

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELL.

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

Grudzień

—+— ROCZNIK PIĄTY —+—

1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

O gruźlicy spojówki.

Podał

DR K. RUMSZEWICZ

z Kijowa.

Własne spostrzeżenie. A. K., 32letni. Na oczy poprzednio nie cierpiał. 2/I b. r. do lewego oka wpadło ciało obce i pozostawało w niem przez 3 dni, poczem było usunięte. Odtąd oko często łzawiło, z rana pokazywała się ropa. 1/III zgłosił się do mnie. Szczelina powiek była węższą trochę, obfita śluzopropna wydzielina. W zewnętrznym kącie oka na spojówce obszerny wrzód, który zajmował zewnętrzną połowę spojówki chrząstki powieki dolnej. od kąta zewnętrznego prawie do środka załamek przejściowy, nadto pasemko przyległe spojówki gałki, 4—5 mm szerokie. Dno wrzodu brudnawoszarażółte, brzegi nierówne i wzniesione nad poziom. W wewnętrznej połowie spojówki chrząstki spostrzegano cztery odosobnione owrzodzenia, 1—2 mm wielkie, o brzegach wysokich, a dnie brudnem. Spojówka powieki górnej i górnego załamek przejściowego była zupełnie prawidłowa. Obrzęk w okolicy gruczołu przedusznego.

W cząstkach wziętych z dna wrzodów znajdowały się laseczniczki gruźlicze. W wyciętych z trzech rozmaitych miejsc cząstkach tkanki wszędzie znajdowały się typowe gruzełki gruźlicze, chociaż laseczniczki w istocie tkanki były bardzo nieliczne. Cząstkę tkanki wielkości około 2 mm wprowadziłem do komory przedniej królika (po 6ciu tygodniach powstało typowe gruźlicze zapalenie tęczówki).

Chory nie przystał na operację. W ciągu dwóch tygodni stosowałem jodoform — wrzody na razie nieco się oczyściły, lecz w dalszym ciągu żadnego polepszenia już nie było. Bez żadnego skutku pozostały również pędzlowania roztworem kwasu mlecznego — przez trzy tygodnie.

Chorego nie widziałem do 27go maja. Przez ten czas nastąpiły znaczne zmiany. Wrzody, co prawda, niezbyt się znacznie zwiększyły, lecz w samym środku dolnego załamka przejściowego powstały narośle w postaci niewysokich grzebieni (w obrębie 1—2 mm). Po odwinięciu górnej powieki spostrzegłem, że część zewnętrzna górnego załamka przejściowego była owrzodzoną na przestrzeni 4 mm długości i 2 mm szerokości, owrzodzenie zaś to stanowiło bezpośredni ciąg dalszy owrzodzenia spojówki w okolicy kąta zewnętrznego. Brzegi owrzodzenia również były wzniesione nad poziom. Spojówka chrząstki górnej powieki była prawidłową. W tylnej części górnego załamka przejściowego, począwszy od miejsca owrzodzonego, prawie do samego kąta wewnętrznego, dawały się spostrzegać blisko obok siebie ułożone, we dwa lub we trzy rzędy, drobne pęcherzyki (*folliculi*), barwy szaraworóżowej; utworzone przez nie pasemko miało szerokości nie więcej jak 3 mm. W miejscu, gdzie się chrząstka powieki kończy, w załamku przejściowym znajdowało się niewielkie owrzodzenie.

2/V wyciąłem nożem całą powierzchnię owrzodzoną obok kąta zewnętrznego i w okolicy górnego załamka przejściowego; wyciąłem nadto cząstkę tkanki załamka górnego, zawierającej pęcherzyki. Mniejsze wrzody wyskrobałem łyżeczką ostrą, nadto miejsca zwyrodnione i całą powierzchnię zranioną podczas operacji wypaliłem niezwłocznie rozpalonem żelazem. Ostatecznie

w okolicy kąta zewnętrznego pozostał dość znaczny zrost powiek z gałką oczną, wszakże rzęsy zachowały położenie prawidłowe. Po upływie 5ciu miesięcy cierpienie się nie wznowiło. Obrzęk gruczołu przedusznego znikł w miesiąc po operacji.

Stan ogólny chorego nie pozostawiał do życzenia, w rodzinie gruźlica wcale znaną nie była. Wyniki, które przy badaniu patologoanatomicznem otrzymałem, w gruncie rzeczy nie różniły się od otrzymanych dotąd przez innych, dlatego też nie będę ich tu przytaczał, lecz podam ogólny zarys gruźlicy spojówki, oparty na ogłoszonych dotąd przypadkach tego cierpienia.

Jeszcze w r. 1867 Virchow¹⁾ utrzymywał, że spojówka nie ulega sprawie gruźliczej. Obecnie wiemy, że nie ma w oku części i tkanek, w których nie dawałaby się spostrzeżać sprawa gruźlicza, nadto we wszystkich możliwych postaciach. —

Najczęściej ulegają cierpieniu spojówka i tęczówka, lecz sprawa powstać może również i we worku łzowym i w gruczole łzowym i w ścianach oczodołu i w mięśniach okoruchowych i w tkance oczodołowej. W r. 1873 Perls opisał gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, a Köster²⁾ w jednym przypadku łagodnego zupełnie na pozór ziarniniaka spojówki znalazł w tkance prawdziwe gruźelki. Narośl znajdowała się na górnej powiece, zajmowała nadto załamek przejściowy, a w części również spojówkę gałki. Jednocześnie spostrzegał śluzotok worka łzowego.

Wkrótce zaczęto opisywać jeden po drugim przypadki gruźlicy spojówki. Przy rozpoznaniu ich badano budowę tkanki. Stało się ono o wiele łatwiejszem i pewniejszym, gdy udało się zastosować doń wyniki badania bakteriologicznego, nadto znane doświadczenie Cohnheim'a (szczepienie cząstek tkanki do komory przedniej oka), które pod względem pewności nie tylko nie ustępuje badaniu bakteriologicznemu, lecz je nawet przewyższa. Przypadki gruźlicy spojówki bez wątpienia spostrzegano od dawna, lecz tylko zaginęły one w ogólnej masie

owrzodzeń, ziarninowych, lub wprost przewlekłych zapalnych spraw spojówki, zwłaszcza, że zwykle sprawa gruzlicza spojówki dotyka zupełnie zdrową i kwitnącą młodzież. Już w kilka lat po ogłoszeniu pracy Köster'a stwierdzono, że toczeń jest również sprawą gruzliczą, przypadki więc tocznia wypadło również wnieść do rubryki gruzlicy spojówki. Pierwszy przypadek tocznia spojówki opisał Arlt już w roku 1864.

W r. 1887 Amiet³⁾ zebrał już 47 dokładnie opisanych przypadków gruzlicy spojówki. W r. 1899 Bode⁴⁾ zebrał jeszcze 16 przypadków. W chwili obecnej w literaturze znajdujemy już co najmniej 130 przypadków gruzlicy spojówki.

Sattler⁵⁾ próbował podać ogólne znamiona kliniczne gruzlicy spojówki. Odróżnia on cztery następujące postacie:

1. Drobne, wielkości ziarnka prosa wrzody na powierzchni spojówki, otoczone drobnymi prosowatymi węzełkami, w których rychło rozpad następuje. Postać ta powstaje na spojówce chrząstki i załamka przejściowego, niekiedy również na spojówce gałki, a wyjątkowo li tylko na niej.

2. Druga postać: drobne węzełki, ułożone w szeregi lub grupy, lub rozrzucone, przeważnie w załawkach przejściowym i półksiężycowym i w spojówce gałki. Węzełki niełatwo ulegają rozpadowi.

3. Trzecia postać: spojówkę całą pokrywają brodaweczki barwy ciemnoczerwonej.

4. Postać tę stanowi uprzedni toczeń, który powstaje po spolicie na spojówce powiek.

Do tych czterech postaci dodano następnie jeszcze dwie:

5. piątą, opisaną przez Eyre'a⁶⁾, przy której powstają na spojówce znaczne bardzo wyrosty brodawkowe, i

6. szóstą, opisaną przez Mitval'sky'ego⁷⁾, prosowatą.

W przypadku tym zresztą sprawa przeszła na spojówkę z naczyńówki.

Dla podziału takiego nie widzimy dostatecznych podstaw, gdyż nie tylko sprawa przybierać może postać odmienną znacznie w rozmaitych okresach cierpienia w jednym i tym samym przypadku, lecz nawet w danej chwili i w jednym przypadku

spostrzegać możemy dwie lub trzy wyżej opisane postacie. W niektórych nadto przypadkach postać zewnętrzna zupełnie bywa odrębną, tak n. p. w przypadku Parisotti'ego⁸⁾ spostrzegano tylko dwa wyraźnie odgraniczone i przesuwalne węzłki w spojówce gałki obok samego rąbka spojówki.

Rozpoznanie gruźlicy spojówki, oparte li tylko na wyglądzie zewnętrznym, jest rzeczą bardzo niepewną. W jednym n. p. przypadku, gdy sprawa zajmowała tylko pewną część spojówki gałki, rozpoznano początkowo nieżyt wiosenny (Parisotti⁸⁾). W jednym przypadku cierpienie miało zupełny wygląd błonicy częściowej, chory przeniesiony nawet został do oddziału dla zakaźnych i tylko później badanie bakteryologiczne udowodniło sprawę gruźliczą. Obszerne wrzody na spojówce, powstałe wskutek rozpadu serowatego, niełatwo odróżnić od wrzodów, przez przymiot spowodowanych. Rozrosty tkanki ziarninowej, zawierające prawdziwe gruzelki gruźlicze, często mają wygląd zupełnie łagodnych ziarniniaków. Częściej jeszcze gruzlica spojówki jest rażąco podobną do jaglicy, nadto zarówno w postaci pęcherzykowej, jakoteż brodawkowej (Rhein⁹⁾, Wagner¹⁰⁾, Pregel¹¹⁾ i Heinersdorf¹²⁾). Wypadki te leczono przez dłuższy czas jako jaglicę (niekiedy nawet z nie-
złym skutkiem) i tylko późniejsze badanie bakteryologiczne wykrywało gruźlicę. Z powodu tych przypadków wypowiadano nawet zdanie, że początkowo w istocie mogły to być zwyczajne jaglicowe pęcherzyki, które następnie tylko ulegały zakażeniu gruźliczemu.

Z tego, cośmy powiedzieli, wypada, że najdokładniejsze badanie wyglądu zewnętrznego sprawy gruźliczej spojówki nigdy chyba nie da nam dostatecznych danych do rozpoznania jej. Doświadczenie kliniczne udziela nam dwóch bezwarunkowo pewnych wskazówek, mianowicie, że ze wszystkich części oka spojówka najczęściej ulega sprawie gruźliczej, nadto przeważnie w obrębie powiek, zwłaszcza górnej. Zupełnie pewne dane otrzymujemy przy pomocy: 1. badania bakteryologicznego i 2. doświadczenia Cohnheim'a.

Co się tyczy innych objawów chorobowych, to zawsze

prawie spostrzegany mniej lub więcej obfitą śluzową lub śluzoworopną wydzielinę. W 9 przypadkach spostrzegano śluzotok worka łzowego. W 28 przypadkach cierpieniu ulegały rogówki, mianowicie w 16 była łuszczone i wrzody, w 10 zaćmienia, w jednym pryszczkowate zapalenie rogówki, wreszcie w jednym całkowite owrzodzenie rogówki. Typowe ziarniny na rogówce spostrzegano w 12 przypadkach. Wogóle jednak cierpienia rogówki nie były zbyt ciężkie. Również sprawa niełatwo posuwa się na części głębiej położone. W literaturze znajdujemy tylko trzy takie przypadki, w dwóch zaś spojówka uległa cierpieniu następco, wskutek przejścia na nią grzlicy z części głębiej położonych.

W 72 przypadkach spostrzegano cierpienie gruczołów chłonnych przeduszných, rzadziej podszczękowych i jeszcze rzadziej szyjnych. Jeżeli nadto zwrócimy uwagę na okoliczność, że w 28 przypadkach na stan gruczołów wcale nie zwracano uwagi, to wypadnie, że cierpienie gruczołów chłonnych przy grzlicy spojówki stanowi objaw bardzo stały. Pierwszy zwrócił uwagę na to Haab¹³⁾. W wyjątkowych razach gruczoły cierpią poprzednio, zwykle jednocześnie, a w tym razie może mieć miejsce zwyczajny obrzęk (najczęściej), lub też ropienie.

Przechodząc do anatomii patologicznej, wypada cofnąć się znów wstecz. Pierwotny, t. j. w samej spojówce bez udziału skóry powstały, toczeń spojówki był z punktu klinicznego przyznany przez Arlt'a już w r. 1864. Anatomicznie zbadali go: Neumann¹⁴⁾ i Laskiewicz¹⁵⁾. Według Virchow'a¹⁶⁾ istota sprawy zależy na tworzeniu się w tkance łącznej t. zw. węzłów toczniowych. W węzłach tych już Förster¹⁷⁾ spostrzegał wielojądrowe masy zarodki, Friedländer¹⁸⁾ zaś stale znajdował w nich komórki olbrzymie Langhans'a, również gniazda epiteloidalnych i olbrzymich komórek. A więc budowa węzłów toczniowych najzupełniej przypominała świeże, nieuległe jeszcze zwyrodnieniu utwory grzlicze i Friedländer stanowczo wypowiedział zdanie, że toczeń jest zupełną grzlicą skóry. Do tych wniosków doszła również Idelsen¹⁹⁾.

Toczeń spojówki najdokładniej był opisany przez Baum-

garten'a²⁰⁾. Wykazał on, że rozrost śródbłonka w postaci zagłębień i brodawek jest objawem wtórnym, gruczoły zaś zachowują się zupełnie biernie. Położone w pęcherzykach gruczołów Meibom'a komórki olbrzymie bynajmniej nie powstają na miejscu, lecz pochodzą z tkanki otaczającej, oddziela je nadto wyraźna linia od masy ziarnkowej, powstałej z zanikłych komórek przybłonka. Zdaniem Baumgarten'a, toczeń znacznie się miał od grzłlicy różnić, a mianowicie: 1. toczeń więcej jest zbliżony do spraw zwyczajnych zapalnych; 2. tkanka jego jest unaczynioną; 3. zwyrodnieniu serowatemu nie ulega; 4. nie znajdował w niej wcale grzełków Schüppel'a, natomiast komórki olbrzymie w ilości o wiele jakoby przewyższającej ilość komórek tych w grzłlicy; i 5. tkanka może bezpośrednio ulegać ropieniu i bliżnieniu. Zupełnie natomiast rozwinięta tkanka grzłlicza, zdaniem Baumgarten'a: 1. nie posiada naczyń; 2. zawiera mniej komórek olbrzymich; 3. ulega zwyrodnieniu serowatemu; 4. nie ulega bezpośrednio ropieniu i bliżnieniu. Wszakże wkońcu wypowiada on zdanie, że obie sprawy bardzo są do siebie zbliżone. Rzeczą jest godną uwagi, że Volkmann²¹⁾, z punktu ściśle klinicznego, chociaż gorąco bronił ściślej różnicy obu spraw, przyznaje jednak, że często jedna sprawa przechodzi w drugą.

Zatem już pod koniec okresu przedbakteryologicznego zebrano sporo danych dla wykazania, jak dalece obie sprawy były do siebie zbliżone. Tożsamości spraw, wkrótce po dokonaniem przez Koch'a odkryciu lasecznika grzłliczego, udowodnili: Pagenstecher i Pfeiffer²²⁾, d'Outrelepont i Deme.

Zmiany patologicznoanatomiczne w grzłlicy spojówki są następujące: Przy owrzodzeniach przybłonek brzegów wrzodów był zgrubiały w postaci wałka, na dnie wrzodów masy zmarznięte, niekiedy z resztkami jąder. Dokoła nacieczenie drobnoziarninowe, przecięte w niektórych miejscach pasekami młodych wrzecionowatych komórek, dalej typowe grzełki Langhans'a i Schüppel'a. W świeżych przypadkach serowatego zwyrodnienia czasami wcale nie było. Spojówka zawsze była

zgrubiałą, niekiedy grubość ta była dziesięć razy większą od prawidłowej. W niektórych miejscach znajdowała się w niej li tylko tkanka ziarninowa, zwykle zaś nadto liczne gruzełki. Taką samą budowę miały rozrosty w postaci polipów i grzebieni. W niektórych przypadkach sprawa gruzlicza zajmowała tylko spojówkę, w innych zaś jednocześnie chrząstkę powiek. W tym razie nacieczenie kierowało się ku wewnątrz w postaci odosobnionych pasemek, lub też zajmowało całą istotę chrząstki. A i wtedy nawet chrząstkę przez czas dłuższy oddzielało od spojówki wyraźne pasemko, które znikało później dopiero. — Wrzody również najczęściej zajmowały tylko warstwę spojówki, rzadziej nadto chrząstkę. Jeżeli sprawa zajmowała brzeg wolny powieki, gruczoły tłuszczowe odrazu ulegały zanikowi, wskutek ciśnienia otaczającego je nacieczenia. Temu samemu losowi ulegały również gruczoły Moll'a, chociaż tu w początku przybliżonek gruczołowy oddziaływał czynnie. Bardzo znaczne zmiany spostrzegano w tych przypadkach w gruczołach Meibom'a; o wiele były one znaczniejsze, mianowicie w górnej części gruczołów. Wskutek ścieśnienia przewodów, w górnych częściach gruczołów powstawały torbielowe rozszerzenia i wyrostki maczugowate. Sprawa w chrząstce samej była niekiedy li tylko zapalną i utworów gruzełkowatych wcale w chrząstce nie znajdowano. Wszakże, wskutek nacieczenia drobnokomórkowego dokoła pęcherzyków, te ostatnie ulegały zanikowi i często zupełnie znikały. Zwykle jednak przy udziale w sprawie chrząstki zastępowała ją całkowicie tkanka ziarninowa z ułożonymi w niej gruzełkami. Gruczoły Meibom'a nie tylko zupełnie znikały, lecz nadto gniazda po pęcherzykach pozostałe zupełnie wypełniały komórki epiteloidalne z olbrzymiemi. Ostatnie bynajmniej nie powstawały z komórek przybliżonek gruczołów, lecz z tkanki otaczającej, może nawet ze śródbłonka otoczki opęcherzykowej. Czynne zmiany w śródbłonku gruczołowym widoczne były tylko w samym początku cierpienia chrząstki i nadto bardzo były niewyraźne.

Bardziej znaczne zmiany czynne dawały się spostrzegać w gruczołach Krause'go. Gdy sprawa gruzlicza powstawała

w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki lub w załamku przejściowym, początkowo następowało o tyle znaczne bujanie tkanki gruczołowej, że powierzchnia gruczołów na cięciach 10 razy większą była od prawidłowej. Nacieczenie drobnokomórkowe często tworzyło dokoła przewodów gruczołów jakby pochewki. Później błona własna pęcherzyków ulegała przetarciu, tkanka ziarninowa wstępowała do istoty pęcherzyków, a i tu również gnieździły się wkrótce gruzelki, zupełnie jak w pęcherzykach gruczołów Meibom'a.

Wspomniałem już wyżej, że w gruzlicy, na spojówce powstawać mogą utwory, na pozór bardzo podobne do pęcherzyków jaglicowych. Jednak dokładne badanie wykryło w nich obecność typowych gruzelków, częściej włóknistostwardniałych, jak n. p. w moim przypadku, o wiele rzadziej spostrzegano w nich zwyrodnienie serowate.

Co się tyczy laseczników, to obecność ich w wydzielinie spojówki lub w cząstkach, zeszkrobanych z powierzchni wrzodów, stwierdzono bynajmniej nie we wszystkich przypadkach. Również wcale niezawsze udawało się znaleźć je w tkance, niekiedy natomiast były one bardzo liczne. Natomiast doświadczenie Cohnheim'a, jeśli zawiodło, to w tych tylko przypadkach, gdy do komory wprowadzano bardzo małe cząstki tkanki, okoliczność, którą dostatecznie tłumaczy to mianowicie, że czasami w tkance ilość laseczników bywa bardzo nieznaczną. Rzeczą jest godną uwagi, że przy powstawaniu pęcherzyków szczepienie udawało się tylko przy pomocy wyciśniętej z pęcherzyka zawartości.

Przebieg choroby bardzo długi; trwa ona całe lata, niekiedy nawet około 20 lat. Najczęściej sprawie ulega jedno oko, na obu cierpienie powstawało tylko w 6% wszystkich przypadków. Prawe i lewe oko jednakowo często ulegają cierpieniu, kobiety częściej trochę od mężczyzn. Co się tyczy wieku, to 38% przypadków przypada na wiek od 10—30 lat, 9·8% na wiek późniejszy i 32·2% na wcześniejszy.

O ile częstem jest cierpienie, co do tego zdania znacznie się różnią. Hirschberg w r. 1881 (zatem jeszcze w okresie

przedbakteryologicznym) spostrzegał jeden przypadek na 6.000 chorych ocznych, v. Milligen²³⁾ — jeden na 20.000, Mules — 1 na 30.000, Eyre — jedenaście na 31.000, czyli 1 na 2.700. Wreszcie Kunz²⁴⁾ spostrzegał gruźlicę oka wogóle u 23, z pomiędzy 29.935 chorych, co stanowi 0.08%, z czego na spojówkę przypada mniej więcej — mniej, niż połowa.

Co się tyczy ogólnego stanu organizmu, to dokładne zupełnie opisy mamy tylko dla 102 przypadków.

Powikłania były następujące:

Wrzody gruźlicze krtani	1
Próchnienie kości skalistej	1
Suchoty płuc	5
Podejrzenie co do suchot	2
Poprzednie ropienie gruczołów chłon- nych	3
Wrzody gruźlicze twarzy	5
Gruźlica błony śluzowej nosa . .	15
(w tej liczbie zakażenie worka łzowego)	9

Zatem sprawę gruźliczą w innych częściach ciała spostrzegano w 31 przypadkach, co stanowi 30.0%, w pozostałych zaś 70% mieliśmy najzupełniej iniejsową sprawę gruźliczą spojówki. Rzeczą jest godną uwagi, że w pierwszej pracy Köster'a o gruźlicy spojówki sprawa była również tylko iniejsową. Zatem podobnie do tego, jak n. p. w płucach, lub w kościach, na spojówce również powstać może gruźlica, jako sprawa zupełnie iniejsowa. Przeciwnie, przy wybitnej gruźlicy innych narządów: płuc, kości, gruczołów, — na 220 przypadków, zbadanych przez Dening'a²⁵⁾ w klinice w Wyrzburgu, w 5ciu tylko przypadkach miała miejsce gruźlica w oku, lecz ani w jednym przypadku na spojówce.

W jaki sposób następuje zakażenie spojówki — wykazały doświadczenia Amiet'a³⁾ i Valude'a²⁶⁾. Pierwszy z nich wprowadzał do worka spojówkowego królika płwociny suchotnika i cząstki serowato zwyrodniałego gruczołu chłonnego z szyi obfitujących w laseczniki i następnie zaszywał powieki; nadto

te same cząstki wprowadzał pod spojówkę. W żadnem z tych doświadczeń zakażenie nie nastąpiło. Valude usuwał poprzednio cząstkę tkanki spojówki i zakażenie miało miejsce, a stąd wyprowadził wniosek, że dla zakażenia spojówki przez laseczniki gruźlicze nie wystarcza jeszcze usunięcie przybłonka, gdyż, przeszkadzają mu również rąchy powiek i oblewanie łzami. Rzecz prosta, że pod wpływem urazu lub zapalenia przewlekłego warunki z gruntu się zmieniają i wtedy nastąpić może zakażenie łatwiej, jeśli w organizmie znajdują się ogniska laseczniki zawierające, a otwarte na zewnątrz. Dobrze znaną jest wtórna gruźlica spojówki przy sprawie gruźliczej na błonie śluzowej nosa, krtani, płuc, skóry twarzy, lecz nigdy nie spostrzegano jej w gruźlicy kiszek, lub kości, w których to sprawach o przeniesienie zarazka trudno bardzo, lub zgoła nawet niepodobna. Już te fakty samozakażenia wymownie przemawiają za okolicznością, że zakażenie następuje z zewnątrz, z powierzchni, nie zaś z ustroju samego.

Co się tyczy sposobu przeniesienia zarazka przy powstaniu pierwotnych postaci gruźlicy spojówki, mamy pod tym względem dość ciekawe spostrzeżenia. Rhein spostrzegał gruźlicę u dwóch sióstr, u obu w prawem oku. Jedna zupełnie była zdrową, druga cierpiała na gruźlicę błony śluzowej nosa. W jednym przypadku zachorował osobnik, który doglądał krowy, cierpiącej na gruźlicę. W przypadku Czemołoso-w'a cierpienie powstało po dokonanej próbie usunięcia ciała obcego z oka za pomocą języka (W Rosyi sposób ten jest bardzo rozpowszechniony i często bywa powodem powstawania spraw ropnych w rogówce). W jednym przypadku sprawa powstała po ukąszeniu powieki przez psa po zjedzeniu przez tegoż łożyska krowy, cierpiącej na gruźlicę. Dalej Swan Burnett²⁷⁾ utrzymuje, że pryszczyki (*phlyctaenae*) mogą również utorować drogę dla laseczników.

Lecz, w jaki sposób następuje zakażenie w przypadkach, kiedy wywiady zgoła żadnych nie mogą udzielić nam wskazówek? Fuchs²⁸⁾ utrzymuje, że w przypadkach tych do spojówki trafia ostre ciało obce i toruje drogę lasecznikom. Przy-

najmniej ulubionem miejscem powstawania sprawy jest rowek podchrząstkowy (*sulcus subtarsalis*), w którym również najczęściej przesiadują ciała obce. Dodam, że laseczники znajdują tu grunt bardzo wdzięczny dla rozwoju sprawy, mianowicie tkankę adenoidalną. Teorya Fuch's'a bardzo jest ponętną z tego nadto względu, że postacie grzłicy spojówki należą do łagodnych, wyłącznie prawie ściśle miejscowych i trudno uogólniają się w ustroju. Uogólnienie to, jak udowodnił Wysokowicz²⁹⁾ zależy od ilości wprowadzonych do organizmu laseczników, a, rzecz prosta, że z ciałem obcym trafić one mogą tylko w małej ilości.

Co się tyczy leczenia, to ze środków terapeutycznych najpierw stosowano jodoform. W istocie, przy użyciu jodoformu wrzody oczyszczają się nieco, przynajmniej z początku, lecz się nie goją. To samo da się powiedzieć o wprowadzonym najpierw przez Fister'a przy leczeniu grzłicy spojówki kwasie mlecznym¹⁾. Jedyne leczenie przy grzłicy spojówki — chirurgiczne, a wyniki jego tem pomyślniejsze, im mniejsze było miejsce sprawą dotknięte, czyli. im wcześniejszy był okres cierpienia. Co prawda, leczenie wczesne bardzo poważną napotyka przeszkodę, a to w okoliczności, że sprawa przez czas dłuższy nie powoduje podrażnienia ani cierpień dotkliwszych i zatem chorzy na razie nie szukają pomocy i zasięgają jej już dopiero w okresie względnie późniejszym. Należy usunąć wszystkie części cierpiące, lub nawet podejrzanę, za pomocą noża, albo ostrej łyżeczki, lub też dokonać głębokiego przyżegania żelazem, które pierwszy zalecił Stölting³⁰⁾. Sposób zniszczenia bez przelewu krwi jest chyba pewniejszy, ponieważ przy krwawem postępowaniu laseczники dostać się łatwo mogą do otwartych przestworów tkankowych i sprawa przez to łatwo dalej posuwać się może. Wyniki leczenia najczęściej najzupełniej są pomyślne. Powroty bywają rzadko i również łatwo ustępują przy postępowaniu operacyjnem.

Rokowanie równie pomyślne, rzecz prosta, da się zastoso-

¹⁾ Skutecznym nam się okazał hetol i ichtyol, o czem na innym miejscu.

sować tylko do przypadków zupełnie miejscowej gruźlicy, niepowikłanej cierpieniem innych narządów. O ile wnosić możemy z opisów dotychczasowych, w trzech jednak przypadkach miejscowej pierwotnej gruźlicy spojówki nastąpiło później zejście śmiertelne, mianowicie w przypadkach Maren'a³¹⁾, Cheney'a³²⁾ i Armaignac'a³³⁾.

Wyleczenie może wkońcu nastąpić bez operacyi. Kuhnt³⁴⁾ spostrzegał przypadek gruźlicy spojówki w ciężkiej postaci, która zupełnie ustąpiła po przebytej róży. Znane są nadto przypadki, w których gruźlica ustępowała sama przez się. Utrzymywali to już dawniej Horner i Brethauer³⁵⁾, lecz przypadki ich nie były dość ściśle zbadane; podziela to zdanie również Fuchs. Przypadek samodzielnego wyleczenia gruźlicy spojówki opisał Reimar³⁶⁾, Strzemiński³⁷⁾ zaś spostrzegał samodzielne wyleczenie gruźlicy worka łzowego w ciągu półtora roku. Ostatnio znów Levy³⁸⁾ opisał dokładnie spostrzegany przypadek samoistnego wyleczenia głębokich wrzodów gruźliczych spojówki. Opisano nadto przypadki, w których, obok świeżej sprawy gruźliczej w jednym oku, w drugim spostrzegano obszerne zrosty powiek z gałką oczną, jakby po przebytej pęcherzycy (*pemphigus*). Być może, że i w tych przypadkach mieliśmy samoistne wyleczenie gruźlicy, jak to często spostrzegamy w innych narządach.

Literatura.

1. Virchow: Krankh. Geschwülste. 2 Aufl. Bd. 2.
2. Köster: Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1873.
3. Amiet: Die Tuberculose der Bindehaut des Auges. Diss.
4. Bode: Über primäre Conjunctivaltuberculose. Diss.
5. Sattler: Bericht d. opht. Gesellsch. 1891.
6. Eyre: Opht. Review. 1897, str. 25.
7. Mitvalsky: Wien. kl. Rundschau. Nr 37—39. 1896.
8. Parisotti: Bolletino della academia di Roma. 1897.
9. Rhein: Arch. f. Opht. XXXIV, 3.
10. Wagner: Münch. med. Wchschrft. 1891, str. 266.
11. Pregel: Wien. med. Wchschrft. 1893, str. 372.
12. Heinersdorf: Kl. Monabl. f. A. 1898, str. 187.
13. Haab: Arch. f. Opht. XXV, 4, str. 163.
14. Neumann: Wien. med. Presse. 1886, str. 228.

15. Laskiewicz: Wien. med. Zeitung. 1887.
16. Virchow: Krankh. Geschwülste. II.
17. Förster: Pathol.-hist. Atlas.
18. Friedländer: Virch. Archiv. Bd. 60.
19. Idelsen: Diss. Bern. 1879.
20. Baumgarten: Virchow's Arch. Bd. 82.
21. Volkmann: Klin. Vorlesungen.
22. Pagenstecher i Pfeiffer: Berl. kl. Wchschrft. Nr 19. 1883.
23. v. Milligen: Centralbl. f. pr, Aghk. 1882.
24. Kunz: Die Tuberculose des Auges u. seiner Adne'a. — Dissert Marburg. 1898.
25. Denig: Arch. f. Aghk. XXXI, str. 383.
26. Valude: Ber. d. opht. Gesellschaft. Heidelberg. 1887, str. 66.
27. Swan Burnet: Arch. opht. New-York. XIX.
28. Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde. Wyd. VI.
29. Wysokowicz: Międzynarodowy zjazd lek. w Berlinie. 1890.
30. Stölting: Arch. f. Opht. XXXII, 3, str. 225.
31. Maren: Beitr. z. Lehre v. d. Augentuberculose. Diss. Strassburg. 1884.
32. Cheney: Transact. of the Americ. Soc. 1896, str. 559.
33. Armaignac: Ann. d'oc. 1898. T. CXVIII, str. 81.
34. Kuhnt: Zeitschr. f. Aghk. 1900.
35. Horner i Brethauer: Sitzungsbericht d. opht. Gesellschaft. 1884.
36. Reimar: Klin. Monatsbl. 1900, str. 88.
37. Strzemiński: Rec. d'ophthalm. 1899, str. 193. i Post. Okul. 1899. str. 49.
38. Levy: Kl. Monatsbl. 1891, str. 386.

O rozpoznaniu różniczkowem i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej (Sarcoma oculi et phthisis bulbi).

Podał

DR WIKTOR REIS.

(Z pracowni uniwersyteckiej kliniki okulistycznej we Lwowie.)

Graefe¹⁾ pierwszy zwrócił uwagę na wzajemny stosunek mięsaków naczyńiówki do zaniku gałki ocznej. Fuchs²⁾ wspomina także o tem w dziele swem o mięsaku oka, a w naj-

nowszych czasach Leber i Krahnstöver³⁾) i niezależnie od nich Evetzky⁴⁾) zajęli się szczegółowo zbadaniem i krytyczną oceną całego dotychczas nagromadzonego materiału. Okazało się, że z licznych stosunkowo przypadków mięsaka, mała zaledwie część występuje w połączeniu z zanikiem gałki. Wszystkich ogłoszonych przypadków jest około 50; z tej drobnej garstki, w 5ciu lub 7iu przypadkach udowodnionem jest, że zanik gałki był zmianą chorobową pierwotną i że dopiero następnie rozwinał się mięsak oka, podczas, gdy większość, około 44 przypadków, okazuje stosunek odwrotny. Mięsak miał pierwotną swą siedzibę w oku nieschorzałym i dopiero później wskutek nekrozy nowotworu przyszło do ciężkiej sprawy zapalnej w oku i następowego zaniku.

Prace Leber'a i Evetzky'ego ukazały się w r. 1898. Od tego czasu liczba ogłoszonych przypadków nie jest wielką: następują publikacje Terrien'a⁵⁾, Jarnatowskiego⁶⁾, Key'a⁷⁾, Schultz'a⁸⁾, Kerschbaumer'a⁹⁾ i Bielsky'ego¹⁰⁾, w których autorowie stwierdzają zgodnie zależność przyczynową między mięsakiem oka a zanikiem gałki i w nekrozie nowotworu upatrują bezpośredni bodziec, który wywołuje sprawę zapalną, zanikiem gałki się kończącą.

Przy ocenie powyższych przypadków dane, zaczerpnięte z wywiadów i klinicznego przebiegu choroby, stanowią jeden z najważniejszych czynników, którymi posługiwać się możemy przy rozpoznaniu różniczkowem pierwotnego lub następowego zaniku gałki. Daleko trudniejszym będzie jednak zadanie, gdy wywiady są niepewne, gdy przebieg choroby nie odbywał się pod kontrolą lekarza — gdy więc dla rozstrzygnięcia tego pytania nie pozostaje nam nic innego, jak tylko materiał sekcyjny w postaci wyjętej gałki ocznej.

Anatomia patologiczna oka nie znajduje się jeszcze w tym stanie rozkwitu, aby ze samego protokołu sekcyjnego można było orzec kolejność zmian chorobowych, które w danym oku się rozwijały. Szczególnie zaś w przypadkach mięsaka, połączonych z zanikiem gałki, trudnem jest wykazanie wzajemnego stosunku obu tych spraw chorobowych; zbyt małą jest jeszcze

liczba spostrzeżeń, aby na podstawie samego badania anatomicznego można rozpoznać pierwotny, czy też następowy zanik gałki.

W ogłoszonych dotychczas spostrzeżeniach, których krytyczną oceną zajął się Leber i Krahnstöver w poniżej wspomnianej pracy, dadzą się już w wynikach badania anatomicznego odnaleźć wskazówki, na których możnaby oprzeć rozpoznanie różniczkowe.

Dane te z anatomii patologicznej oka postanowiliśmy zebrać w jedną całość i zestawić tablicę pomocniczą, którąby posługiwać się można przy rozpoznaniu różniczkowym.

Phthisis bulbi.

Pierwotny zanik:	Następowy:
1. Ślady przebicia rogówki lub twardówki.	Brak cięższych zmian w rogówce lub twardówce
2. Gałka oczna silnie skurczona, nieregularna, jako zejście <i>pan-ophtalmitis</i> .	Zanik gałki z wyraźnem skróceniem wymiaru osiowego; miejsca przyczepu mięśni ocznych silnie zaznaczone. (Objaw Alfreda Graefe'go).
3. Rozrost nowotworu nieregularny. Guzy przerzutowe.	Nowotwór występuje w postaci bardziej określonej, najczęściej usadowiony na szypule.
4. Liczne zrosty łącznotkankowe w przednim odcinku gałki ocznej.	Rozległe ogniska nekrotyczne w mięszu nowotworowym.

Występywania skostnień, spostrzeganych w kilku przypadkach, nie można zużytkować do rozpoznania różniczkowego; często się bowiem zdarza, że przychodzi do wytworzenia tkanki kostnej w okresie bliznowacenia wysięków zapalnych przy następowej *iridochorioiditis*. Jedynie tylko ta okoliczność, że tkanka kostna nie pozostaje w żadnym związku z nowotworem i ma swe siedlisko w odgraniczonej tkance łącznej, przemawiałaby

za tem, że zanik gałki poprzedził powstanie nowotworu (Leber, Knies).

To byłyby prawie wszystkie dane z anatomii patologicznej, które, stosowane w poszczególnych wypadkach, doprowadziły do rozpoznania. Że jednak powyższe dane niezawsze się znajdują w tak szematycznym ugrupowaniu, że daleko częściej występują nieuporządkowane w obrazie sekcyjnym, tak, że nowych danych rozpoznawczych szukać potrzeba, świadczy o tem najlepiej przypadek poniżej przytoczony.

JWielmożnemu Panu Profesorowi Drowi Machekowi i Panu Docentowi Drowi Bednarskiemu bardzo dziękuję za łaskawe odstąpienie tego przypadku do ogłoszenia.

Kałyszyn Katarzynę, liczącą lat 55, żonę zarobnika z Łławcza (powiat Trembowla w Galicyi), przyjęto w kwietniu 1900 r. do kliniki ocznej Prof. Dra Macheka we Lwowie.

Wywiady niedokładne; chora podaje, że od 5ciu lat ślepa jest na lewe oko i że nie przypomina sobie, czy doznała jakiegokolwiek urazu. Także nie umie podać czasu, w którym po raz pierwszy zauważyła narośl na oku. Od 9 miesięcy guz ten znacznie się powiększał i często krwawił.

Stan obecny: Z szeroko rozwartej szpary powiekowej sterczy guz wielkości orzecha włoskiego, który masą swą wypełnia całą jamę oczodołu.

Z powiekami guz ten nie jest zrośnięty, można go łatwo obejść sondą ze wszystkich stron.

Przy badaniu dotykiem dadzą się brzegi oczodołu wszędzie wyczuć, z wyjątkiem zewnętrznej górnej części, gdzie natotyka się silniejszy opór. Zdaje się, że w tem miejscu guz stoi w związku ze ścianą oczodołu. Cała narośl podzielona jest przez płytkie wpuklenia na kilka większych i mniejszych guzków. Powierzchnia narośli pokryta jest ciecżą krwaworopiastą.

Gałki przy zewnętrznem oglądaniu rozpoznać nie można; istnienia jej każą się tylko domyślać współczesne nieznaczące poruszenia całej narośli przy dowolnych ruchach oka prawego.

Oko prawe jest zupełnie prawidłowe.

Rozpoznanie: *Sarcoma bulbi sin.*

Dnia 7go kwietnia dokonano w narkozie chloroformowej wyjęcia guza wraz z wyłuszczeniem całkowitej zawartości oczodołu.

Badanie makroskopowe:

Wyjęta gałka wraz z naroślą (utrwalona w formalinie i przechowana w alkoholu) jest wielkości orzecha włoskiego i przedstawia postać bryły trójkątnej o ściętych kątach. Podstawę dzieli głębsza bruzda na dwie części: górna z nich ma powierzchnię poszarpaną, dolna gładką. Wierzchołek trójkąta stanowi wolna ściana twardówki, która od strony nosowej nie jest przykryta przez nowotwór. Wysokość trójkąta wynosi $3\frac{1}{2}$ cm. Cała narośl podzielona jest przez liczne bruzdy i wpuklenia na pomniejsze guzki o rozmaitej wielkości i barwie; szczególnie kilka guzków, usadowionych w pobliżu nerwu ocznego, odznacza się wybitnie czarnem zabarwieniem.

W górnej części narośli spostrzega się między dwoma guzkami elipsę o średnicy 9 mm, która swem ciemnoniebieskiem zabarwieniem i jednolitą budową zbliżona jest najbardziej do rogówki. Od części otaczających oddziela ją wyraźnie zaznaczony pasek, najprawdopodobniej granica rogówkotwardówkowa.

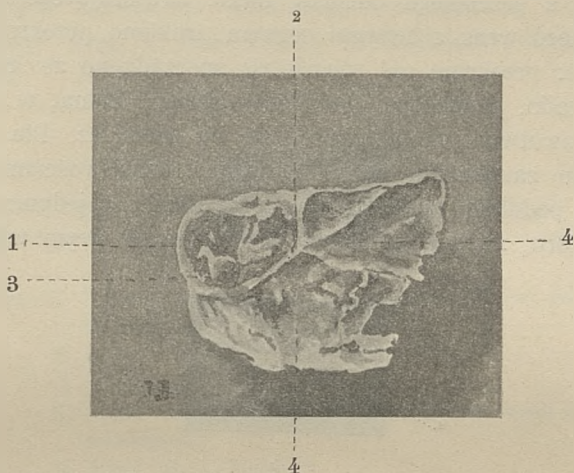
W tylnej części gałki można odszukać miejsce, dokąd nerw oczny dochodzi.

Wymiar gałki przedniotylny, t. j. od szczytu rogówki do wejścia nerwu ocznego, wynosi 20 mm.

Przy sporządzeniu równikowego przekroju z gałki ocznej wraz z otaczającym ją nowotworem, napotkano na większy opór, który tylko pokonaćby było można przy użyciu znacznej siły. Poprowadzono więc cięcie nożem naokoło tej przeszkody i przedzielono cały guz na dwie połowy. Po odjęciu górnej połowy, pozostała część dolna przedstawia następujący obraz anatomiczny (Ryc. 1):

Gałka pomniejszona stanowi prawie $\frac{1}{3}$ część otaczających ją mas nowotworowych. Twardówka, w jednym miejscu tylko wolna od otoczenia nowotworu, jest w całości zgrubiałą, a w miejscu przytykającym do narośli jest przebitą, jej ostro zarysowane granice zatarły się, widać, że tutaj musi istnieć

połączenie nowotworu wewnątrzgałkowego z naroślą zewnętrzną. W budowie obie części guza nie wykazują znaczniejszych różnic; zabarwienie tylko obu części nowotworu jest odmienne. Podczas, gdy nowotwór we wnętrzu gałki się znajdujący posiada barwę czarną, to w części zewnętrznej narośli można spostrzedz wszelkie odcienie barw od ciemnobrązowej do jasnoszarej, a nie brak także i miejsc zupełnie białych. W kwadrancie gałki, położonym tuż przy wolnej ścianie twardówki,



Ryc. I. Równikowy przekrój przez całą gałkę oczną wraz z otaczającą ją pozagałkową naroślą. (Wielkość naturalna.).

1. Wolna część twardówki.
2. Miejsce przebicia mięsaka na zewnątrz.
3. Wyrostek kostny.
4. Masy nowotworowe pozagałkowe.

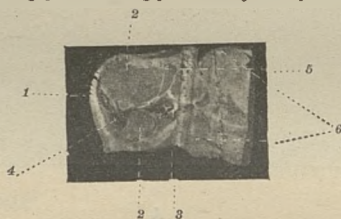
wystaje ponad powierzchnię przecięcia około 4 mm wysoki, trójkątny wyrostek, który przy dotyku sprawia wrażenie kości. Jest on silnie złączony z otoczeniem, a powstał w ten sposób, że przy rozrywaniu guza na dwie połowy, wyrwano część tkanki kostnej z połowy górnej, tak, że w dolnej części powstał wyrostek, wystający ponad powierzchnię, a pozostawiający w odpowiednim miejscu połowy górnej przestrzeń pustą. (Ryc. II).

Na przekroju równikowym posiada gałka oczna następujące wymiary:

oś pionowa 13 mm,

oś pozioma 15 mm.

Dla sporządzenia preparatów drobnowidowych włożono całą gałkę oczną wraz z tkanką kostną aż do zupełnego odwapnienia do rozczynu H a n g'a i zużytkowano w następujący sposób: z przedniego odcinka gałki, zawierającego rogówkę, i z tylnego wraz z nerwem ocznym zrobiono przekroje południkowe; przekroje zaś równikowe sporządzono ze środkowej części gałki, podzielonej na połowę górną i dolną, w miejscu, gdzie nowotwór przebił twardówkę na zewnątrz. Dla dokładniejszego zapoznania się z budową i właściwościami nowotworu, poddano mikroskopowemu badaniu pojedyncze guzki nowotworu, zwracające uwagę zewnętrznym swym wyglądem.



Ryc. II. Równikowy przekrój przez gałkę oczną (górna połowa).

1. Wolny brzeg twardówki.

2. Guzy nowotworowe.

3. Tkanka kostna.

4. Wolny przestwór w tkaninie kostnej, odpowiadający wyrostkowi kostnemu w dolnej połowie.

Opisywanie preparatów na poszczególnych przekrojach byłoby rzeczą żmudną i nieużyteczną; postaramy się więc w krótkości podać całokształt zmian patologicznych, jakie napotkaliśmy przy szczegółowym rozbiorze.

Badanie mikroskopowe:

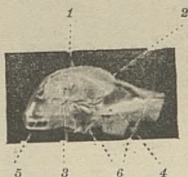
Rogówka zgrubiała; przyblonek rogówkowy nierównomiernie uwarstwowany wciska się pomiędzy zagłębienia rogówki, wypełniając je kilkoma warstwami komórek przyblonkowych.

Lejkowate te wpuklenia rogówki sprawiają, że cała rogówka wygląda tak, jakby była złożona z licznych brodawek.

Na dnie tych zagłębień napotkać można niezmienioną błonę Bowman'a, która tylko zniszczoną jest przez *pannus degenerativus* (Baas) w okolicy granicy rogówkotwardówkowej.

W tem miejscu znajduje się nowopowstała tkanka łączna z licznymi naczyniami.

Nieco dalej od rąbka rogówkotwardówkowego widać długie przestrzenie limfatyczne, wyścielone śródbłonkiem, i naczynia krwionośne wraz z nacieczeniem drobnokomórkowem w sąsiedztwie.



Ryc. III. Południkowy przekrój przez przedni odcinek gałki ocznej.

1. Rogówka.
2. Rąbek rogówkotwardówkowy.
3. Wewnątrzgałkowy mięsak.
4. Ściana twardówki, zmniejszona przez ucisk mas nowotworowych.
5. Grupa tkanki łącznej.
6. Mięsak pozagałkowy.

Mięszk rogówkowy również zmieniony; blaszki istoty rogówkowej, złożone w prawidłowym stanie z włókienek, równoległe do siebie przebiegających, są napężniałe, nieregularnie ułożone, o przebiegu falistym.

W środku miąższu napotyka się na nowopowstałe naczynia. Błona Descemet'a przytyka w samym środku rogówki do miąższu, po obu stronach odstaje od rogówki, a końce jej gubią się w licznych zakrętach wśród mas nowotworowych, wypełniających przedni odcinek gałki.

Nowotwór w tych miejscach ściśle przylega do miąższu rogówki, a gdzieś tam wkracza nawet w blaszki miąższu rogówkowego.

W przednim odcinku gałki: tęczówka, ciało rzęskowe, soczewka, nie pozostawiły po sobie żadnego śladu (Ryc. III). Napotyka się tylko w tem miejscu, jakoteż dalej w kierunku bieguna tylnego gałki, tkankę łączną, znajdującą się we wszystkich okresach rozwoju: tkankę wiotką, bogatą w komórki, o licznych naczyniach i wielojądrowem nacieczeniu drobnokomórkowem obok utkania włóknistego, zapowiadającego tworzenie się tkanki kostnej. Dopełniają reszty pasma bliznowate i masy nowotworowe, licznym barwikiem zaopatrzone.



Ryc. IV. Resztki naczyńówki z wysiękiem krwotocznym i przylegającymi skostnieniami (Zeiss. Obj. B. Ocul. 2).

1. Twardówka.
2. Naczyńówka.
3. Światło żyły wypełnione leukocytami.
4. Naczynia.
5. Tkanka kostna z kanałami Havers'a.
6. Tkanka łączna.

Ślady naczyńówki napotkać można przy ścianie twardówki, nie objętej od zewnątrz nowotworem (Ryc. IV). Naczyńówka jest zgrubiałą, warstwa naczyń większych i średnich obrzękła — obfite nacieczenie drobnokomórkowe — światło naczyń, szczególnie naczyń żylnych, wypełnione leukocytami. *Choriocapillaris* wraz ze sąsiednim utkaniem zupełnie zniszczona, jej miejsce zajmuje rozległy krwotok. Barwikowe komórki miąższu naczyńówki zatraciły swoją postać gwieździstą i przekształcone są w nieregularne grudki. Do krwotoku, częścią znekrotyzowa-

nego, dotyka bezpośrednio wiotka tkanka łączna, z zawartemi wśród niej skostnieniami.

W przedłużeniu osi nerwu ocznego ciągnie się w tylnym odcinku gałki do jej wnętrza, przegroda łącznotkankowa, zawierająca bardzo skąpy barwik i dzieląca nowotwór w tem miejscu na dwie części (Ryc. V).

Przegroda ta odpowiadałaby oderwanej i zbliżnowaciałej siatkówce.



Ryc. V. Południkowy przekrój przez tylny odcinek gałki.

1. Twardówka.
2. Nerw oczny.
3. Przegroda łącznotkankowa.
4. Nowotwór.

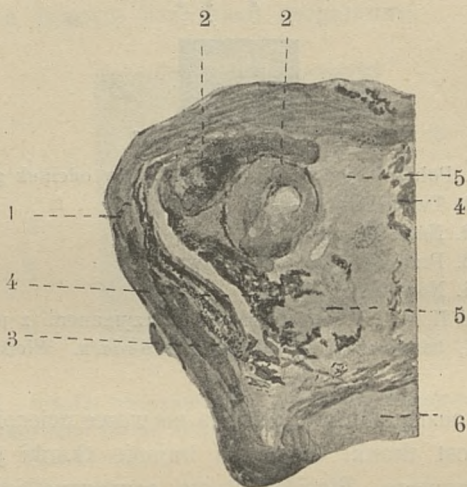
Rysunki II, III i V są fotografiami, otrzymanymi z preparatów mikroskopowych, barwionych sposobem v. Gieson'a. Wielkość naturalna.

Nerw oczny zanikły, włókna nerwowe ucierpiały znacznie przez przerost tkanki łącznej i bujanie tkanki podstawowej układu nerwowego. Błazkę sitową rozpoznać jeszcze można po warstwie skrzyżowanych włókienek tkanki łącznej.

W zewnętrznej ścianie twardówki, w okolicy nerwu ocznego i większych naczyń, napotyka się wydłużone pasma, złożone z komórek wrzecionowatych, które usadowione są częścią między blaszkami twardówki, częścią zaś tworzą odosobnione gniazda w bezpośredniem otoczeniu gałki.

Bogato zastąpiona we wnętrzu gałki grupa łącznotkankowa i częściowa przemiana tejże w tkankę kostną zasługuje na osobne omówienie (Ryc. VI). Już przedtem wspomnieliśmy, że tkankę łączną możemy tu napotkać w rozmaitych okresach rozwoju i ta okoliczność umożliwia nam śledzenie całego przebiegu powstawania tkanki kostnej. Częste występywanie skostnień w przebiegu zapaleń plastycznych naczyńiówki skłoniły Knapp'a¹¹⁾

do przypuszczenia, że »wysięki *choriocapillaris* już z podłoża macierzystego przynoszą ze sobą dążność do szybkiego przekształcania się we włókna i wskutek tego stają się podatne do przyjęcia soli wapniowych«, a zapatrywanie to potwierdza w zupełności obecny przypadek. Na preparatach bowiem widzieć można, jak nowo powstała tkanka łączna we włókienka się układa, jak podstawowa tkanka kości tworzy się z włóknistej istoty międzykomórkowej przez jednolite zlanie się tejże,



Ryc. VI. Równikowy przekrój przez gałkę oczną (dolna połowa). — Zeiss. Obj. a*. O^o. Ocul. 2.

1. Jak w rys. I.
2. Guzy nowotworowe.
3. Resztki naczyńiówki.
4. Tkanka kostna.
5. Grupa łącznotkankowa.
6. Narośl zewnętrzna.

jak komórki kostne w swych jamach są ułożone i jak ostatecznie przez następne przyjęcie soli wapniowych kość się wytwarza. Powstała kość posiada swoistą budowę: składa się z typowych blaszek kostnych, które zawierają ciała kostne i kanały Havers'a.

W miejscach, gdzie stopniowego przejścia kości w tkankę otaczającą wykazać nie można, znajdujemy kość najczęściej w pośród wiotkiej tkanki łącznej, silnie unaczynionej.

Drugi sposób przemiany tkanki łącznej w tkankę kostną, opisany przez Pollack'a¹²⁾, możemy zauważyć w ścięgnisto-bliznowatych pasmach tkanki łącznej, wypełniających przedni odcinek gałki. Znajdujemy tu małe ogniska nekrotyczne, które po przyjęciu soli wapniowych dla otaczającej je, ubogiej w komórki tkanki łącznej były bodźcem do przemiany w tkaninę kostną.

Nowotwór, jak powyżej już zaznaczyliśmy, składa się z dwóch części: z wewnątrzgałkowej i pozagałkowej narośli.

Wewnętrzna budowa obu części jest ta sama: mięsz nowotworu stanowią małe, przeważnie wrzecionowate komórki mięsaka, leżące w zbitych masach obok siebie i oddzielone tylko nieznaczną istotą międzykomórkową.

Nowotwór posiada sporo naczyń.

Barwik, występujący obficie w guzach nowotworowych, zajmujących przedni odcinek gałki ocznej, w postaci ziaren i grudek, o zabarwieniu ciemnobrązowym, leży przeważnie poza obrębem komórek.

W zewnętrznej narośli barwika daleko mniej; ziarenka barwikowe są mniejsze, o jaśniejszym zabarwieniu i znajdują się częściej w sąsiedztwie naczyń.

Pochodzenia barwika wykazać nie można.

Oddziaływanie na żelazo według metody Perls'a dało wynik ujemny, co łatwo można było przewidzieć wobec długiego stosunkowo czasu, który upłynął od wyjęcia gałki (enukleacja w r. 1900).

Rozprzestrzenienie się nowotworu wewnątrzgałkowego na zewnątrz odbyło się, jak zwykle, drogą naczyń. Twardówka jednak również miała udział w tym procesie. W płaszczyźnie równikowej oka, w miejscu, gdzie nowotwór przebija twardówkę, jest ściana twardówki na pojedyncze blaszki rozdzielona, a wśród poroszczepianych włókienek widać nowo powstałe naczynia, nacieczenia drobnokomórkowe i komórki mięsaka.

Miejsce przebicia twardówki daje sposobność bezpośredniego porównania obu części nowotworu. Miąższ mięsaka pozagałkowego jest zniszczony przez liczne krwotoki, w obrębie których komórki nowotworowe uległy zmianom wstecznym: napotykały tu rozległe ogniska nekrotyczne wraz z obfitem nacieczeniem drobnokomórkowem. Wewnątrz gałki obraz anatomiczny zupełnie odmienny, tutaj miąższ mięsaka zachował całą swoją żywotność, jądra komórek barwią się bardzo dobrze hematoksyliną Delafield'a. Po dokładnem przeszukaniu na rozmaitych przekrojach całego wewnątrzgałkowego mięsaka, odnaleziono tylko jedno miejsce, w obrębie którego komórki nowotworu źle się barwią i wskutek tego wzbudzają podejrzenie na zmiany wsteczne. Znajduje się to miejsce w okolicy rąbka rogówkotwardówkowego, obok utrzymanej jeszcze błony Descemet'a.

Nekrotyczne grupy komórek mięsaka napotkać można także w wysięku krwotocznym naczyńiówki.

Wzajemny stosunek grupy łącznotkankowej i miąższu mięsaka zasługuje również na uwagę. Według zdania Leber'a, Krahnstöver'a i Evetzký'ego mógłby zanik gałki przy pierwotnym mięsaku tylko w ten sposób przyjść do skutku, że istniałaby jakaś przyczyna, która wywołała plastyczne zapalenie i następowe kurczenie się gałki. A ponieważ za przyczynę taką uważają rozległą nekrozę wewnątrzgałkowego nowotworu, badaliśmy więc w tym kierunku cały miąższ wewnątrzgałkowy — lecz bez dodatnich wyników. Zmian wstecznych w miąższu nowotworowym nigdzie odnaleźć nie było można, a wspomniane wyżej miejsce w okolicy rąbka nie ma nic znamiennego. Ognisko to dotyka bezpośrednio zdrowego miąższu nowotworu, a nie przedstawia się w postaci nekrotycznego ogniska z typowym pasem odczynowym] dokoła (*Reactionszone*)

Gdybyśmy obecnie z oglądanych przekrojów wewnątrzgałkowego nowotworu chcieli sporządzić szematyczne zestawienie postaci narośli i zdać sobie sprawę ze sposobu, w jaki miąższ ów we wnętrzu gałki się rozrastał, przekonalibyśmy się,

że nowotwór ten składa się z kilku oddzielnych guzów, odgraniczonych między sobą pasmami tkanki łącznej, że komórki mięsaka nie pozostają w żadnym ściślejszym związku z tkanką łączną, przylegając do niej wprost mechanicznie lub dostając się gdzieś między pojedyncze włókienka łącznotkankowe. To znamienne rozmieszczenie nowotworu mogło tylko w ten sposób powstać, że mięsak napotkał na jakąś organiczną przeszkodę już w samych początkach swego rozwoju, że starał się ominąć licznie zastąpioną tkankę łączną, wnikając wszędzie tam, gdzie jeszcze wolne pozostało miejsce, wypełniając przestrzenie próżne między bliznowatymi pasmami lub układając się w postaci wydłużonych wypustek między rozszczepionymi włókienkami tkanki łącznej. Dopiero z chwilą, gdy mięsak wnętrze gałki całkowicie objął w swoje posiadanie, przebił on gałkę na wysokości równika i wydostał się na zewnątrz. Tu w przeciągu krótkiego czasu dosięgnął znacznych rozmiarów, gałkę już zanikłą zniekształcił jeszcze bardziej przez ucisk mas nowotworowych na przylegającą do nich ścianę gałki, wystawał poza obręb szpary powiekowej, będąc tem samem narażony na ciągłe urazy, które wywoływały krwotoki i ropienia.

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, czy wobec istnienia pozagałkowego nowotworu, który rozmiarami swymi przewyższa o wiele narośl wewnątrzgałkową, nie mamy przypadkiem do czynienia z tworem nagałkowym, który dopiero później dostał się do wnętrza gałki? Mimo całkowitego zniszczenia wnętrza oka, na podstawie badania granicy rogówkotwardówkowej, pytanie to możemy rozstrzygnąć na korzyść przypuszczenia, że nowotwór miał swój początek we wnętrzu gałki i w dalszym swym rozwoju wydostał się na zewnątrz. W rąbku rogówkotwardówkowym nie napotykamy żadnych śladów przedostawania się mięsaka z zewnątrz do wnętrza oka, co stanowi prawie jedyną drogę, którą wchodzi do wnętrza gałki nowotwory nagałkowe (Kerschbaumer).

Po zestawieniu sekcyjnego materiału i krytycznej ocenie anatomopatologicznego rozbioru gałki ocznej, uzyskamy dla roz-

poznania pierwotnego zaniku gałki i następowego powstania mięsaka następujące dane różniczkowe:

Gałka bezkształtna, silnie pokurczona; ślady po przebytem plastycznym zapaleniu całego *tractus uvealis*; rozsiane rozprzestrzenienie się nowotworu wewnątrz gałki w postaci kilku odgraniczonych guzów; topograficzne zachowanie się tkanki łącznej i kostnej w stosunku do nowotworu; wreszcie — brak rozległej nekrozy wewnątrzgałkowego mięsaka. W przypadkach dotychczas ogłoszonych jedyną przyczyną powstawania następowego zaniku gałki była nekroza nowotworu; zachowana żywotność mięsaka wewnątrzgałkowego w przypadku obecnym stanowi więc w przybliżeniu dowód, że mamy do czynienia ze sprawą wręcz przeciwną.

W odpowiedzi na zaczerpnięte wywiady w przynależnej gminie o dalszych losach chorej, otrzymaliśmy odpowiedź, że chora zmarła w r. 1902 na zapalenie płuc. Sekcyi nie dokonano, wobec złośliwości jednak mięsaka przypuszczać można, że przyczyną śmierci były przerzuty w płucach.

Literatura.

1. Graefe's Arch. f. Opht. Bd. XIV.
2. Fuchs: Sarcom des Uvealtractus. Wien. 1882.
3. Leber u. Krahnstöver: Über die bei Aderhautsarkomen vorkommende Phthisis des Augapfels. — Arch. f. Opht. XLV.
4. Evetzký: Weitere Studien über intraoculäre Sarcome. — Arch. f. Ophtal. XLV.
5. Terrien: Sarcome de la chorioide compliqué de phthisie du globe. — Arch. d'Opht. XIX.
6. Jarnatowski: Ein Beitrag zur Iridocyclitis resp. Phthisis bulbi bei Chorioidalsarkom. — Arch. f. Aghk. XXXVIII.
7. Key: Ein Fall von Chorioidalsarcom mit sekundärer Phthisis des Auges. — Nag. Ber. 1900.
8. Schultz: Sarcoma chorioideae mit Ausgang in Phthisis bulbi. — Arch. f. Aghk. XLII.
9. Kerschbaumer: Sarcom des Auges. Wiesbaden. 1900.
10. Bielsky: Ein Fall von Sarcom im atrophischen Auge. — Arch. f. Aghk. XLVII.
11. Knapp: Über Knochenbildungen im Auge. — Arch. f. Aghk. II.
12. Pollak: Beiträge zur Metaplasiefrage. Wiesbaden. 1901.

Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Ciało szkliste (szklistka) odżywia się przesiękiem z naczyniówki i dlatego najslabsze nawet stany zapalne w naczyniówce natychmiast dają się zauważyć jako zmętnienie w cieiele szklistem.

Rzecz oczywista, że gdy ciecz zbiera się poza siatkówką, czyli, gdy siatkówka staje się nieprzenikliwa dla przesięków z naczyniówki do ciała szklistego, odżywianie ciała szklistego zostaje albo bardzo upośledzone, albo nawet zupełnie ustaje. Prawda, że niekiedy, pomimo oderwania siatkówki, odżywianie ciała szklistego nie ulega znacznemu upośledzeniu, ale bywa to tylko w tych wypadkach, w których niecała siatkówka stała się nieprzenikliwą, gdzie więc przesięk z naczyniówki do ciała szklistego może przez te niezmienione jeszcze części siatkówki i dalej się odbywać mniej lub więcej prawidłowo. Wprawdzie przyjmują obecnie, że siatkówka staje się nieprzenikliwą dopiero wtedy, gdy już została oderwana, a więc nie przylega do naczyniówki¹⁾; jest jednak daleko prawdopodobniejszem, że siatkówka staje się nieprzenikliwą już przed oderwaniem i że właśnie ta nieprzenikliwość siatkówki jest przyczyną zbierania się cieczy poza siatkówką i następczego jej oderwania od naczyniówki.

Nie dlatego siatkówka ulega oderwaniu od naczyniówki, że je poprzedza zmniejszenie objętości ciała szklistego, ale odwrotnie zmniejszenie objętości ciała szklistego jest następstwem upośledzonego odżywiania ciała szklistego dzięki nieprzenikliwości siatkówki dla przesięków z naczyniówki.

Zaburzenie w odżywianiu ciała szklistego daje wysięk, który zbiera się pomiędzy ciałem szklistem a siatkówką, bo, dzięki nieprzenikliwości siatkówki, nie tylko ciecz z naczyniówki

nie przenika do ciała szklistego, ale i ciecz wysiękająca z ciała szklistego nie przenika do naczyńówki. —

Jest rzeczą dobrze znaną, że niekiedy (niektórzy autorowie utrzymują, że często, a nawet prawie zawsze) przy oderwaniu siatkówki występują pęknięcia.

Powstawanie pęknięć siatkówki tłómaczą ciągnięciem siatkówki przez cofające się ciało szkliste, a jednocześnie odpierane od siatkówki cieczą, zbierającą się przed siatkówką.

Samo nawet oderwanie się siatkówki tłómaczą w ten sposób, że ciecz zebrana przed siatkówką wstępuje poprzez miejsce pęknięcia poza siatkówkę i odrywa ją od naczyńówki. Fakt, że niekiedy pomiędzy ciałem szklistem a siatkówką zbiera się ciecz, a ciało szkliste kurczy się i odsuwa od siatkówki, wykryty był przez Iwanow'a²⁾; Leber zaś wypowiedział przypuszczenie, że kurczące się ciało szkliste pozostaje jednak w ścisłym związku z wewnętrzną powierzchnią siatkówki i ciągnąc ją za sobą rozdziera, a przez rozdarcie ciecz znajdująca się przed siatkówką wstępuje poza siatkówkę i odrywa ją od naczyńówki. Podług Leber'a brzegi rozdartej siatkówki zwrócone są w kierunku ciała szklistego, co ma też być podług niego dowodem ciągnięcia siatkówki przez ciało szkliste. —

Przeciwnie Schweigger³⁾ utrzymuje, że w wypadkach oderwania siatkówki z rozdarcie strzępy siatkówki zwrócone są w kierunku naczyńówki, co znowu sprzeciwia się przypuszczeniu ciągnięcia siatkówki przez ciało szkliste.

Eryk Nordensohn⁴⁾ odróżnia oderwanie siatkówki falujące od nieruchomego; falowanie oderwanej siatkówki dowodzi podług niego, że ciecz znajduje się nie tylko poza siatkówką, ale i przed nią; sama bowiem tylko ciecz pozasiatkówkowa unieruchomia oderwaną siatkówkę, przyciskając ją mocno do ciała szklistego.

Według Schnabl'a⁵⁾ i prof. Wicherkiewicza⁶⁾ — oderwanie siatkówki jest wyrazem nerwicy, sprowadzającej pomniejszenie wytwarzania cieczy śródocznej i, co za tem następuje, obniżenie śródocznego napięcia; podobnie jak powiększone wytwarzanie cieczy śródocznej sprowadza jaskrę. —

Innem znowu jest tłómaczenie R ä h l m a n n'a 7): według niego dla oderwania siatkówki koniecznie trzeba, żeby poprzednio poza siatkówką wytworzył się wysięk w białko zasobny, któryby drogą dyfuzji przeciągał ciecz z ciała szklatego; ciecz bowiem w białko bogata z trudnością przenika, a ciecz wodnista przenika z łatwością siatkówkę.

Zapomina jednak R ä h l m a n n, że ciecz, przesiąkająca z naczyniówki przez siatkówkę dla odżywiania ciała szklatego, zawiera białko; oczywiście więc, że i ciecz zasobna w białko może z łatwością przenikać przez siatkówkę; więc jeżeli siatkówka staje się nieprzenikliwą dla cieczy z naczyniówki, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na przyczyny nieprzenikliwości siatkówki. —

Co zaś do zmian, zachodzących w oderwanej siatkówce, zdania są podzielone: R ä h l m a n n utrzymuje, że zmiany te są prawie żadne; przeciwnie A d a m i u k 1) znajdował duże zmiany w tych miejscach siatkówki, które poprzednio nie przylegały do naczyniówki. —

Większość autorów zgadza się z R ä h l m a n n'em, że oderwana siatkówka, nawet przez dłuższy czas nieprzylegająca do naczyniówki, długo jeszcze zachowuje prawidłową sprawność, a zmiany chorobowe w jej utkaniu występują nieprędko, wiadomo bowiem, że gdy oderwana siatkówka znowu przylega do naczyniówki, staje się i anatomicznie i czynnościowo zupełnie prawidłową. —

Zdanie to jednak nie jest uzasadnione: występujący bardzo często barwoślep i pomniejszona wrażliwość na światło nie daje się pogodzić z przypuszczeniem o zupełnej prawidłowości czynnościowej siatkówki, przylegającej do naczyniówki, po poprzednim jej oderwaniu. —

O zmianach chorobowych w siatkówce, poprzedzających oderwanie, wiemy niewiele. Znane są jednak wypadki, w których zapalenie siatkówki poprzedziło jej oderwanie; wiadomo też, że pośród warstw siatkówki znajdują się dosyć często torbiele wielkości grochu, a nawet większe; ciecz w tych torbie-

lach ma ten sam skład, co i ciecz pozasiatkówkowa, zewnętrzne ściany tych torbieli są niekiedy pęknięte.

Znane są też wypadki, w których oderwanie siatkówki następowało po *chorioiretinitis*, a jeszcze częściej przy zapaleniu siatkówki białkomoczowem.

Nawet najgorętsi zwolennicy hipotez Rählmanna, Leber'a i Nordensona nie umieją wytłumaczyć tych wypadków i otwarcie się przyznają, że nie mogą zrozumieć powstawania oderwania siatkówki przy zapaleniu białkomoczowem, tem bardziej, że ciało szkliste, zwłaszcza w początkowym okresie oderwania siatkówki przy białkomoczu, jest w stanie zupełnie prawidłowym.

Skądinąd znowu wiadomo, że nawet bardzo znaczne zmiany chorobowe w ciele szklistem nie spowodują oderwania siatkówki.

Przeciwnie siatkówka przy zapaleniu białkomoczowem ulega bardzo poważnym zmianom chorobowym, jak anatomicznym, tak i czynnościowym.

Ze wszystkich warstw siatkówki oderwanej od naczyniówki największym zmianom ulegają jej warstwy zewnętrzne, w szczególności zaś warstwa czopków i pręcików, siatkówka bowiem odrywa się właściwie od warstwy przybłonka barwikowego. Znajdują się jednak zmiany plastyczne i w innych warstwach siatkówki.

Jeżeli siatkówka oderwana pęknie i ciecz pozasiatkówkowa wyleje się do ciała szklistego, to przylega ona ponownie do naczyniówki na czas dłuższy, niekiedy nawet na zawsze.

Oderwanie siatkówki ustępuje często i bez pęknięcia, co nawet należy uważać jako prawidłło przy oderwaniu białkomoczowem siatkówki.

Oderwanie siatkówki, przy białkomoczu nagle występujące i ustępujące nagle, jest kamieniem obrazu dla wszystkich przyjętych obecnie hipotez powstawania oderwania siatkówki. —

Wiadomo, że szczególniejszą skłonność do oderwania siatkówki mają oczy, krótkoogniskowe, a jednak jak często

przy najwyższych nawet stopniach krótkoogniskowości oderwanie siatkówki nie występuje całemi latami.

Wypadki takie zwykle tłumaczą istnieniem zapalenia zlepnego pomiędzy siatkówką a naczyniówką.

Tak n. p. Adamiuk podaje wypadek, w którym wśród poczynającego się oderwania siatkówki wystąpiło zapalenie siatkówki z wybroczynami i zmętnieniem ciała szklanego. Stan taki trwał przeszło dwa miesiące; przez cały ten czas chory prawie nic nie widział; stopniowo jednak ośrodki przeziernie oka wyjaśniły się i wzrok powrócił taki, jakim był przed chorobą *).

Adamiuk utrzymuje, że przebyte zapalenie siatkówki nawet i na przyszłość zabezpiecza oko od oderwania siatkówki, a to dlatego, że przebyte zapalenie tak ściśle zlepia siatkówkę z naczyniówką, że nie może być już oderwaną od naczyniówki. —

I to tłumaczenie jednak znajduje się w dziwnej sprzeczności z powstawaniem oderwania siatkówki przy zapaleniu białkomoczym siatkówki; tu bowiem zapalenie siatkówki sprowadza jej oderwanie od naczyniówki. —

Od dawna już zwracał uwagę moją fakt, że przy oderwaniu siatkówki tak rzadko bywa zmętnienie ciała szklanego. Niekiedy, pomimo miesiące, a nawet lata całe trwającego oderwania siatkówki, ciało szklane jest zupełnie przeziernie; ale dopiero od roku udało mi się spostrzegać wypadki, w których wystąpienie zmętnienia w ciele szklanym bez rozdarcia oderwanej siatkówki usuwało natychmiast oderwanie. —

Dnia 16 listopada 1902 r. zwróciła się do mnie p. L. G., lat 60, z guberni wileńskiej.

Oko pr. 20 mm; oko l. tylko poczucie światła. Krótkoogniskowość przeszło 20 D w oku prawem, w którym widać naczynia oderwane siatkówki przy + 12 D.

*) Zdaje się, że wybroczyny krwawe i zmętnienie ciała szklanego było w danym wypadku spowodowane pęknięciem siatkówki i wylewem cieczy pozasiatkówkowej do ciała szklanego.

W oku lewem oderwanie siatkówki jest prawie całkowite, tak, że zaledwie niewielki tylko pas siatkówki przylega jeszcze do naczyniówki; w oku prawem tylko dolna część siatkówki jest oderwaną, tak, iż, jak wskazuje perymetr, wrażliwość dolnej połowy siatkówki dosięga 20° , a na niektórych południkach zaledwie 15° .

Pani L. G. od lat dziecięcych cierpiała na krótkoogniskowość, postępującą z wiekiem.

Chora, przed wstąpieniem do lecznicy ocznej na Pohulance, leczyła się sposobem klasycznym (środki napotne i leżenie), ale zupełnie bez skutku.

Na trzeci dzień pobytu swego w lecznicy w Pohulance chora zauważyła, że okiem prawem widzi znacznie mętniej, aniżeli przedtem. I rzeczywiście badanie wziernikiem wykazało bardzo znaczne zmętnienie, dotąd zupełnie przeziernego, ciała szklanego w oku prawem, oko lewe pozostawało bez zmiany. Zmętnienie to jednak nie przeszkadzało widzieć dosyć dokładnie dno oka.

Zaniepokojony tym stanem oka i obawiając się powiększenia oderwania siatkówki, wymierzyłem ponownie granicę wrażliwości i znalazłem, że powierzchnia wrażliwości powiększyła się do 35° i nawet 40° .

Powoli ośrodki przeziernie oka stawały się coraz czystiejsze, jednak i po 6ciu tygodniach pobytu w zakładzie zmętnienia w ciele szklanym nie ustąpiły zupełnie. Na wiosnę r. 1903 znowu przybyła do mnie chora; pogorszenia nie było, ale zmętnienia trwały. W początku lata zmętnienia tak dalece ustąpiły, że chora była już zupełnie zadowolona ze swego stanu, gdy spotkał ją niemiły wypadek; nie wiedząc nic, że po burzy złamaną została gałąź jabłoni, pod którą zwykle przechodziła w czasie swych przechadzek, uderzyła się bardzo mocno w wierzch głowy o tę gałąź. W dodatku jeszcze przyłączyło się zapalenie spojówki.

W takim stanie przybyła chora znowu do lecznicy ocznej w Pohulance dn. 25 września 1903 r. Badanie perymetryczne

wykazało, że granice wrażliwości siatkówki pozostały nienaruszone. —

W grudniu r. 1903, podczas mego pobytu w Petersburgu, zwrócił się do mnie p. Sz., kupiec z Moskwy, cierpiący od dawna na wysoki stopień krótkoogniskowości, uskarżając się na zmętnienie oka lewego. »A jednak — dodał — rzecz dziwna, że od czasu wystąpienia tych zmętnień okiem tem znacznie jaśniej widzę, niż czas jakiś przedtem«. Ścisłejsze zbadanie i wywiady wykazały, że u Sz. było przedtem rozlane oderwanie siatkówki.

Literatura.

1. Adamiuk: Boleźni swietoszcz. apparata głaza. T. I, str. 759 i str. 764. Kazań. 1897.
2. Iwanow: Decollement de la hyaloide avec la rétine. Compt. rendus du Congrès period. internat. d'ophthalmologie. Paris. 1867.
3. Schweigger: Beobachtungen über Netzhautablösung. — Arch. f. Augenheilkunde. 1883.
4. Erik Nordenson: Die Netzhautablösung. Untersuchungen über deren pathol. Anat. und Pathogenese. Wiesbaden. 1887.
5. Schnabel: Über Glaukom und Iridectomie. 1876, str. 67 i 74. — Cyt. wedł. prof. Wicherkiewicza.
6. Wicherkiewicz: Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki. — Post. Okulist. 1901.
7. Rahlmann: Über die Netzhautablösung und die Ursache ihrer Entstehung. — Arch. v. Graefe. 1876.

Leber's Erklärung der Netzhautablösung. — Arch. f. Aghk. 1893.

Dok. nast.

II. FELJETON.

Arabski lekarz Avicenna, jako okulista.

Podał

DR. J. TALKO.

(Notatka historyczna).

Z rysunkiem.

Góruje nad wszystkimi lekarzami arabskimi Avicenna (Abn Ali el Hosein Ben Abdallah Jbn Sina), »książę lekarzy«. Urodził się w r. 980, nauki lekarskie odbywał w rodzinnem swem mieście Bucharze¹⁾, i, mając zaledwo lat 18, wyleczył Emira Nuh z ciężkiej choroby. To szczęśliwe wyleczenie było podstawą jego sławy i zjednało mu wielką łaskę książąt Samanidów. Lecz, odrzuciwszy świetne propozycje Mahmuda Gasnewidy, musiał pędzić życie tułacze i pełne przygód. Umarł w r. 1037.

Był to jeden z najpotężniejszych umysłów owego czasu. Obdarzony pamięcią zadziwiającą, pisał o wszystkich naukach, lecz w Europie znany jest głównie jako lekarz, i w tym kierunku panował w szkołach przez 6 wieków prawie.

Jego »Kanun«, czyli przepisy, w 5ciu księgach — choroby oczu w 3ciej księdze, — tłómaczone i drukowane wielokrotnie, służyły za podstawę do wykładów w uniwersytetach francuskich i włoskich.

Żadne dzieło, traktujące o medycynie w starożytności, nie daje tego materiału do jej historii owoczesnej, co »Kanun« Avicenny.

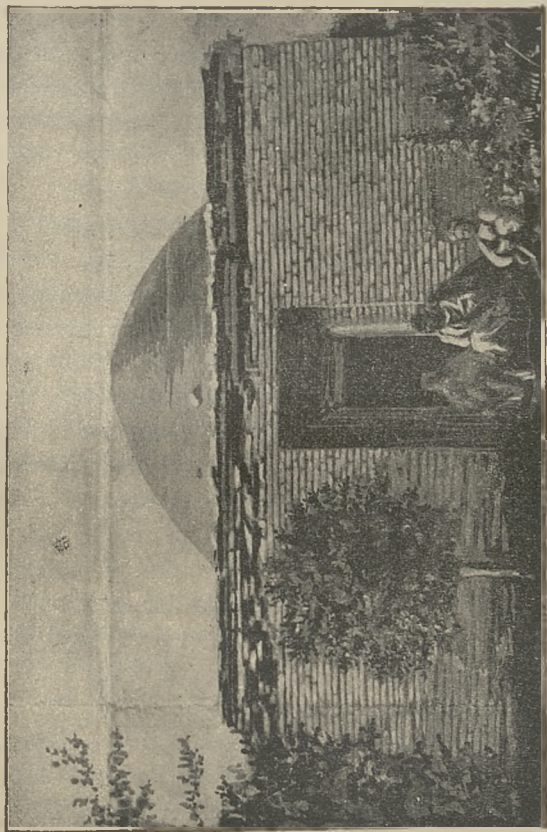
Dzieło to popularnością zaćmiło nawet Galen'a, z którego arabski autor czerpał przeważnie.

Avicenna jest autorem 105ciu dzieł naukowych, jest on najdokładniejszym wyrazem filozofii arabskiej, jest perypatetykiem. W dziełach swoich stara się podług metody bardzo ści-

¹⁾ Cueva w swej rozprawie fałszywie twierdzi, iż urodził się w Afschena, prowincyi Chorasán (str. 4).

słej uporządkować różne gałęzie nauk filozoficznych w jeden szereg.

W dziele *Al sefa* (wyzdrowienie), które dzieli na 3 części: wiedza wyższa, niższa i średnia, spotykamy poglądy Arystotelesa, tylko jaśniej wyłożone.



GRÓB AVICENNY.

Odtworzył on systematycznie i w doskonałej łączności wszystkie części filozofii Arystotelesa z uzupełnieniami komentarzów nowoplatoniskich.

Miał świetną praktykę w Persyi i był nadwornym okuli-

stą władcy perskiego w Ispahanie. Szczególnie celował w leczeniu »skrócenia powiek«, zgodnie ze sposobem greckim¹⁾. Zmarł w r. 1037 w Hamadan (dzisiejsza Ekbatana).

Kolega Szymański z Kaukazu, podróżując przed laty po Persyi, zwiedził grób Avicenny i podał rycinę grobowca, przy którym siedzą Persowie, pobierając opłatę od zwiedzających, tak, że Avicenna »praktykuje nawet po śmierci«. — Rycinę grobowca tego unieściłem przed kilku laty w »Wędrowcu«, a drzeworyt, łaskawie mi oddany przez jego redaktora, podczas ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze wręczyłem prof. Kryńskiemu dla oddania nieobecnemu prof. Wicherkiewiczowi.

Podług Avicenny wykładano choroby oczu w uniwersytecie Jagiellońskim jeszcze w XVI wieku, jak twierdzi prof. Morawski²⁾, który — w swem, w przypisku przez nas przytoczonem, dziele — o uniw. Jagiellońskim w XV wieku cytuje Avicennę na 4ch stronicach (43, 50, 69 i 73). Na str. 150 czytamy: »Jan z Reguł będzie wykładał pierwszą część księgi Avicenny o gorączkach oraz praktykę Serapiona«. A na str. 69 pisze czcigodny autor: »przez całe lata Galen'a, Hippocras'a, Serapion'a, a przeważnie Avicennę, przychodziła w końcu korona medycyny — astrologia. Sławnym z niej był Kraków«.

Dzięki znawcy greckiej literatury, prof. Hirschberg'owi, pod jego kierunkiem opracowano kilka inauguralnych rozpraw, z których wspomniemy tu: Juana Cuevy (z Peru) *Die Augenheilkunde des Avicenna* (Berlin. 1899), E. Michajłowski'ego *Die Augenheilkunde des Avicenna* (Berlin. 1900), Th. Bernika *Die Augenheilkunde des Avicenna. Nach dem »Liber Canonis« zum ersten mal ins deutsche übertragen* (Berlin. 1900), wreszcie Uspensky'ego *Die Augenheilkunde des Avicenna* (Berlin. 1900).

Hirschberg w swej pięcioksiążkowej *Geschichte der*

1) *Geschichte der Ophthalmologie* Hirsch'a w *Handbuch d. Ophthalmologie* Graefe'go i Saemisch'a, str. 293. *Ophthalmologie der arabischen Aerzte*.

2) P. Jego »*Historię Uniwersytetu Jagiellońskiego*«. Kraków. 1900.

Augenheilkunde (1899) o Avicennie wspomina tylko w dwóch miejscach, i to w krótkości.

Nie piszemy wyczerpującej rozprawy — lecz podajemy, że w swoim »Kanun« napisał Avicenna oryginalny pogląd na budowę oka¹⁾, rozpoznanie temperamentu oka. o leczeniu chorób ocznych mlekiem łączygi (*lactuca virosa*), różaną wodą, kalmusem, tubią, *stibium*, szafranową wodą, nardem (*spica celtica*, *sive nardus celticus*), lub akacją z sokiem Koriandra (*coriandrum sativum*), wreszcie tłuczonem szkłem, opium; o utrzymaniu zdrowia oczu i wystrzeganiu się wszelkich szkodliwości — nadużycie coitus i spanie z przepełnionym żołądkiem szkodliwe są dla oczu, — zapaleniu oczu i podrażnieniu i o ich leczeniu.

Avicenna, mówiąc o kurzej ślepotcie, pisze:

»Est ut evanescat visus in nocte et videat in die, et debilitatur in fine ejus«. —

Tyle słów o Avicennie, który ma takie znaczenie dla arabskiej, jak Galen dla greckiej medycyny.

O Avicennie wspomina J. Świącicki w swem cennem dziele »Historia literatury arabskiej«. Warszawa. 1901. (na str. 349 i 371).

III. NOWE KSIĄŻKI.

O chorobach naczyń krwionośnych siatkówki (Krankheiten der Retinalgefasse). Ole Bull. In quarto, z 41 szematami pól widzenia i 30 chromolitografowanymi obrazami dna oka.

W książce tej, której zewnętrzna strona przedstawia się nader korzystnie, a zaleca się przede wszystkim szeregiem bardzo pięknie wykonanych obrazów oftalmoskopowych, — zawarta jest szczegółowa monografia zmian w zakresie sieci naczyń siatkówkowych, zasługująca na uwzględnienie choćby z tego powodu, że interesujące poglądy autora różnią się we wielu szczegółach od zapatrywań utartych i przez ogół przyjętych.

We wstępie historycznym podnosi autor niespożyłą zasługę Virchow'a w ustaleniu pojęć o embolii. Odkrycie to jednak, do-

¹⁾ Dziwnie dobry opis, chociaż źrenicę nazywa błoną.

konane w połowie XIX stulecia, wisiało już wówczas niejako w powietrzu, było bowiem, jak wiele innych odkryć w nauce, przygotowane szeregiem prac dawniejszych i bystrych spostrzeżeń takich badaczy, jak Cruveilhier, Lebiederber, Allibert i Victor François, z których ostatni najbliższym był prawdy. Na kilka lat jednak przed pojawieniem się prac Virchow'a o zatorze, bo w r. 1884, zdał sprawę Dr Egeberg w Chrystyanii tamtejszemu towarzystwu lekarskiemu z oględzin zwłok położnicy zmarłej nagle 17stego dnia po porodzie, u której znalazł liczne zaczopowania w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Ponieważ Egeberg odrazu wypowiedział przekonanie, że skrzepy te nie mogły powstać na miejscu, lecz zostały naniesione, przeto określił tem samem zupełnie dokładnie pojęcie embolii. Jemu zatem, zdaniem autora, należy się właściwie pierwszeństwo wielkiego odkrycia. Nie ujmuje to nic Virchow'owi, któremu z pewnością spostrzeżenie Egeberg'a nie było znane i który zresztą szeregiem świetnych prac doświadczalnych naukę o embolii ugruntował i rozwinął.

Co do zaburzeń krążenia w naczyniach siatkówki, to zaczęto się niemi zajmować zaraz po odkryciu wziernika, przyczem zwracano uwagę głównie na zmiany w układzie tętniczym siatkówki. Już w r. 1854 opisał Jaeger przypadek zaburzenia w krążeniu w zakresie *art. centr. retinae*. Wkrótce potem Virchow stwierdził u dwóch na *endocarditis septica* zmarłych chorych ropne przerzuty w naczyniówce, polegające na zaczopowaniu tętnic zakaźnym materiałem zatorowym. Gdy Schweigger podał pierwszy dokładny opis obrazu wziernikowego embolii tętnicy siatkówkowej, zaczęły się podobne spostrzeżenia coraz bardziej mnożyć, przyczem różne, pozornie tylko zbliżone, zmiany wziernikowe zaliczano bezkrytycznie do objawów embolii tętnicy środkowej. Pierwszym, który zaczął nawoływać do ostrożności w stawianiu rozpoznania: *embolia arteriae centralis retinae*, był Stellwag von Carion. Ole Bull stoi na tem samem stanowisku. Zdaniem jego *thrombosis* stanowi może również często jak *embolia* przyczynę zaburzeń w krążeniu krwi w siatkówce, a oprócz tego w niejednym przypadku istota cierpienia polega na nerwicy odruchowej (*angioneurosis*), powodującej skurcz ścian naczyniowych.

Rozpoczynając opis własnych spostrzeżeń, zastanawia się autor, jak najodpowiedniej byłoby podzielić zaburzenia w zakresie naczyń siatkówki. Teoretycznie należałoby utworzyć dwie zupełnie odrębne grupy przypadków i w pierwszej umieścić te, w których przyczyna zaburzenia w krążeniu tkwi w samych naczyniach, a w drugiej te, w których przyczyna leży w ośrodkach naczynioruchowych. Niestety tego rodzaju podział etyologiczny nie da się praktycznie przepro-

wadzić, bo niejednokrotnie przyczyna zmiany wzniernikowej pozostaje dla nas zagadką. Dlatego to praktyczniejsem jest podział na: 1. przypadki nagłej utraty wzroku (wskutek zmian w naczyaniach siatkówki) i 2. przypadki, gdzie upośledzenie wzroku wzmagą się powoli. Główną część swej pracy poświęca Ole Bull pierwszej kategorii przypadków, gdzie zmiana czynnościowa występuje nagle. Takich przypadków spostrzegął autor w swej praktyce 66 i przeważną ich część przytacza szczegółowo, ilustrując opis świetnie wykonanymi obrazami oftalmoskopowymi, oraz szematami zdjęć pola widzenia. Opisy kliniczne przeplata uwagami ogólnymi i poddaje krytyce niejedno z ustalonych zapatrywań.

Rozpoznanie, czy w danym przypadku zachodzi embolia, czy tromboza, — li tylko na podstawie badania klinicznego — jest, zdaniem Bull'a, bardzo trudne — nawet wtedy, gdy się wprost widzi czop w tętnicy. Chwilowe zamroczenia wzroku, tak często poprzedzające ostateczną nagłą ślepotę (t. zw. obnubilacye), przemawiają raczej za zakrzepem, niż za zatorem. Są wprawdzie autorowie, którzy starają się embolię pogodzić z istnieniem takich obnubilacyi. Twierdzą oni, że przy obfitym, a bardzo rozdrobnionym materiale zatorowym zdarzać się mogą chwilowe, częściowe lub nawet całkowite zatkania pnia tętnicy siatkówkowej, czop jednak zatykający ulega natychmiast rozpadowi na cząstki drobniejsze, które prąd krwi porywa i zanosz do mniejszych obwodowych gałązek tętniczych. Dlatego to wzrok ulega tylko przemijającemu zamroczeniu. Ole Bull powątpiewa o słuszności tej hipotezy — z drugiej znów strony robi uwagę, że brak obnubilacyi nie dowodzi jeszcze istnienia zatoru, bo i przy powoli wytwarzającej się trombozie, która nie zajmuje jeszcze całego światła tętnicy i przepuszcza ilość krwi dostateczną do odżywienia siatkówki, może przyjść do nagłej i ostatecznej utraty wzroku. Przyczyną tego przyspieszonego zejścia sprawy chorobowej bywa nagły skurcz podrażnionych przez zakrzep ścian naczyń, które zostaje przez to zaciśnięte nieraz tak długo, że siatkówka już potem nie może podjąć na nowo prawidłowej czynności.

Bull doszedł do przekonania, że zatkanie gałązek zdarza się o wiele częściej, niż zaczopowanie głównego pnia *art. centr. retinae*. Ale i tu wzniernik zwykle nie wystarcza, aby rozstrzygnąć stanowczo: embolia, czy tromboza. Pewność dać może tylko badanie anatomiczne i to, jeśli je wykonamy wcześniej, to jest przed upływem miesiąca od chwili zatkania tętnicy.

Ważną rolę przypisuje Bull skurczowi naczyń. Oprócz skurczu, w jaki popadają naczynia w miejscach podrażnionych przez obecność zatoru lub zakrzepu, zachodzą jeszcze skurcze, do których bodziec wychodzi z ośrodków naczynioruchowych. Oftalmoskopijnie

rozpoznanie opiera się na zmienności kalibru naczyń, które mniej więcej nagle stają się nitkowate, ledwie dostrzegalne, a po upływie pewnego czasu (n. p. po kilku godzinach) odzyskują grubość prawidłową. Przyczyna takiego „*angiospasmus*“ pochodzenia ośrodkowego bywa niejednokrotnie zupełnie ciemna. W jednym z przypadków spostrzeganych przez autora wystąpił skurecz naczyń u człowieka starszego dotkniętego zmianami miażdżycowymi po wypaleniu większej ilości *foliorum stramonii* w postaci cygar, przepisanych z powodu astmy. O zatruciu chininą autor nie wspomina.

Angiospasmus tętnic siatkówkowych spotykał także Bull u ludzi młodych, u których ściany samych naczyń niewątpliwie były prawidłowe. Badanie ogólne nie wykazywało ani wady serca, ani miażdżycy, ani zmian we krwi, ani też w moczu. W siedmiu przypadkach przyczynę skureczu naczyniowego należało odnieść do urazów doznanych w okolicę oka i połączonych z ugnieceniem jednej z gałęzi nerwu trójdzielnego. Z początku po urazie wzrok był dobry, a dopiero nazajutrz lub we dwa dni występowało osłabienie bystrości naosiowej i zwężenie lub ubytki w polu widzenia. Badanie wzornikiem wykazywało skurecz wszystkich, lub tylko niektórych gałęzi *art. centr. retinae*; w jednym przypadku skurecz węzłowaty (*knotig*). Autor uważa te przypadki za nerwicę urazową i zwraca uwagę, że w nowszych czasach naczynioruchowa teoria nerwic urazowych zyskuje coraz więcej zwolenników.

Pierwszym, który badał mikroskopowo naczynia, okazujące *in vivo*, oftalmoskopowo, skurecz na całym swym przebiegu, lub częściowy. — był Raehlmann. On to wykazał u pewnej kobiety, zmarłej wskutek krwotoku po porodzie, w miejscach skureczonych tętnic siatkówki: *endarteriitis obliterans*. Kobieta ta miała jednak ogólne stwardnienie tętnic i *nephritis*. Ole Bull wyraża mimo tego przekonanie, że i sam *angiospasmus* może dać powód do bujania śródbłonkowej warstwy, zwłaszcza, jeśli skurecz tętnicy długo się przeciąga.

Nawiasowo potrąca autor o inne postacie ocznych nerwic naczyniowych, występujących szczególnie po urazach i ugnieceniach gałęzi nerwu trójdzielnego. Jeśli n. p. *angiospasmus* dotyczy *art. ciliares longae*, wtedy nerwica urazowa przebiega pod postacią zapalenia miąższowego rogówki. Jeden podobny przypadek miał autor sposobność spostrzec.

Po wyczerpującem przedstawieniu kazuistyki, odnoszącej się do nagle występujących zaburzeń w krążeniu siatkówkowym, następuje streszczenie objawów, znamienych dla tej gromady przypadków, a więc treściwy opis oznak zwiastunowych, przypadłości podmiotowych, wreszcie objawów przedmiotowych. Na uwagę zasługuje

podniesienie napięcia wśródocznego, stwierdzone przez autora w kilku przypadkach zacopowania tętnicy środkowej siatkówki. W liczbie 66ciu swych spostrzeżeń znalazł autor aż w 10ciu przypadkach zaburzenia w gałązkach plamkowych (makularnych) tętnicy środkowej. Z tego nie należy jednak wnosić, że gałązki te są miejscem predylekcyjnem dla zatoru, względnie zakrzepu. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa nie rzadziej ulegają zacopowaniu także liczne obwodowe rozgałęzienia sieci tętniczej siatkówki, ale, ponieważ nie przychodzi z tego powodu do upośledzenia widzenia naosiowego, przeto niejednokrotnie zaburzenia te przebiegają niespostrzeżenie. Chory nie zauważy poprostu obwodowego zwężenia pola widzenia i nie zgłasza się wcale do lekarza.

Co do rokowania, to w przypadkach zakrzepu lub zatoru głównego pnia tętnicy środkowej, jest ono prawie beznadziejne. Najpomyślniej jeszcze można rokować przy skurczu naczyń na tle nerwicy urazowej, wywołanej przez obrażenie nerwu trójdzielnego, zwłaszcza u osobników młodych, bez zmian anatomicznych w ścianach naczyńiowych. W 30% odnośnych przypadków przyszło do *restitutio ad integrum*.

Leczenie wobec embolii, względnie trombozy tętnicy siatkówkowej jest prawie zupełnie bezsilne. Tylko wyjątkowo widział autor jakiś skutek po mięsieniu i pilokarpinie. O azotynie amylowym (*amylum nitrosum*) w leczeniu skurczu naczyń siatkówkowych autor wcale nie wspomina. Prof. Wicherkiewicz zastosował ten środek (obok innych) w szczęśliwie wyleczonym przypadku ślepoty wskutek zatrucia chininą¹⁾.

Drugą kategorię zaburzeń w krążeniu siatkówkowem stanowią przypadki, w których upośledzenie wzroku rozwija się powoli. Takich spostrzeżeń znacznie mniej zdołał autor w swej praktyce naliczyć. Tak n. p. *thrombosis venosa* rozpoznał z niejaką pewnością na podstawie obrazu wziernikowego — tylko w dwóch przypadkach. Natomiast do tej drugiej kategorii należałoby, zdaniem Bull'a, zaliczyć bardzo często spostrzegane, pospolite niemal, zmiany kiłowe na dnie oka, objęte ogólną i powszechnie przyjętą nazwą „*chorio-retinitis luetica*“. Autor przytacza okoliczności, które nakazują uznać za punkt wyjścia tych zmian naczyńia siatkówkowe, wzdłuż których zazwyczaj w początkowych okresach choroby układają się złogi barwikowe i ogniska zapalne, zanim sprawa chorobowa wnika w głębsze warstwy siatkówki i dotrze do naczyńiówki. Przy tej sposobności zwraca autor uwagę na swą teorię pierścieniowatego ubytku

¹⁾ Por. Post. Ok. 1903. Z. VII, str. 234 i następne.

w polu widzenia (*scotoma annulare*), wedle której pierścień powstaje ze zlania się poszczególnych ubytków wachlarzowatych ¹⁾. —

K. W. Majewski.

IV. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Arch. f. Aghk. T. XLVIII. Z. III. (Ref. Dr Liebermann.).

O wytworzeniu się błony szklistej w komorze przedniej (Ueber Neubildung von Glashaut in der vorderen Kammer.). Alfr. Wiener z Nowego Jorku. (Z laboratoryum kliniki okulistycznej prof. Greefa w królewskiej Charité w Berlinie.).

Przypadki błon łącznotkankowych elastycznych, przylegających czy to do błony Descemet'a, czy wolno w komorze przedniej leżących, czy wreszcie tęczówkę przykrywających, a powstałych w oczach, przez sprawy zapalne zniszczonych, opisują: Stellwag, Müller, Donders i Michel.

Autor badał histologicznie oko wyjęte jeszcze za czasów Graefe'go. Historyi choroby chorego już nie odnaleziono.

Oko to wykazywało brak przybłonka rogówkowego, zgrubienie samego miąższu rogówkowego, przeciętego tu i owdzie naczyniami i wykazującego złogi amyloidu.

Błony Bowman'a brak. Błona Descemet'a jest zgrubiałą.

Z błony tej przechodzi błona, wysielająca zatokę między rogówką a tęczówką, na tę ostatnią, pokrywając równocześnie i całą źrenicę. Błona ta wysłana jest od strony komory przedniej śródbłonkiem i wykazuje utkanie tkanki łącznej sprężystej.

Ciało rzęskowe wypchnięte jest wysiękiem ku przodowi; wyrostki rzęskowe zanikłe, zupełne odczepienie siatkówki. Pomiedzy naczyniówką a siatkówką widać tkankę kostną, a nadto, co autor jako rzecz bardzo rzadką podnosi, tkankę tłuszczową.

Cały ten przypadek uważa autor za *iridocyclitis chronica*. Wytworzenie się błony elastycznej w przedniej komorze tłumaczy autor, zgodnie z Wagenmann'em, podrażnieniem i bujaniem śródbłonka. Nowowytworzona błona nie różni się niczem od błony Descemet'a, tak, że na teje tylko zgrubienia wykazać można. —

O samoistnym zaniku naczyniówki, połączonym ze stwardnieniem naczyń. Atrophia alba chorioideae (Ueber

¹⁾ The Ophthalmoscope and Lues, 1884.

primäre Atrophie der Aderhaut mit Sclerose der Gefäße.). N. J. Cuperus, lekarz z Zwolle w Hoandyi.

Cierpienie to widział autor u 70letniego starca. Wielu krewnych chorego oślepiło w dojrzalszym wieku. Sam chory za młodu cieszył się jak najlepszym wzrokiem, dopiero około 30 roku życia zauważył, że wzrok mu słabnie.

Badanie wykazało: Granice pola widzenia prawidłowe, natomiast duże *scotoma centrale*. Z barw rozpoznawał chory tylko barwę czerwoną i to z trudnością. Wziernikiem stwierdzić można, że tarcz nerwu wzrokowego jest żółtawoszara i nieco zagłębiona. Około niej całe dno oka jest białawe i dopiero dalej ku obwodowi dno oka przyjmuje prawidłową, czerwoną barwę. Naczynia naczyniówki są w okolicy tylnego bieguna oka kredowo białe i niezawierają krwi. Wzdłuż naczyń widać małe, czarne, rozlane plamki.

Visus: p. o. plc. na 25 cm; l. o. plc. na 10 cm.

Skiask. obu stronnie Em.

Podobne 4 wypadki opisał prof. Fuchs.

Zdaniem autora, jest to pierwotne schorzenie naczyniówki, połączone ze zmianami w ścianach naczyń tejże błony, a siatkówka i nerw wzrokowy dopiero następowo ulegają zmianom skutkiem zaburzeń w odżywieniu.

Za najodpowiedniejszą nazwę dla tego cierpienia uważa autor „*atrophia alba chorioideae*“.

Przypadek wyjęcia ciała obcego ze soczewki z utrzymaniem przezroczystości tejże (Ein Fall von Entfernung eines Eisensplitters aus der Linse mit Erhaltung ihrer Durchsichtigkeit.). Dr Otto Falke (Z kliniki prof. Eversbusch'a w Monachium).

Przy wbijaniu żelaznej obręczy odskoczył od młotka mały odłamek i ugrzązł w soczewce prawego oka chorego, młodego, bo 23 lat liczącego człowieka. W dwie godziny po wypadku wyjęto żelazo elektromagnesem z oka i zabandażowano obydwie oczy. Opatrunek zmieniano codziennie i wkraplano *physostyginum salicylicum* przez dni 8. Żelazo wspomniane tkwiło w samym środku soczewki. Mimo tak ciężkiego zranienia zagoiła się rana w soczewce i pozostało tylko małe zmętnienie, 1 mm długie, w soczewce i także, lecz ledwo widzialne zmętnienie w rogowce. Gdy po 8iu miesiącach autor znów badał chorego, stwierdził, że zmętnienie soczewki wcale się nie zwiększyło.

Bystrość wzroku wynosi na pr. oku $\frac{5}{7.5}$; przedmioty widzi chory nieco zamglone i skarży się nieco na *diplopia monocularis*, którą można usunąć, ustawiając przed okiem wąską szparę, tak, by zmętnione miejsce w soczewce było nakrytem.

Przypadek nowowytworzonej vena optico-ciliaris, powstałej pod wpływem tarczy zastoinowej (Ein Fall von neugebildeter v. opticociliaris in Folge von Stauungspapille.). Dr J. R. Gaens z Haagi.

Leber wykazał połączenia tętnicze i żyłne pomiędzy naczyniami rzęskowemi a naczyniami nerwu wzrokowego. Z tych to drobnych naczyń mogą się w danym razie wytworzyć grube naczynia, ułatwiające krążenie. Tego rodzaju przypadki opisują: Elschnig, Rumszewicz i Nikels.

Wspomniane szerokie połączenia są czasami zboczeniem wrodzonym, daleko częściej jednak są one wytworem późniejszym, powstałym tam, gdzie z jakiegokolwiek powodów krążenie było utrudnionem.

Przypadek tego ostatniego rodzaju opisuje autor niniejszej pracy:

Siedmioletni chłopiec zachorował wśród objawów, świadczących o nowotworze śródczaszkowym.

Badanie wzornikiem ocznym wykazało obustronną tarcz zastoinową; naczynia żyłne nieco pokręcone, zresztą żadnych zboczeń w rozkładzie naczyń. Dopiero w trzy miesiące później zauważono w prawem oku grube naczynie żyłne, odchodzące z miejsca podziału *vena centralis* i zdążające ku skroniowej stronie tarczy, gdzie nagle grzęzło, dążąc w głąb. Podobne, lecz nieco cieńsze naczynie stwierdzono i w lewem oku, również od środka ku skroniowej części tarczy biegnące i tamże nagle pod powierzchnią niknące.

Przez cały czas spostrzegania bystrość wzrokowa utrzymywała się u tego chorego na tej samej wysokości. V p. o. = $\frac{5}{10}$, V l. o. = $\frac{6}{6}$ n. c.

Zgodnie z prof. Koster'em autor zjawisko to tłumaczy ułatwieniem w krążeniu przez wytworzenie się wspomnianego połączenia. —

. Z. IV. (Ref. Dr Bałłaban.).

O nabytych złogach barwиковych na tylnej ścianie rogówki (Ueber erworbene Pigmentflecke der hinteren Hornhautwand.). Prof. Dr J. Oeller.

Autor opisuje 3 przypadki pooperacyjne, w których na tylnej ścianie rogówki spostrzegał złogi barwиковe. W dwóch pierwszych przypadkach była robioną irydektomia, w trzecim zaś wydobyto soczewkę bez irydektomii. Spostrzegany przez Oeller'a złóg barwиковy był każdym razem postaci regularnej, okrągłej lub owalnej, wielkości mniej więcej prosa, a zabarwienie jego było w środku ciemniejszym, na obwodzie zaś przeświecał więcej. Powstanie takiego

złogu jest, zdaniem Oeller'a mechanicznem. W dwóch pierwszych przypadkach była irydektomia wprost przyczyną oderwania się barwika tęczówki, w trzecim zaś przypadku utrudnione wydobyć soczewki, wskutek zamałej ranki operacyjnej. Barwik ten przyczepia się następnie tem łatwiej do błony Descemet'a, gdyż po cięciu operacyjnem brak jest komory, a tem samem oderwane cząstki barwika przylegać mogą bezpośrednio do tylnej ściany rogówki. Do tego przyczynia się i ta okoliczność, że we wszystkich 3 przypadkach wystąpiła po operacyi tak zwana *keratitis striata*, przyczem wedle badań Hess'a rogówka się marszczy; a jest rzeczą także możliwą, że przez operacyjne urazy powstają także nadżarcia w przybłonku, które, podobnie, jak i zmarszczki w rogówce, ułatwiają powstanie podobnych przyczepin barwиковych. —

Przyczynek do kazuistyki wrodzonych zboczeń tęczówki (Zur Casuistik der angeborenen Iris-Anomalien.). Dr Haeberlin.

Autor opisuje tęczówkę oka lewego u 55letniej kobiety, w której znajdowało się kilka okrągłych i ciemno zabarwionych znamion barwиковych. Prócz tego był wewnętrzny brzeg źreniczny przemieszczony w kierunku ku środkowi źrenicy, gdzie, kilka mm. od prawidłowego swego położenia oddalony, osadzał się zgrubiałą łącznotkankową podstawą na torebce soczewki. W tem miejscu powstawało przez to białozółtawe zgrubienie, które było 3 razy tak grube, jak szerokie.

Zastanawiając się nad sposobem powstania tego zboczenia, wyklucza autor możliwość istnienia w tym przypadku przetrwałej błony źrenicznej, lub wśródmacicznego pęknięcia torebki soczewki, jako pierwotnej jego przyczyny, a natomiast sądzi, że miejscem wyjścia tej zmiany była tęczówka sama. A mianowicie w życiu płodowem spowodowało nieznane nam bliżej drażnienie przedniej części tęczówki opisanego powyżej miejsca bardzo znaczny wzrost tkanki. Wskutek jej bujania przyszło następnie do zrostu tej części tęczówki z przednią torebką. Ponieważ jednak tęczówka rosnąc, rozszerzała się ku obwodowi, więc miejsce zrośnięcia tęczówki z torebką zostało szarpnięciem, a sama torebka przedartą. Pomiędzy rozpadłymi brzegami ranki torebki wytworzyło się opisanie powyżej zgrubienie. —

Przypadek powstania chrząstki w naczyniówce (Über einen Fall von Knorpelbildung in der Chorioidea.). Dr Pes.

U 78letniego mężczyzny została wyjęta gałka oczna wskutek grożącego zapalenia współczulnego. Gałka ta została okaleczoną przed 40 laty gałązką drzewa. Przy drobnowidowem badaniu, które autor

uwidocznił na 4ech mikrofotogramach, daje się spostrzegać, prócz daleko posuniętego zaniku poszczególnych części gałki, płytka chrząstkowata, która umiejscowiona w samej istocie naczyniówki, i to w miejscu pomiędzy tarczą wzrokową a nerwem ocznym, jest szklisto zwyrodniałą. Płytką tą jest otoczona zbitą tkanką łączną, a całe jej zachowanie daje słuszny powód do wniosku, że wzrost tej płytki powstawał przez przywarstwianie (*appositio*) nowych składników od zewnątrz. Powstanie tej chrząstki należy sobie tłumaczyć ze zbitej tkanki łącznej, która się znowu tworzyła przez długotrwałe i powolne drażnienie, spowodowane sprawą zapalną w samej gałce. —

O barwiku siatkówki, pochodzącym z ciała szklanego, jako też o typowym barwikowym zwyrodnieniu siatkówki (Über Pigmentirung der Netzhaut vom Glaskörperraum aus, sowie über Retinitis pigmentosa typica.). Dr K n a p e.

U starszego mężczyzny powodowało oderwanie siatkówki częste zapalenia gałki ocznej. Po dłuższym ich okresie można było na oderwanej siatkówce dokładnie widzieć grudki barwikowe. Wskutek bolesnego zapalenia ciała rzęskowego i tęczówki oko wyjęto.

Badanie drobnowidowe dało bardzo zajmujący wynik. A mianowicie na tylnym biegunie oka, w miejscu, gdzie naczynia rzęskowe przebijają twardówkę, widać, jak barwik, słoczony w nieregularne kupki, wciska się w przestworza chłonne i w tkankę łączną tuż około naczyń rzęskowych i nerwów. Naczynia naczyniówki są w wysokim stopniu zanikłe, w dużych jest *intima* zgrubiałą i ściśniętą przez to otwór naczynia. Także i *adventitia* jest zgrubiałą, a około naczyń znajduje się obfita nowowytworzona tkanka łączna. Przybliżone barwikowe jest w wysokim bardzo stopniu zwyrodniałym. W siatkówce brak jest po większej części warstwy czopków i pręcików. Wszystkie inne warstwy są wprawdzie utrzymane, ale w wysokim stopniu zbezpostaciowane i bez dokładnej granicy przechodzą nawzajem jedna w drugą. Naczynia są wskutek szklanego zwyrodnienia w wysokim stopniu zwężone. Bardzo ciekawem jest zachowanie się barwika w siatkówce. A mianowicie na błonie *limitans interna* widać częściami pojedyncze, częściami zbite w grupki ziarna barwikowe, które zupełnie wolno leżą na jej wewnętrznej stronie. Natomiast w warstwie siatkówki, przylegającej do naczyniówki, znajdują się komórki ze zbezpostaciowanych i tutaj przemieszczonych komórek barwikowych, a komórki te są w całości wypełnione barwikiem. Około zaś naczyń znajdują się w tkance łącznej komórki barwikowe, a także miejscami widać wolno nagromadzony barwik.

W przypadku tym mamy do czynienia, jak to wskazuje obraz kliniczny i anatomiczny, z barwиковem zwyrodnieniem siatkówki, a zajmującą jest przytem ta okoliczność, że barwik umiejscowił się dopiero z biegiem czasu w oderwanej już siatkówce, co się też wziernikiem wykazać dało. Zdaniem autora, barwik ten dostał się na siatkówkę z ciała szklisłego. W końcu swej pracy zastanawia się autor nad etyologią barwиковego zwyrodnienia siatkówki i przychodzi w tym względzie do następującego wniosku: Przyczyny barwиковego zwyrodnienia siatkówki należy szukać we wrodzonym zбочeniu w rozwoju naczyń naczyniówki, które powoduje, a co najmniej usposabia do powstania w naczyniach t. zw. *endarteriitis obliterans*. Aby zaś choroba ta się rozwinęła, do tego potrzeba jakiejś bezpośredniej przyczyny, jak n. p. choroby oczu, choroby gorączkowej, *lues* i t. d. Raz zaś powstała, postępuje ona szybko od obwodu ku środkowi i powoduje zanik siatkówki i następowe włóczenie barwika w jej tkankę. —

O odpowiedniem rozdzieleniu i utrwaleniu płatów skórnych przy operacyi zbliznowaciałego odwinięcia powiek, a to w celu zapobieżenia nawrotom (Ueber die zweckmässige Vertheilung und Fixirung der Hautlappen bei der Operation des Narbenectropiums zur Verhütung von Recidiven.). Dr Hotz.

Przyczyny, dlaczego przy operacyach zbliznowaciałego odwinięcia powiek wynik pooperacyjny jest zwykle tak krótkotrwałym, należy w tem szukać, że przemieszczone płaty skóry bardzo rychło się kurczą i pociągają za sobą powiekę.

Autor podaje nowy sposób operacyjny i dwie ilustracye, które ułatwią jego zrozumienie. —

Przypadek przemijającego oślepięcia przez zatrucie ołowiem (Ein Fall von transitorischer Bleiamaurose.). Dr Loeve.

24letni zarobnik, zatrudniony w fabryce akumulatorów, ociemniał nagle. Badanie wykazało w najwyższym stopniu rozszerzone źrenice, które oddziaływały tylko niewiele, spojówka była nieco żółto zabarwioną, rogówka i środki łamiące zupełnie przejrzyste. Dno oka prawidłowe, brak barwika i krwotoków. *V. c.* = *Amaurosis*. Po dwumiesięcznem leczeniu chory został uzdrowiony, a wzrok wynosił $\frac{6}{12}$ i $\frac{6}{18}$.

W dostępnej literaturze znalazł autor 60 podobnych przypadków, ogłoszonych dotychczas, a zastanawiając się co do podziału ich pod względem objawów, zgadza się on na podział, ustanowiony w tym względzie przez Günsburg'a.

I tak do pierwszej grupy należy zaliczyć te ślepoty i niedo-

widzenia, w których wykazać się dają na dnie oka zmiany wziernikowe, a zatem objawy zapalenia nerwu wzrokowego i zaniku nerwowego. Do drugiej zaś grupy należą te przypadki, w których ślepotą ma znamiona przemijające, przyczem brak jest jakichkolwiek objawów przedmiotowych, a ślepotą podobnie rychło powstaje, jak również i znika. Do trzeciej wreszcie kategorii zaliczyć należy te przypadki, w których ślepotą występuje nagle i wprawdzie bez żadnych zmian przedmiotowych, w których jednak pomimo powrotu bystrości wzroku występuje po miesiącach zanik nerwu, a z nim i utrata wzroku.

Co się tyczy etyologii tego zaburzenia, to wogóle istnieją po dziś dzień trojaki pod tym względem zapatrywania. A mianowicie przyjmują jedni autorowie zaburzenia nerwowe, inni uważają oślepienie za ślepotę mocznicową, spowodowaną zatruciem ołowiowem, a wreszcie jeszcze inni sądzą, że występująca przy tej chorobie nagła *ischaemia* siatkówki sprowadza zboczenia wzrokowe. Na podstawie analizy poszczególnych objawów tej choroby skłania się autor do przyjęcia tej ostatniej ewentualności. —

Przyczynek do patologicznej anatomii t. zw. hydrophthalmus (Beitrag zur pathologischen Anatomie des Hydrophthalmus.). Dr Gross.

Badanie anatomiczne gałki ocznej, wyjętej z powodu *hydrophthalmus* u siedmioletniego chłopca wykazało obok innych znanych zmian zupełny brak przewodu Schlemm'a. —

Ctrblt. f. pr. Aghk. 1903. Z. 10. (Ref. Dr Leon Gruder).

O noszeniu sztucznych oczu (Zum Prothese-Tragen.). Dr Gustaw Ahlström z Gotenburga (Szwecya).

Proteza po enukleacyi daje pod względem kosmetycznym średni tylko wynik z powodu głębokiego wklęsnięcia górnej powieki. Tylko tam, gdzie gałka atroficzna pozostaje, otrzymujemy lepszy wynik.

Aby wynik protezy był jak najlepszym, robiono liczne w tym kierunku doświadczenia.

Mules wkładał kulę szklaną do twardówki po wypaproszeniu gałki. Frost i Lang wszywali po enukleacyi kulę szklaną, srebrną lub celuloidową w woreczek Tenon'a; Belt wszywał gąbkę, Bourgeois jedwabną kulę, Lagrange oko królika, a Ramsay wstrzykiwał parafinę.

Wyniki były jednak przeważnie niedostateczne, gdyż bóle i reakcyja zmuszały lekarza do wyjęcia tego obcego ciała.

Snellen'a „*Reformaugen*“ znajdują zastosowanie, jeśli pozostaje atroficzna gałka. Aby zaś zastąpić brak gałki atroficznej, postępuje autor w ten sposób, iż do jamy oczodołowej wkłada próżną kulę szklaną o średnicy 10 — 15 mm (stosownie do chorego), a przed tą kulą umieszcza w zwykły sposób protezę. W ten sposób wyróżnuje się załamek, powstający przez wkłknięcie górnej powieki, a wynik kosmetyczny ma być nader zadowalniający. —

Przyczynek do zabiegów operacyjnych magnesem (Beiträge zur Magnet-Operation.). Dr Fehr w Berlinie.

Autor przytacza dwa przypadki na udowodnienie, iż kawałki żelaza, wolno się poruszające i wzornikiem widoczne w ciele szklistem, niezawsze łatwo można wydostać.

Odłamek żelazny dostał się przez ranę tuż obok rogówki do ciała szklistego. Wzornikiem można było widzieć, jak ten odłamek wolno się porusza w ciele szklistem. Pięć razy próbowano wydostać ten odłamek do komory przedniej już to magnesem Hirschberg'a, już to magnesem Haab'a lub Volkmann'a. Po szóstej próbie magnesem Haab'a, udało się za pomocą radiogramu stwierdzić, iż odłamek się znajduje w dolnowewnętrznej okolicy rzęskowej. Lecz dopiero po jedenastej próbie udało się przedostać odłamek przez tęczęwkę do komory przedniej, a stąd wyjęto go za pomocą cięcia rogówkotwardówkowego i przy pomocy ręcznego magnesu Hirschberg'a. Odłamek ważył ledwie 1 miligram. Bystrość wzroku wynosiła $\frac{5}{15}$ (astygmatyzm).

Prawdopodobnie skrzep krwi, w którym się ten odłamek znajdował, utrudniał wydobycie tegoż.

W drugim przypadku odłamek żelaza przedostał się przez rogówkę, tęczęwkę i był umieszczony o 2 średnice tarczy na dole zewnętrznej od tarczy wzrokowej w siatkówce.

Za pomocą wielkiego magnesu Hirschberg'a przesunięto odłamek do okolicy rzęskowej, a ponieważ siła magnesu okazała się w dalszym ciągu za słabą, użyto magnesu Haab'a, za pomocą którego odłamek przedostał się przez ranę w tęczęwce do komory przedniej, skąd go już zwykłym sposobem wyjęto (cięcie i mały magnes H.). Waga odłamka = 3 miligramy.

Po pięciu tygodniach bystrość wzroku wynosiła $\frac{5}{10}$. Soczewka tylko w jednym miejscu lekko zmętniała. Na siatkówce odpowiednio ciemno zabarwione miejsce.

Zeszyt 11.

Ectropium uveae congenitum (Ueber angeborene Ausstülpung des Pigmentblatts der Regenbogenhaut.). Prof. J. Hirschberg z Berlina.

Autor miał sposobność spostrzegania 3 przypadków w swej klinice. Rozróżnia on trzy rodzaje. *Ectropium uveae* występuje albo w postaci licznych torebek (*Beutelchen*), tak, że brzeg źreniczny przy prześwietleniu podobny jest do ząbkowanego kółeczka od zegarka, albo otacza cały brzeg źreniczny w postaci pomarszczonego kołnierza, lub w postaci małego licznie ząbkowanego fartuszka graniczy ze źrenicą. Po sztucznem rozszerzeniu źrenicy pozostaje z tego tylko wązki rąbek widocznym.

Autor odróżnia *ectropium uveae congenitum* od zaniku miąższu tęczówki (*Atrophia des Stroma*).

Dwa atypowe zabiegi operacyjne przy zaćmie przyrośniętej (Zwei atypische Operationen der Cataracta accreta mit gutem Erfolge.). Dr E. Praun z Darmstadtu.

Iritis chronica, oclusio et seclusio pupillae oculi utriusque. Prawe oko operowano sposobem Wenzl'a bez widocznego skutku. Lewe oko operowano w ten sposób, iż cienkim nożem Graefe'go zrobiono cięcie poza *limbus*, poczem pionowym ruchem noża przecięto tęczówkę i przednią torebkę soczewki (tylnej nie!) Soczewka wydostaje się do przedniej komory, skąd wyjęto ją zwykłym zabiegiem operacyjnym.

Po wessaniu resztek bystrość wzroku przez sztuczną źrenicę wynosiła: $V = \frac{6}{10}$.

Drugi przypadek. 63letnia kobieta z podobnym stanem oka, jak wyżej. Przy wycięciu nożem (podobnie, jak w pierwszym przypadku) odrywa się część tęczówki.

Rozszerzono ranę i zapomocą szerokiego noża grotowego wyrwano całą tęczówkę od jej nasady. Przecięcie torebki i wypuszczenie zaćmy.

Po kilku miesiącach *discisio cataractae secund.*, $V = \frac{6}{18}$. Brak tęczówki lekko dawał się odczuwać, gdyż obwodowe resztki torebki soczewkowej wstrzymywały nadmiar światła.

Autor był zmuszony oderwać tęczówkę *in toto*, gdyż *dialysis iridis* spowodowała, iż oderwana tęczówka tworzyła zasłonę w przedniej komorze, a ponadto mogła łatwo spowodować zarośnięcie sztucznej źrenicy.

Ueber die Bildgrößen ebener Reizflächen auf der Netzhaut. Dr H. Feilchenfeld.

Praca ta, opatrzona rysunkami i wywodami matematycznymi, nie da się dokładnie streścić i należy ją przeto w oryginale czytać.

O chorobach ocznych, wywołanych przez gąsienice muchy Wohlfahrta (Beitrag zur Frage der Augen-Erkrankungen, die

durch die Larven der Wohlfahrt'schen Fliege erzeugt werden.). Dr A. W. Łotin z Petersburga.

Dziecko 3letnie ze wsi ma od trzech dni silny katar oczny. Między wewnętrznym kąciem prawego oka a *caruncula lacrymalis* kilka ledwie widocznych szarych punkcików na spojówce gałki. Szczypczykami wyjęto z tych punkcików wrzecionowate robaczki 0.5 cm długie i 1 mm szerokie. Wogóle wyciągnięto 10 takich robaczek, które pod mikroskopem rozpoznano jako gąsienice muchy Wohlfahrt'a (*Wohlfahrtia magnifica* Schineri).

Autor podaje następnie szczegółowo opis gąsienicy muchy Wohlfahrt'a, *muscae domesticae* (drobnowidem badane) i tychże biologię.

Mucha Wohlfahrt'a została przez lekarza tegoż nazwiska w r. 1770 odkryta przy sposobności, kiedy starzec 67letni zgłosił się do niego z silnymi bólami głowy. Oko prawe i twarz i gardło obrzmiałe, krew z nosa, a po 4 dniach wraz z krwią wyszły z nosa długie gąsienice (w liczbie 18!). Odtąd cały stan choroby znacznie się polepszył.

W sto lat później Austryak Schiner nazwał tę muchę *sarcophila magnifica*. Muchy te są bardzo rozpowszechnione w okolicach Rosyi, Niemiec, Austryi i Francyi, gdzie wiele bywała się znajduje.

Mucha ta nie składa jaj, lecz rodzi rozwinięte już gąsienice, które przez nos, uszy, usta, rzadziej przez oko, dostają się do ustroju ludzkiego (Porczyński). Najczęściej dostają się one z nosa przez *choanae* do gardła i t. d.

W okulistyce chorobę tę nazywają *ophthalmomyiasis* odpowiednio do *dermatomyiasis*.

Autor przytacza potem szczegółowo odnośną literaturę, z której na uwagę szczególną zasługują przypadki Salzmann'a (1718), gdzie młody człowiek miał całe ciało pokryte gąsienicami (oko lewe także), i przypadek L. Cloquet'a (1823), gdzie cała głowa i twarz pokryta była gąsienicami, umiejscowionemi w zgniłym mięsie. Obie gałki były przedziurawione przez gąsienice. Nekroza skóry głowy, a po 3 tygodniach śmierć.

Clin. opht. Z. 8. (Ref. A. B.).

O wpływie klimatu morskiego i słonych kąpeli na niektóre przypadłości oczne (De l'influence du climat marin et des bains salins sur certaines affections oculaires.). Dr J o c q s.

Autor zauważył, że w okolicach nadmorskich spotykamy dużą ilość cierpień dróg łzowych, natomiast *keratoconj. phlyct.*, żółzowych obrzęków gruczołów, cierpień jagodówki prawie nie widzimy.

J. nie zgadza się ze zapatrywaniem utarłem, że *keratit. phlyct.* jest cierpieniem miejscowem, zależnem od ogólnej skazy, bez wpływu cierpienia skór nego, często bowiem spostrzegał, że cierpienie oczne udziela się *per contagium* z ogniska pierwotnego, usadowionego w nosie lub na skórze.

Pobyt nad morzem okazał się przy leczeniu *keratit. phlyct.* bardzo dzielnym środkiem. *Keratit. parenchym.*, która często, jak to pierwszy zauważył P a n a s, nie stoi w żadnym związku z kiłą dziedziczną, również leczy się nad morzem znacznie szybciej, a szczególnie w tych wypadkach, gdzie wcierania rtęci nie działają, a KJ źle bywa znoszonem przez żołądek. Jak *keralit. phlyct.* jest właściwością wieku dziecięcego, a *kerat. parenchym.* wieku chłopięcego, tak cierpienia jagodówki są właściwością wieku późniejszego, a płeć żeńska szczególnie im podpada.

I tutaj kiła i gościec odgrywają poważną rolę, przeważnie jednak są to cierpienia, zależne od zaburzeń maciczojajnikowych, przez zakażenie wewnętrzne wywołane (*endo-infection*). U dziewcząt w wieku rozkwitu spotykamy się wtedy z nieprawidłowościami w miesiączkowaniu, u kobiet zaś z zakażeniem narządów płciowych. U dziewcząt przeważają postaci surowicze zapalenia jagodówki, u kobiet zaś postaci wypocinowe. I w tych cierpieniach pobyt nad morzem znów jest jednym z najdzielniejszych środków leczniczych.

Dwa nowe przetwory srebra całkiem niebolesne: argyrol, kolargol; ich wskazania lecznicze w okulistyce (Deux nouvelles préparations d'argent absolument indolores: argyrol, collar-gol; leurs indications en thérapeutique oculaire.). Dr A. Darier.

Rozczyn 25⁰/₀owy argyrolu, jeżeli tylko jest świeżym, jest zupełnie niebolesnym przy zapuszczeniu go do worka spojówkowego. D. używał argyrolu 2, 5 i 10⁰/₀owego przy *dacryocystitis*, w *blennorrhoea neonatorum* zaś rozczy nu 25⁰/₀owego, co godzinę wkraplanego, i otrzymał tak w jednym, jakoteż i w drugim cierpieniu bardzo pomyślne i zachęcające wyniki. Kolargol jest w wodzie rozpuszczalnym do 25⁰/₀ i posiada własności odkażające. D. używał rozczy nu 1⁰/₀owego przy *dacryocystitis* z dobrym skutkiem, nadto robił wstrzykiwania podspojówkowe (1:100—1:1000), nie doszedł jednak do pewnych wyników.

(Ref. Dr W. Reis.)

O operacyi zezu przez przemieszczenie ku przodowi mięśnia wraz z torebką (De l'opération du strabisme par l'avancement musculo-capsulaire.). Dr J o c q s.

Stosowanie samej tenotomii jest korzystnem tylko w małych

stopniach zezu; metoda zaś ta pozostaje bez korzyści w wygórowanych stopniach, a jest szkodliwą w zboczeniach porażennych. Właściwie chirurgiczny sposób leczenia polega na przemieszczeniu ku przodowi w połączeniu z lekką tenotomią lub też bez niej. Landołt bardzo wychwala samo przesunięcie mięśnia ku przodowi. Przemieszczenie ku przodowi torebkowe, wprowadzone przez Wecker'a, daje wprawdzie wyniki dodatnie, ale przez powstanie grubego wału torebkowego nie czyni zadość wymogom kosmetycznym operacji. Zupełnie zadowalniające wyniki daje metoda połączona, której przebieg operacyjny jest następujący:

1. Lekka tenotomia antagonisty przy pomocy szczypczyków bez oddzielania mięśnia haczykiem. Oddzielenie przyczepu mięśnia jest mniej lub więcej rozległe, zależnie od stopnia zezu.

2. Nitką jedwabną, opatrzoną na obu końcach zakrzywionymi igłami, zakłada się szew środkowy, przy brzegu rogówki, w tkance przytwardówkowej, po stronie mięśnia, przeznaczonego do przemieszczenia.

3. Przy podstawie nitki oddziela się szeroko spojówkę z każdej strony, a nawet kilka mm z tyłu przyczepu mięśnia. Spojówkę się nie wycina.

4. Szczypczykami zębatymi chwyta się ścięgno na wysokości przyczepu, oddziela się je wraz z torebką małymi cięciami nożyczek na mniejszą lub większą przestrzeń z boku i z tyłu, zależnie od skutku, jaki się chce osiągnąć. W celu znacznego przemieszczenia ku przodowi można oddzielić torebkę na odległość 1 cm. z każdej strony ścięgna.

5. Podczas, gdy szczypczykami ciągle się trzyma ścięgno wraz z torebką, przeprowadza się przez ścięgno, w kierunku ku powierzchni i mniej lub więcej ku tyłowi, owe dwie igły. Szczypczykami przybliża się wreszcie ścięgno wraz z torebką do brzegu rogówkowego, a następnie nitkę się wiąże.

6. Następują zwykłe szwy boczne, lecz te chwytają tylko torebkę wraz ze spojówką, która pokrywa całą część przesuniętą ku przodowi i wzmacnia ją.

Wzmiankowany sposób operacyjny stosuje autor z bardzo dobrym skutkiem od lat 10.

Ruchy zapadowe gałek, spostrzegane w trzech przypadkach (Trois observations de mouvements de rétraction du bulbe. Nystagmus retractorius.). Dr Koeber.

Korzystny wpływ kolargolu na wrzody zakaźne rogówki (Influence favorable du collargol sur les ulcères infectieux de la cornée.). Dr Lelontre (de Troyes).

Autor osiągnął w trzech przypadkach głębokich wrzodów rogówki szybkie wyleczenie za pomocą kolargolu. Wstrzykiwania podspojówkowe sinku rłęci nie zdołały wstrzymać sprawy zapalnej. Po wcieraniu maści z kolargolu — 5 razy dziennie — w okolicy przegubu łokciowego i łopatek nastąpiło zupełne wyleczenie do dwóch tygodni.

Autor sądzi, że stosowanie kolargolu w połączeniu ze zwykłym leczeniem, wskazanem przy wrzodach lub ranach zakaźnych rogówki, przyniesie wielkie korzyści nawet przy powikłaniu z zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego.

Zeszyt 10.

Oderwanie siatkówki i zimnica (Décollement de la rétine et paludisme.). Terson, ojciec, z Tuluzy.

Autor przytacza dwa przypadki oderwania siatkówki u osobników dotkniętych zimnicą; nie udowadnia jednak związku przyczynowego między sprawą chorobową w oku, a zakażeniem ogólnym ustroju.

O zastosowaniu będzwinianu litowego (lithium benzoicum) w leczeniu plam rogówkowych (Du benzoate de lithine dans le traitement des taies de la cornée.). Dr Mazet z Marsylii ¹⁾.

W plamach rogówkowych bardzo często spotyka się złogi wapniowe, których pochodzenie można łatwo wykryć. W wydzielinie gruczołów łzowych znajduje się bowiem spora ilość węglanu i fosforanu wapnia, który na odsłoniętej błonie Bowman'a osadza się w postaci drobnych, punktowatych grudek.

Skuteczne zastosowanie połączeń litowych w leczeniu chorób przemiany materii, jak skazy moczanowej i dny, naprowadziło autora na myśl zadziałania tym samym środkiem bezpośrednio na złogi soli wapniowych w plamach rogówkowych.

Autor stosuje *lithium benzoicum* w roztworze 0'25—1'0 gr. : 10'0 *aqu. dest.*, polecając chorym zakraplanie tego środka przez czas dłuższy.

Przytacza następnie kilka przypadków, w których leczenie plam rogówkowych maścią Pagenstecher'a nie doprowadziło do żadnych wyników, podczas, gdy plamy prawie zupełnie znikły po wkraplaniu będzwinianu litowego przez przeciąg 6ciu miesięcy.

Działanie chemiczne tego związku jest następujące: pod wpływem sprawy utleniania kwas będzwinowy przechodzi w kwas mrówkowy, a ten ostatni rozpada się na wodę i kwas węglowy, który rozpuszcza sole wapniowe.

¹⁾ Krótko streszczono już w P. O. (R. Vty, str. 297.).

Obok tego, połączenia litowe działają bezpośrednio rozpuszczająco na fosforany i węglany wapnia, co stwierdzono już przedtem doświadczalnie.

Zakraplanie roztworu będzwinianu litowego nie sprawia żadnych dolegliwości, nie jest szkodliwym dla rogówki, wobec czego zupełnie swobodnie można samemu choremu pozostawić używanie tego środka.

Zeszyt 11.

Ciężkie postacie przybłoniaka spojówki (Les formes graves de l'épitheliome de la conjonctive.). Dr Fage.

Autor przytacza przypadek złośliwego przybłoniaka, usadowionego w spojówce gałkowej, który w przeciągu krótkiego czasu uczynił wskazanem wyjęcie gałki ocznej. Po dwóch szybko po sobie następujących nawrotach zajął przybłoniak całą okolicę oczodołową, gruczoły uszne i podszczękowe, wobec czego zaniechano już dalszych zabiegów operacyjnych.

W sprawie używania sublimatu (Contribution à l'emploi du sublimé). Dr Prioux z Reims.

Autor spostrzegł przez przeciąg kilku tygodni nieprawidłowe gojenie się ran pooperacyjnych. Przyczynę tej zmiany odkrył zupełnie przypadkowo. Chcąc w jednym z przypadków odświeżyć brzegi ranki, włożył łyżeczkę ostrą do roztworu antyseptycznego, którym posługiwał się przy opatrywaniu ran. Po chwili metalowa łyżeczka zupełnie zczerniała. Zachodziła więc tu ciężka pomyłka: zamiast sinku rtęci (*hydrarg. cyanatum*), znajdował się dwuchlorek rtęci (*hydr. bichl. corros.*). Dochodzenie wykazało, że winę ponosi aptekarz, który, nie mając chwilowo pod ręką sinku rtęci, dał ten sam roztwór sublimatu.

Przekonawszy się mimowoli doświadczalnie o zgubnych skutkach używania roztworów sublimatu, zaleca autor nadal roztwór sinku rtęci, jako zupełnie nieszkodliwy.

O leczeniu śluzoropotoku zgęszczonymi roztworami nadmagnianu potasowego (Du traitement de l'ophthalmie purulente par les solutions concentrées du permanganate de potasse.). Dr Vian z Tulonu.

Autor zaleca usilnie leczenie śluzoropotoku u noworodków i dorosłych zgęszczonymi roztworami *kalium hypermang.*

Zalety tego postępowania w porównaniu z zastosowaniem azotanu srebra są następujące:

1. szybkość wyleczenia. 2. nieszkodliwość zgęszczonych roz-

czynów nadmang. potas. dla rogówki. 3. zastosowanie tego środka jest mniej bolesne, niż zastosowanie azotanu srebra. 4. nadmanganian potasowy nie pogarsza sprawy chorobowej w przypadkach zapalenia dyfterytycznego, którego rozpoznanie może w początkowym okresie być wątpliwem, podczas, gdy azotan srebra sprowadza w takich razach znaczne pogorszenie.

Technika stosowania tego środka jest następująca: wałę napojoną roztynem nadmanganianu potasowego 1:10 osadza się na pręciku szklanym i naciera się nią spojówki powiekowe dwa razy dziennie.

Skoro przy powyższem leczeniu przez czas dłuższy, już po ustąpieniu objawów zapalnych na spojówkach, powstanie żółtawe nacieczenie na rogówce, ustępuje ono pod wpływem maści żółtej w krótkim przeciągu czasu; nie ma zaś najmniejszej obawy o wytworzenie się stałych zaćmień rogówkowych, jak to często¹⁾ się zdarza przy stosowaniu azotanu srebra, którego nadmiaru dostatecznie nie zobojętniano

Na 53 przypadków ciężkiego śluzoropotoku, z których siedm przypadków u dorosłych, metoda ta dała zawsze wyniki dodatnie.

Zeszyt 12.

Neuritis retrobulbaris (Névrites rétrobulbaires). Dr J o e q s

Autor przytacza dwa przypadki zapalenia nerwu wzrokowego o niepewnej etyologii.

Rokowanie w przypadkach podobnych zapaleń wtenczas jest niepomysłne, gdy obok *scotoma centrale* występują także porażenia mięśni ruchowych oka.

Głębokie zapalenie rogówki i gruzlica (Kératite intersti-tielle et tuberculose.). Dr Desvau x z Angers.

Poczucie barw u dziecka (Über den Farbensinn des Kindes.). E. Raehlmann u z Weimaru (Die Ophth. Klin. 1903. Nr 21.).

Aby się przekonać, kiedy i w jaki sposób rozwija się u dziecka poczucie barw, uciekano się do rozmaitych sposobów badania. Wyniki uzyskane po większej części nie zgadzają się ze sobą. Zdaniem Raehlmann'a nie można polegać na odpowiedziach nawet inteligentnych dzieci, jeżeli się od nich wymaga, aby nazywały barwę pokazywanych przedmiotów. Poczucie barw może być już zupełnie wyrobione, ale brak jeszcze skojarzenia pomiędzy rodzajem wrażenia, a odpowiadającą temu wrażeniu nazwą. Autor użył na-

¹⁾ Nigdy nie spostrzegamy tego.

stępującego sposobu badania u osesków sztucznie karmionych lub dokarmianych. Dwie zupełnie jednakie flaszki pomalował na dwie różne barwy, n. p. jedną na zielono, drugą na czerwono, i polecał podawać dziecku zawsze obie równocześnie, ale jedną tylko (n. p. stałe czerwoną) wypełnioną mlekiem, drugą zaś (zieloną) zawsze próżną. Gruba warstwa farby nie pozwalała dziecku dojrzeć, w której flaszce znajdowało się mleko. Po pewnym jednak czasie, przekonawszy się wielokrotnem doświadczeniem, że tylko czerwona flaszka zawiera pokarm pożądany, zaczyna dziecko, gdy mu podają równocześnie obie flaszki, sięgać za każdym razem — bez wahania i namysłu — po flaszkę czerwoną. Podobne doświadczenia powtarzał autor z flaszkami malowanemi na żółto i niebiesko — i to od razu na większej liczbie dzieci. Dodać należy, że barwiki były tak dobierane, żeby nasycenie i jasność zabarwienia nie okazywały żadnych różnic.

Próby te wypadały dodatni, nawet już u półrocznych dzieci, czasem dopiero później, co jednak autor tłumaczy słabszym stopniem inteligencji. Ostatecznie wyraża autor przekonanie, że poczucie barw wchodzi w zakres swoistej energii nerwu wzrokowego, istnieje zatem od pierwszego dnia życia tak samo, jak zdolność rozróżniania światła wogóle. —

K. W. Majewski.

Niedomoga akomodacyjna Donders'a (L'asthénopie accommodative de Donders.). J. Bull z Paryża (Ann. d'Ocul. T. CXXX. Z. III. 1903.).

Donders opisał, jak wiadomo, zbiór objawów, występujących u hypermetropów, znany pod nazwą niedomogi akomodacyjnej. Do dnia dzisiejszego przypisuje się powszechnie przyczynę tego stanu nadmiernemu wyteżeniu i wyczerpaniu mięśnia rzęskowego, który skurczem akomodacji musi pokrywać niedostatek łamliwości nadmiarowego oka. Ten też mięsień uważany jest za właściwe siedlisko uczucia zmęczenia, a nawet bólu, odczuwanego przez chorego podczas pracy z bliska. J. Bull występuje w wymienionej pracy z twierdzeniem, że siedliska tych przykrych uczuć szukać należy gdzie indziej, mianowicie w zewnętrznych mięśniach gałek ocznych. Oto jego rozumowanie: Nadmiar akomodacji wywołuje u hypermetropów tak często zdarzającą się ezoforyę. Dla zrównoważenia tej ukrytej dążności do konwergencji i w celu utrzymania pojedynczego widzenia obuocznego musi hypermetrop wyteżać nad miarę swe mięśnie proste zewnętrzne — i ten to wysiłek staje się źródłem wszelkich dolegliwości. Stąd to, zdaniem autora, zupełne (?) podobieństwo objawów tak zwanej niedomogi akomodacyjnej z objawami niedomogi mięśniowej, opisanej przez Graefe'go. Podobieństwo to,

twierdzi Bull, nie jest przypadkowe, lecz wynika z podobieństwa przyczyn, które cierpienie wywołują. — Na poparcie swych zapatrywań przytacza autor doświadczenia, robione za pomocą stereoskopu Holmes'a. Gdy doświadczenie tak jest urządzone, że przy zupełnym prawie spoczynku konwergencyi nasila się tylko stopień akomodacyi, — znużenie wzroku wcale nie występuje, — natomiast objawy astenopii nie dają na siebie czekać, jeśli przez zbliżanie i rozsuwanie obrazków stereoskopu zaczniemy wpływać na wysiłek konwergencyi. — Autor przypuszcza nadto, że we wielu przypadkach tak zwanej niedomogi akomodacyjnej — wchodzą w grę i inne rodzaje heteroforyi, w szczególności hyperforya. —

K. W. Majewski.

O zapaleniu siatkówki krwotocznem (De la rétinite hémorrhagique). Dr G. Ahlström z Gotenburga (Ann. d'Ocul. T. CXXX. Z. 3. R. 1903).

Michel wykazał, że *retinitis haemorrhagica*, lub inaczej *apoplexia sanguinea retinae* może mieć swą przyczynę bądźto w zaczopowaniu żyły środkowej (*thrombosis venae centralis retinae*), bądź też w zmianach anatomicznych żyłnej sieci naczyń siatkówkowych. Ahlstrom miał sposobność spostrzegać przypadek krwotocznego zapalenia siatkówki u 57letniego mężczyzny, gdzie obraz wzornikowy przemawiał w wysokim stopniu za trombozą żyły środkowej. Gdy w późniejszym przebiegu choroby na oku dotkniętem krwotokami siatkówkowymi wystąpiła jaskra, która stała się powodem zupełnej utraty wzroku i gwałtownych bólów, niedających się niczem usunąć, autor na prośby chorego wyjął oko, co położyło kres cierpieniom. Badanie mikroskopowe wyjętej gałki, wraz z kawałkiem nerwu wzrokowego, długim 17 mm, nie wykazało śladu zaczopowania żyły środkowej. Natomiast znalazły się wyraźne zmiany w ścianach tętnic, zwłaszcza tętniczek włosowatych zarówno w siatkówce, jak i w nerwie wzrokowym. Na licznych preparatach widać było zgrubienie ścian tętniczych i zwyrodnienie szkliste w zakresie *tunica media*. Te zmiany uważa autor za bezpośrednią przyczynę krwotoków i sądzi, że zdarzają się one co najmniej równie często, jak zakrzep żyły środkowej. Podobne zboczenia w ścianach tętnic siatkówkowych przy *retinitis haemorrhagica* opisali Friedenberga, Stoelting i Reimar. —

K. W. Majewski.

V. ROZMAITOŚCI.

Utrata wzroku duchowego. Gianelli i Toscani opisują bardzo ciekawy przypadek utraty wzroku duchowego u 41letniej nerwowo usposobionej kobiety, cierpiącej na zawroty i lęki, która po silniejszym napadzie zawrotu straciła możność wywoływania w wyobraźni obrazów przedmiotów znanych. Niedopisywała wola, a także słuch i dotyk, do sprowadzania odnośnych obrazów. Jedynie zmysł wzrokowy przy pomocy fotografii do pożądanego prowadził skutku.

Stan ten jest odmiennym od tak zwanej ślepoty psychicznej i optycznej afazyi.

Ślepy psychicznie widzi przedmiot, omija go, idąc, ale nie może go poznać.

Osoba dotknięta optyczną afazją, widzi przedmiot lub osobę, poznaje ją nawet, ale nie umie jej nazwać.

Przy utracie duchowych obrazów wzrokowych w przypadku przez autorów przytoczonym chora natychmiast przedmiot i osobę poznawała, nazwała stosownie takowe, ale nie mogła, skoro tylko przedmiot czy osoba usunęły się z przed oczu, obrazu tychże wznowić, chociaż nazwę przytoczoną powtórzyła.

Wedle ref. Centralblatt f. innere Med. Nr. 36, r. 903.

Wiestnik Oftalmologii, jedyne pismo okulistyczne rosyjskie, założone i wydawane przez Chodina, przeszło w inne ręce, a mianowicie Bellarminowa, Ewetzky'ego, Gołowina i Kriukowa, który to ostatni objął redakcyę jako odpowiedzialny redaktor.

II.

Lecznica oczna w Wilnie. W jubileuszowej książce ś. p. Szokalskiego opisałem ten zakład, który zwiedzałem w roku 1869 i 1883. Dziś został on zreformowanym i odkrył swą czynność. — Hr. Konstanty Tyzenhauz, gdy dla pewnej osoby z rodziny musiał sprowadzać okulistę z Paryża, w Wilnie bowiem takiego specjalisty nieznano, powziął myśl promowania jednego z lekarzy na okulistę.

Wysłał więc Dra Zenona Cywińskiego do A. v. Graefego w Berlinie. Był to pierwszy na Litwie okulista. Hr. Tyzenhauz urządził w r. 1853 przy Dobroczyńności lecznicę dla ubogich chorych na oczy na 6 łóżek, Cywiński prowadził ambulatoryum bezpłatnie.

Dopiero w r. 1884 hr. Marya Przeździecka (z Tyzenhauzów) doprowadziła do skutku projekt szpitala. Zbudowano gmach okazały

na Nowym Świecie na 40 łóżek, z nich 16 bezpłatnych. Urządzenie, obsługa lekarska wzorowe. Przyjmowano chrześcian i mahometan¹⁾. Opłata miesięczna na salach ogólnych 45 rubli, dla urzędników kolejowych 30, — w osobnych gabinetach pomieszczeni płacą 2¹/₂ rubla dziennie.

Lecznica ta nosi dziś nazwę hr. Tyzenhauz-Przeździeckich. — W r. 1902 Dr Z. Cywiński, z powodu podeszłego wieku, usunął się w zacisze domowe po 45letniej działalności. Miejsce jego zajął Dr Bernard Hłasko, uczeń dorpackiego uniwersytetu. Łóżek ilość powiększono do 45. Pomoc lekarską otrzymuje rocznie 2500 chorych.

Dr J. Talko.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Siegrist z Bazylei powołany został do objęcia opróżnionej przez śmierć Pflueger'a katedry oftalmologii w Bernie.

Wydział lekarski, jak się dowiadujemy, zaproponował *primo loco* prof. Raehlman'a dawniej w Dorpacie, obecnie w Weimarze.

Prof. Cirincione w Sienie powołany do Genui w miejsce zmarłego prof. Secondi.

Dr C. Allport mian. prof. okulistyki w Chicago.

VII. KORESPONDENCYA.

Lwów, w grudniu 1903.

Dzieli nas zaledwie kilka miesięcy od zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który się ma odbyć we Lwowie w lipcu 1904 r. Zajęcie się zjazdem jest duże, a prace przygotowawcze w pełnym toku.

Sekcyja okulistyczna zawiązała się pod przewodnictwem Prof. Dra Macheka, jako gospodarza sekcyi, jeszcze przed feryami uniwersyteckimi. Na świeżo odbytem drugim posiedzeniu sekcyi omawiano temata, przeznaczone do ogólnej dyskusyi, jako to: Znaczenie bakterjologii w okulistyce. Leczenie chorób dróg łzowych. Leczenie jaskry. Ocena utraty zdolności zarobkowania, procentowo oznaczona, przy zmniejszeniu się bystrości wzroku na jednym oku. O wartości wstrzykiwań podspojówkowych. O plastykach rogówkowych i t. d. Prof. Machek podniósł kwestyę, ważną dla polskiej okulistyki ze względu na łączność i przegląd jej rozwoju, kwestyę ogłaszania obowiązkowego statystyki zakładów okulistycznych. Dzisiaj obok klinik uniwersyteckich krakowskiej i lwowskiej mamy już i na prowincyi w Galicyi ambulatorya oczne przy szpitalach krajowych w Kołomyi, Rzeszowie i w Stanisławowie prowadzone przez zawodowych okulistów. War-

szawa, Poznań i inne miasta polskie posiadają duże oddziały okulistyczne. Statystyki zebrane razem wedle wspólnego wzoru mogłyby być ogłaszane n. p. w Postępie Okulistycznym Prof. Dra Wicherkiewicza i dawałyby pogląd na całość polskiej okulistyki. Prof. Dr Machek poruszył również sprawę ocenienia, o ile i kiedy przy chorobach spojówki chronicznych, głównie zaś przy zapaleniu egipskiem, można zezwolić na uczęszczanie do szkoły, na umieszczenie w internatach, zakładach wychowawczych itp.

Wybór tematów, przeznaczonych do ogólnej dyskusyi, odłożono aż do poprzedniego porozumienia się z referentami. Wykładów samodzielnych już kilka zgłoszono, a wkrótce zaczną wychodzić spis tychże.

Wreszcie poruszano sprawę ewentualnego udziału jednego z okulistów w sekcyi dla alkoholizmu.

W wystawie przyrodniczo-lekarskiej, która się odbędzie przy zjeździe, zapowiedziała swój udział klinika okulistyczna lwowska i pracownia tejże kliniki.

Wystawa ta projektowana jest na wzór wystawy politechnicznej, która się odbyła we Lwowie roku zeszłego, a ma być urządzoną w pałacu sztuki w parku Stryjskim na placu powystawowym i trwać od 1go maja do końca lipca. W sprawach, będących w styczności z wystawą, należy się zgłaszać wprost do przewodniczącego komitetu wystawowego, Dra Krzyżanowskiego, Lwów, c. k. Namieslnicwo.

Sekcja okulistyczna, dokładając wszelkich starań, ażeby zapewnić powodzenie dla przyszłego zjazdu, liczy na liczny współudział kolegów.

A. Bednarski.

Od Komitetu sekcji okulistycznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie otrzymujemy drukowane wezwanie, które niniejszemu podajemy do wiadomości tych szan. czytelników, którzyby podobnego druku jeszcze nie odebrali, a którzyby pragnęli wziąć udział w pracach sekcji okulistycznej przyszłego Zjazdu. — Miejmy nadzieję, że sekcja ta będzie bardzo liczna, a wszakże od czasu ostatniego Zjazdu w Krakowie przybyło nam sporo nowych sił.

Oto dosłowne wezwanie:

»Komitet przygotowawczy dla sekcji okulistycznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który to Zjazd rozpocznie się 20 a skończy 24 lipca 1904 we Lwowie, ma zaszczyt zaprosić Szanownego Kolegę do wzięcia udziału w pracach tejże sekcji.

Upraszamy tedy: 1. o przysłanie tytułów samoistnych wykładów lub demonstracji, 2. o wnioski dotyczące tematów, któreby miały być wspólnie omawiane, 3. o oświadczenie, czy Szanowny Kolega zechciałby objąć referat takiego urzędowo postanowionego tematu w jakiejś kwestyi, zajmującej obecnie okulistów, i wreszcie wogóle 4. o przedstawienie życzeń, leżących w interesie prac sekcji.

Sekcja okulistyczna starać się będzie, o ile to leży w jej mocy i w zakresie jej działalności, spełnić życzenia Szanownego Kolegi.

Prosimy o rychłą odpowiedź, a to ze względu, że z końcem lutego ma się drukować oficjalny program czynności Zjazdu wogóle.

Listy prosimy wysyłać na ręce Doc. Dra A. Szulistawskiego we Lwowie, ulica Jagiellońska, l. 8.

Spis oryginalnych prac okulistycznych polskich ogłoszonych drukiem w roku 1903.

1. Strzemiński I.: *Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (retinitis circinata)*. — Postęp Okulistyczny, Nr 1.
2. Bałłaban T.: *Mięczak zaraźliwy (molluscum contagiosum) spojówki gałkowej*. — Postęp Okulistyczny, Nr 1.
3. Prof. Rosner Al.: *Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków*. — Przegląd Lekarski, Nr 1.
4. Łuniewski St.: *Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodząca z urazowego*. — Postęp Okulistyczny, Nr 2.
5. Prof. Wicherkiewicz B.: *Kilka słów w sprawie opasek ocznych*. — Postęp Okulistyczny, Nr 2, 3.
6. Strzemiński I.: *Cierpienia oczu, wywołane przez płonice podczas epidemii w r. 1902, w Wilnie*. — Nowiny Lekarskie, Nr 4.
7. Noiszewski K.: *Ruptura retinae i retinitis proliferans*. — Postęp Okulistyczny, Nr 3.
8. Langie Ad.: *Hygiena wzroku w okresie szkolnym*. — Przegląd Lekarski, Nr. 19, 20, 21, 22.
9. Geisler P.: *Iridodialysis et inversio iridis traumatica*. — Postęp Okulistyczny, Nr 4.
10. Ippohorski-Lenkiewicz: *Wydobycie odprysku żelaznego z przedniej komory za pomocą elektromagnesu Haab'a*. — Postęp Okulistyczny, Nr 4.
11. Marczewski J.: *Sprawozdanie z czterech ruchomych oddziółów okulistycznych*. — Czasopismo Lekarskie, Nr 5.
12. Noiszewski K.: *Przyrządy kontrolujące cełność (doprzedmiotowanie)*. — Postęp Okulistyczny, Nr 5.
13. Reiss: *Przyczynki do kazuistyki przybłoniaków okołogałkowych (carcinoma peribulbare)*. — Postęp Okulistyczny, Nr 5.
14. Prof. Wicherkiewicz B.: *Tak zwana „nowa choroba krakowska”*. — Postęp Okulistyczny, Nr 5.
15. Prof. Machek E.: *O wartości leczniczej jekwirytolu i surowicy jekwirytolowej*. — Gazeta Lekarska, Nr 24.
16. Frenkel: *Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zdrowych?* — Gazeta Lekarska, Nr 24.
17. Gajkiewicz: *Kilka słów o odruchowym zwręzaniu się źrenic, a mianowicie o najnowszej teorii Nicola Majano*. — Gazeta Lekarska, Nr 24.
18. Batawina: *Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle hysterji*. — Medycyna, Nr. 25, 26.

19. Noiszewski K.: *Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka (migræna ophthalmica)*. Nowiny Lekarskie, Nr. 7, 8.
20. Sterling Wł.: *O środkach korowych mięśni ocznych*. — Gazeta Lekarska, Nr. 28, 29, 30, 31.
21. Doc. Bochenek A.: *Drogi nerwowe dla odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowymi*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 6.
22. Rumszewicz K.: *O utworach torbielowych mięśnia łzowego*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 6.
23. Noiszewski K.: *Wrażliwość mimowa i powiększenie klinowe*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 7.
24. Prof. Wicherkiewicz B.: *Przemijająca ślepotą po chininie u dziecka*. Postęp Okulistyczny, Nr. 7.
25. Prof. Wicherkiewicz B.: *Pyoktanina w połączeniu z dioniną przeciw ropnym sprawom gałki, zwłaszcza rogówki*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 8.
26. Rumszewicz Karol: *O utworach szklistych w komorze przedniej oka*. Postęp Okulistyczny, Nr. 8, 9.
27. Koliński: *O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej*. — Czasopismo Lekarskie, Nr. 9.
28. Geisler P.: *O wpływie ciepłoty i pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry*. Postęp Okulistyczny, Nr. 9.
29. Prof. Wicherkiewicz B.: *Kilka słów w sprawie t. zw. wiosennego zapalenia spojówki*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 9.
30. Noiszewski K.: $W = \frac{1}{\infty}$. — Postęp Okulistyczny, Nr. 10.
31. Doc. Majewski K. W.: *Kilka słów o projekcji obuocznej*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 10.
32. Higier: *W sprawie pulpitu do pisania*. — Medycyna, Nr. 48.
33. Strzebiński I.: *Dwa przypadki u rodzeństwa objawów zarodkowych kiły dziedzicznej w oczach*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 11.
34. Doc. Bednarski Ad.: *Przyczynek do anatomii patologicznej podspojówkowego zwichnięcia soczewki, prażkowanego zaćmienia rogówki i podwójnego oderwania tętnówki*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 11.
35. Łuniewski St.: *Leczenie zapalenia gruczołowego okostnej brzozy oczodołowego mieszaną jodoformową*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 11.
36. Rumszewicz K.: *O gruczoły spojówki*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 12.
37. Reis W.: *O rozpoznaniu różniczkowem i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej (sarcoma oculi et phthisis bulbi)*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 12.
38. Noiszewski K.: *Znaczenie zmetnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 12.
39. Talko J.: *Arabski lekarz Avicenna, jako okulista*. — Postęp Okulistyczny, Nr. 12.

Dwa nowe przetwory srebra całkiem niebolesne: argyrol, kolargol; ich wskazania lecznicze w okulistyce. A. Darier	462
O operacji zezu przez przemieszczenie ku przodowi mięśnia wraz z torebką. Jocqs	462
Ruchy zapadowe gałek, spostrzegane w trzech przypadkach. Koeber	463
Korzystny wpływ kolargolu na wrzody zakaźne rogówki. Lelontre	463
Oderwanie siatkówki i zinnica. Terson (ojciec)	464
O zastosowaniu bęźdzwinianu litowego (lithium benzoicum) w leczeniu plam rogówkowych. Mazet	464
Ciężkie postacie przybłoniaka spojówki. Fage	465
W sprawie używania sublimatu. Prioux	465
O leczeniu śluzoropotoku zgęszczonymi rozczynami nadmanganianu potasowego. Vian	465
Neuritis retrobulbaris. Jocqs	466
Głębokie zapalenie rogówki i gruźlica. Desvaux	466
Poczucie barw u dziecka. E. Raehlmann	466
Niedomoga akomodacyjna Dondersa. J. Bull	467
O zapaleniu siatkówki krwotocznem. G. Ahlström	468
V. Rozmaitości	469
VI. Sprawy osobowe	470
VII. Korespondencya	470
Spis oryginalnych prac okulistycznych polskich ogłoszonych drukiem w r. 1893	472
Spis rzeczy w roczniku V.	474
Spis autorów w roczniku V	477
Spis rycin, zawartych w roczniku V.,	480

Głoszenia.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu

pod redakcją

DR HELLIDORA ŚWIECICKIEGO.

Przedpłata roczna wynosi: w Niemczech 16 mk., w Austrii 18 kor., w Król. Polskiem i Rosyi 8 rs., we Francyi i Belgii 18 fr. — Przedpłatę przyjmuje Dr Franciszek Zakrzewski, Poznań, ul. Rycerska, oraz księgarnie Leitgebra, Tempłowicza, Cybulskiego i Żupańskiego; w Krakowie księgarnia Krzyżanowskiego; we Lwowie Gubrynowicz i Schmidt; na Królestwo Polskie ma główny debiet księgarnia Wendego i Spł. w Warszawie; w Wilnie księgarnia Zawadzkiego; w Kijowie księgarnia Idzikowskiego; w Petersburgu księgarnia Orendyszyńskiego, — nadto wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego. — Każdorazowy numer „Nowin Lekarskich“ wysyła ekspedycya abonentom wprost, pod opaską.

Adres Redakcyi: DR HELLIDOR ŚWIECICKI. Poznań, pałac Działyńskich w Rynku. — Telefon Nr 1263.

Adres Administracyi: DR FR. ZAKRZEWSKI. — Poznań, ulica Rycerska, liczbą 29. — Telefon Nr 1170.

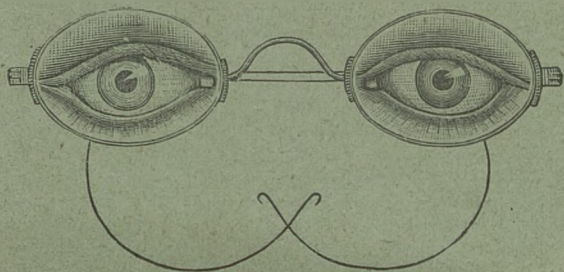
K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

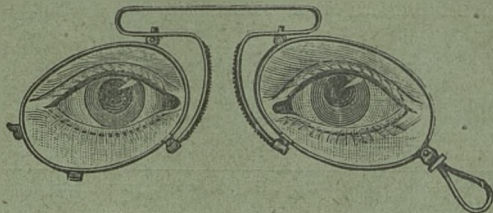
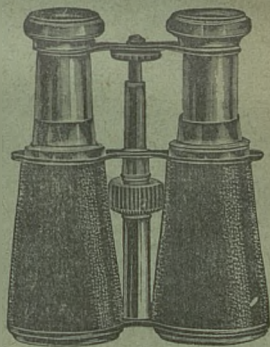
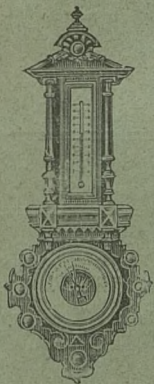
Wnym Panom P. T. Okulistom



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

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

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



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.