

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

Grudzień

ROCZNIK TRZECI

1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

Uwagi nad etyologią odcepienia siatkówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dokończenie.

Dotychczasowe badania nie wskazały nam, czy zaburzenia czysto nerwowe, które przyjmujemy bądź to dla wytłómaczenia powstania jaskry, bądź też odcepienia siatkówki, odnieść do nerwów trójdzielnego czy też sympatycznego.

Niewątpliwie jednak przemawiają rozmaite okoliczności, które Schnabel w pomienionej pracy bardzo stosownie wyłożył, za tem, że, jak nagłe podwyższenie napięcia przy jaskrze zależnem jest od wzmożonego wytworzenia się cieczy ocznej, tak obniżenie napięcia przy odcepieniu ma swój powód w osłabionem tworzeniu się tejże cieczy. Takie obniżenie widzimy przy phthisis bulbi essentialis, częściej może występującej, aniżeli się to zwykle zdaje, a dalej i w przebiegu rozmaitych chorób ocznych, które jednak same przez się takiego obniżenia nie powodują.

Skoro nerwica troficzna ma być powodem obniżenia napięcia i odczepienia siatkówki, dlaczego — zapyta słusznie niejeden czytelnik — wytwarza się ono właśnie u myopów, a przynajmniej przeważnie u tych? Na to możnaby znowu odpowiedzieć zapatrywaniem Schnabla¹⁾, który sądzi, że oczy w wyższym stopniu krótkowzroczne, z wielkim tylnym garbcem, zawierają właściwie w stanie prawidłowego napięcia wiele cieczy, ciało szkliste bywa nieraz rozrzedzone (*synchysis corporis vitrei*), a elastyczność twardówki przytem obniżoną. Skoro więc występuje owa pobudka nerwowa do zmniejszenia się cieczy, wielka ilość takowej ubywa, a z drugiej strony twardówka nie może już tak łatwo przy zmniejszonej zawartości gałkowej należycie jej objąć. Naczyniówka pozbawioną zostaje naturalnego przez twardówkę wywieranego ucisku, co tem łatwiej do przesączenia prowadzi.

Godząc się na to tłumaczenie powstawania odczepienia siatkówki wogóle, co, zdaniem mojem, niewątpliwie w wielu przypadkach może być uzasadnionem, dopuścić powinniśmy również możliwość powstawania w ten sposób odczepienia w obu oczach równocześnie albo też w krótszym po sobie czasie. Skoro atoli na drugim oku objawy te daleko później wystąpią, skoro zwłaszcza to drugie oko daleko mniej miało warunków do wytworzenia tego stanu i chory unikał wszelkich okoliczności uważanych za szkodliwe, za uspasabiające do odczepienia siatkówki, trudno oprzeć się wrażeniu, iż może oko pierwotnie przez odczepienie ośleplę wywołuje wpływ sympatyczny na oko dotychczas zdrowe, zwłaszcza, gdy w pierwotnie ośleplę oku wystąpiły zmiany następowe, jak zaćma, iridocyklitis i t. d.

Nie bez znaczenia na poparcie tej hipotezy zdaje mi się być przypadek, który przez dłuższy czas spostrzegać miałem sposobność, a który tutaj w głównych, rzecz objaśniających ustępach choroby przytoczyć sobie pozwolę.

36letnia osoba, zawsze krótkowzroczna, dostaje na prawem oku odczepienia siatkówki, leczonego przez długie lata

¹⁾ L. c. 73.

bezsukutecznie najprzód w Frankfurcie nad Menem, a później przez berlińskich okulistów. Kiedy miałem sposobność po raz pierwszy w 1884 roku widzieć chorą, prawe oko dotknięte przedstawiało odczepienie siatkówki dochodzące dołem do tarczy. Wzrok tegoż oka ograniczał się na liczeniu palców bezpośrednio dołem. L. oko Mp. 10 W. = $\frac{6}{9}$. Sn. 05. Staphyloma posticum externo-inf. $\frac{1}{3}$ wielkości tarczy. Zaćmienia ciała szklistego nie stwierdzono. Chora, która do najwyższego stopnia była zaniepokojoną swem cierpieniem, tem bardziej, gdy jeden z okulistów poważanych wręcz chorej oświadczył, iż pomocy dla jej cierpienia nie ma, postanowiła za jakąkolwiek cenę od katastrofy uchronić się. Będąc w bardzo korzystnem materyalnem położeniu, mieszkając w pięknej posiadłości wiejskiej, mając wygodny i wytworny dom, urządziła się tak, iż wcale ócz nie używając, trzy blisko lata z polecenia jednego z okulistów przepędziła prawie w ciemnicy. Kiedy później chora powierzyła się mej opiece, wyprowadziłem ją powoli z ciemności i do zwykłego życia przyzwyczajałem, wstrzymując ją jednak od wszelkich zajęć, wymagających natężenia wzroku. Mimo to objawy podrażnienia lewego oka tak jak były w ciemnicy, tak i później trwały: zwłaszcza niepokojoną była chora najrozmaiciej przez siebie opisywanemi halucynacyami wzrokowemi.

Zastrzykiwanie pilokarpiny, sztuczne pijawki i łały znany aparat terapeutyczny, zastosowany oględnie, nie uchronił prawego oka od dalszego postępowania odczepienia z jego następstwami, to jest wytworzenia się zapalenia chronicznego tęczówko-rzęskowego.

Żrenica mimo atropiny zwężała się, a tylne zrosty i zaćma odjęły możność dalszego badania wnętrza oka prawego. Atoli mimo zupełnie higienicznego zachowania się (chora np. od lat kilku wcale nie wyjeżdżała, chodziła zaś zawsze bardzo ostrożnie, tylko w parku przechadzki po starannie przygotowanych chodnikach używając, i t. d.), zaczęło i lewe oko coraz więcej dawać się we znaki, odkąd prawe doszło do zmian powyższych. Mianowicie fotopsye, niebieskie widma itd. niepokoiły chorą coraz więcej. Wrażliwość na światło wzmagala się. Przymuszając wpływ prawego oka na lewe, radziłem rodzinie chorą na enukleację przygotować, z myślą tą oswoić, ale daremnie. Chora pozostawała ciągle w kuracyi, przeprowadzanej przy pośrednictwie bardzo zdolnego i sumiennego lekarza domowego. Leczenie łądziło nieco, mniej lub więcej, objawy, ale nie mogło powstrzymać dalszego rozwoju choroby.

Długo jeszcze objektywnie nie udało mi się stwierdzić

zaćmień większych ciała szklonego ani też zmian siatkówkowych, atoli powoli wystąpiły najprzód drobno-pyłkowe, później silne zaćmienia ciała szklonego. W obwodowych częściach dna oka powstał obraz ogniskowego zapalenia naczyńki, aż wreszcie po latach kilku bardzo płytkie odzecie siatkówki, a z niem i obniżenie znaczne wzroku. Nadmieniam, że ogólny stan chorej nie pozostawiał przytem nic do życzenia, lubo, gdy nadszedł czas katamenialny, serce było nieco podrażnione i czasami silniejsze występowały krwotoki maciczne, w czasie których podmiotowe objawy zdawały się wzmagać. —

Cóż więc w drugim oku u osoby zupełnie ogólnie zdrowej, pozostawiającej oczy swe we wzorowym spokoju, mogło wywołać zaburzenia tak przykre w następstwach?

Przy ogólnie dobrym stanie chorej, przy zupełnym spokoju ócz, nawet mimo usposobienia do odzecie, nie powinno było przyjść do tych, acz powolnie, ale stale rozwijających się zmian patologicznych, które znowu odzecie, jak i u prawego oka, się zakończyły. Zdaje się, iż logiczne powiązanie myśli musi nas skłonić do przypuszczenia, iż to właśnie odzecie prawego oka, a raczej jego następstwa powodują sympatyczny wpływ. Uwzględniając zaś nawet zapatrywanie tych, którzy odzecie siatkówki każą powstać po chorioiditis, nie będziemy także w trudności wytłómaczenia wpływu sympatycznego, wiedząc, iż ta chorioiditis, przeszedłszy na ciało rzęskowe i na tęczówkę, może jako irydocyclitis tem łatwiej wpłynąć na oko drugie.

Ale w przypadku przytoczonym oko drugie, będąc również silnie krótkowzrocznem, mając dość znaczny tylny garbiec, miało — powie niejeden — usposobienie anatomiczne, by w tenże sposób zachorować, co i prawe oko. Tem gorzej, bo patologiczny bodziec łatwiej wpływa na organizm słaby.

Nie wątpię zaś, że analizując dokładnie poszczególne przypadki, dojdziemy do przekonania, że oko niekrótkowzroczne, poprzednio zdrowe, może przez wpływ sympatyczny drugiego oka doznać zmian, odpowiadających odzecie siatkówki albo do niego prowadzących.

Według doświadczenia mojego — sympatyczny wpływ.

wywołujący zmiany oczne, które z czasem doprowadzają do odcepienia siatkówki, może wyjść z oka: a. także odcepieniem siatkówki dotkniętego, b. z oka innem cierpieniem zajętego.

Z dotychczasowych moich spostrzeżeń skłonny jestem do przypuszczenia, że właśnie odcepienia przez sympatyę powstałe powodują fotopsye i bardzo chorego niepokojące halucynacye wzrokowe.

Łącznik sympatycznego wpływu był już dla tłumaczenia powstania w niektórych razach odcepienia dawniej zaznaczany, jednak niedość ściśle, niedość z naciskiem i dlatego okoliczność ta patogenetyczna, wymagająca jednak pewnego uwzględnienia, jeżeli lekarz energiczniejsze ma zająć stanowisko, poszła w zapomnienie.

I tak, jeżeli się nie mylę, pierwszy Mooren¹⁾ podnosi, omówiwszy powód zapalenia tęczówko-rzęskowego i wpływ tegoż na sympatyczne zaburzenia oka, co następuje: »Fassen wir die Thatsachen zusammen, so ergibt sich, dass eine jede Entzündung im Bereiche des Uvealtractus ganz unabhängig von der ersten Ursache ihres Entstehens die Fähigkeit erlangt sympathische Störungen zu erzeugen, wenn sie von vornherein als Cyclitis auftritt oder sobald sie im Laufe der Zeit diesen Character annimmt«.

Podając zaś w następnym rozdziale postacię sympatycznego zachorzenia, wylicza na 52 przypadków zachorzeń przez cyklitis wywołujących sympatyę, 4 przypadki odcepienia siatkówki z odczynową iridocyclitis.

W roku 1877 podaje ze szpitala lyońskiego Vignaux²⁾, że na 90 przypadków, wywołujących sympatyę, stwierdzono raz odcepienie siatkówki.

Jak mało ten etyologiczny moment powstawania odcepienia siatkówki zyskał wśród rzeszy okulistów uwzględnienia,

1) Ueber die sympath. Gesichtsstörungen. Berlin. 1869. Hirschwald.

2) De l'enucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. Thèse de Paris.

przemawia ta okoliczność, iż, o ile literaturę odnośną przejrzeć mogłem, nigdzie później o nim nie wspomniano, a jedynie Schirmer w swoich »Klinische u. pathologisch-anatomische Studien zur Pathogenese der sympathischen Augenentzündung¹⁾ doszedłszy po omówieniu rozmaitych sympatycznych zachorzeń do odczepienia siatkówki usposabiających, powiada: »Einfach übergehen kann ich wohl die früher (Mooren, Vignaux) vielfach²⁾ aufgeführte Ablatio retinae sympathica. Durch die Untersuchungen Lebers, Nordensons u. anderer wissen wir, dass derselben stets eine Chorioiditis vorhergehen muss, die dann durch das Bindeglied einer Glaskoerperschrumpfung zur Ablatio führt. Es wären als solche in das Gebiet der Chorioiditis sympathica zu verweisen«.

Zgoda. Ale, najprzód, ta chorioiditis, prowadząca do odczepienia, nieraz więcej teoretycznie dopuszczona, aniżeli anatomicznie stwierdzona, zawsze będzie wytworem sympatyji. By jej i jej następstw zatem nie dopuścić, trzeba nam odpowiednio zachować się także i wobec oka sympatyzującego, dotkniętego odczepieniem siatkówki. Nie mówię zaś o innych odczepieniach siatkówki, wskutek spraw sympatycznych powstałych, boć wiemy, że one po sympatyzowanej iridocyklitis aż nazbyt często się zdarzają.

Powtóre, a na to chciałbym tutaj nacisk położyć, zanim widoczne objawy chorioiditis w oku sympatyzowanym wystąpią, powstają objawy podrażnienia siatkówki, halucynacye wzrokowe, mroczki, a dopiero później drobnopyłkowe zaćmienia ciała szklonego i bez łącznika chorioiditis, a przynajmniej oftalmoskopijnie dającej się stwierdzić, także odczepienie siatkówki, gdy właśnie obniżenie napięcia długo naprzód poprzedzało.

I tu owa chorioiditis tę samą odgrywa chyba rolę patogenetyczną, co chorioiditis serosa przyjmowana dla wytłómaczenia jaskry, a dotychczas przez nikogo nie stwierdzona anatomicznie.

¹⁾ Graefego Archiv, 38, 4, p. 199.

²⁾ ?

Mojem zdaniem więc właśnie zaburzenie nerwowe, wywołujące zmianę wydzielniczą pod względem ilościowym, a może i jakościowym, najwięcej mogłoby nam sprawę wytłómaczyć, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to w każdym razie w pewnej ich ilości.

Nie potrzeba nam łamać kopii dla wytłómaczenia powstawania zazwyczaj końcowego odczepienia siatkówki w oku sympatyzowanym przez oko — czy to wskutek urazu, czy to wskutek blizny szerokiej w okolicy rzęskowej. czy to wskutek ciała obcego, czy to wreszcie wskutek narośli — uległe zapaleniu rzęskowo tęczówkowemu. Są to bowiem rzeczy aż nazbyt znane i w każdym podręczniku okulistycznym wyszczególnione, ale nie uwzględnioną bywa okoliczność powyżej podana, t. j. że odczepienie siatkówki jednego oka z czasem do takiegoż odczepienia prowadzi drugie czy to także krótkowzroczne jak pierwsze, czy też poprzednio zupełnie zdrowe.

Świadomość tego związku przyczynowego spowodować powinna lekarza do postępowania, które w niejednym przypadku zapobiegawczo działać będzie, chroniąc drugie oko przed niechybną zgubą.

Następujące przypadki, których historję w możliwym streszczeniu poniżej podaję, stwierdzają poniekąd moje założenie, mówię poniekąd, gdyż ani ilość ich ani też znana sentencya »post hoc ergo propter hoc« nie dają wystarczającej pewności do ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy zawilej.

P. X., nauczyciel, wiejski, około 40 lat. Na obu oczach zawsze silnie krótkowzroczny, w r. 1883 zgłosił się z powodu silnych błysków i halucynacji, widywał osoby dawniej mu znane, dywany, zagony kwiatów i t. d., obudziwszy się w nocy, co go niezmiernie niepokoiło. Na prawe oko zaniewidział przed dwoma laty z powodu odczepienia siatkówki. W chwili przedstawienia mi się, oko prawe miało zaćmienie soczewki zrosniętej z tęczówką, p. k. była głęboką. $W = 0$. $T = 2$ i dotyk bolesny. Lo.: słabe zaćmienia ciała szklстого, staphyloma posticum, przekrwienie naczyniówki, a w obwodzie chorioidalne zmiany nieznaczne.

Gdy symptomatyczne leczenie w mej lecznicy absolutnie żadnego nie przynosiło skutku, nie obniżając owych halucy-

nacyi wzrokowych, wykonałem enukleację prawego oka. Niebawem objawy zaczęły w lewym oku zmniejszać się, powoli znikać, a chory dostawszy szkło odpowiadające jego Mp. 10 D. do ciągłego noszenia a — 4 do czytania, powrócił do zajęć. Jeszcze po latach wielu widywałem od czasu do czasu chorego. Mp. jego nie wzmagają się, zaćmienia nieznaczne ciała szklistego znikły a w naczyniówce nie mogłem nowych odkryć ognisk zapalnych.

Co do wyjętego oka, to ono przedstawiało się znacznie wydłużone, siatkówka lejkowato odczepiona przez bardzo znaczny wysięk surowicy. Perforacyi siatkówki nie było można stwierdzić, natomiast ciało szkliste objęte przez odczepioną siatkówkę, a bardzo zmniejszone, makroskopijnie włóknistego zwyrodnienia ślady zawierało.

W naczyniówce w obwodowych częściach ogniska zapalne.

Drugi przypadek dotyczył obywatela wiejskiego z Król. Polskiego p. W. 43-letniego, który przybył do mnie dnia 15 lutego b. r. Krótki wzrok, jak tylko zapamięta. Przed 6 laty zapadł na odczepienie siatkówki, leczony bez skutku.

Od 3 miesięcy zapadł także na pro, leczony jodkiem potasu. Od czasu zaniewidzenia na oko lewe zupełnie czytania zaniechał. Badanie wskazuje: Pro. Spojówka gałki lekko przekrwiona. Po homatropinie wziernikiem stwierdzono zaćmienie ciała szklistego dość znaczne dołem i w samym środku przed tarczą, która cała we mgle; największe odczepienie siatkówki widać dołem szerokie, wypukłości + 6 przy mp. 5. Lo: P. k. głęboka, soczewka czysta, po przez znaczne zaćmienia ciała szklistego widać odbłask wszędzie szary, a tylko górą więcej szaro-czerwony.

Chory skarży się nie tylko na obniżenie wzroku, ale także na niepokojące go błyski, mroczyki, gwiazdy także w ciemności występujące. Wzrok pro = palce na 1 mtr. a na 2 przez — 8; nie czyta nic. Pole widzenia stosownie do odczepienia ograniczone znacznie od skroni i dołu: Lo, nie ma żadnego poczucia światła. Tpro — 1½; Lo — 1.

Leczenie rozpoczęto zastrzykiwaniem soli pod spojówkę i zastrzykiwaniem pilokarpiny podskórnice. Gdy atoli skutku nie było pod żadnym względem, przystąpiłem do wyjęcia gałki lewej bez uśpienia chorego, tylko po kilkakrotnem zastrzyknięciu kokainy do worka i pod spojówkę.

Nie będę opisywał szczegółów zaznaczając tylko, że pod wpływem dalszego leczenia (skopolamina, a wieczorem dionina do oka), nadto pilokarpina czasami na poty, nie tylko subiektywnie ale i obiektywnie stan oka tak dalece się poprawiał, że już 14 marca mogłem w protokole zapisać: Halucynacje prawie zupełnie ustały. Oft.: Zaćmienia ciała szklanego bardzo nieznaczne. Siatkówka cała czerwona, tylko naczynia dołem, a zwłaszcza a. nasalis interior, szersze. 30 marca: Wzrok pro 6/60, Mp. 5 J. 9 na 13 cm. Chory zaznacza, iż błyski, bardzo słabe, czasem tylko występują, i to krótkotrwałe, — że lepiej widzi okiem tem, aniżeli kiedykolwiek w dawnych czasach. T n., Oft.: Zaćmienie ciała szklanego bardzo nieznaczne. tarcz prawidłową widać wyraźnie, z małym staphyloma post. extr. Dołem wewnątrz widać siatkówkę przerwana, a w otoczeniu bezpośredniej perforacyi lekkie strzępki siatkówki ku wewnątrz zwrócone.

Gdy stan oka po następnych kilkunastu dniach się nie zmienił i chory mimo ruchów przy chodzeniu ani błysków już nie zauważył, ani też na obniżenie wzroku się nie skarżył, powrócił do domu.

Wiadomości późniejszych nie miałem.

Oczywiście i tu nie jesteśmy uprawnieni z całą pewnością powiedzieć, że odczepienie siatkówki było pośredniem następstwem odczepienia takiejże błony drugiego oka, że polepszenie prawego oka przypisać potrzeba wyjęciu gałki lewej. Jednakże okoliczność, iż chory zupełnie od czytania, a zatem od konwergencyi i akomodacyi się wstrzymywał, a jednak nie uchronił się od odczepienia i to na oku nie bardzo krótkowzrocznem, mogłaby poniekąd przyjęcie takiego wpływu sympatycznego usprawiedliwić zwłaszcza, gdy wyjęcie gałki pierwotnie chorej dozwoliło w krótkim względnie czasie przy zastosowaniu środków często bezskutecznie używanych, doprowadzić do dobrego wzroku oko, które już od kilku miesięcy odczepieniem było dotknięte.

Ale chociażbyśmy i takiego związku na podstawie dotychczasowego materiału dowieść nie zdołali, to już świadomość wielorakiego wpływu sympatycznego jednego oka na drugie powinna nas skłonić, byśmy poświęcili i przy odczepieniu siatkówki oko, które, zupełnie stracone, chociażby stanu chorobowego

drugiego nie wywołało, to jednak istniejące zapalenie zaostrzyć może. Tu profilaktyka ważną zdaniem mojem odgrywać powinna rolę, skoro pragniemy, wiedząc zwłaszcza, iż zazwyczaj odczepienie siatkówki nie ogranicza się do jednego oka, możliwie korzystne dla chorego stworzyć warunki, byle jakkolwiek zachować mu wzrok. —

Jest jeszcze inny rodzaj odczepienia siatkówki wymagający odrębnego tłumaczenia patogenezy:

Czasami guzy naczyńiówki zdolne do przemiany wstecznej jak gummata lub tuberculoma naczyńiówki, zwłaszcza pierwsze, sprowadzić mogą większe odczepienie siatkówki. Zwykle odczepienie to ogranicza się do objętości guza samego albo mało co go przewyższa. wyjątkowo atoli może dać powód do silniejszego odczepienia, tak że guz sam małą tylko zajmuje przestrzeń, gdy odczepienie szeroko się rozpościera. Byłem w tem szczęśliwym położeniu, że mogłem przez dłuższy czas spostrzegać takie odczepienie, które po dłuższym czasie przy odpowiedniej kuracyi znikło mimo, że tym guzem był prawdopodobnie guz gruźliczy. Oto w krótkości historia choroby.

Panna Sz. ze Zakopanego przybyła do mnie w r. 1895 do Poznania z powodu, iż od miesiąca widzi punkt czarny ruchliwy przed prawem okiem, od tygodnia zaś męczy ją mgła, a litery widziane temże okiem przedstawiają się krzywo.

Wywiady: Rodzice i liczne rodzeństwo na suchoty powymierali. Chora sama od dłuższego czasu ma cierpienie płuc, które lekarze uznali za poważne. Wygląd pozornie zdrowy, na policzkach lekkie podejrzone wypieki. Badanie oka wykazuje: Wpro: $\frac{6}{60}$ bez szkła; $\frac{6}{6}$ Mp. 3 Sn. O. 5. Lo: $\frac{6}{60}$ bez szkła; $\frac{6}{36}$ przez — 0,75. Sn. 0,8 krzywo. Perymetrycznie stwierdzono względne ograniczenie pola górą, obejmujące mniej więcej cały kwadrant. Tło — 1. Wziernik po homotropinie wykazuje media czyste, tarcz prawidłową. Na zewnątrz dołem od tarczy rozpoczyna się odczepienie siatkówki, linią niewyraźną ku górze odgraniczone, nie zbyt wypukłe (4 najwyżej Diop). Żyłka skroniowa siatkówki od miejsca podziału swego jest rozdęta i od tego też miejsca odczepienie wzmaga się ku obwodowi; wyniosłość

siatkówki szara, lekko pagórkowata, ale pagórki te zmieniają przy ruchach gałki nieco swą postać: W miejscu, gdzie vena temporalis się dzieli, widać przeświecające przez siatkówkę trzy guziki lekko wyniosłe, biało szare, wielkości łąpka od szpilki. W okolicy dalszej od zewnątrz, równoległe do brzegu odczepionej siatkówki, widać przebiegającą smugę pigmentową.

Co do płuc to można było po prawej stronie w tyle nad łopatką wypukać stłumienie ograniczone. a przy wydechu słychać rżenie lekkie. Chora miewa poty i czasami tętno przyspieszone.

Wobec anamnezy, głównie zaś wobec obrazu wziernikowego stawiłem rozpoznanie na odczepienie siatkówki, spowodowane guzem tuberkulicznym gromadnym, tj. z wielu drobnych guzków utworzonym, z których kilka uwidoczniło się pojedynczo.

Rokowanie nie mogło naturalnie wypaść pomyślnie, ale postanowiłem leczyć przyczynowo i symptomatycznie, a los sprzyjał mi.

Chorej poleciłem leżeć spokojnie z płatkami wilgotnymi na oczach.

Wewnątrz podawałem pigułki karbonato-kreozotowe, mleko z koniakiem. Kurację tę znakomicie chora znosiła, kreozot nie psuł łąknienia.

Już po tygodniu zauważyłem, że odczepienie prawie znikło, jedynie siatkówka w miejscu odczepienia była oedematyczna, szara. Z owych trzech widocznych guzków dwa znikły, a jeden mały pozostawił ślad.

Poty ustąpiły. Wzrok badany po 12 dniach wynosił na lewem oku $\frac{6}{24}$ bez szkła, a $\frac{6}{18}$ Mp. 1 przez stenop.

Zaprzystałem dawać nadal kreozot. Po kilku dniach znowu poty silniejsze, osłabienie większe, a szara siatkówki wyniosłość zdawała się powiększać. Dla tego powróciłem do dawniejszego przepisu.

Poleciłem dziennie brać 7 kropel karbonatu kreozotu, co dzień o jedną kroplę zwiększając dawkę, nadto czasami i chin. bromat.

16 maja zapisałem w książce protokołowej: odczepienie znikło zupełnie wraz z ostatnim guzikiem, tylko w miejscu

odczepienia niewyraźna plama, rozlana, wielkości tarczy, otoczona nieregularnym pasem pigmentowym. Napięcie gałki stało się prawidłowe, a wzrok wynosił $\frac{6}{18}$ — $_{12}$ Mp. 3,5 Sn. 0,8. Badanie pola widzenia stwierdziło jeszcze nieznaczne ograniczenie względne górą wewnątrz. W dniu wypuszczenia chorej z opieki, t. j. 18 maja, poleciłem wdechanie ol. eucalypti et tereb. z ol. menthae i dalsze używanie kreozotu.

Przed dwoma laty chora, która przez dłuższy czas dla objawów groźnych płuc bawiła w południowych Włoszech, odwiedziła mnie w Krakowie. Wzrok od czasu ostatniego badania niezmienny. Wziernik po zupełnem rozszerzeniu źrenicy atropiną wykazał: media zupełnie czyste, siatkówka wszędzie dobrze przylega, tylko wzdłuż art. temp. inf. siatkówka bledsza z pigmentowymi złogami poza naczyniem leżącymi.

Poniżej prawego obojczyka lekkie stłumienie i oddech trzeszczący. Plwociny badane w instytucie prof. Bujwida nie zawierały prątków gruzliczych, które miano ponownie we Włoszech, a także już w Zakopanem stwierdzić.

Nie tu miejsce zastanawiać się nad rzadkością przypadku pod względem etyologicznym. Tuberkuły naczyńówki zgrupione, czyli przewlekła gruźlica naczyńówki, w przeciwstawieniu do ostrej prosowatej, nie często klinicznie bywa rozpoznawana. Zazwyczaj więcej rozwinięty guz tuberkuliczny uchodzi za glioma retinae, ale znany jednak w literaturze i za życia dobrze rozpoznany przypadek *Hornera*, opisany przez *Haba*¹⁾.

W tym przypadku przyszło atoli do zejścia śmiertelnego, a sekcya potwierdziła rozpoznanie.

Nasz przypadek budzi zajęcie najprzód ze stanowiska ogólnolekarskiego wobec tego, iż z wielkiem prawdopodobieństwem stwierdzona gruźlica oka znikła pod wpływem odpowiedniego ogólnego i miejscowego leczenia. Więcej jeszcze zaciekawia nas przypadek ten ze stanowiska patogenezy odczepienia siatkówki, jak bowiem powstanie to pogodzić z panującym zapatrywaniem

¹⁾ Graefego Arch. f. O. T. 25, 2, p. 224.

teoretycznym i praktycznym na jej genezę, a dalej jak mogło ono zniknąć prawie bez śladu?

Stanowczo nie było tu zaćmień ciała szklanego, nie było też owego ciśnienia ujemnego, wskutek owego kurczenia się ogólnego ciała szklanego.

Że w przypadkach takich odczepienie siatkówki przychodzi do skutku, wykazuje przypadek sekcyonowany przez Haba, który na stronie 231 powiada¹⁾: »Dort, wo die Netzhaut nicht an das innerhalb der Glaslamelle sich flach ausbreitende Gewebe geheftet ist, trennt ein ungeformtes durchsichtiges Exsudat in nicht sehr dicker Lage die beiden Membranen. Es enthaelt viele Koerner und Pigmenttrümmer und farblose Blutkoerperchen, namentlich etwas entfernter von dem Centrum der Geschwulst. Diese leichte Abloesung der Retina von ihrer Unterlage war ophthalmoskopisch diagnosticirt worden«.

Dla zrozumienia etyologii odczepienia siatkówki w przypadkach guzów czy to takich, które uledz mogą wessaniu, czy też dalej rozwijających się, musimy uciec się do innego od poprzednio omówionych tłumaczeń.

Dopuszczalną byłaby hipoteza, że rozwój narośli przyczynia się do zmiany nabłonka pigmentowego siatkówki, wskutek czego następuje utrudniona dyfuzja pomiędzy naczyniówką a ciałkiem szklanym. Płyn wydzielany przez naczyniówkę gromadzi się w następstwie tego po za siatkówką, takową w miarę trwania sprawy coraz więcej odklejając. Jeżeli teraz guz tego jest rodzaju, że ulega wessaniu, warunki prawidłowe wracają, nagromadzony płyn zostaje wessany i siatkówka może znowu przylgnąć.

Zdarzają się także przypadki, że odczepienie występuje u osób nie krótkowzrocznych, starszych cierpiących na diabetes, to znowu na gościec. Badając ściśle, znajdziemy czasami występujące zapalenie tęczówki, drobnopłytkowe zaćmienia ciała szklanego i to zapewne wskutek współdziałania ciała rzęskowego, ale w innych znowu wykażemy zapalenie przedniej czę-

¹⁾ L. c.

ści naczyńcówki, a zatem obwodowe albo też rozlane. Później zaćmienia ciałałka wzmagają się i powoli występuje kliniczny obraz odcepienia siatkówki. W tych przypadkach nie przedłużenie gałki, ale inne jakieś okoliczności wywołują kurczenie się ciałałka szklistego.

Nie pomyliły się niezawodnie, przyjmując jako czynnik pierwotnie działający, t. j. przygotowujący odcepienie, zaburzenie chemiczne w składzie ciałałka szklistego.

Już Raehlman uciekł się w roku 1876 do przyjęcia zmian chemicznych ciałałka szklistego¹⁾, dla tłumaczenia powstawania odcepienia. Zmiany takie sprowadzały zaburzenie dyfuzji pomiędzy wodnym roztworem soli ciałałka szklistego, a cieczą przepływającą naczyńiami chorioidalne. Ze zmienionego ciałałka szklistego przechodzą pewne związki chemiczne (sole) do krwi, gdy jednak białko ma większe powinowactwo endosmotyczne do soli, przeto prąd dyfuzyjny zwraca się do ciałałka szklistego, wskutek czego białko krwi przechodzi przez naczyńia, ale wstrzymane przez siatkówkę, poza nią się gromadzi.

Dla wytłumaczenia i uzasadnienia swej teorii zastrzykiwał roztwory soli 6—10% do ciałałka szklistego i otrzymywał oczywiście odcepienie. Ale i Leber je otrzymywał doświadczalnie, wstrzykując bardzo słabe, bo tylko 3—4% roztwory, tłumacząc je następowem kurczeniem się ciałałka szklistego, nie zaś chemicznym procesem.

Przeciw Raehlmana zapatrywaniom przemawia okoliczność, że płyn przed i pozasiatkówkowy równy nieważ skład chemiczny. Co prawda, to ten skład chemiczny nie zawsze bywa równy, jak to wynika z przypadku Schmidt-Rimplera, który się sprzeciwia uogólnieniu teorii Leber'owskiej. W przypadku tym bowiem oftalmoskopijnie można było w płynie podsiatkówkowym wykazać kryształiki cholestearynowe, których w ciałałku szklistem nie było. Tak samo znowu po za siatkówką bywa często ropa, gdy jej w ciałałku szklistem nie ma.

¹⁾ Ueber die Netzhautablosung und die Ursache ihrer Entstehung. Arch. f. O. XXII, 4.

Schoeler¹⁾ uzupełnia chemiczną teorię Raehlmana przypuszczając, że nagromadzenie się allotropnej modyfikacji białka nie zdolnego do dyfuzji po za siatkówką, względnie naczyniówką, albo chorobowa zmiana błon dzielących, utrudniająca dyfuzję, daje powód do odczepienia.

Boucheron zwolennik teorii wysiękowej przypuszcza, że komórki *partis ciliaris retinae*, wydzielają mucynę do ciała szklanego, a pigmentowy nabłonek naczyniówki wydaje wzrokową purpurę. Tak jak surowicze błony, tak i te komórki nabłonkowe mogą przy pewnych podrażnieniach wydzielać płyny surowicze, surowiczo-włókniste lub mucynowe. Wzmóżone wymiany, jak kwas moczowy może się przytem dostać także do błon ocznych, a drażniąc komórki nabłonkowe jagodówki, spowodować wysięk²⁾.

Podobnie do kwasu moczowego może się i cukier dostać do tkanek gałki i wywołać zaburzenia wymiany materji, doprowadzające ostatecznie do kurczenia się ciała szklanego z odczepieniem siatkówki, albo też może powstać wysięk pierwotny pozasiatkówkowy, a pod wpływem ucisku (napięcie musiałoby być znowu wzmożone), dopiero później ciało szkliste uległoby przemianie.

Nie poruszam tu krytycznie bynajmniej innych teorii, jak Schnabla, Ponceta, Weissa, jako nie mających ścisłego związku z przedmiotem. Na zakończenie pozwoliłbym sobie tylko przytoczyć niezwykle przypadek pierwotnego odczepienia siatkówki, żałując jednak niewymownie, iż przypadek ten li-tylko mogę narazie przytoczyć z pamięci, gdyż protokółów klinicznych odnośnych nie mam pod ręką. Otóż przed 8 czy 9 laty przybył do mnie, do kliniki mej poznańskiej, robotnik około 40-letni, skarżąc się, iż od kilku dni lewem okiem nie widzi. Z powodu spóźnionej pory, gdy inne ważne

¹⁾ Zur Entstehung der Netzhautabl. Jahresbericht. Berlin 1880.

²⁾ Sur l'épithelium aquirare et vitreipare des procès ciliaires. Sur le décollement de la rétine par exsudat choroidien. Bulletins et Mémoires de la Société fr. d'ophthalm. 1883.

obowiązki odwoływały mnie z kliniki, tylko pobieżnie wzziernikiem zbadałem chorego, a mając przed sobą obraz znacznego odczepienia siatkówki od dołu falowato znaczną część dna oka zajmującą i tarcz zakrywającą, poleciłem chorego narazie ułożyć w łóżku, założyć mu opaskę i nazajutrz do ścisłego badania przedstawić. Jakie było moje zdziwienie, gdy chory teraz oświadczył, iż znowu widzi. Wziernikiem najmniejszego nawet śladu odczepienia nie spostrzegłem. Oczywiście obwiniłem siebie samego, iż tak porywczo stawiłem rozpoznanie, iż nie poświęciłem zbadaniu tak ważnego przypadku od razu więcej czasu, ale, wobec dokonanego stanu, nie pozostało mi nic innego, jak zbadać dokładnie wzrok i pole widzenia. Ostatnie okazało się prawidłowem, wzrok, jeżeli pamięć nie zawodzi, był dobry.

O stanie refrakcyi nie umiałbym już nic stanowczego sobie przypomnieć.

Otóż gdy stan ten po kilku dniach nie zmienił się, zastosowałem się do życzenia chorego i puściłem go do domu. Aliści już po tygodniu wraca on stosownie do otrzymanego polecenia skarżąc się, że wzrok tegoż oka osłabł tak, jak poprzednio. Teraz już poddałem ścisłemu badaniu wzziernikowemu chorego i przekonałem się wraz z moimi panami asystentami, iż rzeczywiście siatkówka dołem w znacznych rozmiarach była odczepioną. Barwa jej jasno przezroczysta, a raczej wysięk za nią jasny, siatkówka sama lekko falująca, naczynia rozszerzone. Stosownie do tego stanu było pole ograniczone, a wzrok naosiowy znacznie osłabiony.

Chorego poddano leczeniu przezemnie wtenczas najwięcej używanemu, t. j. pilokarpina podskórnie, opaska lekko uciskająca, kąpiele nożne gorące i t. d. Następnym dni przekonaliśmy się, że odczepienie znacznie się zmniejszyła, ale zawsze potrzebowało ono teraz tygodnia czasu do zupełnego zniknięcia. Mniej więcej w dwa tygodnie mógł chory, znowu wyleczony, powrócić do domu odebrawszy odpowiednie wskazówki a zwłaszcza przestrożę, by zaraz w razie najmniejszego pogorszenia powrócić. Nastąpiło to może w cztery tygodnie.

Leczenie i teraz w przeciągu tygodnia powróciło choremu dawną bystrość wzrokową, a wśrodocznie nie było można, jeżeli i tu mnie pamięć nie zawodzi, żadnych ważniejszych stwierdzić zmian. Później chory już nie zgłaszał się, z czegoby można wnioskować, że nawroty te nie powtarzały się. Tłómaczy się to może wielką ostrożnością, do której chory słowem i własnym doświadczeniem był zachęcony.

Zachodzi pytanie, czy w danym razie mieliśmy do czynienia z rzeczywistym odczepieniem siatkówki samej, czy też tylko z nabiegiem (oedema), nagle występującym.

Zrazu może tylko sam wystąpił nabieg, który powracając wytworzył rzeczywiste odczepienie. Już Iwanoff wspomina o możliwości powstawania odczepienia się siatkówki przez pęknięcie jam (Hohlräume), powstałych w oedematycznej siatkówce¹⁾.

Może i niejednen przypadek rzekomo wyleczonego odczepienia siatkówki zawdzięczał takiemu pochodzeniu łatwe wyleczenie. —

O leczeniu oczywiście rozwozić się nie będę, odbiegłbym od zadania, które sobie zakreśliłem tj. od wykazania, że nie wszystkie przypadki dadzą się wytłómaczyć teorią Lebera-Nordensona, że tak, jak jaskra może rozmaitym okolicznościom zawdzięczać swe powstanie i dlatego leczenie tejże nie może być jednolite, tak też i odczepienie siatkówki, lubo najczęściej zachodzące przy wysokich stopniach krótkowzroczności, bywa i w oczach miarowych a nawet nadmiarowych, a początek odczepienia do zaburzeń już to miejscowych już też ogólnych odnieść powinniśmy.

Uwzględniając zaś ściśle etyologię, nie będziemy absolutnymi sceptykami w leczeniu i niejedno oko stosownem postępowaniem uchronimy od zguby.

¹⁾ Oedem der Netzhaut Arch f. Opht. Bd. XV. 2. 1869

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z oddziału Dra Kramsztyka w Warszawie.

Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki.

Podał

DR LEON FEINSTEIN.

Urazy rogówki zdarzają się u dzieci względnie dosyć często. Skutki takich urazów bywają nieraz bardzo groźne i dlatego należy zachować nadzwyczajną ostrożność tak przy leczeniu, jak i rokowaniu. Jedna i ta sama postać chorobowa kończy się dla oka w najrozmaitszy sposób. Szczególnie ma to miejsce przy ukłuciach zanieczyszczonym piórem stalowem. — Pamiętam parę przypadków, w których ukłucia takie pozostały czarne plamy w rogówce bez wszelkiej reakcyi ze strony oka. Rzadko kiedy tatuowanie, wykonane przy zachowaniu możliwej czystości, tak małe podrażnienie ze strony oka wywołuje, jak to właśnie zdarzyło się w powyższych przypadkach, gdzie miejsce tuszu zajął atrament.

Obecny przypadek, który zamierzam opisać, był w pierwszych dniach podobny do poprzednich; podrażnienie i tym razem było z początku bardzo małe. Chory jednak, 9letni chłopiec, narzekał na łzawienie i nieznaczny ból, i wskutek tego został przyjęty na oddział chorób ocznych. Ukłucie piórem stalowem w oko prawe miało miejsce 13 października 1901 roku, do szpitala przyjęto chorego 16.

Stan oka prawego następujący: Przekrwienie okołorogówkowe nieznaczne. Na rogówce plama czarna, zakrywająca całą prawie źrenicę. Powierzchnia plamy gładka. Rany nie widać. Ciecz wodna w komórce przedniej przezroczysta. Chory skarży się na nieznaczne pieczenie w oku prawem. Oko lewe zdrowe.

Następnego dnia przekrwienie i ból nieco się wzmogły. Ponieważ zwykłe leczenie nie pomagało, postanowiliśmy atrament usunąć. Zdawało się, że igłą do ciał obcych da się po-

wierzchowne warstwy zdrapać i razem z nabłonkiem usunąć się atrament. Próba ta jednak się nie powiodła. Następnego dnia po tym rękoczynie stan oka się pogorszył. Atropinizacja częsta nie spowodowała rozszerzenia źrenicy. Pokazała się ropa w przedniej komórce. Ból po paru dniach wzmógł się do tego stopnia, że chłopak spędził parę nocy bezsennych. Stan oka zaczynał być groźnym. Zachodziła obawa panophthalmitis. Namyślaliśmy się, czy nie przystąpić już do wyłuszczenia oka, ale postanowiliśmy jeszcze raz spróbować, czy nie da się gałki zachować. Należało koniecznie usunąć atrament, który, jako ciało obce w rogówce, wywoływał objawy powyższe. Operacji tej dokonałem przy uśpieniu chloroformowem. Użyłem do operacji noża grotowego. Oddzieliłem na całej przestrzeni, jaką plama zajmowała, powierzchowne warstwy rogówki, i w ten sposób obnażyłem całą zabarwioną część oka. Po obnażeniu próbowałem zmyć atrament strumieniem ciepłej wody, ale bezskutecznie. Wacikiem również nie udało się choćby w części oczyścić obnażonego miejsca. Poprzestałem więc jedynie na oddzieleniu i usunięciu warstwy, która plamę przykrywała, i prze-mywszy worek spojówkowy, nałożyłem okład ciepły.

Nazajutrz przy opatrunku znalazłem stan oka doskonały. Chory w nocy spał dobrze. Bóle zupełnie ustały. Podrażnienie oka bardzo małe. W komórce ślad ropy. Czarne zabarwienie pozostało jedynie na obwodzie plamy. Cała środkowa część prawie zupełnie wolna od atramentu. Następnego dnia rogówka jeszcze czystsza. Po paru tygodniach zwykłego leczenia pozostało na rogówce nieznaczne zmętnienie.

Roczników okulistycznych nie przeglądałem, nie mogę więc z pewnością twierdzić, że tego rodzaju przypadek nie był jeszcze opisany. Zdawało mi się, że sposób leczenia w moim przypadku jest dość ciekawy, i dlatego podaję go do wiadomości kolegów. W podręczniku Graefe'go i Saemisch'a wzmianki o tego rodzaju urazach nie znalazłem. W »*Traité complet d'ophtalmologie*« Wecker'a i Landolt'a powiedziano jedynie, że ukłucia piórem stalowem zdarzają się u dzieci bardzo często i zwykle pociągają za sobą częściowe lub całko-

wite zniszczenie rogówki. Sądząc z kilku przypadków, które ja spostrzegąłem, nie mogę z tem zdaniem się zgodzić. Jak wyżej wspomniałem, parę razy atrament pozostawał w rogówce bez reakcyi i szkody dla oka. W obecnym przypadku groźne dla oka objawy zależały albo od chemicznych własności danego atramentu, albo od tego, że pióro stalowe prócz atramentu było jeszcze czemś zanieczyszczone. W każdym razie lepiej, zdaje się, trzymać się zasady usuwania ciał obcych. tembardziej, że w rogówce rzadko przychodzi do otoczenia obcego ciała tkanką łączną. W opisanym przypadku o właściwem usunięciu ciała obcego mówić nie można. Moja interwencya polegała jedynie na obnażeniu zaplamionej części rogówki. Atrament sam powoli zniknął z tkanki rogówkowej.

III. NOWE KSIĄŻKI.

O zezie i jego leczeniu. (Le strabisme et son traitement).
Dr H. Parinaud. Paryż. Wyd. Oct. Doin. 1899. Stronic 197.

Książka ta stanowi niejako dalszy ciąg pracy tegoż autora p. t. »La vision«, streszczonej w »Post. Okulist.« 1899, str. 213. Poglądy swe na istotę i własności fizyologicznego aktu widzenia obuocznego, wypowiedziane w drugiej połowie owej pracy, rozwija autor dalej i wyświeśla je ze stanowiska patogenezy zezą towarzyszącego. Treścią i myślą przewodnią dziełka tego jest teoria zezą nerwowa, na której poparcie przytacza Parinaud mnóstwo dowodów, zwalczając równocześnie od dawna zakorzenione przekonanie, że przyczyna zezą tkwi w mięśniach ocznych. Rzecz szczególna, że myotomia, wprowadzona około 1840 roku przez Dieffenbacha, stanowiąc epokę w leczeniu zezą, stała się równocześnie powodem zupełnego zmylenia pojęć o istocie i przyczynach tej wady, gdyż zrodziła teorię mięśniową, której ślepo hołowali nawet badacze tej miary, jak Albr. Graefe, Donders, Giraud-Teulon, a która i dzisiaj jeszcze ma gorących zwolenników, jak Stevens, Schweigger i wielu innych.

Parinaud jeszcze w r. 1883 w swej pracy p. t. „*Paralysie des mouvements associés*“ przeciwstawił porażeniom poszczególnych mięśni ocznych porażenia pewnych skojarzonych ruchów, przy których sprawność mięśnia jest zniesioną lub upośledzoną dla pewnej

tylko czynności, n. p. dla konwergencyi, lecz zachowaną w całej pełni dla czynności innych, n. p. gdy chodzi o równoczesne zwrócenie obu gałek ocznych w lewo lub w prawo. Spostrzeżenie to rzuca już pewne światło na możliwość zaburzeń czysto nerwowych, odnoszących się tylko do pewnych połączeń między poszczególnymi ośrodkami. Zez towarzyszący należy wedle Parinaud'a właśnie do tej gromady zbroceń nerwowych i daje się najlepiej określić jako *wada rozwojowa nerwowego przyrządu widzenia obuocznego (de l'appareil de vision binoculaire)*, wada, która nie pozwala osiom widzenia ustawić się w zbieżności, wymaganej przez odległość danego przedmiotu. Nie należy zapominać, że zbroczenie oka zezującego nie stanowi bynajmniej istoty choroby, lecz jest tylko jednym z jej objawów. Objaw ten, jako najbardziej uderzający, nie dziw, że najdawniej zwrócił na siebie uwagę zarówno ogółu jak i lekarzy, ale to, co przedewszystkiem wyróżnia narząd wzrokowy osobnika zezującego, jest zupełna utrata właściwego widzenia obuocznego (*vision binoculaire*) i zastąpienie tegoż tak zwanem widzeniem równoczesnem (*vision simultanée*). Między jednym, a drugim rodzajem widzenia obuocznego zachodzą głębokie i zasadnicze różnice.

Prawidłowe widzenie obuoczne polega na zdolności jednoczenia obrazków, wytwarzanych na obydwu siatkówkach, w jedno jedyne wrażenie. W razie, jeśli obrazki te nie padają na miejsca identyczne obu siatkówek, występuje natychmiast dwuwidzenie. Niezbędnym warunkiem istnienia prawidłowego widzenia obuocznego jest zdolność do konwergencyi, gdyż ona tylko umożliwia umiejscowienie obrazków przedmiotu w obydwu planikach żółtych, które są punktami *par excellence* identycznymi. Głównym bodźcem, wywołującym zbieżny ruch gałek ocznych, jest siatkówkowy odruch, który najsilniej występuje w najbliższem otoczeniu plamek żółtych i ma za zadanie sprowadzić obydwie obrazki na miejsca identyczne. Akomodacya stanowi również potężny bodziec dla konwergencyi na mocy skojarzenia, jakie wiąże wzajemnie te dwie odrębne czynności. Poza tem jednak istnieje konwergencya, którą Parinaud nazywa »świadomą« (*convergence consciente*), dzięki której, mając oczy zamknięte i wyobrażając sobie w myśli odległość przedmiotu, który się rzeczywiście przed nami znajduje, spostrzegamy przedmiot ten pojedynczo — bezpośrednio po otwarciu oczu. Wreszcie wiadomo, że przy pewnej wprawie można nadać dowolnie ruch zbieżny gałkom ocznym, nie wpatrując się zgoła w żaden przedmiot bliski. Te dwa ostatnie sposoby wywoływania zbieżnego ustawienia oczu nie mają tu znaczenia, natomiast odruch siatkówkowy i związek konwergencyi z akomodacyą stanowią główne podstawy, na których Parinaud buduje swoją teorię patogenezy zez.

Widzenie równoczesne (*vision simultanée*), jakie pozostaje zezującym w udziale, znamionuje się zdolnością rozróżniania przedmiotów, znajdujących się w polu widzenia każdego oka z osobna, natomiast brakiem zdolności jednoczenia (zlewania) obrazków, należących do tego samego przedmiotu, a tem samem niemożnością wywołania dwuwidzenia. Trzeba zauważyć, że widzenie równoczesne jest zasadniczą i pierwotną własnością narządu wzroku u człowieka i zwierząt wyższych i stanowi niejako filogenetyczny podkład, na którym u każdego prawidłowego osobnika rozwija się i wydoskonala w pierwszych latach życia właściwe widzenie obuoczne, a jeśli z powodu niekorzystnych warunków rozwój połączeń nerwowych, potrzebnych dla widzenia obuocznego, zostanie wstrzymany, wtedy pozostaje jedynie zdolność widzenia równoczesnego, co w wysokim stopniu usposabia do zezu towarzyszącego.

Jakież to czynniki mogą powstrzymać lub upośledzić prawidłowy rozwój widzenia obuocznego? Na to pytanie odpowiada Parinaud: Wszystko, co osłabia prawidłowy odruch siatkówkowy, wywołujący ruch zbieżny gałek ocznych, konieczny dla obuocznego widzenia, — a zatem brak wyrazistości jednego z obrazków siatkówkowych, spowodowany czyto wyższym stopniem wady refrakcyi, czy niezbornością, plankami na rogówce lub wśródgałkowemi zmianami oka słabszego, — dalej długotrwałe zasłonięcie jednego oka przez opaskę lub opatrunek, z jakichkolwiek powodów zakładany. W równej mierze mogą odruch ten, którego drogi nerwowe nie są bliżej znane, osłabić różne zaburzenia i choroby mózgowie dziecięcego wieku. Jakiego rodzaju zez powstanie, zbieżny czy rozbieżny, to już zależy od przyczyn drugorzędnych i tu autor w zasadzie nie odmawia słuszności teorii Dondersa, który tak wielką rolę przypisuje nadmiernemu wysiłkowi akomodacyi przy hypermetropii i brakowi takiego wysiłku przy myopii. Wadę refrakcyi i grę akomodacyi uważa Parinaud za ważny, ale nie za najważniejszy i nie za wyłączny czynnik przyczynowy zezu, boć zachodzą przypadki, stojące w jawnej sprzeczności z teorią Dondersa, n. p. zez rozbieżny u hyperopów lub zbieżny u myopów. Kładąc nacisk na to, że kierunek zбочenia oka zezującego zależy zwyczajnie od drugorzędnych, czasem przypadkowych okoliczności, wyjaśnia autor przypadki zezu rozbieżnego u hypermetropów tem, że niejednokrotnie wysiłek akomodacyi, wspartej nawet nadmierną jednostronną zbieżnością, nie wystarcza do wytworzenia wyraźnych obrazków na siatkówce tak, że chory przestaje akomodować i radzi sobie przez znaczne zbliżenie przedmiotów, aby brak wyrazistości obrazków nagrodzić sobie ich powiększeniem. Ponieważ wśród takich okoliczności słabnie równocześnie dążność do konwergencyi, a widzenie obuoczne

staje się niemożliwe, powstają zatem te same warunki, które wytwarzają zez rozbieżny u myopów.

Rozbierając przypadki bądź co bądź wyjątkowe zez zbieżnego u krótkowidzących¹⁾, podnosi Parinaud przedewszystkiem okoliczność, że może tu zachodzić czysty przypadek, że mianowicie zez zbieżny istniał od dzieciństwa, a krótkowzroczność powstała n. p. w latach szkolnych, a w takim razie między dwoma stanami nie ma żadnego związku przyczynowego. Tam, gdzie związek taki przyjąć trzeba koniecznie, ucieka się autor do przypuszczenia, że w miarę jak z postęпами myopii punkt dali wzrokowej zbliża się do oka, zbliża się też równocześnie i pole konwergencyi i wyjątkowo przy sprzyjających warunkach może się ustalić zбочenie oka słabszego w kierunku zbieżnym, zwłaszcza, jeśli myopia jest wrodzona. Zwyczajnie dzieje się przeciwnie i kiedy punkt dali wzrokowej znajduje się bliżej oka niż najbliższy punkt, do którego zdolne są oczy zbieżnie się ustawić, wtedy widzenie oboczne staje się fizycznie niemożliwym i powstają warunki, sprzyjające wytworzeniu się zez rozbieżnego.

Z wielkim naciskiem podnosi autor w dalszym ciągu swej pracy nerwowe, a w szczególności mózgowe pochodzenie zez łowarzyszącego, którego przyczyn nie należy szukać ani w osłabieniu mięśni, ani w ich skróceniu lub wyciągnięciu. Jednym z silnych dowodów, przemawiających przeciw istnieniu jakichkolwiek zmian fizycznych lub anatomicznych w mięśniach ocznych jest znikanie zez zbieżnego (niezadawnionego) podczas snu naturalnego jakoteż w uśpieniu chloroformowem (Stellwag, Hansen-Grut). Wiadomo, że we śnie zwalniają się również przykurczenia nerwowe, a zwłaszcza histeryczne, będące pochodzenia niewątpliwie mózgowego. We wszystkich jednak zadawnionych przypadkach zez wytwarzają się wskutek wieloletniego skręcenia gałki ocznej *następowe* zmiany w mięśniach, a także, i to szczególnie, w torebce Tenona i włóknistych więzadłach, otaczających gałkę oczną. Te to zmiany wtórne, będące skutkiem, a nie przyczyną zбочenia, utrwalają ostatecznie kąt zez i powodują mniejsze lub większe ograniczenie pola ruchów (pola patrzenia) oka zezującego.

Upośledzenie bystrości wzroku po jednej stronie bywa często jedną z przyczyn zez, ale nie da się też zaprzeczyć, że może być również następstwem długotrwałego nieużywania oka. To ostatnie

¹⁾ Nie wspomina tu autor wcale o skurczu akomodacyi, który przecie tak często nawiedza myopów, a który mógłby tu zez zbieżny wyjaśnić analogicznie, jak przy Hp. wyżej opisane zwolnienie akomodacyi wyjaśniło zez rozbieżny. (ref.)

przypuszczenie jest usprawiedliwione zwłaszcza wtedy, gdy ani zaćmień w środkach łamiących, ani żadnych zmian na dnie oka nie możemy wykazać. Znamieniem niedowidzenia oka zezującego jest ubytek w środku pola widzenia, względny lub nawet zupełny (*scotoma centrale relativum* albo *absolutum*) przy zachowanej wrażliwości obwodowych części siatkówki. — Ponieważ zezujący pozbawiony jest zdolności widzenia obuocznego, co wynika już ze samego pojęcia zez, przeto braknie mu jednego ze środków, służących do oceniania wymiaru głębi. Że jednak mimo tego »widzenie równoczesne« obydwojma oczyma ułatwia mu przecież to zadanie, to wynika ze spostrzeżenia Greefa, wedle którego pewna 14letnia zezująca dziewczynka, patrząc przy próbie Heringa obydwojma oczyma, pomyliła się tylko 2 razy na sto, podczas, gdy, patrząc jednym okiem, dała na sto prób 50 mylnych odpowiedzi. Podobne spostrzeżenie ogłosił Simon: 11letnia zezująca chora, u której żadnym sposobem nie można było wywołać dwuwidzenia, obydwojma oczyma pokonała zwycięsko próbę Heringa 33 razy, a pomyliła się tylko raz jeden. po zamknięciu zaś jednego oka przy 27 próbach 11 razy uległa złudzeniu. —

W drugiej części swej książki omawia autor leczenie zez a i wyjaśnia w myśl swej teorii działanie różnych sposobów tak optycznych, jak chirurgicznych, których skuteczność empirycznie już dawno została stwierdzoną. Wykazuje on, o ile lepiej będziemy leczyć przypadki zez, jeżeli będziemy sobie zawsze zdawać jasno sprawę z tego, na czem polega istota poszczególnych objawów, przeciwko którym mamy skierować nasze zabiegi. Rzecz jasna, że wobec nerwowego tła, na którym rozwija się każdy zez towarzyszący, jesteśmy zupełnie bezsilni. Ale, pamiętając, że zaburzenie nerwowe, polegające na upośledzeniu lub braku widzenia obuocznego, może mieć przyczynę także w oku (*anisometropia. astigmatismus, maculae corneae*), użyjemy środków optycznych, aby wedle możliwości siłę wzroku obustronnie wyrównać. Pamiętając dalej, że zaburzenie nerwowe w zakresie widzenia obuocznego nie wytwarza zazwyczaj zez bezpośrednio, lecz za pośrednictwem wzmoczonej lub niedostatecznej akomodacji i przez osłabienie siatkówkowego odruchu dla konwergencji, — użyjemy, stosownie do bliższych wskazań, takich środków, jak: atropinowanie, ćwiczenia stereoskopowe lub pseudoskopowe, wyrównamy hyperopię, względnie myopię zapomocą szkieł odpowiednich, zastosujemy wreszcie szkła pryzmatyczne i t. d. We wielu przypadkach, gdzie zez nie jest zbyt zadawniony i polega wyłącznie na zaburzeniu nerwowym, te środki optyczne wystarczą do zupełnego wyleczenia. Skoro jednak raz przyszło do anatomicznych zmian następowych w mięśniach i w torebce Tenona,

wtedy bez zabiegów operacyjnych obejść się już nie zdołamy. I tu omawia autor szczegółowo wartość poszczególnych operacji, podnosząc wyższość antepozycyi (dość zresztą powszechnie uznaną, *ref.*) nad tenotomią, oraz wielkie znaczenie operacji czysto torebkowych (*débridement capsulaire* i *avancement capsulaire*). Zmiany w torebce Tenona i wogóle w tkance łącznej dookoła ścięgna bywają częstokroć daleko wybitniejsze, aniżeli zmiany w samym mięśniu. Wynika to z doświadczenia, że niejednokrotnie samo szerokie nacięcie torebki Tenona i porozdzielanie zrostów daje wynik zupełnie wystarczający, który się dalej zupełnie już nie powiększa, gdy następnie przelniemy jeszcze ścięgno mięśnia. Przy zezie zbieżnym wykonywa Parinaud od dłuższego czasu samo tylko rozcięcie zrostów torebkowych (*débridement capsulaire*) i jest zadowolony z wyników. W przypadkach zezą rozbieżnego operacje na samej torebce są zazwyczaj niewystarczające. Tu zaleca autor przeszycie ku przodowi mięśnia prostego wewnętrznego z równoczesną tenotomią prostego zewnętrznego, w wyższych zaś stopniach wykonanie operacji na obydwu oczach.

Wkońcu powtarza Parinaud zdanie, które podzielają już dziś chyba wszyscy okuliści, że, usunąwszy wadliwe ustawienie gałki zezującej i wynikające stąd oszpecenie, usunęliśmy tylko jeden z objawów cierpienia i spełniliśmy tylko część zadania, — i że ostatecznym celem pozostanie tu zawsze przywrócenie prawidłowego widzenia obuocznego, zapomocą środków optycznych i ćwiczeń stereoskopowych, gdyż tylko w ten sposób usuniemy zboczenie do szczętnie, a zarazem utrwalimy pomyślny wynik leczenia.

Dr K. W. Majewski.

Dwa lata działalności ludowego szpitala (1897—1899).

(Po rosyjsku). Dr Józef Idzikowski, kierownik szpitala Woskresieńskiego W. A. Paszkowa. 1901.

Sprawozdanie swe rozpoczyna autor od ogólnych uwag, odnoszących się do sprawy zakładania małych szpitali wiejskich, i wykazuje, że szpitale takie posiadają pod wielu względami wyższość nad wielkimi zakładami leczniczymi, skupionymi przeważnie w miastach stołecznych. Szpitale wiejskie, jeśli są dobrze urządzone, zapewniają chorym daleko lepsze warunki zdrowotne, co w niemałym stopniu przyczynia się do korzystniejszego przebiegu chorób, a zwłaszcza do lepszych wyników po zabiegach operacyjnych. Powtórę ludność, mając pomoc lekarską w miejscu, przyzwyczajają się zgłaszać się wcześniej po poradę i mniej przychodzi chorych z cierpieniami zastarzałymi i zaniedbanymi, których wyleczenie, jeśli jest wogóle możliwe, następuje większe trudności. Ta ostatnia okoliczność

ma szczególnie wielkie znaczenie w takich krajach jak Rosya, gdzie większe miasta rzadko są rozsiane, a komunikacye utrudnione i dla ludu, najczęściej głodem przymierającego, za kosztowne. Dr Idzikowski jest kierownikiem szpitala w Woskresieńskim zawodzie (gub. Ufimska), położonym w pięknej i zdrowej okolicy południowego Uralu. Podaje on bardzo szczegółowy opis tego skromnie, ale w granicach szczupłych środków postępowo urządzonego zakładu. Równie szczegółowo opisuje administracyę, gospodarstwo szpitalne, a także sposoby, jakimi przeprowadza aseptykę przy operacyach, rodzaje narkozy, jakich używa, i t. d. Na zakończenie podaje autor dokładny spis operacyi wykonanych w ciągu wymienionego dwulecia. W liczbie tych operacyi jest duża ilość ocznych, a między nimi przeszło 60 operacyi zaćmy, — z czego 46 z dobrym wynikiem, a 11 z miernem polepszeniem wzroku. (Według przekładu polskiego, dokonanego przez Dra Wójtowicza).

Dr K. W. Majewski.

IV. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde.

Nieco o metalowych ciałach obcych w oku (Zur Kenntniss der metallischen Fremdkörper im Auge). Dr E. Franke z Hamburga. (1901, Nr XII).

Z doświadczeń Lebera wiadomo, iż ciała obce, dostawszy się do oka, stosownie do miejsca, w które się dostały, i do materyi, z jakiej się składają, różne wywołują skutki. Wogóle ciała aseptyczne i chemicznie obojętne (indifferent), jak szkło, porcelana itp., nigdy nie wywołują zapaleń, gdy tymczasem odłamki miedzi powodują ciężkie zapalenie.

Następnie autor przyłącza przypadek urazu ocznego, przez odłamek miedzi powstałego, który przy strzeleniu ze starej strzelby (kapzlówka) dostał się do oka. Po 2 tygodniach stan oka przedstawiał się w ten sposób: silne nastrzyknięcie gałki i bolesna wrażliwość na dotyk. Na górnym brzegu rogówki blizna 1 mm długa, hypopyon wypełniało $\frac{1}{4}$ część komory, dolny brzeg rogówki ropy nacieczony. Z powodu wrodzonej częściowej zaćmy soczewki dno oka niewyraźne. V. = palec na 3 m. Drugie oko (lewe) prawidłowe.

Rozpoznano odłamek miedzi w dolnej zatoce komory, zaczem także przemawiał ropny naciek odpowiedniej części rogówki, co

Leber uważa za charakterystyczne dla odłamków miedzi w zatoce komory. Sideroskop dał wynik ujemny, aparat Roentgena wskazywał na obecność małego ciała obcego w oku.

Atropina i opaska usunęły hypopyon po tygodniu, gdy tymczasem ze spojówki przechodziły nowo utworzone naczynia do nacieku rogówki. Ciała obcego jeszcze nie można było zobaczyć. Po dalszym tygodniu spostrzeżono na dnie oka objawy zapalne na tarczy wzrokowej, które przez dłuższy czas (7 tygodni) pozostały niezmienione. W miarę wolnego ustępywania unaczynienia na rogówce znać było na tęczęwce brunatne miejsce, w którym, po wyjaśnieniu się zmętniałej rogówki, widziano odłamek miedzi. Po otwarciu przedniej komory, wyjęto ten odłamek (1 mm wysoki i 2 mm szeroki). Po ośmiu miesiącach bystrość wzroku wynosiła: V. = $\frac{7}{25}$, odpowiednio do zaćmionej soczewki.

W drugim przypadku chodziło o odłamek żelaza, który przez środek rogówki i źrenicę dostał się do soczewki. Odłamek w ten sposób zajmował środek soczewki, iż oba końce jego dotykały obu biegunów soczewki. Elektromagnes Haaba okazał się niewystarczającym; otworzono przednią komorę, rozdarło przednią torebkę soczewki i wyjęto odłamek szczypcami, poprzednio namagnetyzowanymi. Zaćmę urazową, przez to powstałą, później wyjęto. Wielkość odłamka była 2 mm dług., 3 mm szeroki i 1 mm grubości.

Ponieważ żelazo z czasem osadza rdzę w powstałej zaćmie urazowej, musiano przeto się pospieszyć z wyjęciem tego ciała. Autor radzi nawet jak najdrobniejsze odłamki żelazne z oka usuwać (choć wiadomo, iż w kilku przypadkach oko znosiło obecność żelaza bez złych skutków), gdy tymczasem aseptyczne kawałki miedzi, reakcyi nie wywołujące, można zostawić w soczewce.

Przy końcu autor przytacza własny przypadek wessania drobnych odłamków miedzi, co już Leber doświadczeniem stwierdził. (Leber udowodnił, iż drobne odłamki miedzi, na przedniej powierzchni tęczęwki, zostały zupełnie wessane). — Odłamki znajdowały się w przypadku tym na przedniej torebce soczewkowej i na zewnętrznej powierzchni tęczęwki.

Co się zaś tyczy wessania drobnych odłamków żelaza, to przeważna część zaprzecza możliwości tychże wessania. Przeciwno temu zaś, zdaniem autora, przemawia własne spostrzeżenie. Przed 10 laty autor stwierdził na siatkówce drobny odłamek żelaza ($\frac{1}{2}$ mm średnicy), który pozostał tam, gdyż wielki elektromagnes był jeszcze nieznanym. Po 10 latach towarzystwo asekuracyjne żądało dokładnego zbadania stanu tego oka. Ale ani wzornik, ani sideroskop, ani Roentgen nie mogły w żaden sposób wykazać śladów tego od-

łamka żelaznego. Również nie było ani złogów rdzy, ani ścięśnień w polu widzenia, ani hemeralopii. Jedynie biało-żółtawe zabarwienie na siatkówce wskazywało na miejsce dawne; zresztą żadnych oznak. Nawet bardzo drobne rozmiary odłamka nie mogły wpłynąć na obraz aparatu Roentgena, gdyż ciało w tym wypadku ($\frac{1}{2}$ mm średnicy) musiałyby być widoczne na obrazie.

Po tym przypadku autor przypuszcza możliwość wessania bardzo drobnych odłamków żelaza. Dr Gruder.

Przypadek urazowego zakrzepu żyły siatkówki (Ein Fall von traumatischer Thrombose der Netzhaut-Venen). Dr v. Wiser z Moguncyi (1901, Nr XII).

Wskutek uderzenia odpadkiem kamienia w oko, powstało na rogówce małe, powierzchowne nadżarcie, wyleczone następnie atropiną i opaską. Wziernikiem (11 dni po urazie) stwierdzono zakrzep venae central. retinae na tem oku. Na siatkówce wokół tarczy wzrokowej liczne świeże wybroczyny, zwłaszcza w dolnej części siatkówki. V. = palec na 3 m.

Ponieważ stanowczo wykluczono wadę sercową, jakoteż silniejsze uderzenie, mogące spowodować znaczniejsze wystąpienie krwi poza gałkę (Extravasat) i następnie uciskiem na naczynia siatkówki wywołać zakrzep żylny, przeto autor szuka przyczyny tego zakrzepu żylnego w podrażnieniu nerwu współczulnego, przyczem nieco dłużej trwający skurcz nerwów regulujących żyły siatkówki (Vasomotoren der Venae centralis) i przy szczególnej skłonności krwi do skrzepnięcia może w tak silnie zwężonem naczyniu żylnem spowodować zakrzep. Dr Gruder.

Przypadek zawodowego uszkodzenia oczu gorczycą (Ein Fall von gewerblicher Senf-Schädigung der Augen). Dr L. Pick z Królewca (1901, Nr XII).

Przypadek ten zawodowego uszkodzenia oczu gorczycą uważać należy za uzupełnienie streszczenia p. t. »Uszkodzenie olejkami gorczycznymi« w Postępie Okulistycznym, zeszyt X, z b. r. — Robotnik zajęty w lokalu, w którym wytwarzają się wypary gorczyczne, dostaje na dotąd zupełnie zdrowych oczach silnego podrażnienia gałki, połączonego z lekkim zmętnieniem rogówki, odpowiednio do szpary powiekowej. Przy badaniu lupą Hartnack'a widać, iż zmętnienie rogówki składa się z niezliczonego mnóstwa powierzchownych pęcherzyków, mniejszych od ukłucia szpilką. Głębsze warstwy rogówki i gałki są prawidłowe. Dno oka nieco zamglone, lecz prawidłowe. V. = $\frac{6}{18}$ — $\frac{6}{12}$. — Kokaina, okłady, spokój — usunęły po trzech tygodniach zupełnie ten stan na rogówce. Za poradą lekarską chory

zmienił swój zawód, gdyż powrót do tego samego zajęcia wywoływał ten sam stan zapalny na rogówce obu ocz.

Autor widzi przyczynę tych pęcherzyków, połączonych z wielkim uczuciem boleści i silnym podrażnieniem gałki, w odżywczem (trophisch) uszkodzeniu przybłonka. Od podobnego przebiegu przypadków z „*keratitis vesiculosa*“ ten przypadek różni się tem, iż pęcherzyki opisane nigdy nie pękały, ani się razem nie zlewały (confluiren), mimo codziennego i dokładnego badania. Przeciwnie pęcherzyki w ten sposób znikały, iż płyn tychże bywał wessany, a przybłonek (pęcherzyki) znów przylegał do membrana Bowmani.

Opisany przypadek zawodowego uszkodzenia olejkiem gorzycznym ma wielkie podobieństwo z zapaleniem rogówki, wywołanem przez wypary nitronaftaliny, tylko, że ostatnie zapalenie jest połączone z uszkodzeniem głębszych warstw rogówki, »zapalenie miąższowe (interstitielle Keratitis)«, ze silniejszym upośledzeniem wzroku i dłuższym czasem leczenia.

Dr Gruder.

Rana rogówkowa po operacyi zaćmy u człowieka. (La plaie de la cornée après l'opération de la cataracte chez l'homme). Dr E. Hocquard. (»Annales d'Oculistique«, 1901, Nr XI).

Autor miał sposobność badać drobnowidowo ranę, względnie bliźnę rogówkową po operacyi zaćmy w ośmiu przypadkach, gdzie przyszło po upływie krótszego lub dłuższego czasu po operacyi i, rozumie się, niezależnie od niej do zejścia śmiertelnego tak, że oko operowane mogło być wyluszczone i poddane badaniu.

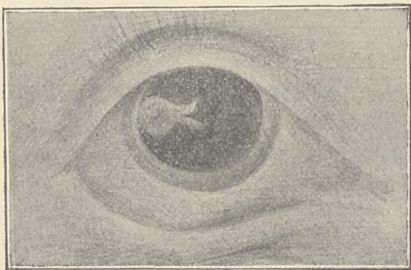
W pierwszym rzędzie przekonał się autor, że wszystkie cięcia, nawet takie, które w opisie operacyi oznaczone były jako twarówkowe lub graniczne — leżały w rzeczywistości w samej rogówce. Złudzenie, jakiemu pod tym względem ulega czasem operujący, tłumaczy się tem, że spojówka i tkanka przytwardówkowa pokrywa przezroczystą rogówkę ze wszech stron na obwodzie — pierścieniem około 2 mm szerokim, tak, że nóż, wkłuty w tej okolicy, napotyka w głębszych warstwach przejrzystą tkankę rogówkową. Zbliżnienie rany pooperacyjnej odbywa się w sposób znany, a opisany znakomicie przez Ranvier'a. Pomiędzy powierzchowne warstwy rozciętej rogówki weiska się wał przybłonkowy, a z nim także nowo utworzone naczynia włosowate, dążące od tkanki przytwardówkowej. Zbliżnienie tych warstw przychodzi do skutku wcześniej niż warstw głębokich, które w pierwszym dniu po operacyi są tylko słabo sklezione włóknikowym wysiękiem. Powoli dopiero wysięk ten jednostajny i bezpostaciowy przemienia się na włóknistą tkankę łączną (*fibres synaptiques* Ranvier'a), zachowującą się wobec barwików

tak samo, jak prawidłowa tkanka rogówkowa. Przemiana ta wysięku włóknikowego na jędrną bliznę odbywa się tu bez współdziałania naczyń i leukocytów. — Ze względu na bardzo wątłe spojenie brzegów rany w pierwszych dniach po operacyi, autor uważa wszelkie usiłowania leczenia pooperacyjnego bez opaski za próby niebezpieczne i nieuzasadnione.

Dr K. W. Majewski.

Przypadek wagra w soczewce. G. Surow. (»Medic. Sbornik warsz.-ujazd. woj. szpitala«. — »Revue médicale de l'hôpital militaire d'Ouzdow à Varsovie«, 1901, zeszyt 1 i 2).

Do szpitala wstąpił z Moskiewskiej gubernii szeregowiec z jaglicą, skarżąc się na osłabienie wzroku w oku prawem. Urazowi oko to nie uległo. Gdy bystrość wzroku oka lewego = $\frac{20}{30}$, prawego = $\frac{20}{50}$. Źrenice jednakowej wielkości, napięcie gałek prawidłowe. W zewnętrznej połowie prawej źrenicy spostrzegano się białoszarawą plamę, idącą od jej środka poza skroniową połowę tęczówki



i kończącą się kulistym wytworem barwy żółtawej. Przy szerokiej źrenicy wytwór ten miał postać okrągłego, małego grochu (3 mil.), powstałego w zewnętrzno-górnym odcinku tkanki soczewkowej. Na przedniej powierzchni grochu widać 2 białe punkciki, otoczone żółtawym kółkiem; od tylnej zaś powierzchni stożkowato idzie biaława błonka do tylnej torebki soczewkowej. Zresztą tkanka soczewkowa i ciało szkliste przezroczyste. Na operację chory nie zgodził się i został uwolniony z wojska.

Wobec rzadkości podobnego umiejscowienia wagra (v. Greefe opisał w r. 1866 coś podobnego ze znakiem zapytania), wątpliwym zdaje się nam powyższe rozpoznanie, pomimo to, iż Dr S. twierdzi, że takowe potwierdzili też pp. profesorowie Kostienicz i Przeorski.

Wytwór ten nie miał żadnej łączności ani z tęczówką, ani z ciałkiem rzęskowym. W ciągu 3 miesięcy wcale się nie powię-

kszył, aczkolwiek wzrok spadł do $\frac{20}{70}$. Ruchów w nim żadnych nie dawało się dostrzegać.

Chciałem osobiście zbadać oko chorego, lecz po łaskawem nadesłaniu mi tego spostrzeżenia, już go nie było w szpitalu.

Wobec zagadkowego wytworu w mięszu soczewki, pozwałam sobie przerysować rycinę, dołączoną do opisu Dra Surowa.

Dr J. T.

Samoistne wyleczenie bąblowca oczodołu po róży twarzy. J. Nikolukin. («Wiestnik Oftalmologii». Zeszyt VI z r. b.).

U pewnej kobiety istniał od roku znaczny trzeszcz lewego oka i gałka wyparta była extra cavum orbitae ku wewnątrz i na dół, chora liczyła tem okiem palce na 5 metrów. Poza gałką wyczuwało się guz, a raczej chęłbocący, niebolesny torbiel. Próbne nakłucie utwierdziło lekarza w rozpoznaniu, iż miał do czynienia z bąblowcem (echinococcus). W dniu, naznaczonym dla operacyi, pokazała się u chorej róża, z początku na nosie i górnej wardze, skąd przeszła na twarz, powieki i całą głowę. Jako rekonwalescentka chora wyjechała na wieś, było to 1 maja. Kiedy po 3 tygodniach przybyła znowu, znaleziono, że lewa gałka była już na swoim miejscu, chociaż wzrok zupełnie zginął (amotio retinae). Chora opowiedziała, iż, w tydzień po powrocie do domu, naraz, z pod lewej górnej powieki, począł wyciekać płyn, a następnego dnia pokazała się biała, gruba błona, którą wyciągnięto palcami; jak się okazało, była to gruba, wielkości kurzego jajka błona bąblowca. Pod górną powieką znaleziono w tem miejscu wklęsniętą bliznę. Jaką rolę odegrała w tym przypadku róża — zapytuje autor — trudno orzec, najprawdopodobniej jad róży spowodował śmierć bąblowca, którego błona utraciła sprężystość i pękła. Rzadki przypadek! Dr J. T.

Ezeryna przy chorobach rogówki. R. Katz. («Wiestnik Oftalmologii», zeszyt 6, 1901).

Przytoczywszy zdanie Gołowin'a i Grönholm'a, że ezeryna obniża wewnętrzne ciśnienie, spostrzeżenia Rozowa dobrego działania ezeryny przy pierwszych objawach ropnego nacieku rogówki, twierdzenie Kriukowa, że ezeryna wskazaną jest przy przewlekłej postaci keratitis parenchymatosa, jeśli nie ma skłonności do iritis, wreszcie spostrzeżenie Emmert'a, iż ezeryna (i ciepłe okłady sublimatowe) zapobiega nowym wypryskom przy herpes corneae, autor przytacza 3 własne spostrzeżenia.

Przepisywana maść z kseroformem i atropiną przy owrzodzeniu rogówki pogarszała stan rzeczy i dopiero przy użyciu maści ezerynowej (0,03 eser. sulf., 0,12 jodof. i 6,0 vas. amer. fl. Ds. 2 razy dziennie) bóle się zmniejszyły, nacieczenie ustępywało. Dodaje jednak,

że przy keratitis parench., często powikłanej zapaleniem tęczówki, bezpieczniejsze jest rozszerzenie źrenicy i w tych razach — idąc za radą Magnusa — dobrze jest przepisać wkraplanie kilkakrotne na dzień kokainy (0,1) w roztworze sublimatu (1:300) 15,0.

Dr J. T.

Spostrzeżenia nad działaniem dyoniny w oftalm. praktyce. G. Surow. (»Medic. Sbornik warsz.-ujazdowskiego szpitala«, 1901. Zeszyt 1 i 2).

Autor stosował 5—11⁰/₀ roztwór dyoniny, a także 1⁰/₀ roztwór wraz z zakraplaniem ¹/₄⁰/₀ roztworu atropiny, używał też maści rtęciowej żółtej wraz z 3—5⁰/₀ dyoniny. Próbował dyoniny w 17 przypadkach zapaleń rogówki, 6 jej owrzodzeń, 3 ropnia rogówki, 4 hypopyon, 9 zmętnień, 3 iritis, 2 irydocyktytis, 1 jaskry, 1 zmętnienia ciała szklanego, 1 paresis m. ciliaris, 3 przewlekłego zapalenia brzegu powiek i spojówki itd., wogóle u 58 chorych. Wyniki: dyonina, doskonały środek w chorobach rogówki, zmniejsza jej zmętnienia i sprzyja zagojeniu się owrzodzeń, szczególnie z charakterem mikotycznym i przy hypopyon-keratitis. Przy zapaleniu tęczówki dyonina doskonale działa wraz z atropiną. Przy głębokich zmianach w gałce ocznej bezużyteczna. Dyonina niedostatecznie znieczula przy wydobywaniu ciała obcych z rogówki (4 spostrzeżenia). Z powodu, iż wywołuje chemosis, jest przeciwwskazaną przy operacjach. Cena preparatu dość wysoka.

Dr J. T.

Przypadek zajęcia zatoki czołowej i sitowej z ropniem oczodołu. T. R. Pooley. (»Jour. of Laryng. rhin. and otology«, 1901. Nr XI).

Dziewiętnastoletni chory przybył do autora, skarżąc się na ból wokoło prawego oka i głowy. Ciepłota podniesiona. Rozpoznawszy ropień, autor przystąpił do otwarcia oczodołu, przyczem okazało się, że zatoka czołowa była rozszerzona i że sprawa chorobowa przeszła na przednie komórki sitowe. Po usunięciu ropy, oraz wyskrobaniu ścianek zatoki czołowej autor utworzył komunikację tej ostatniej z komórkami sitowymi, oraz nosem, przeprowadziwszy miękki cewnik. Wynik operacji bezpośrednio doskonały (ból ustał); po 2 miesiącach wyleczenie zupełne.

Dr Jan Sędziak.

Dwa przypadki ślepoty w następstwie cierpienia zatok klinowej i sitowej, z zejściem śmiertelnem. G. Victor Miller. (»Brit. med. Journ.« Nr 2086 z 22 grudnia 1900).

Przypadki, analogiczne do spostrzeganych przez autora, znane są w literaturze.

Tak n. p. przed sześciu laty Sandford przedstawiał w lon-

dyńskim Towarzystwie oftalmologicznem przypadek obustronnego zaniku nerwu wzrokowego w następstwie cierpienia zatoki klinowej.

Również w przypadku Rouge'a za życia istniały: exophtalmus, strabismus, głuchota i ślepotą. Sekcja, jako przyczynę powyższych objawów, wykazała zajęcie zatoki klinowej.

W 2 przypadkach autora główną przyczyną ślepoty było rozległe zajęcie (necrosis) zatok sitowych. *Dr Jan Sędziak.*

Ropień w prawej jamie Highmor'a jakoteż w zatokach sitowej i klinowej z następczą ślepotą po stronie lewej; operacja, powrót wzroku do stanu prawidłowego. T. H. Halstead. (>Jour. of Laryng. rhin. and otology<. 1901. Nr XI).

Chora lat 45 po przebudzeniu nagle z przerażeniem spostrzegła, że zaniewidziała na lewe oko. — Przy badaniu autor znalazł obrzmienie otoczki nerwu wzrokowego, rozszerzone i pokręcone żyły i ilościowe tylko oddziaływanie na światło. Chora opowiada, że od 2 lat cierpi na niezyl nosa, który się znacznie wzmógł od kilku miesięcy i odtąd wydziela się stale z prawej strony cuchnąca ropa. Prześwietlanie wykazało zajęcie ropne prawej zatoki szczękowej górnej (Highmor'a). Lewa źrenica znacznie rozszerzona; exophtalmus. — Wobec tego autor postawił rozpoznanie zajęcia jeszcze i zatok sitowej i klinowej z pęknięciem ropnia i prawdopodobnym ciskiem na nerw wzrokowy. Otwarcie zatok Highmor'a, sitowej i klinowej z usunięciem nagromadzonej wydzieliny sprowadziło najzupełniejsze wyzdrowienie (ból głowy, bezsenność i ślepotą ustąpiły).

Dr Jan Sędziak.

V. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo oftalmiczne w Petersburgu.

Posiedzenie z dnia 7 listopada.

1. Schummer przedstawił chorego z cząstkową szparą n. wzrokowego jednego oka i ze szparą n. wzrokowego, tęczówki i naczyńki drugiego.

2. Lecenius pokazywał chorego z naftalinową zaćmą obu oczu, która się rozwinęła w 12 godzin po zażyciu mikstury z naftaliny i ol. rycynowego. Drobne zmętnienia widać wokoło jądra soczewkowego, obwodowe części soczewek pozostały przezroczyste. Podobny przypadek — jak twierdzi L. — nieznanemu mu w literaturze zaćm. Zdaniem jego i Czemołosa takie zaćmy, wywo-

lane sztucznie u królików, mają zawsze budowę warstwową (cal. zonulares). Bellarminow: Szybkość wytwarzania się od naftaliny zaćm przemawia za tem, że takowe nie są wynikiem chorobliwych zmian w naczyniówce, t. j., że powstają pierwotnie.

3. Bachmin pokazywał malca z grzliczemi zmianami spojówki powiekowej. Schröder: Jodoform zawiódł oczekiwania w grzlicy spojówki. Czemołoso w: Dobry on jest w przewlekłych, a nie ostrych przypadkach. Bellarminow: Warto by wypróbować tu leczenie światłem.

4. Kaniewski odczytał sprawozdanie ruchomego okulisty-cznego oddziału, wysłanego do gubernii Wiatskiej. Udzielono pomocy 4.202 chorym, z nich 3.695 (!) z jaglicą, która ogromnie szerzy się między wotiakami gżazowskiego powiatu. Operacji wykonano 476: ekstrakcyi zaćm 36, z pozostałych głównie operowano podwinięcia powiek. Wotiacy nie lubią szycia powiek (nitek Gaillard'a), a proszą o »cięcie oczu«. Dr K. nie lubi też sposobu Gaillard'a, potępiają go także Bellarminow, Zielenkowski i Schröder, chociaż go zwykle stosują lekarze wschodnich gubernii Rosyi, a nawet w klinice kazańskiego uniwersytetu. Felsler: Szeroko stosują go dlatego w Kazaniu ambulatoryjnie, boby miejsc nie było dla tak licznych chorych, szczególnie w dni targowe.

5. Reich przedstawił wypracowanie komisji szematu dla zapisywania jaglicowych chorych; komisya radzi rozdzielać wszystkie jaglicowe (follikularne) zapalenia spojówki na cztery grupy kliniczne, poczynając od pojedynczych ziarn w spojówce, a kończąc na bliznowaleń jej i chrząstek zwyrodnieniu. Wniosek ten został przyjęty z małemi zmianami.

Dr J. T.

VI. ROZMAITOSCI.

Rdzeniowe włókna siatkówki. Nettleship przedstawił 2 preparaty króliczej siatkówki, w których rdzeniowe włókna nerwowe istniały nie przy tarczy, ale daleko od niej; w jednym z nich po papillitis oculi utr., gdy się wytworzył zanik tarczy, powyższe włókna znikły. — A. Frost widział zniknięcie tych włókien w oku, wskutek wytworzenia się prostej jaskry. — Fakty te stanowią ciekawy przyczynek do wiadomości o rdzeniowych nerwowych włóknach, które — jak dowiodły świeże spostrzeżenia (Westphal) — rozwijają się dopiero w siatkówkach królików po urodzeniu. — (*The ophthalm. Society of the united kingdom*. 1900. Maj). —

Dr J. T.

Wpływ odkażający łez. Helleberg A., w 16 badaniach na 22 znalazł, że łzy wyraźnie powstrzymują rozwój hodowli staphylococci aurei. Nawet przy ogrzaniu aż do opalizacyi łzy zachowują tę własność. Ogrzanie do ciepłoty 100⁰ znosi tę własność. — (»Centralblatt f. Bact. Ref.«).

Omyłki drukarskie.

Na 415 str., ó wiersz od góry zamiast »zakraplano zapomocą osobnego przyrządu ezerynę lub atropinę«, powinno być: »zakraplano ezerynę lub atropinę i zapomocą osobnego przyrządu odfo-
tografowano« i t. d.

Wykaz polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1901.

1. Dr Ettinger J.: *Krótkowzroczność i jej leczenie*. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 7. III.
2. Dr Noiszewski K.: *Przyczynek do nauki o odczuwaniu barw*. Nowiny Lekarskie. Nr. 1.
3. Dr Bednarski A.: *Siderosis bulbi*. Przegląd Lekarski. Nr 7, 8. 9 i 10.
4. Dr Bałłaban T.: *Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej*. Postęp Okulistyczny. Nr 1.
5. Dr Łuniewski St.: *Znaczenie dyoniny w okulistycznej praktyce*. Postęp Okulistyczny. Nr 1 i 2.
6. Dr Feinstein: *Przyczyny ślepoty w kraju naszym*. Krytyka Lekarska. Nr 2.
7. Dr Miklaszewski: *O zmiennej nierówności źrenic*. Kronika Lekarska. Nr 4 i 5.
8. Dr Bednarski A.: *Przyczynek do kazuistyki zaćm żelaznych*. Postęp Okulistyczny. Nr 2.
9. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Stów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry*. Postęp Okulistyczny. Nr 2.
10. Dr Stasiński: *O leczeniu t. z. „ulcus corneae serpens“*. Nowiny Lekarskie. Nr 3.
11. Dr Idzikowski: *Przypadek pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 3.
12. Dr Sędziak: *O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych*. Postęp Okulistyczny. Nr 3 i 4.
13. Dr Bałłaban T.: *Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacyi*. Kraków, 1901.
14. Dr Koliński: *Przypadek wrzodu toczącego rogówki z opisem wyniku badań bakteriologicznych*. Czasopismo Lekarskie. Nr 5.
15. Dr Noiszewski K.: *Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych*. Postęp Okulistyczny. Nr 4.

16. Dr Strzemiński I.: *Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego*. Postęp Okulistyczny. Nr 4.
17. Dr Stasiński: *O leczeniu t. zw. chorioiditis ad maculam zastrzykowaniami podłęcznicowymi i wielkimi dawkami jodu*. Nowiny Lekarskie. Nr 6.
18. Dr Kuropatwiński: *Przyczynek do nauki o leczeniu przewlekłego nieżytu worka łzowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 5.
19. Dr Bednarski A.: *Miażdżycza naczyńiówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 5 i 6.
20. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Słów kilka w sprawie ułatwienia techniki przy irydektomiach*. Postęp Okulistyczny. Nr 5.
21. Dr Piotrowski T.: *Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków*. Przegląd Lekarski. Nr 26.
22. Dr Rymowicz: *Symbioza drobnoustrojów w zakażeniu worka spojówkowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 6.
23. Dr Talko J.: *Arteria hyaloidea persistens*. Postęp Okulistyczny. Nr 6.
24. Dr Brudzewski K.: *Guzy leukemiczne pozagatkowe*. Postęp Okulistyczny. Nr 7.
25. Dr Endelman: *W sprawie szklanego zwyrodnienia w rogówce*. Gazeta Lekarska. Nr 34.
26. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Wypaproszenie gałki ocznej, jego wskazanie i sposób wykonania*. Przegląd Lekarski. Nr 40.
27. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Uraz jako bezpośrednia przyczyna mięsaków narządu wzrokowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 8 i 9.
28. Dr Majewski K. W.: *Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacji zaćmy*. Postęp Okulistyczny. Nr 8.
29. Dr Grudziński i Konwerski: *Światło jako środek leczniczy*. Gazeta Lekarska. Nr 41, 42, 43, 44.
30. Dr Noiszewski K.: *Poczucie przestrzeni i wyobrażenia wzrokowe*. Nowiny Lekarskie. Nr 10.
31. Dr Noiszewski: *Badanie widzenia różniczkowego i całkowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 9.
32. Dr Strzemiński: *Zapalenia rzeźączkowe spojówki noworodków, pochodzące z zakażenia przedporodowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 9.
33. Dr Strzemiński: *Rzadkie powikłanie zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu*. Postęp Okulistyczny. Nr 10.
34. Dr Noiszewski: *Przyrząd kontrolujący celność strzelającego*. Postęp Okulistyczny. Nr 11.
35. Dr Kuropatwiński: *Jeszcze kilka słów o pozornej postaci nieba i pozornym powiększeniu średnicy księżycy i gwiazd na widnokręgu*. Postęp Okulistyczny. Nr 11.
36. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Uwagi nad etiologią odczepienia siatkówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 11 i 12.
37. Dr Feinstein: *Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 12.

Do wiadomości P.Ł. Współpracowników i Czytelników.

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

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

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

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

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

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

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

Redakcyja.

ogłoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

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

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

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

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

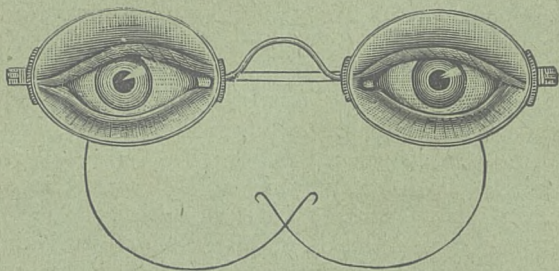
K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

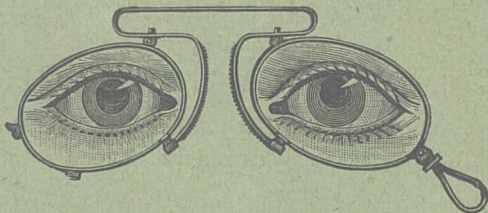
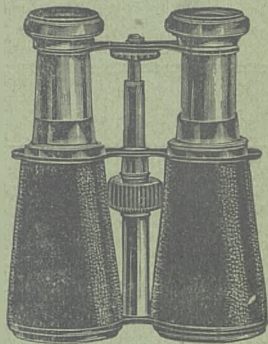
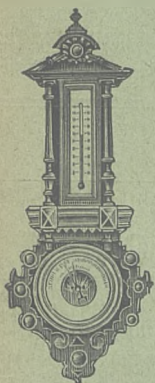
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę, szlifiernię szkieł optycznych, urządzoneą podług systemu metrycznego z popędem motorowym.

Jako specjalność szlifuje wszelkie **soczewki kombinowane** z szkła białego, dymnego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn, obficie zaopatrzony we wszelkiego rodzaju wyroby optyczne, aparaty elektryczne lekarские i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.