

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZK WSPÓŁUDZIAŁEŁM 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 SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

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

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

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

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

Styczeń

— ROCZNIK PIĄTY —

1903.



KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1903.

T R E Ś C.

Str.

I. Prace oryginalne.

Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (retinitis circinata). I. Strzemiński 1

Mięczak zaraźliwy (molluscum contagiosum) spojówki gałkowej.
T. Bałłaban 10

II. Streszczenia.

O łzawieniu, jako objawie początkowym choroby Basedowa.
E. Berger 18

O rdzennych włóknach nerwowych siatkówki. Mayerweg 19

Badania doświadczalne nad działaniem zakażonych opasek na
aseptyczne rany gałki ocznej i uwagi nad opaskami ocznymi
w ogólności. Genth 20

Przyczynki do różniczkowego rozpoznania pomiędzy glejakiem
siatkówki prawdziwym a rzekomym. Fejér 21

Rzadki przypadek przetrwałej błony żrenicznej. K. Rumsze-
wicz 22

W sprawie pojedynczej operacji zaćmy. M. Kozłowski 23

Przyczynki do nauki o zezie. I. van der Hoeve 24

Przypadek zaćmy wczesnej starczej z objawami wrodzonego
porażenia opuszkowego. Kurt Steindorff 25

Ciekawy przypadek zatrucia atropiną. Dreisch 26

Zapalenie woreczka łzowego przy gorączce siennej. L. Caspar 26

O niektórych nowszych sposobach badania widzenia przy zezie.
A. Czermak 27

Ważny przyczynek do operacji zaćmy miękiej. J. Hirschberg 27

Badania anatomopatologiczne i bakteryologiczne, odnoszące się
do zapalenia współczulnego. Weltówna 28

Obustronna ophtalmoplegia interna spowodowana zażyciem wy-
ciagu ze sporyszu. P. Schneider 30

Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworo-
dów. Aleks. Rosner 30

Wpływ snu na przebieg chorób ocznych. de Micas 32.

O operacji wysokich stopni krótkiego wzroku. A. Sachs alber 33

O chirurgicznem leczeniu zwężeń przewodu noso-łzow. Passow 34

III. Z Towarzystw.

Towarzystwo oftalmiczne w Moskwie. J. T. 35

Sekcja okulistyczna pierwszego egipskiego kongresu lekarskiego
w Kairze. B. Wicherkiewicz 37

IV. Photinos Panas. Wspomnienie pośmiertne. B. Wicherkiewicz. 42

V. Lecznictwo 44

VI. Rozmaitości 45

VII. Sprawy osobowe 46

VIII. Kronika żałobna 46

Uzupełnienie spisu okulistów polskich 46

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

20
ROCZNIK V. — 1903.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1903.

100, 100.

II

Okuliści polscy¹⁾ według obliczenia z roku 1902.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>*Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wałowa, l. 7.</p> <p>Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac WW. Świętych, l. 11.</p> <p>*Dr Bednarski Adam, docent okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Akademicka, l. 5.</p> <p>Dr Bernhardt Józef. Wilno.</p> <p>*Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).</p> <p>Dr Bieniecki. Kalisz.</p> <p>Dr Borowski. Wilno.</p> <p>*Dr Brudzewski Karol. Kraków, Florjańska, l. 38.</p> <p>*Dr Burbo Barbara. Wilno. Zawalna, d. Reform. kolegium.</p> <p>Dr Burzyński Alfred, II asystent kliniki okulistycznej we Lwowie.</p> <p>Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa, Długa, l. 18.</p> <p>*Dr Cichański Al. Przemyśl.</p> <p>*Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpatorya (Rosya).</p> <p>*Dr Cywiński Marian. Nohilew Białoruski.</p> <p>Dr Cywiński Zenon. Wilno.</p> <p>*Dr Dąbrowski. Grodno.</p> <p>*Dr Daszewski. Kielce.</p> <p>*Dr Dawidson. Warszawa.</p> <p>*Dr Dembowski. Razdzielnaja.</p> <p>Dr Demidowicz Bronisław Marian, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłazmą.</p> <p>Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Żłota, l. 14.</p> <p>Dr Działowski Alfred. Toruń.</p> <p>Dr Eberson Maur. Tarnów.</p> | <p>*Dr Elkner Marian Aleks. Kamieniec podolski.</p> <p>*Dr Ettinger Jakób. Warszawa.</p> <p>Dr Feinstein Leon. Warszawa, Karmelicka, l. 3.</p> <p>Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna, l. 42.</p> <p>Dr Fukała Winc. Wiedeń.</p> <p>Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl. Hausmann, l. 103.</p> <p>*Dr Garliński Władysław M. Łódź.</p> <p>*Dr Geisler Piotr. Jarosław.</p> <p>*Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz. lek. oftalm. Instytutu. Warszawa, Krakowskie Przedm., l. 65.</p> <p>Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, — Aleje Jerozolimskie, l. 25.</p> <p>*Dr Gidlewski. Lwów.</p> <p>*Dr Giedrojc Juraga Witold. Aleksandropol.</p> <p>Dr Gilus Wincenty, lek. oft. lecznicy im. Wołudskich w Moskwie.</p> <p>Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.</p> <p>Dr Górecki A. (syn). Paryż.</p> <p>Dr Górecki Ksawery (ojciec). Paryż, Blv. Murat, l. 137.</p> <p>Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de Trevis, l. 21.</p> <p>Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.</p> <p>Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyński-śród.</p> <p>*Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.</p> <p>*Dr Halicki Stan. w Bobrujsku.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapisanego w administracji P. O.

- *Dr Hertyk. Maryampol.
 *Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz
 zakładu oftalmicznego. Wilno.
 Dr Hoene Jan. Kijów.
 Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
 Dr Hulenicki Władysław, Sioło Us-
 pieńskie, Sławianoserbsk, Ekater.
 gub.
 *Dr Hulewicz. Bytom.
 *Dr Huszczo Józef. Białystok.
 *Dr Idzikowski Józef. Łódź.
 Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensyl-
 wania (Ameryka).
 Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa,
 Ciepla, l. 4.
 Dr Jarnatowski (senior). Poznań.
 Dr Jarnatowski (junior). Poznań.
 Dr Jaworski August, I asystent kli-
 niki okulistycznej we Lwowie.
 *Dr Kaczkowski. Warszawa, Chło-
 dna, l. 22.
 Dr Kaczkowski St., ordynator kliniki
 uniwersyteckiej. Warszawa, ulica Chmielna,
 l. 38.
 *Dr Kamocki Walenty. Warszawa,
 Widok, l. 7.
 Dr Kapuściński Bol. Poznań.
 Dr Kępiński Michał. Warszawa, Se-
 natorska, l. 32.
 Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Koper-
 nika, l. 3.
 *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowa,
 l. 86.
 Dr Kozłowski Michał Kazimierz, nacz.
 lekarz oftalm. szpitala Popowych.
 Kijów.
 Dr Krajski Wacław Adolf. M. Ataki
 (pow. Sorokskiego). Besarabia.
 Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa,
 Nowosenatorska, l. 6.
 *Dr Krzymuski. Tomsk.
 Dr Kreutz. Stanisławów.
 *Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski.
 S. Kargatolskie.
 *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
 *Dr Langie Adam. Kraków, Sław-
 kowska, l. 20.
 *Dr Lenkiewicz-Ipohorski. Michałki,
 gub. Mińska.
 Dr Lewandowski Czesław Mikołaj,
 wolno-prakt. Odessa.
 Dr Lewicki Stefan.
 Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwada,
 l. 12.
 Dr Łasiński Ignacy, Radca zdrowia.
 Wrocław.
 *Dr Łuniewski Stefan, b. II. asystent
 krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
 *Dr Maciesza Aleksander. Sybir.
 *Dr Machek Emanuel, Prof. okulist.
 Uniw. Fr. I. we Lwowie, Akade-
 micka, l. 11.
 *Dr Majewski Kazimierz W., I. asy-
 stent kliniki okulistycznej w Kra-
 kowie, docent okulistyki Uniwers.
 Jagiell.
 Dr Majkowski. Drzewica.
 Dr Marcisiewicz Feliks. Kraków, ul.
 Wiślna, l. 10.
 *Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
 *Dr Markiewicz D. Przemyślany.
 Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. An-
 drzeja, l. 5.
 *Dr Michalski. Łódź.
 Dr Muttermilch Stanisław. Warsza-
 wa, ul. Miodowa, l. 5.
 *Dr Niegolewski Felicjan. Poznań.
 *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk
 (Dynaburg).
 *Dr Nowicki. Disna.
 *Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
 Dr Płachecki Jan. Końskie.
 Dr Popławska Stan. Warszawa.
 *Dr Przybylski Jan. Odessa.
 *Dr Radzwicki. Smoleńsk.
 Dr Rakowicz. Drezno.
 Dr Ratuld L. Paryż, Boulevard Bar-
 bès, l. 57.
 Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagiellońska,
 l. 17.
 Dr Rejro Sobiesław Józef, lek. ziem-
 ski. Dmitrów, Orłowska gub.
 Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica
 Trzeciego Maja, l. 7.
 *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
 *Dr Rymowicz Feliks, Doc. okuli-
 styki. Warszawa.
 *Dr Rymza Wacław. Hurykowa,
 pow. Klecki.
 Dr Sawicz Witold, ordyn. szpit. wojsk.
 w Moskwie.
 Dr Stasiński Jan. Poznań.
 *Dr Strzeziński Ign. Wilno, Trocka.
 Dr Świda Ignacy. Mińsk.
 *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
 *Dr Szuliński Adam, docent oku-
 listyki Uniw. lwowskiego. Lwów,
 ul. Jagiellońska, l. 8.

*Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.
*Dr Talko Józef (ojciec). Lublin, —
Krakowskie Przedmieście, l. 50.
*Dr Talko Włodz. (syn). Sosnowiec.
Dr Tomaszewski. Smigiel.
Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci
Miłosierdzia.
*Dr Uziembło. Saratów.
Dr Weisberg. Łódź.
*Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań,
St. Marcin, l. 6.
*Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca
zdrowia; Prof. Uniwersytetu Ja-
giellońskiego. Kraków, ul. Wolska,
l. 11.
Dr Winawer Adolf. Warszawa, Ele-
ktoralna, l. 4.

*Dr Witaliński Wincenty, II asystent
kliniki okulistycznej w Krakowie.
Dr Wolfring Emil, b. prof. okulist.
Uniw. warszawskiego. Warszawa,
Marszałkowska, l. 87.
Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i oku-
lista portu w Petersburgu.
*Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
*Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.
Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa,
Marszałkowska, l. 140.
Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska,
l. 21.
Dr Zazuliński. Winnica.



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

Z WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA, 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. TAIKI W LUBLINIE.

Styczeń

ROCZNIK PIĄTY

1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (retinitis circinata).

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

Pierwszy Hutchinson[1] opisał rzeczone cierpienie i nazywał je „*Symmetrical central chorioido-retinale disease, occurring in senile persons*“, przypuszczając, że dotkniętą bywa nie tylko siatkówka, ale i błona naczyniowa. Następnie wymieniali je Gałęzowski[2] i Wecker i Masselon[3], ci dwaj ostatni pod nazwą „*dégénérescence graisseuse*“, a Wecker w późniejszym czasie [4] także „*dégénérescence blanche*“. Fuchs[5] opisał je, jako oddzielną jednostkę chorobową, podał szczegółowo jego objawy i, przez podobieństwo z *herpes circinatus*, nazwał *retinitis circinata*. Goldzieher [6] przedstawił nowe przypadki i, wykazawszy tożsamość zmian chorobowych, opisanych przez Fuchs'a ze spostrzeganiami przez Hutchinson'a, odrzucił przypuszczenie tego ostatniego o udziale naczyniówki i nazwał omawiane cierpienie „*Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes*“. Odtąd pojawiła się pewna liczba nowych przy-

padków, które razem z poprzednimi dają możność skreślenia dokładnego obrazu klinicznego pierścieniowatego zwyrodnienia siatkówki.

Oznaką zmienną cierpienia jest pierścień, złożony z białych plamek, leżących w siatkówce, otaczający dołek środkowy plamy żółtej. Pierścień znajduje się między naczyniami skroniowymi, w obrębie plamy żółtej, a właściwie na przestrzeni warstwy Henle'go, która rozciąga się dalej niż plama żółta, zajmująca przestrzeń mniej więcej równą średnicy tarczy, i sięga prawie do brzegu skroniowego tarczy. Plamki też czasem zaczynają się przy tym brzegu. Wyjątkowo zjawiają się one na wewnątrz od tarczy.

Plamki białe układają się około dołka środkowego w postaci koła, owalu, albo elipsy, które jednak po większej części nie są zamknięte, lecz tworzą w różnych miejscach przerwy, pozbawione plamek, przybierając czasem postać podkowicy. Niekiedy występują w postaci dwóch łuków, z których jeden leży nad, a drugi pod dołkiem środkowym, zwrócone wklęsłością do dołka. Mogą też być w ograniczonej liczbie i nie tworzyć określonej figury, albo usadowić się przy większej tętnicy siatkówki. Pierścień plamek białych może nie wszędzie być jednokowej szerokości, gdyż w niektórych miejscach może składać się z 2 albo 3 rzędów plamek.

Plamki są okrągłe, czasem podłużne, wyraźnie ograniczone, różnej wielkości, od małych punkcików dochodząc do średnicy równej grubości wielkich naczyń tarczy, mleczno-białe, błyszczące, matowo-białe, albo białło-żółte (Goldzieher [6], Hoor [7]), pozbawione obwódki barwicznych; Hoor [7] w swoim przypadku widział niektóre plamki przechodzące przy brzegu w barwę szarą, lubo słabo wyrażoną.

Liczba plamek z biegiem czasu powiększa się; często zlewają się one ze sobą, tworząc większe plamy rozmaitej postaci i rozmiaru, z brzegami nierównymi, jakby zazębionymi. Mogą zlać się w dwie wielkie plamy, leżące jedna nad, druga pod dołkiem środkowym, jak to miało miejsce w przypadku Ammann'a [8], w którym każda z tych plam przewyższała

niec wielkością tarcz, albo utworzyć większą plamę w jednym miejscu, kiedy tymczasem w innych zlewanie się nie następuje, lub w małym stopniu.

Plamki białe nie są ani wgłębione, ani wystające, znajdują się na jednym poziomie z innymi częściami siatkówki; w 2 przypadkach zaznaczono wystawanie plam białych, mających większy rozmiar, mianowicie w przypadkach Fischer'a [9] i Siergiejewskiego [10], znanego czytelnikom »Postępu Okulistycznego« ze sprawozdania szan. Dra Talki¹⁾; w przypadku Fischer'a najszersza część pierścienia, dotykająca tarczy, wydawała się nieco podniesioną, w przypadku Siergiejewskiego dwa matowo-białe pasy, rozpoczynające się przy górnym i zewnętrznym brzegu tarczy i otaczające dołek środkowy plamy żółtej, występowały w niektórych miejscach nad poziom siatkówki; podczas rozpraw²⁾ wyrażono przypuszczenie, że, niezależnie od obrazu *retinitidis circumatae*, objawiającego się właściwymi plamkami, pasy te są rdzennymi włóknami siatkówki.

Naczynia siatkówki czasem obchodzą pierścień plamek, czasem krzyżują się z nim, zawsze jednak znajdują się przed plamkami, wskazując na umiejscowienie ich w głębokich warstwach siatkówki.

Dołek środkowy plamy żółtej z okolicą czasem nie przedstawia żadnych zmian, albo przynajmniej zmian dostrzegalnych dla wziernika. Jednak najczęściej wykazuje zmętnienie o niejasnych brzegach, szarawe, brunatno-czerwone, ciemno-szare, białawe albo żółto-szare. Zmętnienie to jest oddzielone dokoła od pierścienia białych plamek pasem prawidłowej siatkówki. Nuel [11] uważa je za obrzęk warstwy Henle'go, który łatwo przechodzi w odczepienie siatkówki w tem miejscu, jak to spostrzegano w 2 przypadkach Fuchs'a [5] i jednym Nuel'a [15]. W tym ostatnim siatkówka odczepiona na przestrzeni przeszło 2 tarcz, wystawała na 3 D, przedstawiała białło-szarawe zmę-

¹⁾ Zeszyt wrześniowy r. 1901, str. 357.

²⁾ W Towarzystwie okulist. w Moskwie.

nienie, a w środku, w miejscu dołka środkowego, ciemną plamę; odczepienie później rozszerzyło się i objęło dwie najbliższe plamki białe. Objaw ten Fuchs uważał za przypadkowe powikłanie, Nuel zaś przypuszczał, że odczepienie istniało w mniejszym stopniu w większości przypadków spostrzeganych; znika ono najczęściej, zostawiając wielką plamę, pokrytą barwikiem, wymienianą zwykle w opisach spostrzeżeń, i skotomat środkowy zupełny, który nie ustępuje nigdy. Jeden obrzęk bez odczepienia, zdaniem Nuel'a, nie mógłby wywołać podobnych zmian barwicznych i skotomatu środkowego zupełnego. Według Goldzieher'a [6] zmętnienie środka plamy żółtej pochodzi najprawdopodobniej wskutek zaburzenia odżywiania przy coraz dalej posuwającym się zamknięciu sąsiednich naczyń.

Naczynia siatkówki w niektórych przypadkach były prawidłowe, albo takimi przedstawiały się przy badaniu wziernikowym, najczęściej jednak wykazywały zmiany stwardnienia, wygięcia wężowate tętnic, zgrubienie ich ścian, dochodzące do przemienienia tętnicy w wąski pasek biały, czasem zamknięcie zupełne światła; żyły również wygięte, zgrubiałe, przedstawiające miejscowe rozszerzenia (*varices*). Goldzieher [6] robi uwagę, że, gdzie, w jego przypadkach, wziernik zmian w naczyniach nie określił, tam wkrótce zjawiały się, równoległe z ich ścianami, krwawienia, nieomylna oznaka ich stanu chorobowego.

Wynaczynienia, dostrzegalne dla wziernika, w ogromnej większości przypadków występowały po zjawieniu się białych plamek. O ile wiem, jedynie u Wecker'a i Masselon'a [3] i Kriukow'a [12] było odwrotnie. Wecker i Masselon widzieli tworzenie się plamek w miejscach, w których poprzednio istniały krwawienia. Fuchs [5] spostrzegał wynaczynienia ledwo w połowie swoich przypadków, najczęściej w zastarzałych.

Wynaczynienia znajdują się w tym samym obrębie siatkówki, co i plamki białe, leżą przy naczyniach i są rozmaitej wielkości i postaci; początkowo mogą być tak blade, że z trudnością są widziane. W jednym przypadku Goldzieher'a [6] krew wylana była tak obfita, że przenikała całe ciało szkliste,

obniżając wzrok do poczucia światła; po kilku miesiącach krew wessała się i widzenie znacznie się polepszyło. Czasem nie oko, dotknięte zwyrodnieniem pierścieniowatym siatkówki, lecz drugie przedstawia wynaczynienia, jak w przypadku Spicer'a [13]. Wylewy krwawe, według Goldzieher'a [6], przechodzą w białe plamy zanikowe, albo plamy pokryte barwikiem.

Obwód siatkówki po większej części zmian żadnych nie wykazuje, w rzadkich przypadkach przedstawia liczne małe plamki jasno-białe albo barwikowe. Tarcz nerwu wzrokowego zwykle prawidłowa, czasem lekko przekrwiona, w jednym przypadku Wecker'a i Masselon'a [3] z wynaczynieniami, odbarwiona i z niewyraźnymi brzegami, szczególnie od strony nosowej; w przypadku Siergiejewskiego [10] przedstawiała nieco brudnawy odcień.

Zmętnienie w ciele szklistem, pyłkowate albo nitkowate, Fuchs [5] spostrzegał w przypadkach zastarzałych; Nuel [11] widział pyłkowate w jednym przypadku.

Inne części oka są prawidłowe, co, rozumie się, nie wyklucza możliwości wystąpienia innych cierpień przy zwyrodnieniu pierścieniowatym siatkówki. W przypadku Ammann'a [8] była jednocześnie jaskra. Wecker [4] spostrzegał często u osób w wieku podeszłym rozrosty szkliste w siatkówce, które, według niego, są wytworami regeneracyi, lecz nie zapalenia, wskutek czego powstaje przeciw nazywaniu ich przez Fuchs'a *chorioiditis centralis guttata senilis* i odrzuca wszelką zależność od nich plamek białych. W jednym przypadku Goldzieher'a [6] tarcz była w stanie zaniku.

Bóle przy cierpieniu omawianem nie występują.

Zaburzenie wzroku zjawia się od początku albo później i zależy od obniżenia siły widzenia w postaci skotomatu środkowego, który ze względnego staje się stopniowo zupełnym. Zdarzają się jednak wyjątki. W przypadku Hoor'a [7] siła wzroku w ciągu 11 miesięcy, przez które trwało spostrzeżenie, nie ucierpiała i skotomat środkowy nie wystąpił, nie zmniejszyło się też poczucie światła i barw; tłumaczy się brak ten zaburzeń

wzroku stanem środkowej części plamy żółtej, która żadnych zmian nie przedstawiała.

Stan ogólny zwykle bywa zadawalniający, z wyjątkiem miażdżycy tętnic, która bardzo często jest zaznaczaną, nawet w młodym wieku, jak u chorego Axenfeld'a [14], który miał lat 20. Jedna chora Goldzieher'a [6], lat 32, przedstawiała w wysokim stopniu otyłość ogólną z niedokrwistością. Jeden z chorych Nuel'a [11], lat 62, cierpiał na zapalenie oskrzeli przewlekłe, rozedmę płuc i napady duszności. Chora Siergiejewskiego [10] dotknięta była skazą moczową (nieznaczne powiększenie serca, zgrubienie stawów palców, powiększenie ilości soli moczowych w moczu). Mocz bywa prawie zawsze prawidłowy; wyjątkowo znajdowano w niektórych przypadkach (Fuchs [5], Goldzieher [6], Ammann [8]) ślady białka, jeszcze rzadziej cukier (Goldzieher [6]), czasem powiększenie ilości kwasu szczawiowego i indykanu; soli moczowych w przypadku wspomnianym Siergiejewskiego.

Zwyrodnienie pierścieniowate siatkówki występuje w jednym oku tylko, albo w obu; w ostatnim przypadku powstaje zwykle niejednocześnie i dotyka oczy w różnym stopniu. Cierpią po większej części ludzie w wieku starszym, mający więcej nad lat 50; przeciętny wiek chorych Fuchs'a [5] wynosił lat 60, 2 chorych Goldzieher'a [6] miało po 77 lat, jeden 73, chory Friedenberga [15] 70. Rzadziej cierpienie spotyka się w wieku średnim (jeden z chorych Goldzieher'a [6] lat 43, Fuchs'a 38, Bruner'a 37) i młodym (chory Axenfeld'a [14] miał lat 20, Hoor'a [7] 16, Peters'a 12). Wecker [4] widział cierpienie nie tylko u osób młodych i dzieci, ale nawet wkrótce po urodzeniu; przypuszcza, że może ono powstać w okresie życia wewnątrzmacicznym.

Kobiety chorują częściej od mężczyzn; w przypadkach Fuchs'a [5] było 10 kobiet na 2 mężczyzn, u Goldzieher'a [6] 6 kobiet na 3 mężczyzn. W następnych spostrzeżeniach przewaga kobiet znacznie zmniejszyła się, tak, że obecnie możemy powiedzieć, że kobiety tylko nieco więcej cierpią niż mężczyźni.

Zwyrodnienie pierścieniowate siatkówki jest wogóle bar-

dzo rzadkie; Fuchs [5] widział 12 przypadków na 70 tysięcy chorych, Wecker [4] 15 na 140 tysięcy.

Przebieg jest przewlekły. Czasem przez całe lata cierpienie pozostaje bez zmiany (u Bruner'a [16] przez lat 5). Według Fuchs'a [5] plamki białe czasem znikają albo zupełnie, albo pozostawiając na swoim miejscu kryształę cholestearyny lub nieprawidłowości w umiejscowieniu barwika, albo też wytwarzając w odpowiednich miejscach zgrubienie siatkówki. U Goldzieher'a [6] w jednym przypadku znaczna część plamek znikła, inne przeszły w zanik; znikły również plamki w przypadku Kriukowa [12]. Wecker [4], spostrzegając niektóre przypadki latami całemi, czuje się w możności twierdzić, że plamki białe nigdy nie znikają i że cierpienie nie tylko nie polepsza się, ale stale, lubo powoli, pogarsza się.

Zmętnienie szarawe w środku plamy żółtej albo pozostaje bez zmiany, albo przechodzi w zanik.

Widzenie pozostaje zawsze znacznie upośledzone i najczęściej kończy się utratą wzroku naosnego. Fuchs [5] w jednym przypadku widział polepszenie wzroku od liczenia palców na 2 metry ($V = 0,04$) do $\frac{5}{36}$ ($V = 0,14$). W przypadku Goldzieher'a [6], w którym znaczna część plamek znikła, ustalił się wzrok znośny. Nie wiemy jednak, czy i w tych rzadkich przypadkach polepszenie nie było tylko przejściowem.

Widzenie obwodowe pozostaje zwykle prawidłowem.

Charakter plamek białych i przyczyna choroby długi czas były nierozstrzygnięte. Fuchs [5], przyjmując cierpienie za oddzielną jednostkę chorobową, przypuszczał, że plamki białe tworzą się z wysięku białkowego w głębokich warstwach siatkówki, który później zmieniony zostaje przez stłuszczenie; odrzucał związek z miażdżycą tętnic i z wynaczynieniami, gdyż nie przechodziły one w plamki, znamienne dla zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki. Goldzieher [6] widział przyczynę choroby w miażdżycy tętnic, która we wszystkich jego przypadkach była silnie wyrażona, szczególnie w systemie aorty; jedna chora umarła na udar mózgowy, druga cierpiała na bezwład połowiczny, pochodzenia zatorowego. Białe plamki, według

niego, są wyrażeniem rozpadu części siatkówki wskutek zamknięcia drobnych tętnic i naczyń włosowatych, niedostrzegalnych dla wziernika; jest to rodzaj rozmiękczenia białego kory mózgowej przy miażdżycy tętnic. Plamki te poprzedzają zawsze wynaczynienia, które przechodzą w plamy białe zanikowe, albo skupienie barwika. Wnosi Goldzieher, że cierpienie nie jest zapaleniem, lecz zwyrodnieniem.

Wecker [4] uważa zwyrodnienie pierścieniowate siatkówki nie za oddzielną jednostkę chorobową, lecz za jedną z odmian, zresztą rzadką, cierpienia naczyniowego siatkówki; spostrzegał on u jednego dyabetyka w oku prawem zapalenie, znamienne dla jego choroby, przy zmianach, właściwych dla *retinitis circinata* w oku lewem. Plamki białe uważa za zwyrodnienie tłuszczowe, zależne od zmian w naczyniach; pierścień ich znajduje się pierwotnie w obrębie naczyń perimakularnych, później tworzą się one także przy większych naczyniach. Wziernik nie zawsze wykazuje zmiany ścian naczyń tylko dlatego, że nie zawsze są one dla niego dostrzegalne. Na podstawie swoich spostrzeżeń Wecker twierdzi, że białe plamki zjawiają się w miejscu krwawień, które zawsze poprzedzają omawiane cierpienie. Przejście to trudno zauważyć z tego względu, że w przeciwieństwie do tego, co zwykle bywa, wynaczynienia, znikając, nie pozostawiają śladu w postaci barwika, ale wywołują odbarwienie i dopiero później powstają w ich miejscu plamki białe, które stopniowo łączą się w grupy, tworzące pierścień dokoła środka plamki żółtej. Jest to przeto zwyrodnienie, wywołane przez wynaczynienia.

Nuel [11] uważał plamki białe, przez podobieństwo do plamek w zapaleniu białkomoczym siatkówki, za skutek wysięku białkowego w warstwie ziarnistej zewnętrznej; później dopiero miejsca te napełniają się komórkami tłuszczowymi, a nawet rozpadem tłuszczowym. Znajdując się w obrębie warstwy Henle'go, plamki te, odpowiednio do jej budowy promienistej, układają się w grupy liniowe, promieniejące w około dołka środkowego. Nuel nie przypuszczał zależności ich od

wynaczynień; cierpienie uważał za zwyrodnienie, zależne od miażdżycy tętnic.

Sprawa *retinitidis circinatae* została podniesioną na 25tym zjeździe towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu (roku 1896) [18]. Siegrist, omawiając przypadek Weltert'a [19], przedstawiony przez tego autora jako *retinitis circinata*, powstał przeciw rzeczonemu rozpoznaniu i twierdził, że plamki białe są skutkiem wysięku białkowego; Leber wyraził zdanie, że są złożone z tłuszczu.

Ammann [8], korzystając ze śmierci chorego, dokonał badania histologicznego oczu, które potwierdziło zdanie Wecker'a, wskazując, że plamki białe składają się jedynie z komórek tłuszczowych i powstają w miejscach, w których były poprzednio wynaczynienia. Na poprzecznych przecięciach siatkówki Ammann widział w warstwie międzyziarnistej bryłki hyalinowe, które czasem wykazywały jeszcze zarysy krążków czerwonych krwi, czasem zaś były jakby nadgryzione przez liczne wielkie komórki pęcherzykowate jednojądrowe, napełnione ziarnkami tłuszczu. Komórki te pochodzą prawdopodobnie z przybłonka przestrzeni limfatycznych okołonaczyniowych, grają rolę fagocytów (*Fresszellen*) wobec bryłek hyalinowych, stanowiących rozpad krążków czerwonych krwi, i wytwarzają białe plamki, widziane wziernikiem, ale w długi czas po zjawieniu się wynaczynień, a łącznikiem między nimi jest przetworzenie się krwi w bryłki hyalinowe, które albo wcale nie są dostrzegalne dla wziernika, albo przedstawiają się w postaci brudno-czerwonego zabarwienia odpowiednich miejsc siatkówki. Wskutek tego trudnem było badanie kliniczne przejścia wynaczynień w białe plamki, tem bardziej, że często wynaczynienia te, będąc zbyt drobne, nie są widoczne dla wziernika.

Ammann znalazł także zgrubienie siatkówki w miejscu, w którym znajdowały się plamki i rozszerzenie niektórych naczyń błony naczyniowej ze zmianami twarówekowymi ich ścian.

(Dok. nast.)

Mięczak zaraźliwy (*molluscum contagiosum*) spojówki gałkowej.

Podał

DR TEODOR BAŁLABAN.

Do rzędu nowotworów, o których dotychczas było wiadomem, że umiejscowiają się tylko na skórze, należy mięczak zaraźliwy. Występuje on tam w postaci bardzo małych wyniosłych guzków, które się z czasem zwiększają i osiągają często wielkość grochu, a tylko wyjątkowo stają się większymi. Guzek taki posiada u samego szczytu małe wgłębienie, w którego środku daje się niekiedy już wolnem okiem spostrzegać drobny otwór, z którego można wycisnąć białawą, ziarnistą zawartość, podobną do miazgi rozpadowej. U podstawy zaś, gdzie guzek bywa często odsznurowanym, jest skóra zaczerwienioną. Na powłokach skórnych znajdują się znamienne miejsca, na których mięczak zaraźliwy usadawia się ze szczególniejszem upodobaniem. I tak daje się on nader często spostrzegać na skórze twarzy, szyi, na rękach i przedramionach, a także i na zewnętrznych częściach płciowych i ich okolicy. Nie mniej jednak często spotykamy go także na skórze powiek i na ich brzegach, gdzie guzki mięczakowe umiejscawiają się pojedynczo, lubo częściej we większej ilości.

W okulistyce nie przypisywano początkowo temu nowotworowi żadnego znaczenia i to aż do czasu, gdy się przekonano, że umiejscowione w brzegu powiekowym guzki mięczakowe bywają powodem bardzo uporeczywych i długotrwałych nieżyków spojówkowych.

Zdaje się, że Steffan¹⁾ był pierwszym, który na to zwrócił swą uwagę, że niekiedy zdarzają się pewnego rodzaju nieżyty spojówek, których przyczyną bywa guzek, umiejscowiony na brzegu powiekowym. Tłómaczenie jednak jego co do

¹⁾ Steffan: Zur Aetiologie des Bindehaut-Katarrhes. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. T. XXXIII, str. 457.

przyrody tego guzka było mylnem, gdyż sądził, że guzek ten jest gruczolakiem (*adenoma*), powstałym ze zbitych w kłębek gruczołów łojowych. Zdaniem Steffan'a podrażnia płyn, wydzielający się z takiego guzka, spojówkę, a drażnienie to wzmacnia się jeszcze przez tarcie oka rękoma. Po usunięciu guzka ustają natychmiast uciążliwe objawy nieżytowe.

W swoim podręczniku »*Traité complet*« zwrócił Wecker już przed Steffan'em na to uwagę, że istnieją pewnego rodzaju cierpienia spojówek, które pozostają w ścisłym związku ze zmianami umiejscowionymi w brzegu powiekowym. Wkrótce też po ogłoszeniu Steffan'a objaśnił Wecker¹⁾, że opisany przez Steffan'a »kłębek gruczołów łojowych« jest niczem innym, jak mięczakiem zaraźliwym, na co się też i Steffan²⁾ następnie zgodził.

W roku 1896 pojawiła się praca Mütze'go³⁾, w której autor na podstawie 3 przez siebie spostrzeganych przypadków opisał związek przyczynowy, jaki zachodzi pomiędzy nieżytem spojówek a mięczakiem zaraźliwym. We wszystkich tych przypadkach zniknęły uciążliwe objawy nieżytowe po usunięciu guzka.

Następnie wykazał Elschmig⁴⁾ w 6ciu przypadkach ścisły związek przyczynowy pomiędzy mięczakiem zaraźliwym a nieżytem mieszkowym spojówki (*conj. follicularis*). Jako niezbity dowód tego związku przyczynowego mogą posłużyć szczególnie te przypadki Elschmig'a, w których nieżyt spojówek objawiał się jednostronnie, pomimo braku jakiegokolwiek innej przyczyny, jak n. p. choroby nosa, worka łzowego i t. p. A nawet w tych przypadkach, w których nieżyt był obustronnym, było jego nasilenie daleko znaczniejszem po tej stronie, po której przyczyną nieżyty był mięczak zaraźliwy.

¹⁾ Wecker: *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*. T. XXXIV, str. 64.

²⁾ Steffan: tamże, str. 66.

³⁾ Mütze: *Beitrag zur Kenntniss des Molluscum contagiosum der Lider*. — *Arch. f. Augenheilkunde*. T. XXXIII, str. 302.

⁴⁾ Elschmig: *Molluscum contagiosum und Conjunctivitis follicularis*. — *Wiener klinische Wochenschrift*. 1897. Nr 43.

Co się tyczy sposobu, w jaki mięczak powoduje nieżyty spojówki, to sądzi Elschmig, że powstaje on albo odruchowo, albo wprost przez dostanie się do worka spojówkowego cząstek komórek skórnych (ciałka mięczaka, *corpusecula*), gdzie one, wywołując podrażnienie, ułatwiają tem samem powstanie nieżyty mieszkowego spojówek.

W ostatnich czasach pojawiła się praca Schaeffer'a ¹⁾, w której autor opisał sześć przypadków nieżyty spojówki, spowodowanego mięczakiem zaraźliwym. Jego spostrzeżenia zasługują tem więcej na uwzględnienie, że w dwóch jego przypadkach spowodował mięczak zaraźliwy zapalne objawy na rogówce. A mianowicie była rogówka w jednym przypadku na znacznej przestrzeni zmętniała, w drugim zaś znajdowały się liczne przybrzeżne nacieki w postaci pęcherzyków. Mimo energicznie przeprowadzonego miejscowego leczenia, znikły objawy zapalne na rogówce dopiero po operacyjnem usunięciu guzków mięczaka, umiejscowionych na brzegu powiekowym. Zdaje się, że dotychczas nie było znanem, aby mięczak zaraźliwy mógł być przyczyną zapalenia rogówki, to też i autor w swych przypadkach nie umie bliżej określić jego powstania.

Jak więc z dotychczasowej literatury widzimy, były powieki jedynem miejscem narządu wzrokowego, na którym znajdowano mięczak i nigdy też nie opisywano innego jego umiejscowienia.

To też każdy pojmie niemałe moje zdziwienie, gdy przy anatomicznem badaniu wielkiego nowotworu, umiejscowionego na powierzchni spojówki gałkowej, musiałem go rozpoznać jako mięczak zaraźliwy. Przypadek ten jest unikatem, gdyż, o ile mi wiadomo, nie spostrzegano dotychczas nigdy mięczaka zaraźliwego na żadnej błonie śluzowej.

Z tego to też powodu zdaje mi się być usprawiedliwiony opis tego przypadku.

20letnia dziewczyna zgłosiła się do mej bezpłatnej ordy-

¹⁾ Schaeffer: Über Molluscum contagiosum und seine Bedeutung für die Augenheilkunde. — Inaugur. Dissertation. Bonn. 1901.

nacyi ze skargą, że zauważyła ona na prawem oku nowotwór, który szybko wzrastał i przeszkadzał coraz więcej przy ruchach gałki ku nosowi. Prócz tego doznawała przy zamykaniu oka uczucia lekkiego ucisku na powieki. Co do czasu i sposobu powstania tego nowotworu, nie mogła mało uświadomiona chora zdać sobie sprawy.

Przy zewnętrznych oględzinach stwierdziłem guz wielkości orzecha laskowego, umiejscowiony na spojówce zewnętrznej połowy gałki ocznej. Spojówka gałkowa, w miejscu, w którym guz najsilniej wystawał, była zcieńczałą, a przez nią przebiegała grubo-ziarnista, żółtawa tkanka nowotworu. Poza tem zdawała się spojówka być całkowicie zrosłą z nowotworem, który u podstawy był z łatwością przesuwalnym. Przy możliwie najsilniejszym rozwarciu szpary powiekowej było widocznem, iż nowotwór poczynął się już poza zewnętrznym kącikiem powiekowym i pokrywał całą zewnętrzną połowę gałki ocznej aż do brzegu rogówki. Ku górze i ku dołowi, gdzie nowotwór krył się pod powiekami, przechodził on aż ku równikowi gałki ocznej.

Barwa guza była żółto-czerwonawą; budowa jego była płatową, a w dotyku można było stwierdzić wyraźną sprężystość utkania guza. Wobec tych własności przypuszczałem raczej wszelkie inne rodzaje nowotworów, aniżeli mięczak zaraźliwy, i to tem bardziej, że ani w okolicy skóry powiekowej, ani też nigdzie na ciele chorej nie mogłem wykryć podobnych guzków.

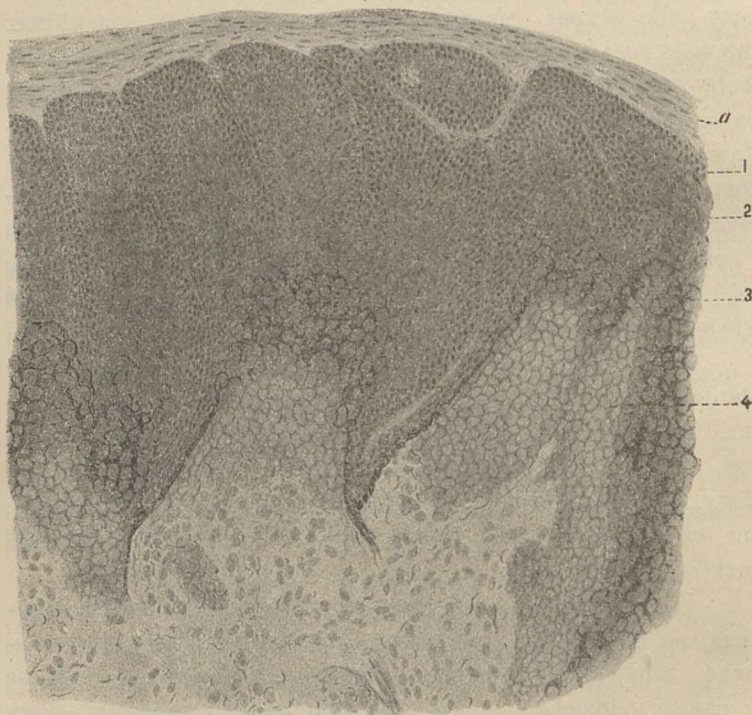
W celu usunięcia tego nowotworu zrobiłem przedewszystkiem, po dokładnem znieczuleniu kokainą, wydatną kantoplastykę. Silnie do nowotworu przyrosła spojówka nie dała się w całości oddzielić i musiałem ją miejscami poprzecinać. Przy tem pokazało się, iż nowotwór ten tak silnie był zrosły z zewnętrznym mięśniem prostym, że o całkowitem jego zachowaniu mowy być nie mogło. Po usunięciu guza, przeciągnąłem spojówkę i zaszyłem jej brzegi. Tak samo zeszyłem ranę, powstałą z kantoplastyki.

Wyleczenie nastąpiło *per primam* w ciągu tygodnia.

Wyjęty nowotwór był kolistym i nieco spłaszczonym,

miał 2 cm. długości i 1 cm. grubości. Do jego utrwalenia użyłem 10% roztworu formaliny i alkoholu, w coraz silniejszych zęszczeniach. Następnie zatopiłem go w celoidynie i robiłem skrawki mikrotomeni. Skrawki barwiłem znanymi sposobami, jak hematoksyliną i eozyną, van Gieson'em, błękitem metylowym i t. p.

Badanie drobnowidowe (patrz rysunek).



- a. Mięsień prosty zewnętrzny.
- 1. Najgłębsza warstwa (dobrze zachowane komórki przybłonków).
- 2. Gregaryny w komórkach przybłonkowych.
- 3. Komórki mięczaka zrogowaciałe.
- 4. Wypadłe gregaryny.

Nowotwór wykazuje typową budowę płatową mięczaka zaraźliwego. Gromady komórek przybłonkowych są poprzedzie-

lane łącznotkankowymi przegrodami, które rozprzestrzeniając się od podstawy zawierają tylko nieliczne naczynia. Licząc od podstawy nowotworu, rozróżnić można 4 warstwy. Najgłębsze warstwy komórek są prawidłowo uformowane, sześciennie. W wyższych warstwach pojawiają się w komórkach niewyraźnie ograniczone ciała mięczaka (*gregarina*). W drugiej warstwie zbliża się jądro ku ścianie komórki i staje się sierpowatym. W trzeciej warstwie uwydatniają się gromady komórek li tylko w postaci siatki, zabarwionej ciemno hematoksyliną. Siatka ta jest widoczną pomiędzy większymi ciałkami mięczaka. Wreszcie widzimy w czwartej warstwie, to jest powierzchniowej (ku przodowi), że każdy płatek składa się z wielkich świecących ciałek mięczaka, które, jak się zdaje, wystąpiły z komórek.

W odrysowanym skrawku widzimy, że płatki nowotworu przylegają do włókien mięśniowych, na stronie zaś przeciwnej (w kierunku ku powierzchni spojówki) są ciała mięczaka i pozostałości komórek, wtłoczone w zwoje czerwonych ciałek krwi.

Preparat był barwiony hematoksyliną i eozyną. Zrogowiała siatka komórek trzeciej warstwy, która przy barwieniu hematoksyliną była błękitną, jest przy barwieniu sposobem van Gieson'a czerwona, gregaryny zaś żółte. Na preparatach, barwionych błękitem metylenowym, są młodsze gregaryny drugiej warstwy bardzo silnie zabarwione.

Z przeprowadzonego badania drobnowidowego widzimy, że rozchodzi się tutaj o zupełnie dotychczas nieznany i w literaturze odosobniony przypadek mięczaka zaraźliwego spojówki gałkowej.

Byłoby rzeczą nadzwyczaj ciekawą móżdż choćby w przybliżeniu wskazać sposób, w jaki ten nowotwór powstał w tem niezwykłym miejscu.

Wiemy, że zapatrywania autorów co do sposobu powstania mięszaka zaraźliwego są po dziś dzień zawsze jeszcze sprzeczne. I tak czynią niektórzy autorowie jego powstanie zawisłem od gruczołów łojowych, a głównym zwolennikiem tego zapatry-

wania był Kaposi¹⁾. A mianowicie mają się przytem gruczoły łojowe wypełniać wybująłą i zmienioną wydzieliną, która następnie rozszerza gruczoły.

Bujanie to wytwarza w przewodach gruczołów i ich pęcherzykach maczugowate czopy. Zmiany mają swoją siedzibę w przewodzie końcowym mieszków warstwy Malpighiego. Neisser sprzeciwia się temu zapatrywaniu i uważa komórki, znajdujące się w mięczaku, jako prawdziwe komórki przybłonkowe, przyczem sądzi on, że powodem bujania są same gregaryny. Virchow znowu jest zdania, że początku powstania mięczaka należy szukać w mieszkach włosowych.

Pomimo różnorodnych tych zapatrywań zgadzają się jednak wszyscy autorowie na to, że mięczaki biorą swój początek we warstwie Malpighiego.

Znamienną cechą mięczaka zaraźliwego są jego ciała, t. zw. *molluscula*, które wypełniają komórki. Pierwotnie uważano je za wytwory, które powstają przez zmianę pierwoszczy komórek. Następnie przypisywano im własności pasożytnicze. W tym względzie nie brak nawet zapatrywań bardzo miarodajnych autorów, jak Neisser'a, Darier'a i i. Szczególnie Neisser jest zdania, że ciała mięczaka są komórkami przybłonkowymi, wypełnionymi pasożytami, a następnie zrogowaciałami.

Przeciwko temu powstał Unna i i., twierdząc, że ciała mięczaka składają się tylko ze zwyrodniałych komórek przybłonkowych, przeciwko zaś jego pasożytniczej przyrodzie przemawia ta okoliczność, że wszelkie jego przeszczepienia na ludziach i zwierzętach zawiodły.

Dopiero w roku 1871 powiodło się Retziusowi, a następnie i innym osiągnąć dodatnie wyniki przeszczepienia mięczaka.

Na podstawie tych badań ustaliło się prawie całkowicie zapatrywanie, że mięczak zaraźliwy jest nowotworem o przy-

¹⁾ Kaposi: Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887 str. 338.

rodzie pasożytniczej, a z dotychczasowych spostrzeżeń zdaje się więcej nie podlegać wątpliwości, że mięczak zaraźliwy powstaje przez wniknięcie gregaryn w skórę, gdzie się też one rozmnażają, — a zatem, że jest chorobą zaraźliwą.

Ponieważ w przypadku moim nie mogłem ani w okolicy oka, ani też nigdzie na skórze wykazać podobnych guzków mięczaka, to musimy przyjąć, że zarazek został przeniesiony na schorzone oko od jakiejś innej osoby, co nie zdaje się być nieprawdopodobnem, jeżeli przyjmujemy, że mięczak jest chorobą zaraźliwą.

To przypuszczenie zyskuje jeszcze tem więcej na prawdopodobieństwie przez to, że, jak wiemy, znalazł Fuchs¹⁾ w skrzydlikach i tłuszczce t. zw. psorospermie.

W końcu należałoby jeszcze wspomnieć o niezwyklej szczególe, że pomimo zupełnie tego samego anatomicznego utkania, jakie nowotwór ten wykazywał w porównaniu z guzkami mięczaka, umiejscowionymi na skórze, był on jednak od nich o wiele większy. Jak to już bowiem powyżej wspomniałem, są guzki skórne zwykle małe i dochodzą zaledwie wielkości grochu. Mój zaś nowotwór był 2 cm. długim i 1 cm. grubym.

O ile mi się jednak zdaje, to ta rzekoma różnica co do wielkości tych nowotworów nie jest zbyt trudną do wytłómaczenia.

A mianowicie, jeżeli przyjrzymy się dokładnie moim skrawkom, to możemy zauważyć, że czwarta warstwa, to jest najwyższa, mego nowotworu jest w stosunku do tejże warstwy mięczaka skóry niezwykle silnie rozwinięta. Zdaje się nawet, jak gdyby wypadłe z niej ciała mięczaka były niezwykle obfite i bardzo duże. To dałoby się może tem wytłómaczyć, że w spojówce, pokrywającej ten nowotwór, nie były widoczne dokładnie miejsca jej przedarcia, wskutek czego ciała mięczaka

¹⁾ Fuchs: Zur Anatomie der Pinguecula. — Archiv für Ophthalmologie XXXIII. 3., str. 171. — i Über das Pterygium. Ebenda XVIII. 2., str. 48.

nie mogły przez nie wydostać się na zewnątrz, a także jest bardzo możliwem, że wskutek przykrycia nowotworu powiekami (szczególnie podczas snu) wypadłe ciała mięczaka pęczniały.



II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. XLVI. Z. 2.

O łzawieniu, jako objawie początkowym choroby Basedowa (Ueber Epiphora als Initialsymptom von Basedow'scher Krankheit). E. Berger.

Wiadomo, że zdarza się niekiedy w początkach choroby Basedow'a bardzo silne łzawienie, które się szczególnie nocą bardzo znacznie wzmaga. Przyczyny tego szukano dotychczas w tem, że przy tej chorobie bywa, jak wiadomo, szpara powiekowa znacznie rozwartą, przez co gałka oczna podlega w znacznej części drażnieniu przez powietrze atmosferyczne, a także i w tej okoliczności, że wskutek wadliwego zamykania się powiek łzy nie mogą należycie odpływać. Takie wytłómaczenie tego objawu nie da się jednak uzasadnić w przypadkach, w których łzawienie było bardzo wczesnym objawem choroby Basedow'a, a zatem w przypadkach, w których łzawienie występowało już w czasie, gdy szpara powiekowa nie była jeszcze zbyt rozwartą, a powieki zamykały się jeszcze całkiem prawidłowo.

Podobne cztery przypadki spostrzegął autor i sądzi na podstawie dokładnej ich obserwacji, że występujące przy nich łzawienie należy uważać jako wydzielniczą nerwicę gruczołu łzowego, która występuje przy chorobie Basedow'a podobnie jak wzmożone wydzielanie się potu, moczu i t. p. Przytem współdziałają, jak wiadomo, dwa nerwy, a mianowicie nerw twarzowy i nerw współczulny. A także i łzawienie spowodowane nerwem trójdzielnym należy uważać jako odruchowo powstałe przez czuciowe drażnienie (*sensibler Reiz*) włókien naczynio-ruchomych gruczołu łzowego, które to włókna pochodzą od nerwu współczulnego.

Początkowy ten objaw choroby Basedow'a, jakkolwiek występuje tylko w nielicznych przypadkach, ma rozpoznawczo bardzo wielką doniosłość, gdyż występuje właśnie w tym czasie, kiedy jeszcze odpowiednie leczenie ogólne choroby może dać dobre rokowanie.

Dr T. Bałłaban.

O rdzennych włóknach nerwowych siatkówki (Ueber markhaltige Nervenfasern in der Retina). Mayerweg.

Jakkolwiek rdzenne włókna nerwowe na siatkówce bywają wzziernikiem dość często spostrzegane, to jednak istnieją po dziś dzień w tym kierunku tylko nieliczne badania anatomiczne, a tem samem jest także ich sposób powstawania jeszcze nie całkiem rozstrzygnięty. Z pośród dotychczasowych prac zasługują najbardziej na uwzględnienie poszukiwania Manz'a, który miał sposobność badać zmiany anatomiczne rdzennych włókien w 3 przypadkach, a które równocześnie *in vivo* badał wzziernikiem. Manz też udowodnił, że spostrzegane już przed nim przez innych autorów znamienne żylakowate nabrzmienia włókien rdzennych są nabrzmieniami nitek osiowych. Prócz tego widział w nich inny jeszcze rodzaj o wiele większych, okrągłych, szklistych utworów, które nierównomiernie rozdzielone znajdowały się pomiędzy włóknami nerwowymi i także były silnie nabrzękłe. Co się tyczy genezy tych włókien, to sądzi Manz, a z nim i inni autorowie, że należy je uważać za zmiany wrodzone, a opiera swe zapatrywanie na tem, że obraz wzziernikowy jest przy nich stale niezmiennym, podobnie jak i czynność wzrokowa oka, a prócz tego są i granice tych włókien zupełnie ostre. Schmidt-Rimpler jest zdania, że zmiany te są nabyte. Hippel znowu sądzi, że włókna te nie są wrodzone, a tylko u pewnych osobników istnieje pewnego rodzaju skłonność do ich powstania. Różne te zapatrywania autorów są jednak tylko przypuszczeniami, opartemi głównie na badaniach klinicznych. Autor, który badał 3 przypadki rdzennych włókien siatkówki anatomicznie, spostrzegał w nich wszystkich także i inne zmiany wrodzone, a mianowicie stożki nerwu wzrokowego, ułożone w kierunkach nieprawidłowych. Pod drobnowidem zaś dało się dokładnie rozeznąć, że w obrębie włókien nerwowych była siatkówka tylko szczątkowo rozwiniętą. Z tego wnioskuje autor, że zmiany te powstają szczególnie chętnie w oczach, w których istnieją już pewnego rodzaju wrodzone nieprawidłowości i dlatego też nie są to zmiany nabyte, lecz należy je, podobnie jak Hippel, uważać za zmiany powstałe na tle już istniejących zmian wrodzonych.

Jakkolwiek na razie nie da się jeszcze stanowczo rozstrzygnąć, jakim jest to tło, które powoduje powstanie tych włókien, to jednak sądzi autor na podstawie badania swych trzech przypadków, że należy go szukać w obficie powstałej tkance łącznej, którą na błonie *limitans interna* siatkówki znajdował we wszystkich swych przypadkach. Charakter tej tkanki łącznej, ścisły jej związek z rdzenną tkanką włóknisto-czerwoną, jej łączność z tkanką łączną naczyń —

to wszystko przemawia za tem, że tkanka ta łączna jest utworem wrodzonym.

Dr T. Bałłaban.

Badania doświadczalne nad działaniem zakażonych opasek na aseptyczne rany gałki ocznej i uwagi nad opaskami ocznemi w ogólności (Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung inficirter Verbände auf aseptisch gesetzte Wunden des Augapfels nebst Bemerkungen über Augenverbände überhaupt). Genth.

Autor postawił sobie za zadanie zbadać, o ile użycie zupełnie wyjałowionego opatrunku na oku jest koniecznym warunkiem dla aseptycznego przebiegu pooperacyjnego i w tym celu robił odpowiednie doświadczenia na królikach.

W szeregu tych doświadczeń postępował w ten sposób, że w połowie przypadków wyjaławiał narzędzia przez 5—10 minut w $\frac{1}{10}\%$ roztworze *hydrargyrum oxycyanatum* i przecierał je wyjaławioną szmatką. Ręce przed zabiegami operacyjnymi nie były wyjaławiane. W drugiej połowie przypadków używał autor jako cieczy antyseptycznej 5% roztworu karbolu. Po operacji kładł lniany płatek na oko, który poprzednio wyjaławiano przez 15 minut w roztworze *hydrarg. oxyc.* i wyciskano w rękach niewyjałowionych. Na to kładziono niewyjałowioną watę, którą poprzednio zakażano dokładnie mieszaniną zawierającą w sobie drobnoustroje.

Ranę robiono na granicy rogówkowo-twardówkowej, lub też w twardówce. W obu tych razach nie nastąpiło zakażenie w żadnym przypadku, w którym soczewki nie zraniono. Natomiast wystąpiło zakażenie na 18 przypadków dwa razy w przypadkach, w których przy cięciu rogówkowo-twardówkowem skaleczono soczewkę, przy cięciu zaś twardówkowem przy równoczesnem skaleczeniu soczewki 4 razy. Przy ranie umiejscowionej w rogówce, bez obrażenia soczewki, w 16 przypadkach nie było nigdy zakażenia.

Z przeprowadzonych w ten sposób 64 doświadczeń wynika, że pomimo bardzo znacznego zakażenia materiału opatrunkowego, zakażenie oka wystąpiło tylko w 6 przypadkach. Należy też zważyć i tę okoliczność, że ręce operatora nie były nigdy wyjaławiane.

Jakkolwiek więc widzimy, że bardzo znacznie zakażony opatrunek był tylko stosunkowo w nielicznych przypadkach przyczyną zakażenia oka, to jednak nie wynika z tego zupełnie, aby przy operacyjnych zabiegach nie zważać na tę okoliczność. Zdaje się jednak, że zazwyczaj bywa pod tym względem przezorność przesadzona, podczas, gdy przyczyny zakażenia oka należy raczej szukać

w innych czynnikach i to głównie w zakażeniu samych narzędzi operacyjnych.

W końcu swej pracy opisuje autor rodzaje opasek, jakimi się posługują w klinice w Wyrzburgu u operowanych chorych. — Opaskę uciskową zarzucono tam całkowicie z powodu niedokładnego jej przylegania. Natomiast używa się najczęściej opaski plastrowej (*Kautschuk-Heftplaster*), siatki drucianej Fuchs'a, lub też podziurkowanej kapsli z aluminium.

Dr T. Ballaban.

Przyczynki do różniczkowego rozpoznania pomiędzy glejakiem siatkówki prawdziwym a rzekomym (Beitrag zur Lehre der Differentialdiagnose zwischen Glioma und Pseudoglioma Retinae). Fejér.

Różniczkowe rozpoznanie obu tych chorób jest pod względem zabiegów, a także i co do rokowania bardzo ważnem. Niestety rozpoznanie to nie zawsze jest łatwem, a dosadnym tego przykładem są te przypadki znane w literaturze, w których przy istnjącem t. zw. *Pseudoglioma* wyluszczano niepotrzebnie gałki oczne. Pominąwszy te przypadki, w których oderwaną siatkówkę, mięsaki lub gruzlicę naczyniówki brano za glejak, nazywamy *Pseudoglioma* wszystkie te stany chorobowe, w których istniejące przewlekłe sprawy zapalne naczyniówki lub też ciała rzęskowego powodują klinicznie te same objawy, co glejak, a zatem żółtawy odbłask z głębi oka i ociemnienie.

Na dowód, jak trudnem bywa niekiedy rozpoznanie glejaka, opisuje autor przypadek, który tyczył się 4letniego dziewczęcia. — Badanie oczu u tego dziecka wykazało zupełną ślepotę oka lewego, z którego w odległości 2 m. dawał się spostrzegać żółtawy odbłask. Wziernikiem można było wykazać, że siatkówka była w kilku miejscach oderwaną, w górnych zaś częściach dna oka znajdowały się zanikłe złogi, otoczone barwikiem, dochodzące do przekroju tarczy wzrokowej. Poza tem nie było żadnych objawów zapalnych, a napięcie gałki było prawidłowe. Wziernikowe badanie dna oka prawego, które liczyło jeszcze palce w odległości 4 m., wykazało bardzo liczne złogi zanikowe siatkówki i naczyniówki. Środki łamiące obu ocz były zupełnie przejrzyste. I właśnie te zmiany oka prawego były powodem, że autor wahał się co do rozpoznania glejaka na oku lewem, gdyż było możliwem, że objawy glejaka na oku lewem były również spowodowane podobnemi zmianami zapalnymi, jakie się uwydatniały przy badaniu dna oka prawego. Wkrótce zmienił się stan oka lewego, a przede wszystkim wzmoгло się znacznie napięcie tego oka, źrenica się rozszerzyła, a podmiotowe objawy zapalne wysunęły się na plan pierwszy. Z tego też powodu skłaniał

się autor do wyłuszczenia gałki ocznej. Ponieważ rodzice dziecka sprzeciwiali się temu zabiegowi, dlatego też udali się oni jeszcze o poradę do Fuchs'a, który skłaniał się również do rozpoznania glejaka, znajdujące się zaś na dnie oka ogniska zanikowe uważał jako pierwszy okres tworzenia się nowotworu. Pomimo tego jednak oka nie wyjęto, a już po upływie kilku tygodni napięcie gałki ocznej stało się prawidłowem, a objawy zapalne znikły. Autor miał sposobność przypadek ten dokładnie spostrzegać przez półtora roku, a zatem przez tak długi okres czasu, jaki jest potrzebny, aby objawy glejaka dosięgły kulminacyjnego szczytu. Pomimo tego przez cały ten czas nie tylko, że gałka oczna pozostała niezmienną, ale i fizyczny rozwój dziecka nie pozostawiał nic do życzenia. Z tego też powodu przyszedł autor do wniosku, że w przypadku tym nie rozchodziło się o glejak, lecz o jakieś sprawy zapalne siatkówki i naczyniówki, które w oku lewem były powikłane wysiękiem podsiatkówkowym, który następnie spowodował oderwanie się siatkówki.

Dr T. Ballaban.

Rzadki przypadek przetrwałej błony żrenicznej (Ein seltener Fall von persistierender Pupillarmembran). K. R u m s z e w i c z.

Zdania autorów co do powstania przetrwałej błony żrenicznej nie są po dziś dzień jeszcze utrwalone. Największa ich ilość przyjmuje, że pod pewnymi wpływami pozostają jej szczątki zachowane w życiu pozapłodowem, które się następnie objawiają w postaci włókien nitkowatych przeciągających przednią komorę i umiejscowionych na przedniej powierzchni tęczówki. Szczególnie w przypadkach, w których włókna te są przyczepione do rogówki, przyjmują oni, że dzieje się to wskutek zmian zapalnych rogówki w życiu wśródpłodowem, bez względu na to, czy w przypadku danym przyszło do przebicia rogówki lub też nie.

Podobny przypadek, któryby zachęcał do przyjęcia takiego zapalnego powstania przetrwałej błony żrenicznej, spostrzegał autor u 25letniego chorego. A mianowicie znajdowały się na środku rogówki dwa małe zmętnienia. Do tych zmętnień zdawały się przylegać dwa cieniutkie niteczkowate włókienka o szaro-niebieskawej barwie tęczówki, które, wychodząc z jej przedniej powierzchni, przeciągały w poprzek przednią komorę. W środku torebki soczewki było widoczne także nieco większe zmętnienie. Przy dokładnem badaniu zmętnień rogówki było jednak możliwem wykazać, że zmętnienia te ograniczały się jedynie do górnej warstwy rogówki, a co najwyżej sięgały tylko do jej warstw środkowych. Z tego to też powodu skłania się autor przyjąć, że przetrwała błona żreniczna jest wyrazem błędnego jej rozwoju w życiu wśródmacicznem,

a nie przyczepiną przednią powstałą wskutek zmian zapalnych. — Temu swemu zapatrywaniu dał on też dawniej już wyraz w pracy »Zur Anatomie der s. g. persistierenden Pupillarmembran«.

Powstanie tej zmiany ze stanowiska embryologicznego tłómaczy też autor w następujący sposób:

Po wytworzeniu się u płodu wtórorzędnego pęcherzyka ocznego (*sekundäre Augenblase*), wciskają się pomiędzy zewnętrzną blaszkę zarodkową, a pomiędzy powstały z niej zarodek soczewki, komórki środkowej blaszki zarodkowej i tworzą wspólny zarodek, z którego się następnie wyróżnia rogówka wraz z błoną Descemet'a i tęczówka wraz z błoną żreniczną. Zarodek ten jest początkowo wspólny, a dopiero z czasem powstają z niego pojedyncze warstwy. Jeżeli cała błona żreniczna lub tylko część jej nie rozwija się prawidłowo, lecz na wzór tęczówki, to może ona pozostać w żrenicy, przyczem nie przyczepia się do rogówki ani też do przedniej torebki soczewki, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia. Często jednak zdarza się, że włókna błony żrenicznej przyczepiają się do torebki, a także i, mniej często, do rogówki. Na podstawie anatomicznych badań w przypadku van Duyse'go stara się autor w końcu swej zajmującej pracy wykazać sposób, w jaki te przyczepiny powstawać mogą.

Dr T. Ballaban.

W sprawie pojedynczej operacji zaćmy (Zur Frage der einfachen Extraction des Staares). M. Kozłowski.

Wiadomem jest, że zapatrywania co do sposobu operacji zaćmy z irydektomią, czy też bez niej są po dziś dzień jeszcze podzielone.

Jako zaletę pojedynczej operacji zaćmy należy podnieść, że przy tym sposobie operacyjnym żrenica pozostaje niezmienioną i może prawidłowo oddziaływać na światło, a tem samem i wyniki pooperacyjne co do bystrości wzroku są lepsze. Następnie z powodu możliwości dokładniejszego oszczędzania tęczówki, przychodzi tylko rzadko do jej zapalenia i do zapalenia ciała rzęskowego, a także i zadrażnienia gałki ocznej jest przy tym sposobie operacyjnym o wiele rzadszem. Autor, który jest zwolennikiem tego sposobu operacyjnego, operował w ten sposób w r. 1901 256 przypadków i przekonał się, że przebieg pooperacyjny nie pozostawał zupełnie poza przebiegiem pooperacyjnym przypadków operowanych z irydektomią. W pracy swej opisuje autor następnie bardzo szczegółowo sposób postępowania przy pojedynczej operacji zaćmy, a niektóre szczegóły zasługują zupełnie na uwzględnienie.

Dr T. Ballaban.

Przyczynki do nauki o zezie (Beitraege zur Lehre vom Schielen). I. van der Hoeve.

Pierwszym był Dieffenbach, który w r. 1839 wykonał na żywym oku operację zezą, i to w ten sposób, że przecinał dotyczący mięsień wpół, sądząc, że przez wytworzenie się tkanki łącznej pomiędzy obu końcami mięśniowymi, mięsień odpowiednio się przedłuży. Badania Bonnet'a nad tzw. *tunica vaginalis* utwierdziły jednak Graefe'go w przekonaniu, że przy operacji zezą nie powinno się przecinać samego mięśnia, a jeno jego ścięgno. Przy tem postępował Graefe w ten sposób, że po zrobieniu otworu w spojówce tuż na granicy rogówki nakładał mięsień na haczyk, którego ścięgno następnie przecinał tuż przy gałce ocznej. Z pomiędzy odmian tej metody zasługuje na uwzględnienie sposób operacyjny Scherk'a, który pozostawiał na twardówce kawałek ścięgna długości 1—3 mm. W roku 1856 opisał Arlt swój sposób operacyjny, który na tem polega, że po zrobieniu tuż przy rogówce 6—7 mm. ranki w spojówce wchodził on do ranki szczypczkami i chwycił nią ścięgno mięśnia, które następnie przecinał. Pozostałe jeszcze resztki ścięgna nakładał następnie na haczyk i przecinał je również. Critchett posługiwał się t. zw. metodą podspojówkowej tenotomii, przyczem robił w spojówce rankę na brzegu ścięgna i równoległą do niego. Przez rankę tę chwycił tkankę podspojówkową i przecinał ją, poczem wprowadzał do głębi haczyk, na który nakładał ścięgno, przecinając je tuż przy twardówce. Metodę tę wykonywali i opisali z pewnemi odmianami Taylor, Wherry, Hasner i Makłakow. W r. 1895 podał Panas swoją metodę t. zw. wyprężenia mięśnia. Przytem wsuwa się pod mięsień haczyk, którym się tak długo mięsień napręża aż krawędź rogówki przyciągnie się do naprzeciwko niej leżącego kącika powiekowego. Tak naprężony mięsień zostaje następnie przeciętym.

Parinaud przekładał wstecz torebkę Tenon'a, przyczem robił na górnym i dolnym brzegu mięśnia dwa wcięcia, w które wsuwał nożyczki pod torebkę, a następnie w górze i dole robił 8—10 mm. długie przecięcia, skierowane ku wewnątrz i górze i ku wewnątrz i dołowi. Zabieg ten ma dawać w stosunku do poprawy zboczenia wynik 15—20°.

Aby zapobiedz częstemu zapadaniu się mięska spojówkowego (*caruncula*) przy operacji zezą, poradził Liebreich w ten sposób, że polecił przy operacji odłączyć troskliwie spojówkę od torebki, z którą jest złączona.

Z pomiędzy zabiegów operacyjnych, mających na celu oznaczenie skutku pooperacyjnego, należy podnieść sposób podany przez Graefe'go, który był pierwotnie często wykonywany. Polegał mia-

nowicie na częściowem przecięciu mięśnia. W nowszych czasach posługiwał się tą metodą Stevens, który przecina wiązki mięśniowe, przybrzeżne zaś pozostawia i w razie potrzeby operacyę tę ponawia.

Jeżeli za duży skutek pooperacyjny da się rozpoznać zaraz po wykonaniu operacyi, to można go ograniczyć w ten sposób, że przy zeszywaniu spojówki, zeszywa się o ile możności wielką ilość tkanki podspojówkowej, a względnie i ścięgno mięśnia. Za mały skutek pooperacyjny można powiększyć przez wcięcia w błonę Tenon'a i to albo prostopadłe do ścięgna, albo też skośne, następnie przez nitki, które oko przeciągają w przeciwnym kierunku do zezu, a wreszcie przez równoczesne wykonanie operacyi na drugim oku.

Dr. T. Ballaban.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1902. Z. 11.

Przypadek zaćmy wczesnej starczej z objawami wrodzonego porażenia opuszkowego (Ueber einen Fall von praesenilem Star mit Symptomen von angeborener Bulbaer-Paralyse). Kurt Steindorff (z kliniki prof. Hirschberg'a).

Chora 45letnia nie może dać dokładnych wywiadów z powodu niemocy psychicznej.

Powiek nigdy nie mogła dokładnie przyniknąć. Mowa od urodzenia była taką samą, jak obecnie. Bystrość wzroku rzekomo od roku upośledzona.

Chora mówi niewyraźnie przez nos i żywo przypomina objawy wrodzonego, prawdopodobnie niepostępowego i niezupełnego porażenia opuszkowego. *Ptoxis* lekkiego stopnia i niemożność dokładnego przymknięcia powiek i robienia zmarszczek na czole wskazuje na nerw twarzowy (*facialis*). Nadto niedowład nerwu odwodzącego obustronny. Brak porażenia niektórych innych nerwów przy tej chorobie przypomina t. zw. postać myasteniczną porażenia opuszkowego.

Obustronnie zaćma: na prawem oku palce w 6', na lewem oku w 1 $\frac{1}{2}$ '.

Najpierw zrobiono irydektomię przygotowawczą na lewem oku, a po dobrym wyniku tejże i na drugim oku. Po następnych dwóch tygodniach wyjęcie zaćmy oka prawego bez przypadku. Z powodu niemożności przymknięcia powiek, uczyniono to czasowo zapomocą szwów powierzchownych (*Epidermoidalnaehte*). Zaćma była biała, mała, na 7 : 3 $\frac{1}{2}$ mm. Prócz *keratitis striata* przebieg gojenia prawidłowy. Po dwóch miesiącach operacya zaćmy na lewem oku, również przy pomocy szwów powiek. *Keratitis striata* na tem

oku nie było. Bystrość wzroku wynosiła obustronnie z + 14.0 D = $\frac{5}{20}$. Badanie dna oka nie wykazało żadnych szczególnych objawów.

Jest to czwarty przypadek tego rodzaju zaćmy, spostrzegany w klinice prof. Hirschberg'a, a napotykaný u kobiet mniej więcej czterdziestoletnich.

Dr L. Gruder.

Ciekawy przypadek zatrucia atropiną (Eine eigenthümliche Atropin-Vergiftung). Dreisch z Ansbach.

U robotnika 55letniego spostrzegł autor typowe zapalenie tęczyówki lewego oka.

Wywiady wykazały, że chory cierpiał na reumatyzm i raz na rzeżączkę, nigdy zaś nie przebywał kiły.

Atropina 1% bez skutku na źrenicę. Autor był przeto zmuszony dać w substancyi 1 miligram atropiny do woreczka łzowego przy przyciskaniu rurki łzowej. Po 12 minutach rozszerzyła się źrenica od góry wewnątrz.

Po godzinie został autor zawezwany do pomieszkania chorego, u którego znalazł znamienne objawy zatrucia atropiną. Chory był nieprzytomny, niespokojny, źrenica zupełnie rozszerzona, tętno: 132, twarz czerwona. Autor wstrzyknął trzy centigramy morfiny i zalecił worek z lodem na głowę. Stan chorego mimo to się pogorszył; niepokój, rzucanie się z łóżka, utrudniony oddech, drganie mięśni twarzowych: serce było prawidłowe. Po 2 godzinach nastąpił sen, trwający spokojnie do rana. Ogólne zmęczenie, wymioty, drapanie w gardle, pragnienie silne, akomodacya znacznie upośledzona. Następnego dnia ogólne polepszenie.

Autor kładzie objawy tego przypadku zatrucia atropiną na karb znacznego osłabienia odporności układu nerwowego tego chorego, nabytego podczas kilkuletniej podróży, obfitującej w niedostatki.

Na uwagę zasługuje rychłe działanie morfiny (0.03)¹⁾.

Dr L. Gruder.

Zapalenie woreczka łzowego przy gorączce siennej (Thraenensack-Entzündung bei Heufieber). L. Caspar z Mülheim n. R. —

Cierpiący od kilku lat na gorączkę sienną skarży się na bolesne, przez noc powstałe, zaczerwienienie i obrzmienie w okolicy prawego woreczka łzowego. Autor rozpoznał ropne zapalenie woreczka łzowego i po ciepłych okładach (przez jeden dzień) zrobił

¹⁾ W przypadku zatrucia atropiną u osoby operowanej na zaćmę starczą, zatrucia bardzo groźnego, spostrzeganego przez nas przed 30 laty, morfina usunęła stan bardzo groźny.

nacięcie, przyczem wypuścił znaczną ilość żółtej ropy. Przestrzykiwanie ciepłym roztworem sublimatu przyspieszyło po 3 dniach prawidłowe zagojenie.

Z powodu braku wszelkiej innej przyczyny, autor łączy zapalenie woreczka łzowego z chorobą nosa, wywołaną przez gorączkę sienną.

Przy końcu zwraca autor uwagę, że dotychczas nie ma w literaturze żadnej wzmianki o takich przypadkach. —

Dr L. Gruder.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1902. Z. 11.—12.


O niektórych nowszych sposobach badania widzenia przy zezie (Ueber einige neuere Methoden zur Untersuchung des Sehens Schielender). Doc. Armin Czermak z Halle n. S.

Praca ta nie nadaje się do krótszego streszczenia z powodu konieczności podania wszystkich przez autora podanych rycin, przeto zaleca się czytać oryginał.

Dr L. Gruder.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1902. Z. 12.

Ważny przyczynek do operacyi zaćmy miękiej (Ein wichtiger Punkt bei der Operation der Weich-Stare). Prof. J. Hirschberg z Berlina.

Robotnik 15letni, uderzony kawałkiem drzewa w prawe oko, dostaje zaćmy urazowej, którą po 4 tygodniach dwa razy operowano. Bystrość wzroku, w ten sposób uzyskana, wynosiła tylko = palce na $\frac{2}{3}$ m., podczas, gdy drugie (lewe) oko z powodu przebytej *kerato-conjunct. scrophulosa* liczyło palce na 5 m. zapomocą — 6,0 D. Po kilku ledwie dniach ucisk śródoczny operowanego oka znacznie się zwiększył z powodu pęcznienia resztek zaćmy. Autor zaniechał cięcia zapomocą noża grotowego (w celu wypuszczenia resztek, ciśnących na tylną część tęczówki), gdyż wpływ ciała szklistego przy takim stanie byłby nieuniknionym. Zrazu zastosowano fizjostygminę, gdy zaś ucisk śródoczny dalej trwał, zrobił autor na granicy twardówko-rogówkowej nożem grotowym cięcie jakby do irydektomii (w narkozie). Z powodu pokazania się ciała szklistego odstąpiono od dalszego zabiegu operacyjnego, założono opaskę, ograniczając się na razie na sklerotomii. Po przebudzeniu chory uczuł znaczną ulgę, rogówka była przezroczystą. Tn. Pole widzenia znacznie się polepszyło, a bystrość podniosła się z $\frac{1}{100}$ na $\frac{5}{10}$ m. zapomocą + 8.0 D sph.  + 2.0 D cyl.

Tarcz wzrokowa wykazywała wyraźne wgłębienie.

Autor widzi przyczynę prędkiego polepszenia w pojedynczej sklerotomii, poczem tylna powierzchnia tęczówki zwolnioną została

od naciskających na nią resztek zaćmy, które, przesunięte do obszaru źrenicznego, następnie zwolna się wessały.

Autor zwraca uwagę na różnicę, jaka zachodzi przy wypuszczeniu twardej, a miękiej zaćmy. Przy lekkim ucisku na gałkę twarda zaćma sama sobie rozszerza otwór, przez operatora w torebce soczewkowej zrobiony, gdy przeciwnie miękka zaćma nie jest w stanie rozszerzyć otworu w torebce. Prócz tego przyczynia się jeszcze do utrudnienia wypuszczenia zaćmy miękiej także zazwyczaj małe (w porównaniu do zaćmy twardej) cięcie w rogówce.

Okoliczność ta bardzo niekorzystnie występuje przy operacji wysokiej myopii. Liczne pozostałe resztki kory pęcznią i wywołują ucisk znaczny. Atropina, fizostygmina lub dyscyzya nie wystarczają. Ekstrakcję zapomocą cięcia grotowym nożem uważa autor za ryzykowną dla możliwości wypadnięcia ciała szklanego, a uważa za najlepsze jeszcze przedsięwziąć irydektomię.

Aby nie doprowadzić do takiego stanu oka, radzi autor tak przy operacji myopii, jako też przy wypuszczeniu miękiej zaćmy, nie prędzej robić dyscyzyę znaczniejszych resztek kory, dopóki wessanie tychże nie postąpiło dostatecznie naprzód, a w wypadkach wyjątkowych zrobić ponownie cięcie nożem grotowym w celu zupełnego wypuszczenia resztek.

Autor przytacza jeszcze przypadek obustronnej zaćmy korowej (*vorderer und hinterer Scheitel- und Rinden-Star*) u 25letniego chorego. Lewe oko liczyło tylko palce na 3 m. Zrazu dyscyzya na lewym oku, po tygodniu wypuszczenie zaćmy (cięcie nożem grotowym), po miesiącu z powodu znacznego ucisku irydektomia. Po dalszych dwóch miesiącach oko zupełnie wyleczone, a bystrość wzroku l. o. = $\frac{5}{15}$ zapomocą + 80 D. Drugiego nie operowano na razie.

Dr L. Gruder.

Badania anatomopatologiczne i bakteryjologiczne, odnoszące się do zapalenia współczulnego (Recherches anatomopathologiques et bactériologiques sur l'ophtalmie sympathique). Panna Dr Welt'ówna (»Revue médicale de la Suisse romande«. 1902, maj).

Literatura okulistyczna posiada do tej pory zaledwie kilka prac odnoszących się do anatomii patologicznej oka współczulnie zajętego (sympatyzowanego). Są to prace Deutschmann'a, Zimmermann'a, Schirmer'a i Grunert'a. Panna Welt'ówna miała sposobność przeprowadzić szczegółowe badanie histologiczne na oku oślepiem z powodu zapalenia współczulnego i wyjętem dla wielkiej bolesności. Próby bakteryjologiczne wykonane niezwłocznie po wyłuszczeniu gałki i szczepienia na oczach królików — dały wyniki zupełnie ujemne. Badanie natomiast anatomiczne wykazało przede-

wszystkiem bardzo daleko posunięte zmiany zapalne, przewlekłe, z wytworzeniem tkanki łącznej, okazującej wszystkie przejścia od nacieku drobnokomórkowego, aż do utkania prawie ścięgnistego. — Zmianami temi dotknięte były wszystkie części oka bez wyjątku, ale w pierwszym rzędzie cała jagodówka. Znaczny bardzo stopień zmian chorobowych tłumaczy autorka długiem, bo czteroletniem, trwaniem szkodliwego wpływu oka skaleczonego (nie wyluszczonego), czego następstwem były bardzo częste zaostrzenia sprawy zapalnej w oku drugim.

Panna Welt'ówna przytacza też w skróceniu wyniki badań wszystkich na wstępie wymienionych autorów i porównując je ze swymi, dochodzi do następujących wniosków:

Zapalenie współczulne polega na zajęciu całej jagodówki naciekiem drobnych komórek okrągłych i wypociną włóknikową (rzadziej surowiczą) w przednim odcinku jagodówki.

Komórki okrągłe posiadają tu prawie zawsze po jednym jądrze i prowadzą do wytworzenia tkanki łącznej, gdy przeciwnie przy *panophthalmitis* są one wielojądrzaste i sprowadzają zawsze zropienie tkanek.

Nacieki drobnokomórkowe spotykamy najwięcej w otoczeniu naczyń, na około których powstaje tkzw. przez Niemców „*Rundzellenmantel*“.

W nerwach wzrokowych i ich osłonkach spotykamy te same zmiany.

W rzadkich przypadkach udało się anatomicznie stwierdzić ciągłość sprawy zapalnej od oka skaleczonego przez nerwy wzrokowe i ich skrzyżowanie do oka współczulnie zajętego.

Zmiany w oku sympatyzującym i sympatyzowanym są zupełnie do siebie podobne. Podobieństwo to uderza zwłaszcza w przypadkach, gdzie zapalenie współczulne wystąpiło w krótki czas po uszkodzeniu oka drugiego.

Wszystkie powyższe zmiany chorobowe ograniczają się wyłącznie do gałek ocznych i nerwów wzrokowych. Tkanka oczodołowa i nerwy, oraz naczynia w niej zawarte (prócz nerwu wzrokowego i jego naczyń) są zawsze wolne od zmian.

Badania bakteryologiczne dawały dotąd stale wyniki ujemne, albo niepewne.

Na zakończenie swej pracy porównywa panna Welt'ówna powszechnie znaną teorię migracyjną Leber'a i Deutschmann'a z teorią Schmidt-Rimpler'a, wedle której zadrażnienie rzęskowe ma zmniejszać odporność oka sympatyzowanego i czynić żeń podatną glebę dla zakażenia, którego źródło tkwić może gdziekol-

wiek w ustroju. W wywodzie swym skłania się autorka do zapatrywania Deutschmann'a i Leber'a. K. W. Majewski.

Obustronna ophtalmoplegia interna spowodowana zażyciem wyciągu ze sporyszu (Beiderseitige Ophtalmoplegia interna hervorgerufen durch Extractum Secalis cornuti). P. Schneider z Magdeburga. (»Muench. Medicin. Wochenschrift«. 1902. Nr 39).

Do autora zgłosił się 30letni mężczyzna, podając, że od kilku dni nad ranem nie może czytać, podczas, gdy wzrok w dal jest całkiem dobry, przedmioty jednak wyglądają czerwono i są pokrzywione. Koło południa poprawia się widzenie z bliska, a koło godz. 4 popołudniu znikają wszystkie dolegliwości. Oprócz tego cierpi na zawroty głowy, osłabienie i drżenie w członkach. Badanie wykazało: Żrenice bardzo rozszerzone oddziałują słabo na światło i konwergencyę, akomodacya osłabiona, szerokość jej = 2 D. Wziernikiem nie wykazać nie można.

Badanie ogólne wyklucza choroby układu nerwowego środkowego jako też choroby zakaźne ogólne; pozostawały jedynie zatrucia. Wywiady wykazały, że chory od pewnego czasu zażywa wyciąg ze sporyszu rano naczczo i wieczorem przed spaniem po 0·2 *pro dosi*.

Po 10 proszkach poczuł drżenie w członkach, a po 16 proszku ogólne wyżej wspomniane objawy. Po zaprzestaniu używania tych proszków i przy pożywnej dyecie wszelkie objawy zatrucia znikły zupełnie i wzrok wrócił do prawidłowego stanu bez żadnych następstw.

Dr Piotr Geisler.

Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków. Prof. Aleks. Rosner. (»Przegląd Lekarski«. 1903. Nr 1).

Rozwój sprawy zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków dzieli autor na kilka okresów. Pierwsze hasło wyszło w r. 1881 od Credé'go, którego sposób zdobył sobie w krótkim czasie prawo obywatelstwa we wszystkich zakładach położniczych i zmniejszył do *minimum* odsetek przypadków zakażenia rzeżączkowego spojówek u dzieci, które się rodzą w tych zakładach. Drugi okres znamionują usiłowania, a przynajmniej projekty upowszechnienia także poza klinikami i szpitalami metody Credé'go przez zobowiązanie akuszerki do stosowania jej w każdym przypadku bez wyjątku. Niestety berliński profesor położnictwa, Karol Schroeder, oświadczył się (w r. 1885) stanowczo przeciw tym projektom, a powaga, jakiej zażywał, wystarczyła, żeby tę tak ważną sprawę na razie zupełnie pogrzebać. Dopiero w r. 1896 wystąpił

Herman Cohn z żądaniem obowiązkowego wprowadzenia sposobu ochronnego Credé'go do praktyki położniczej akuszerok ze względu na nader smutny stan poza zakładami położniczymi, gdzie zawsze tysiące noworodków zapadają na ropne zapalenie spojówek, a z nich setki wzrok tracą. Okres czwarty wypełniają liczne prace, mające na celu wyszukanie środka, któryby równie pewnie zapobiegał ropotokowi spojówek, jak azotan srebra, ale nie drażnił oka tak silnie. Z całego szeregu zalecanych do tego celu przetworów srebra za najodpowiedniejszy uznać należy 10% roztwór protargolu, jak to wynika z prac Engelmann'a i Piotrowskiego¹⁾. Od czasu wprowadzenia protargolu jako środka zapobiegawczego na oddziale prof. Rosner'a, w 1030 po sobie następujących przypadkach nie przyszło *ani razu* do zakażenia spojówek, a zadrażnienie oka po zapuszczeniu protargolu jest bez porównania mniejsze, niż po *Arg. nitricum*. W ten sposób uzyskaliśmy środek, który bez obawy dać możemy do rąk akuszerkom i który się znakomicie nadaje do rozpowszechnienia postępowania ochronnego poza obrębem zakładów publicznych.

Prof. Rosner zwraca uwagę na okoliczność, że od czasu zastosowania protargolu znikły nie tylko przypadki wczesnego zakażenia spojówek, ujawniającego się w pierwszych trzech dniach po porodzie, ale także tak zwane późne zakażenia. Co do tych ostatnich zdania są podzielone, czy zachodzi tu tylko dłuższy okres wyłęgania, czy też do właściwego zakażenia przychodzi nie podczas porodu, ale już w czasie połogu, boć i wtedy nie brak do tego sposobności. Statystyka zaczerpnięta z protokołów kliniki okulistycznej prof. Wicherkiewicza wykazuje, że przypadki śluzoropotołu będące następstwem zakażenia podczas porodu, są nieporównanie liczniejsze od tych tak zwanych zakażeń późnych. Autor ze względu na wyniki zapobiegawczego zakraplania protargolu, skłania się do przypuszczenia, że niektóre przynajmniej z tych przypadków, gdzie zapalenie objawia się później, przecież odnieść należy do zakażenia przy porodzie i przyjąć dla nich niezwykle długi okres wyłęgania.

W końcowym wywodzie wskazuje autor na konieczność zmiany niedostatecznej i wadliwej ustawy z dn. 10 września 1897 (ustęp 22) nakazującej akuszerkom ogólnikowo »pamiętać o ochronie oczu noworodków«, — i to zwłaszcza, gdy istnieje chorobliwy wpływ z części płciowych ciężarnej kobiety. Ten ostatni dodatek jest zupełnie chybiony i wprost szkodliwy, bo usypia czujność akuszerki

¹⁾ Por. »Post. Ok.« 1901, str. 271.

w przypadkach, gdzie wypływu nie ma. a gdzie mimo tego, jak wiadomo, niebezpieczeństwo dla oczu noworodka nieraz istnieje.

Autor domaga się, aby odnośny przepis ustawy zobowiązywał akuszerki bezwarunkowo do zapuszczania każdemu noworodkowi 10% roztworu protargolu po poprzednim starannem obmyciu powiek i otoczenia oczu 3% kwasem borowym.

Taki przepis wyprowadziłby nareszcie postępowanie zapobiegawcze poza mury klinik i szpitali i stałby się prawdziwym dobrodziejstwem dla dzieci wszystkich kobiet, które rodzą poza zakładem, — pod opieką położnej. Poza tem podnosi prof. Rosner potrzebę krzewienia wśród szerszych warstw ludności wiadomości o istocie i niebezpieczeństwach ropotoku spojówek i pouczenia drogą popularnych rozprawek o sposobach zapobiegawczych. — Jeśli propozycje prof. Rosner'a znajdą echo u władz i wejdą w życie, to sprowadzą szczęśliwy zwrot i ostateczne rozwiązanie sprawy zapobiegania ropotokowi spojówek na szeroką skalę, podobnie, jak to uczyniło epokowe wystąpienie Credé'go na szczupłym terenie zakładów położniczych.

K. W. Majewski.

Wpływ snu na przebieg chorób ocznych (Influence du sommeil sur les affections oculaires). Dr de Micas z Tuluzy. (>Annales d'Oculistique<. 1902. XII).

Autor wymienia na wstępie znane szczegóły o zachowaniu się powiek, gałek ocznych i źrenic podczas snu naturalnego, oraz uspiania spowodowanego przez różne środki nasenne. Dalej zwraca uwagę na wpływ bądźto dodatni, bądźto ujemny, jaki wywiera sen na różne cierpienia oczne. Tak np. szczelne zamknięcie powiek działa korzystnie na wrzody rogówkowe, zwłaszcza grożące przebicieniu, stanowiąc niejako naturalny opatrunek uciskowy. Przeciwnie przy zapaleniach spojówek, połączonych z obfitą wydzieliną ropną, długi i nieprzerwany sen powoduje nagromadzenie się wydzieliny pod powiekami, co trzeba uważać za okoliczność niepożądaną, a w wielu razach, np. po operacji zaćmy, za rzecz wprost niebezpieczną. Wiadomą jest rzeczą, że objawy jaskry, zwłaszcza bóle, łagodnieją pod wpływem snu dzięki zwężeniu źrenic. Dlatego to i *miotica* najlepiej działają, jeśli je zapuszczamy wieczorem, gdyż działaniu ich sprzyja fizjologiczna *miosis* we śnie. Ta sama przyczyna sprawia, że u chorych na zapalenie tęczówki bóle nieraz wzmagają się po uśnięciu i budzą ich ze snu. Podobnych przykładów podaje Micas więcej. Nakoniec zestawia skutki, jakie bezsenność wywiera na narządzie wzroku. Znane zesinienie skóry powiek, tak zwane podkrojenie oczu po nieprzespanych nocach przypisuje autor przekrwieniu żylnemu w zakresie podskórnej sieci naczyniowej. To samo przekrwienie

sprowadza w następstwie bezsenności pogorszenie przewlekłych stanów zapalnych spojówki i brzegu powiekowego. Brak wypoczynku nocnego sprowadza lub powiększa astenopię, wreszcie wzmacnia dolegliwości zależne od wad refrakcyi. — K. W. Majewski.

O operacyi wysokich stopni krótkiego wzroku (Ueber Operation der hochgradigen Myopie). A. Sachs alber, doc. pryw. z Gracu. (»Wien. Medicin. Wochenschrift«. 1902. Nr 39).

Polepszenie wzroku po operacyach zaćmy u krótkowidzów naprowadziło okulistów na myśl przez usunięcie soczewki u krótkowidzów wzrok tychże poprawić.

Dodatnie strony operacyi są: zmniejszenie myopii, a po drugie wskutek wyłączenia akomodacyi lepsze odżywienie naczyń i siatkówki w biegunie tylnym. Zdania co do tego, jakie stopnie myopii powinno się operować, są podzielone. Autor podaje jako najniższą granicę do operacyi myopię o 10 D, a myopie o 14—18 D nadają się szczególnie do operacyi. Powinno się operować, nim dziecko zacznie uczęszczać do szkoły, to jest w 6—7 roku, później mogą się rozwinąć nieprzyjemne powikłania wysokiej myopii. jak n. p. *staphyloma posticum*, *chorioiditis centralis*, zwyrodnienie ciała szklatego i t. p. Soczewka wypukła o 1—3 D po operacyi dla widzenia w dal jest mniej dla dziecka szkodliwą aniżeli wklęsła o 10 D i powyżej. U dorosłych można wprowadzić myopię o 10 D wyrównać szklami, ale u wyższych myopów nawet koniecznej bystrości do pracy zawodowej wyrównaniem osiągnąć nie można, a prócz tego szkła wywołują ścieśnienie pola widzenia, które równoważę poprawę bystrości wzroku, podczas, gdy po operacyi bystrość wzroku względna w dal o 30—60 razy się poprawia, operowani mogą się swobodnie poruszać, a dawna bojaźliwość i niepewność w ruchach znika zupełnie.

Z 35 operowanych tylko w 4 przypadkach nie przyszło do stanowczej poprawy wzroku z powodu powikłań, we wszystkich innych przypadkach nastąpiła znaczna poprawa bystrości wzroku tak względnej, jako też bezwzględnej.

Ujemną i przez przeciwników tej operacyi podniesioną stroną ma być oderwanie siatkówki, występującej wskutek operacyi. Zapobiedz temu można, jeżeli się uważa, aby nie wypłynęło ciało szkliste. Autor miał sposobność tylko u jednego mężczyzny z myopią 30 D zauważyć oderwanie siatkówki, które nastąpiło w trzy miesiące po wyleczeniu się po upadku tegoż w stanie nietrzeźwym.

Na dowód, jak dalece bez wpływu na oderwanie siatkówki może być wyjęcie soczewki, przytacza autor dwa przypadki:

Katarzyna E. z wysoką myopią obnoczną i oderwaniem siat-

kówki lewego oka była operowaną w celu wyleczenia oderwania siatkówki. Podczas przecięcia siatkówki i ciała szklatego zraniono przypadkowo tylną torebkę soczewki, wskutek czego powstała zaćma i, jakkolwiek projekcyja była dobra, wystrzegano się tę powikłaną zaćmę operować. Po pewnym czasie miał autor sposobność widzieć chorą z zaćmą już zoperowaną i bardzo się dziwił, gdy przy badaniu wzornikiem nie zobaczył śladu¹⁾ z dawnego oderwania siatkówki.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 32letniego z obuoczną wysoką myopią i oderwaniem siatkówki, do której po pewnym czasie przyłączyła się obuoczna zaćma.

W tym przypadku, ponieważ nie było nic do stracenia wskutek utraty wzroku i jakkolwiek oderwanie siatkówki jest przeciwwskazaniem²⁾ do operacji zaćmy, usunięto obie zaćmy i nadspodziewanie osiągnięto dobre wyniki, bo wzrok się prawie w dwójnasób poprawił, natomiast w oderwaniu siatkówki żadne zmiany nie zaszły.

Dr Piotr Geisler.

O chirurgicznem leczeniu zwężeń przewodu noso-łzowego (Zur chirurgischen Behandlung der Verengerungen des Thraenen-Nasenkanals). Prof. Passow z Hajdelbergi. (•Muenchen. Medicin. Wochenschrift«. 1901. Nr 36).

Choroby uszne stoją w ścisłym związku z chorobami nosa, a zmiany patologiczne w nosie przechodzą na przewód noso-łzowy. W ten sposób daje się wytłómaczyć, że u niejednego chorego równocześnie ze zmianami chorobowemi w nosie i w uszach pojawia się łzawienie. Wielu chorych z temi cierpieniami napróżno szukało pomocy lekarskiej z powodu łzawienia, sondowanie przewodu łzowego albo wcale nie skutkowało, albo tylko przemijająco. Przez wycięcie woreczka łzowego usuwa się wprawdzie cierpienia zwężeniem przewodu spowodowane, zostaje jednak szpecąca blizna i łzawienie zwłaszcza w porze zimowej. Te ujemne strony naprowadziły autora na myśl, czyby przez rozcięcie przewodu noso-łzowego od strony nosa nie dało się osiągnąć trwałej drożności. Czasami usunięcie dolnej muszli nosowej wpływa korzystnie na usunięcie łzawienia.

W czterech przypadkach operowanych postępował autor w następujący sposób: Po zachloroformowaniu wycinał nożyczkami Cooper'a przedni koniec dolnej małżowiny, następnie po wprowadzeniu sondy Bowman'a odcinał tyle z *crista turbinalis* szczęki górnej

¹⁾ Ciśnienie pęczniejącej soczewki przez ciało szkliste na siatkówkę wynik taki nam tłómaczy. Ale czy nie było śladu? *That is a question!*

²⁾ Względnie tylko.

i z kości łzowej, aby przewód skórny aż do woreczka łzowego pozostał wolny; w dalszym przebiegu przecina skórny przewód wzdłuż sondy nożykiem sierpowatym tępo zakończonym. Sonda wprowadzona teraz przez kanalik łzowy daje się swobodnie w nosie poruszać. Przez cały czas operacji trzymał jeden asystent wziernik Jurasza w nosie dla łatwiejszego oryentowania się, podczas, gdy drugi asystent oczyszczał pole operacyjne z krwi. Przez rozcięty przewód skórny noso-łzowy wprowadzał cienkie paski gazy, które następnie codziennie zmieniał. W operowanych tym sposobem przypadkach miał autor dobre wyniki, bo łzawienie bądź całkiem ustąpiło, bądź znacznie się zmniejszyło.

Dr Piotr Geisler.

III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo oftalmiczne w Moskwie.

Posiedzenie z dnia 8 kwietnia 1902 roku.

1. Fiłatow powtórnie przedstawił chorą z *kilakiem twarówki*. Użyto wstrzykiwań salicyl. rtęci i na wewnątrz *KJ*. Kilak się owrzodził, nastąpiło polepszenie i już utworzyła się blizna. Potem wytworzyły się *episcleritis* i nacieczenia w rogówce.

Natanson. Jakiego koloru nacieczenie? żółte?

Referent. Szarawe, nawpółprzeświecające.

Natanson. Czy była to ostatecznie *episcleritis*, czy kilak?

Referent. Może być i kilak. —

2. Smirnow przedstawił mikrosk. preparaty *iridokele limbalis* (*pseudotumor melanoticus limbi corneae*). U 64letniego mężczyzny istniał guziczek od czterech już lat, wielkości ziarnka konopi: zcięto go nożykiem Graefe'go, przyczem wypróżniła się ciecz wodna. Był to torbiel barwikowy przy drobnowidowem badaniu składający się z tkanki tęczówki.

Gołowin zwrócił uwagę, iż podobne spostrzeżenie pierwszy podał Lagrange.

Łożecznikow. W celach rozpoznawczych grają tu rolę: stan sprężystości guzika, próbne przekłucie i fakt, że melanotyczne nowotwory zwykle mają cienką szypułkę. —

3. Natanson okazał mikroskopowe preparaty *molluscum contagiosum* powiek.

Adelheim. Jest to choroba bardzo rzadka, gdyby była zaraźliwą, to spostrzegano ją częściej.

Natanson. Widziałem ją po raz pierwszy, Kaposi już dawno nie wierzył w jej zaraźliwość.

Łożecznikow. Spostrzegałem ją dość często w klinice Hebry w ciągu jednego półrocza.

Natanson. Jeśli w Austrii i Anglii choroba ta jest częstszą, to w każdym razie w Rosji nadzwyczaj rzadką. —

4. Gołowin odczytał „o zmianach oczu przy *anencephalia*“ z przedstawieniem mikroskopowych preparatów. Rozprawa oparta na czterech własnych spostrzeżeniach. Makroskopowo oczy niczem się nie różniły od prawidłowych, chyba były nieco mniejsze, w wewnętrznej ich budowie żadnych zmian nie dostrzeżono, znaleziono tylko *membr. pupillaris* i *art. hyaloidea persistens*. Nerwy wzrokowe w stanie zanikowym, włókien nerwowych nie znaleziono w warstwach siatkówki. —

Posiedzenie z dnia 5 maja.

1. Błachowieszczeński przedstawił chorą z *retinitis proliferans et amotio retinae*. —

2. Maślennikow przedstawił chorą z gruźliczem (?) zapaleniem tęczówki.

Niektórzy (Ławrentjew i Gołowin) byli za gruźliczym charakterem zapalenia, drudzy (Kriukow) za przymiotowym. —

3. Strachow przedstawił 10letniego malca ze zmianami w przednich częściach ciała szklistego, przy niezmięnionej soczewce. Mniemał, że istniało w gałce *pseudo-glioma*.

Kriukow. O glejaku nie ma tu mowy, są to wypociny z c. rzęskowego, w stanie kurczenia się, *enucleatio* zbyteczna. —

4. Makłakow odczytał „o leczeniu jequiritołem Merck'a“. Używał go w czterech przypadkach zmętnień rogówki, w tej liczbie i *pannus trachomatosus*. Autor niezadowolniony z wyników leczenia, jest to środek silnie drażniący oko i sprzyjający tworzeniu się naczyń w rogówce.

Gołowin. Środek ten przytem i drogi. —

Posiedzenie z dnia 8 października.

1. Siergiejewski pokazywał chorego z obustronną *retinitis proliferans*. Prócz błonek siatkówki w okolicy tylnego bieguna gałek, wykryto w nich rozsiane zapalenie naczyń i naczyń, wynaczynienia krwi w siatkówkach, *neuritis* i zmętnienia ciała szklistego. Przyczyny dwie: przymiot i wynaczynienia krwi.

Kriukow. Powiedz pan lepiej: przymiot i alkoholizm, oba one mogą dać powód do krwotoków. —

2. Natanson pokazywał preparat „trzeciego przypadku po-

dwójnego przebicia gałki — odłamek żelaza zatrzymał się w tylnej jej części w sąsiedztwie nerwu wzrokowego. —

3. Auerbach mówił „o grzybkach kanalików łzowych” i pokazywał mikroskopowe preparaty. — Dawniej te złogi uważano za *leptothrix*, potem opisywano jako *streptothrix*, wreszcie przyjęto za *actinomycosis*. U 45letniej chorej autora specjalne badania grzybka przekonały, że ostatnia nazwa jest najwłaściwsza dla nich. Był to więc promienisty grzybek dróg łzowych. —

4. Sniegirew przedstawił mikroskopowe preparaty „złogów, znalezionych w czterech kanalikach łzowych” 32letniego włóścianina. Naturalnie u chorego, cierpiącego na przewlekły nieżyt spojówek, łzawienie i obrzęk w nosowym kącie powiek, przewodniki rozcięto, przestrzykano i drogi łzowe przesondowano. Złogi głównie składały się z soli wapna, na których powierzchni wykryte rozmaite kokki, laseczniki, a nawet lasecznik kserozy: grzybków w nich nie znaleziono. Autor jednak przypuszcza, że grzybki dały początek złogom i w ciągu 5 lat istnienia ich zgorzeli (?!).

Kriukow. Przy promienicy wyciska się z kanalików łzowych żółto-białe wydzieliny, a nie taki śluz, jak w przypadku powyższym (Auerbacha). Złogi wapienne czasami tworzą się w gruczołach Meibom'a, które z worka spojówki mogą się dostać do przewodników łzowych (Sniegirewowa).

Natanson (Auerbachowi). Z poglądem Silberschmidt'a co do *leptothrix*, jako przyczyny złogów, trzeba się liczyć. (Sniegirewowi) Przypadek kolegi dowodzi, że złogi dróg łzowych mogą pochodzić i nie od promienistego grzybka, nie ma więc dobrej racji łączyć je ze sobą.

Dr J. T.

Sekcja okulistyczna pierwszego egipskiego kongresu lekarskiego w Kairze w czasie od 19—24 grudnia 1902.

Do zadań, jakie pierwszy ten na ziemi Faraonów kongres lekarski miał do spełnienia, należało zastanowienie się nad pochodzeniem, zapobieganiem i leczeniem t. zw. zapalenia egipskiego, której to nazwie koledzy nasi egipscy nie przyznawają podstawy historycznej, twierdząc, nie bez słuszności, iż w starożytnym Egipcie liczne pomniki przeszłości żadnej nie dają wskazówki, iżby podobne cierpienie tam właśnie panowało. (Choroba więc raczej do Egiptu została wprowadzoną i tu tylko znalazła żyzną glebę¹⁾).

¹⁾ Własny pogląd na istotę i przyczyny zapalenia egipskiego w Egipcie zastrzegam sobie ogłosić później osobnym artykułem.

Lubo i inne przedmioty okulistyczne traktowano w Kairze, to jednak nicią czerwoną, jaka się snuła w przędzy zajmującej pełnych sześć posiedzeń sekcji okulistycznej, była jaglica i pokrewne formy zapaleń ocznych.

Zapisało się na sekcję okulistyczną niewielu lekarzy *ad hoc* z Europy przybyłych, więcej takich Europejczyków, którzy w Egipcie praktykują, a przeważną część członków sekcji okulistycznej stanowili oczywiście lekarze arabscy, z pomiędzy których gospodarz sekcji Dr Eloui-Bey, zażywający niemalej powagi wśród swoich, zagał pierwsze posiedzenie dn. 20 grudnia o godzinie 9 rano, zapraszając imieniem komitetu na przewodniczącego posiedzenia swego byłego nauczyciela prof. Gayet'a z Lyonu.

Po zwykłych formalnych grzecznościach i odczytaniu kilku listów niewinniających nieobecność, zwłaszcza francuskich, kolegów, którzy byli zapowiedzieli odczyty, nastąpiło odczytanie bardzo starannego referatu Dra Eloui pod tytułem: „*przyczynę do nauki o zapaleniu jaglicowem spojówki, jego istocie i zapobieganiu*“, w którym dotychczasowe nasze wiadomości o jaglicy zwięźle zostały przedstawione.

Referent w końcu swej pracy dochodzi do następujących wniosków:

1. Jaglica spojówki w Egipcie zmniejsza się w odmiennych proporcjach stosownie do rozmaitych klas ludności.

2. Oprócz dwóch postaci oftalmii trachomatycznej, t. j. typowej jaglicy i jaglico-brodawkowej (*papillo granuleuse ou mixte*), jest jeszcze trzecia, zwana zapaleniem brodawkowem zwykłym, czyli rzekomą jaglicą (*granulations fausses*). Zależną jest ta postać ostatnia od zapalenia ropnego, kataralnego albo też błon rzekomych, które przeszły w stan przewlekły. Ostatnia mianowicie postać miałaby być powodem pomieszania obu postaci, t. j. oftalmii przewlekłej a jaglicowej.

3. Postać brodawkowa zwyczajna pozostawia po wyleczeniu spojówkę zupełnie niezmienioną, gdy druga zawsze kończy się znamionami jaglicy, t. j. z bliznami.

4. Zapalenie jaglicowe zupełnie jest niezależnem od ropnego i nie z niem nie ma wspólnego, gdy przeciwnie wszystko zdaje się wskazywać na to, iż istnieje pewna analogia między jaglicą a gruźlicą.

5. Najważniejszymi czynnikami, t. j. najczęstszymi rozsądnymi jaglicy w Egipcie są muchy, kurzawa i nieczystość, to też takowe trzeba przedewszystkiem zwalczać.

6. Jaglica spojówkowa jest tylko wtenczas zaraźliwą, gdy przejdzie w postać ropną.

7. Jaglica nie jest wyłącznie chorobą młodego wieku, ale wy-

stępuje w Egipcie zazwyczaj pomiędzy 1—3 rokiem życia, może jednak być nabytą i później.

8. Ponieważ jaglica przeważnie w dziecięcym występuje wieku, a najskuteczniej ją zwalczyć i rozszerzaniu jej zapobiedz można właśnie z samego początku, przeto badanie ócz dzieci od 1—5 roku życia dwa razy do roku powinno być w Egipcie obowiązkowem, tak jak obowiązkowem jest szczepienie ospy. —

Następuje *rozprawa*:

Baudry z Lille podziela zapalrywania referenta, równie jak on nie przyjmując związku pomiędzy zapaleniem rzeżączkowem a jaglicowem.

Wicherkiewicz daje definicyę tak zwanego egipskiego zapalenia, czyli *trachoma*, zaznaczając, iż ono może wystąpić w postaci jaglicy, albo w postaci bujania ciała brodawkowego, połączonego z twardnieniem tkanki łącznej spojówkowej, to znowu jedna i druga postać mogą na tem samem pojawić się oku równocześnie. Obie postacie, gdy połączone z wydzieliną, są zaraźliwe. Natomiast ani mieszki (*folliculi*), ani zwykły przerost brodawek, towarzyszący katarowi, lub występujący po przebytem zapaleniu rzeżączkowem, nie mają nic wspólnego z *trachoma*.

Lakah z Aleksandryi sądzi, że głównie przez dotyk choroba przenosi się, gdy działanie kurzawy mniejszą przy tem odgrywa rolę.

Jacovides z Aleksandryi kładzie nacisk na wpływ much.

Sameh z Kairu nie podziela zapalrywań referenta, a zwłaszcza sądzi, że oftalmia rzeżączkowa jest tylko wstępem do jaglicy.

Wicherkiewicz. Według statystyki referenta *pannus* zachodzi w stosunkowo niewielkiej ilości przypadków, bo w 6%. Gdy wedle doświadczenia własnego przy prawdziwym *trachoma* zdarza się on znacznie częściej, pragnąłby wyświecić tutaj tego przyczynę, a że wąskość szpary odgrywa przy tem pewną rolę, zapytuje kolegów egipskich, czy nie dochodzili stosunku *pannus* do szerokości szpary powiekowej, której wąskość obok innych momentów może wogóle przyczyniać się do znaczniejszego i liczniejszego występowania komplikacyi rogówkowych wogóle. Dochodzenia takie, podjęte na szeroką skalę, mogłyby może wykazać, że szpary powiekowe rasy hamickiej są szersze aniżeli indo-germańskiej, przedewszystkiem zaś rasy semickiej. Wynik zaś odpowiedni rzuciłby może pewne światło na większą lub mniejszą częstotliwość powikłań rogówkowych w jaglicy u jednej ludności aniżeli u drugiej.

Chedondi z Kairu. Niesłusznie twierdzi się, że *pannus* jaglicowy rzadko występuje w Egipcie, a błąd ten na tem polega, że prawdziwa jaglica często bywa uważana za pewną postać specyjalną

przewlekłego zapalenia (*ophtalmie papuleuse*), która nie tworzy błony naczyniowej (*pannus*).

Demetriades podziela to zapatrywanie.

Wicherkiewicz nawiązując do treści pracy Dra Sameha, którą autor rozdzielił pomiędzy członków, a częściowo odczytał, zaznacza, że zapalenie spojówki ropne (*ophtalmia purulenta*), o którym w referacie (*resumé du rapport sur l'ophtalmie égyptienne et les granulations en Egypte*) mowa, jeżeli jest identycznym z zapaleniem rzeżączkowym, wywołanem przez dwoinki Neisser'owskie, nie wywołuje granulacyi, a nawet takowe znikają po zakażeniu rzeżączkowym, tak, że, jak wiadomo, przeciw jaglicy polecano zaszczenie jadu tego.

Co do wytwarzania się *pannus*, to zdaje się, że osobniki lymfaliczne przy równych lokalnych warunkach więcej do tego powikłania są usposobione od innych osób. —

Bayoumi Fathi skłania się do zapatrywań Fuchs'a, że propagacya jadu jaglicowego na rogówkę, nie drażnienie bywa powodem *pannus*.

Chedoudi przyjmuje jedno i drugie.

Po kilku jeszcze uwagach innych członków za lub przeciw temu lub owemu zapatrywaniu powstawania błony naczyniowej rogówki, zabiera w końcu głos sprawozdawca Eloui-Bey i wyraża zadowolenie, że z wyjątkiem Dra Sameha zgromadzenie podziela zapatrywania w referacie objawione. —

Drugie (popołudniowe) posiedzenie pod prezydenturą prof. Baudry z Lille.

Dr Guarino z Kairu odczytuje swą pracę: „*étude sur le trachome*“, zawierającą mnóstwo fantastycznych uwag, a streszcza ją w następujących zdaniach. *Trachoma* zawsze istniało. Jest to choroba, której nie trzeba pomieszać z rozmaitemi postaciami granulacyi, będącemi objawami pewnych specjalnych chorób i długotrwałych zapaleń, które mogą nawet być objawem trachomu. Ostatnia choroba ma swą symptomatologię i rozwój osobny. Nie jest przywiązana do pewnej tylko części spojówki, lecz ogranicza się często tylko do jednej części spojówki, pozostawiając inne zdrowe, a pochodzi od podrażnienia chemicznego, zależnego od wydzielin toksycznych drobnoustroji. A zatem trachoma nie jest zaraźliwym. Jest ono bardzo w Egipcie rozpowszechnionem z powodu wielkiej częstotliwości chorób zapalnych, które uspasabiają spojówkę do tych nacieków toksycznych (*infiltration des toxines*), chorób, które są zazwyczaj źle lub niedostatecznie leczone. Stan zablźnienia trachomu, występujący zazwyczaj po wielu bardzo la-

tach, może być przyspieszonym przez nakłucia (skaryfikacye) spojówkowe powierzchowne, pionowe, często powtarzane.

Rozprawa.

Chedoudi sądzi, że trachoma a granulacye, to tylko synonim.

Wicherkiewicz przeczy stanowczo zapatrywaniu referenta, jakoby w trachoma spojówka powiek przedstawiała się zdrową, gdy załamek przejściowy zajęty jest jaglicą, albo tylko sama dolna powieka mogła być zajęta. Zaznaczywszy elementarne i zasadnicze nasze pojęcia utarte, dotyczące jaglicy a „*folliculosis*“, występuje przeciw zdaniu Dra Guarina, jakoby przy trachoma nie było wydzieliny. I pod tym względem wiemy wszyscy, że wydzielina zależną jest od okresu rozwoju choroby, a w końcu i przedewszystkiem oponuje przeciw wygłoszonemu zdaniu, jakoby trachoma nie było chorobą zaraźliwą, wykazując, kiedy, w jakim okresie i w jakim stopniu trachoma jest zaraźliwym.

Ełoui-Bey podnosi także równorzędność znaczenia trachoma i jaglicy.

Gayet wszczyna, pomijając zapatrywania na istotę jaglicy, dyskusję co do leczenia choroby w mowie będącej. Jest przeciwnikiem sposobów operacyjnych, wychwala skuteczność siarkanu koprowiny jako środka prawie swoistego przeciw trachoma.

Wicherkiewicz podziela wogóle zdanie Gayeta co do skuteczności sinego kamienia, ale ogranicza jego zastosowanie do pierwszego okresu choroby przewlekłej lub też do pozostałości przerostu ciała brodawkowego w trzecim okresie jaglicy, gdzie przeważnie używa kamienia, gdy w pierwszym okresie stosuje środek ten w postaci maści lub rozczynu.

Rozwodzi się dalej nad innymi środkami, a mianowicie nad saletrzanem srebra, protargolem, galwanokaustyką, wyciskaniem, kantoplastyką i t. d.

Skaryfikacyi, swego czasu przez siebie polecanych, z następnym wytarciem sublimatem używa rzadko tylko. Wycierania częściej, niekiedy nawet bardzo silnym, bo 1% sublimatem. Odczyn po tem bywa silnym, ale zato sprawa sama względnie szybko mija.

Jequirity i jego przetwory dotychczas nie zdołały go zadowolnić.

Chedoudi rzuca myśl, czyby terapia świetlna nie mogła oddać w tej chorobie pewnych usług, ale nie umie na razie określić sposobu zastosowania tej metody. —

C. d. n.

B. Wicherkiewicz.

IV. Photinos Panas.

Wspomnienie pośmiertne.

Zaledwo ostatni rok, który w gronie okulistów i uczonych naszej specyalności niejeden (Schoebl, Foerster, Meyer) sprawił ubytek, dobiegł swego końca, a już nową i to jedną może z największych przychodzi nam zapisać stratę.

Prof. Panas, urodzony dn. 30 stycznia r. 1832 w Kefalonii, przeniósł się do wieczności dn. 6 stycznia b. r. w swem Tusculum pod Paryżem, Roissy.

Widząc go po raz ostatni w r. 1900 jako kierownika sekcji okulistycznej międzynarodowego kongresu, w którym z taką zręcznością i pożytkiem dla nauki brał udział, zauważyliśmy u prezesa sekcji okulistycznej pokurczone palce prawej ręki, z wysiłkiem zapisującej ołówkiem uwagi i spostrzeżenia.

Nie chcąc pytaniem niedyskretnem zrobić jemu samemu przykrości, informowaliśmy się u kolegów paryskich o tej tak dla nas niespodziewanej zmianie i dowiedzieliśmy się o prawie nagłym początku końca karyery tego niepospolitego męża. Oto już przed kilku laty, upadłszy przy wsiadaniu do pociągu, zauważył Panas rozwój postępującego zaniku mięśniowego, który, ogarnawszy mięśnie rąk, pozbawił go możności podejmowania operacyi, tych operacyi, które, jak tylekrotnie widzieć mieliśmy sposobność, wykonywał iście po mistrzowsku. W początkach tego roku zanik ten, ogarniając mięśnie oddechowe, położył kres niezwykle pracowitemu żywotowi wielkiego uczonego. —

Nie będziemy wyliczać szczegółowo i wielkich zasług dydaktycznych i zdobyczy naukowych Panasa, znajdzie je czytelnik zesławione w rozmaitych biograficznych podręcznikach. Wspomnimy tylko o kilku ważniejszych etapach pielgrzymki ziemskiej naszego znakomitego kolegi, którego nauczyliśmy się, zwłaszcza od chwili pierwszego osobistego zetknięcia się z nim w r. 1877, cenić i poważać dla jego głębokiej nauki, nieskazitelnego charakteru i niezwykłej, a zawsze tej samej uprzejmości, którą darzył swych towarzyszy i to w równej mierze, tak starszych jak i najmłodszych nawet.

Jak wielu Greków, i on przybył do Paryża, aby tutaj oddawać się studjom lekarskim. Tu też otrzymuje stopień doktora w r. 1860, a wkrótce później przyjmuje indygenat francuski. Będąc internem i u Malgaignego i u Nélatona, nabrał zamiłowania od obu do chirurgii, nadto od ostatniego i do okulistyki.

Mianowany docentem wydziału lekarskiego uniwersytetu paryskiego w r. 1863 po napisaniu rozprawy „*sur les cicatrices vicieuses et les moyens d'y remédier*“, zawsze z równem zamiłowaniem oddaje się, a dodajmy i znakomitym skutkiem, obu specyalnościom.

Jeszcze w roku 1877, przybywając z Londynu na dłuższy pobyt do Paryża, zastaliśmy go w szpitalu Lariboisière, wykonującego większe operacye z dziedziny ogólnej chirurgii obok najsubtelniejszych ocznych, i wykładającego z równą ścisłością i pogłębieniem obie specjalności, a wywody swe opierał zawsze na ogólnej patologii, której nigdy nie spuszczał z oka.

W tym samym szpitalu Lariboisière zaczyna od roku 1872 wykładać, jako prof. *agregé*, specjalnie okulistykę, dla której do tego czasu nie było wogóle katedry przy wszechnicy paryskiej, a stworzono ją dopiero w roku 1879, równocześnie mianując Panasa profesorem zwyczajnym i oddając pod jego kierunek piękną klinikę okulistyczną, urządzoną w Hôtel-Dieu. W tej to pracowni, skąd wyszło mnóstwo cennych prac, pozostawał Panas aż do roku 1901, w którym oddał klinikę następcy, a swemu byłemu uczniowi, prof. Lapersonne, uzupełniwszy ją pod niejednym względem wedle wymagań nowoczesnych.

Zaprawiony na polu wielkiej chirurgii, posiadał zdolność z jednej strony prędszego i ściślejzego zastosowania zdobyczy tej tak potężnie rozwijającej się gałęzi nauk lekarskich, dla celów okulistyki, zwłaszcza dla operacji plastycznych lub takich, które przekraczały teren ściślej przez samych okulistów zakreślony, a z drugiej strony łatwość lepszego zrozumienia rozmaitych objawów ocznych, zależnych od zboczeń lub obrażeń czaszki. Przypominamy choćby tylko jeden pod tym względem szczegół, a mianowicie znakomity jego odczyt, wygłoszony na ostatnim międzynarodowym kongresie okulistycznym w Utrechcie, odczyt, którym zachwycił słuchaczy, wykazując na podstawie eksperymentów, jak pewne obrażenia czaszki w czasie porodu, zwłaszcza przy użyciu kleszczy, mogą wpłynąć na powstanie zez.

Posiadając ścisłość w dochodzeniach naukowych, będąc wolnym od złudzeń i fantazyi, odznaczających nierzadko ziomek przybranej ojczyzny, dzielił z nimi tak często podziwianą piękną formę słowa żywego, ale zawsze bez teatralnego afektu.

Fizycznie złamany, zachował pono świeżość umysłu do chwili ostatniej, zajmując się uporządkowaniem bardzo licznych naukowych rękopisów, które zamierzał sam jeszcze drukiem ogłosić. Śmierć przerywała tę pracę cenną literacką. Ale i tak, to, co już światu drukiem pozostawił, stawia Panasa w rzędzie najpierwszych uczonych. —

Prac ogłosił przeszło 179, a z większych dzieł klasycznym nazwać można jego wykład chorób ocznych p. t. „*Traité de maladies des yeux*“ w dwóch tomach.

Z Panas'em zeszedł do grobu pierwszy urzędowy przedstawiciel francuskiej oftalmologii. Oby posiew jego naukowy wydał wiele jeszcze znakomitego owocu w przyszłości. *Wicherkiewicz.*

V. LECZNICTWO.

Dyoninę przeciw zapaleniu pozagałkowemu nerwu wzrokowego poleca Gotschalk na podstawie jednego przypadku, w którym zapuszczana do worka spojówkowego 2% dyonina miała korzystnie działać na podniesienie wzroku naosiowego, a także i poczucia barw. (Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. A. 1902. Nr 48).

Suprarenina działa w przeciwstawieniu do dyoniny zwężająco na naczynia. Wedle Grossa ma ona działać (Zeitschrift f. Aughlk.) znieczulająco, a przy operacjach, jak tenotomii i wyskrobywaniu gradówki, anemizująco.

Silniej i pewniej od suprareniny działać ma adrenalina, a wedle Bukofzera (Allg. Med. Centralzeit. 1902. 44) już jedna kropla $\frac{1}{100}$ % roztworu po minucie wytwarza błądź spojówki i powiek.

II.

Atrabilina a adrenalina. Wiadomo, że atrabilina, wyrabiana przez aptekarza Leschnitzera w Wrocławiu z nadnercza, zwęża silnie naczynia spojówkowe, a nadto ma środek ten wskutek zawarcia trikeolu w stosunku 1 : 10.000 działać silnie odkażająco. Własności zwężające naczynia posiada także adrenalina, zawierająca $\frac{1}{2}$ % chloretonu, który działa znieczulająco. Wolffberg twierdzi, że atrabilina w połączeniu z eseryną usuwa nawet rozpaczliwe przypadki jaskry bez operacji, zwłaszcza skoro zamiast roztworu eserynowego stosuje się roztwór olejny wedle Tersona.

(Wschr. f. Ther. u. Hyg. des Auges. Nr 15. VI).

Wedle naszego doświadczenia eseryna nigdy nie zawodzi, jeżeli ją stosujemy w postaci maści tam, gdzie krople nieraz zbyt wczesnie przez łzy rozrzedzone nie rozwijają działania dostatecznego.

Zresztą gdzie wogóle po mytykach można się spodziewać działania, zalecona przez nas kompozycja eseryny, pilokarpiny i kokainy nigdy nie zawodzi, zwłaszcza w postaci maści. II.

Mrocłki migawkowe (*Flimmerscotoma*) mają wedle doświadczenia, zrobionego na własnej osobie przez okulistę Dra Kunitza w Tangerze w Marokko, ustępować po głębokiem oddechiwaniu na wolnem powietrzu.

Gdy objawy te polegają często na postaci spastycznej nerwicy naczyń, można sobie skuteczność głębokiego oddechania wyobrazić. Także morska choroba, a przynajmniej jej pierwsze objawy, wedle naszego doświadczenia, ustępuje po gimnastyce, połączonej z wysiłkami oddechowymi.

II.

VI. ROZMAITOŚCI.

Technikę zastrzykiwań parafiny podaje Broockaert w »La Clinique ophth. 1902. Nr 8. — B. używa mieszaniny z parafiny stałej i płynnej w stosunku 1 : 4, którą celem sterylizowania rozgrzewa się do 360 stopni, albo w kąpeli parowej do 200 stopni, poczem przechowuje się ją w dobrze zamkniętych naczyniach sterylizowanych. Sikawka objętości 5 cm. sześć. powinna mieć dobry tłok, powłokę kauczukową, tak, by parafina mogła być w niej utrzymywana nieco ponad stopień topnienia, a igła powinna mieć odpowiednio wielkie światło, by parafina mogła z łatwością przechodzić. Naczynie zawierające parafinę trzyma się w wrzącej wodzie, a następnie ochładza do 65 stopni, poczem względnie szybko po napełnieniu rozgrzanej sikawki robi się zastrzyknięcie stosownej ilości, a gdy parafina zaczyna stygnąć w tkance, ugniata się ją w miarę potrzeby wedle defektu, i to w jednym tylko miejscu, podtrzymując należycie zmarszczkę skóry.

Ani embolii art. pulm. (*Pfannenstiel*), ani też nekrozy skóry (*Stein*) autor nie widywał. Czasami występujące *oedema* znika samo po niejakiem czasie.

Na współobjaw żreniczny w gruźlicy szczytu płucowego zwraca uwagę Dr Souques, który u trzech takich chorych spostrzegał zwężenie, żrenicy, zmniejszenie szpary powiekowej i zmniejszenie się gałki z równoczesnem wciągnięciem jej do oczodołu, a objawy te, nie przypadkowe, uważa za związane przyczynowo z cierpieniem płucowem. Dla wytłómaczenia ich przypomina związek anatomiczny pomiędzy górną częścią worka opłucnowego a pierwszym zwojem piersiowym i jego gałęzią lub gałęziami komunikującemi. Gdy zaś przez gałązki komunikujące pierwszego nerwu grzbietowego przechodzą włókna sympatyczne rozszerzające żrenicę, a doświadczenie poucza nas, iż zniszczenie tych gałązek może wywołać powyżej opisane objawy oczne, nie dziwnego, iż w cierpieniach szczytów płuc tak one jako też i włókna naczynio-ruchowe sympatycznego nerwu, pochodzące z trzeciego, czwartego, piątego i szóstego nerwu grzbietowego, mogą pojedynczo uleść zajęciu, stosownie do pochodzenia różnego w przebiegu zajęcia szczytów płuc przez sprawę gruźliczą. —

(Bulletin med. Nr 42. 1902).

IV.

X zjazd lekarzy i przyrodników polskich, mający się odbyć we Lwowie w r. 1903, odroczone, jak nam donosi wydział gospo-

darczy tegoż zjazdu, na rok 1904, głównie z powodu międzynarodowego kongresu, który odbędzie się w kwietniu b. r. w Madrycie.

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Szili, nadzw. prof. w Budapeszcie, otrzymał szlachectwo dziedziczne.

Dr Emmert w Bernie otrzymał tytuł profesora.

Doc dr. Grunert mianowany prof. nadzwycz.

Dr Fr. Alessandro habilitował się w Messinie.

VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Herrenheiser, doc. pryw. uniwers. niem. w Pradze.

Dr Feuer, nadzw. prof. okulistyki, w Budapeszcie.

Prof. Panas w Paryżu.

Uzupełnienie spisu okulistów polskich.

Dr Dybuś, asystent kliniki ok. we Lwowie.

Dr Działowski Alfred. Toruń. P. Z., ul. Szeroka.

Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.

Dr Goldwasser Edward. Wiedeń.
