

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagiELL.

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

Październik

—\*— ROCZNIK TRZECI —\*—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Rzadkie powikłania zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

z Wilna.

Powikłania oczne zapalenia ślinianek przyusznych zostały poznane dopiero w ostatnich czasach i są uważane wogóle za rzadkie. Do ogłoszonych w literaturze mogę dodać dwa swoje przypadki, w których powikłania te wystąpiły w postaci, dotąd, o ile wiem, nieopisanej.

Kostuś H., lat 5, od paru dni cierpiał na zaczerwienienie gałki ocznej prawej i obrzęk górnej powieki prawej około kąta wewnętrznego. D. 5 lutego 1901, widząc go po raz pierwszy, znalazłem, po odwróceniu górnej powieki, silne nabrzmienie i zaczerwienienie spojówki powieki w jej połowie nosowej, wzrastające w kierunku do kąta wewnętrznego, w którym podrażnienie było największem i uwydatniała się żółtawa plamka. Jednocześnie dziecię przedstawiało ogólne objawy: niepokój, zmniejszenie apetytu, ból głowy: tętno było nieprawidłowo czę-

ste, język obłożony, sen niespokojny. Ciepłota ciała nie była mierzona, ale zdawało mi się, że chłopak miał gorączkę. Nie wszystkie te objawy mogłem uważać za zależne od ropnia powiekowego.

Żółtawą plamkę przeciąłem; wylała się spora ilość ropy; spojówka została przemyta roztworem sublimatu (1:10.000).

Następnego dnia (6-go lutego) obrzęk i zaczerwienienie znacznie były mniejsze, a 7-go zupełnie znikły, lecz tegoż dnia znalazłem nabrzmienie obu ślinianek przyusznych; objawy ogólne, które pozostawały bez zmiany, były przeto skutkiem świnki. Leczenie prowadził Dr Zachorski, który łaskawie udzielił mi następujących szczegółów o przebiegu choroby.

Dnia 7 lutego wieczorem, gdy wcierano przepisaną maść w okolice obrzmiałych gruczołów, zapaliła się od świecy kotara nad łóżkiem dziecka, wskutek czego przeleżało się ono bardzo i dostało natychmiast drgawek. Następnego dnia ciepłota ciała rano 39,2°, wieczorem 39,4°; d. 9 lutego 37°, d. 10-go 36,8°, d. 12-go dziecię uznano za rekonwalescenta. Żadnych innych powikłań nie było, choroba przeszła lekko, zaznaczono silne zaparcie stolca, które z trudnością dało się usunąć. Przypadek ten wywołał epidemię domową, gdyż zachorował zaraz brat Kostusia, a następnie służąca i bona. Epidemii świnki w mieście w owym czasie nie było, ani też płonicy, z którą jej związek upatrują często.

Tak więc ropień spojówki, na krótko poprzedzając świnkę, zjawił się w jej okresie utajonym, który wynosi nie mniej niż 8 dni<sup>1)</sup>, jednocześnie z objawami ogólnymi, poprzedzającymi zwykle zapalenie ślinianek przyusznych. Ponieważ szczegółowe badanie wyłączyło wszelkie inne przyczyny, któreby mogły ów ropień wywołać, uważam go przeto za skutek świnki, mianowicie za przerzut, wytworzony przez pierwiastki zakaźne świnki, które w tym czasie, sądząc z ogólnych objawów, krążyły już we krwi chorego. Przypuszczenie to jest zupełnie zgodne ze

---

<sup>1)</sup> Według Dukesa 14—24 dni, według Soltmann'a 18, według Leichtenstern'a 8—14.

spostrzeżeniami ropni przerzutowych przy różnych chorobach zakaźnych.

Czy powikłanie podobne świnki było kiedykolwiek spotykane, nie wiem. Nie zdarzyło mi się o niem czytać ani słyszeć, nie wymienia go też Schmidt-Rimpler w swoim: »Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten«. Przerzutowe zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego przy śwince spostrzegł Schiess-Gemuseus.

Inne powikłanie widziałem przed 2 laty podczas niezbyt znacznej epidemii zapalenia ślinianek przyusznych w Wilnie.

Pani B. M., lat 22, średniej budowy, dobrze odżywiona, żadnych oznak ogólnej choroby, a zwłaszcza kiły, nieprzedstawiająca, przechorowała w lutym roku 1899 na zapalenie obustronne ślinianek przyusznych. Cierpienie trwało około 3 tygodni, przeszło przy umiarkowanej gorączce ( $38-38,5^{\circ}$ ) i bez powikłań. Gdy obrzmienie gruczołów zniknęło, chora zauważyła, że lewym okiem widzi mętno. Dotąd na oczy nie cierpiała. W kilka dni później, d. 6 marca znalazłem w oku lewym, przy badaniu wziernikowem, nieznaczne zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego z pewną niejasnością jej granic, zwężenie tętnic i rozszerzenie żył. Naczyniówka i siatkówka i w szczególności okolica plamki żółtej żadnych zmian nie przedstawiały. Perymetr wykazał ubytek ośrodkowy, więcej rozszerzony ku górze ( $12^{\circ}$ ) i dołowi ( $10^{\circ}$ ), aniżeli ku wewnątrz ( $6^{\circ}$ ) i zewnątrz ( $7^{\circ}$ ). Na przestrzeni skotomatu wzrok był w zupełności zniesiony. Obwód pola widzenia dla białego i dla barw prawidłowy. Żrenica nieco szersza i nieco leniwiej oddziaływająca na światło, niż w drugim oku. Prawe oko wolne od wszelkich objawów chorobowych.

Mieliśmy przeto zapalenie naośne jednostronne nerwu wzrokowego (*neuritis optica axialis*). Ponieważ inne przyczyny tego cierpienia mogły być z całą możliwą stanowczością wyłączone, pozostało, jako jedyna przyczyna, zakażenie przez jad świnki.

Przy leczeniu napotnem (podskórnie pilokarpina, potem

wewnątrz salicylan sodu) z następczem zastosowaniem jodku sodu i podskórnie strychniny, stan chorej stopniowo polepszał się. Skotomat, który początkowo rozszerzył się na kilka stopni, stawał się powoli jaśniejszym, głównie w środku. Po 3 tygodniach w środku skotomatu siła wzroku wynosiła 0,8; środek ten był otoczony wąskim pasem o niejasnym widzeniu. Jeszcze po 2 tygodniach pas znikł. Jednocześnie ustępowało zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego; źrenica stała się prawidłową.

W październiku r. 1899 zobaczyłem chorą po kilkumiesięcznej przerwie, podczas której uważała siebie za zupełnie zdrową. Stwierdziłem bladość części skroniowej tarczy nerwu wzrokowego bez jakichbądź innych zmian dna oka. Siła wzroku bez zmiany (0,8, łamliwość miarowa), pole widzenia, poczucie barw prawidłowe. Stan ten utrzymuje się dotąd, t. j. przez 2 lata, mam przeto nadzieję, że i w przyszłości nie pogorszy się.

Cierpienia nerwu wzrokowego, jako powikłanie świnki, są opisane w literaturze, ale w innej postaci, niż ta, którą przedstawia mój przypadek. Pierwszy Hatry<sup>1)</sup> ogłosił 11 przypadków, spostrzeganych podczas epidemii świnki w Lyonie w r. 1875, w których występowało na tarczy nerwu wzrokowego i na siatkówce albo tylko rozszerzenie tętnic i żył, albo przekrwienie mniej lub więcej silne. W ciągu 15—20 dni, a w jednym przypadku w ciągu 40 dni zaburzenia te znikwały i wzrok stawał się prawidłowym. Talon<sup>2)</sup> widział jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki, które przeszło w zanik tarczy. Simi<sup>3)</sup> spostrzegał w jednym przypadku obustronne przekrwienie tarczy, rozszerzenie źrenicy i osłabienie wzroku; wszystkie te objawy po kilku dniach ustąpiły. Blanchard<sup>4)</sup> widział obustronne zapalenie nerwu z przejściem w zanik. Dor<sup>5)</sup>

1) Archives de médecine militaire, 1876, str. 303.

2) Ibid., 1883, str. 103.

3) Bollet. d'Oculist., 1896, str. 28.

4) Bulletin médical, 6 grudnia 1899.

5) XIIIe Congrès international de médecine. Sprawozdanie w Recueil d'ophtalm., 1900, str. 565.

i Sendral<sup>1)</sup> obustronne zapalenie nerwu i siatkówki, które u pierwszego zakończyło się zanikiem tarczy, u drugiego polepszeniem siły wzroku do 0,5.

Powikłanie ze strony tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki występowało czasem bardzo prędko po zjawieniu się świnki (w przypadku Sendral'a w 5 dni), czasem po kilku tygodniach. Jako przyczynę tego powikłania należy przyjąć, zgodnie z Dor'em, zakażenie nerwu wzrokowego i siatkówki przez pierwiastki chorobotwórcze świnki, podobnie jak to ma miejsce przy innych chorobach zakaźnych.

Może ono przyłączyć się do zapalenia ślinianek przyusznych, przedstawiającego się w lekkiej postaci i bez innych powikłań, jak również do ciężkiej postaci i z różnymi powikłaniami; tak w przypadku Talon'a było zapalenie jądra i objawy mózgowe (ból głowy, nudności, drgawki). Zagrożając wzrokowi, pogarsza ono znacznie rokowanie przy śwince.

Przy tej sposobności nadmienię, że gdyby częściej badano wziernikiem chorych, dotkniętych świnką, to możeby zmiany dna oka, szczególnie w postaci przekrwienia, nie okazały się tak bardzo rzadkimi powikłaniami.

Z innych powikłań ocznych świnki znane są nieżyty spojówki, obustronne, bez wydzieliny ropnej, czasem łączące się z obrzękiem powiek i z łzawieniem. Występują one niekiedy jednocześnie z przekrwieniem tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki. Ustępują łatwo, bez żadnych następstw. Znacznie rzadziej spostrzegano cierpienia rogówki, czasem w postaci wrzodu.

Zapalenie tęczówki przy śwince spostrzegali Burtrew w jednym przypadku, który przytacza Dor. Obustronne zapalenie tęczówki z udziałem rogówki prawej widział Péchin<sup>2)</sup> w 9 tygodni po wystąpieniu świnki. Zapalenie to odznaczało się słabym oddziaływaniem zapalnym i pomyślnie się zakończyło; lewe oko odzyskało wzrok zupełny, a prawe 0,5.

Niekiedy, jako powikłanie świnki, występuje zapalenie

<sup>1)</sup> Recueil d'ophtalm., avril 1901, str. 204.

<sup>2)</sup> Recueil d'ophtalm., juin 1901, str. 336.

obustronne, ostre albo podostre, gruczołu łzowego, który przedstawia budowę histologiczną prawie jednakową ze śliniankami przyusznymi. Powikłanie to może poprzedzać świnkę, być z nią współczesnem albo następczem; ustępuje ono po krótkim czasie bez śladu. Odnoszące się tu przypadki opisali: Rider<sup>1)</sup>, Schröder<sup>2)</sup>, Fuchs<sup>3)</sup>, Sendral<sup>4)</sup> (z kliniki Gałęzowskiego) i inni.

W końcu należy dodać, że bezwład mięśni ocznych może również stanowić powikłanie świnki. Bezwład akomodacyi widział Boas, bezwład mięśnia prostego wewnętrznego spostrzegali w swoich przypadkach Blanchard i Dor.

## II. STRESZCZENIA.

### Przegląd czasopism.

#### 1. Archiv für Augenheilkunde. Tom XLIV.

*Nowe doświadczenia nad sposobem powstawania zapalenia współczulnego* (Neue Untersuchungen über die Pathogenese der sympathischen Ophthalmie). Prof. Bellarminoff i Dr Selenkowsky z Petersburga.

Wiemy, że po dziś dzień istnieje 5 różnych teorii, dotyczących się powstawania zapalenia współczulnego. A mianowicie:

1. Teorya Graefe-Müllera, t. zw. »nerwów rzęskowych« (*Ciliarnerventheorie*). Polega ona na twierdzeniu, że schorzałe nerwy rzęskowe pierwszego oka (okaleczonego) powodują odruchowo wpływ na naczynia drugiego oka i wywołują w niem stan zapalny.

2. Teorya Deutschmanna (Lebera), t. zw. »posuwająca« (*ophthalmia migratoria*). Na jej podstawie posuwa się zapalenie współczulne z oka pierwszego wzdłuż nerwu wzrokowego ku mózgowi, a stąd do pochwy nerwu drugiego i ku drugiej gałce ocznej, gdzie powstaje zapalenie nerwu wzrokowego, a w niektórych

<sup>1)</sup> Nagel's Jahresbericht, 1873, str. 471.

<sup>2)</sup> Klin. Monatsbl. f. Augenh., 1891, str. 427.

<sup>3)</sup> Deutschmann's Beiträge zur Augenheilk., 1891, Bd. III., str. 8.

<sup>4)</sup> Recueil d'ophtalm., avril 1901, str. 198.

przypadkach zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. W celu udowodnienia tej teorii wprowadzał Deutschmann zakaźne drobnoustroje w samą gałkę oczną lub też pod pochwę nerwu wzrokowego, przyczem zwierzęła ginęły stale na ogólne zakażenie.

3. Teorya Schmidt-Rimplera, t. zw. »nerwowo-drobnoustrojowa« (*neuro-bacterielle*).

Przypuszcza on przytem, że podrażnienie nerwów rzęskowych w pierwotnie schorzałej gałce wywołuje odruchowo zaburzenia w krążeniu i odżywieniu oka drugiego i usposabia je przez to do zapalenia współczulnego, które tam powstaje przez następowe wtargnięcie drobnoustrojów w to oko. Temu przypuszczeniu dali zresztą wyraz, już przed Schmidt-Rimplerem, Rothmund i Eversbusch w r. 1882, a Meyer w r. 1890. Także Panas i Moll przemawiali za nią.

4. Teorya Berlina i Beckera, t. zw. »przenośna« (*Transporttheorie*), przyczem mają naczynia pośredniczyć w przenoszeniu drobnoustrojów z jednej gałki do drugiej.

5. Teorya Arnolda »wstecznego przenoszenia drobnoustrojów« (*Rückläufige Transporttheorie*), która jednak nie znalazła zwolenników.

Ponieważ przedsiębrane przez licznych badaczy, a także i przez samych autorów dokładne doświadczenia kontrolne wszystkich tych teorii dawały stale wyniki ujemne, dlatego sądzą oni, że żadna z tych teorii nie rozwiązuje dostatecznie zagadki współczulnego zapalenia i dlatego należy je raczej nazwać domysłami — hipotezami, a nie teoryami.

Przeprowadzone przez autorów badania wszystkich tych teorii spowodowały ich do dokładniejszego zastanowienia się nad możliwym sposobem powstawania zapalenia współczulnego, a w następstwie tych badań podają oni swą nową teorię, polegającą na działaniu trutek (toksyn), powstałych z rozpadu wprowadzonych do gałki ocznej drobnoustrojów (*Toxintheorie*).

Do przedsiębrania swych badań wybrali oni trutkę drobnoustroju t. zw. *staphylococcus pyogenes aureus*, i postawili sobie zadanie zbadać działanie tych trutek w oku pierwszym i drugim, wstrzykując takowe:

1. w obwodowy koniec przeciętego nerwu wzrokowego,
2. w przestwór podpochwowy nerwu wzrokowego tuż przy samej gałce ocznej,
3. w tylną część ciała szklonego.

Przekonali się oni, że zmiany, powstałe w oczach przy różnorakiem tem umiejscowieniu wprowadzonych trutek, były do siebie bardzo podobne i różniły się li tylko nasileniem stanu zapalnego

gałek. Przytem zmiany zapalne najsilniej były uwidocznione w przypadkach, w których trutki wprowadzono w obwodowy koniec nerwu wzrokowego, co się dało też łatwo wytłómaczyć mniejszym odstępem pomiędzy miejscem wprowadzenia trutek w oko pierwsze a okiem drugim, powtórę zaś i większą łatwością wprowadzenia trutek w główne drogi naczyń chłonnych, łączących obie gałki oczne.

Nie uwzględniając przypadków, w których zabiegi autorów dały wynik ujemny, występowały po większej części zmiany zapalne na dnie oka pierwszego i to w postaci rozszerzenia i pokręcenia naczyń, obrzęku i zabarwienia tarczy wzrokowej. Następnie występowało plastyczne zapalenie tęczówki i zarośnięcie źrenicy, a czasem i zanik gałki. Podobne zmiany występowały częstokroć i w oku drugim.

Ważną jest przy tych badaniach ta okoliczność, że, w przeciwieństwie do doświadczeń Deutchmanna, zwierzęła pozostawały zawsze przy zdrowiu i nie znajdowano u nich nigdy zmian w mózgu i jego oponach, chyba nieznaczne ich przekrwienie i to głównie w przedniej części u podstawy mózgu.

— Tak więc główną zasadą tej nowej teorii zapalenia współczulnego jest działanie trutek, które wytwarzają się w pierwotnie schorzałym oku z drobnoustrojów, które się w nie dostały, poczem te trutki przechodzą na oko drugie drogą naczyń chłonnych i krwionośnych (*Lymph- und Diffusionsstrom*).

Różnica w działaniu drobnoustrojów i trutek na oko jest właściwie tylko ilościową i w tem właśnie polega jej doniosłość. Drobnoustroje bowiem, wprowadzone do gałki ocznej, pomnażają się w pewnych częściach oka bardzo łatwo, co przy wprowadzeniu trutek do gałki ocznej jest wykluczonem. Natomiast powodują trutki daleko idące zmiany patologiczne oka.

Bardzo ważną przytem jest i ta okoliczność, że wprowadzone do gałki ocznej drobnoustroje wywołują zmiany patologiczne nie tylko w miejscu ich wprowadzenia, lecz, dzięki znacznej dyfuzji powstających z nich trutek, rozszerzają one swe zgubne działanie i na dalsze obszary oka.

By dowieść swej teorii, przytaczają autorowie między innemi te przypadki, w których zapalenie współczulne występuje na oku drugim dopiero po upływie długiego czasu. A mianowicie, jak w innych częściach ustroju, może i w oku być pewna część drobnoustrojów przez długie lata dobrze znoszona i nie wywoływać żadnych zaburzeń zapalnych. Skoro jednak te drobnoustroje znajdują dla swego rozwoju korzystniejsze warunki, pomnażają się one rychło i wydzielają ze siebie trutki, które teraz dopiero przechodzą na oko drugie.



Trutki, powstałe z rozpadu drobnoustrojów, posuwają się z jednej gałki ocznej ku drugiej przestrzeniami chłonnymi nerwów wzrokowych, w szczególności zaś przestworem podpochwowym Schwalbe'go, przyczem możliwość ich posuwania się jest także zależną od sposobu krążenia limfy w nerwach wzrokowych.

*Dr T. Bałłaban.*

*Dwa przypadki nowotworu nadrogówkowego w następstwie powierzchownego zapalenia twardówki* (Zwei Fälle von Tumor praecornealis nach Episcleritis). Dr Wilhelm Altland.

U chorego, który przebywał na oku lewem częste nawroty zapalenia twardówki, zachorowało i oko prawe bez właściwego powodu. Badanie przyjętego do kliniki wykazało na oku prawem wrzód rogówki, powikłany zapaleniem tęczówki, na oku zaś lewem powierzchowne zapalenie twardówki i łuszczkę na rogówce. Po niedługim czasie powstały, pomimo leczenia, na oku prawem liczne płaskie wybijałości na spojówkach powiekowych i załamku, a na rogówce ostro ograniczone żółtawo-białawe nacieki. Przytem był brzeg rogówki mocno wypukłony i unaczyniony przez naczynia spojówki, a wypuklenie to pokrywało rogówkę aż do jej środka. Cała przednia połowa gałki ocznej była zwiększoną i rozmiękłą. Pomimo, że gałkę tę (prawą) wyjęto, pojawił się w głębi oczodołu znowu mały nowotwór, który musiano usunąć. Ponawiające się jednak i nadal nawroty w powstawaniu nowotworów u brzegów jamy oczodołowej zniewoliły autora do wypaproszenia oczodołu.

Badanie drobnowidowe wykazało górne warstwy rogówki prawidłowe, a dopiero środkowe jej warstwy były lekko rozmiękłe i przepelnione komórkami krągłymi.

Szczególnie licznie były niemi naciekle naczynia włosowate, które się w tych częściach miąższu rogówki licznie znajdowały.

Ponad rogówką, która pozbawiona była nabłonka, znajdowała się bardzo obfita w komórki tkanka łączna z licznymi szerokimi naczyniami. Tkanka ta (łączna) przechodziła na sąsiednią twardówkę, a wypustki brodawkowe wychodziły z niej w głąb gałki ocznej aż do ciała rzęskowego.

W drugim przypadku, który autor zawdzięcza prof. Manzowi, znajdowały się podobne zmiany kliniczne zapalenia gałki ocznej, w następstwie których powstał nowotwór, umiejscowiony pod dolnym brzegiem rogówki i nad spojówką gałkową, dający się z łatwością przesunąć.

Nowotwór ten, który był pierwotnie zwykłym ziarniniakiem (*granuloma*), okazał się przy badaniu drobnowidowym jako rak przybłonkowy. A mianowicie widać było na skrawkach, obok znacznych wybujania przybłonka, liczne czopy przybłonka, które wciskały

się w głąb popod tkankę przybłonkową. Im dalej w głąb, tem bardziej uwidoczniały się komórki rakowe, a wybijanie przybłonka schodziło na drugi plan. Podobne zmiany anatomiczne były uwidocznione i w później wyjętym nowotworze z głębi oczodołu.

Zestawiwszy bardzo dokładnie znaną dotychczas literaturę w tym kierunku, przychodzi autor, na podstawie opisanych dwóch przypadków i przypadków innych autorów, do przekonania, że przewlekłe zapalenia gałek ocznych, w szczególności zaś zapalenie twardówki, mogą się stać powodem powstania nowotworów, podobnie, jak to się stało w przypadku własnym autora, gdzie zapalenia spowodowały powstanie brodawczaka, w przypadku zaś Manza raka.

Dr T. Ballaban.

*Czwarty przyczynek do anatomii oka krótkowidzącego*  
(IV. Mittheilung betreffend die Anatomie des myopischen Auges).  
Dr Heine.

Pierwsze pytanie, jakie sobie autor w swych badaniach postawił, tyczy się zachowania naczyniówki w okolicy stożka przytarczowego<sup>1)</sup>, gdyż sprawa ta nie została dostatecznie dotychczas anatomicznie rozstrzygnięta.

W tym celu sporządzał autor preparaty w ten sposób, że kładł on tęczówkę do gliceryny, która wyjaśniona przedstawiała podmiotowy obraz wziernikowy.

Tak sporządzane preparaty obu gałek ocznych oglądał autor w stereoskopie i porównywał je potem z preparatami drobnowodowymi tychże ocz.

W pierwszym przypadku spostrzegał on obie gałki oczne o krótkowzroczności — 9 i — 10 D, u których stożek znajdował się na zewnątrz od tarczy wzrokowej i wynosił  $\frac{1}{2}$  i  $\frac{2}{3}$  średnicy tarczy wzrokowej.

Na skrawku drobnowodowym, zrobionym przez zewnętrzną część tarczy wzrokowej oka lewego, było widocznem, że w  $\frac{3}{4}$  częściach stożka była naczyniówka jeszcze zachowaną, a tylko w  $\frac{1}{4}$  jego części był jej brak zupełny, i to w pobliżu otworu nerwu wzro-

<sup>1)</sup> Nie wiadomem jest, dlaczego autor, opisując stożek przytarczowy, wielkości  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  i  $\frac{1}{3}$  przekroju tarczy wzrokowej, nazywa go stożkiem (*conus*). Przywykliśmy bowiem stożki tej wielkości nazywać zazwyczaj tylnym garbiakiem (*staphyloma posticum*). — Przez stożek zaś rozumiemy sierpowate ograniczenie zewnętrznych granic tarczy wzrokowej, nie większe, jak  $\frac{1}{4}$  jej przekroju. Różnica ta w nazwie jest dla nas o tyle ważną, że podczas gdy przez nazwę stożka rozumiemy zawsze fizyologiczne ograniczenie nerwu wzrokowego, to przez nazwę garbiaka rozumiemy zmianę patologiczną. A przecież w przypadkach autora były udowodnione zawsze te ostatnie.

kowego (*foram. opt.*). W utrzymanej swej części była naczyniówka jednak zanikłą, i to najwięcej w miejscu, w którym włókna nerwowe były najgrubsze, a tem samem i najwięcej ją uciskały.

W drugim przypadku było krótkowidzenie na obu oczach — 12 i — 14 D. Na oku o mniejszej krótkowzroczności był stożek wysunięty również na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego. W okolicy stożka była twardówka wyłobioną i pokrytą resztkami naczyniówki.

Na podstawie swych porównawczych badań przemawia autor przeciwko teorii Stillinga, jakoby stożek przytarczowy mógł powstać przez zewnętrzny ucisk ścięgni mięśnia boczowego na gałkę oczną (i idące z tym w parze rzekome spłaszczenie twardówki na tylnym biegunie gałki ocznej), przez co zewnętrzna ściana twardówki się uwidacznia (*perspectivisches Sichtbarwerden der lateralen Scleralwand*), a jest on natomiast zdania, że stożek przytarczowy powstaje przez zmiany zanikowe naczyniówki, powstałe przez brak możliwości dostatecznego napięcia się jej włókien elastycznych, w szczególności zaś jej warstwy elastycznej i spowodowanego tem przesunięcia się włókien nerwowych w postaci zmarszczki. Dowodem, że w przypadkach tych rozchodzi się stanowczo o uciskowy zanik naczyniówki, są resztki naczyniówki, znachodzone w stożku.

Drugim ważnem zagadnieniem anatomicznem w oku krótkowidzącem jest zachowanie się przybłonka nerwowego w jamie nerwowej (*fovea*).

Sądono bowiem po dziśdzień, że przy wydęciu się gałki ocznej rozluźnia się szczególnie łatwo przybłonek nerwowy w jamie nerwowej, i tem starano się tłómaczyć sobie znaczne upośledzenie bystrości wzroku u krótkowidzów wysokiego stopnia. Zapominano przytem jednak, że często u krótkowidzów wysokiego stopnia jest bystrość wzroku prawidłową, co sprzeciwiałoby się temu tłómaczeniu.

Sam autor przekonał się w jednym przypadku (— 12 D), że pomimo znacznego wydęcia się powłok ocznych, czopki nerwowe w jamce były zupełnie nierozluźnione, natomiast była jamka mocno spłaszczoną. Spłaszczenie to powstało wskutek nierównomiernego napięcia siatkówki, przyczem były jej warstwy wewnętrzne bardzo znacznie napięte, warstwy zaś zewnętrzne tylko bardzo niewiele.

Tem małym napięciem się warstw zewnętrznych siatkówki, a zatem warstw, które przy odbieraniu wrażeń wzrokowych są dla oka najważniejszymi, daje się łatwo wytłómaczyć częstokroć zachowana dobra bystrość wzroku u wysokich krótkowidzów. Powodu zmniejszenia się bystrości wzroku należy natomiast zawsze szukać w mniejszych lub większych zmianach zapalnych naczyniówki.

Polemizując w końcu swej pracy z wywodami tych autorów,

k którzy, jak Schnabel, Elschmig i i., są zdania, że stożek jest wrodzoną zmianą, nie dającą się niczem w swym dalszym rozwoju powstrzymać, jest on zdania, że stożek sam jako taki jest jedynie okolicznością, usposabiającą do zwiększania się krótkowzroczności, i że racjonalnie i zawczasu zastosowane środki zapobiegawcze są w stanie położyć tamę jego zgubnemu zwiększaniu się. A popiera autor te swoje wywody tym faktem, że u ludzi dorosłych, u których gałka oczna już więcej nie rośnie, gdzie zatem o samodzielnem zwiększaniu się stożka mowy być nie może, zwiększa się pomimo tego częstokroć krótkowidzenie, i to li tylko z powodu działających na gałkę oczną szkodliwości. Ze stanowiska praktycznego jest to bardzo ważnem, gdyż można zapobiedz rozrostowi stożka (który przecież u dzieci małych jest tylko małym) przez przepisywanie odpowiednich szkieł, poprawiających całkowite krótkowidzenie. Zachęca też autor w tym kierunku lekarzy praktyków, którzy ze swego stanowiska praktycznego mogą jedynie mieć pod tym względem ostatnie słowo.

*Dr T. Bałłaban.*

*O zapadaniu się gałki ocznej przy wrodzonych brakach zewnętrznych mięśni ocznych* (Ueber Retractionsbewegungen des Augapfels bei angeborenen Defecten der äusseren Augenmuskeln). Dr Julius Wolff.

Autor opisał przypadki, w których przy kurczeniu się jednego lub więcej mięśni zewnętrznych oka, gałka oczna wgłębia się w jamę oczodołową i powraca do pierwotnego położenia dopiero po usłupieniu skurczu tych mięśni.

Z wyjątkiem jednego przypadku, włączała się gałka oczna w głąb oczodołu zawsze przy zamierzonych ruchach gałki ku środkowi, t. zn. przy silniejszym unerwieniu mięśnia, będącego po drugiej stronie mięśnia skurzonego (nie działającego), przyczem gałka oczna nie zwracała się zupełnie ku środkowi, lub tylko bardzo nieznacznie. Drugim objawem, spowodowanym wgłębieniem się gałki, było zwięzanie się szpary powiekowej przy zamierzonych zwrotach gałki ku środkowi.

Powodu powstania tych objawów należy szukać w wadliwym umiejscowieniu ścięgna mięśnia prostego wewnętrznego oka i to więcej ku tyłowi gałki, lub — co też jest prawdopodobniejszem — w zrostach mięśnia prostego zewnętrznego oka, którego włókna zmienione postronkowato w tkankę łączną, utwierdzają gałkę oczną tak silnie na zewnątrz, że może ona, tylko przy równoczesnem wgłębieniu się oka, być powolną kurczeniu się mięśnia wewnętrznego.

*Dr T. Bałłaban.*

## 2. Centralblatt f. praktische Augenheilkunde.

O t. zw. „*keratitis neuroparalytica*“ (Ueber die Natur der Keratitis neuroparalytica). Dr J. Bistis z Konstantynopola. (Nr VI. 1901).

Autor przytacza różne dotychczasowe teorye o t. zw. »keratitis neuroparalytica«, poczem obszerniej omawia doświadczenie Meissnera, który w kilku przypadkach przez przecięcie nerwu trójdzielnego otrzymał wprawdzie znieczulenie rogówki, jednakowoż bez zapalenia tejże. Sekcyja przekonała, iż nerw trójdzielny nie był całkowicie przecięty i że mała wewnątrz leżąca część tegoż była niełkniętą. W innym przypadku przecięcia tegoż nerwu oko zachowało wprawdzie swoją wrażliwość, jednakowoż posiadało wszelkie objawy t. zw. *keratitis neuroparalytica*, jak gdyby po całkowitem przecięciu nerwu trójdzielnego. Sekcyja tego przypadku wyjaśniła, iż tylko wewnętrzna część nerwu została przeciętą, podczas gdy reszta była niełkniętą. Meissner nie uważa znieczulenia rogówki za niezbędne przy tem zapaleniu, którego przyczynę widzi raczej w uszkodzeniu tych włókien nerwowych, które w bezpośrednim związku stoją z odżywianiem rogówki. Do tych samych wyników doprowadziły także doświadczenia Schiffa.

Z powyższych doświadczeń autor wysnuwa wniosek, iż t. zw. *keratitis neuroparalytica* wywołaną zostaje przez uszkodzenie odżywiających (*trophische*) włókien, leżących po wewnętrznej stronie nerwu trójdzielnego, a pochodzących, jak dotychczas przyjęto, z nerwu współczulnego.

Przy końcu autor opisuje przypadek *keratitidis neuroparalyticae*, połączony z zupełnem znieczuleniem w obrębie pierwszego ramienia nerwu trójdzielnego i widzi przyczynę tego jedynie w uszkodzeniu odżywiających (*trophische*) włókien tegoż nerwu, gdyż dostateczne odwilżanie oka, regularny ruch powiek i *ptosis* chroniły oko od zapalenia rogówki, wywoływanego przez wyschnięcie lub zewnętrzne wpływy.

Dr Gruder.

*Uszkodzenie olejkim gorczycznym* (Eine Verletzung des Auges durch Senf-Oel). Dr Otto Neustätter z Monachium. — (Nr VII. 1901).

Przez nieostrożne zdejmowanie flaszki z olejem gorczycznym z wysokiej szafki wylał się ten płyn na twarz aptekarza. W tej samej chwili obtarł sobie aptekarz dobrze twarz, a że boleści były dotkliwe (był to olej z 1 części olejku gorczycznego na 49 części spirytusu), posłano natychmiast po lekarza. Powieki prawego oka silnie obrzmiały; spojówka powiek lekko zaczerwieniona i obrzmiała,

gałka oczna i bystrość wzroku prawidłowe. Po przepłukaniu oka rozczyntem 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> z *kalium carbonic.*, następnie *oleum olivarum*, dano do woreczka spojówkowego 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> maść kokainową, a na zewnątrz okłady z lodu. — Po upływie 6 godzin obrzmienie powiek silniejsze, gałka oczna prawidłowa, bez nastrzykania rzęskowego, rogówka prawidłowa. — Po następnych ośmiu godzinach chory widzi jakby przez mgłę. Rogówka wygląda, jak gdyby oliwą powleczone, a przybłonek jej bardzo lekko zamglony; nastrzykania na gałce nie ma. — Okłady ciepłe, wysychające usuwają po części obrzmienie powiek, lecz przymglenie przybłonka rogówki pozostaje i nadal.  $S = \frac{6}{50}$ . — Po dwóch dniach bystrość wzroku polepszyła się na  $\frac{6}{20}$ , a po dalszych trzech dniach na  $\frac{6}{6}$ ; rogówka była znowu prawidłowa, tak samo i powieki.

Autor uważa opisane zamglenie przybłonka rogówkowego za uszkodzenie odżywienia tkanki, wywołane swoistem działaniem olejku gorczycy na nerwy na drodze odruchowej. *Dr Gruder.*

*Przyczynek do techniki irydektomii* (Zur Iridectomie-Technik) prof. Wicherkiewicz z Krakowa (Nr VII. 1901).

Porównaj »Postęp Okulistyczny«. Z. V. 1901.

*Dr Gruder.*

*Widoczne krążenie krwi w żyłach siatkówki przy białaczce* (Sichtbare Blut-Strömung in den Netzhautvenen bei Leukämie). Dr K. v. Grunert, docent prywatny (Nr VIII. 1901).

Autor opisuje przypadek widocznego krążenia krwi w żyłach siatkówki przy białaczce u 38letniej chorej, u której liczba białych ciałek krwi miała się do czerwonych, jak 1:2·8 (prawidłowo 1:500—800 według v. Jakscha). Absolutna liczba czerwonych ciałek krwi wynosiła dwa miliony, podczas gdy prawidłowo u kobiet napotykamy pięć milionów na 1 cmm. Rozpoznanie ogólne opiewało: Białaczka silnego stopnia (*myeloide Leukämie*).

Boleści w oczach nie było; bystrość wzroku =  $\frac{6}{6}$ , Jg. Nr 1. Wziernikiem rozpoznano tarczę zastoinową z 6 dyoptryami różnicy refrakcyjnej w stosunku do plamki żółtej. Żyły były znacznie rozszerzone, wężykowało powyginane i o silnej jasnej barwie; tętnice prawidłowe. W obrazie prostym można było w grubszych rozgałęzieniach żył dokładnie obserwować krążenie krwi, jak gdyby piasek się poruszał szybko w przezroczystych, czerwonych rurkach szklanych. Ruch cały odbywał się w kierunku dośrodkowym ku miejscu wejścia naczyń w tarczy nerwu wzrokowego. Objawów tętnienia nie było. Na dnie oka były nadto liczne wybroczyny, bliżej środka świeże, a na obwodzie dawniejsze. Niektóre przypominały obraz *retinitis septica*, a inne *retinitis albuminurica*. Plamka żółta była

obustronnie zupełnie prawidłowa. Ku obwodowi zwężało się łożysko naczyń żylnych, a we wielu miejscach zamiast tych były białe linie bez widocznego krążenia krwi.

Obraz widocznego krążenia krwi w żyłach siatkówki przypomina dno oka u żaby, gdzie w naczyniach ciążka szklistego dokładnie można spostrzegać krążenie krwi. Lecz zjawisko to wywołane jest u żaby przez korzystniejsze ku temu warunki, t. j. przez większą absolutną wielkość ciątek krwistych i przez silniejsze powiększenie w oku żaby.

W opisanym przypadku widzi autor przyczynę możności spostrzegania krążenia krwi już przy prawidłowej łamliwości oka najpierw w zwolnionem krążeniu krwi, spowodowanem przez tarczę zastoinową i silne rozszerzenie łożyska żył siatkówki, powtórę w zmienionej wielkości ciątek krwi w tychże naczyniach. Przy tak silnym bowiem stopniu białaczki, gdzie stosunek czerwonych ciątek krwi do białych był, jak 2·8 do 1, musiała i średnica białych ciątek wynosić około 13 mikr., a więc o wiele więcej, niż średnica czerwonych ciątek. Przy badaniu w obrazie prostym była więc średnica tychże o  $\frac{1}{5}$  mm. większą. W naczyniach krwionośnych ciążka białe, jako większe, musiały trzy razy więcej miejsca zająć, aniżeli czerwone, i dlatego w połączeniu ze zwolnionym ruchem w naczyniach musiały być spostrzeżone przy wziernikowaniu. Im bowiem ciążko białe jest większem, tem większe jest tarcie, tem bardziej ciążko to zostaje przyparte do ściany naczyń i tem powolniejsze jest krążenie krwi. Najkorzystniejsze ku temu warunki są w żyłach rozszerzonych i o zwolnionem krążeniu krwi, jak to się rzecz miała z opisanym przypadkiem białaczki. *Dr Gruder.*

*Zajmujący przypadek nowotworu w naczyniówce* (Ein Fall von Aderhaut-Geschwulst mit bemerkenswerthen Besonderheiten). Prof. J. Hirschberg z Berlina (Nr VIII. 1901).

Pięćdziesięcioczeroletni księgarz, którego wzrok na lewem oku był od ósmego roku życia silnie upośledzony (*leucoma centrale adhaerens*. *Vis.* = palce na 4 m.), spostrzega od 2 tygodni stopniowe, silne upośledzenie wzroku na zupełnie dotąd zdrowem prawem oku i to tego rodzaju, iż wszystkie przedmioty wydawały mu się nieregularne, mianowicie górna część tychże była ku lewej górnej stronie wydłużona.

Przy badaniu było oko na zewnątrz prawidłowe, bystrość wzroku prawidłowa, natomiast było pole widzenia od góry aż do 20 stopnia zwężone. Wziernikiem można było 5 szerokości tarczy poniżej tarczy wzrokowej, nieco ku stronie skroniowej, dokładnie widzieć nowotwór, o brzegu dokładnie odgraniczonym i rąbkiem bar-

wikowym otoczonym, a nad nią poznać było dokładnie siatkówkę z jej naczyniami.

Z początku autor stosował *kalium jodatum*, a na drugim (lewym) starał się zabarwieniem blizny na rogówce i zapomocą optycznej irydeklonii podnieść bystrość wzroku. Przez dłuższe (kilkomiesięczne) ćwiczenie tego oka (prawe pod opaską), bystrość wzroku na nieużywanem dotąd oku lewym podniosła się z  $\frac{1}{8}$  na  $\frac{1}{2}$ . — Gdy zaś tymczasem pole widzenia na chorem oku znacznie (od góry do  $10^\circ$ ) się zwężyło, a nowotwór sięgał aż do 2·5 szerokości tarczy poniżej tarczy i coraz bardziej żółtawo przeświecał, wyjęto to oko.

Badanie drobnowidem pokazało: Sarkoma melanotyczne, wychodzące z naczyńki i położone w dolno-zewnętrznym kwadrancie tylnej części oka.

Dr Gruder.

*O operacyi zaćmy w Indyach* (Ueber Star-Operation in Indien). Dr Pope z Madras (Nr IX. 1901).

Jako dyrektor szpitala w Madras miał autor w ostatnich 10 latach przeszło 10 tysięcy operacyi zaćmy w szpitalu a około dwu tysięcy operacyi zaćmy w prywatnej praktyce. Przy mieszanych zaćmach (*cortico-nuclearis*) był dobry wynik w 91—92%, a przy *cataracta senilis* w 92%. Przeważna część operowanych opuszczała zakład już szóstego (!) dnia, poczem przez 5 dni była w leczeniu ambulatoryjnym. — Przed operacją przepłukuje autor woreczek spojówkowy roztworem kwasu karbolowego (1:100). Najpierw rozdziera autor zapomocą igły Bowmana torebkę soczewki, poczem robi zwykłym sposobem cięcie w rogówce, starając się utrzymać płat spojówkowy. Wyjęcie soczewki uskutecznia w ten sposób, iż z jednej strony wywiera nacisk na twardówkę tuż powyżej cięcia rogówkowego, a z drugiej strony na rogówkę z dołu do góry. Tęczówki nie wycina; następnie zakrapla roztwór gliceryny i zasypuje powierzchnię gałki jodoformem. Na powieki opatrunek Hornera; wata i opaska obustronnie. Codziennie świeży opatrunek a piątego dnia tylko daszek ochronny (*Augenschirm*). W 25 przypadkach nie dawał autor żadnego opatrunku z pomyślnym wynikiem.

Dr Gruder.

*Zdolność odróżniania wrażeń prawostronnych od lewostronnych i znaczenie tejże dla widzenia stereoskopowego* (Die Unterscheidbarkeit rechtsäugiger und linksäugiger Wahrnehmungen und deren Bedeutung für das körperliche Sehen). Dr Heine z Wrocławia (\*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.\* 1901. Nr VIII).

Przy obuocznem patrzeniu obrazki siatkówkowe w obydwu oczach nie są, jak wiadomo, identyczne, lecz różnią się między sobą



i to tem bardziej, im bliżej się znajduje przedmiot, na który patrzymy. Autor postanowił doświadczalnie stwierdzić, czy, patrząc obydwoma oczyma, zdajemy sobie sprawę z tego, który obraz danego przedmiotu widzimy okiem prawem, a który lewym, a przynajmniej, czy wiemy, którym okiem w danej chwili patrzymy, jeśli nam jedno oko zasłonięto w taki sposób, żebyśmy nie wiedzieli, które. W zupełnie ciemnej przestrzeni polecał on patrzeć badanemu na słabo świecący punkt i zasłaniał mu jedno oko tak, żeby nie mógł tego zauważyć. Mimo tego nie sprawiało badanej osobie żadnej trudności powiedzieć, którym okiem w danej chwili widzi. W podobny, prosty sposób robił doświadczenia Bourdon. Doc. Heine, chcąc badanie wykonać z większą ścisłością i wyłączyć lub przynajmniej zmniejszyć prawie do zera możliwy wpływ konwergencji, umieszczał przedmiot świecący w znacznej odległości (30 mtr.), lub ustawiał przed oczyma pryzmaty w rozmaity sposób tak, żeby czucie mięśniowe nie mogło stanowić dla badanego żadnej wskazówki, ale mimo tego tenże bez pomyłki podawał zawsze, które oko było zasłonięte. Mając jeszcze wątpliwości, czy obwodowe części pola widzenia nie odgrywają tu pewnej roli, urządził Heine doświadczenie w ten sposób, że patrzył przez rodzaj lornetki teatralnej bez soczewki (długość lornetki 10 cm, średnica każdego z przednich otworów 15 mm), tak, że przez to usuwał zupełnie z działania obwodowe części siatkówek, ale i to nie przeszkadzało wydaniu słusznego sądu. Następnie ubierał okulary, których jedno szkło było czerwone, a drugie zielone, i patrzył na punkt świecący, który zasłanianiano raz zielonem, raz czerwonym szkłem. W ten sposób widział ów punkt raz jednym, to znowu drugim okiem, ale zawsze wiedział dokładnie, którym. Jeśli wreszcie w haploskopie Heringa ustawimy przed jednym okiem znaczek żółtoczerwony, a przed drugim żółtozielony, wtedy albo widzimy jeden tylko z nich wyraźnie i zdajemy sobie dokładnie sprawę, które oko odbiera wrażenie, albo też widzimy barwę mieszaną, to znaczy, że patrzymy wtedy obuocznie.

Wszystkie te badania mają tylko wtedy znaczenie, jeśli bystrość wzroku i refrakcyja obu stronnie są jednakie, w przeciwnym bowiem razie różny stopień wyrazistości obrazków siatkówkowych pozwoli badanemu natychmiast ocenić, czy patrzy lepszym okiem, czy gorszym.

Z doświadczeń swych, robionych przeważnie na własnej osobie, wysnuwa autor wniosek, że rozróżnienie wrażenia odebranego jedną plamką żółtą od wrażenia, jakiego równocześnie doznaje druga plamka żółta, jest tem łatwiejsze, im bardziej te wrażenia różnią się od siebie, najłatwiej zaś zdać sobie sprawę co do oka, które w danej chwili odbiera wrażenie, wtedy, gdy drugie oko nie odbiera

žadnego. W celu widzenia stereoskopowego zależy jednak właśnie nie na odróżnieniu, lecz na zlaniu wrażeń odebranych każdym okiem z osobna, a to właśnie udaje się łatwo dzięki temu, że obydwa wrażenia niewiele się różnią od siebie. *Dr K. W. Majewski.*

*O współczesnych skurczach mięśni powiek i nosa* (Notiz über Mitbewegungen zwischen Lid- und Nasenmuskulatur). Prof. Dr Bernhardt. (»Berliner Klin. Wochenschrift«, 1901, Nr 32).

W r. 1895 opisał Topolański<sup>1)</sup> pewne poruszenia skrzydełek nosowych, występujące równocześnie ze skurczem mięśnia obrączkowego powiek. Prof. Bernhardt zbadał w tym kierunku 69 osób zupełnie zdrowych, w tej liczbie 38 mężczyzn a 31 kobiet, i znalazł objaw powyższy w 10 przypadkach (około 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), mianowicie 7 razy u mężczyzn (18,42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), a 3 razy u kobiet (9,67<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Zjawisko polega na tem, że przy szybkim dowolnym zamknięciu powiek, nieraz przy zwyczajnym nawet mimowiednym mrugnięciu, skrzydełka nosowe nieco się podnoszą, a otwory nozdrzy cokolwiek się rozszerzają. Najwybitniej poruszenie to występuje właśnie przy spokojnym, byle niezbyt powolnym zamykaniu powiek, gdyż przy kurczowem ich ściskaniu kureżą się zazwyczaj liczne mięśnie twarzy i nieraz cała twarz się wykrzywia, co w tym przypadku może zatrzeć ten objaw. Autor spostrzegał taką współczesność ruchów u matki 56letniej i 33letniego jej syna, i przypuszcza, że w tym przypadku objaw został odziedziczony. Celem wyjaśnienia tego bądź co bądź niezwykłego zjawiska powołuje się autor na stosunki anatomiczne mięśni twarzowych wogóle, na które Henle zwrócił uwagę. Henle dzieli mięsień obrączkowy na trzy części: *M. palpebralis* (*sup. et inf.*), *M. orbitalis* i *M. malaris*. Ten ostatni stanowi najzewnętrznąszą i najniżej położoną część mięśnia obrączkowego i tworzy przejście do muskulatury policzka. Ten to właśnie *musculus malaris* wysyła czasem poszczególne włókienka, które się gubią w skórze nosa i dochodzą nieraz aż do skrzydełek nosowych. Tutaj splatają się one wtedy z włóknami *m. dilatatoris narium* i w ten sposób mogą pośredniczyć w wywołaniu wyżej opisanego objawu.

*Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek wahadłowych ruchów gałki, wywołanych zachorzeniem przewodów półkulistych* (Ein Fall von horizontalem Nystagmus hervorgerufen durch Bogengangerkrankung). Dr Herzfeld z Berlina (»Deutsche Med. Wochenschrift« Nr 35).

Autor przytacza ciekawy przypadek, w którym z powodu cierpienia środkowego prawego ucha u 25letniego chorego, obok

<sup>1)</sup> Wiener Med. Blätter. 1895. Nr 15.

innych objawów, przy zatykaniu tego ucha występował szybko *nystagmus osc. horiz.* i to od lewej do prawej strony. Żrenica rozszerzała się, by na wpadające światło znowu szybko się zwięzać. Te same objawy występują przy wystrzykiwaniu tegoż ucha lub wdmuchiwanu powietrza przez otoskop. Skoro zaś powietrze w uchu rozrzedzono, pojawiał się *nystagmus*, ale odwrotny co do kierunku, t. j. od prawej do lewej strony. W tym razie jednak mniej częste bywały wahadłowe ruchy, a żrenica nie rozszerzała się. Po wykonaniu operacyi Stacke'ego, przyczem spostrzeżono u poziomego (zewnątrznego? — Ref.) przewodu półkulistego bardzo spłaszczonego ubytek mały, w którym błoniany przewód (*der häutige Bogengang*) był obnażony, objawy te ustąpiły.

Autor zaznacza, że *nystagmus* ten zupełnie odpowiada sztucznem drażnieniem przewodów półkulistych przez Breuer'a wywołanym ruchom główek u gołębi. Ruchy główek w doświadczeniach Breuer'a odpowiadają *nystagmus*'owi, a powstanie *nystagmus*'a tłumaczy sobie autor zapaltrywaniem Högyes'a<sup>1)</sup>, według którego z każdego błonianego labiryntu wychodzą drogi zwrotne nerwowe dla obu ocz i to z obu labiryntów dla każdego oka. Prowadzą one przez *rami vestibulares* do jąder mięśni ocznych, skąd odśrodkowe włókna do mięśni dochodzą.

Zjawiska, że ujemne ciśnienie wywołuje *nystagmus* pod względem kierunku odmienny od ruchów wahadłowych wywołanych ciśnieniem dodatniem, nie umie sobie autor wytłómaczyć. W.

*Obrzęk rogówki przy jaskrze* (Ueber das Oedem der Hornhaut beim Glaucom). Dr Stölting z Hannoveru. (»Klinische Monatsblatt f. Augenheilkunde«. 1901. Nr VIII.).

Zaćmienie i utrata połysku rogówki przy jaskrze jest wynikiem wodnistego nabiegu, czyli inaczej jej obrzęku. Tak przynajmniej zapaltryuje się na tę sprawę przeważna część autorów. W ostatnich tylko czasach Sillex<sup>2)</sup> wypowiedział twierdzenie, że ucisk, na jaki wystawiona jest rogówka przy jaskrze, sprawia przesunięcie jej warstewek, które załamują podwójnie światło, dlatego rogówka odbija wielką ilość promieni i rozprasza je zarazem. Leber wykazał też, że ciecz przedniej komory nie może dostać się w głąb miąższu rogówkowego, jak długo śródbłonek wyścielający błonę Descemet'a jest nienaruszony nawet w razie, jeśli podwiążemy wszystkie cztery żyły wirowe. Mimo tego Fuchs przypuszcza, że w warunkach patologicznych, np. przy podniesionym ucisku śródocznym, śródbłonek, a może istota międzykomórkowa lub pochwęki

<sup>1)</sup> Pfluegers Arch. 1881, t. XXVI.

<sup>2)</sup> Por. Postęp Okulistyczny, R. 1900, str. 473.

drobnych gałązek nerwowych, wnikających w rogówkę, stają się przepuszczalnymi dla cieczy wodnej. Inni jednak, jak Birnbacher i Czermak, utrzymują, że ów obrzęk rogówki jest objawem zastoiny w wieńcu naczyniowym, olaczającym rogówkę (*Randschlingennetz*) i stanu zapalnego rogówki.

Dr Stölling, autor powyższej pracy, przyjmuje dwie możliwości: albo istnieje utrudnienie w odpływie limfy zawartej w rogówce w ilości prawidłowej, albo limfa, dla której drogi odpływowe z głębi oka w kącie przedniej komory zostały zatkane, weiska się dlatego do miąższu rogówki. Za pierwszym przypuszczeniem nie przemawia, Schwalbe wykazał bowiem, że drogę odpływową dla rogówki stanowią naczynia limfatyczne spojówki, a te przy napadzie jaskry nie ulegają zaciśnięciu. Raczej skłonić się należy, zdaniem autora, do drugiego przypuszczenia, że drogi limfatyczne, którymi ciecz wodna z przedniej komory odpływa, ulegają zatkaniami i to niekoniecznie przez przyciśnięcie nasady tęczówki do obwodu rogówki, ale np. przez sam obrzęk śródbłonna naczyniowego, spowodowany drażnieniem przez limfę o patologicznie zmienionym składzie. W ogólności przyjmuje Stölling względną przynajmniej niewydolność dróg odpływowych dla nad miarę wydzielanej cieczy wodnej, która przez przestwory *ligamenti pectinati* wchodzi do miąższu rogówkowego i powoduje jego obrzęk. Do takiego zapatrywania skłaniają autora doświadczenia, jakie wykonał na królikach, podwiązując im żyły wirowe i badając drobnowidowo gałki oczne, w kilka godzin później wyjęte. Prócz znanych następstw tego podwiązania, t. j. podwyższenia ucisku śródocznego i wypełnienia się krwią przedniej komory, wykazał on na takich oczach drobnowidowo krwawe nacieczenie całej okolicy rąbka rogówkowego, nasady tęczówki i okolicy przewodu Schlemm'a. Rogówka była silnie limfatycznie, a nawet krwawo nacieczona i zaćmiona. Z preparatów mógł autor wywnioskować, że ciałka krwi nie przedostały się przez błonę Descemet'a, tylko od obwodu rogówki. W końcu jednak przyznaje autor, że doświadczenie na króliku nie zupełnie może naśladować jaskrę, jaka nawiedza oko ludzkie, że zatem wyniki tak uzyskane należy przyjmować z pewnem zastrzeżeniem.

Dr K. W. Majewski.

*Doświadczenia nad przebiegiem gojenia się ran rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem działania kokainy* (Experimentelle Untersuchungen über den Heilungsvorgang bei perforirenden und nicht perforirenden Hornhautwunden mit besonderer Berücksichtigung der Cocaïn-Einwirkung). Dr Atsuhiko-Masugi z Japonii. (>Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1901, Z. VIII, IX i X).

Jeśli się rogówce królika zada ostrym nożykiem wąską ranę, przechodzącą przez całą jej grubość, wtedy można zauważyć, że rana ta wnet się zasklepia i przednia komora odtwarza się w ciągu kilkunastu minut. Dzieje się to w ten sposób, że ciecz wodna wnika do mięszu rogówkowego, który pęcznieje tak, że przez to brzegi rany zbliżają się do siebie aż do zupełnego zetknięcia. Zwyczajnie jednak nie przychodzi do tego zetknięcia w całej grubości rogówki, a tylko we warstwach środkowych, podczas gdy wewnętrzne i zewnętrzne krawędzie nie przylegają do siebie. W ten sposób powstaje wewnętrzne i zewnętrzne bruzdkowate (na przekroju poprzecznym lejkwate) zagłębienie. Nawet jeśli z powodu znacznieszego rozstępu brzegów rany z początku nie ma zupełnego zetknięcia, to przecież środkowe warstwy rogówki są najbardziej do siebie zbliżone tak, że i wtedy można mówić o dwóch połączonych ze sobą lejkwatych zagłębieniach. Zewnętrzne zagłębienie wypełnia się komórkami przybłonkowymi, wewnętrzne skrzepłym włóknikiem. Co do wyścielenia przybłonkiem przedniego lejka zdania są bardzo podzielone. Gü t e r b o c k utrzymuje, że nóż pociąga za sobą przybłonek podobnie, jak kula wciąga skórę w głąb rany. B e c k e r przyjmuje to tłómaczenie tylko dla miejsca wkłucia, ale A t s u h i k o - M a s u g i, autor wymienionej pracy, wykazał, że przybłonek i w takim razie wypełnia przednie zagłębienie rany, gdy nóż wprowadzono od tyłu ku przodowi. Według N e e s e 'g o czop przybłonkowy jest tak połączony, że nie podobna przypuścić, iżby mógł powstać na drodze czysto mechanicznego przesunięcia komórek; zresztą wykazał on w przybłonku pokrywającym i otaczającym ranę dość liczne komórki w okresie podziału karyokinetycznego. P e t e r s przypuszcza nawet czynne, ameboidalne ruchy, za pomocą których komórki przybłonkowe przenoszą się z otoczenia na miejsce ubytku. Wobec tych różnic w zapatrywaniach przedsięwziął A t s u h i k o - M a s u g i szereg badań mikroskopowych, odnoszących się do zmian w ciągu pierwszych 48 godzin. W godzinę po wykonaniu cięcia widać było na przekrojach poprzecznych warstwę przybłonkową, przeciętą ostro przy brzegach rany. Jakiegoś wciągnięcia przybłonka końcem noża w głąb rany nigdzie nie stwierdził. Po upływie 3 do 4 godzin zaczął się przybłonek ku ranie posuwać i wyścielać przednie lejkwate zagłębienie, które po 48 godzinach było już nim całkowicie wypełnione. W razie, gdy brzegi cięcia zbyt odstawiają od siebie, wtedy ranę wypełnia i zatyka skrzep włóknikowy, który pokrywa się następnie warstwą przybłonka. W warstwie tej można wykazać zawsze we wielu miejscach karyokinetyczny podział komórek. Tak więc wypełnienie zagłębienia przedniego polega na bujaniu przybłonka w otoczeniu rany. Autor podnosi jako rzecz godną uwagi, że podział komórek rozpo-

czynna się nie przy samych brzegach rany, tylko w pewnym od nich oddaleniu.

W drugiej części swej pracy zdaje autor sprawę ze swych doświadczeń nad wpływem kokainy na przebieg gojenia się ran rogówki. Wkrótce po wprowadzeniu kokainy do chirurgii okulistycznej przez Kollera (1884), pojawiły się głosy o różnych ujemnych stronach tego nieocenionego zresztą środka. Liczni autorowie (jak Bunge, Mellinger, Pflüger, Wicherkiewicz, Würdinger, Bellarminow, Dalén i inni) ogłosili bądźto spostrzeżenia kliniczne, bądźteż wyniki badań doświadczalnych, dowodzące szkodliwego wpływu kokainy na przybliżonek rogówkowy i na rychłozrost ran ciętych rogówki. Atsuhiko-Masugi na podstawie swych preparatów drobnowidowych przyszedł do przekonania, że kokaina istotnie sprowadza wybitne zmiany w komórkach przybliżonkowych i to prawdopodobnie przez odciążenie wody, a także działając jako swoista trucizna. Dlatego to na oczach kokainizowanych znajdujemy w otoczeniu rany rogówkowej bez porównania mniej karykinetycznych figur niż na oczach, w które nie zapuszczono kokainy. Natomiast na twierdzenie Mellingera, jakoby kokaina utrudniała wytworzenie włóknikowego skrzepu, zlepiającego brzegi rany, autor się nie zgadza, lecz sądzi, że szybkość, z jaką się rana skleja i przednia komora odtwarza, zależy przedewszystkiem od wielkości cięcia.

*Dr K. W. Majewski.*

*Wrzód twardy na spojówce gałkowej* (Harter Schanker der Augapfelbindehaut). Dr Bourgeois. (»Die Ophthalm. Klinik.«, 1901. Nr 19).

Dotyczasowa statystyka wykazuje, że pierwotna zmiana kiłowa, o ile występuje na oku, usadawia się najczęściej na powiekach, przechodząc zwykle ze skóry powiek na spojówkę powiekową. Tak umiejscowiony wrzód pierwotny stanowi 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wszystkich przypadków pierwotnej kiły, a 4—5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> przypadków pozapłciowego umiejscowienia tej zmiany. Natomiast wrzód kiłowy twardy na spojówce gałkowej należy do największych rzadkości. Sourdille zebrał z literatury 14 takich przypadków. Morax przedstawił w paryskim towarzystwie oftalmologicznem 15sty, a Dr Bourgeois ogłasza obecnie 16sty. U 32letniej wieśniaczki zamężnej i matki trojga zdrowych dzieci wystąpiło zapalenie prawego oka. Autor znalazł na mięsku i załamku półksiężycowym owrzodzenie o nierównych nacieklých i stwardniałych brzegach. Reszta spojówki gałkowej była nastrzyknięta i obrzmiała. Gruczoł przyuszny prawy powiększony, ale niebolesny. Z opowiadania chorej dowiedział się autor, że przyjęła ona przed kilku tygodniami na wychowanie i odkarmienie 5cio-

miesięczne dziecko, owoc stosunku miłosnego pewnej pokojówki z miasta z jakimś młodym człowiekiem. O stanie ich zdrowia nie mógł autor zasięgnąć wiadomości, ale dziecko od urodzenia miało na całym ciele łuszczącą się wysypkę i nieustanny wypływ z nosa. Wydzielinę tę ucierała pacjentka autora własną chustką lub nawet palcami i w ten zapewne sposób musiała jad przenieść do oka. — Wrzód sam zagoił się pod wpływem swoistego leczenia tak miejscowego jak i ogólnego w krótkim czasie z pozostawieniem wyczuwalnego stwardnienia w kąciку wewnętrznym, a gruczoł przyuszny znacznie się zmniejszył. Dalszy jednak przebieg kiły był bardzo ciężki na potwierdzenie zdania wielu syfilodologów, że kiła zaszezczipiona gdziekolwiek na głowie odznacza się zwykle szczególną złośliwością. Przedewszystkiem na temże samem oku wystąpiła po kilku tygodniach silna *iridochoroiditis* z mlecznym zaćmieniem rogówki. Zapalenie to ustąpiło dzięki energicznemu zastosowaniu rtęci. Zasługuje na podniesienie okoliczność, że sprawa ta niewątpliwie rozwinęła się pod wpływem miejscowego wessania jadu kiłowego z pierwotnego owrzodzenia przed wystąpieniem objawów ogólnych. Istotnie znacznie później dopiero dostała chora na całym ciele wysypki kiłowej plamistej. Tylko twarz była od niej wolna, nie było też nigdzie kłykein. Po ustąpieniu wysypki zgłosiła się chora ponownie do autora z powodu zapalenia lewego oka. Badanie wykazało tak zwane *gumma iridis*, które, jak wiadomo, jest w rzeczywistości wytworem kiły drugorzędnej (*iritis papulosa vel condylomatosa*). Zmiana ta ustąpiła także pod wpływem jodu i rtęci i autor wypuścił chorą z opieki, polecając jej jeszcze dla zapobieżenia dalszym nawrotom cierpienia przeprowadzać w pewnych odstępach czasu swoiste leczenie rtęciowe. Pod koniec leczenia bystrość wzroku na obydwu oczach wynosiła połowę bystrości prawidłowej. —

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do rozpoznania bąblowca oczodołu i do usunięcia jego za pomocą operacji Kroenleina* (Beitrag zur Diagnose des Echinococcus orbitae sowie zu seiner Operation nach der Kroenlein'schen Methode). Dr P. Stephan. Rozprawa doktorska. Rostock. 1901.

W marcu b. r. przyprawdowano do kliniki prof. Axenfelda w Rostocku 4letniego chłopca, okazującego bardzo znaczny (2 cm) trzeszcz prawego oka. Powieki tylko z wysiłkiem są w stanie pokryć gałkę. Ruchomość gałki upośledzona, najbardziej ku wewnątrz. Wysoka nadwzroczność skutkiem spłaszczenia gałki od tyłu ku przodowi. Wziernikiem bardzo wybitna tarcz zastoinowa. *Visus* = palec na  $\frac{1}{2}$  m. Lewe oko prawidłowe. Rozpoznano nowotwór pozagałkowy, wychodzący prawdopodobnie z prawego nerwu wzrokowego.

Dnia 1 kwietnia wykonano operację sposobem Kroenleina. Po wypiłowaniu i odechyleniu zewnętrznej kostnomięsnej ściany oczodołu, znaleziono tuż poza gałką w lejku mięśniowym pęcherz wielkości orzecha włoskiego bladoróżowy i silnie napięty. Nerw wzrokowy był ku wewnątrz odepchnięty i silnie zgnieciony. Tłuszcz oczodołowy, zasłaniający pole operacyjne, odchylano podczas zabiegu umyślnie na ten cel sporządzonemi płytkami, których opis i rysunek autor podaje. Na zewnętrznej stronie ściana torbiela okazywała podłużne prążkowanie, odpowiadające przebiegiem wydłużonemu i spłaszczonemu mięśniowi prostemu zewnętrznemu. Nie udało się torbiela wyłuszczyć w całości, gdyż wśród oddzielania ścian pękł, przyczem wypłynęło kilka cm. sześciennych jasnej, bezbarwnej cieczy. Ograniczono się zatem do wycięcia kawałka ściany, wyłyżczkowania jamy pęcherza i wypłukania jej roztworem sinku rtęciowego, poczem płat kostnomięsny i skórny ułożono na prawidłowym miejscu i przyszyto, pozostawiając tylko w dole mały otwór dla setonu z gazy jodoformowej. Trzeszcz ustąpił bezpośrednio po operacji. Rana wydzielala mierną ilość ropy, która po kilku dniach przybrała barwę niebieskozieloną (*pyocyaneus*). Dziecko zaczęło gorączkować, ale w ciągu dalszych trzech dni gorączka ustąpiła, a ropa przybrała zwykłe wejrzenie. Dnia 10go lipca, gdy chorego wypuszczono z kliniki, ruchomość gałki jeszcze tylko ku wewnątrz była wyraźnie upośledzoną.  $V =$  palce na 3 m. Dno oka prawidłowe z wyjątkiem lekkiego zatarcia granic tarczy. Rana operacyjna dobrze zabliźniona. Stan ogólny zupełnie dobry.

W przypadku powyższym zamiast spodziewanego nowotworu znaleziono pasożyta, który obecności swej nie zdradzał żadnym zmiennym objawem. Wejrzenie pęcherza, jakoteż badanie drobnovidowe wyciętego kawałka ściany nie pozostawiało żadnych wątpliwości, że był to bąblowiec (*echinococcus*), który zresztą w Meklemburskiem nie należy bynajmniej do wielkich rzadkości. Autor podnosi trudności rozpoznawcze, jakie opisany przypadek nastroczał i jakie sprawia wogóle bąblowiec, usadowiony w jamie oczodołu. Ani brak chęłbotania, ani brak drżenia wodunkowego (*Hydatiden-Schwirren*) nie przemawia jeszcze stanowczo przeciw obecności bąblowca poza-gałkowego. Nie daje też bezwzględnej pewności chemiczne i drobnovidowe badanie płynu, wydobytego zapomocą nakłucia próbnego, które nie jest zresztą zabiegiem obojętnym, n. p. w razie, jeśli zachodzi zapoznane *encephalokele*.

Na końcu rozprawy poleca autor gorąco w przypadkach *echinococcus orbitae* operację Kroenleina, która w chirurgii poza-gałkowej prawdziwie święci tryumfy. Wykazuje on wyższość tej operacji nad sposobem Knappa, który toruje sobie drogę do jamy



oczodołowej od przodu, obok gałki, przez przecięcie jednego lub kilku mięśni prostych.

Dr K. W. Majewski.

*Przypadek przemijającej „ślepoty ołowiowej“* (Ein Fall von transitorischer Blei-Amaurose). Dr Fr. Pincus z Kolonii (Münchener Med. Wochenschrift. 1901, Nr 33).

U pewnego robotnika fabrycznego, którego praca polegała na pociąganiu beczek czerwoną farbą, zawierającą ołów (minia), wystąpiła nagle wśród objawów kolki ołowiowej, na którą już poprzednio wielokrotnie zapadał, zupełna obustronna ślepotą. Badanie oczu dało wynik w zupełności ujemny. Żrenice oddziaływały na światło żywo i wyraźnie, dno oczu było zupełnie prawidłowe. Kilkakrotnie ponawiany rozbiór moczu nie wykazał ani razu obecności białka ani składników upostaciowanych. Po upływie trzech dni wróciło najpierw poczucie światła, poczem wzrok coraz bardziej się poprawiał, chory ulegał jeszcze pewnym złudzeniom i popełniał omyłki, jakie zdarzają się przy tak zwanej »jasnej ślepotcie« (*Seelenblindheit*). Tak n. p. widząc już względnie bardzo dobrze, nie był w stanie policzyć palców, pokazywanych z niewielkiej odległości, nie poznawał niektórych przedmiotów, dopóki się ich palcami nie dotknął. Po upływie dwóch tygodni od chwili zaślabnięcia wzrok obydwu oczu wrócił do stanu prawidłowego. Badanie pola widzenia, jakoteż badanie wziernikiem nie wykazywało zgoła żadnych zбочeń.

W przypadku tym rozpoznał autor: „*amaurosis saturnina*“. Prawidłowe oddziaływanie źrenic z jednej strony, a z drugiej objawy »ślepoty jasnej« skłaniają autora do przypuszczenia, że siedliskiem zmiany chorobowej, wywołanej zatruciem ołowiem, była kora mózgowa. Rokowanie w przypadkach takich, jak wogóle w przypadkach ślepoty przy zachowanem oddziaływaniu źrenic, uważa autor za pomyślne.

Dr K. W. Majewski.

*O przyczynach kurzej ślepoty i leczeniu jej wątroby.*

M. Citrin (Trudy obszczestwa wraczej goroda Simbirskaja za 1900 r.).

Zdaniem autora ślepotą ta nie zależy ani od braku pożywienia tłuszczowego, ani od złego odżywiania, nie ma też styczności ani ze skorbutem, ani z zimnicą. Cierpią na nią ludzie zdrowi i przeważnie nadwzroczni. Jest ona wynikiem zmęczenia nastawczego mięśnia i siatkówki, a szerzeniu się kurzej ślepoty na wiosnę sprzyja oślepiający blask słońca. Autor stwierdza pożyteczne i szybkie działanie u takich chorych wołowej wątroby: najprzód naparzano oczy odwarem wątroby w ciągu 10 minut, a potem zjadano od  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  funta takowej. W świeżych przypadkach już był widoczny skutek takiego leczenia po upływie jednej doby. Równie też dobre wyniki

otrzymywano przez używanie tranu, po 15 grm. dziennie, wyzdrowienie następowało zwykle po 2—3 dniach.

Pan C. tłumaczy dobre działanie w tej chorobie wątroby i tranu nie zawartością w nich tłuszczu, nie aminoweni połączeniami (w parach odwaru wątroby), nie jodem (w tranie), lecz żółcią. Mając własność przyciągania do siebie tłuszczowych wytworów, żółć wątroby i tranu powraca te kropelki tłuszczu, które przy kurzej ślepcie, jak utrzymują, znikają z pręcików i czopków siatkówki. Jest to więc do pewnego stopnia organoterapia.

Dr J. T.

*Operacya zaćmy u ludzi podeszłych wiekiem* (Ueber Star-Operationen bei Hochbetagten). Dr Fr. Mendel, asystent kliniki Hirschberga (»Berliner Med. Wochenschrift«, 1901., Nr 32).

Najdawniejszy sposób operowania zaćmy, polegający na zepchnięciu jej zapomocą odpowiedniego przyrządu z pola źrenicy w głąb gałki ocznej (reklinacya), został z biegiem czasu zupełnie zarzucony i zapomniany w miarę, jak wydobywanie zaćmy zapomocą szerokiego cięcia zyskiwało coraz większe rozpowszechnienie. W najnowszych jednak czasach niektórzy bardzo poważni okuliści (Pan as, Truc, Valude) poczynają w pewnych, wyjątkowych co prawda przypadkach uciekać się do reklinacyi, polecając wykonywanie jej w razach, gdzie zachodzą szczególnie niekorzystne okoliczności dla ekstrakcyi płatowej. Reklinacya jest, zdaniem tych autorów, wprost wskazaną w przypadkach zboczeń umysłowych z podnieceniem, przy napadach padaczki, w razie, jeśli chory już utracił jedno oko po operacyi wskutek krwotoku naczyniówkowego, a także u ludzi w bardzo podeszłym wieku.

W klinice prof. Hirschberga operowano w ostatniem trzydziestoleciu 1645 razy zaćmę zapomocą szerokiego cięcia płatowego, w tej liczbie 36 razy u osób, które przekroczyły 80ty rok życia. W jednym tylko przypadku przyszło do utraty oka z powodu ropienia, zresztą przebieg był u wszystkich zupełnie pomyślny. Ze statystyki tej wysnuwa autor wniosek, że w najpóźniejszym nawet wieku można chorego, przy zachowaniu pewnych ostrożności, poddać operacyi płatowej i nie ma potrzeby uciekać się do reklinacyi, tak niepewnej w skutkach.

Dr K. W. Majewski.

*O dwóinkach podobnych do gonokokków i odbarwiających się sposobem Grama, znajdujących się na spojówce ludzkiej* (Weitere Beobachtungen nach Gram sich entfärbender, gonococcenähnlicher Diplococcen auf der menschlichen Conjunctiva). F. Krukenberg z Halli (»Klinische Monatsblatt f. Augenheilk.« 1901, Nr VIII.).

Z liczby 40 badanych przypadków, w których spojówka prócz słabego przekrwienia żadnych innych znamion nieżyty nie okazywała, w 4 przypadkach wykazał autor obecność bakteryi, których wejrzenie drobnowidowe najzupełniej było podobne do wejrzenia dwoinek Neissera i które, tak jak i te, odbarwiały się sposobem Grama, własnościami jednak biologicznymi różniły się od nich tak bardzo, że musiały być uznane za odrębny rodzaj bakteryi. I tak, szczepione na zwyczajnych pożywkach, jak Loeffler'owska surowica zwierzęca, agar glicerynowy, agar peptonowy, bulion ziemniak, żelatyna, rosły bardzo bujnie i przechowane w termostacie dawały się jeszcze po upływie 4—6 tygodni ze skutkiem przeszczepiać. Wiadomo zaś, jak trudno hodować gonokokki, które na wyżej wymienionych pożywkach albo wcale nie wyrastają, albo przynajmniej w bardzo krótkim czasie giną. Doświadczenia na zwierzętach wykazały zupełny brak jadowitości u tych pseudogonokokków. Szczepienia czystej hodowli u królików i morskich świnek tak wśródotrzewnowe, jak podskórne i rogówkowe nie dały ani razu wyniku dodatniego. W jednym tylko przypadku znalazł autor drobnoustroje te zawarte w ciele komórki białego ciała krwi, w innych z powodu braku wydzieliny spojówkowej nie mógł stwierdzić tego ważnego szczegółu. Z opisanych w literaturze bakteryi, znajdujących się w worku spojówkowym i odbarwiających się sposobem Grama, uważa autor dwoinki, znalezione przez Marthena w roku 1893 w wydzielinie worka spojówkowego, za identyczne ze swemi. Na podstawie swych badań sądzi Krukenberg, że na spojówce ludzkiej, niedołkniętej zapaleniem rzeżączkowym, zachodzą się czasami dwoinki zupełnie do dwoinek Neisser'owskich zbliżone. W praktyce rozpoznanie zapalenia spojówki rzeżączkowego za pomocą szkiełkowego preparatu — nie straci z tego powodu na wartości. Tylko w razie, jeśli obraz kliniczny choroby jest dwuznaczny i nietypowy, należy założyć hodowlę, a wtedy zachowanie się znalezionych dwoinek względem najczęściej używanych pożywek rozstrzygnie, czy mamy do czynienia z gonokokami, czy też z pseudogonokokami.—

*Dr K. W. Majewski.*

*Wyniki badań oczu u uczniów klasycznego gimnazjum w Woroneżu.* J. Ginsburg. (*»Wiestnik Oftalmologii«*. Zesz. III. 1901).

Autor zbadał u 437 gimnazjalistów 874 oczu. Oznaczył on u nich: 1. stan łamliwości zapomocą wziernika, 2. stan łamliwości sposobem podmiotowym wymierzony, 3. bystrość wzroku względną, 4. bystrość wzroku po wyrównaniu wady, 5. najbliższy punkt widzenia, 6. choroby oczu. Oznaczono oddzielnie stan prawego i lewego oka.

Miarowych oczu było:

przy badaniu wziernikiem 308 (35,24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>),  
 » » » szklami 287 (32,83<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Nadwzrocznych oczu było:

przy badaniu wziernikiem 367 (41,99<sup>0</sup>/<sub>0</sub>),  
 » » » szklami 302 (34,55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Krótkowzrocznych zapisano:

przy badaniu wziernikiem 184 (21,05<sup>0</sup>/<sub>0</sub>),  
 » » » szklami 224 (25,62<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Niezbornych było:

przy badaniu wziernikiem 15 (1,70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>),  
 » » » szklami 61 (8,96<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Odsetek krótkowzrocznych u uczniów woroneskiego gimnazjum okazał się mniejszym, aniżeli w stołecznych gimnazyjach, a także w Tyflisie i Rydze, i większy niż w Kazaniu i Kutaisie; w petersburskich było 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (E r i s m a n), moskiewskich 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (M a k ł a k o w), w tyfliskim 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (R e i c h), w ryskiem 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (C w i n g m a n), w kazańskim 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (A d a m i u k) i kutaiskiem 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (W a r s z a w s k i).

Stan łamliwości oczu podany w tablicach w każdej klasie osobno. Kiedy u dzieci przygotowawczej klasy znaleziono 67,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych i 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> miarowych, krótkowzrocznych okazało się tylko 1,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Stopniowo w wyższych klasach <sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych zmniejszał się, <sup>0</sup>/<sub>0</sub> krótkowzrocznych odpowiednio się powiększał. W VIII jednak klasie zauważono, iż <sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych powiększył się, a <sup>0</sup>/<sub>0</sub> krótkowidzów zmniejszył się — niezwykle ten objaw Dr G. tłumaczy tem, że pewna szczęśliwa grupa dzieci ze znaczną nadwzroczną budową oczu, pomimo 9letniego pobytu w szkole, nie doszła jeszcze do zmiany ich na krótkowzroczne.

Z zapisów barwy tęczówki autor wyprowadza wniosek, że szarym oczom właściwa zwykle nadwzroczna budowa, a brunatnym krótkowzroczna.

Szerokość akomodacji była taka:

Od 9 do 11 lat = 14,0 D.  
 » 12 » 14 » = 12,9 D.  
 » 15 » 17 » = 12,3 D.  
 » 18 » 20 » = 12,0 D.  
 » 21 » 22 » = 11,5 D.

Prawidłowa bystrość wzroku bez korekcyi okazała się tylko u 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> uczniów; po wyrównaniu zaś zapisano prawidłową bystrość wzroku tylko u 77,34<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dla prawego oka i 75,97<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dla lewego; u 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wzrok nie mógł być podniesiony do stanu prawidłowego. Wreszcie z liczby 437 gimnazjalistów zapisano 166 (38<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) z roz-

maitemi chorobami oczu, przeważnie spojówki (57<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) i ze zapaleniem brzegu powiek (13<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

W końcu ciekawej swej pracy Dr G. poświęca kilka słów niedostatecznej higienie szkół rosyjskich, słusznie twierdząc, »że nie zgadza się z twierdzeniem Hippel'a i Kirchner'a, iż szkolna myopia jest jedną z tych ofiar, którą społeczna ludzkość zmuszoną jest położyć u stóp kultury i cywilizacji«. Faktami starał się on przekonać, że ofiarę tę składa się nie przyszłej kulturze, ale jest ona wynikiem przeszłej ciemnoty, ponieważ dotąd o niczem tak mało nie pamiętano, jak o higienie oczu.

Dr J. T.

### III. Z TOWARZYSTW.

#### Akademia medyczna w Paryżu.

Posiedzenie z 5 lutego 1901.

Lagrange (z Bordeaux) podaje opis czterech przypadków głąjaka siatkówki (*glioma retinae*) ze zejściem pomyślnem, rozumie się, po wyjęciu oka zajętego nowotworem. We wszystkich przypadkach badanie drobnowodowe potwierdziło poprzednio postawione rozpoznanie.

Posiedzenie z 14 maja.

Chauvel miał sposobność, jako kierownik lazaretu w Orléansville, badać wziernikiem dno oczu u bardzo wielkiej liczby chorych dotkniętych ciężkimi postaciami zimnicy. Najczęstszą zmianą, z jaką się, w tych przypadkach spotykał, były krwotoki siatkówkowe. Są one najczęściej obwodowe, rzadziej w plamce żółtej lub w jej okolicy położone, bywają bądźto tętniczego pochodzenia, bądź też żylnego. Powstawanie tych krwotoków tłumaczą rozmaicie: Wedle Poncet'a przyczyną ich są zatory wywołane masami leukocytów zawierających barwik. Inni przypisują powstanie ich zatkaniu światła drobnych naczyń czerwonemi ciałkami krwi zawierającymi plazmodye. Niektórzy autorowie przypuszczają wreszcie zmiany ścian naczyńniowych wywołane działaniem toksyn wytwarzanych przez plazmodye. Zdaniem Chauvel'a krwotoki siatkówkowe, jakkolwiek częste w przypadkach ciężkiej zimnicy, nie stanowią jednak nieznamionującego dla tej właśnie choroby, lecz wspólne są wszystkim cierpieniom, sprowadzającym ogólne wycieńczenie ustroju.

Posiedzenie z 4 czerwca.

Chavasse opisuje przypadek torbiela skórzakowatego (*cystis*

*dermoidalis*), wyrastającego na ścięgnistej szypule z okolicy szwu, łączącego kość czołową, łzową i nosową. Ściana torbiela zawierała dobrze rozwinięte gruczoły łojowe, takie same, jakie znajdują się w skórze. Jama torbiela wypełniona była chemicznie czystym prawie olejem, zawierającym 56% palmityny, a 44% oleiny.

### Posiedzenie z 16 lipca.

Senat francuski na wniosek p. Pédebidou zwrócił się do rządu z wezwaniem, aby rozesłał do wszystkich położnych dyplomowanych we Francyi okólnik, przypominający im *kalium hypermanganicum* jako niezawodny środek zapobiegawczy przeciw śluzoropotokowi noworodków. Akademia medyczna, mając w tej sprawie swój sąd wydać, wybrała sprawozdawcą Pinard'a. Ten w sprawozdaniu swem zwraca uwagę, że śluzoropotok noworodków stanowi zawsze jeszcze jedną z najczęstszych przyczyn nieuleczalnej ślepoty. W etyologii tego cierpienia główną rolę odgrywają wprawdzie dwoinki rzeżączkowe, ale niejednokrotnie wykazano wyłącznie obecność innych drobnoustrojów, jak np. gronkowce, paciorkowce, pneumokoki, prątki Loeffler'a, Weeks'a, a nawet *bacterium coli*. Postępowanie Crédé'go zmniejszyło bardzo znacznie odsetek zakażeń. Od tego czasu zaczęto używać najrozmaitszych środków przeciwnilnych dla zastąpienia pierwotnie podanego 2% azotanu srebra. Tarnier zasypywał drobno sproszkowany jodoform. Pinard sam używał jodku rłęciowego, soku z cytryny, kwasu cytrynowego czystego, *kalium hypermanganicum*, a w ostatnich czasach zapuszczał roztwór aniodolu, i to wszystkie te środki z jednakim mniej więcej skutkiem: odsetek przypadków śluzoropotoku spadł z 10—14% na 1,75—1%. Zdaniem Pinard'a nie ma sposobu, któryby pozwolił w każdym przypadku zapobiedz zakażeniu (o szczęśliwych próbach z protargolem nie ma wzmianki w sprawozdaniu; przyp. ref.). Wyniki metody zależą raczej od staranności i sposobu jej wykonania, oraz od tego, czy się dość wcześnie krople zapuści, a nie tyle od rodzaju użytego przetworu. Z tych powodów Pinard nie zgadza się z wnioskiem senatora Pédebidou, natomiast uważa za potrzebne, aby we wszystkich gminach Francyi rozpowszechniano za pomocą urzędowych okólników wiadomości o przyczynach, objawach i niebezpieczeństwach ropnego zapalenia spojówki u noworodków. O każdym przypadku takiego zapalenia powinna być władza natychmiast zawiadomiona. Przy każdej porodnicy powinien być ustanowiony okulista, któryby noworodki zakażone śluzoropotokiem leczył i pouczał w tym względzie akuszerki. Wnioski Pinard'a uchwaliła Akademia jednogłośnie. —

Dr K. W. Majewski.

## IV. LECZNICTWO.

9. Narkozę Dra Schneiderlina, polegającą na wstrzykiwaniu podskórnem mieszanki ze scopolamin. hydroch. i morfiny w dawkach, mających się poprzednio wypróbować, stara się Dr Korff przez ścisłą dawkę i stosunek stały tych środków udoskonalić. Gdy narkoza środkami tymi wywołana nie wystarcza, na maskę zakrapla przed operacją chloroform, którego w takich razach już tylko  $\frac{1}{10}$  a najwyżej połowa zwykłej do chloroformowania używanej dawki wystarcza.

Doświadczenia, robione na klinice prof. Schinzingera, były w następujący sposób przeprowadzane. Zastrzykuje się 3 dmgr. Scop. + 1 egr. morf. co dwie godziny. Jeżeli po drugim zastrzyknięciu, dokonaniem oczywiście na innem miejscu, znieczulenie nie wystarcza, by operację podjąć, stosuje się chloroform, który w takich razach działa szybciej bez wywoływania wymiotów, a chorzy na zawołanie przebudziwszy się po operacji, zasypiają niebawem i śpią spokojnie dalej przez 12 nieraz godzin.

Dzieciom w wieku 7—10 lat daje się  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{2}{3}$  powyższej dawki w mieszance tej samej.

Osoby wiekowe również były wrażliwe na działanie tych środków.

Praktycznie przeprowadza się następujące postępowanie. Chory dostaje w klinice prof. Schinzingera rano o godz. 7 śniadanie, pół do 9tej robi się pierwsze zastrzyknięcie, w dwie godziny drugie, względnie o 12tej jeszcze trzecie. W godzinę po drugim, względnie po trzecim zastrzyknięciu następuje operacja, a w niektórych razach poprzedza się ją zastosowaniem chloroformu. — (*»Munch. Med. Wochenschrift«*. Nr 29. 1901. Dr Korff die Narkose des Dr Herrn Dr Schneiderlin).

10. Błękit metylowy zapuszczany w roczynach 1:500 do worka spojówkowego ma być, wedle Courmonta i Rolleta, doskonałym środkiem zapobiegawczym i leczniczym przeciw ocznym zapaleniom w ospie. Błękit, wnikając w tkankę przy najmniejszych złuszczeniach rogówki, do których pęcherzyki powstające na brzegu rogówkowym dają powód, zapobiega ropieniu przez działanie przeciwprątkowe. 45 chorych na ospę leczonych z chwilą pojawienia się zmian na spojówce lub rogówce, w ten sposób było wyleczonych ze zupełnem zachowaniem bystrości wzrokowej. — (*»Annales d'oculistique«*. 1901. Maj.).

11. Eucainum B. aceticum wypróbował na poliklinicznym materiale Silixa w Berlinie Dr Cohn. Okazało się, że środek ten,

łatwiej rozpuszczający się we wodzie aniżeli Eucainum B. hydrochloricum, wywołuje w 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworze pół minuty trwające palenie, lekkie zaczerwienienie i łzawienie. Po 3 minutach następuje znieczulenie, trwające 10 do 15 minut. Wobec kokainy środek ten tę posiada wyższość, że nie wywołuje rozszerzenia źrenicy, zmiany napięcia gałki i nie upośledza nabłonka. Roztwory eukainowe można przygotowywać bez wywołania upośledzenia ich skuteczności. Przeciwwskazaną jest eukaina tam, gdzie istnieje przekrwienie gałki i podrażnienie. — (»Med. Woche«. 1901. Nr 36).

12 Miejscowe znieczulenie metodą Schleicha daje się łatwo osiągnąć zapomocą następującego roztworu: Rp. Eucaini B. hydrochlorici 0.1, Natrii chlorati 0.8, Aq. dest. 100.0. — Eukaina daleko mniej jest trującą od kokainy. — (»Therap. Monatshefte«, 1901., Nr 11, p. 603).

13. Jodypina, chemiczne połączenie jodu z olejem łogowym (Sesamoel), przez Merc'ka w Darmstacie wprowadzona w handel jako preparat 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> i 25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a przez Winternitza w lecznictwo. Pierwszy, 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> przetwór, mający barwę i ścisłość olejku, nie rozkłada się; drugi jest ściślejszy i ciemniejszy, a przed użyciem powinien być rozgrzany.

Jodypinę można podawać w dwojaki sposób, a mianowicie per os. 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> przetwór dziennie najmniej po dwie łyżeczki, ale i wiele więcej. Jodypina nie drażni żołądka ani jelit, w których ulega jako taka wessaniu, a dopiero po wessaniu rozkłada się dość późno. Drugą metodą jest stosowanie podskórne, do czego używanym bywa przetwór 25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Osobną sikawką 5 cm.<sup>3</sup> zawierającą, podaną przez Holzhausera z kliniki strasburskiej, wstrzykuje się 20 cm.<sup>3</sup> od razu, lepiej w plecy aniżeli w pośladki. Takich zastrzykiwań powtarzanych co drugi lub trzeci dzień, robi się 10—12. Po włożeniu igły wyczekuje się, czy nie odpływa krew, a dopiero upewniwszy się, iż wkłucie nie nastąpiło w żyłę, wstrzykuje się powoli ową dawkę.

Trzecim sposobem jest stosowanie przez skórę, które przedewszystkiem Radenstok zaleca.

Jod zostaje wydzielanym przez mocz, ślinę i kał. W moczu jeszcze po 2 miesiącach można jod wykazać.

Jodypina ma być środkiem znakomicie działającym w drugiej, a przedewszystkiem w trzeciej formie kiły. Zaletę ma ten środek, iż nie wywołuje ani kataru, ani też acne. — (»Demedriade, Klin. Therap. Wochenschrift«. 1901, Nr 27).