

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

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

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska 1. 11. — Administracya i ekspedycya: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Zgoda 1. 4; także przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austryi 12 kor. — W Niemczech 12 mrk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Francyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1*20 kor.

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

Styczeń

—&— ROCZNIK TRZECI —&—

1901.



KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1901.

T R E S C.

	Str.
Do Czytelników	1
I. Prace oryginalne.	
1. Bardzo rzadka postać przybliżonego torbiela spojówki gałki ocznej. T. Bałłaban	2
2. Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce. St. Łuniewski	16
II. Streszczenia.	
Przypadek nagłego zaniku gałki ocznej po użyciu wielkiego magnesu. J. Hirschberg i S. Ginsberg	24
Drugi przypadek dwójakiej łamliwości oka, spowodowanej stwardnieniem jądra soczewki. E. Guttman	25
O wpływie porażenia jednego mięśnia tęczówki na jego prze- ciwnika. Levinsohn	26
Oko i róża. Thier	26
Przypadek rzadkiej wady rozwojowej oka. Blessig	27
Nietypowy przypadek nieżyty wiosennego. Włókniaki brzegu powiekowego. Ahlstroem	28
Wrodzone wady rozwojowe oka. Lechner	28
Blepharo-sphincterectomia, operacja do leczenia keratitis tra- chomatosae et scrophulosae. M. E. Mulder	28
Uszkodzenie oka piorunem. J. Brixa	29
Badanie pola widzenia sposobem Bjerruma; wartość tego spo- sobu dla badania przypadków jaskry. Aage A. Meisling	30
Przyczynek do teorii ruchów cienia przy skiaskopii. K. Lau- renty	31
O powrotnem porażeniu nerwu okoruchowego. I. Strzemiński	32
O conjunctivitis diplobaccillari. Zikmund	33
III. Z Towarzystw lekarskich.	
1. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. J. Talko	34
2. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. J. Talko	36
IV. Rozmaitości	37
V. Od redakcyi	39

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

PROFESORA DRA BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA

ROCZNIK III. — 1901.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1901.

100, 100,

II

Okuliści polscy ¹⁾ według obliczenia z roku 1901.

- *Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wałowa, l. 7.
Dr Bałaban. Warszawa.
Dr Bannet Arnold. Kraków. Plac WW. Świętych, l. 11.
Dr Bednarski Adam. Lwów. Akademicka, l. 5.
Dr Bernhardt Józef. Wilno.
*Dr Bittner Adolf. Świsłocz (Rosya).
Dr Bieniecki. Kalisz.
*Dr Borowski Stanisław. Tarnów. Wałowa, l. 1.
Dr Borowski. Wilno.
Dr Aleksander Bortkiewicz, lekarz 11 kadru zapasowego kawalerji (Rosya).
Dr Brudzewski Karol. Kraków. Floryańska, l. 38.
*Dr Burbo Barbara. Wilno.
Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa. Długa, l. 18.
*Dr Ciechański Al. Przemyśl.
*Dr Ciecieniowski Wiktor. Ewpatorya (Rosya).
*Dr Cywiński Maryan. Mohilew Białoruski.
Dr Cywiński Zenon. Wilno.
Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Złota, l. 14.
Dr Eberson Maur. Tarnów.
Dr Elkner M., lek. zakł. oftalm. Wilno.
*Dr Ettinger J. Erlangen.
Dr Feinstein Leon. Warszawa. Karmelicka, l. 3.
Dr Fraenkel Henryk. Kraków. Starowiślna, l. 42.
Dr Fukała Winc. Wiedeń.
- Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż. Bl. Hausmann, l. 103.
*Dr Garliński Władysław M. Łódź.
*Dr Gepner Bolesław (ojciec). Warszawa. Krakowskie Przedm., l. 65.
Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa. — Aleje jerozolimskie, l. 25.
*Dr Giedroń Juraga Witold. Aleksandropol.
Dr Gilus Wincenty, lek. oft. lecznicy im. Wołodskich w Moskwie.
*Dr Gidlewski. Lwów.
Dr Górecki Ludwik. Paryż. Rue de Trevisé, l. 21.
Dr Górecki Ksawery. Paryż. Blv. Murat, l. 137.
Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.
Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyński-środek.
Dr Haas Ignacy, lek. wojsk. Morszeńsk.
*Dr Halicki Stan. w Bobrujsku.
*Dr Hertyk. Maryampol.
Dr Hlasko Cezary. Wilno.
Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
Dr Hulenicki Władysław. Sioło Uspeńskie, Sławianoserbsk, Ekater. gub.
*Dr Hulewicz. Bytom.
*Dr Huszczo Józef. Białystok.
Dr Hoene Jan. Kijów.
*Dr Idzikowski Józef. Woskreseński Zawód. Ufimska gub.
Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensylwania (Ameryka).

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratorkę »Postępu«, zapisanego w administracji »P. O.«

- Dr Januskiewicz Michał. Warszawa. Ciepła, 1. 4.
- Dr Jarnatowski (senior) Poznań.
- Dr Jarnatowski (junior) Poznań.
- *Dr Kamocki Walenty. Warszawa. Widok. 7.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- Dr Kępiński Michał. Warszawa. Senatorska, 1. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów. Ul. Kopernika, 1. 3.
- Dr Koliński Józef. Łódź. Piotrowska, 1. 86.
- Dr Krajski Wacław Adolf. M. Ataki (pow. Sorokskiego). Besarabia.
- *Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa. Graniczna, 1. 4.
- *Dr Krzymuski. Tomsk.
- Dr Kreutz, II asystent klin. okulist. we Lwowie.
- Dr Kuropatwiński A., lekarz ziemski. S. Kargapolskie.
- *Dr Lachowicz Stefan, ordynator szpit. oft. fund. hr. Przeździeckiego.
- Dr Langie Adam. Kraków. Sławkowska, 1. 20.
- Dr Likiernik Maurycy. Łódź. Zwada, 1. 12.
- Dr Łasiński Ignacy, Radca zdrowia. Wrocław.
- *Dr Luniewski Stefan, b. II asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- *Dr Maciesza Aleksander. Syberya.
- *Dr Machek Emanuel, Prof. okulist. Uniw. Fr. I. we Lwowie. Akademicka, 1. 11.
- *Dr Mączewski Tytus. Łomża.
- *Dr Majewski Kazimierz W., I asystent klin. okul. w Krakowie.
- *Dr Majkowski. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks. Kraków. Ul. Wiślna, 1. 10.
- *Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
- *Dr Markiewicz D. Przemyślany.
- Dr Markowski Stefan. Łódź. Ul. Andrzeja, 1. 5.
- Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa. Miodowa, 1. 5.
- *Dr Niegolewski Felicyan. Poznań.
- *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk (Dynaburg).
- *Dr Nowicki. Disna.
- *Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
- Dr Płachecki Jan. Końskie.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- *Dr Przybylski Jan. Odessa.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Ratuld L. Paryż. Boulevard Barbés, 1. 57.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów. Ulica Sykstuska, 1. 6.
- *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
- *Dr Rymowicz Feliks. Kazań.
- *Dr Rymsza Wacław. Hurykowa, pow. Słucki.
- Dr Sawicz Witold, ordyn. szp. wojsk. w Moskwie.
- *Dr Seidenmann Mojżesz. Lublin.
- Dr Stasiński. Poznań.
- *Dr Strzemiński Ignacy. Wilno, ul. Trocka.
- Dr Świda Ignacy. Mińsk.
- *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
- *Dr Szuliński Adam. Lwów. Kilińskiego, 1. 2.
- *Dr Talko Józef (ojciec), rzecz. radca stanu. Lublin.
- *Dr Talko Włodzimierz (syn). Sosnowiec.
- Dr Tomaszewski. Smigiel.
- Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci Miłosierdzia.
- *Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań. St. Marcin, 1. 6.
- *Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca zdrowia; Prof. Uniw. Jagiel. Kraków. Wolska, 1. 11.
- Dr Winawer Adolf. Warszawa. Elektoralna, 1. 4.
- Dr Witaliński Wincenty, II asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
- Dr Wolfring Emil, b. prof. okulist. Uniw. Warszawskiego. Warszawa. Marszałkowska, 1. 87.
- Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista portu w Petersburgu.
- Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
- Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa. Marszałkowska, 1. 140.
- Dr Zion Oswald. Lwów. Sykstuska, 1. 21.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,
PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

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

Styczeń

— ROKNIK TRZECI —

1901.

DO CZYTELNIKÓW.

Mimo bardzo trudnych warunków, z którymi połączone jest wydawanie polskiego czasopisma okulistycznego, — mimo, że usiłowania nasze, zmierzające do tego, by zespolić dążności pracowników, uprawiających tę samą głębę wiedzy i umiejętności ludzkiej dla podniesienia nauki polskiej, mało, bardzo mało a tylko przez niewielu z powołanych współpracowników, za co im na tem miejscu składamy podziękowanie, były popierane, — nie upadamy na duchu, lecz z otuchą w sercu i z nadzieją w ocknienie się obojętnych wstępujemy w trzeci okres roczny naszego wydawnictwa, licząc na to, że z czasem i współpracowników nowych nam przybędzie i że grono czytelników się wzmoże. *Apelujemy zaś nie tylko do samych okulistów, dla których oczywiście „Postęp“ wychodzi w pierwszej linii, ale do wszystkich lekarzy, posiadających szerszy pogląd na naukę lekarską, do lekarzy, którzy ogarniają z równem zawsze zamiłowaniem wszelkie specjalności nauki lekarskiej, wszędzie czerpiąc ze źródła nauki i wszędzie umiejac znaleźć dla siebie duchowe ziarno.*

Uwzględniając od dawna, bo od początku naszej praktyki okulistycznej, potwierdzające się spostrzeżenie, że choroby oczne nie tylko wprost bywają wywoływane patologicznymi zmianami nosa i jam sąsiednich, ale często współczynnie bywają podtrzymywane, lub naodwrot do zaostrenia chorób nosowych się

przyczyniają, co też w ostatnich latach coraz częściej w pracach naukowych się zaznacza, postanowiliśmy w »Postępie Okulistycznym« poświęcić uwagę także chorobom nosa, o ile takowe pośrednio lub bezpośrednio z chorobami ocznymi mają jakikolwiek związek.

Jako stałych współpracowników dla tego działu pozyskałiśmy pp. prof. Pieniążka z Krakowa i Dra Jana Sędziaka z Warszawy.

Otwierając łamy »Postępu« gościnnie Kolegom rinologom, mniemamy, iż dwie specjalności w naukowych i leczniczych dążnościach uzupełniać lub wspierać się winny, a popieranie tego celu w piśmie naszym, nie znajdzie przeciwników.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej.

Z trzema mikrofotogramami w tekście.

Napisał

DR TEODOR BAŁŁABAN.

Jeżeli pominiemy przypadki wągra podspojówkowego, które wedle mego ¹⁾ zestawienia wynoszą $\frac{1}{6}$ część wszystkich wągrów, ogłoszonych w literaturze, a także i wrodzone podspojówkowe torbiele skórzakowe, to zobaczymy, że pojedyncze surowicze podspojówkowe torbiele są bardzo rzadkie, co też i z zestawienia dotyczącej literatury wynika.

Szczególnie rzadkimi są torbiele spojówki gałkowej, mimo iż utwory torbielowate, powstałe na niej z rozszerzenia naczyń chłonnych, zdarzają się dość często. To też dopiero w ostatnich czasach zwrócono większą uwagę na torbiele spojówki, a w szczególności na sposób ich powstawania. I tak, podczas gdy dawniej

¹⁾ Bałłaban T. »Przypadek wągra w ciałku szklistem«. »Przegląd Lekarski«. 1898. Nr. 35 i 36.

przypisywano ich powstanie najczęściej urazowi (Artl) (3), — to obecnie jest już znanem, że najwięcej torbieli powstaje z gruczołów, w licznych zaś przypadkach udało się rozpoznać rodzaj gruczołu, z którego torbiel powstał, a to głównie z jego umiejscowienia i histologicznej budowy.

O ile mi się powiodło zestawić dokładną literaturę, to było dotychczas przez 48 autorów ogłoszonych 65 przypadków torbieli spojówki. Z tych było 5 umiejscowionych na spojówce powiekowej, 19 na załamkach, 32 na spojówce gałkowej, a 9 na innych częściach spojówki.

1. Torbiele spojówki powiekowej.

Liczba dotychczas opisanych przypadków jest szczupłą. Budowa zaś ich anatomiczna bardzo różnorodną. I tak jest takowa może najbardziej pojedynczą w przypadku de Beck'a (38), w którym są opisane dwa torbiele powieki dolnej o przekroju 6×10 mm. i 10×15 mm., wyścielone pojedynczym przybłonkiem płaskim. Goy (55) znowu znalazł kilkuwarstwowy przybłonek walcowaty w wrodzonym torbielu, o przekroju 4×2.5 cm., który był usadowiony w dolnej powiece. Podobnie też w przypadku Vossius'a (39) były torbiele wyścielone także dwuwarstwowym przybłonkiem, a umiejscowione na obu górnych powiekach zupełnie symetrycznie, były one wielojamiste i graniczyły szczelnie z przybłonkiem spojówkowym. W najbliższem ich sąsiedztwie znajdowały się małe torbiele, wypełnione żółtawym rozpadem i nielicznymi ciałkami białymi. Wintersteiner (47) opisał wrodzony nieprawidłowy gruczoł spojówki powiekowej u jednomiesięcznego dziecka. Z pewnego podobieństwa budowy gruczołu tego do torbieli, opisanych przez Vossius'a, wnosi on, że i te ostatnie powstały także z nieprawidłowego zawiązku gruczołu.

Opisuje on dalej torbiel na spojówce, schorzałej przez jaglicę, który powstał z gruczołu Krause'go. Wspomina także o małych torbielach, powstałych z gruczołów Henle'go; sądzi jednak, że są to raczej złogi w rozszerzonym nieco przewodzie gruczołowym, a nie właściwe torbiele.

Zaznaczam już na tem miejscu, że nasuwa mi się mimowoli pytanie, czy opisane przez Wintersteiner'a wrodzone gruczoły chrząstki powiekowej, na podstawie których stara się on wytłómaczyć powstanie torbieli Vossius'a, nie dałyby się wytłómaczyć w inny sposób, a mianowicie — wpukleniem przybłonka.

Dodać muszę jeszcze tę okoliczność, że Goy (55) spostrzegął we wszystkich torbielach spojówki powiekowej i załamka walcowaty przybłonek, torbiele zaś umiejscowione na spojówce gałkowej miały przybłonek płaski. Rozumie się, że nie można temu przypisywać wielkiego znaczenia, gdyż wiemy, że przy wzrastaniu torbieli zmienia się równocześnie w bardzo różnoraki sposób i postać przybłonka.

2. Torbiele załamka spojówki.

Znamy po dziś dzień dwojaki sposób powstawania tych torbieli. I tak nie podlega wątpliwości, że tworzą się one najczęściej przez zatrzymanie się wydzieliny w gruczołach Krause'go.

Podobne przypadki opisują: Laquer (6), Makrocki (14), Rampoldi i Faravelli (20), Moauro (22), Antonelli (25), Stoewer (41), Ischreyt (42), Wintersteiner (47).

Przypadek, opisany przez Rombolotti'ego (33), jest wątpliwy.

Ten sposób powstania torbieli można na pewno przyjąć wtedy, gdy światło przewodu gruczołu zaniknie w tak wysokim stopniu, że przewod nie da się wykazać.

Torbiele te, które równie często są umiejscowione na górnym jak i dolnym załamku, są w części wrodzone (Rampoldi i Faravelli), w większej zaś części nabyte.

Ich wielkość jest różną i waha się pomiędzy przekrojem kilku milimetrów a wielkością jaja gołębiego. Zawierają one w sobie płyn surowiczy, z niewielką ilością ściętego białka, jak również i rozpad. W niektórych przypadkach dają się spostrzedz na wyścielającym przybłonku liczne wsteczne zmiany, jako objaw zwyrodnienia.

Drugi sposób powstania tych torbieli z gruczołów Henle'go opisał Ginsberg (43). A mianowicie gruczoły te mogą się odsznurować wskutek zmian, wywołanych w spojówce nieżytnym jej zapaleniem. A dalej zauważa Ginsberg, że także w tych miejscach spojówki, w których w zwykłych warunkach nie ma gruczołów Henle'go, powstają niejednokrotnie przy nieżytnach spojówki cewki, podobne do gruczołów, które mogą przez odsznurowanie zmienić się w torbiele. Na podstawie swych badań, skłania się też Ginsberg przypisać ten sposób powstania licznym surowiczym przybłonkowym torbielom spojówki, opisanym przez innych autorów.

W końcu muszę jeszcze wspomnieć, że Puech i Fromaget (35) spostrzegali na spojówce załamka także torbiel skórzakowy.

3. Torbiele spojówki gałki ocznej.

Z pomiędzy wszystkich rodzajów torbieli są one co do sposobu powstania bezsprzecznie najbardziej zajmujące, a to głównie dlatego, że ta część spojówki prawidłowo nie posiada gruczołów, ze zwyrodnienia których możnaby wytłómaczyć powstanie torbieli.

Jeżeli pominiemy torbielowate zabliznienia na granicy rogówko-twardówkowej (po samoistnem lub kooperacyjnem otworzeniu się komory przedniej), a także torbiele, będące wyrazem nieprawidłowego rozwoju oka (niedostateczne zamknięcie wtórorzędnej szpary ocznej), — to wogóle torbiele spojówki gałkowej należą do wielkich rzadkości, i to tak dalece, że nawet w ostatnich czasach wątpią o ich istnieniu.

I tak, opisując zabliznienie torbielowate, wspomina Goy (55) li tylko o rozszerzonych naczyniach chłonnych: „*Es entwickeln sich Cysten in der Conj. bulbi, einem Bindehautabschnitte, der normalerweise keine Cysten trägt — Es sind dies Lymphcysten*“.

Tego rodzaju torbiele chłonne opisywali Sachs (23), Jocus (46), Wecker (10), Vossius (39), Uhthoff (9), Pristley-Smith (13), Sourdille (48), Ottava (18), Kroll (53), Snell (50).

Takowe powstają bez względu na wiek i są nadzwyczaj częste w najmniejszej swej postaci, natomiast większe zdarzają się rzadko, a osiągają najwyższej wielkości orzecha laskowego. Ściana ich bywa najczęściej ograniczona tkanką łączną, niekiedy z licznymi włóknami sprężystymi, i okazuje się wyłożoną jednowarstwowym przybłonkiem.

Obok tego znajdujemy już w dawniejszej literaturze opisane przypadki, które wskazują na urazowe powstanie torbieli spojówki gałkowej. Dzisiaj przyjmujemy, że przez urazowe przeszczepienie przybłonka w podspojówkową tkankę łączną mogą powstać torbiele przybłonkowe n. p. przypadek Uthoff'a (9).

Inne wreszcie torbiele spojówki gałki ocznej uznano za wrodzone (za torbielowate znamiona) — Wintersteiner (21). O tym ich rodzaju, jak również o torbielach, powstałych w skrzydliku — Fuchs (28), Schmidt-Rimpler (26), Kroll (53), Sachs (23) — wspomnę jeszcze później.

Oprócz wymienionych tu rodzajów torbieli spojówki gałkowej opisano jeszcze przypadki, które należy zaliczyć do osobnego działu, a to dla ich szczególniejszej budowy.

I tak pierwszy Rogmann (37) opisał torbiel przybłonkową, którego powstanie tłumaczy tak: „*Dass bestimmte Falten, Buchten oder Einsenkungen, die so zahlreich in der Conjunctiva vorkommen, sich isoliert und hierauf zu einem Stiel ausgezogen haben, später sich abschnüren und schliesslich sich vollständig von dem Boden, der ihnen zum Ursprung diente, entfernt haben, um dann die Gestalt von Cysten anzunehmen und unter das subconjunctivale Gewebe zu gelangen*“.

Inny sposób powstania torbieli przybłonkowych podaje Ginsberg (43), a przypuszczenie jego w tym kierunku zdaje mi się, na podstawie mych własnych spostrzeżeń, o wiele prawdopodobniejszem. Przyjmuje on bowiem, że i na spojówce gałki ocznej, która nie ma gruczołów, mogą się przy niezycie spojówki potworzyć cewkowate wklęsnięcia przybłonka, podobne do gruczołów, przez których zamknięcie powstają torbiele.

Czy torbiela, opisanego przez Hache'go (12), nie należy

raczej uważać za pęcherzykowate wydęcie przybłonka, nie da się rozstrzygnąć, — atoli nie można pod żadnym warunkiem zgodzić się z jego zapatrywaniem, jakoby torbiel mógł powstać wskutek wtargnięcia płynu surowiczego w tkankę łączną.

W końcu muszę jeszcze wspomnieć o nielicznych przypadkach, które zasługują na szczególniejszą uwagę z powodu swej niezwykłej budowy histologicznej. Są to opisane przez Parinaud'a (17) skórzaki przybłonkowe (*dermoepithelioma*) spojówki gałkowej, a także dobrotliwy przybłoniak torbielowy Best'a (54).

I tak opisany przez Parinaud'a nowotwór był wrodzonym, czasem powstawał on też w pierwszej młodości, umiejscowionym zaś był na brzegu rogówki. Barwy żółtawo-czerwonej, był on przezroczysty, czasami składał się z kilku płatów. na podstawie zaś był lekko przesuwalnym.

Drobnowidowo znalazł Parinaud pasma komórek przybłonkowych, z wolnemi przestrzeniami, lub też bez takowych, przykryte zaś były one mniej lub więcej prawidłowym przybłonkiem spojówki. Przewzory te były wypełnione rozpadem, lub też wielkimi pęcherzowatemi albo śluzowo-zwyrodniałemi komórkami przybłonka.

Opisany znowu nowotwór przez Best'a pojawia się, podobnie jak nowotwór Parinaud'a, także w najpierwszej młodości lub też jest wrodzony. I on jest również najczęściej usadowiony na brzegu rogówki, jest przezroczysty, matowo-żółty, o gładkiej powierzchni.

Drobnowidowa jego budowa jest podobna do przybłoniaka. przyczem znajdują się torbielowato zwyrodniałe miejsca ¹⁾.

W łączności z tymi ostatnimi przypadkami pozostaje torbiel, spostrzegany przeze mnie.

¹⁾ Po ukończeniu niniejszej pracy, którą przedstawiłem w lipcu 1900 na IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, pojawiła się praca de Savigerie (58), w której znalazłem częściowe potwierdzenie mych spostrzeżeń, i praca Hirsch'a (59), na którą tutaj już tylko powołać się mogę, a która jest bardzo cennym przyczynkiem do wytłómaczenia sposobu tworzenia się opisanych przeze mnie torbieli.

H. Ł., 22letnia chora, zgłosiła się do mnie d. 18 września 1897 r., skarżąc się, że od dłuższego czasu odczuwa w prawem oku jakieś dziwne wrażenie ciała obcego. Mimo długotrwałego leczenia stan ten nie poprawiał się.

Badanie prawego oka wykazuje 4—5 małych wzgórków, które przy dokładnem oglądaniu przedstawiają się jako pęcherzyki o cienkich ścianach, wypełnione przezroczystym płynem. Cała część spojówki, na której te torbiele są umiejscowione, jest lekko żółtawo zabarwioną i rozpulchnioną. Daje się też wraz z torbielami dokładnie przesuwać.

W celu wycięcia tych nowotworów ująłem całą podstawę, na której one były umiejscowione, szerokimi szczypczkami i obciąłem ją nożyczkami w ten sposób, że zawartość torbieli, jakoteż i ich ściany nie zostały naruszone. Po rozpięciu wyciętej spojówki na korku i po utrwaleniu w 10% roztworze formaliny, zatopiłem ją w celoidynie. Przekroje robiłem mikrotomem i to w kierunku prostopadłym do płaszczyzny spojówki. Skrawki wszystkie w porządku, jak po sobie następowały (*Serienschnitte*), barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem van Giesona i 1% roztworem tyoniny, w celu wykrycia komórek plazmatycznych.

Badanie drobnowidowe.

W tkance podprzybłonkowej znajdują się liczne, małe torbiele postaci soczewicy i owalnego przekroju. Są one wyścielone bardzo nieprawidłowym przybłonkiem, który bez wyraźnych granic przechodzi w tkankę łączną. Przybłonek ten jest miejscami jednowarstwowym, a wtedy są komórki jego płaskie i wydłużone, miejscami zaś składa się on z kilku warstw komórek, które są w ten sposób ułożone, że komórki wewnętrzne, ograniczające bezpośrednio jamę torbiela, są częściowo sześciennie, częściowo walcowate, zaś warstwa ich zewnętrzna składa się li tylko z komórek walcowatych i to prawidłowo ułożonych.

Na skrawkach porządkowych można wykazać w wielu torbielach, i to szczególnie na ich ścianie zewnętrznej, pagórkowate wzniesienia, powstałe z licznych warstw przybłonka.

Im większym jest torbiel, tem cieńszym jest przybłonek i tem bardziej jest on zwyrodniałym. Niektóre komórki wewnętrznej warstwy przybłonka, i to głównie w ścianie, przylegającej do gałki ocznej, są rozmiękłe. W nich to znajdują się ciemne ziarna, zabarwione hematoksyliną i tyoniną, niedokładnie zaś zabarwione jądro daje się w nich tylko z trudnością spostrzedz.

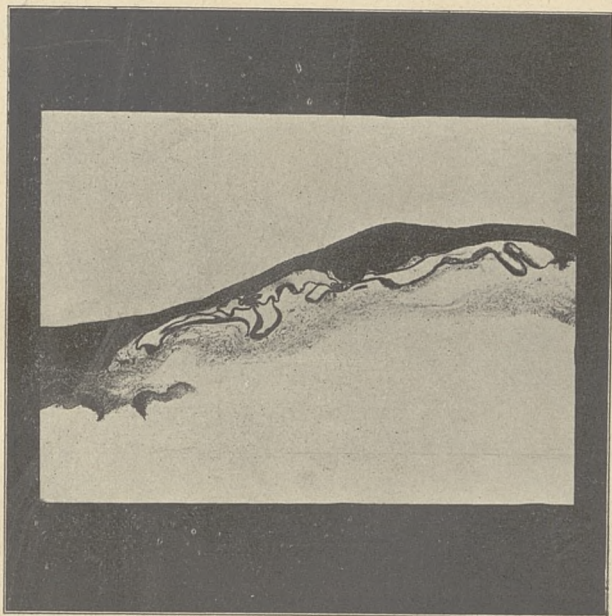


Fig. I.

W innych znowu komórkach, które są po większej części wypełnione wielką jednorodną szklistą masą, jest ich protoplazma tylko niedokładnie widzialną w postaci ziarnistego rozpadu. W niektórych z nich daje się powstanie tej wielkiej kulistej masy wprost wykazać ze zwyrodniałego jądra komórki. Zawartość torbieli jest różnorodną. I tak w wielu z nich, szczególnie w wielkich, znajduje się ścięta istota białkowata, w mniejszych zaś widać obok niej gruboziarnisty rozpad.

Z powyższego opisu można już dać wyraz przypuszczeniu co do sposobu powstania tych torbieli, badanie zaś zachowania się przybłonka spojówkowego na skrawkach porządkowych ustala to przypuszczenie na pewno.

A mianowicie jest przybłonek spojówkowy o nader zmiennej grubości. W miejscach nadbrzeżnych wyciętej części spojówki,



Fig. II.

w których jest on najbardziej prawidłowym, jest jego najgłębsza warstwa walcowata, a wszystkie komórki są prawidłowo ułożone. W okolicy zaś samych torbieli można dokładnie rozpoznać w podstawowej tej jego warstwie pełne, czopowate wyrostki, które wciskają się w głąb pomiędzy torbiele. Dalej widzimy w większych takich czopach, w których komórki środkowe zwyrodniały, mniejsze jamy, wypełnione gruboziarnistą zawartością, przyczem daje się wprost wykazać łączność tych

wgłobień przybłonka z wielkimi torbielami. W ten sposób powstaje w niektórych miejscach zdwojenie przybłonka, gdyż podstawowa warstwa przybłonka spojówkowego przylega do przybłonka torbiela. W licznych miejscach widać także dokładnie w samych torbielach pagórkowate wyniosłości, powstałe przez bujanie przybłonka. Przez zwyrodnienie środkowych ich komórek powstają w ścianach większych torbieli małe, drugorzędne.



Fig. III.

Tkanka łączna spojówki jest zupełnie prawidłową i zawiera w sobie bardzo liczne tuczne komórki Ehrlich'a, które na preparatach, barwionych eozyną i hematoksyliną, zawierają w sobie ziarna eozynochłonne i ciemno-niebieskie komórki plazmatyczne, widoczne w preparatach, barwionych tyoniną. Naczynia są prawidłowe. Komórek barwиковych lub też tworów znamionowych nie ma nigdzie, również brak gruczołów.

W opisanym przeze mnie przypadku rozchodzi się, jak widzimy, z całą pewnością o torbiele, które powstały w ten sposób, że pełne czopy przybłonka weisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem środkowe ich części rozpadły się. Powstałe to zwyrodnienie środkowych komórek przybłonka można wykazać bardzo dokładnie nawet w najmniejszych i młodych czopach. Komórki są bądźto rozmiękłe przez wchłonięcie w siebie wody, bądźto wypełnione szklistymi złożami, których powstanie ze zwyrodniałego jądra komórki daje się miejscami łatwo wykazać.

A także i wyjaśnienie co do powstawania wielkich torbieli o bardzo cienkich ścianach z tych zwyrodniałych wewnątrz czopów przybłonka nie napotyka na trudności. Musimy bowiem przyjąć, że sprawa wchłaniania wody przez zwyrodniałe komórki nie kończy się z chwilą ich rozpadu, lecz, że rozpadłe te masy wchłaniają w siebie jeszcze dalej drogą osmozy ciecz z tkanki podspójkowej, zasilanej obficie limfą i w ten sposób przyczyniają się one do znacznego wzrostu torbieli. Również i o tem nie należy zapominać, że komórki przybłonkowe mogą same, jako także, posiadać własności wydzielania cieczy, a tem samem także pomagać zuriększaniu się torbieli.

Widzimy więc, że torbiele spojówki gałki ocznej, a tem samem i innych jej części, mogą powstawać bez żadnego współudziału gruczołów.

Sposób ich powstawania zgadza się mniej więcej z przypuszczeniem Ginsberga w tym kierunku, a różni się od takowego zasadniczo tem, że Ginsberg obwinia w powstawaniu torbieli nowowytworzone gruczoły, ja zaś jestem zdania, że torbiele powstają *tylko z nowo wytworzonego przybłonka*, co też, o ile sędzę, dostatecznie udowodniłem.

Jakkolwiek przypadek mój jest na pierwszy rzut oka bardzo podobny do przypadków, opisanych jako t. zw. *dermoepithelioma* lub *epithelioma cysticum*, to jednak, jeżeli porównamy ze sobą odpowiednie obrazy, możemy z łatwością spostrzedz wielką pomiędzy nimi różnicę. A mianowicie w przypadku

moim, w przeciwieństwie do przypadków powyższych, jest najznamienniejszem zwyrodnienie torbielowate, przyczem jest bujanie przybłonka tak dalece drugorzędnem, że możnaby je przy niedokładnem oglądaniu poszczególnych skrawków prawie zupełnie przeoczyć.

Co do t. zw. „*naevi cystici*“ Wintersteiner'a (47), to jestem w tym względzie tego samego zdania, co Best, że takowe należy po większej części również tutaj zaliczyć.

A mianowicie, podobnie jak w naszych czystych przypadkach torbieli, musimy ich powstanie i bujanie przybłonka przypisać drażnieniu, któremu ulega spojówka gałki ocznej i to najbardziej w części niepokrytej powiekami i wystawionej na wpływy atmosferyczne. Tak też należy szukać przyczyny powstania torbieli w przypadkach, w których do istniejącego znamienia dołącza się bujanie przybłonka także w drażnieniu, które powoduje już sama tkanka znamienia.

Zdaje mi się, że w podobny sposób należy sobie także tłumaczyć powstanie torbieli w skrzydlikach.

A także rzadkie przypadki torbieli, umiejscowionych w innych częściach spojówki, jak w załamku półksiężycowym, w mięsku i t. p., musimy odnieść do powyżej opisanego wpuklenia przybłonka — o ile takowe nie powstały z już istniejących gruczolów.

Literatura.

- | | |
|-------|---|
| 1828. | 1. Schön: »Handbuch der pathologischen Anatomie des menschlichen Auges«. Hamburg. |
| 1852. | 2. Sichel: »Iconographie«. LXXI. F. 2. Paris. |
| 1860. | 3. Arlt: »Die Krankheiten des Auges«, p. 169. Prag. |
| 1864. | 4. Zander und Geissler: »Die Verletzungen des Auges«. |
| 1876. | 5. Saemisch: »Krankheiten der Conjunctiva«. Handbuch von Graefe-Samisch, p. 148. |
| 1877. | 6. Laqueur: »Seröse subconjunctivale Cysten an der unteren Übergangsfalte«. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. |
| 1878. | 7. Bull C. S.: »A Contribution to the study of subconjunctival serous cyste«. Americ. Journ. of med. sienc. January. |
| 1879. | 8. Fano: »Kyste séreux sous-conjonctival d'un gros volume« etc. Journ. d'ocul. et de Chir. VII, p. 24. |

1879. 9. Uhthoff: »Über Cystenbildung in der Conjunctiva«. Berliner klinische Wochenschrift. Nr 49.
1880. 10. Wecker et Landolt: »Traité complet d'Ophthalmologie«. Tome I. Paris.
1881. 11. Armaignac: »Kyste séreux de l'angle externe de l'oeil gauche, extirpation, guérison.« Rev. clin. d'ocul. Bordeaux, II, p. 300.
- » 12. Hache: »Note sur un kyste de la conjonctive bulbaire«. Recueil d'ophthalmologie.
1883. 13. Priestley Smith: »Cystic tumour of the conjunctive«. Brit. med. Journ. II.
- » 14. Makrocki: »Ein Fall von Conjunctivalcyste«. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde.
1884. 15. Schiess: »Gemuseus«. Jahresbericht der Augenheilstalt in Basel.
- » 16. Moyné G.: »Cistico della congiuntiva«. Boll. d'oculist. VI, p. 178.
- » 17. Parinaud: »Dermo-epitheliome de l'oeil«. Archiv d'Ophth., p. 349.
1885. 18. Ottava J.: Klinikai közleményet. Szemészet 5, p. 93.
1888. 19. Tschernikew: »Un cas de kyste à rétention de la conjonctive«. Travaux de la société des médecins militaires de Moscou.
- » 20. Rampoldi e Faravelli. »Una forma rara di tumor cistico«. etc. Annali di Ottalmol. XVII, p. 225.
- » 21. Wintersteiner: »Beobachtungen etc. über Naevus pigmentosus«. Heidelberger Congress, p. 253.
1889. 22. Moauro: »Dilatazione cistica della glandola di Krause«. Annal. di Ottalmol. XVIII, p. 251.
- » 23. Sachs W. »Über die von den Lymphgefäßen ausgehenden Neubildungen am Auge«. Inaug. Dissertation. Königsberg.
- » 24. Kalt: »Sur une tumeur épithéliale bénigne de la conjonctive bulbaire«. Archiv d'Ophthalm. IX, p. 158.
1890. 25. Antonelli: »Cisti sotto congiuntivali aventi origine« etc. Annali di Ottalm. XIX, p. 467.
1891. 26. Schmidt-Rimpler: Lehrbuch der Augenheilkunde, p. 429.
1892. 27. Stöwer. »Cysten der Oberlider«. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde.
- » 28. Fuchs: »Über das Pterygium«. Archiv für Ophthalmologie. XXXVIII. 2, p. 1.
1893. 29. Mitvalsky: »Zur Kenntniss der Blutcysten des orbitalen u. subconjunctivalen Zellgewebes«. Centralblatt für Augenheilkunde. 1.

1894. 30. Hasewinkel C. H.: »Bewegliche subconjunctivale Cysten«. Geneesk. Tydschr. Bd. 2.
- » 31. Panas: »Traité des maladies des yeux«. Tome II. Paris.
1895. 32. Delecoeuillerie: »Des Kystes séreux, de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler kystes lymphatiques«. Thèse de Paris. 1892. (Ref. Revue générale. 1895, p. 66).
- » 33. Rombolotti G.: »Klinischer und anatomischer Beitrag zu den einfachen oder scroösen Cysten der Bindehaut«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXI.
- » 34. Rogmann: »Contribution à l'étude des kystes séreux simples de la conjonctive«. Archiv d'Ophthalm. XV, p. 502.
- » 35. Puech et Fromaget: »Kyste séreux sous-conjonctival d'origine dermoïde«. Annal. d'oculist. CXIII.
1896. 36. Chevallerau: »Cysto épithéliome sous-conjonctival chez un enfant«. Revue générale d'Ophthalm. Nr. 6.
- » 37. Rogman: »Kyste séreux de la conjonctive«. Annales d'oculistique, p. 387.
- » 38. Beck D. de: »Subconjunctival-Cysts«. Annal of Ophthalm. and Otol. V. 4, p. 1009.
- » 39. Vossius: »Über einen Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva der oberen Augenlider«. Bericht der Heidelberger ophthalm. Ges., p. 181.
1897. 40. Rumschewitz K.: »Ein Fall von cystoïder Bildung in der Bindehaut des Augapfels«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXV, p. 295.
- » 41. Stoewer: »Cysten der Übergangsfalte«. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, p. 234.
- » 42. Ischreyt: »Über Cysten der Kraus'schen drüsen«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXV. 4, p. 282.
- » 43. Ginsberg: »Über seröse epitheliale Bindehautcysten und Neubildung von Drüsen bei Conjunctivalkatarrh«. Archiv für Ophthalmologie. XLIV, 1, p. 112.
- » 44. Aschoff: »Cysten«. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. II. J. 1895. Wiesbaden.
1898. 45. Fuchs: »Lehrbuch der Augenheilkunde«, p. 139.
- » 46. Jocqs: »Beitrag zur Kenntnis der Lymphangiectasieen der Conjunct. bulbi«. Ophthalm. Klinik. Nr 11.
- » 47. Wintersteiner: »Über Cysten und Konkremeute der Bindehaut«. Bericht über die 27 Versammlung der Ophthalmol. Gesellschaft, p. 354.

1898. 48. Sourdille: »Kyste sereux congénital (lymphangione cystique) de la conjonctive bulbaire«. Archiv d'Ophthalm. T. XVIII. Nr 11, p. 673.
- » 49. Schapringer: »Benign cystic epitheliome of the bulbar conjunctiva«. New York. Eye and Ear inf. Rep. Jan.
- » 50. Snell S.: »Large clear cyst of the conjunctiva«. Ref. Centralblatt f. Augenheilkunde, p. 425.
- » 51. Vossius: »Zur Aufklärung«. Archiv für Ophthalmologie. XLIV. 2.
- » 52. Rogman: Quelques remarques complémentaires sur la nature et la genèse de certaines formes de kystes sous-conjonctivaux«. Archiv d'Ophthalm, p. 514.
1899. 53. Kroll J.: »Über Cysten in der Bindehaut des Augapfels und der Lider«. Inaug. Dissert. Greifswald.
- » 54. Best: »Über gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut«. Beiträge zur Augenheilkunde«. H. 37.
- » 55. Goy C.: »Über einen Fall von angeborener Cystenbildung der Bindehaut«. Beiträge zur Augenheilkunde. H. 39.
- » 56. Griffith J.: »Serous cyst of conjunctive«. Transactions of the Ophthalm. soc. of the unit. Kingd. 1898/99. V. XIX. 12.
- » 57. Fehr Demonstration einer grossen Bindehautcyste. Berliner ophthalmologische Gesellschaft vom 26/I.
1900. 58. Savigerie: »Kystes épithéliaux de la conjonctive«. La Clinique ophthalmologique. Nr. 10, p. 127.
- » 59. Hirsch: »Der unpigmentirte Naevus der Augenbindehaut«. Zeitschrift für Augenheilkunde. Juli.



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

2. Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

Podał

DR STEFAN ŁUNIEWSKI.

Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu sekcji okulistycznej
IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie d. 22 lipca
1900 roku.

W przeciągu kilku ostatnich lat polecono do leczenia
chorób ocznych tak wielką ilość nowych środków lekarskich,

że nawet w zakładach o licznych ambulatoryach brakłoby, jeżeli nie materiału, to szczególnie czasu na to, by wszystkie te nowe środki wypróbować i orzec o ich skuteczności. Często zaś przekonać się można, że wiele z nich nie tylko nie przewyższają, ale nawet gorsze są od z dawna używanych i uznanych za dobre.

Wiadomo, jak trudno być czasem bezstronnym w ocenianiu skuteczności badanego środka, tem więcej, gdy się przedtem zna wychwalane przez jednych, ganiące przez drugich własności tegoż środka. Znając te trudności, byliśmy bardzo ostrożni w wydawaniu sądu przez cały czas doświadczeń, podjętych na polecenie prof. Dra Wicherkiewicza nad dyoniną, przetworem chemicznym, wyrabianym przez firmę E. Merck'a w Darmsztadzie.

Pierwotnie doznawała dyonina wyłącznego zastosowania przy chorobach organów oddechowych¹⁾, psychozach²⁾, okazała się bowiem lepszą i skuteczniejszą od morfiny, a będąc znacznie łatwiej rozpuszczalną od kodeiny, heroiny i peroniny — przydatniejszą zatem do zastrzykiwań podskórnych od tych ostatnich. Dopiero Wolffberg³⁾, mając już pewne doświadczenie z trudno rozpuszczalną peroniną, zastosował ją zamiast tejże w leczeniu chorób ocznych i pełen jest entuzyastycznych pochwał dla tego nowego środka.

Dyonina jest to chlorek etylo-morfinowy o wzorze:



tworzy biały krystaliczny proszek silnie gorzkiego smaku, dosyć łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu (14 cz. w 100 wody; 73 cz. w 100 alkoholu), rozczyiny jednak więcej nasycone, począwszy od 10^o/_o, łatwo wydzielają dyoninę krystaliczną, która na szyjce flaszki i na zakraplaczu tworzy biały, coraz bardziej zwiększający się nalot. Z tego powodu rozczyiny te nigdy nie przedstawiają prawdziwej wartości procentowej.

1) J. Korte: Ther. Monatsheft. 1899. Styczeń.

2) Ransohoff: Psychiatrische Woch. 1899. Nr 20.

3) Wolffberg: Wochs. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. III Roczn. Nr 1.

Do doświadczeń używałem rozczyńców 0,5%, 1%, 2%, 5%, 10%, maści 25% i wreszcie proszku; w przeważnej części stosowałem ją wkraplając do worka spojówkowego, w niektórych przypadkach zastrzykiwałem ją podspojówkowo.

Nim przejdę do opisu naszych doświadczeń klinicznych, niech mi wolno będzie w paru słowach dać obraz objawów podmiotowych i przedmiotowych, jakie wywołuje dyonina, zapuszczona do worka spojówkowego. A więc co do pierwszych, to słabsze rozczyńcy po chwili, natomiast mocniejsze lub *in substantia* bezpośrednio wywołują uczucie dość silnego pieczenia, szczypania, które w 2—3 minut przechodzi w uczucie miłego ciepła, obejmującego całą gałkę, w uczucie lekkiego ciśnienia na oko i jakby pełności w jamie czołowej i u podstawy nosa. Wszelkie te objawy przechodzą wkrótce potem w stan pewnego znieczulenia, gdyż chory chwali sobie, że może swobodnie patrzeć i nie zdaje sobie sprawy, iż nie domyka powiek z powodu wywołanego obrzęku spojówki, a co najważniejsze, że wszelki ból spowodowany istniejącą chorobą oczu zupełnie ustępuje; jedynie tylko u osób bardzo wrażliwych po zastosowaniu od razu silnych rozczyńców i u których reakcja była znaczna, występuje w parę godzin ból głowy, przemijający jednakże po pewnym czasie. Łechtania i pobudzania do kichania, jak o tem wspomina Graefe¹⁾, po zapuszczeniu do worka spojówkowego ani razu pomimo starannych wywiadów nie spostrzegłem.

Kilkakrotnie tylko po wstrzyknięciu 2—5% rozczyńcy do przewodu noso-łzowego udało mi się stwierdzić dość znaczne pobudzenie do kichania i obfitsze wydzielanie z błony śluzowej nosa.

Co do przedmiotowych objawów, to te występują u rozmaitych osób rozmaicie, zależnie od pewnej większej lub mniejszej wrażliwości tychże. Przeważnie po rozczyńcach słabszych bywa nieco mniejsze nasilenie objawów, niż po silniejszych — ale w każdym razie są do siebie podobne. I tak: prawie w parę

¹⁾ Deutsche Med. Woch. Nr 12. 1900.

sekund po zapuszczeniu występuje lekkie nastrzykanie spojówki gałkowej, najwyraźniejsze przy rąbku, połączone z coraz bardziej wzmagającym się łzawieniem. Przekrwienie i zaczerwienienie przenosi się na spojówkę powiekową, przyczem obrzmiewają brzegi powiek. Po 3—5 minut oko przedstawia obraz bardzo silnego zadrażnienia, powieki są znacznie obrzmiałe, szpara z powodu tego węższa. żyły skórne porozszerzane i lekkiego stopnia trzeszcz gałki. U osób więcej wrażliwych i po dosyć silnych rozczyinach przychodzi do tak silnego nabrzmienia powiek, że nie są zdolne ich otworzyć. Nabrzmienie to obejmuje nieraz policzki i okolice skroniową. Spojówka gałkowa w całości chemotycznie obrzmiała, różowa; chemosis najwyraźniejsza przy rogówce, z powodu czego rogówka wygląda jak dno talerza, a nieraz dochodzi do takich rozmiarów, że obrzmiała spojówka sterczy w postaci wału w szparze powiekowej. Rogówka gładka, silnie lśniąca, zaledwie w dostrzegalnym stopniu mniej wrażliwa na dotyk, a zupełnego znieczulenia jej nigdy nie mogłem stwierdzić. Przednia komora i tęczęwka prawidłowe, źrenica prawidłowo oddziaływa. Napięcie gałki niezmienione, jak również żadnych zaburzeń co do siły wzroku lub akomodacji nie zauważyłem. W kwadrans mniej więcej ustaje łzawienie, a objawy zadrażnienia, jak obrzmienie powiek, chemosis, utrzymują się 3—5 godzin, a nawet dobę. Nasilenie wszystkich tych objawów staje się coraz słabsze, w miarę tego, jak u jednego i tego samego chorego stosujemy pewien rozczynek dyoniny. — Mniej więcej po tygodniowym stosowaniu nie można już wywołać chemosis, oko bowiem staje się tylko lekko podrażnionem i trzeba się uciec do silniejszego rozczyynu.

Chcąc więc działać dyoniną przez dłuższy czas, trzeba zaczynać od najslabszego, stopniowo w miarę przyzwyczajania wzmacniać je, aż do zasypywania w proszku. Przyzwyczajenie ostateczne bywa zwykle dosyć długotrwałe; po miesięcznej bowiem przerwie zapuszczenie 10% rozczyynu wywołało tylko słabe przekrwienie spojówki gałki.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć jeszcze w krótkości o niezbyt dotąd licznych pracach o tym środku. Pierwszy Wolff-

berg (l. c.), chcąc wypróbować własności znieczulające polecanej przez Buffalini¹⁾ peroniny, podjął doświadczenia z pokrewną tejże dyoniną, a zastosowawszy ją w całym szeregu chorób ocznych, doszedł do następujących wniosków: 1) Wywołane dyoniną przepełnienie się limfą przestworów limfatycznych (*Lymphüberschwämung*) wskazuje, że ta jest bardzo pomocniczą przy leczeniu wszystkich tych cierpień rogówki, które nie są wywołane cierpieniami spojówkowymi; 2) jest godna polecenia przy leczeniu ran po wszystkich zabiegach operacyjnych na gałce, jak również przy wszystkich zranieniach; 3) wspomaga leczenie jaskry.

Wkrótce potem ogłosił swe doświadczenia A. Darier²⁾, których wynikiem było ostatecznie polecenie używania dyoniny: a) przy naciekach rogówkowych, b) przy zapaleniach tęczówko-naczyniówkowych (*iridochorioiditis*), połączonych ze zrostami źrenicznymi, c) w celu szybszej resorbcyi pęczniejących mas soczewkowych po dyscysji lub operacyi zaćmy. W dalszym ciągu doświadczeń zwrócił tenże autor uwagę na własności dyoniny, jako środka w wysokim stopniu uśmierniającego ból w schorzeniach głębszych części oka, a więc tam, gdzie nieraz trzeba się uciekać do podawania środków, działających na środkowy system nerwowy. Z tego powodu poleca ją w zapaleniach tęczówki, ciała rzęskowego, wrzodach i zapaleniach rogówkowych na podstawie dny, a nawet w jaskrze. W bardzo nasilonych bólach stosuje ją w proszku lub zastrzykując pod spojówkę gałki 0,01 na dawkę.

A. Graefe (l. c.), który także przypisuje dyoninie korzystne działanie: 1) w nieżytach spojówkowych, 2) w zapaleniach tęczówki, jakoteż tęczówko-rzęskowych, 3) w zapaleniach naczyniówko-siatkówkowych, 4) w zaćmieniach ciała szklonego, zwrócił znów uwagę, że po zastosowaniu jej występuje nieraz silne pobudzenie do kichania — przestrzega więc niejako przed

¹⁾ Annali di Ottalm. XXVIII. 1899.

²⁾ La Clinique Ophth. 1899. Nr 23.

używaniem jej po operacjach zaćmy. Wolffberg¹⁾ zaś przeciwnie nie może się dosyć nachwalić skuteczności dyoniny w przebiegu pooperacyjnym zaćmy, twierdząc, że wywołana nią chemosis mechanicznie sprzyja sklejeniu się ranki, następnie fizyologicznie przez zwiększenie żywotności tkanki rogówkowej zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia.

Przechodząc do opisanie spostrzeżeń, zrobionych na tu-tejszym materyale klinicznym w przeszło stu kilkudziesięciu różnorodnych przypadkach cierpień ocznych, pozwolę sobie tylko ważniejsze przytoczyć obszerniej, co do innych ograniczę się do zaznaczenia ogólnych uwag.

Z chorób spojówkowych *zapalenia ostre*, przebiegające z silnym przekrwieniem spojówki powiekowej i gałkowej, obrzmieniem ciała błonawkowego, dalej z wydzieliną obfitą śluzoworopną, sprawiające choremu dotkliwy ból, nie leczą się dyoniną, lecz zastosowanie choćby słabego roztworu, wprawdzie zrazu wywołuje uczucie dość znacznego pieczenia, jednak po chwili chory doznaje ulgi, łatwo otwiera oczy, doznaje wrażenia swobody i nierzadko się zdarza, że po nieprzespanych poprzednio nocach następną najspokojniej przesypia.

Przy *zapaleniu pryszczykowem* (phlyctaenulosa) spojówki nie widziałem żadnego wybitnego skutku, owszem w jednym przypadku, gdzie przy rąbku usadowiona była pojedyncza phlyctaena, nie tylko nie zmniejszyła się pod wpływem leczenia, lecz czwartego dnia wystąpiły 2 pęcherzyki na rogówce, co skłoniło nas do zaprzestania zapuszczania dyoniny, a zastosowania innych odpowiednich środków. Podobne pęcherzyki zauważono i w innym przypadku, gdzie dyonina była stosowana w celu wyjaśnienia plamki rogówkowej.

Nieco wybitniejszy skutek przedstawiał się w tych przypadkach, gdzie i rogówka była zajęta (*keratoconj. phlyct.*), — towarzyszący bowiem tym cierpieniom światłowstręt dawał się łatwo usunąć. Wogóle zaś we wszystkich przypadkach, gdzie stosowano dyoninę, po zaprzestaniu stosowania, można było

¹⁾ Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. 1899. Nr 31.

stwierdzić większą i szybszą skuteczność zazwyczaj używanych środków, jak kalomel, maść żółta i t. p., w dalszym przebiegu choroby.

Przy *jaglicy* w okresie pierwszym działa więcej analitycznie, nie wpływając na samą chorobę; tak samo w okresie drugim, jak również w okresie zbliznowacenia. Jedynie *pannus trach.* ulega zcieńczeniu, — niestety chorzy zbyt szybko przyzwyczajają się do tego środka, tak, że w końcu powrócić musimy do zwykłych w tych przypadkach leków.

W kilku przypadkach *xerosis epith.* można było zauważyć nieznaczną poprawę, a tutaj trzeba jeszcze to dodać, że skoro wystąpi chemosis, nie można wtedy dojrzeć miejsc chorobą zajętych.

Przy zapaleniu *tkanki podspojówkowej* (episcleritis) i *twardówki* (scleritis) uśmierza dokuczliwy nieraz ból, nie przyczyniając się jednakże do zmniejszenia wysięków podspojówkowych i nie skracając przebiegu choroby.

Niemniej przy zapaleniach brzegu powiekowego i powiek wogóle nie można było spostrzedz dodatniego wpływu dyoniny, jakkolwiek podmiotowo chorzy czuli zawsze pewną ulgę.

W dalszym ciągu doświadczeń, stosując ten środek przy *chorobach rogówki*, dało się stwierdzić w kilkunastu przypadkach korzystny wpływ na *wyjaśnienie się zmętnień rogówkowych*. Wzrok bowiem poprawiał się nie tylko w dal, ale i z bliska mogli chorzy znacznie drobniejszy druk czytać.

Wogóle z tych wszystkich doświadczeń można było przyjść do przekonania, że w zadawnionych, starych plamach rogówkowych stosowanie dyoniny pozostaje bez skutku. Natomiast w zmętnieniach świeżych zapalnych, szczególnie przy *keratit. parench. diff.*, szybko wyjaśniała się rogówka. W celu lepszego uwidocznienia pozwolę sobie przytoczyć następujący przypadek.

P. U., leczony od 2 miesięcy na kerat. parench. diff. oc. utr. bez tła luetycznego. Stan w d. 21/X 1899 obu oczu: światłowstręt, dookoła rogówki nastrzykanie rzęskowe, powierzchnia rogówki nierówna, pokłuta, w głębszych warstwach liczne obłoczkowate zaćmienia zlewające się z sobą. Na rogówce p.

o. dołem i górą wewnątrz liczne głębokie naczynia. u l. o. mniej liczne obwodowe. Źrenice zupełnie rozszerzone, prawidłowe. Gałki niebolesne. T. = n. V. p. o. = palce przy oku. V. l. o. = palce : 2,5 m. Leczenie: Natr. salic. 2,0 pro die. Atrop., ciepłe okłady, ciemnica.

3/XI zaczęto stosować dyoninę 5⁰/₀. Już dnia

18/XI V. p. o. = palce : 40 ctm. V. l. o. = ⁶/₆₀.

4/XII V. p. o. = » : 1 m. V. l. o. = ⁶/₃₆, oczy blade, zaćmienia znacznie słabsze i mniejsze.

11/XII. V. p. o. = palce : 3 m. V. l. o. = ⁶/₂₄.

26/I. 1900. V. p. o. = ⁶/₃₆. Sn. 1,25. V. l. o. = ⁶/₁₈₋₁₂. Sn. 0,5

19/II. » V. p. o. = ⁶/₂₄. Sn. 0,8. V. l. o. = ⁶/₁₈₋₁₂. Sn. 0,5.

Nie trzeba zapominać, że w tym przypadku i leczenie ogólne (aspiryna) mogło niemałą rolę odegrać. W każdym razie trzeba przypuścić, że dyonina wiele się przyczyniła do wessania nacieków zapalnych, czego dowodem było kilka innych podobnych przypadków.

We wrzodach rogówkowych nacieczonych, bez lub z ropą w przedniej komórce, dyonina oprócz swego analgetycznego działania w niczem innem nie przyczyniała się do przebiegu choroby. Podobnie i na świeże traumatyczne ubytki przybłonka nie wpływa regenerująco.

Wolffberg (l. c.) przypisuje jej wysokie zalety przy ranach rogówko-twardówkowych zakażonych, tam, gdzie wskazane były zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu. Być może, że nasze przypadki tem się różniły, że były czyste, niezakażone; jednakże można było zauważyć, mając jednocześnie dwa prawie identyczne zranienia w leczeniu, że w tym przypadku, w którym stosowaliśmy dyoninę, podrażnienie i ustąpienie stanu zapalnego znacznie później nastąpiło, aniżeli w tym drugim, leczonym scopol. kseroformem i zimnymi okładami.

Znaczne i szybsze wyjaśnienie rogówki osiągnąć można było w 2 przypadkach sparzenia oka wapnem. Po ustąpieniu podrażnienia i gdy ubytki spojówkowe pokryły się przybłonkiem, zastosowałem dyoninę w celu wyjaśnienia mleczo-zbiegłych rogówek. Chore w krótkim przeciągu czasu (2 tygodni)

zaczęły liczyć palce na 1 m., a w miesiąc na 5 m. Żałować tylko wypada, że zaprzestały przychodzić do ambulatoryum, gdyż nie można było stwierdzić, o ile się wzrok w dalszym ciągu poprawiał. (Dok. nast.)

II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für Augenheilkunde. October 1900.

I. *Przypadek nagłego zaniku gałki ocznej po użyciu wielkiego magnesu.* (Ein Fall von jäher Schrumpfung des Augapfels nach Anwendung des Riesen-Magneten.) Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg.

Autorowie przytaczają przypadek nagłego zaniku gałki ocznej u dziewiętnastoletniego robotnika, spowodowanego wpadnięciem odłamka stali do oka, przez co nastąpiła natychmiastowa utrata wzroku. Przez cięcie w twardówce próbowano w narkozie wprowadzić magnes do wnętrza oka i wydobyć ten odłamek, co się jednak nie powiodło. — Po dziesięciu tygodniach przyjęto chorego ponownie do szpitala. Oko rozpoznawało wtedy ruchy ręki w odległości dwu metrów, a lokalizacya światła była dobrą. Sideroskop wskazywał przez silne wychylenie igły, że kawałek stali znajduje się w oku, a fotografia promieniami Roentgena uwidoczniała dokładnie położenie jego na dole i zewnątrz.

Hirschberg usiłował ciało to obce najpierw wydobyć przyrządem Schloessera, lecz dopiero użycie wielkiego przyrządu Haaba i Hirschmanna doprowadziło do pomyślnego wyniku. Przez przyłożenie wielkiego magnesu do blizny w rogówce wydostano ciało obce do przedniej komórki, poczem przez cięcie w rogówce wprowadzono mały magnes Hirschberga i wydobyło ciało obce, które miało nieregularną postać i ważyło 22 mg. Przy wydobyciu ciała obcego wypłynęło nieco czerwono zabarwionej cieczy wodnej i kawałki tkanki, pokryte barwikiem. — Dwa dni po operacyi oka wystąpiło typowe, ostre zapalenie ciała rzęskowego, w dwa tygodnie zaś później gałka oczna była już w zaniku. Ponieważ zapalenie to było połączone z wielkimi bólami, wyjęto oko. Drugie pozostało prawidłowe.

Widać więc, iż w tym przypadku ciało obce leżało przez 12 tygodni w głębi gałki ocznej, poczem nastąpił szybki jej zanik. —

Hirschberg utrzymuje, że przez przedłużenie pierwotnego cięcia w twardówce aż do ciała szklanego i przez prawidłowe wprowadzenie małego jego elektromagnesu możnaby było wydobyć ów odłamek stali i w ten sposób zapobiedz nagłemu zanikowi gałki ocznej.

Drobnowidowe badanie wykazuje charakterystyczne bujanie tkanki około blizny w rogówce, powstałej przez uraz, i około blizny w twardówce, powstałej przy operacji; to bujanie tej zbliżnowaćiałej tkanki rozciąga się przez bliznę w naczyniówce aż w głąb ciała szklanego.

Zdaniem autora przerwało ciało obce, pociągnięte siłą wielkiego magnesu, nowowytworzoną tkankę blizny i spowodowało tem silne krwotoki w naczyniówce do ciała szklanego, którego zmarszczenie wywołało odczepienie siatkówki i naczyniówki, a wreszcie i zanik całej gałki ocznej. Zmian zapalnych lub spowodowanych przez rdzę nigdzie nie można było napotkać.

Dr Gruder.

II. *Drugi przypadek dwojakiej łamliwości oka, spowodowanej stwardnieniem jądra soczewki.* (Ein zweiter Fall von Doppel-Refraction eines Auges in Folge von Sklerose des Linsenkernes.) Dr Emil Guttman z Wrocławia.

Autor przytacza drugi przez siebie spostrzegany przypadek, w którym istniejące silniejsze stwardnienie jądra soczewki spowodowało dwojaką łamliwość oka. Przypadek ten dotyczy 62letniego urzędnika kolejowego, który od $1\frac{1}{2}$ roku widział prawem okiem wszystkie przedmioty zamglone i niewyraźne. Na lewym oku bystrość wzroku wynosiła $\frac{5}{10}$, zaś po poprawie $\frac{5}{5}$; na chorem prawem oku natomiast wynosiła ona ledwie $\frac{5}{30}$, zaś $\frac{5}{12}$ z — 5·0 D sph. Najwyraźniej widział chory tem okiem przez mały otwór, wycięty w kartonie, przed który umieszczono — 1·0 D sph.

Przy atropiną rozszerzonej źrenicy i prześwieceniu dna oka można było widzieć w soczewce 3 mm. szeroką, ciemną tarczę, która w odległości 20 cm. dawała się tak dokładnie przeświecić, iż można było widzieć naczynia dna oka. W obrazie prostym jednak widać było dno oka dokładnie przy pomocy + 1·0 D sph. tylko przez części obwodowe soczewki; w obrazie odwrotnym i prostym dno oka było prawidłowe i wyraźne. Obrazki Purkiniego były na soczewce wyraźne. Po sześciu miesiącach badanie chorego dawało niezmienny wynik.

Autor widzi przyczynę tej łamliwości dwojakiej jednego oka (anisometropia monocularis) w częściowej (t. j. ograniczonej tylko na jądro) niezwykle znacznej sklerozie soczewki. — Różnica między łamliwością środka soczewki i jej części obwodowej wynosiła w tym

przypadku 6 D. Autor podnosi, że przypadek ten jest dopiero drugi, dotychczas znany w literaturze.

Dr Gruder.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. October. 1900.

I. *Wpływie porażenia jednego mięśnia tęczówki na jego przeciwnika.* (Ueber den Einfluss der Lähmung eines Iris Muskels auf seinen Antagonisten.) Levinsohn.

Na wstępie autor zaznacza, iż pierwszym był Roebreck (1895 r.), który objaśniał paradoksalne rozszerzenie źrenicy zwyrodnieniem włókien rozwieracza, z czego widzimy, że teoria Langendorffa nie jest zupełnie nową. Dalej polemizuje on z tą teorią i dochodzi na podstawie własnych doświadczeń do wniosków, że paradoksalne rozszerzenie źrenicy polega na osłabieniu napięcia zwieracza. Pytanie, czy to osłabienie jest następstwem funkcjonalnej nieczynności, czy ma nerwową podstawę, pozostaje nierozstrzygniętem. Ostatnie przypuszczenie ma za sobą więcej prawdopodobieństwa. Za podwyższeniem napięcia rozwieracza źrenicy z powodu obumierających włókien nerwu współczulnego przemawia niejedno, ale tylko dla pierwszych dni, a może i tygodni po usunięciu górnego zwoju szyjnego; dla późniejszego jednak czasu należy tę przyczynę wykluczyć. Paradoksalne rozszerzenie źrenicy jest ostatecznie tylko przykładem na to, iż wogóle przy wykluczeniu, względnie obniżeniu czynności jednego mięśnia tęczówki następuje osłabienie jego przeciwnika.

Dr Gruszkiewicz.

II. *Oko i róża.* (Auge und Erysipel.) Thier.

W odczycie tym, wygłoszonym na LXXII zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Akwisgranie, podaje autor z własnej praktyki przypadki korzystnego i niekorzystnego wpływu róży na przebieg niektórych chorób oka. Do korzystnych należą 2 przypadki wyleczenia u dzieci (6-cio i 8letniego) skrofalicznego zapalenia rogówki, które opór stawiało wszelkiemu leczeniu, a ustąpiło dopiero po wystąpieniu róży na twarzy. Tłómaczy on to tem, iż *zapalne przekrwienie skóry działa odwodząco na oko*, jak to miało nieraz miejsce przy olejku krotonowym, jaki dawniej wcierano w kark lub szyję przy przewlekłych sprawach ocznych. Przeciwnieństwo do poprzednich stanowi przypadek, gdzie była rozległa róża na twarzy, a po nagłym jej przeziębieniu znikła takowa, na jej zaś miejsce wystąpiło obustronne niedowidzenie do $\frac{1}{7}$ bystrości wzroku wskutek pozagałkowego zapalenia wzrokowego nerwu. Tłómaczy to autor znowu tem, iż nagłe stłumienie przekrwienia skóry znalazło swój równoważnik we wstecznym zastoju żył oczodołowych, który mógł sięgać aż do opon i tam mógł uciskać na nerw. Wreszcie opisuje

autor następujący, bardzo ciekawy przypadek: Zgłosiła się do niego chora z ostrem zapaleniem spojówki prawego oka; mimo leczenia zapalenie to nie ustępowało, a natomiast po 14 dniach poczęła się od wewnętrznego ocznego kąta rozwijać róża, która, mimo energicznego leczenia, doprowadziła do ropnego zapalenia ciała rzęskowego, czego następstwem było wyjęcie oka. Przez 3 lata potem była pacjentka zdrową, poczem znowu wystąpiło lekkie zapalenie spojówki lewego oka, a wkrótce za tem zjawiała się tamże róża. Nauuczony doświadczeniem, przedsięwziął autor jak najenergiczniejsze zwalczanie róży nacinaniami skóry, okładami z 5% roztworu karbolu i podspojówkowemi wstrzykiwaniami sublimatu, czem udało mu się po kilku tygodniach uratować oko, przyczem głównie wstrzykiwaniom podspojówkowym przypisuje pomyślny wynik leczenia. Punktem wyjścia róży była prawdopodobnie spojówka a nie skóra, gdyż za tem przemawia raz szybkie wnikanie w głębi, — po drugie ograniczenie się jej do okolicy samego oka; zakażenie szło tu drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych. Podnieść należy, iż przebieg i objawy były na obu oczach jednakie.

Dr Gruszkiewicz.

III. *Przypadek rzadkiej wady rozwojowej oka.* (Fall einer seltenen Missbildung der Augen: Symbblepharon totale congenitum palp. sup. oc. dextri, Ankyloblepharon totale congenitum, Kryptophtalmos oc. sinistri.) Blessig.

W powyższym przypadku wykonał Blessig operację na lewem oku, poprowadził on mianowicie wzdłuż najwyższej wypukłości skóry poprzeczne cięcie, na 4 cm. długie: pod skórą było wiele tłuszczu, a pod nim bardzo znacznie rozszerzony worek spojówkowy, wypełniony jasną cieczą, a dopiero w głębi kilku cm. znajdowała się gałka oczna z przejrzystą rogówką i dnem czerwono przeświecającem, którego jednakowoż nie można było wzziernikiem badać, gdyż potrzeba było chronić rogówkę od wywichnięcia i czemprędzej zaszyć brzegi rany. A więc operacja sprawdziła przypuszczenie, oparte na rozwoju powstania szpary powiekowej, iż pod skórą znajduje się worek spojówkowy i gałka oczna — z tą tylko różnicą, iż to, co wyczuwało się jako podskórny torbiel, było podkładem tłuszczu, a to, co uważało się za gałkę, było woreczkiem spojówkowym, gałka zaś leżała tak głęboko, iż nie można jej było wcale wyczuć. Lecz wynik operacji nie był zupełnie zadawalniającym, gdyż utworzona szpara powiekowa poczęła się kurczyć tak, iż z 2 cm. pozostał po 2—3 tygodniach tylko 2—3 mm. szeroki, do przetoki podobny otwór, przez który dało się przeprowadzić szklaną sondę. Nie było jednak wykluczonem, iż stopniowe rozszerzanie otworu byłoby doprowadziło do celu, to jest do stałego uwi-

docznienia gałki ocznej, która prawdopodobnie nie była pozbawioną zdolności jakiego takiego widzenia, — lecz dziecko to zabrała matka do domu.

Przy końcu omawia autor 10 dotychczas opisanych przypadków kryptoftalmu, porównując je ze swoim. *Dr Gruszkiewicz.*

IV. *Nietypowy przypadek nieżytku wiosennego. Włókniaki brzegu powiekowego.* (Atypischer Fall von Conjunctivitis aestivalis. Fibrombildung am Palpebralrande.) Ahlstroem.

Różni się ten przypadek od dotychczas opisywanych powiekowych postaci tem, iż po pierwsze wybujałości były umieszczone na samym brzegu obu górnych powiek, podczas gdy sama spojówka powiekowa była zupełnie gładką, a po drugie tem, iż wybujałości te, zbadane drobnowidem, wykazały budowę czystych *włókniaków* z stosunkowo tylko cienką powłoką przybłonkową.

Co do leczenia, to zaleca autor *zimno*, jako jedynie skuteczny środek. *Dr Gruszkiewicz.*

V. *Wrodzone wady rozwojowe oka.* (Angeborene Augen-anomalien.) Lechner.

Tęczówka miała nieprawidłowe coloboma w postaci barwikowego czarnego paska, zwróconego w dół i na zewnątrz, przyczem odpowiednio była wydłużoną i źrenica, dalej w nerwie ocznym wybitne coloboma, a wreszcie wyraźne ślady przebytego w czasie życia płodowego zapalenia tęczówki. Przyczynę niezamknięcia się rowka na szypule pęcherza ocznego widzi autor w tym przypadku w *zapaleniu*, a to na podstawie przebytego zapalenia tęczówki, wielkiego zaniku naczyńówki około tarczy i nagromadzenia się tamże znacznej ilości barwika; takiej bowiem genezy colobomatu bronią Haab i Fuchs, podczas, gdy głównie Hess tłumaczy tem, iż tkanka mezodermalna, wypełniająca szczelinę i rowek oczny, zanika za późno. — *Dr Gruszkiewicz.*

Blepharo-sphincterectomy, operacya do leczenia keratitis trachomatosa et scrophulosa. Prof. M. E. Mulder. (»Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. November. 1900.)

Opierając się na 350 przypadkach, operowanych w ciągu lat 18-tu, autor zaleca tę operacyę w celu: 1) zmniejszenia ucisku górnej powieki na rogówkę, wskutek skurczu mięśnia obrączkowego, jak to się zdarza przy jaglicy i keratitis scrophulosa, i 2) usunięcia ptosis, a tym sposobem zabezpieczenia rogówki od ciągłego zetknięcia z chorobliwie zmienioną spojówką. Gdy przy jaglicy wskazaną jest kantoplastyka, dobrze jest robić blepharo-sphincterectomię przedtem,

lub kilka dni po pierwszej. Operacja ta, zwykle usuwająca nadmiarę rozrośnięte włókna mięśnia obrączkowego, dość często zapobiega następowemu wytwarzaniu się podwinięcia powiek. Znieczuliwszy pole operacyjne kokainą i podłożywszy pod powiekę płytkę, robi się cięcie wzdłuż powieki w odległości 2 mm. od jej brzegu, drugim cięciem wykrawa się skórę w postaci 2—4 mm. szerokiego owalu i następnie wycina się ją nożyczkami wraz z mięśniem, na całej długości powieki; jeśli tego za mało, to skórę górnej powieki podnosimy palcem do góry i wycinamy jeszcze znajdujące się tam włókna mięśniowe. Ranę zeszywamy 2—3 szwami, które usuwamy po kilku dniach. Po takim rękoczynie keratitis pannosa zwykle prędzej ustępuje i nie tak łatwo powraca. Daje się spostrzegać ten wynik nie tylko przy jaglicy, lecz i przy zajęciu rogówki u dzieci zółzowych, gdzie tak często mamy do czynienia ze skurczem powiek. Mała ta operacja skutkuje tu wyśmienicie, jako zabieg zapobiegawczy. Już w r. 1895 Schwabe zalecał w tych razach t. zw. operację blepharo-chalasis, lecz polegała ona na Ammona kantoplastyce, połączonej z wycięciem skóry (z włóknami mięśnia) na obu powiekach. Blepharo-sphincterectomię wykonywa się nieco inaczej, lecz wynik i znaczenie jej jest takie samo, jak operacji blepharo-chalasis (*Lidlockerung*).

Dr J. Talko.

Uszkodzenie oka piorunem. J. Brixia (»Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. November. 1900).

Autor, asystent okulistycznej kliniki w Innsbruku, podaje spostrzeżenie, dotyczące 21l. telegrafisty, który podczas pełnienia służby został rażony piorunem. Na nosie i lewej nodze miał opalenia, oczy zaledwo mógł otwierać, skarżąc się na silne w nich palenie i czucie ciała obcego. Było to 27/VII 1900, do kliniki wstąpił 1/XI, a więc po 3 miesiącach. Stwierdzono rzęskowe przekrwienie gałek, hypopyon w lewej komórce, tęczówki przekrwione, lewa źrenica podługowato-owalna, w soczewkach liczne małe zmętnienia, które się znajdowały w warstwie korowej tuż pod przednią torebką, a także w tylnej korze; zmętnienia miały postać promienistych od równika idących pętelek, licznych kropel (niby pęcherzyków powietrza), a także gwiazdzistych, drobnoziarnistych figur, jak przedstawiono na 2 rycinach. Lekkie męty ciała szkliste, a w okolicy plamki żółtej liczne okrągłe czarne plamki, jakie już opisał ś. p. Downar w 1878 r. Środkowe skotoma szczególnie dla barwy białej; zwężenie pola widzenia obu oczu; obniżenie bystrości wzroku:

O. prawe = palce na 3 m. + 3 D $\frac{6}{60}$. J. Nr 16.

O. lewe = palce na 4·5 m. + 4 D $\frac{6}{60}$. J. Nr 16 + 5 D. J. Nr 9.

W przypadku tym godne są uwagi: *zmiany w soczewkach i na dnie oczu*. W rozprawce mojej¹⁾ wspomniałem o doświadczeniach Hessego, który twierdzi, że od prądu elektrycznego niszczą się głównie komórki nabłonkowe torebki, a więc i odżywianie przednich warstw soczewki. Prawdopodobna ta teoria »zaćm piorunowych« znajduje potwierdzenie i w doświadczeniach Dra Kiribuchi »Experimentelle Untersuch. über Cataract und sonstige Augenaffectionen durch Blitzschlag« (»Arch.« Graefego. Bd. L). Dr J. Talko.

Badanie pola widzenia sposobem Bjerruma; wartość tego sposobu dla badania przypadków jaskry. (Recherches sur l'examen du champ visuel avec des objets blancs d'angle visuel petit; valeur de cet examen dans le glaucome.) Dr Aage A. Meisling z Kopenhagi. (»Annales d'Oculistique«. 1900. Nr XII.)

W r. 1889 podał prof. Bjerrum nowy sposób badania pola widzenia, mający dawać dokładniejsze wyniki, aniżeli oznaczanie zapomocą zwyczajnego perimetru. Sposób ten polega na tem, że do badania używamy przedmiotów drobnych, pod małym kątem widzianych. W tym celu usadza się badanego w odległości jednego lub dwóch metrów od czarnej zasłony dobrze oświetlonej, w środku której znajduje się punkt biały. Badany opiera brodę na odpowiedniej podporze. Jako przedmiotów, służących do określania granic pola, używa Bjerrum małych krążków z kości słoniowej o różnej średnicy o 1 do 20 mm. Krążki te przesuwa przed zasłoną zapomocą metalowego pręta, w którego rozszczepiany koniec są wetknięte. Warunki, przy jakich badanie się odbywa, zapisuje się w skrótce w ten sposób: jeśli chory siedział w odległości 2 metrów (2000 mm.) od zasłony, a badany był krążkiem o średnicy 6 mm., wtedy piszemy: badanie krążkiem $\frac{6}{2000}$. Ponieważ zasłona posiada najwyżej 2 m², przeto łatwo obliczyć, że przy badaniu z odległości 2 m może być objęta tylko środkowa część pola widzenia, sięgająca na 26° dookoła punktu naosiowego. Za to w przypadkach chorobowych ten sposób badania pozwala wykryć wiele szczegółów, o których zwyczajna perimetrya nie daje nam żadnego pojęcia. Dr Meisling w pracy swej podaje wyniki swych badań, przeprowadzonych tym sposobem w przypadkach różnych cierpień ocznych. Najwięcej spostrzeżeń odnosi się do jaskry (30 chorych, a 50 oczu). W pracy tej znajdujemy wielką ilość rysunków, przedstawiających różne rodzaje ścieśnienia pola widzenia. Przy badaniu zapomocą krążków bardzo małych granice pola wypadają ciaśniejsze, plamka zaś Mariotte'a i wszelkie nieprawidłowe ubytki większe nieco. — Przy

¹⁾ Postęp Okulistyczny, 1899, str. 91.

jaskrze przewlekłej zapalnej, jakoteż prostej znalazł autor pewien niemal stale powtarzający się typ zwiężenia. Znamionuje je, oprócz znacznego zacieśnienia granic zewnętrznych, ubytek łukowaty, rozciągający się powyżej lub poniżej punktu środkowego i zlewający się zwykle jednym swym końcem z plamką Mariotte'a. Zapomocą zwykłego perimetru nie mógł Dr M. szczegółów tych wykazać.

Dr K. W. Majewski.

Przyczynek do teorii ruchów cienia przy skiaskopii.

(Zur Theorie der Bewegung des skiaskopischen Schattens.) Dr K. Laurenty. (>Wiener Medicinische Presse<. Nr 50. 1900.)

W pracy tej chodzi autorowi o rozstrzygnięcie pytania, czy w chwili, gdy przy skiaskopii kierunek ruchu cienia zmienia się na odwrotny, *otwór skiaskopu* znajduje się w rzeczywistości lub sztucznie utworzonym *punctum remotum* oka badanego, — czy też *otwór źreniczny oka badającego*? Zwyczajnie oddalenia oka badającego od lusterka skiaskopu nie bierzemy w rachubę, a wedle powszechnie przyjętej teorii skiaskopii kierunek ruchu cienia ulega zmianie w chwili, kiedy *punctum remotum* oka badanego znajdzie się w płaszczyźnie *źrenicy oka badającego*.

Dr Laurenty urządził swe doświadczenia w sposób następujący: Zamiast badać oczy prawdziwe, użył małego fantomu, naśladującego oko i dającego się rozsuwać tak, że odległość soczewki znajdującej się wewnątrz, poza otworem przyrządu od tylnej ściany, czyli dna fantomu można zmieniać dowolnie, a równocześnie zapomocą odpowiedniego urządzenia odczytywać tę odległość bardzo dokładnie (w razie potrzeby w 100tnych częściach mm.). Przed tem sztucznym okiem umieścił soczewkę zbierającą + 10 D. W chwili zatem, kiedy fantom był tak nastawiony, że naśladował oko miarowe, soczewka ta zbierała promienie od dna jego w odległości 10 cm. Gdy zaś przez rozsunięcie lub zesunięcie przyrząd okazywał niedomiarowość lub nadmiarowość, wtedy punkt zborny zbliżał się lub oddalał od soczewki o tyle ctm., ile D wynosiła ametropia. Tak urządził sztuczne oko badał następnie zapomocą zwyczajnego skiaskopu, wymierzając z wielką dokładnością (w milimetrach) odległość, w której zachowanie się cienia wskazywało położenie *puncti remoti*. Zmieniając ustawicznie stan łamliwości fantomu, wykonał w ten sposób cały szereg pomiarów, używając zwierciadełka *wypukłego*, przy którym cień znacznie ostrzej się odgraniczał, niż przy lusterku płaskim lub wklęsłym. Z porównania łamliwości znalezionej zapomocą skiaskopii z łamliwością rzeczywistą, jaką w danej chwili przedstawiał fantom, pokazało się, że błędy popełniane nie przekraczały 0,3 D, a średnia różnica wynosiła 0,016 D. Gdy oddalenie oka badającego od skiaskopu było większe niż zwyczajnie (n. p. 2 do 6 cm.), wtedy

błędy w oznaczaniu okazały się nieco znaczniejsze, mianowicie dochodziły do 0,5 D, a średnio wynosiły 0,068 D. Autor przypisuje to jednak tylko tej okoliczności, że badanie przy takim oddaleniu skiaskopu staje się niewygodnem, a dla nabrania w niem wprawy potrzebaby osobnych ćwiczeń.— Z pomiarów tak wykonanych okazało się, że zmiana ruchu cienia przypadała na chwilę, kiedy właśnie otwór skiaskopu znalazł się w *punctum remotum* oka badanego. W przypadkach, gdzie łamliwość rzeczywiŝta nie zgadzała się z wymierzoną zapomocą skiaskopii, różnica wynosiła 2 lub 3 mm., a czasem tylko małe ułamki milimetra. Oddalenie oka badającego od skiaskopu odgrywa, zdaniem autora, zupełnie podrzędną rolę. Wielkość otworu w lusterku skiaskopu ma tylko takie znaczenie, że, im otwór ten jest większy, tem bardziej zatarte są granice cienia.

Dr K. W. Majewski.

O powrotnem porażeniu nerwu okoruchowego. (Ueber die typisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.) Dr I. Strzemiński. (»Archiv f. Ophthalmologie«. T. LI. Z. 3.)

Praca Dra Strzemińskiego stanowi monografię, obejmującą wszystko, co się odnosi do tej osobliwej postaci porażenia nerwu okoruchowego, uważanej przez wielu autorów słusznie i od dawna za odrębną jednostkę chorobową. Cierpienie to należy do rzadkich, gdyż w literaturze znalazło się zaledwie 50 przypadków opisanych (pierwszy w roku 1860 przez Gublera). Obszerniejsze prace o tej chorobie napisali: Marie, Parinaud, Mauthner, Schweinitz, Darkszewicz i inni. Do opracowania tego przedmiotu zachęciły autora dwa przypadki, które miał sposobność sam w ostatnich czasach spostrześć.

Choroba w mowie będąca polega na okresowem występywaniu porażenia bądź to wszystkich, bądź też niektórych tylko gałązek nerwu okoruchowego i to zawsze po jednej i tej samej stronie. Wystąpienie porażenia poprzedza w każdym niemal przypadku silny ból głowy, zazwyczaj połowiczny, któremu towarzyszy niejednokrotnie zawrót i wymioty. Obraz chorobowy znamionuje się tem, że prócz nerwu okoruchowego po jednej stronie, inne nerwy czaszkowe nie bywają zajęte. Chorzy przedstawiają zazwyczaj opadnięcie górnej powieki, zez porażenny rozbieżny, a bardzo często także rozszerzenie źrenicy i porażenie akomodacyi. Stan ten jest przemijający, ale natomiast powraca co pewien czas w postaci okresowych napadów. Trwanie napadu bywa różne, od kilku dni do kilku tygodni. Podobnie przerwy między napadami, w czasie których oko powraca do stanu zupełnie prawidłowego, bywają co do czasu trwania bardzo zmienne. W przypadkach dotychczas opisanych długość tych przerw waha się w granicach od 11 dni do 11 lat. Zresztą w każ-

dym poszczególnym przypadku napady powracają wyjątkowo tylko w równych w przybliżeniu odstępach czasu, najczęściej występują nieregularnie. Są przypadki, w których poszczególne napady tak co do nasilenia jak i co do czasu trwania zupełnie są do siebie podobne, w innych zaś trwanie i nasilenie objawów od napadu do napadu wzrasta. Tak n. p. początkowo sprawa ogranicza się na samym tylko niedowładzie niektórych gałęzek nerwu okoruchowego, lecz potem przy każdym nowym napadzie niedowład obejmuje coraz więcej gałęzek, wreszcie zamienia się na bezwład, napady trwają coraz dłużej, połączone są z coraz to silniejszymi bólami głowy, nadto pozostają czasem pewne zaburzenia, n. p. lekka niedomoga akomodacyi lub nieznaczna *ptosis* na czas przerwy między napadami, a wreszcie znane są przypadki zejścia śmiertelnego wśród objawów, wskazujących na zajęcie opon mózgowych. W innych znowu przypadkach zauważyć się daje pewne stopniowe osłabianie się objawów i jakby ostateczna poprawa w przebiegu cierpienia, ale do zupełnego wyleczenia choroby nie przyszło w żadnym z dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń.

Dr Strzemiński przytacza szczegółowo zapatrywania różnych autorów na przyczynę i istotę tej rzadkiej choroby. Sam, jakkolwiek przyznaje, że w niektórych razach napady posiadają łożo niewątpliwie anatomiczne i pozostają wtedy w związku z przewlekłym zajęciem opon na podstawie mózgu, że wyjątkowo nowotwór może stanowić anatomiczną podstawę cierpienia, — to z drugiej strony nie wyklucza on istnienia zaburzeń wyłącznie czynnościowych, nie mających jednak nic wspólnego z histeryą, ani z migreną, jak chcą niektórzy autorowie. Sztuka lekarska jest wobec tej choroby zupełnie prawie bezsilną. Napad mija po pewnym czasie bez użycia środków leczniczych, ale też znowu powraca bez względu na jakiekolwiek zastosowane leczenie.

Dr. K. W. Majewski.

O conjunctivitis diplobacillaris. Dr Zikmund. (Čas. lěk. česk. Nr 47. 1900).

Do znanych zakaźnych zapaleń spojówki, wywołanych gonokokami, streptokokami, prątkami Loefflera, Koch-Wecksa, pneumokokami, meningokokami, przybywa zapalenie, spowodowane diplobacillami, które w r. 1896 opisał Morax. Diplobacill ten jest w całości 3—4 μ długi, a 1 μ gruby, łączy się czasem w łańcuszki, czasem w grupy o 2, 3, 4 dwóinkach, równolegle do siebie leżących. Barwi się łatwo rozcżynami alkalicznymi wszystkich barwików anilinowych, a odbarwia się Gramem. Rośnie przy wyższej ciepłocie na pożywkach, oddziaływujących alkalicznie, lub obojętnie z dodatkiem surowicy. Nie znachodzi się na zdrowej spojówce

ludzkiej, — szczepiony zwierzętom, nie wywołuje u nich żadnych zmian. —

Zapalenie spojówki, tym diplobacillem wywołane, może się udzielać, a objawy kliniczne są następujące: uczucie lekkiego palenia albo swędzenia, ciężkości powiek, łzawienie, mierny światłowstręt, wydzielina w dzień skąpa, przez noc nagromadza się szczególnie w kąciku wewnętrznym i zlepia powieki. Dostatecznym charakterystycznym objawem jest towarzysząca blepharitis angularis.

Zwyczajnie zajęte bywają oba oczy. Czas trwania choroby bywa rozmaity: od tygodnia do miesiąca, a nawet przejść może w stan przewlekły, przyczem, wskutek ciągłego macerowania skóry, może przyjść do większego wyprysku, a nawet do skrócenia skóry. Bardzo rzadkiem powikłaniem bywa wrzód rogówkowy.

Zakażenie bierze początek prawdopodobnie według Biarda z jamy nosowej, skąd dostaje się przewodem łzowym do worka spojówkowego. Rokowanie dobre.

Co do leczenia: Morax i Petit zalecają 1—2% roztwór cynku; Peters pastę: Rp. Ammoni sulph. ichtyol 0,2—0,5, Amyli, Zinci oxyd. aa. 10,0, Vaselini 25. Mf. pasta. Biard 1—3% maść żółta. W przypadkach silnego przekrwienia dobrze jest zastosować 2% Arg. nitr.; w bardzo zastarzałych przypadkach radzi Peters zeszkrobanie powierzchniowej warstwy przybłonka. Obok tego trzeba polecić wkraplanie do nosa roztworu cynku, lub przestrzykiwanie słoną wodą.

Dr Łuniewski.

III. Z TOWARZYSTW.

1. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. 14 posiedzenie z d. 9 października 1900 r.

J. Smirnow przedstawił 66letnią chorą z symblepharon postpemphegum, u której prawe oko zupełnie stracone, a w lewym (przyrost całej dolnej powieki i cząstkowy górnej) prof. Kriukow utworzył nowy worek spojówkowy z błony śluzowej ust. Z rozpraw, jakie wywiązały się między członkami, okazuje się, iż pierwszy przypadek tego rodzaju choroby (pemphegus conj.) opisany był w Rosji w r. 1893, spostrzegano go w Petersburgu; Kriukow w Moskwie spostrzegał pempheg. conj. raz tylko. Przeszczepienia błony śluzowej, o ile mu wiadomo, dokonał w tym razie tylko Schweigger¹⁾.

¹⁾ U pewnej 43letniej kobiety z obustronnem symblepharon wszystkich powiek i utratą przezroczystości rogówek, udało mi się w r. b. (1900)

S. Gołowin odczytał rzecz o *cryptophthalmus*, — przypadków takich dotąd opisano 14. Autor spostrzegł 2 przypadki skrytooczości w Moskwie: 1) u 26letniego włóścianina — *cryptoph.* lewostronny (prawa gałka nierozwinięta); po rozcięciu powiek znaleziono gałkę nierozwiniętą i dlatego (? — chyba w celu zbadania) została wyłuszczoneą; gałka wielkości 13—16 mm, twardówka zgrubiała, ani śladu rogówki, źrenica zaciągnięta błoną łączno-tkankową, choriocapillaris nie znaleziono wcale, w zmienionej siatkówce w pobliżu nerwu wzrokowego tkanka neuroglii, kostna a także kryształy tyrozyny, w nerwie wzrokowym brak rdzennych włókien, naczynia zgrubiałe, zwężone, często mające zwapnienia w ściankach. Autor twierdzi, że w danym przypadku miał do czynienia z wynikiem ciężkiej irido-chorioiditis, prawdopodobnie wskutek dziedzicznego przymiotu. 2) Drugi przypadek obustronnej skrytooczości miał miejsce u 3letniego dziewczątka: gładka skóra przechodziła z czoła na twarz, nie tworząc nawet zmarszczek, pod którą widzialne były ruchy gałek. (Starsza jej 4letnia siostra urodziła się z takimiż oczami.) Ponieważ lewe oko odczuwało światło, szczególnie elektryczne w ciemności, rozcięto przeto nad niem skórę i po oddzieleniu jej od gałki utworzono podkładkę pod sztuczne powieki ze skóry, wyciętej pasowato z przedramienia chorej. W wyniku utworzone tak powieki skurczyły się, tworząc bliznowate wałeczki, dziewczątko pozostało przy poczuciu światła — przednia bowiem część gałki miała barwę sinawą i wyglądem swym przypominała garbiak. Autor zwraca uwagę na powikłania w podobnych wrodzonych wadach oczu: a) brwi rozwinięte były tylko w zewnętrznej $\frac{1}{3}$, łącząc się z owłosieniem skroni, b) czołowe wyniosłości znacznie się uwydatniały, c) asymetrya małżowin usznych i d) niedostateczne skostnienie kości ciemieniowej.

15 posiedzenie z d. 13 listopada 1900 r.

1. S. Gołowin mówił o 2 nowych przypadkach, operowanych sposobem *Krönleina*. Poprzednio usunął tym sposobem pozagałkowe fibrosarcoma myxomatodes i endothelioma, a teraz w trzecim przypadku glioma teleangiectodes, w czwartym guz wewnątrzmięśniowej piramidy, drobnowidem dotąd niezdeteminowany. Po przecięciu sposobem *Krönleina*, autor cięciem poziomem rozciął zewnętrzny kąt powiek. W 3. przypadku po operacji zmniejszone były ruchy gałki, w 4. gałka pozostała nieruchomą.

choć w części utworzyć worek spojówki z błony ust w tem tylko oku, gdzie niecałkowity był zrost. w drugim oku, gdzie symbł. było całkowite, operacyjny zabieg pozostał bez skutku: przeniesiony płat zmartwiał. *Ref.*

2. S. Gołowin przedstawił chorobę z *tętniącym trzeszczem*, a przypuszczając istnienie w oczodole limfangiomatu (takie guzy wycięto chorej na rozmaitych częściach ciała), ma zamiar wykonać jego oczodołową operację, a nie podwiązanie art. carotidis. Wynikła stąd rozprawa, przyczem A. Natanson oświadczył, iż słyszał z ust Krönleina, że jego sposobem więcej zachwycają się jego naśladowcy, niż on sam.

3. G. Zamurawkin podał przypadek *retinitis proliferans*, wytworzony wskutek nawrotowych wynaczynień siatkówki przy jej perivasculitis, — a 4. A. Bielski przypadek *mięsa w zanikowej gałce*. —

5. W. Gurwicz przedstawił wziernik Thornera, służący do wykładów klinicznych, a także mogący być korzystnym przy odfotografowywaniu dna ocznego (Ławrentjew). *Dr J. Talko*.

2. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 15 listopada 1900 r.

Drowie Zielenkowski i Rosenberg odczytali pracę „*O wpływie wycięcia górnego szyjowego zwoju współczulnego nerwu na oko*“, opierając się na szeregu własnych doświadczeń, robionych na królikach. Wycięcie tego zwoju wywołuje: zapalenie gałki ocznej, zwężenie źrenicy, rozszerzenie naczyń krwionośnych, osłabienie dyfuzji przez rogówkę, wydzieliny włóknikowate do przedniej komórki, lecz przytem bardzo krótkie (3—5dobowe, najdłużej 12dobowe) i nieznaczne obniżenie wśródgałkowego ciśnienia po stronie operowanej. Wskutek tego autorowie przyszli do wniosków, że ani operacja Jonnesci, ani też »sympatyczna« teoria Abadiego nie mogą mieć podstawy naukowej.

Schröder podał przypadek przerwania okresu zwiastunów jaskry wyrwaniem zepsutego zęba, co — zdaniem jego — przemawia na korzyść sympatyczno-nerwowej teorii jaskry¹⁾. — Zdaniem prof. Bellarminowa przypadki takie cytowano dawniej w celu poparcia teorii Dondersa (jaskra jest wydzielinową nerwicą). — Członkowie wypowiedzieli godne uwagi zdanie, iż dopóty, dopóki znaczenie operacji Jonnesci nie będzie stwierdzone doświadczeniami na zwierzętach, powinniśmy ją zaliczyć do niedozwolonych w praktyce.

Posiedzenie z d. 21 grudnia 1900 r.

1. Noiszewski a) mówił o *przypadku aneuryzmu art. ca-*

¹⁾ Jedna teoria nie wystarcza na wyłómaczenie patogenezy jaskry, która różnorodnie miewa przyczyny.

rotidis w okolicy skrzyżowania się nerwów u 31letniego włościanina. Stasispapillarum, zwężenie pola widzenia, obniżenie naośnego widzenia, anosmia, przez kości czaszki słycać systoliczny szmer. Podwiązano lewą carotis. Już piątego dnia zapisano zniknięcie zastoję tarczowego, po miesiącu widzenie prawem okiem polepszyło się, w lewym pozostało poczucie światła. Bóle i szmery w głowie znikły, pozostało osłabienie pamięci. b) Tenże odczytał o trzech przypadkach cząstkowego zaniku siatkówki, przyczem wypowiedział hipotezę, że utrata odczuwania pewnych barw zależną jest od zaniku odpowiednich warstw siatkówki, a mianowicie, iż barwę błękitną jakoby odczuwa się wewnątrzniemi warstwami siatkówki (odżywianemi art. centr. retinae), a czerwoną zewnątrzniemi warstwami, odżywianemi naczyniówką. — Wywiązała się stąd rozprawa, przyczem prof. Bellarminow twierdził, iż w odczuwaniu światła i barw bierze udział tylko jedna warstwa siatkówki — czopki i pręciki. Równie też przeciwnik nie zgadzał się z prelegentem, aby możliwem było robić rozpoznanie częściowego zaniku siatkówki li tylko teoretycznie.

2. Schroeder pokazywał *przyrząd, służący dla jednostajnego oświetlenia tablicy przy badaniu bystrości wzroku*.

3. Nowkuński przedstawił *sprawozdanie o operacyach zrostu powiek sposobem przeszczepienia błony śluzowej ust*. W rozprawie wypowiedziano, iż pierwszeństwo tej metody należy się nie Drowi Sapieżce, lecz Millingenowi, jak również, iż nie mniej korzystniejszy w danych razach jest sposób Snellena, niepotrzebujący wykrawywania błony śluzowej z wargi, na co niekażdy chory zgadza się.

Dr J. Talko.

IV. ROZMAITOŚCI.

Okulistyczne rozprawy petersburskie. W roku bieżącym pod kierunkiem prof. Bellarminowa napisane zostały 3 kliniczno-odświadczałne rozprawy, o których, jako stały sprawozdawca literatury rosyjskiej, muszę zdać sprawę.

1. L. Smirnow: **O działaniu na oko peroniny**. Własne spostrzeżenia przekonały autora, że środek ten szybko wywołuje znaczne i trwałe znieczulenie nawet w rozczynach $\frac{1}{3}\%$, zwęza przytęm żrenicę i obniża wśródoczne ciśnienie, wcale prawie nie zmieniając nabłonka rogówkowego; przy jaskrze uspokaja bóle, co tem bardziej zaleca go tu przed kokainą, że ta ostatnia należy do środków rozszerzających żrenicę. Zdaniem jednak prof. Bellarminowa, chociaż peronina walczy o lepsze z kokainą, wyprzeć jej przecięz nie zdola. —

2. J. Maksimow: »*O działaniu na oko arecolini hydrobromati*«. Działanie tego środka wypróbował autor na oczach królików, swoich własnych i na dotkniętych jaskrą. Przyszedł do przekonania, że jest to mioticum o wiele silniejsze, aniżeli pilokarpina. Już 1% roztwór wywołuje podrażnienie spojówki, lecz mniej silne od eseryny, większe jednak aniżeli po wkropleniu pilokarpiny. Od 1/2—1% roztwory po 10 minutach wywołują największe zwężenie źrenicy; od kilku kropel 1% roztworu przy jaskrze źrenica się zwęża na dłużej, niż w oku prawidłowym. Wyniki doświadczeń: szybkością i siłą działania na źrenicę i akomodację arekolina przewyższa nie tylko pilokarpinę, lecz nawet eserynę; nieznacznie tylko obniżając wśródocenne ciśnienie w oku prawidłowym, arekolina szybko i znacznie je obniża w oku dotkniętym jaskrą, więcej aniżeli eseryna, a tem bardziej pilokarpina; drażniąc nieraz spojówkę i skórę, nie działa przytem na rogówkę; jest to nadto środek tańszy od eseryny i pilokarpiny. —

3. J. Zielenkowski napisał rozprawę p. t. »*W sprawie patogenezy współczulnego zapalenia*«. Izwiestja Imperat. wojenno-medicynskiej Akademii. (Książka I.)

Najpierw przytacza autor 5 hipotez współczulnego zapalenia oczu, które szczegółowo rozbiera: 1) Graefe-Müllera, 2) Deutschmanna (Lebera), 3) Schmidt-Rimplera i Panasa, 4) Berlina i Beckera, 5) Arnolda, hipotezę powrotnej embolii bakteryj.

Doświadczeniami swojemi Dr Z. stwierdził — co już od roku 1897 powtarzał w swych wykładach prof. Bellarminow, — że jedyną¹⁾ przyczyną współczulnego zapalenia mogą być toksyny, wytwarzane przez bakterye, które się dostały do oka.

Dla swych doświadczeń wybrał on toksyny staphylococcus aurei, którego hodowle wstrzykiwał do przeciętego n. wzrokowego, w przestrzeni podpochwowej i do tylnej części ciała szklстого królików. Na 34 doświadczeń było udanych 12 — już po 1—2 dniach objawy współczulnego zapalenia pokazywały się w drugim oku (iritis, keratitis punctata, iridokyclitis, papillitis). Autor twierdzi, że toksyny przedostają się do drugiego oka drogą limfatycznych przestrzeni. Toksyny te, wyrabiane przez jadowite bakterye ranionego oka, często dość długo nieszkodliwie w niem znajdujące się, przechodzą tą drogą przy sprzyjających warunkach ze strony dróg limfatycznych, przy pewnym odczynie oka, zależnym od ogólnych warunków ze strony ustroju. Wskutek usunięcia tych zatrzymujących warunków przy doświadczeniach, współczulne zapalenie od toksyn objawiało się prędzej niż zwykle ma to miejsce u człowieka. Ponieważ z podpochwową przestrzenią łączy się nie tylko gałka oczna, lecz i jama worka Tenona, przeto i tą drogą mogą dostać się toksyny do dróg limfatycznych, — tłómaczyć to może i te przypadki, gdzie współczulne zapalenie rozwinęło się po dawnem wyłuszczeniu uszkodzonej gałki. Teoryę swoją autor na-

¹⁾ A przecież znane każdemu zapalenia sympatyczne i bez bakteryi powstałe.

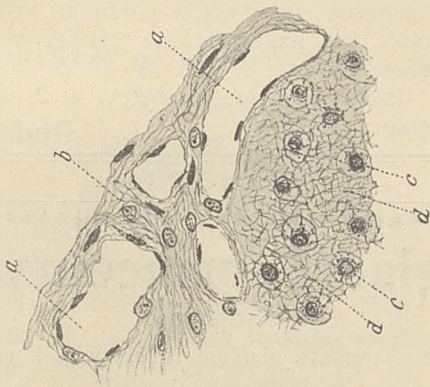
zywa też hipotezą, i słusznie: kierunek prądu cieczy limfatycznej w przestrzeni podpochewkowej z jednego oka do drugiego (przez chiasma) musi być wpierrw stwierdzony drogą doświadczeń, czego dotąd nikt nie wykazał stanowczo, a o czem marzy autor. —

Dr *J. Talko.*

Wileńska lecznica oczna hr. Tyzenhauzów-Przeździeckich, pozostająca pod kierownictwem nestora naszych okulistów, Dra Zenona Cywińskiego, dnia 1 stycznia b. r. oddaną została do użytku. — Miejscowym ordynatorem mianowano Dra Stanisława Halickiego, byłego wolontaryusza krakowskiej kliniki okulistycznej.

V. OD REDAKCYI.

W druku pracy Dra Talki o *»meningocele«* pominięto kilka szczegółów, które na życzenie autora uzupełniamy: Na rycinie, pomieszczonej w II. roczniku (1900) „Postępu Okulistycznego“ (str. 463), przedstawiającej histologiczną budowę ścianki meningocele orbitalis post.,



rysowanej przez Dra Seidemanna z drobnowidowego preparatu, nadesłanego przez prof. van Duyse'a, oznaczają litery: *a* Lumina vasorum, *b* Tella cellulosa, *c* Cellae neurogliae, *d* Substantia intercellur.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

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

W razie przerwy w odbieraniu »Postępu« uprasza się
reklamacye przysyłać do Administracji, a gdyby one nie od-
niosły skutku, zwrócić się wprost do Redakcji.

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

Redakcja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i *przy korekcie nie*
utracać 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 redakcji w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcja.

OGŁOSZENIA.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

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

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcją

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

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

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