci rozczynek jodku potasu lub też robi zastrzykiwania podskórne po pół lub jednym cm. sześciennym 10% jodanu potasowego. („Sem. médicale“).
K. W. M.

35. Płyn przeciw gruźlicy. Zachwalany przez Kachera z Orleanu dla leczenia gruźlicy krtani płyn oddać może także, o czem nawet w jednym przypadku mieliśmy sposobność przekonać się, usługi przy podobnem cierpieniu spojówki. Płyn ten składa się z następujących części: Aetheris jodoformii saturati 100,0, Guajacoli 5,0, Eucalyptoli 2,0, Mentholi 1,0. (Rev. hebdomadaire de laryngologie 1900 Nr. 46).

36. Różę leczy Desquelle pędzując miejsca zajęte i otoczenie następującym płynem: Rp. Olei camphorati 30,0, Guajacoli cryst. 1,0, Mentholi 1,0 M. D. SM. („Journal des praticiens 1900 Nr. 46).

VI. ROZMAITOŚCI.

Encyklopedia spraw i przedmiotów dotyczących ślepoty i ślepych wydana została w dwóch tomach przez A. Mell'a p. t. „Encyclopädisches Handbuch des Blindenwesens“ (Lipsk i Wiedeń 1899). Celem tego popularnego dzieła jest zapoznanie szerszego ogółu z postępem, jaki uczyniły liczne istniejące już zakłady ciemnych w kształceniu i rozwijaniu władz i zdolności umysłowych u swych wychowan-

ków, pozbawionych tak ważnego zmysłu, jakim jest wzrok. Ponieważ dzięki wydoskonalonym metodom nauczania sztuka czytania i pisanie jest dziś dla ociemniałych dostępną, przeto mogą się oni nie tylko rękodzielcom, w których nieraz wielką okazują sprawność, ale także zajęciom intelektualnym z pożytkiem oddawać. Wiadomo, że istnieją osobne biblioteki i czytelnie dla ślepych. Obowiązkiem jest państw i społeczeństw starać się zapewnić wszystkim ślepym odpowiednie ich zdolnościom wykształcenie przez tworzenie odpowiednich zakładów i ich należyte wyposażanie. (Wedł. „Klin. Monatsbl.“). *K. W. M*

Napięcie śródgałkowe a górny zwój szyjny nerwu współczulnego (*ganglion cervicale supremum*). Na posiedzeniu paryskiego towarzystwa biologicznego z o. 24 listopada b. r. Lagrange i Pachen (z Bordeaux) okazali psa, u którego przed dwoma laty wycięty został górny zwój szyjny nerwu współczulnego po prawej stronie. Po operacji tej oko prawe bardzo zmięкло i to obniżenie ucisku śródocznego utrzymało się przez sześć tygodni, poczem napięcie zaczęło się wzmacniać, ku końcowi drugiego miesiąca stało się znowu zupełnie prawidłowe i utrzymuje się w tym stanie dotychczas. Doświadczenie to o tak długim okresie spostrzegania stanowi dowód, że obniżenie ucisku po wycięciu szyjnego zwoju współczulnego, wyzyskiwane w ostatnich czasach wielokrotnie w celach leczenia jaskry, jest nietrwale, nie ziści zatem zapewne pokładanych w niem nadziei¹⁾. (Według „Sem. Médicale“). *K. W. M.*

Elektryczność w celach rozpoznawania wągra podsiatkówkowego zastosował Prof. Carlo de Vincentis „Annali di ottalmologia“ 1899, fasc. 2, w ten sposób, że oba bieguny prądu stałego albo też przerywanego zakładał na skronie. W chwili przerywania prądu widzi się wziernikując tak w ognisku wypukłości siatkówkowej jakoteż w otaczającej powierzchni wciąganie, w czasie którego dają się wyróżnić dwa objawy. 1. Gdy wypukłość po retrakeyji znowu się podnosi, powstaje na brzegu jej smuga niebieskawa coraz więcej od brzegu oddalająca się, 2. w środku wypukłości widać powierzchowny bardzo nieznaczny ruch jakoby ciemniejszej plamki. Zjawisko to daleko wyraźniej występuje przy wągach w ciałku szklistem. (Według ref. „Wsch. f. Ther. u. Hyg.“ Nr. 10).

Prątek Weeksa wywołuje nierzadko zapalenie spojówki noworodków podobne do rzeżączki, ale rokowanie jest daleko lepsze, aniżeli w rzeżączce, gdyż rogówka prawie nigdy nie bywa zagrożoną. Ważną zatem jest rzeczą celem dokładnego rozpoznania zbadanie wydzieliny

¹⁾ Zapatrywania niekorzystne dla sympatectomii przeciw jaskrze objawiały się już na kongresie międzynarodowym (por. spraw. sekcji okul. w „Post. Okul.“).

mikroskopowe. Takie doświadczenie ogłasza Fage w towarzystwie lekarskim w Amiens i zaznacza, że lekkie rozczyzny saletrzanu srebra protargol lub cynk do leczenia choroby tej wystarczają. („La clinique Opth.“ 21, 1900).

Nowy sposób barwienia dwoinek podaje Plato w wydziale lekarskim tow. śląskiego „f. vaterlaend. Cultur“. Do wydzielin świeżej na szkiełku przedmiotowym zapuszcza się odrobinę czerwieni neutralnej zubożonej (Neutralroth), zmieszanej z rozczyntem fizyologicznym soli kuchennej, przykrywszy szkiełkiem, poddaje się badaniu immersyjnemu. Wszystkie dwoinki przedstawiają się teraz czerwono zabarwione, gdy reszta pola pozostaje bezbarwną. Objaw ten polega na życiowym barwieniu, w żyjących bowiem leukocytach zabarwiają się tą czerwienią takie białkowate istoty, które przez fagocytozę do nich się dostały. („Klin. therap. Wschr.“ 1900 Nr. 40).

W Karlsruhe założono przy pomocy legatu lecznicę oczną o 32 łózkach, a kierunek jej oddano znanemu okniście Dr. Gelpkiemu.

Takiż zakład miejski o 54 łózkach powstał w Moskwie, a kierownictwo objął Dr C. Adelheim.

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr. Hippel z Halli n. S. mianowany prof. w Gettyndze na miejsce Schmidt-Rimplera, który w tymże charakterze przeniósł się do Halli.

Prof. Adamiuk w Kazaniu wzięł emeryturę.

Nadzw. Prof. Ewetzky mianowany zwyczajnym prof. w Jurjewie czyli Dorpacie.

Habilitowali się dla okulistyki: Dr. Siegrist w Bazylei, Dr. Adario w Neapolu.

Posady systemizowane elewów kliniki okulistycznej w Krakowie są do obsadzenia. Bliższych wiadomości udzieli dyrektor kliniki.

VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dnia 10 grudnia zmarł w Warszawie w 34 roku życia Dr. Bronisław Wagner, b. ordynator oddziału ocznego w warsz. szpitalu

dla dzieci. Był to skromny pracownik, któremu — niestety — nie dano doczekać owocu swej tak pięknie rozpoczętej działalności dla dobra ogółu i pożytku nauki.

Dr. J. Talko.

W Brukselli um. d. 24 sierpnia w w wieku 64 lat Dr. Pierre Desire Lebrun, kierownik zakładu oftalm. w Brabancyi, znany z metody operowania zaćmy płytkiem cięciem płatowem bez irydektomii.

W Nowym Jorku um. Dr. Noyes, prof. okulistyki i otyatrii w Bellevue Hospital College.

W Madrycie um. d. 21 lipca z. r. znany okulista Dr. Osio, ur. w r. 1840 w Caracas, uzyskawszy w r. 1865 stopień doktora, odbywał specjalne studia w Paryżu, Londynie, Berlinie, Wiedniu, a także w Wiesbaden, gdzieśmy mieli sposobność poznać tego sympatycznego kolegę. Osiedlwszy się w Barcelonie miewał przy tamtejszym wydziale lekarskim jako docent wykłady okulistyczne, a tak samo później w Madrycie, dokąd się przeniósł w r. 1881. W obu miejscowościach rozniecił swą energią ruch naukowy i wybitny nadawał kierunek pracom naukowym i publicystycznym w ojczystym języku. Nieraz i później spotykaliśmy go na kongresach międzynarodowych zawsze szukającego postępu. —

IX. JAWNA KORESPONDENCYA.

Odpowiedź koledze p. *Bednarskiemu*.

W sprawie »sideroskopu« wypowiedziałem na Zjeździe Szanownemu prelegentowi to tylko, co napisałem w lipcowym zeszycie Post. Ok. na str. 279. To co podano na str. 325 w dyskusyi, włożono mi w usta przez sekretarza sekcyi w zmienionej formie. Zagalopowałbym się bardzo daleko, gdybym wypowiedział o zastosowaniu igły magnesowej w praktyce oftalmicznej jeszcze przed 70 laty, — wreszcie kiedy okuliści byli za nadto biedni w narzędzia i aparaty w ogóle, a szczególnie w te, które ułatwiałyby im badanie obrażeń głębokich części oczu. W każdym razie wdzięczni jesteśmy Drowi B. za opis ciekawego referatu Narbutta, który — co prawda — nieznanym nam był szczegółowo. *Dr. J. Talko.*

X. Wykaz polskich oryginalnych prac okulistycznych ogłoszonych w r. 1900.

1. Dr. Gabszewicz A.: *Wysadzenie gałki tętniącej (erophthalmus pulsans)* Gazeta lekarska Nr. 1—9.
2. Miklaszewski: *O nierówności zmiennej źrenic.* Kronika lekarska Nr. 1 i 2.
3. Dr. Strzemiński I.: *Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej.* Postęp okulistyczny Nr. 1 i 2.
4. Prof. Wicherkiewicz: *O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.* Postęp okulistyczny Nr. 1, 2 i 3.
5. Dr. S. Cetnarowicz: *Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie.* Nowiny lekarskie Nr. 3.
6. Dr. K. Noiszewski: *Powidoki, przyczynek do nauki o różnicy pomiędzy obrazami siatkówkowymi a kolorowymi.* Nowiny lekarskie Nr. 4.
7. Dr. L. Bregman: *O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną, oraz kilka uwag o odosobnionem porażeniu urazowem nerwów okoruchowego i bloczkowego.* Kronika lekarska Nr. 4.
8. Dr. Stasiński: *Przypadek neuroparalitycznego zapalenia rogówek.* (Spostrzeżenie z praktyki). Nowiny lekarskie Nr. 5.
9. Dr. Mikołajew i Dr. Dogiel: *Fotografowanie siatkówki.* Medycyna Nr. 11.
10. Dr. I. Piltz: *Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych.* Medycyna Nr. 12.
11. Prof. A. Beck: *O zjawiskach elektrycznych, wywołanych przez oświetlenie siatkówki głowonoga (eleone moschata).* Kosmos 1900.
12. Dr. W. Garliński: *Przypadek oderwania się tęczówki od wieńca rzeskowego (tridodialysis).* Kronika lekarska Nr. 6.
13. Dr. A. Troczewski: *Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagatkowej i okołoszczekowej z następnym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego.* Czasopismo lekarskie Nr. 4.
14. Dr. J. Talko: *Wągr oka w Polsce.* Postęp okulistyczny Nr. 3, 4 i 5.
15. Dr. L. E. Bregman: *Ostre zapalenie pozagatkowe nerwu wzrokowego i histerya.* Medycyna Nr. 15.
16. Dr. J. Steinhaus: *O głejaku siatkówki.* Medycyna Nr. 18. i 19.
17. Dr. K. Brudzewski: *Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka.* Postęp okulistyczny Nr. 4.
18. Dr. A. Szulistański: *Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej (humor aqueus)* Przegląd lekarski Nr. 20—21.
19. Dr. K. Brudzewski: *Przyczynek do nauki refrakcyi oka ludzkiego.* Pamiętnik Tow. lek. warsz. Nr. 1.
20. Dr. M. Berenstein: *Przyczynek oo sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi.* Czasopismo lekarskie Nr. 6 i 8.
21. Dr. I. Idzikowski: *Nowy sposób leczenia gradówki (chalazion).* Postęp okulistyczny Nr. 6.
22. Dr. Rumszewicz: *Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych.* Postęp okulistyczny Nr. 6.
23. Prof. Wicherkiewicz: *Aspiryna w okulistyce.* Postęp okulistyczny Nr. 6.

24. Dr. A. Tumpowski: *Przypadek jednostronnego porażenia wewn. mięśni ocznych pochodzenia urazowego*. Czasopismo lekarskie Nr. 7.
25. Prof. E. Machek: *Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i w oczodole*.
26. Dr. J. Strzeмиński: *Przyczyny i leczenie gradówki*. Postępowanie okulistyczne Nr. 7.
27. Prof. Wicherkiewicz: *Jeszcze o syfilitycznym zapaleniu rogówki*. Postępowanie okulistyczne Nr. 7.
28. Dr. Z. Kramsztyk: *Walka z jaglicą jako klęską społeczną*. Postępowanie okulistyczne Nr. 8.
29. Dr. K. W. Majewski: *O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy*. Postępowanie okulistyczne Nr. 8 i 9.
30. Dr. F. Rymowicz: *W sprawie patogenetyki i biologii prątki Morax Axenfelda*. Postępowanie okulistyczne Nr. 9.
31. Dr. I. Muttermilch: *O przytwierdzeniu płata śluzowego przy plastycznej operacji brzoju powiekowego*. Gazeta lekarska Nr. 38.
32. Dr. A. Bednarski: *Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobywania*. Przegląd lekarski Nr. 43 i 44.
33. Dr. S. Cetnarowicz: *Leczenie jaglicy*. Postępowanie okulistyczne Nr. 10.
34. Dr. J. Talko: *Meningocele intraorbitalis posterior*. Postępowanie okulistyczne Nr. 10, 11 i 12.
35. Dr. A. Bednarski: *Dalsze dwa wypadki zaniku okrężnego naczyńki i siatkówki*. Postępowanie okulistyczne Nr. 10 i 11.
36. Dr. Br. Wagner: *Przypadek obustronnego wycięcia części szyjowej nerwu współczulnego przy jaskrze*. Gazeta lekarska Nr. 48.
37. Dr. K. Noiszewski: *Hydroelektryzacja oka*. Postępowanie okulistyczne Nr. 11.
38. Dr. J. Koliński: *W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pełzającego*. Czasopismo lekarskie Nr. 12.
39. Prof. Wicherkiewicz: *Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklistego, oraz kilka uwag dotyczących rozpoznania i operacji tychże*. Postępowanie okulistyczne Nr. 12.
40. Dr. E. Wadzyński: *Przypadek wągra podsiatkówkowego*. Postępowanie okulistyczne Nr. 12.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

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

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

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

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

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

Redakcyja.

OGŁOSZENIA.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

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

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

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

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

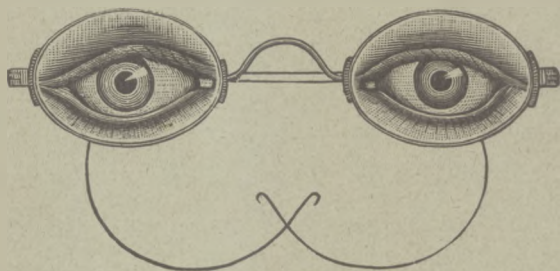
K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

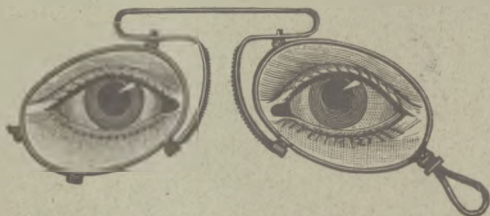
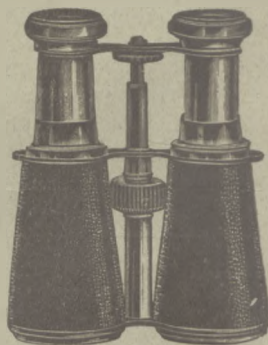
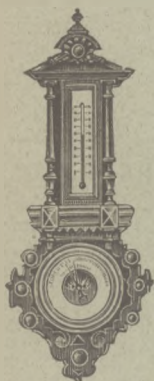
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę,
szlifiernię szkieł optycznych,
urządzoną podług systemu me-
trycznego z popędem motoro-
wym.

Jako specjalność szlifuje wszel-
kie **soczewki kombino-
wane** z szkła białego, dym-
nego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn,
obficie zaopatrzony we wszel-
kiego rodzaju
wyroby optyczne, apa-
raty elektryczne lekar-
skie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.