

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: Dra Habińskiego w Paryżu, Dra Bałłabana we Lwowie, Prof. Browicza, Prof. Bujwida, Prof. Cybulskiego, Prof. Kostaneckiego w Krakowie, Dra Kramszyka w Warszawie, Prof. Macheka we Lwowie, Dra K. W. Majewskiego, Prof. Natansona, Prof. Pieniżka w Krakowie, Dra Rumszewicza w Kijowie, Dra Sędziaka Jana w Warszawie, Dra Strzeżmińskiego w Wilnie, Dra J. Talki w Lublinie.

Kwiecień

→ ROCZNIK TRZECI ←

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. (Aneurysma carotidis int. in chiasmate.)

Rzecz w skróceniu czytana d. 21 (7) grudnia 1900 r. na posiedzeniu Towarzystwa Okulistycznego w Petersburgu.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pohulanki.

A. S., 31letni włościanin z guberni Kowieńskiej, zwrócił się w d. 5 maja 1898 roku do lecznicy ocznej w Pohulance, skarżąc się na postępujące osłabienie wzroku, bóle, szmery i zawroty głowy.

Z wywiadów okazało się, że na bóle głowy cierpiał on od dziecka, ale wzrok miał poprzednio zupełnie dobry; zresztą i same bóle nie były tak nasilone, jak obecnie. Pogorszenie wzroku zauważył on po raz pierwszy w czerwcu 1897 roku, podczas sianożęcia; wraz z pogorszeniem się wzroku bóle głowy, znośne dotąd, wzmożyły się do tego stopnia, że chory chwilami tracił przytomność.

Badanie wzornikiem wykazało tarczę zastoinową obuoczną; badanie perymetryczne: ślepotą skroniową obu siatkówek, zwężenie wrażliwości obwodowej siatkówek i brak wrażliwości w dolnej nosowej części siatkówki lewego oka. Naośne widzenie obniżone, ale zachowane: czyta druk 6 Jaegera. Rozpoznawanie barw prawidłowe.

Stan innych zmysłów: zupełny bezwdech (*anosmia*); słuch był badany przez Dra Lau, który w narządzie słuchowym nie nieprawidłowego nie znalazł, zwrócił jednak moją uwagę na to, że szmer, na który się skarży chory, jest wyczuwalny przedmiotowo wszędzie przez kości czaszki i jednocześnie ze skurczem serca.

Przy naciskaniu palcem na lewą tętnicę szyjową szmer ustawał natychmiast, przy odejmowaniu palca powstawał na nowo. Naciskanie palcem na prawą tętnicę szyjową nie wywierało żadnego wpływu na szmer.

Na podstawie powyższych danych: bezwdech, tarcza zastoinowa, ślepotą skroniową obuoczną, szmer ustępujący przy uciskaniu lewej tętnicy szyjowej, rozpoznałem: tętniaka lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania.

Ślepotę skroniową prawej siatkówki tłumaczyłem niepodatnością prawej tętnicy szyjowej wewnętrznej przy uciskaniu tętniakiem lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej, dzięki czemu skrzyżowanie uciskane było przez obie tętnice w kierunku dośrodkowym.

Skrzyżowanie nerwów wzrokowych tylko swą tylną częścią przylega ściślej do mózgu, dotykając węchowego sita i lejkowego wzgórką; przed skrzyżowaniem wstępują po przez sito węchowe do mózgu węchowe włókna nerwowe; z obydwóch boków dotykają skrzyżowania prawa i lewa tętnice szyjowe wewnętrzne.

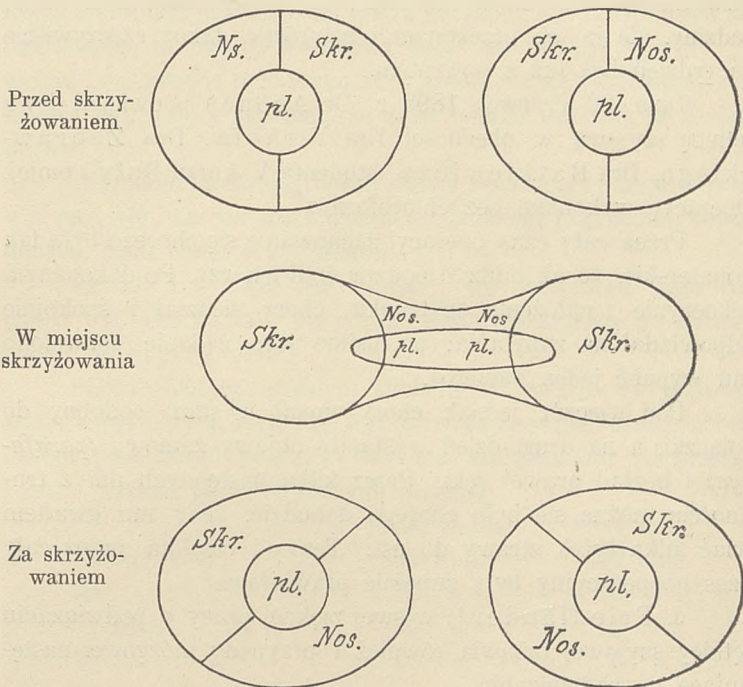
W skrzyżowaniu znajdujemy następujące pasma:

1. Pasma nieskrzyżowane skroniowych połów siatkówek.
2. Pasma skrzyżowane nosowych połów siatkówek.
3. Pasma łukowe tylne Guddena.

Pasmo łukowe przednie, jakkolwiek stwierdzone przez niektórych autorów, nie zostało dotąd dowiedzione i ogólnie przyjęte. Pasma to uważane było jako zewnątrzmożgowe połączenie siatkówek.

Brak wrażliwości w dolnej nosowej części siatkówki lewego oka doskonale tłumaczy się według szematu Violeta<sup>1)</sup>.

Układ pasm skroniowych nosowych i plamkowych:



Z rozpoznania wynikało wskazanie: podwiązanie lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej lub wspólnej dla zachowania nie tylko reszty wzroku, ale i życia, tętniak bowiem w razie pęknięcia groził udarem krwawym mózgu.

Wezwani na naradę koledzy: Dr Aronet, chirurg, i Dr

<sup>1)</sup> Bechterew: Prowadiaszczyje puti spinnego i gołownego mozga. Cz. I., str. 235. Petersburg. 1896.

Żebrawski, ordynujący przez lato w zakładach leczniczych w Pohulance, po dokładnem zbadaniu chorego, zgodzili się z mojem rozpoznaniem, a Dr Aronet podjął się podwiązania lewej tętnicy szyjowej wspólnej.

Już wszystko przygotowane było do operacyi, gdy chory nagle został wezwany do rodziców, którzy za nic nie chcieli się zgodzić na tak niebezpieczną operacyę. Wyjeżdżając, S. powiedział mi jednak; »nie wypada mi postępować wbrew woli mojej rodziny, ale ja ich przekonam i powrócę«. Jakoż rzeczywiście za tydzień był już z powrotem.

Dnia 20 czerwca 1898 r. Dr Aronet podwiązał lewą tętnicę szyjową w obecności Dra Virhofa, Dra Żebrawskiego, Dra Ratkiewicza, studenta V. kursu Buły i mojej. Operacyę wykonano bez chloroformu.

Przez cały czas operacyi zachowanie się chorego było tak bohaterskie, że aż budziło podziw śród lekarzy. Po dokonanych rękoczynach i nałożeniu opatrunku, chory siedział i spokojnie odpowiadał na zapytania; na usilne jego żądanie pozwolono mu wypalić jeden papieros.

Pod wieczór jednak chory wpadł w stan, podobny do śpiączki, a na drugi dzień wystąpiły objawy zamowy (*parafazy*) i bezład prawej ręki. Przez kilka następnych dni z trudnością można się było chorego dobudzić, żeby mu gwałtem wlać kilka łyżek strawy do ust. Tętno i ciepłota przez cały czas pooperacyjny były zupełnie prawidłowe.

J. Friedländer<sup>1)</sup> w swej pięknej pracy o podwiązaniu tętnicy szyjowej omawia również i przypadki mózgowie, następujące po podwiązaniu.

W danym przypadku wszystkie objawy mózgowie tłumaczyły się silną niedokrewnością i upośledzonym odżywianiem lewej półkuli mózgu. Jakoż na 4. i 5. dzień chory był już mniej śpiący, ale wciąż się uskarżał, że nic już nie widzi, nic nie pamięta i nic nie rozumie.

---

<sup>1)</sup> Juliusz Friedlaender: Ueber die Ligatur der Carotis. Inaugural Dissertation. Dorpat. 1881.

Opaskę zmieniono dopiero czternastego dnia; ranę znaleziono już zupełnie i liniowo zabliznioną.

Badanie wziernikiem wykazało ustąpienie tarczy zastoinowej w obu oczach. Wzrok jednak w pierwszych dniach po operacji był tak słaby, że budził poważne obawy, po miesiącu jednak wzrok prawego oka znacznie się poprawił; szczególniejszą znaczną była poprawa w skroniowej części siatkówki prawego oka (patrz perymetr str. 122); co zaś do oka lewego, to bezład wzrokowy tego oka tak był wybitny, że niepodobna prawie było wymierzyć granic wrażliwości siatkówki w tem oku, chory bowiem nie mógł ustalić tego oka na przedmiocie <sup>1)</sup>).

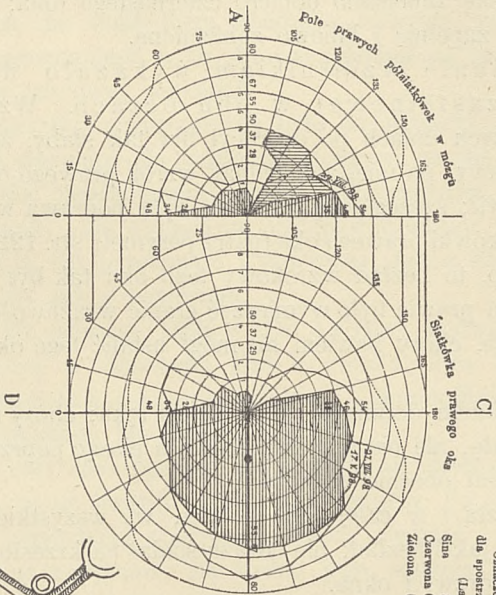
Bezładem dotkniętą była i prawa ręka: chory miał w prawej ręce siłę, ale nie miał zręczności, a pisząc poprzednio wcale dobrze, pisał obecnie zygzakami.

Zresztą i w całej jego postaci, we wszystkich jego ruchach był jakiś bezład; nie odrazu siadał na krzesło, nie odrazu trafiał do drzwi i okna.

Skóra, badana cyrkiem Webera w miesiąc po podwiązaniu lewej tętnicy szyjowej, wykazywała znaczne różnice w odczuciu przestrzeni pomiędzy dwoma dotknięciami na prawej i lewej stronie głowy i górnych kończyn.

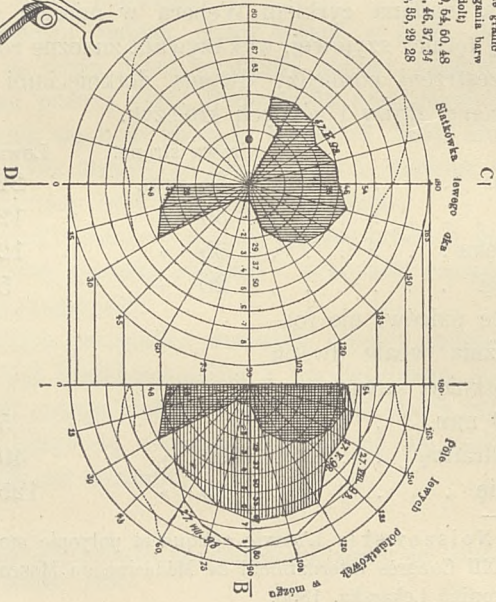
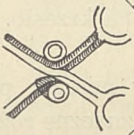
	Prawa strona.	Lewa strona.
Czoło . . . . .	35 mm.	22 mm.
Nos . . . . .	30 »	12 »
Szczęka . . . . .	35 »	12 »
Wargi . . . . .	20 »	5 »
Końce palców: nie różnia wcale dwóch dotknięć, nawet przy 10 mm. . . . .		5 »
Przedramię . . . . .	130 »	40 »
Ramię . . . . .	125 »	125 »

<sup>1)</sup> K. Noiszewski: L'ataxie optique et polyopie monoculaire. — Journal du XII Congrès International de Médecine de Moscou le 25 (13) Août. — Kronika Lekarska. 1898.



Oznaczenie granic  
dla spozostagnia haru  
(Landolt)

Sin	80, 64, 60, 48
Czerw	67, 46, 37, 34
Zielon	65, 58, 39, 28



Odczuwanie ciepłoty i bólu wszędzie zachowane.

Zachowanie innych rodzajów odczucia i bardzo znaczne obniżenie czucia przestrzeni, występujące równolegle z bezładem wzrokowym, zdaje się przemawiać za tem, że tak zwanego odczucia przestrzeni badanego zwykle cyrklem Webera wcale zaliczać nie należy do odczuć skórnych.

Dnia 11 lipca 1898 r. chory wyjechał do domu ze znaczną poprawą wzroku w oku prawem; oko lewe, dotknięte bezładem wzrokowym, wciąż jeszcze nie daje się wymierzyć perymetrem; chociaż odczuwanie światła w tem oku jest dobre, a nawet czasem udaje się mu spostrzegać tem okiem i płomień świecy. Szmer, który, pomimo podwiązania lewej tętnicy szyjowej, trwał jeszcze przez dwa tygodnie, ustał zupełnie. Wraz ze szmerem ustąpiły zawroty głowy i bóle.

Pozostały zaś jeszcze: osłabienie pamięci i bezład wzrokowy lewego oka i prawej ręki. Bezład wzrokowy tem się różni od bezładu tabetycznego, że tabetyk potrafi podstawić szklanekę pod kran tylko wtedy, gdy widzi kran, cierpiący zaś na bezład wzrokowy tylko wtedy, gdy zamyka oczy<sup>1)</sup>.

W ostatnich czasach okuliści poczęli zapisywać przypadki podwiązania tętnicy szyjowej. Na posiedzeniu klinicznym z dnia 28 czerwca 1898 r. w warszawskim Towarzystwie lekarskiem Dr Kamocki w zastępstwie Dra Gabszewicza przedstawił 30letnią chorą, która w końcu kwietnia r. b. podczas napadu kaszlu uczuła mocny trzask w lewym oku, połączony ze szmerem. Od tej chwili szmer nie ustawał i był rytmiczny. Po trzech tygodniach chora zauważyła osłabienie wzroku, a Dr K. znalazł wysadzenie gałki i wybitny obraz żylnego zastoju na tarczy. Dr Kamocki skierował chorą do Gabszewicza, który rozpoznał tętniaka tętnicy ocznej i zamierzył przystąpić do podwiązania tętnicy szyjowej.

Sigrist<sup>2)</sup> doniósł o niebezpieczeństwie podwiązania tę-

<sup>1)</sup> Noiszewski: Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie. — Kronika Lekarska. 15 maja 1898 r.

<sup>2)</sup> Sigrist: Die Ophthalmologische Gesellschaft zu Heidelberg. Posiedzenie 4 sierpnia 1898 r.

tnicy szyjowej. Autor podaje dwa przypadki, w których po podwiązaniu nastąpiła zupełna ślepotą oka po stronie podwiązanych naczyń, a na dnie oka objawy zczopowania tętnicy wewnętrznej (*centralis*) siatkówki. W jednym z podanych przez niego przypadków obecność zatoru wykazana była przy otwarciu zwłok.

Od czasu Griesingera prowadzi się statystykę tętniaków naczyń mózgowych, może warto byłoby zaprowadzić osobną rubrykę tętniaków na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych ze względu na specjalne znaczenie ich dla wzroku, możliwość rozpoznania umiejscowienia i leczenia. —

## 2. Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI.

Bezwład opuszkowy asteniczny jest obecnie określoną jednostką chorobową, mimo że dotąd nie więcej jak 30 przypadków tego cierpienia ogłoszono. Być może, że mała ta liczba spostrzeżeń jest skutkiem włączania bezwładu opuszkowego astenicznego do innych chorób (*ophthalmoplegia nuclearis, polioencephalitis, polioencephalomyelitis*), jak to przypuszczają niektórzy autorowie. W każdym razie myślę, że, wobec szczupłej liczby ogłoszonych przypadków, mój nie będzie bez znaczenia.

Pani A. L., lat 28, zjawiła się u mnie d. 13 stycznia r. 1900, skarżąc się na opadnięcie obu górnych powiek. Opowiedziała, że przed miesiącem przebyła grypę; w 2 lub 3 tygodnie po zniknięciu gorączki wystąpiło podwójne widzenie, które początkowo zjawiało się po dłuższem czytaniu lub wpatrywaniu się i znikało po odpoczynku krótkim, następnie zaczęło powstawać coraz prędzej przy czynności ocz i ustępować powolniej, w ostatnich dniach dawało się czuć już w kilka kwadransów po obudzeniu się i trwało cały dzień, ulegając ciągłym zmia-



nom w natężeniu. W ostatnim tygodniu zjawiło się uczucie drgania w powiekach górnych i opadanie ich, co głównie chorą przestraszyło i skłoniło do szukania pomocy lekarskiej. Opadanie to, podobnie jak dwuwidzenie, występowało pierwotnie po czytaniu i wpatrywaniu się i znikało po odpoczynku, obecnie zaczyna się wkrótce po obudzeniu się i trwa do zaśnięcia, często zmniejszając i powiększając się w ciągu dnia.

Badanie wykazało niezupełne opadnięcie obu górnych powiek. W oku prawem powieka dochodziła do dolnej trzeciej części źrenicy, w lewym do dolnego brzegu źrenicy. Przy wysiłku chora mogła unieść powieki na kilka milimetrów. Oko lewe przedstawiało niedowład mięśnia prostego zewnętrznego.

Żadnych innych objawów chorobowych w oczach nie spostrzegało się. Spojówka, rogówka, źrenica, dno oka, bystrość wzroku, pole widzenia, poczucie barw były prawidłowe. Łamliwość miarowa.

Stan ogólny nie pozostawiał nic do życzenia. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, wolnej od chorób nerwowych, kiły, gośca i t. p. Sama również cierpieniami temi nie była dotknięta i nie przedstawia żadnych zmian w narządach wewnętrznych i żadnych objawów histeryi. Średnio zbudowana, dobrze odżywiona, jest od lat pięciu zamężną i ma dwoje dzieci zdrowych. Matka i rodzeństwo (brat i dwie siostry) są zdrowe; ojciec umarł z zapalenia płuc krupowego.

Rozpoznanie choroby (przyczyna opadnięcia górnych powiek i niedowładu mięśnia prostego zewnętrznego w oku lewym) nie mogło być na razie postawionem. Przepisałem chorej jodek sodu i straciłem ją z oczu na miesiąc.

Dnia 16 lutego ujrzałem ją po raz drugi. Dowiedziałem się, że w końcu stycznia czuła się lepiej, opadanie powiek i dwuwidzenie występowały rzadziej i na czas krótszy; chora sądziła, że wkrótce będzie zupełnie zdrową, gdy bez żadnej widocznej przyczyny objawy oczne pogorszyły się i wystąpiły ogólne.

Ze strony oczu spostrzegało się obustronne opadnięcie powiek górnych, odsłaniających jedynie małą część rogówki u dołu, i niedowład wszystkich mięśni zewnętrznych obu gałek

ocznych. Podobnie jak pierwszego razu, chora przy wysiłku mięśnia czołowego mogła nieco podnieść powieki.

Rozmiary i odruchy źrenic, dno oka, bystrość wzroku, pole widzenia, poczucie barw były w zupełności prawidłowe.

Z ogólnych objawów zaznaczał się stan głosu, który po pewnym czasie stawał się nosowym, następnie słabł coraz bardziej, brzmiał niezrozumiale i w końcu nie mógł wydobyć się. Wszystkie te okresy trwały razem około trzech kwadransów. Po odpoczynku głos wracał.

Chora od dwóch tygodni spostrzegła niejaki utrudnienie połykania i nie może zdmuchnąć świecy ani świsnąć.

Wszystkie te objawy ogólne wystąpiły po pogorszeniu się ocznych.

Wymienione zaburzenia zjawiały się początkowo po dłuższej czynności odpowiednich narządów, po dłuższem patrzeniu lub czytaniu, mówieniu i jedzeniu, wzmagały się przy dalszem trwaniu czynności i znikaly po odpoczynku. Od 4 dni zaczynały się wkrótce po obudzeniu się, pogarszały się w ciągu czynności, po odpoczynku słabły.

Badanie ogólne, dokonane na konsylium, wykazało małą ruchomość podniebienia miękkiego i języka. Wierzchołek ostatniego nie mógł dotknąć górnego rzędu zębów, a grzbiet jego podniebienia. Zaniku mięśni i drgań włókienkowych język nie przedstawiał. Odruch podniebienia był osłabiony.

W krtani laryngoskop wykazał niedowład obu strun głosowych.

Odruchy ścięgniste i skórne bez zmiany. Podrażnienie prądem stałym i przerywanym działało na mięśnie prawidłowo. Gorączki i zmiany w tętnie nie było.

Na podstawie badania należało przyjąć, że niedowład strun głosowych i języka wywoływał zaburzenie mowy, a niedostateczne zakrywanie choan nadawało jej nosowy dźwięk. Bezład podniebienia miękkiego nie pozwalał chocej zdmuchnąć świecy i świstać. Utrudnienie połykania objaśniało się bezładem języka.

Leczenie polegało na starannem karmieniu, stosowaniu

jodku sodu i prądu stałego, przy którym biegun dodatni przykładano do tyłu głowy, a ujemny poruszał się koło chrząstki tarczowej. Chorej zalecono prawidłowy tryb życia i unikanie wszelkiego zmęczenia i trosk.

Objawy chorobowe wahały się nieustannie w swoim natężeniu, to polepszając się, to wzmagając się bez żadnej widocznej przyczyny. Jedne objawy pogarszały się, inne słabły, czasowo nawet znikaly, aby później wystąpić z większą niekiedy siłą, niż poprzednio. Zdarzały się dni, że chora prawie zupełnie dobrze się czuła: opadnięcie powiek i bezład mięśni zewnątrzgałkowych były bardzo nieznaczne, głos przez większą część dnia był prawidłowy, połykanie prawie zupełnie swobodne, co wszystko nie przeszkadzało, że czasem już następnego dnia objawy dochodziły do najwyższego natężenia. Podobne zmiany zdarzały się, lubo rzadko, w ciągu jednego dnia.

W pierwszych dniach marca wystąpił bezład mięśni twarzy i żwaczy, wskutek czego żucie i połykanie stało się bardzo utrudnione. Chora tylko przez krótki czas mogła jeść i pić swobodnie, następnie czynność tę odbywała coraz trudniej i musiała robić coraz dłuższe przerwy, po których znów łatwiej jadła.

Otwór ust wydłużył się poprzecznie, kąty ich odchyliły się ku górze i zewnątrz, dolna warga opuszczała się ku dołowi. Jednocześnie, wskutek bezładu gałęzi ocznej nerwu twarzonego powstało osłabienie mięśnia okrężnego powiek. Chora utraciła możliwość zamykania powiek; na przestrzeni około 2 milimetrów gałki oczne pozostawały odkryte. Objaw ten również istniał podczas snu.

Dnia 10 marca zjawił się napad duszności, która odtąd powtarzała się w różnych przerwach: co kilka dni, czasem codziennie. W połowie marca powstało wyczerpywanie się kończyn dolnych i górnych. Chód, początkowo prawidłowy, koło południa był już chwiejnym, po odpoczynku (około 20 minut) stawał się prawidłowym. Podobnie działo się z siłą rąk. — W następnych tygodniach wyczerpywanie się kończyn było coraz szybsze i coraz dłuższego odpoczynku potrzebowało, aby

ustąpić, lubo i tu spostrzegało się jednocześnie znaczne wahania w natężeniu objawów, występujące czasem z dnia na dzień.

Prąd przerywany, podobnie jak czynność, wywoływał po pewnym czasie wyczerpanie się mięśni, czego nie sprawiał prąd stały.

W początku kwietnia pogorszenie doszło wysokiego stopnia. Wszystkie objawy wykazywały silne natężenie, powstały bóle w głowie i w tylnej części szyi i bezład mięśni karkowych, wskutek czego głowa nie mogła być utrzymana równo, lecz opadała ku bokom i przodowi. Wyczerpywanie się stawało się coraz prędszem i wyraźniejszym. Chora już od rana chodziła bardzo źle, ledwo przesuwając nogi, i wkrótce traciła możliwość chodzenia. Osłabła znacznie siła rąk, głos z trudnością wydobywał się rano i wkrótce znikał, ruchy języka stały się bardzo ograniczone, a miękkie podniebienie zupełnie nieruchome. Duszność, znaczne przyspieszenie tętna (130), utrata smaku i łaknienia, osłabienie obu stronnie słuchu, mimo braku zmian dostrzegalnych w uszach, senność.

Jadła chora z wielką trudnością i bardzo powoli, często odpoczywając i podtrzymując ręką wargę dolną, aby pokarm nie wypadł. Połykanie twardego pokarmu odbywało się z nadzwyczajną trudnością, płynnego małymi łykami, gdyż przy przyjmowaniu nieco większej ilości wylewał się on przez nos, albo dostawał się do krtani, wywołując krztuszenie. Jednocześnie powiększyło się natężenie objawów ocznych. Powieki górne opadły obu stronnie poniżej dolnego brzegu rogówki, bezład mięśni zewnętrzzałkowych dochodził prawie bezwładu, gałki oczne nieco wypukliły się. Niedomykanie powiek powiększyło się. Lubo dno oka obu stronnie nie przedstawiało żadnych zmian, zjawilo się zmniejszenie bystrości wzroku (do 0,8 w oku prawem, do 0,9 w lewym) i pola wzroku (na 8—12°); zmniejszenie to w ciągu badania wzmagalo się, i to tem więcej, im dluzej trwało badanie; po odpoczynku wracalo do stanu, w którym bylo przy poczatku badania. Poczucie barw nie uleglo zmianie

Odruchy ścięgnowe i skórne pozostawały prawidłowymi,

pnie nerwowe nie były bolesne. Ani zanik mięśni, ani drgania włókienkowe nie występowały.

Chora, silnie przygnębiona, musiała leżeć wskutek powiększającego się osłabienia mięśniowego. Niedostateczne przyjmowanie pokarmów spowodowało ogólne wycieńczenie. Obok tego męczyły ją częste i gwałtowne napady duszności z sinicą.

I w tym okresie choroby przy postępującem pogorszeniu były ciągłe wahania w natężeniu objawów z dnia na dzień lub tegoż samego dnia. Często też jedne objawy słabły, prawie znikały, a jednocześnie inne wzmagaly się do najwyższego stopnia. Bywały dni, w których stan chorej był względnie dobry, i inne, w których leżała bezsilna. Wieczorem zwykle czuła się najgorzej.

Najcięższy ten okres choroby trwał około miesiąca. W początku maja objawy zaczęły stopniowo słabnąć. W połowie tego miesiąca znikły bóle głowy i szyi, żucie i połykanie stały się łatwiejszemi, utrudnienie oddechania zmniejszyło się, głos swobodniej wydobywał się, chora mogła przez część dnia z przerwami i powoli chodzić.

Opadnięte powieki górne odkryły dolną połowę rogówki, bezład mięśni zewnątrzgałkowych i okrężnego powiek zmniejszył się. Znikało też ograniczenie pola widzenia i osłabienie bystrości wzroku, zarówno jak utrata smaku i przytępienie słuchu. Poprawił się apetyt i wzmagaly się siły.

Narządy wewnętrzne, tak w tym okresie, jak w innych, zmian żadnych nie przedstawiały.

Osłabienie objawów chorobowych było często przerywane nasileniami; podobnie jak poprzednio, ciągłe wahania natężenia i szybkie zmiany objawów znamionowały chorobę. Chora wciąż była przygnębiona, sen miała niespokojny i niekiedy, raz na tydzień lub na kilka tygodni, cierpiała napady duszności.

Mimo powtarzających się nasileń polepszenie postępowało. W połowie czerwca wyczerpywanie się mięśni kończyn, żucia i połykania zjawiało się dopiero wieczorem. Głos był prawidłowym całymi dniami; słabł czasem bez widocznej przyczyny, lecz po krótkim odpoczynku odzyskiwał siłę. Bezład mięśni ze-

wnątrzgałkowych ustąpił. Górne powieki były w ciągu dnia nieco ociężałe i dopiero wieczorem opadały. Bezład mięśnia okrężnego powiek istniał do końca lipca.

W początku lipca znikły wszelkie zaburzenia mięśni kończyn, w połowie sierpnia żucie i połykanie stały się prawidłowymi. Ociężałość górnych powiek trwała najdłużej i ustąpiła w połowie października. Odtąd do chwili obecnej (koniec marca r. 1901), t. j. przez  $5\frac{1}{2}$  miesiąca, żadne objawy chorobowe nie ukazały się.

Rozpoznanie cierpienia, mojem zdaniem, nie przedstawia wątpliwości. Objawy, wskazujące na udział ośrodków opuszkowych, wzmożone znacznie wyczerpywanie się mięśni od woli zależnych przy zachowaniu sprawności innych mięśni, szybkie rozszerzanie się choroby, napady duszności, zmienność przebiegu, ciągłe wahania napięcia, brak zaburzeń mózgowych i psychicznych, zaniku mięśni i drgań włókienkowych, udział nerwów ruchomych ocznych i górnej gałęzi twarzowego, w końcu zupełne wyzdrowienie — wszystko to wskazuje na bezwład opuszkowy asteniczny.

Choroba trwała 9 miesięcy; w ciągu 12 tygodni doszła do największego napięcia, około miesiąca zostawała na tym stopniu i w ciągu  $5\frac{1}{2}$  miesiąca słabła i ustępywała. Czy ustąpiła zupełnie, czy też jeszcze wróci przy niepomysłnych warunkach dla zdrowia chorej — rozstrzygnąć to może tylko przyszłość. Objawy oczne, jak widzieliśmy, zaczęły i zakończyły cierpienie w opisanym przypadku.

Bezwład opuszkowy asteniczny poznano dopiero w ostatnich czasach. Pierwszy Wilks<sup>1)</sup>, nie znający jeszcze tej postaci chorobowej, opisał cierpienie opuszkowe, przy którym badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian w ośrodkach nerwowych. Erb<sup>2)</sup> opisał trzy podobne przypadki i zaznaczył, że cierpienie to polega na silnem wyczerpywaniu się mięśni

<sup>1)</sup> »On Cerebritis, hysteria and bulbar paralysis«. Guy's Hospital Reports. Vol. XXII. 1877.

<sup>2)</sup> Archiv f. Psychiatrie. 1878. Bd. IX. 336.

żwaczy, karkowych i ocznych i że nie towarzyszy mu zanik mięśni, stale występujący przy bezwładzie opuszkowym postępowym Duchenne'a. Wielkie zasługi położył Goldflam<sup>1)</sup>, który obok własnych spostrzeżeń zebrał z literatury wszystkie odnośne przypadki (11), skreślił przebieg choroby i uwydatnił znaczenie najbardziej znamiennego objawu - szybkiego wyczerpywania się mięśni. Nazwy chorobie dawano rozmaite: »Asthenische Bulbärparalyse« (Strümpell<sup>2)</sup>), »Myasthenia gravis pseudo-paralytica« (Jolly<sup>3)</sup>), »Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund« (Oppenheim<sup>4)</sup>), »Symptomencomplex von Erb-Goldflam«, albo »von Hoppe-Goldflam«.

Choroba zaczyna się od nerwów czaszkowych, a dopiero później obejmuje mięśnie całego ciała, rzadziej porządek bywa odwrotny i cierpienie od mięśni kończyn przechodzi na mięśnie, zależne od nerwów czaszkowych. Czuciowe nerwy nie bywają dotknięte, lecz jedynie ruchowe. Goldflam zaznaczył nadzwyczajną zmienność objawów pod względem natężenia i zależność ich nie od prawdziwego bezwładu, lecz od łatwego wyczerpywania się przy najmniejszym wysiłku. Spoczynek przywraca częściowo lub w zupełności sprawność mięśniom, ruch sprowadza prędkie wyczerpanie się. Nasilenie objawów w pewnych mięśniach może występować jednocześnie z osłabieniem ich w innych mięśniach. Polepszenia i pogorszenia trwają dni i tygodnie, czasem zjawiają się i znikają w ciągu jednego dnia, jak to było w przypadku Eisenlohr'a<sup>5)</sup> z bezładem mięśni zewnętrznych ocznych i dwuwidzeniem. Cierpienie może zniknąć zupełnie, a po pewnym czasie na nowo powstać. Strümpell zaznacza, że niektóre mięśnie dotknięte są stale bezwładem (jak w jego przypadku mięśnie twarzy, żwacze i unoszące górną powiekę) inne zaś wykazują prędkie wyczerpywanie się. Jednak

1) Medycyna. 1893. Nr. 16—21. — Deutsche Zeitschrift f. Nervenhe., 1893. Bd. IV. 312.

2) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 1896. Bd. VIII. 16.

3) Berl. klin. Wochenschr., 1895, Nr 1.

4) Virchow's Archiv, Bd. CVIII. 527.

5) Neurolog. Centralbl., 1887, 337.

i stały bezwład jest także objawem nieustającego wyczerpania tych mięśni, które bez przerwy (z wyjątkiem snu) są czynne; do takich należą mięśnie unoszące górną powiekę, mięśnie gałek ocznych, żwacze, które podtrzymują żuchwę, mięśnie mimiczne twarzy, przedstawiające prawie stale skurcz toniczny, i mięśnie karku.

Natężenie podobnego bezładu jest różne, zwykle nie jest znaczne, lecz czasem dochodzi do stopnia zupełnego bezwładu.

Badania Jolly'ego wykazały, że wyczerpanie mięśni następuje także przy działaniu prądu przerywanego; początkowo mięsień kurczy się energicznie, następnie coraz słabiej i krócej i wkońcu przestaje oddziaływać na prąd; po przerwie skurcz mięśni staje się prawidłowym. Strümpell w swoim przypadku nie widział wyczerpywania się mięśni przy drażnieniu prądem stałym, a z przerywanym prób nie dokonywał.

Zaniku porażonych mięśni zwykle nie bywa; jednak w kilku przypadkach spostrzegano spłaszczenie ich. Zanik, lubo niepostępowy, widział Kożewnikow<sup>1)</sup> w swoim przypadku, głównie w mięśniach języka; zanik ten ustąpił z polepszeniem się ogólnego stanu; badanie elektrycznością wykazało reakcję zwyrodnienia, która również następnie znikła.

Drgania włókienkowe mięśni po większej części nie występują. Widzieli je w małym stopniu w języku Oppenheim i Remak<sup>2)</sup>, w powiekach Kunn<sup>3)</sup>.

Bezwład opuszkowy asteniczny w ciągu kilku tygodni, rzadziej kilku miesięcy, dochodzi najwyższego natężenia, utrzymuje się na niem przez pewien okres i następnie przechodzi w polepszenie i zupełne wyleczenie. Zmienność natężenia objawów właściwą jest wszystkim okresom choroby; wśród postępującego pogorszenia występuje od czasu do czasu polepszenie, wśród okresu polepszenia — nasilenie objawów.

U szczytu choroby najgroźniejszym jest zaburzenie oddy-

<sup>1)</sup> Medicinskoje Obozrenie, 1896. Nr. 10, 1897. Nr. 10.

<sup>2)</sup> Arch. f. Psychiatrie und Nervenheilk., 1892. XXIII. 919.

<sup>3)</sup> Wiener klin. Wochenschr., 1896. 178.



chania z sinicą, wywołujące czasem śmierć, prawdopodobnie najczęściej wskutek porażenia ośrodków oddechowych. Strümpell zaznacza, że w jego przypadku duszność zależała nie tyle od wyczerpania mięśni oddechowych, ile głównie od zapadania w tył języka i nagromadzenia się w gardzieli śliny, której chora ani przełknąć, ani wykrztusić nie mogła; podczas jednego z takich napadów nastąpiła śmierć.

Bezwład opuszkowy asteniczny trwa od 6 miesięcy do 8 lat (w przypadku Kożewnikowa). W pewnej liczbie przypadków (Wilksa, Oppenheima, Remaka, Shawa<sup>1)</sup>, Hoppe'go<sup>2)</sup>, Senatora<sup>3)</sup>, Bernhardta<sup>4)</sup> i in.) zakończyło się śmiercią w napadzie duszności albo wskutek zadławienia; w innych następowało wyleczenie przy odpowiednich warunkach i dobrem karmieniu.

Głównie zapadają osoby młode przed 30 rokiem, rzadziej starsze (w 37—55 lat). Co do płci, nie spostrzega się wyraźnej przewagi po żadnej stronie.

Najwcześniej bywają porażone mięśnie żwacze, karkowe i oczne. Rozwijając się postępowo, cierpienie, wśród czasowych polepszeń i ciągłych wahań w natężeniu objawów, opanowuje wszystkie mięśnie od woli zależne. Mięśnie oddechowe biorą udział w sprawie chorobowej, wskutek czego występują napady duszności w różnych okresach cierpienia przy chodzeniu, jedzeniu i t. p. Kożewnikow w swoim przypadku spostrzegał bezład zwieracza pęcherza moczowego. Zaburzenia psychiczne nie zjawiają się, również jak i mózgowie.

Bóle w głowie, karku i innych częściach ciała, oraz zawroty głowy powstają niekiedy w przebiegu choroby, a czasem ją zaczynają.

Odruchy ścięgniste mogą być wzmożone, podniebienia i krtani często zniesione, mięśniowe są prawidłowe.

<sup>1)</sup> Brain. 1890. XLIX. 96.

<sup>2)</sup> Berl. klin. Wochenschr., 1892. 332 (Nr. 14).

<sup>3)</sup> Neurolog. Centralbl., 1892. Nr. 6.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschr., 1890. Nr 43.

Przy rozwoju choroby, przy zaburzeniach połykania i oddechania apetyt upada, tętno słabnie, ciepłota obniża się niżej prawidłowej i występuje ogólne wycieńczenie. Przy polepszeniu połykanie i oddechanie stają się łatwiejszemi, apetyt powraca i stan ogólny poprawia się. Ale i po zupełnem wyleczeniu niepomysłne warunki albo wystąpienie jakiejś sprawy chorobowej osłabiającej sprowadza łatwo powrót bezwładu opuszkowego astenicznego.

Przyczyny choroby nie są znane. Występuje ona u ludzi poprzednio zwykle zdrowych. Wpływ dziedziczny, kiła, alkoholizm nie były spostrzegane, cierpienia nerwowe bardzo rzadko. U chorej Eisenlohra poprzednio zjawiała się migrena; po jednym napadzie migreny powstały objawy bezwładu opuszkowego astenicznego. Większość autorów odnosi to cierpienie do pewnej, bliżej niezbadanej, intoksykacji ustroju, na potwierdzenie czego może służyć fakt, że w niektórych przypadkach, podobnie jak w moim, choroby zakaźne poprzedziły wybuch bezwładu opuszkowego astenicznego.

Sekcya we wszystkich przypadkach, badanych po śmierci, nie wykazała żadnych zmian anatomicznych ani w ośrodkowym układzie nerwowym, ani w nerwach, ani w mięśniach, co jest w zupełnej zgodzie ze znamionami dla tej choroby wahaniem w natężeniu objawów. Inaczej byłby niezrozumiałym fakt, że chorzy miewają dłuższe lub krótsze okresy, w których przedstawiają zupełnie prawidłową sprawność mięśni. — Kalischer<sup>1)</sup> widzi przyczynę cierpienia w ośrodkach opuszkowych i przypuszcza w nich zmiany chemiczno-odżywcze, lub też molekularne. Jednak badania Jolly'ego, odnoszące się do wyczerpywania się mięśni pod wpływem prądu przerywanego, wskazują, że sprawa chorobowa obejmuje nie tylko ośrodki ruchowe, lecz albo cały system ruchowy, albo też jedynie mięśnie. Kożewnikow, opierając się na swoim przypadku, w którym spostrzegał zanik mięśni (czasowy i niepostępujący), przypuszcza istnienie w komórkach nerwowych zmian nie tylko

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1897. B. X. H. 3—4.

molekularnych, lecz bardziej głębokich, które osłabiają i czynność ruchową i wpływ ich troficzny. Jednak komórki pozostają całe i przy odpowiednich warunkach zmiany te znikają.

W leczeniu bezwładu opuszkowego astenicznego najważniejszym jest oszczędzanie chorego i usilne karmienie, które ze względu na zaburzenia w żuciu i połykaniu może być bardzo utrudnione, a nawet może spowodować śmierć przez uduszenie, jak to było w jednym przypadku Jolly'ego. Karmienie za pomocą zgłębnika żołądkowego jest niebezpieczne; chory Oppenheima<sup>1)</sup> umarł nagle podczas wprowadzania zgłębnika. Lepsze są ławatywy odżywcze. Zalecają jodek potasu, arsenik, żelazo, tran, strychninę, galwanizację opuszki, obcieranie całego ciała wodą (zaczynając od 28° i dochodząc stopniowo do 22°); przeciw bólom głowy antypirynę, fenacetylę, brom.

Bezwład mięśni ocznych, polegający na ich przyspieszonym wyczerpywaniu się, stanowi jeden z głównych objawów bezwładu opuszkowego astenicznego, a w przypadku Karplusa<sup>2)</sup> przez długi czas był jedynym. Do tejże postaci chorobowej zalicza Karplus przypadki Kunna i Camuseta, w których jedynie tylko mięśnie oczne były dotknięte. Czasem objawy oczne, podobnie jak w moim przypadku, zaczynają cierpienie (Hoppe, Wilks, Eisenlohr, Jolly i in.), niekiedy występują w początku błyski przed oczami, światłowstręt, uczucie naprężenia w oczach i drżenia w powiekach, mimo, że oczy żadnych zmian wziernikowych i zewnętrznych nie przedstawiają.

Najczęstszym z objawów ocznych jest opadnięcie górnych powiek, zwykle niezupełne i pozwalające choremu przy naprężeniu mięśnia czołowego unieść nieco powiekę. Bywa ono obustronnem, lubo stopień opadnięcia jest nierówny po obu stronach (przypadki Erba — 3), Eisenlohra, Bernhardta, pierwszy Goldflama<sup>3)</sup>, Hoppego, Remaka, Jolly'ego, Strümpella, Kunna, Karplusa i in.), albo jednostronnem

1) Lehrbuch d. Nervenkr., 1894. 626.

2) Jahrbücher f. Psychiatrie und Neurologie, 1897.

3) Neurolog. Centralbl., 1891, Nr. 6—7.

(przypadki Kożewnikowa, czwarty Goldflama i in.), może też jednostronne przechodzić w obustronne, jak to miało miejsce w przypadku Kalischera, albo odwrotnie, czego zresztą z góry spodziewać się można przy zmienności przebiegu bezwładu opuszkowego astenicznego.

Drugie miejsce w częstości objawów ocznych zajmuje bezład zewnątrzgałkowych mięśni, albo wszystkich (przypadki Wilksa, drugi Erba, pierwszy Goldflama, Eisenlohra, Kunna, Karplusa i in.), albo tylko niektórych. Oba proste zewnętrzne były porażone w przypadku Kożewnikowa, skośny górny lewy u Kalischera, prosty górny lewy u Bernhardta, prosty wewnętrzny prawy i górny lewy u Hoppego, oba proste wewnętrzne u Remaka. Z bezładem tych mięśni łączy się zwykle podwójne widzenie, a czasem lekkie wysadzenie gałki (przypadki Kalischera i Senatora).

Mięśnie śródoczne, zdaniem ogromnej większości autorów, nie bywają porażone przy bezwładzie opuszkowym astenicznym. Zdanie to wygłasza również Marina<sup>1)</sup>, który zebrał w literaturze 12 spostrzeżeń tego cierpienia (we wszystkich było opadnięcie górnej powieki, w 7 bezład wszystkich mięśni zewnątrzgałkowych, w 5 tylko kilku mięśni). Jednak Kożewnikow w swoim przypadku widział bezład zwieracza żrenicy i akomodacyi, który przy ogólnem polepszeniu znikł. W przypadku Kunna prawa żrenica była nieco szerszą od lewej (3 milim. i 2,5), lecz oddziaływanie jej na światło i akomodację było prawidłowe.

Lekki nystagmus był spostrzegany w przypadku Kalischera.

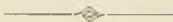
Objawy Graefego i Stellwaga i zinnieszenie odruchów powiekowego i rogówkowego dość często były zaznaczane.

---

<sup>1)</sup> Ueber multiple Augenmuskellähmungen und ihre Beziehungen zu den bedingenden, vorzugsweise nervösen Krankheiten. Leipzig und Wien. 1896. —

Częstym jest bezład mięśnia twarzowego i jego gałęzi ocznej, skutkiem którego zamykanie zupełne powiek staje się niemożliwym. O tym objawie mówią w opisanu swoich przypadków Wilks, Oppenheim, Eisenlohr, Hoppe, Senator, Remak, Goldflam (w pierwszym przypadku), Karplus, Kalischer, Kożewnikow i inni.

Dno oka nie przedstawia żadnych zmian; mimo to w kilku przypadkach zaznaczono osłabienie bystrości wzroku i zwężenie pola widzenia. W przypadku Kożewnikowa to ostatnie podczas badania jeszcze silniej zmniejszało się; małe dośrodkowe zwężenie przetrwało do końca choroby. Podobnie bystrość wzroku podczas badania słabła, po odpoczynku wzmagala się. Były więc te objawy, równie jak w moim przypadku, skutkiem prędkiego wyczerpywania się narządu wzroku.



### 3. O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych.

Podał

DR JAN SĘDZIAK.

Dokończenie.

Przechodzę obecnie do zaburzeń ocznych, zależnych od spraw chorobowych w zatokach bocznych nosa, mianowicie ropotoków (*empyemata*).

Sądząc ze stosunków anatomicznych, zachodzących między temi zatokami z jednej, a narządem ocznym z drugiej strony — stosunków, o jakich na wstępie wspomniałem, здаwałoby się, że różnorodne zaburzenia oczne powinnyby się zdarzać bardzo często przy ropniach tych zatok. A jednak tak nie jest — przynajmniej przeczą temu dane statystyczne.

I tak — Müller (22) z kliniki okulistycznej wiedeńskiej Prof. Fuchsa podaje tylko jeden przypadek ropnia zatok czołowej na 9000 chorych, wogóle zaś w ciągu 6 lat zapisano zaledwie w 10 przypadkach powikłania ropni zatok bocznych nosa zaburzeniami ocznymi.

Berlin (23) podaje zajęcie oczodołu wskutek chorób zatok nosowych na 0,007%, Kuhnt (24) zaś na 0,29%.

Mojem zdaniem powikłania te muszą się zdarzać o wiele częściej; po prostu zbyt mało dotąd zwracano na nie uwagi.<sup>1)</sup>

Przedewszystkiem, jak to na wstępie wspomniałem, śródkowa ścianka zatoki Highmora, do której przylega przewód nosołzowy, jest cienka, tak, że ropień w zatoce szczękowej górnej może z łatwością pęknąć i wywołać dacryocystitis (Kuhnt).

Dalej Grünwald (25) opisał przypadek ciężkiego ropnia zatoki Highmora z zupełnem zniszczeniem dolnej ściany oczodołu, tak, że gałka oczna zupełnie swobodnie zwieszała się ku dołowi.

Ciężkie ropnie zatoki Highmora mogą też warunkować sprawy ropne w tylnej części oczodołu i na dolnej powiece. Gałka oczna wówczas odsuniętą jest ku przodowi i gorze, powstaje *exophthalmus*, wreszcie ropień otwiera się na skórze dolnej powieki (Snellen, Bauby 26).

Według wszelkiego prawdopodobieństwa i zaburzenia oczne (*phlegmone orbitae, amaurosis*), powstałe wskutek próchniejących zębów, należy kłaść na karb ropnego zajęcia jamy Highmora (skryte postacie), jak to między innymi widać z odnośnych przypadków Vossiusza (27) i Gałęzowskiego (28).

Podobnie, jak przy zajęciu jamy Highmora, worek łzowy może być bezpośrednio zajęty wskutek pęknięcia samoistnego ropnia zatoki czołowej (Michel).

Najczęściej jednak w następstwie cierpień zatok czołowych tworzą się chełbocące obrzmienia w wewnętrznym kącie oka w bliskości korzenia nosa na szwie kostnym między oczodołem i kością łzową (Winckler). Gdy ropień zatoki czołowej pęka, to w większości przypadków tworzy się guz w górnym we-

---

<sup>1)</sup> Według mego doświadczenia ropień zatoki czołowej nie należy do rzadkości. W Poznaniu spotykałem go rzadziej, w Krakowie na 5000 chorych widuję 2—3 przypadków. Ropnie jamy szczękowej i nosowych nieraz objawiają się jako ropne rozdęcie worka łzowego. W.

wnętrznym kącie oczodołu poniżej brwi, przyczem może się wytworzyć w przypadkach gwałtownie przebiegających typowy obraz ropówki (*phlegmone*) oczodołu z przejściową lub stałą utratą siły wzrokowej (w 12% Snellen 29).

W następstwie opisanych na wstępie stosunków anatomicznych zatok klinowych bardzo łatwo w przebiegu cierpień (ropni) tych ostatnich występować mogą różnorodne zaburzenia ze strony narządu wzroku, począwszy od zajęcia samego nerwu (*neuritis optica* — Fliess 30), a skończywszy na ropówce oczodołu (Mitvalsky 31), oraz porażeniach różnych nerwów wzrokowych (*oculomotorius* — Hofman [32] i t. d.).

W razie ropienia w komórkach sitowych następuje zwykle zatkanie przerosłą małżowiną środkową obu ujść (otworów) tych komórek (zwłaszcza przedniego — tylne bowiem komórki sitowe otwierają się do górnego przewodu nosa). W następstwie na wewnętrznej ścianie oczodołu, mianowicie ku przodowi na szwie między *lamina papyracea* i kością łzową, tworzy się obrzmienie, które przy więcej burzliwym przebiegu (ostre zakażenie) może dać obraz ropówki oczodołu (Schroeder 33) z *exophthalmus* i obrażeniem nerwu wzrokowego wskutek ucisku nacieczonej spojówki.

W większości jednak przypadków, jak to wykazał Grünwald, mamy do czynienia z zajęciem (ropniem) nie jednej zatoki, lecz z powikłanem ropieniem w 2, lub więcej jamach bocznych nosa, przyczem tem łatwiej mogą występować różnorakie zaburzenia oczne.

Jak już wspomniałem na wstępie, jama nosogardzielowa stoi również w związku anatomicznym, nie tak wprawdzie ścisłym, jak jamy: nosowe i boczne, z narządem wzroku, a to za pośrednictwem spojówki, ciągnącej się od *fissura orbitalis inf.* do *fossa pterygopalatina*. A ponieważ tkanka ta obejmuje nerwy i naczynia, nie więc dziwnego, że sprawy zapalne, względnie zakażne, nosogardzieli mogą się rozszerzać na jamę oczodołową, powodując ropówkę. Przypadki tego rodzaju spostrzegali Mitvalsky (34) i Fuchs (35) po influency.

Z cierpień jamy nosogardzielowej, oprócz guzów złośli-

wych, biorących początek ze stropu i przez *fissura orbitalis inf.*, drażących do jamy ocznej, warunkując *exophthalmus* i t. d., na szczególną uwagę zasługują t. zw. wyrośla adenoidalne (*vegetationes adenoideae*).

W ostatnich mianowicie czasach Arslan na podstawie 16 spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków, wygłasza pogląd, że cierpienie to o wiele częściej jest źródłem różnorodnych zaburzeń ocznych (*kerato-conjunctivitis, blephar-conjunctivitis, dacryocystitis etc.*), aniżeli cierpienia jam nosowych. Pogląd ten, zdaniem mojem, nie jest pozbawiony pewnych cech prawdopodobieństwa, jeżeli zwrócimy uwagę, że t. zw. wyrośla adenoidalne, t. j. przerost migdałka gardzielowego (Luschki), jako części t. zw. pierścienia chłonnego Waldeyer'a, są cechą patognomiczną zołżów, że więc występują one jednocześnie z całym szeregiem zmian w jamach nosowych, zmian znamiennych dla dzieci skrofulicznych (*eczema, rhinitis simplex et hyperplastica*).

Zmiany te, jako w większości przypadków wtórne, zależne od obecności w jamie nosogardzielowej wyżej wspomnianych wyrosli adenoidalnych, powodują, rzecz prosta, tylko pośrednio zaburzenia oczne.

Nic więc dziwnego, że po usunięciu operacyjnem tych wyrosli ustępowały wtórne zmiany w jamach nosowych, a co za tem idzie i zaburzenia oczne.

Oprócz tych najczęstszych dróg (*per continuitatem et contiguitatem*), za pośrednictwem których rozszerzają się sprawy chorobowe z nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej na narząd wzroku, wiele zaburzeń ocznych powstaje na drodze odruchowej z nosa. Nerwem swoistym w tych razach jest „*par excellence*“ nerw trójdzielny (*n. trigeminus*), będący z obu narządami w ścisłym związku. Wiadomo z fizjologii (doświadczenia na zwierzętach), że po przecięciu czuciowych gałązek nerwu trójdzielnego przed zwojem Gassera występują zaburzenia odżywcze w narządzie wzrokowym, polegające, według Hyrtla, na zapaleniu i rozluźnieniu spojówki, na zwięk-



szonem wydzielaniu śluzu, na napełnieniu przedniej i tylnej komór ocznych wysiękiem, na zmętnieniu i nadżerkach (*erosiones*) rogówki, na ostrem rozmiękczeniu tej ostatniej, jakoteż i pozostałych opon ocznych, wreszcie na pęknięciu gałki i wytworzeniu się strupa na nosie, podbródka i policzkach. — Już fizyologicznie powstają zaburzenia oczne na drodze odruchowej z nosa, n. p. przy wężaniu ostrych środków, jak amoniak, przy łechtaniu, wrywaniu włosków, kichaniu i t. p. Występują wówczas: łzawienie, zaczerwienienie i ścisk powiek i t. p. O wiele częściej występują sprawy odruchowe w narządzie wzrokowym wskutek zmian chorobowych w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosogardzielowej.

Według Jonasa na tej przedewszystkiem drodze powstają zaburzenia oczne pochodzenia nosowego.

Spostrzegano więc: *epiphora*, *blepharospasmus* (Lieven), *photophobia* (Grossmann), *mydriasis* (Trousseau 40), *myosis* (Ostmann 43), wreszcie *exophthalmus* przy chorobie Basedowa, jako sprawę odruchową z nosa i jako taką wyleczoną po usunięciu zmian miejscowych (przerosłe małżowiny nosa i t. p.) spostrzegali Schmidt (41), Hack (36), B. Fraenkel (37), Hofmann (38), wreszcie Muschold 42), dalej: myopia, astenopia, zwężenie pola widzenia, diplopia et mikropia (Jonas) — i wiele innych zaburzeń ocznych, o których będzie jeszcze mowa poniżej.

Przechodzę obecnie do zestawienia pokrótce tych zaburzeń ocznych, których źródło leży w cierpieniach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

»Nach meinen Beobachtungen und nach den von anderer Seite mitgetheilten Erfahrungen scheint es keine Augenkrankheit zugeben, die nicht durch ein Nasenleiden hervorgerufen werden könnte« — tak się wyraża Jonas, autor wielokrotnie już przeze mnie przytaczanej monografii (str. 115).

Autor ten sądzi, że nawet zaburzenia oczne, powstałe na gruncie konstytucjonalnym, a także warunkowane ogólnem zakażeniem, zdają się powstawać często dopiero za pośrednictwem

cierpienia nosowego, naturalnie na drodze odruchowej, najczęstszej według tego autora.

Jakkolwiek z poglądem powyższym, jako zbyt krańcowym, nie podobna się zgodzić, to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wiele cierpień narządu wzrokowego ma swoje źródło w zmianach chorobowych górnego odcinka dróg oddechowych.

Warto, by okuliści na fakt ten większą, niż dotąd, zwracali uwagę, a być bardzo może, że z czasem oddzielanie okulistyki od rynologii stanie się takim anachronizmem, jak to już ma miejsce obecnie z otologią.

Nie zapominajmy, że w Ameryce, która pod względem postępów cywilizacyjnych wyprzedza Europę, mamy już i specjalistów, poświęcających się jednocześnie chorobom nosa, gardła, uszów i oczu, a także szpitale, oraz czasopisma, poświęcone laryngo-ryno-otologii i okulistyce. Acz powoli, zwyczaj ten zaczyna przechodzić i do Europy, gdzie również już spotykamy takich specjalistów, że wspomnę tu tylko Zicme'a z Gdańska, oraz Suarez de Mendoz'a z Paryża.

Po tem krótkim zboczeniu wracam do naszego tematu. Jakie cierpienia narządu wzrokowego mogą powstawać na tej lub owej drodze z nosa?

Przedewszystkiem, co się tyczy chorób powiek, to obrzmienie, zaczerwienienie (*blepharitis*) ze światłowstrętem i t. p. bywa przy niezycie ostrym nosa, n. p. przy odrze, używaniu do wewnątrz jodku potasu, gorączce siennej (*Heufieber*) i t. p.

Wspomniałem już o cierpieniach oczodołu (*phlegmone*), zwłaszcza częstych przy ropniach zatok bocznych nosa, oraz róży, mającej swoje źródło w nosie, jakoteż o cierpieniach narządów łzowych (przewodu nосоłzowego, worka łzowego), zależnych w większości przypadków od zmian w jamach nosowych (przerosty dolnych małżowin, skrzywienia przegrody nosa i t. p.).

Pozostaje nam rozpatrzeć pokrótce cierpienia pozostałych części składowych narządu wzrokowego (spojówki, rogówki i t. p.).

Zapalenie spojówki (*conjunctivitis*) występuje nie-

zwykle często, jako następstwo zapaleń błony śluzowej nosa, przytem najczęściej mamy tu do czynienia z rozszerzaniem się sprawy nieżytowej *per continuitatem* za pośrednictwem przewodu nosołzowego.

Przytem mogą tu występować najróżnorodniejsze postacie, począwszy od *conjunctivitis simplex*, a skończywszy na *trachoma* (Bresgen-Arslan), jakkolwiek z tem ostatniem nie zgadza się Schmidt-Rimpler.

*Conjunctivitis (et keratitis) phlyctaenulosa* pochodzenia nosowego spostrzegali Batut, Nieden, Augagneur (39), oraz niezwykle często Snellen (przy wyrosłach adenoidalnych<sup>1)</sup>.

Zapalenie rogówki (*keratitis*) w większości przypadków również bywa pochodzenia nosowego, podobnie jak *conjunctivitis*, z którem to cierpieniem najczęściej występuje razem (Arslan). W pewnych samoistnych postaciach tego cierpienia należy przyjąć pochodzenie odruchowe (Jonas). W ostatnich czasach Fortunati opisał 3 przypadki *keratitidis neuroparalyticae* pochodzenia obwodowego, mających swoje źródło w nosie (polipy, względnie polipowate małżowiny). W przypadkach tych nastąpiło wyleczenie cierpienia rogówki dopiero po usunięciu zmian nosowych.

I cierpienia tęczówki (*iritis*) mogą również powstawać na drodze odruchowej z nosa (Jonas), bądź pierwotnie za pośrednictwem nerwów i naczyń rzęskowych, bądź wtórnie przy *keratitis* lub *chorioiditis*.

Przeważnie znajdujemy wówczas zmiany na środkowej małżowinie nosowej (Jonas).

Według Jonasa i *chorioiditis*, *irido-chorioiditis*, *cy-clitis* et *iridocyclitis* mogą powstawać odruchowo z nosa.

*Glaucoma*, jako sprawa odruchowa pochodzenia nosowego, może, według Jonasa, występować nie tylko wskutek bezpośredniego działania cierpienia nosowego na naczynia, lecz

<sup>1)</sup> Jest to objaw przez okulistów w ambulatoriach codziennie spostrzegany, zwłaszcza przy eczema nasi.

i w następstwie przeniesienia drażnienia czuciowych włókien nerwu trójdzielnego na nerw współczulny (*sympathicus*).

Choroby siatkówki (*retinitis*) i nerwu wzrokowego mogą też powstawać wskutek zaburzeń w krwioobiegu (przekrwienia czynne i zastoinowe), warunkowanych zmianami w jamach nosowych.

Według Jonasa *retinitis albuminurica* przy chorobie Brighta również może być uważaną, jako sprawa odruchowa z nosa<sup>1)</sup>.

Tenże autor spostrzegał w 2 przypadkach u dotkniętych kiłą z przewlekłym zanikiem nerwu wzrokowego zmiany (brodawkowate przerosty) na małżowinie środkowej nosa, które czyni odpowiedzialnymi za powstawanie na drodze odruchowej wyżej wspomnianych zaburzeń ocznych.

*Amaurosis*, jako nerwicę zwrotną pochodzenia nosowego, spostrzegali Deleske i Berger, *neuritis optica* — Sulzer i Alt.

Wreszcie spostrzegano cały szereg zaburzeń ocznych, jak *myopia* (Kuhnt, Batter), *asthenopia* (Jonas, Schmidt, Ziem), *scotoma* (Kuhnt), *mouches volantes*, oraz zmętnienie ciała szklistego (Jonas), *strabismus* i zmiany w akomodacji (Ziem), wreszcie zwężenie pola widzenia (dolnego przy *empyema frontalis*, górnego przy *empyema antri Highmori*, Kuhnt) i t. p., powstałych z nosa bądź na drodze odruchowej, bądź wskutek zmian chorobowych, zwłaszcza w zatokach bocznych nosa.

Na szczególną uwagę zasługuje sprawa patogenezy katarakty. W ostatnich czasach Jonas na podstawie spostrzeżanych przez siebie 16 przypadków tego cierpienia, w których znajdował znamienne zmiany w nosie, przytem zwykle jednostronne, po stronie odpowiedniej (brunatno-czerwone, matowe obrzmienie środkowych małżowin, przemieszczenie tych ostatnich wskutek zбочeń przegrody nosa), twierdzi, że i to cierpienie oczne może powstawać na drodze odruchowej.

Autor ten tak sobie to pochodzenie tłąmaczy: drażnienie

<sup>1)</sup> Ne quid nimis!

gałązki *n. nasociliaris* wskutek zmian chorobowych na środkowej małżowinie przenosi się na nerw współczulny (sympatyczny), to zaś może mieć wpływ na zbieranie się płynu w różnych komorach ocznych, a także na soczewkę i ciało szkliste.

Oto i wszystko, com na podstawie danych, zaczerpniętych przeważnie z literatury, zebrać zdołał o stosunku chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej do zaburzeń ocznych.

Starałem się wykazać, jak ważnym jest ten stosunek, jak częstymi są zaburzenia oczne, mające swoje źródło w zmianach chorobowych górnego odcinka dróg oddechowych.

Niestety — ważna ta sprawa dotąd wyłącznie lub przeważnie przez rynologów bywała poruszana i dlatego — być może — zbyt jednostronnie się na nią zapatrywano.

Obecnie przychodzi czas na okulistów, ażeby baczniej zaczęli zwracać uwagę na związek przyczynowy, zachodzący między cierpieniami nosa z jednej, a zaburzeniami ocznymi z drugiej strony, i ażeby ze spostrzeżeniami swojemi w tym kierunku dzielili się z nami; gdyż tylko od wspólnej pracy rynologów i okulistów spodziewać się należy ostatecznie prawdziwego wyświeślenia tej ważnej sprawy: czy rzeczywiście, jeżeli już nie wszystkie zaburzenia oczne, jak to mianowicie utrzymuje Jonas, nawiasowo mówiąc, zbyt entuzyastyczny wyznawca teorii odruchowej Hacka, to czy przynajmniej większa część tych zaburzeń ma swoje źródło w zmianach chorobowych w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosogardzielowej?

### Literatura.

1. Lieven: »Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges«. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 48.
2. Batut: »Rapports des maladies des yeux et celles du nez«. Ann. d. mal. de l'oreille, 1893. Nr. 2.
3. Gradle: »Ocular symptoms due to nasal affection«. Int. Centr. f. Lar. Bd. V., p. 555.
4. Caldwell: »Diseases of the pneumatic sinuses of the nose and their relation to certain affections of the eye«. Int. Centr. f. Lar. Bd. X.

5. Nieten: »The connection between diseases of the eye and nose«. N. Y. med. Jour. V. X.
6. Ziem: »Ueber Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen«. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 37.
7. Ziem: »Beziehungen zwischen Augen und Nasenkrankheiten«. Monat. f. Ohrenheil. 1893. Nr. 8 i 9.
8. Kuhnt: »Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände«. 1895. Wiesbaden.
9. Arslan: »Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari«. Arch. ital. di Lar. 1890.
10. Fortunati: »Nuovo contributo alla neuro-cheratite d'origine nasale«. Ibidem. Nr. 4. V. X.
11. Schmidt-Rimpler: »Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten«. Nothnagel'a Spec. Path. Bd. XXI. 1898.
12. Winckler: »Ueber Beziehungen zwischen einigen Affectionen der Nase, wie des Rachens und Augenkrankheiten«. Haug's Klin. Vortr. u. d. G. d. Otol. u. Ph. Rbin. Bd. III. H. 1.
13. Jonas: »Symptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organerkrankungen — ihre Wichtigkeit für den praktischen Arzt und ihre soziale und forensische Bedeutung«. Liegnitz. 1900.
14. Lubliner: »O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od zbroczeń w jamach nosowych«. Przegl. chir., t. II., z. 4. 1895.
15. Kubli. Wiestnik Oftalmologii. 1892, p. 264.
16. Terson i Gabriélidès: »Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des ozéneux, sans complications apparentes des voies lacrymales«. Arch. d'ophthalm. V. XIV, p. 488.
17. Uhthoff: »Ueber die neueren Fortschritte der Bacteriologie auf dem Gebiete der Conjunctivitis und der Keratitis des Menschen«. Sam. zw. Abh. u. d. G. d. Aug. Bd. II. H. 5.
18. Thost: »Pneumoniekokken in der Nase«. Deut. med. Woch. 1886. Nr. 10.
19. Parinaud
20. Barbier et Cuénod } przytoczeni w pracy Uhthoffa (17).
21. Sędziak: »Krup, czy dyfteryt nosa«. Gaz. Lek. 1892. Nr. 34—35.
22. Müller: »Ueber Empyem des Sinus frontalis und ethmoidalis«. Wien. klin. Woch. 1895. Nr. 11.
23. Berlin: »Krankheiten der Orbita«. Handb. d. Ohrenheil. v. Graefe u. Sämisch. Bd. VI, p. 504.
24. Kuhnt: »Ueber Erkrankungen der Nasenhöhle und des Auges«. Corr. Bl. d. allg. ärzt. Ver. v. Thüringen. 1890. Nr. 10.
25. Grünwald »Die Lehre von den Naseneiterungen«. 1892.
26. Bauby: »Orbitale Komplikationen des Kieferhöhlenempyems«. Arch. f. Oph. Bd. XVII. 1897.

27. Vossius: »Ein Fall von Orbitalphlegmone etc.« Arch. f. Opht. Bd. XXX, p. 157.
28. Gałęzowski. Arch. de méd. V. XXIII.
29. Snellen: »Ned. Tijd. v. Geneeskunde«, 1894.
30. Flies — przytoczony u Grünwalda (25).
31. Mitvalsky: »Contribution à la connaissance de la thrombophlébite orbitaire«. Paris. 1895.
32. Hofmann: »Ein Fall von Empyem der Keilbeinhöhle mit Betheiligung der Orbita«. Verh. d. Deut. otol. Ges. Dresden, p. 186.
33. Schroeder. Centr. v. Hirschberg. 1895, p. 175.
34. Mitvalsky: »Des ophthalmies septiques«. Rev. gén. d'opht. 1891.
35. Fuchs: »Tenonitis nach Influenza«. Wien. klin. Woch. 1890. Nr. 11.
36. Hack: »Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit«. Deut. med. Woch. 1886. Nr. 25.
37. B. Fraenkel: »Ein Fall von Morbus Basedowii«. Berl. klin. Woch. 1888.
38. Hofmann: »Ein Fall von Morbus Basedowii« durch Besserung eines Nasenleidens«. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 92.
39. Augagneur: »Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlyctaenulaire«. Int. Centr. f. Lar. Bd. V., p. 557.
40. Trousseau: »Troubles oculaires réflexes d'origine nasale«. Le Bull. méd. 1889.
41. Schmidt: »Die Krankheiten der oberen Luftwege«. 1895.
42. Muschold. Bull. Laryng. Gesell. 1894. 20/XI.
43. Ostmann: »Ueber die Beziehungen zwischen Auge und Ohr«. Arch. f. Ophthalm. Bd. 43.

---

## II. STRESZCZENIA.

---

*O wpływie chemicznych promieni słońca na przebieg ropnych zapaleń oka.* E. Nieznamow. (»Więstnik Oftalmologii«. Nr 1. 1901).

Opierając się na tem, że chemiczne promienie słonecznego i elektrycznego światła zabijają patogeniczne drobnoustroje Finsen skorzystał z takowych w celu leczenia chorób skórnych, przeważnie wilka. Naśladowcami jego byli Petersen i Minin, którzy z korzyścią zastosowali takie leczenie przy trądzie, skorbucie i szankrze. Wpływ rozmaitych promieni światła na oczy doświadczalnie studyowali: Czerny, Deutschmann, A. Makłakow, Widmarck, Wernicke i inni. Szkodliwe dla oka chemiczne pro-

mienie mogą być pożyteczne w celach leczniczych, jeśli ich działalność bywa ześrodkowaną na ograniczonej przestrzeni gałki ocznej. Autor wybrał dla swoich doświadczeń ropne zapalenie rogówki i tęczęwki. W tym celu korzystał z aparatu, podobnego do przyrządu Finsena: szkło + 8 D i drugie proste, pomieszczone w metalowej oprawie tak, że między nimi znajduje się przestrzeń 2 cm o zawartości 150 grm; cały aparat waży 1 funt. Dla zatrzymania ciepłych promieni Finsen przestrzeń tę wypełnia amoniakalnym roztworem siarczanu miedzi, Dr N. zaś roztworem metylowego błękitu (1:5000), przyczem przyrząd ześrodkowuje promienie słońca pod postacią małego kółka jasnofioletowej barwy, od którego na oku, po 2—do 3 minutach, odczuwa się tylko przyjemną ciepłość<sup>1)</sup>.

Po doświadczeniach na królikach, autor przystąpił do leczenia chemicznymi promieniami ropnych zapaleń rogówki i tęczęwki i podaje 7 podobnych spostrzeżeń, leczonych z dobrym skutkiem, jak: *hypopyon keratitis*, ropne owrzodzenia i nacieczenia rogówki u skrofulicznych, a także urazowego pochodzenia, po wycięciu zaćmy i t. p. Takie leczenie powtarza się codziennie, posiedzenie trwa zwykle od 3—5 minut. Wyniki: 1. chemiczne promienie przytępiają ból, 2. działają nie tylko na nerwy czuciowe, lecz i naczynioruchowe, 3. szybko zabijają bakterye nie tylko w sztucznych pożywkach, lecz i w żywych tkankach ustroju, i wreszcie 4. prawidłowo urządzone leczenie chemicznymi promieniami słońca powinno zająć pierwszorzędne miejsce przy zakaźnych chorobach rogówki. Dr J. T.

*Septyczne zmiany siatkówki* (Ueber septische Netzhautveraenderungen). Ischreyt z Rygi. — (»Sammlung zwangloser Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenheilkunde«. T. III. Z. 7.). —

Podobnie jak w innych narządach, występują i w oku następne zmiany septyczno-pyemiczne jużto w postaci silnego ropnego zapalenia, jużto w postaci nieropnego zaburzenia odżywczego. Prawie wyłącznie występuje ono jako *retinitis septica*, której objawy wobec nielicznych dotychczas opisanych przypadków nie dość są znane. Co do chorobotwórczych drobinek, to jako przyczynę tego zajęcia wyliczano: *staphylococcus pyogenes aureus*, *pneumococcus Fraenkel-Weichselbauma*, *streptobacillus* i *streptococcus*, a miejscem wyjścia zakażenia bywał przeważnie przyrząd rodny kobiecy.

Oko zewnętrznie prawidłowo wyglądające przedstawia następujące objawy: niedokrewność dna oka, wynacznienia rozmaitych

<sup>1)</sup> Listownie donosi mi autor, że przyrząd jego kosztuje w Charkowie u optyka T. Witte 25 rubli.



rozmiarów w okolicy tarczy, w sąsiedztwie naczyń i to przeważnie żył. Obok tego białe plamy, stykające się z owymi wynaczynieniami, jednak nigdy nie układające się promienisto w okolicy żółtej plamki. Plamy te są zresztą bardzo nieliczne.

Jakie zaburzenia wzrokowe zmiany te wywołują, nie można było wobec apatyi chorych stwierdzić, a także, ile czasu upływa od chwili wystąpienia ogólnego septycznego zajęcia do powstania wynaczynień.

Przebieg bywa zawsze jednakowy: na miejscu wynaczynień znikających występują inne, a wynik ostateczny zależnym jest od cierpienia ogólnego.

W razie wyzdrowienia chorej obniżenie wzroku zależnem będzie od miejsca, rozmiarów i trwania wynaczynień.

Co do rozpoznania różniczkowego zaznaczyć wypada, że wynaczynienia siatkówki przemawiają za pyemią, zapalenie zaś tarczy za gruźlicą prosowatą lub zapaleniem opon mózgowych. Gdy chodzi o rozróżnianie pomiędzy septicopyemią a tyfusem, — przyjmiemy pierwszą na podstawie zmian naczyniowych. Wynaczynienia są wyrazem zmian naczyniowych, dających się mikroskopowo stwierdzić, podczas kiedy białe plamki, występujące ogniskowo w siatkówce, odnieść wypada do węzełkowatych zgrubień włókien nerwowych.

IV.

*Nowy przyczynek do zapalenia rogówki pochodzenia nosowego* (Nuovo contributo alla Neuro-cheratite d'origine nasale). Fortunati. (»Arch. ital. d'otal. rin. e lar.« Nro 4. T. X. 1900).

Przed 4 laty autor ogłosił 2 rzadkie przypadki neuro-keratitidis pochodzenia nosowego. W obu, po usunięciu polipów, względnie polipowatych małżowin, ustąpiły objawy obustronnego zapalenia wrzodziejącego rogówki. W ostatnich czasach autor miał możność spostrzegać jeszcze jeden analogiczny przypadek. Dotyczył on 20-letniej chorej z owrzodzeniem i przedziurawieniem rogówki w lewym oku. Pomimo zastosowania środków zwykłych, stan oka nie tylko się nie poprawił, lecz stale się pogarszał. Wówczas autor wpadł na myśl zbadania jam nosowych i rzeczywiście lewa okazała się zupełnie niedrożną z powodu przerostu polipowatego małżowiny dolnej, który też bezzwłocznie usunięto pętlą galwanokaustyczną. Wynik był zdumiewający: w 48 godzin znikło hypopyon, następnie zaś za-goiło się owrzodzenie na rogówce.

Na zasadzie tych 3 spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że większa część t. zw. keratitides neuroparalyticae pochodzenia obwodowego ma swoje źródło w zaburzeniach nosowych.

*Dr Jan Sędziak.*

*Mięsak prawej jamy nosowej z ostrem zapaleniem zatoki i nacieczeniem tkanki łącznej oczodołu* (Sarcoma of right nasal fossa with acute sinusitis and orbital cellulitis). Goldschmidt. (>Montreal med. Jour.< October. 1900).

Opis przypadku guza, zajmującego prawą jamę nosową i rozszerzającego się na prawą zatokę szczękową górną (*antrum Highmori*). Jako następstwo tego cierpienia był ropień tejże zatoki, oraz ropówka (*phlegmone*) oczodołu z *exophthalmus* i bólami tej okolicy.

Leczenie operacyjne przyniosło ulgę czasową.

Badanie drobnowidowe wykazało naturę guza: *sarcoma parviret globo-cellulare*.  
Dr Jan Sędziak.

*Wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu i soli kuchennej przy zapaleniach rogówki i tęczówki*. Maturowski. (>Medic. Pribawlenja k morskemu Sborniku<. Listopad. 1900).

Leczono tym sposobem 40 chorych z zapaleniami rogówki i 9 tęczówki. Wstrzykiwano roztwór sublimatu 1:2000 (3—5 podziałek Pravaz'a) i 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztwór soli (5—10 podziałek), znieczuliwszy poprzednio spojówkę 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworem kokainy. Liczba wstrzyknień 2—4. Ponieważ okazało się, że sól działa nie gorzej od sublimatu, a przytem przy zastosowaniu ostatniego środka bóle były silniejsze, i często tworzyły się zrosty spojówki z twardówką, przeto autor ograniczył się z czasem do wstrzyknień jedynie soli kuchennej. Wynik takowych: szybkie polepszenie ogólnego i miejscowego stanu, powracał spokojny sen, nieruchoma dotąd źrenica rozszerzała się od środków mydriatycznych, ropa przedniej komórki ulegała wessaniu, a owrzodzenia rogówki szybko się goiły. Opierając się na tych wynikach, Dr M. wyprowadza wniosek, że >we wstrzykiwaniu soli kuchennej pod spojówkę mamy pewny pomocniczy środek nawet w przypadkach, rokujących złe zejście<.

Dr J. T.

*Jaglica — ze szczegółowem uwzględnieniem jej w Krajinie*. (Ueber Trachoms — mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens in Krain). J. Šafař. Wiedeń. 1900.

Mając sposobność przez 12 lat badać prawie wszystkich chorych ocznych w kraju, podaje autor wynik swych spostrzeżeń. — Zajmuje ściśle stanowisko dualistyczne. Ze środków lekowych daje pierwszeństwo saletrzanowi srebra w roztworach 2—3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a dalej siarczanowi miedzi. Sublimat, jako wytarcie, albo maść, stosuje tam, gdzie z niewiadomych powodów owe środki nie skutkują.

Protargol 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> z dobrym skutkiem zastosowywanym bywał w przypadkach, w których nastąpiło polepszenie. Wycięcie załamek wykonyje B., i to słusznie, tylko tam, gdzie według wszelkiego

prawdopodobieństwa zanosi się na bardzo długie leczenie. Wypalaniu galwanokaustycznemu pojedynczych jaglic daje pierwszeństwo przed wyciskaniem <sup>1)</sup>.

Pod względem stosunku narodowościowego osób dotkniętych jaglicą, zaznacza B., że obie narodowości, to jest Niemcy (28000) i Słoweńcy (466000), w równym stopniu partycypują. Jaglica w całym kraju rozpowszechniona, może najmniej w północnych okręgach, a powodem tego nie rodzaj terenu, tylko stosunki komunikacyjne. Zdarzają się niektóre okolice, gdzie jaglica nie tylko częściej, ale także w cięższych postaciach występuje <sup>2)</sup>. Rodzaj żeński częściej ulega jaglicy.

Źródłem jaglicy jest, oprócz przypadków krajowych, sąsiedztwo krajów południowych: Styrii, Krocacji i pasu przybrzeżnego, gdzie jaglica silnie rozwinęta.

Autor robi w końcu propozycję dla leczenia i zapobiegania jaglicy, — nie jednak nowego nie zaznacza. W.

*Sprawozdanie o popisowych, badanych w ocznym oddziale ujazdowskiego wojskowego szpitala w roku 1898.* Łobasow. (»Wojenno-Medicinskij Żurnał«. 1901. Zeszyt marcowy).

Badano 909 popisowych, czyli 1818 ócz, ze wszystkich guberni Królestwa Polskiego, z wyjątkiem guberni suwalskiej. Najwięcej było żydów, bo 52,58%. Umiejących czytać 424, nieumiejących 485. Z tej liczby okazało się: zdolnych do służby 294 ( $\frac{1}{3}$ ), podlegających służbie niefrontowej 95, podlegających zwolnieniu na rok 63 i zupełnie niezdolnych do służby 457 ( $\frac{1}{2}$ ).

Z liczby 909 refrakcyę oczu badano u 764, u pozostałych 145 istniały w oczach chorobliwe zmiany lub też naśladowane uszkodzenia.

U 764 popisowych wykazano: emmetropię 63 (8,2%), myopię 142 (18,6%), hm. 123 (16,1%), As. 104 (15,6%), anisometrię 332 (43,5%). Żydzi stanowili  $\frac{3}{5}$  krótkowidzów. Godnym jest uwagi fakt, że anisometrię stwierdzono prawie u połowy ( $\frac{2}{5}$ ) badanych: u żydów 43%, u Polaków 29%, u popisowych innych narodowości 27%; anisometropia bywa rozmaicie powikłaną, najczęściej jednak zdarzają się: rozmaity stopień myopii w obu oczach (54), powikłany MAs. w rozmaitym stopniu w obu oczach (48); myopia w je-

<sup>1)</sup> Wyciskanie inne ma wskazanie, a wypalanie także, pierwsze stosują tam, gdzie już nastąpił rozpad jaglic, wypalam zaś w pierwszym okresie, to jest nacieczenia jaglicowego, gdzie więc jagielki jeszcze są twarde. Ref.

<sup>2)</sup> Laserbach, Oblak, Schwarzenberg).

dnem, powikłany MAs. w drugim oku (40); powikłany nadmiarowy As. obu ocz, w rozmaitym stopniu (29) i t. d.

Nie mając zamiaru podać obszernego streszczenia z tej ciekawej i sumiennej pracy Dra Łobasowa, pozwolę sobie pokrótce zatrzymać się na drugim szeregu popisowych z anatomiczno-patologicznymi zmianami ocz. W liczbie ich zapisano: rdzenne włókna siatkówki 5, maculae corneae 137, naśladowane zaćmy 6, naśladowane plamy rogówki 10, udających 6.

U pięciu, mających rdzenne włókna siatkówki, oznaczono: dwóch emmetropów ze wzrokiem  $^{20}/_{20}$ , jeden Hp. 2,0 D. jeden z powikłanym MAs. 1,5 D i jeden z takimż MAs. w stopniu 3,0 D.<sup>1)</sup>

Co do naśladowanych plam rogówki i zaćmy — to wszyscy ci popisowi byli żydzi; uszkodzone były prawe gałki, ponieważ w regulaminie wojskowym prawe oko gra ważną, a lewe podrzędną rolę. U sześciu popisowych środkowe plamy rogówki były ciemnobrunatne, u czterech białe, jak pierwsze, tak i drugie bez żadnych objawów zapalnych ze strony spojówki. Komisya orzekła, że wszyscy ci popisowi byli winni dobrowolnego uszkodzenia ocz; jeśli to było pewnikiem co do urazowych zaćm i żółtobrunatnych plam rogówek, to względem białych, błyszczących i ograniczonych plam rogówkowych słusznie autor powiada: »jeśliby mnie wezwano do sądu jako znawcę, nie kładłbym nacisku na to, że plamy te utworzono umyślnie«. Co do plam żółtych, to je — jak się przekonano na królikach — łatwo można zrobić tak: przypaliwszy część rogówki siwym kamieniem, natychmiast macza się plamę stężonym roztworem kalijowej jodki; w taki sposób wytworzona plama miała barwę żółtą (nie brunatną) i nie podlegała zmianie przez kilka miesięcy.

W 137 przypadkach plam rogówkowych (150 w obu oczach) znaleziono 65 emmetropów, 37 nadwzrocznych i 35 krótkowidzów. Autor polemizuje tu z Dr Wadzyńskim, który twierdził, że zmętnienia rogówki stanowią ważny etyologiczny czynnik w wytworzeniu się myopii. Dr Ł. częściej spotykał przytem emmetropię i jest zdania, że głównej przyczyny myopii trzeba szukać we wrodzonym usposobieniu, bez tego czynnika same zmętnienia nie wywołują krótkowzroczności.

Dr J. T.

*Pięćset operacji zaćmy.* Stefan Korzeniowski. (»Wręcz«. Nr 9. 1900).

W ciągu 8 lat Dr K., lekarz nowotorzkiego ziemskiego szpitala w nowogrodzkiej guberni, miał możność wykonać 500 operacji

<sup>1)</sup> Niedawno Dr Gamble napisał pracę p. t. *Opaque nerve fibers with myopia* (Ophth. Record. 1901).

zaćmy, z których 445 *cat. senilis*, 8 *cat. mollis*, 19 *cat. zonularis*, 14 *cat. complicatae* i t. d. Zwraca on uwagę na 4 warunki dobrego zejścia operacyi: 1. zdrowa gałka oczna, 2. bezgnilny przebieg gojenia się rany, 3. dobra technika i 4. brak przypadkowych powikłań pooperacyjnych, jak uraz i t. p.

Autor omawia obszerniej 2. i 3. punkt. Co do drugiego, to godnem uwagi jest to, że na dobę przed operacją choremu goli się brwi i po obmyciu oka sublimatem, zawiązuje się je do samej operacyi; po operacyi w wewnętrznym kącie oka pod dolną powiekę wprowadza się watę, zmoczoną sublimatem, dla wyprowadzenia wydzielin z worka spojówkowego.

Cięcie robi K. na samym brzegu rogówki, przyczem wycina i płat spojówki. Ekstrakcyę robi z irydektomią, ponieważ przekonał się, że szpara tęczówki nie obniża bystrości wzroku. Oba oczy zawiązuje na dni 3, operowane na 7—8 dni, leżenie zaleca tylko w ciągu doby.

Podnieść muszę ze sprawozdania ciekawy fakt: 2 razy podczas operacyi złamał się koniuszek nożyka Graefego. Autor tak pisze o tem: »w pierwszym przypadku przy wykluciu złamał się koniec noża — nóż wyjęto, lecz koniec pozostał w oku, nie wywołując żadnego podrażnienia, soczewkę wydobyto po kilku dniach. W drugim przypadku wskutek *leucoma* trzeba było prowadzić cięcie z góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz, po wykluciu okazało się, że koniec ugrzązł w tęczówce; irydektomia i ekstrakcyja; wszelkie starania, by wydobyć ostrze noża, pozostały bez skutku: znikło gdzieś; oko zagoiło się bez odczynu«.

Znając przypadki łamania się Weberowskich nożyków przy operacyi dróg łzowych, gdzie kawałki stali pozostają w ciele bez złych skutków, nie słyszałem o łamaniu się ostrzy nożyków i pozostaniu ich bez złych skutków w głębi gałek ocznych<sup>1)</sup>.

Autor miał aż 31 przypadków z wypadnięciem ciałka szklistego; u 4 chorych zaćma przesunęła się do ciałka szklistego, z których u jednego udało się ją wydobyć pętłą, u drugiego zaś wyciągnięto ją dopiero po jego długiem leżeniu w dół głową, u 2 zaćma pozostała w ciałku szklistem.

<sup>1)</sup> Zresztą A. Terson, omawiając 13 niepożądanych powikłań podczas ekstrakcyi, twierdzi, że złamanie się noża w przedniej komórcie »było często obserwowane«, niekiedy udawało się wydobyć koniuszek noża za pomocą płytkiej łyżeczki, niekiedy jednak znikał on zupełnie (*le fragment échappé à toutes recherches*), pomimo to wydobyć zaćmy uwięźniało się pożądanym wynikiem (p. jego »*Chirurgie Oculaire*«. 1901, str. 397).

Wyniki operacji Dr K. podaje następujące:

dobry	wzrok w	348	przypadkach	(17,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
niezły	»	»	61	» (13,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
zły	»	»	17	» ( 3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
$\frac{1}{\infty}$ — 0	»	»	25	» ( 5,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ).

Oznaczenie to bystrości wzroku podano dowolnie: dobrym nazwano wtedy, gdy chory zapomocą okularów widział i liczył palce na odległość 10 i więcej arszynów; niezłym, jeśli na odległość 5 i więcej arszynów; złym, jeśli liczył palce na odległość 1 arszyna i mógł chodzić bez pomocy.

Dr J. T.

### III. NOWE KSIĄŻKI.

*Krótkowzroczność a nos.* (Die Heilbarkeit der Kurzsichtigkeit u. ihre Behandlung). Dr E. J o n a s. Liegnitz. 1900. C. Seiffarth.

Autor zrobił to spostrzeżenie, że najgłówniejsze choroby oka oraz ucha zależne są od odziedziczonych albo nabytych zmian nosowych, a jako drogę, na której te zmiany wpływać mogą na oko, oznacza nerw sympatyczny, względnie *ganglion ciliare*. W niektórych przypadkach nerw błędny, podrażniony przez nieprawidłowe oddechania, przenosił swój wpływ na nerw sympatyczny. Badając u krótkowzrocznych nos, w żadnym przypadku J. nie stwierdził prawidłowych małżowin nosowych, a zwłaszcza środkowa bywała skrzywioną. Skrzywienie to wywołuje nabrzmienie błony śluzowej, a refleksyjnie krótkowzroczność powoduje. Ale nie tylko samą krótkowzroczność, lecz także inne objawy, często myopii towarzyszące, odnosi J. do nosa, mianowicie mroczki, muszki, nieomogę akomodacyjną, i leczy je z dobrym skutkiem przez uwzględnianie zmian nosowych, które przez postępy kulturalne, przez stosunki socyalne niejednokrotnie wywoływane bywają.

Broszurka napisana przez autora niewątpliwie w najlepszych zamiarach i dla ludzkości i dla siebie — ale nie wolna od przesady, której, jak wszędzie, tak i w medycynie wystrzegać się powinniśmy.

Wicherkiewicz.

## IV. Z TOWARZYSTW.

1. Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryg. niem.). (Ciąg dalszy).

V. *O zwichnięciach soczewki*<sup>1)</sup>. (Ueber Linsenluxationen). H. Schmidt-Rimpler.

U pewnej rodziny widział autor w czterech pokoleniach przemieszczenie soczewki, przyczem soczewka z czasem zupełnie wiotczała. W następstwie tego poprawiała się potem bystrość wzroku swoiście przez przedłożenie odpowiednich szkieł.

U 45letniego ojca licznej rodziny rozpoznano w ósmym roku życia przemieszczenie soczewek. Z czasem zmętniały one i usunęły się zupełnie w głąb ciała szklistego. Odpowiednimi szklami dała się bystrość wzroku znacznie poprawić, tak, że na oku prawem wynosiła  $\frac{6}{8} + 8$  D, na lewym zaś  $\frac{6}{12} + 7$  D. Z blizka Schweigger 0,45 temiż szklami. Ojciec badanego miał prawidłowe oczy, natomiast u matki jego i u ojca matki były soczewki zwichnięte. Z ośmiorga jego dzieci, troje miało wzrok prawidłowy. U pozostałych pięciorga były soczewki bądźto przemieszczone, bądźto zwiotczałe.

I tak u 18letniego syna były obie soczewki zwiotczałe, a bystrość wzroku oczu obu  $= \frac{4}{18} + 7$  D.; u 15letniego syna były soczewki przemieszczone, bystrość wzroku zaś  $= \frac{4}{18} - 20$  D.; u 9letniego syna były soczewki przemieszczone, przyczem soczewka oka prawego tak usunięta, że szkłem  $+ 9$  D. osiągało się bystrość wzroku  $= \frac{1}{6}$ , na lewym oku zaś wynosiła  $\frac{3}{36} - 1$  D. U dwóch dziewcząt, bliźniąt, mających po  $1\frac{1}{2}$  roku, były soczewki przemieszczone, a wzrokiem dała się wykazać krótkowzroczność. U wszystkich tych osobników były soczewki zupełnie czyste, tęczęwki drżały przy ruchach gałek ocznych, a wzrokiem wykazano krótkowzroczność.

Na podstawie tych spostrzeżeń ostrzega autor przed zbyt wczesnymi zabiegami operacyjnymi, gdyż, jak właśnie przypadki te dosa-

<sup>1)</sup> Dla zrozumienia pozwałam sobie zaznaczyć, że w sprawozdaniu tem nazywam nabyte usunięcie soczewki zwichnięciem (*luxatio lentis*), wrodzone zaś przemieszczeniem (*ectopia lentis*) — podobnie jak się zwie korektopia przemieszczeniem źrenicy.

Oznaczenie pojęcia tych zmian nie jest dotychczas ustalonym w naszej terminologii. Rozumie się, że nazwa tej zmiany, ze względu na jej wrodzone lub nabyte powstanie, nie zawsze da się uzasadnić, gdyż często zmienia się przemieszczenie w zwiotczenie. *Przyp. spraw.*

*Luxatio lentis* jest zwichnięcie, *subluxatio* nadwichnięcie, zaś *ectopia lentis* nazwalibyśmy zboczenie soczewki, w żadnym jednak razie nie możnaby, zdaniem naszym, używać tu wyrazu przemieszczenie, z którym się łączy pojęcie czynne.

dnie pouczają, przemieszczenie soczewki zmienia się z czasem często w zwiotczenie, a bystrość wzroku poprawia się i bez operacyi.

W przypadkach podobnych jest więzadełko Zinniusza wedle anatomicznych badań Hessa i in. zanikłe, lub też brak go częściowo. W następstwie urazu wiotczeje soczewka wskutek przedarcia się rąbka. —

Odmienny a bardzo rzadki sposób zwiotczenia soczewki przez pociągnięcie wykazał autor u 62letniej kobiety, u której na prawem oku wystąpiła następowa jaskra, siatkówka była oderwaną, a zmętniała soczewka była zwichniętą do przedniej komory. Z przeprowadzonego badania anatomicznego wynika, że soczewka przez to zwiotczała, iż tylne włókna więzadełka złączyły się ze zwyrodniałemi włóknami ciała szklanego i przez jego załamywanie się zostały pociągnięte ku tyłowi. Przez rozluźnienie włókien więzadełka mogła teraz soczewka z łatwością zmienić swe położenie. Wkońcu zwraca autor uwagę, że drżenie tęczówek (*iridodonesis*) nie bywa powodowanym li tylko brakiem soczewki, jak to ogólnie sądzono, lecz że do powstania tego objawu jest konieczną wielką ilość cieczy, która tęczówkę okala z przodu i z tyłu. Może to zaś mieć wówczas tylko miejsce, gdy ciało szkliste jest rozpląnięte wskutek zmian chorobowych, bez względu na to, czy soczewka znajduje się w oku, lub też nie. — Przeciwnie, przy prawidłowem ciałku szklanem nie drżą tęczówki, nawet po wyjęciu soczewki, o czem się można niejednokrotnie przekonać po wyjęciu zaćmy.

*Dr Bałłaban.*

VI. *O wrodzonym zboczeniu źrenicy, powikłanem zwichnięciem soczewki* (Ueber angeborene Korectopie mit Linsenluxation). E. v. Hippel.

U 36letniego mężczyzny były źrenice obu oczu przemieszczone a soczewki zwiotczały. Badanie anatomiczne oka lewego, wyjętego wskutek jaskry, wykazało zupełne oderwanie siatkówki i ciała szklanego, zwyrodnienie siatkówki wysokiego stopnia i tylko płaskie nadbrzeżne wyżłobienie tarczy wzrokowej. Zmętniała soczewka była zwapniałą i zwiotczałą na wewnątrz i ku dołowi. Tęczówka była w dolnej i wewnętrznej części 4 do 5 razy grubszą od części górnej. W tej części tęczówki znajdowała się gruba tętnica i 2 do 3 żył, które, w postaci postronka ciągnąc ku zgrubiałemu ciałku szklanemu i tam się rozgałęziając, spowodowały odwrócenie tej części tęczówki ku tyłowi. W tem miejscu brzegu źrenicznego znajdowała się przetrwała błona źreniczna. Prócz tego było ciało szkliste unaczynione przez gałązki tętnicy, wychodzącej z wieńca rzęskowego przeciwnej strony. Włókna więzadełka rzęskowego nie dały się na soczewce nigdzie wykazać, natomiast znajdowały się one



w ciałku rzęskowem, i to w całej rozciągłości gałki wzrokowej, lubo mniej w miejscu, odpowiadajacem przemieszczeniu soczewki, aniżeli po stronie przeciwnej. Zmiana ta mogła powstać albo wskutek jakiejś przeszkody, przez którą tęczówka, nie mogąc się prawidłowo ułożyć, zgrubiła w dolnowewnętrznej swej części, skurczyła się i zwróciła się ku tyłowi, albo też źrenica, umiejscowiona pierwotnie prawidłowo, przez następowe skurczenie się tęczówki została przesuniętą na wewnątrz i ku dołowi. Nie podlega wątpliwości, że w tym przypadku zgrubiła tęczówka została pociągniętą ku tyłowi i to przez opisany powyżej zwój naczyń, który, powstawszy w życiu płodowem, ciągnął w postaci postronka ku ciałku szklistemu. Zwój ten mógł w następstwie stać się przeszkodą dla dalszego rozwoju soczewki i spowodować, wskutek zwolnienia włókien więzadełka, jej przemieszczenie.

Dr T. Ballaban.

## VII. O działaniu suprareniny na oku (Ueber die Wirkung des Suprarenins auf das Auge). K. Wessely.

Darier pierwszy zwrócił uwagę, że wyciąg nadnercza, zapuszczony w worek spojówkowy, wspiera działanie kokainy, wywołując bezkrwistość spojówki, a tem samem zezwalając jej rozwinąć w znacznie wyższym stopniu działanie znieczulające. A także zauważył on, że środek ten zmniejsza przy jaskrze ucisk śródoczny. Wedle badań Lewandowsky'ego powoduje wyciąg nadnercza, zastrzyknięty w żyły, skurcz wszystkich mięśni oka, zostających pod wpływem nerwu współczulnego. Przez to rozszerza się źrenica, powstaje trzeszcz gałki, skurcz trzeciej powieki (*palpebra tertia*) i rozszerzenie szpary powiekowej.

W badaniach swych postawił sobie autor zadanie zbadać dokładnie działanie suprareniny na głębsze naczynia oka, a mianowicie na naczynia tęczówki i ciałka rzęskowego. W tym celu zastrzykiwał cztery przedziałki strzykawki Pravaza  $\frac{1}{4}\%$  roztworu suprareniny, zmieszanej z fizyologicznym roztworem soli kuchennej, pod spojówkę gałkową królików. Bezpośrednio po tym rękoczynnie rozszerzały się źrenice bardzo znacznie i to na przeciąg dwóch godzin.

Aby módz się przekonać, że środek ten zwęża w istocie naczynia tęczówki i ciałka rzęskowego, zastrzykiwał on, w kwadrans po podspojówkowym zastrzyknięciu suprareniny, roztwór fluoresceyny w żyłę uszną królika, przez co ciecz wodna przedniej komory barwiła się zielono. Chcąc się przekonać dalej, czy suprarenina usunie przekrwienie ciałka rzęskowego, wywoływał on je sztucznie przez nakłucie przedniej komory. Przytem źrenice nie zwężały się mimo nakłucia komory, komora przednia wypełniała się tylko bardzo po-

woli, a ciśnienie śródoczne było jeszcze po upływie pół godziny bardzo niskie. W bardzo niewielkiej ilości cieczy wodnej znajdował tylko mało białka i to nieskrzepniętego. Zabieg ten udowodnił, że suprarenina zmniejsza znacznie ucisk śródoczny, a ciecz wodna, wydzielona z wyrostków rzęskowych, różni się tylko mało od cieczy, wydzielonej przy prawidłowym ucisku śródocznym. Nie mniej dokładnie powoduje suprarenina zwężenie się naczyń, rozszerzonych drażnieniem chemicznem, gdyż w oczach, w których były rogówki nadżarte azotanem srebra, wydzielało się białko i włókniki w ciecz wodną w znacznie mniejszej ilości, aniżeli się to dzieje bez użycia suprareniny. W dalszych badaniach przekonał się autor, że jeżeli do rozczyну soli kuchennej, której zastrzyknięcie pod spojówkę gałki ocznej drażni ciało rzęskowe, doda się rozczyну suprareniny, to drażnienie ciała rzęskowego da się tem w zupełności usunąć, gdyż w oczach takich nie wydzielała ciecz wodna zupełnie białka. Tem doświadczeniem udowodnił autor, że suprarenina wnika w głębokie tkanki oka równie szybko, jak i inne płyny.

Suprarenina zwęża zatem naczynia, a zdaje się, że wywiera ona także pewien wpływ na własność wydzielniczą przybłonków.

Co się tyczy miejsca działania suprareniny, to, wedle powyższych doświadczeń, działa ona najprawdopodobniej drażniąco na nerwowe składniki rozwieracza źrenicy (*dilatator pupillae*). Wyniki tych badań na zwierzętach muszą być przyjęte z pewnem zastrzeżeniem dla oka ludzkiego. Chcąc u człowieka wywołać stałą bezkrwistość, musi być ten środek bardzo często zapuszczanym.

Dotychczas pozostaje jeszcze nierozstrzygniętem, czy środek użyty u człowieka zasługuje na szersze stosowanie, gdyż usuwając przekrwienie oka, usuwa on tylko objaw choroby, a nie chorobę samą, i to tem bardziej, że nie jest wykluczonem, czy przekrwienie nie jest dla przebiegu sprawy zapalnej oka korzystnym odczynem,

Dr T. Bałłaban.

VIII. *Oderwanie naczyniówki po wyjęciu zaćmy* (Ablösung der Aderhaut nach Staaroperation). E, Fuchs.

Autor widział 6 przypadków oderwania naczyniówki po wyjęciu zaćmy, a 3 przypadki po wycięciu tęczówki przy jaskrze. — Twierdzi on, że zmiana ta nie jest wcale rzadką, ale że mało zwraca się na nią uwagi. Oderwanie naczyniówki występuje często w kilka dni po operacyi i to nawet po gładkiem wyjęciu soczewki. Przytem mięknie oko i, pomimo, że ranka pooperacyjna jest zagojoną, znika przednia komora. W kilka dni przylega naczyniówka do podłoża, a oko przybiera postać prawidłową. Wziernikiem dają się spostrzeżać ciemne, krągłe wyniosłości o gładkiej powierzchni, bez naczyń,

które, wystając ku źrenicy, przykrywają czasem tarczę nerwu wzrokowego. Przy znacznego stopnia oderwaniu można widzieć te zmiany także i przy bocznem oświetleniu.

Oderwanie naczyniówki powstaje wedle autora w następujący sposób: Najważniejszą zmianą, która daje się zauważyć w dokładnie spostrzeganych przypadkach, jest znaczne zmniejszenie się przedniej komory, pomimo, że ciecz wodna z niej nie wypływa. To może się stać tylko w ten sposób, że naczyniówka wypiera ciało szkliste ku przodowi, a stąd ucisk udziela się cieczy wodnej. Ponieważ zaś ucisk śródoczny jest przytem stale zmniejszonym, więc nie może to nastąpić wskutek zwiększenia się ilości płynu w gałce ocznej, lecz przez zmianę położenia płynu i to w ten sposób, że ciecz wodna przedniej komory wciska się pod naczyniówkę przez otwór, znajdujący się w okolicy ciała rzęskowego. Ponieważ ucisk w przedniej komorze jest większym, aniżeli w ciałku szklistem, więc naczyniówka zostaje wypartą ku przodowi przez wciskający się pod nią płyn. Otwór w ciałku rzęskowem może bardzo łatwo powstać przy operacyi, co też autor udowodnił w dwóch przypadkach, badanych anatomicznie.

*Dr T. Ballaban.*

IX. *O plastycznym zapaleniu naczyniówki* (Ueber Chorioiditis exsudativa plastica). F. Schieck.

Schieck opisał dwa przypadki plastycznego zapalenia naczyniówki, w których widziany pierwotnie wysięk plastyczny zmienił się w mniej lub więcej zorganizowane i wystające twory pomiędzy naczyniówką i siatkówką. W jednym przypadku był obraz wziernikowy bardzo podobny do początkowego glejaka siatkówki, w drugim zaś przypadku przebieg był bardzo zajmujący, gdyż zmiany te ustąpiły bez żadnego zabiegu leczniczego. W obu przypadkach była siatkówka, pod którą się te twory znajdowały, przejrzystą i tylko mało zajęta, ucisk śródoczny był prawidłowy, a raczej zmniejszony, zewnętrzne tkanki oka, a także i przednia część jagodówki nie były zadrażnione.

Na pięciu bardzo pięknych zdjęciach olejnych dna oka przedstawił autor tę zajmującą i niezwykłą zmianę. *Dr T. Ballaban.*

X. *O pooperacyjnem leczeniu ran oka bez opaski, w szczególności po wyjęciach zaćmy* (Ueber die offene Wundbehandlung bei Operationen am Augapfel, insbesondere bei Staaroperationen). H. Sattler.

Opisawszy znaną powszechnie konieczność czystości rąk i ubrania operatora i asystentów, podnosi autor ważność dokładnego odkażania oka i to szczególnie powiek, brzegów powiekowych i worka spojówkowego.

Od stycznia 1899 roku nie używa autor przy operacjach na gałce ocznej opasek, lecz tylko siatek Fuchsa, które niejednokrotnie już wkrótce po operacyi usuwa.

Na 233 przypadki niepowikłanej zaemy wystąpiło u chorych w ten sposób leczonych, tylko raz lekkie zakażenie ranki pooperacyjnej, w 3 przypadkach wypadła tęczęwka i musiała być odcięta, 11 razy były brzegi szczeliny źrenicznej przeciągnięte ku bliźnie. Pomimo, że w 10 przypadkach, po wyciągnięciu soczewki pęłła, nastąpiła utrata ciała szklistego, przebieg pooperacyjny był bez opaski zupełnie zadowalniający. W 3 przypadkach był śluzotok ropny woreczka łzowego, u dwóch chorych był nieżyt oskrzeli, czterech cierpiało na obłęd pooperacyjny — we wszystkich tych przypadkach gojenie się nie pozostawiało nic do życzenia.

Z 7 powikłanych przypadków zaemy starczej przyszło w dwóch przypadkach do utraty oka przez zakażenie ranki. Prócz tych 240 przypadków zaemy, nie używał Sattler opaski i przy licznych innych operacjach na gałce ocznej, przyczem wynik leczniczy był stale bardzo dobrym. (D. n.) Dr T. Bałłaban.

## 2. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 12 grudnia 1900 r.

1. Strachow przedstawił chorego: w prawem oku *coloboma iridis, chorioideae et vaginae n. opt.*, w lewem *coloboma iridis et chorioideae*.

2. A. Natanson opowiedział 3 przypadki zapalenia nerwu wzrokowego: *neuritis retrobulbaris* po influenzy, *papillitis* u dziecka bezprzyczynowe i *neuritis retrobulbaris chron.* u osoby, nadużywającej wyskoku. N. obszerniej rozwodził się nad zapaleniem nerwu wzrokowego przy influenzy (grypa), podano takich przypadków już kilka dziesiątków, większa ich część zakończyła się wyzdrowieniem, mniejsza częściowym lub całkowitym zanikiem nerwu.

Wywiązała się w tej sprawie długa rozprawa, w której brali udział: prof. Kriukow (zarazek influenzy wywołuje zapalenie jądówki z następowym zanikiem gałki ocznej, a także może wywołać *neuritis optica*), Lisicyn (spozstrzegał *neuritis opt. post infl.*), Ławrentiew (po influenzy widział *tenonitis* z następowym zanikiem nerwu wzrokowego), Łożecznikow (zapatruje się sceptycznie na podobne spostrzeżenia), Natanson (w klinikach Schmid-Rimplera i Magnusa podczas epidemii grypy liczba zapaleń tęczęwki i naczyniówki zwiększyła się), wreszcie Łożecznikow (danych tych nie stwierdzono w moskiewskim ocznym szpitalu).

3. Lisicyn opisał przypadek zaemy, zależny od byłej tetanii. Takich spostrzeżeń podano już w Rosyi 28. W prawem oku 39-

letniej chorej zaćma była dojrzałą, w lewym rozpoczynającą się. — Drgawek dostała przed 4 laty podczas ostatniej ciąży, z początku często, później pojawiały się bardzo rzadko, przeważnie w palcach rąk. Upośledzenie wzroku chora zauważyła już po pierwszym napadzie.

Dr J. T.

3. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 31 stycznia 1901 r.

1. Łotin odczytał sprawozdanie o działalności ruchomego ocznego oddziału w wilejskim powiecie, guberni wileńskiej: Udzielono w ciągu  $1\frac{1}{2}$  miesiąca porady 3592 chorym, w liczbie których okazało się  $9,2\%$  ociemniałych. Operacji wykonano 1073, w ich liczbie ekstrakcji 169 i 79 irydektomii<sup>1)</sup>.

2. Wygodzki miał odczyt o »wyłuszczeniu worka łzowego«, przyczem głównie obznajomił z techniką prof. Kuhnta, gorącego zwolennika tej operacji przy: przetokach worka łzowego, przy torbielowych jego rozszerzeniach, przewlekłym zapaleniu wraz ze zwężeniem łzowo-nosowego przewodu, przy *ulcus serpens* wraz z *dacryocystitis*, a także, jeśli przy tem ostatniem mamy robić choremu ekstrakcję lub irydektomię. Operację zwykle się robi przy miejscowym znieczuleniu kokainą. Cięcie robi się głębokie, do kości, długości 2— $2\frac{1}{2}$  ctm., zaczynając na 4 mm powyżej wewnętrznego kąta powiek; silny krwotok bywa wtedy, jeśli nóż przechodzi nie po grzebyku kości łzowej (co jest pożądanem), lecz bliżej nieco nosa, gdzie spotykamy jamiste rozszerzenie się żyły.

W rozprawie przyjęli udział: Kaniewski, Schroeder i Belarminow. Pierwszy okazał się zwolennikiem wyłuszczenia, tem bardziej, że sondowania i zastrzykiwania często nas zawodzą, a wyłuszczenie daje zwykle wyniki trwałe. Schroeder, przyjmując dwa pierwsze wskazania operacji, twierdzi, że wyłuszczenie jest przeciwwskazane przed operacjami na gałce ocznej, jako mogące zakazić operacyjną ranę tej ostatniej; zdaniem jego — lepiej w podobnych razach obliterować przewodziki łzowe zapomocą galwanokauteru. Prof. Bellarminow: Wyłuszczenie worka łzowego bardzo rzadko jest w Rosyi wykonywane, lecz Kuhnt *larga manu* je stosuje, — tak w ciągu 12 lat wykonał 1500 wyłuszczeń! Za granicą tylko słyszysz: »w Królewcu wycinają chorym worki łzowe«. Zdaniem jego operacja ta wskazaną jest tylko przy przetokach worka i przy torbielowych jego rozszerzeniach<sup>2)</sup>. Zwraca uwagę na ważność

<sup>1)</sup> Ciekawa rzecz, czem się tłumaczy taka obfitość materiału pod bokiem ocznego instytutu w Wilnie?

*Przyp. Sprawozd.*

<sup>2)</sup> Stanowczo wyłuszczenie worka powinno ograniczać się tylko do uporczywych przypadków rozszerzenia ropnego worka łzowego. W.

usunięcia, przed operacjami na gałce ocznej, ropienia worka łzowego, a także »skrytych jego zapaleń« (nizki nos, *ozaena*); w tych razach prof. B. rozcina oba przewodniki, sonduje łzowo-nosowy przewód, przestrzykuje.

Dr J. T.

## V. ROZMAITOŚCI.

*Słów kilka w sprawie sztucznego oświetlenia.* A. Szczepaniak. (»Gazeta Radomska« Nr 24 i 25).

Opowiedziawszy o świetle elektrycznem, Dr Szcz. twierdzi, że dobroć jego pod względem higienicznym zależy od rodzaju lampy, a raczej ogniska, wytwarzającego w niej światło. — Zdaniem jego — najlepszymi, z punktu widzenia higieny oka, są elektryczne lampki żarowe Nernsta. W takich lampkach prąd elektryczny, jak wiadomo, przepuszcza się przez pręcik magnezowy i otrzymuje się światło elektryczne, najwięcej ze wszystkich zbliżone do dziennego. W roku zeszłym pręciki magnezowe Nernst zastąpił sztabikami z tlenku itru — takie lampki mniej zużywają prądu i dają jeszcze lepsze światło. Dr Szcz. życzyłby sobie, aby podobnego rodzaju sztuczne oświetlenie zaprowadzone było w Radomiu.

Ekonomiczne i rozpowszechnione lampy naftowe mogą dać, »z punktu widzenia higieny wzroku, stosunkowo najlepsze, bo najłagodniejsze dla oka światło«.

Aby ten cel osiągnąć, potrzeba, aby nafta dobrze była oczyszczoną i żeby palniki dozwalały na obfity dopływ powietrza; lecz ponieważ lampa naftowa wydziela 12 razy więcej CO<sub>2</sub>, niż człowiek, i 8 razy więcej ciepła i pary wodnej, trzeba więc te wytwory spalania usuwać sztuczną wentylacją, a ciepło promieniujące przez podwójne cylindry: siatkowy i szklany.

Najwięcej odpowiadają tym warunkom lampy naftowe firmy Schuster i Baer w Berlinie.

Wkońcu znajdujemy krótką wzmiankę o świetle gazowem, którego wartość z punktu widzenia higieny wzroku jest takasama, jak i naftowego; o oświetleniu acetylenowem; wreszcie o świetle kreologazowem, stojącym pośrodku między naftowem a gazowem.

Jest to pobieżna, lecz pouczająco popularna pogawędka, skreślona dla publiczności.

Dr J. T.

**Skacząca źrenica.** Od czasu, kiedy Koenig po raz pierwszy ją zauważył w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, ponownie,

lubo zawsze jeszcze niezbyt często, bywała spostrzeganą. Wogóle zdaje się ona występować w cierpieniach organicznych układu nerwowego (*paralysis i tabes*), ale także przy neurastenii. Jeżeli przy tamtych rokowanie wogóle jest złe, to przypadki skaczącej źrenicy bez podstaw anatomicznych dają dobre rokowanie. I tak Riegel ogłosił przypadek źrenicy skaczącej, występującej z znaczniejszemi przerwami od lat 12 u neurastenika.

Świeży przypadek ze szpitala w Bambergu, przemawiający za tem, że źrenica skacząca przy prawidłowem oddziaływaniu źrenicy i braku podstaw przyczynowych nie potrzebuje dawać złego rokowania, przytacza w krótkości Dr Gessner. — („Münchener medicin. Wochenschrift“. 1901. Nr 11).

**Tablice do oznaczania bystrości wzrokowej** wydał Praun u Bergmana we Wiesbaden. Wychodząc ze założenia, że rozpoznanie zegaru w pewnej odległości laikowi służy za miarę oznaczenia bystrości wzrokowej, urządził autor swą tablicę w ten sposób, iż na takiej tablicy rozmaite i zmienne położenie wskazówki daleko szersze daje pole zmianom, co badanemu utrudnia nauczenie się na pamięć znaków przy częściej powtarzających się badaniach, jak to wiemy z doświadczenia, zrobionego z tablicami Snellena. Dlatego może właśnie celem badania bystrości wzroku kolejarzy znajdzie ona właściwe zastosowanie.

**Niezborność a szkła walcowate na blizką odległość.** Każdy okulista robi nieraz to doświadczenie, że szkła, które znacznie bystrość wzrokową w dal podnoszą, na blizką odległość nie służą. — Heuse w Elberfeldzie zauważył, że czasami przy konwergencji, towarzyszącej patrzeniu na blizką odległość, osobniki okręcają gałki, najczęściej na wewnątrz, a tylko raz zauważył takie okręcanie na zewnątrz. Wnioskował zaś o takim okręcaniu z tego, że nakręcenie walcowatego szkła w podobnych razach w kierunku powyżej wymienionym wzrok także poprawiało przy użyciu szkieł walcowatych, gdy przeciwnie przy następnem zwróceniu ócz w dal, wzrok przy tem położeniu szkieł pogarszał się. — („Centralbl. f. pr. Augenheilkunde“. April 1901). W.

---

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr Krückmann mianowany profesorem nadzwyczajnym w Lipsku.

---

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarli: Dr Jacob, prof. R. Ophthalmic College w Dublinie, i Prof. J. F. France w Nowym Jorku.

## ODEZWA.

---

Trzeci zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się, jak wiadomo, w czasie od 25 do 29 maja b. r. Przypominając bliski już termin zjazdu, zachęcamy do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tym turnieju naukowym sympatycznego nam pobratymczego narodu.

W zgłaszaniu się polskich uczestników chętnie pośredniczy, jak we wszystkich sprawach, zjazdu tego dotyczących, komitet polski w Krakowie. Można atoli zgłaszać udział w zjeździe i podać temat odczytu wprost na ręce gen. sekretarza czeskiego komitetu pod adresem: Doc. Dr Veselý, Praha I, Nábřeží 14. Wpisowe zaś, wynoszące 10 koron albo franków, przyjmuje skarbnik tegoż komitetu p. Doc. Dr Karól Kheil, Praha II, ul. Myslikova, l. 3.

Panowie, którzyby dotychczas nie odebrali jeszcze zaproszenia, a pragną udać się do Pragi, zechcą zgłosić się do sekretarza komitetu polskiego, oświadczając, czy życzą sobie mieć oryginalne zaproszenie i program czeski, czy też francuski.

Towarzystwa i instytucje naukowe, któreby chciały wysłać swych przedstawicieli, raczą podać do naszej wiadomości co rychlej nazwiska tychże, aby polski komitet mógł odpowiedni spis urzędowych naszych przedstawicieli zakomunikować przewodniczącemu zjazdu.

Komitet polski dla III. zjazdu przyr. i lekarzy czeskich w Pradze.

*Dr K. W. Majewski,*  
sekretarz.

Klinika okulistyczna.

*Prof. Dr B. Wicherkiewicz,*  
prezes.

