

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BENDNARSKIEGO 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. PIENIAŻKA W KRAKOWIE, DRA RIUSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULI-SŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Wrzesień

—i— ROCZNIK PIĄTY —i—

1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra B. Wicherkiewicza
w Krakowie.

O wpływie ciepłoty i pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry.

Podał

DR PIOTR GEISLER.

W grudniu zeszłego roku pojawiła się w Deutsche Medicinische Wochenschrift, Nr 52, praca Dra Kurta Steindorffa z kliniki Prof. Hirschberg'a w Berlinie, w której autor wykazuje pewną zależność występowania pierwszych objawów jaskry ostrej od ciepłoty i pory roku. Zestawiwszy wszystkie przypadki jaskry ostrej u osób pochodzących z Berlina, które zgłosiły się do kliniki Prof. Hirschberg'a w czasie od 1go maja 1885 do 30go kwietnia 1902 roku, zauważył autor, że liczba tych przypadków w miesiącach zimowych była stanowczo większą, aniżeli w miesiącach letnich, a w porze roku najgorętszej spadła nawet do zera. Trudno przypuścić, ażeby tak znaczna różnica w częstości jaskry ostrej była dziełem

prostego przypadku, niedziw przeto, że autor usiłuje zjawisku temu dać naukowe wyjaśnienie. Zdaniem jego, temperatura powietrza wogóle wpływać może na ucisk śródoczny za pośrednictwem ciśnienia krwi, które wskutek zimna się podnosi, a wskutek ciepła obniża. Z powyższego wynika, że mroźna temperatura panująca w zimie na dworze może za pośrednictwem wzmożonego ciśnienia krwi przyczynić się do podwyższenia ucisku wśródocznego. Nadmierne jednak gorąco w pomieszkaniu zbyt ogrzanem także może wyrzucić wpływ szkodliwy, a to na tej drodze, że, osłabiając czynność serca i obniżając ciśnienie w układzie naczyniowym, prowadzi do pewnego zastoju żylnego w odległych od serca okolicach ciała, a tem samem i w gałce ocznej, i stwarza przez to warunki sprzyjające powstaniu jaskry. Wobec tej zgodności szkodliwego działania niedziw, że ujawnia się ono tem bardziej, jeżeli naprzemian raz zbyt wysoka, to znów zbyt niska temperatura na ustrój ładu. Odnosi się to przedewszystkiem do osób starszych z miażdżycą tętnic, u których fizyologiczna regulacja ciepła nie może się prawidłowo odbywać. Możliwem jest też, że pewne sprawy chorobowe w nerwie współczulnym, względnie w ośrodkach naczyniowych, także pewną rolę odgrywają.

Z innych meteorologicznych czynników wspomnieć należy o ciśnieniu powietrza, bo niektórzy autorowie znaleźli przy niskim stanie barometru nie tylko ciśnienie krwi, ale także ciśnienie wśródoczne obniżone. Co do różnych objawów atmosferycznych wykazuje zestawienie przypadków przez autora, że ani bezwzględna, ani względna wilgotność, ani kierunek i siła wiatrów, ani opady i chmury nie mają bezpośredniego wpływu. Może późniejsze badania wykażą jeszcze wpływ elektryczności powietrznej na ciśnienie w naczyniach krwionośnych, jakto już Arrhenius wpływ tejże wykazał na pewne fizyologiczne i patologiczne sprawy, jak n. p. porody, krwawienie miesięczkowe, padaczkę.

W dalszym rzędzie przypuszcza autor, że temperatura, znamionująca pewne poszczególne pory roku, może wywierać wpływ pośredni na powstanie jaskry, wiadomo bowiem, że

w pewnych porach roku występują pewne choroby częściej niż w innych. Otóż w miesiącach zimowych bardzo wiele osób ulega tak zwanym chorobom z przeziębienia, są to najczęściej choroby dróg oddechowych, połączone z kaszlem, który przez podniesienie ciśnienia krwi może u osób skłonnych, dotkniętych miażdżycą tętnic, przyczynić się do wystąpienia objawów jaskry, jak to w kilku przypadkach zauważono.

Ważnem zjawiskiem przy jaskrze jest rozszerzenie źrenic, a nasze leczenie takimi środkami, jak ezeryna i pilokarpina, dąży do zwężenia tychże i do wygładzenia tęczówki, a przez to do oswobodzenia obwodowego kącika przedniej komory. Zima ze swoimi krótkimi i pochmurnymi dniami, a długimi nocami, może wskutek długotrwałego rozszerzenia źrenic przyspieszyć napad jaskry, a prócz tego wskutek złego oświetlenia jest akomodacya bardziej napiętą i więzadełko Zinn'a zostaje zwolnione, wskutek czego soczewka posuwa się ku przodowi i przyciska obwodowe części tęczówki do rogówki, a przez to zamyka przestrzeń Fontany i utrudnia odpływ cieczy wodnej z przedniej komory.

Nie wchodzę w to, czy rzeczywiście takie, a nie inne czynniki wywołują zależność wybuchu ostrej jaskry od pory roku, ale jest rzeczą jasną, że należy dla wyjaśnienia sprawy sprawdzić raz jeszcze spostrzeżenia berlińskiego autora, opierając się na możliwie wielkim materiale klinicznym. Wtedy dopiero sam fakt, oraz wyjaśnienie jego wyżej podane nabierze właściwego znaczenia.

Zadania tego podjąłem się, zachęcony przez mego Szefa, Radcę Prof. Dra W i c h e r k i e w i c z a, i skorzystałem z pozwolenia przejrzania ksiąg kliniki okulistycznej z okresu siedmioletniego, to jest od 1 stycznia 1896 roku, kiedy Prof. W i c h e r k i e w i c z objął dyrekcję kliniki, aż po dzień dzisiejszy. Od tego bowiem czasu zapiski w księgach klinicznych prowadzone są z taką dokładnością, że na uzyskanym z nich materiale statystycznym można w zupełności polegać. Ponieważ jednak, chcąc określić datę wystąpienia pierwszych objawów jaskry, trzeba z konieczności polegać na podaniach chorych, a wia-

domo, że do kliniki zgłaszają się przeważnie chorzy z klas niższych, po większej części mało inteligentni i nieoświeceni, więc ścisłość ich podań w tym kierunku pozostawia zwykle wiele do życzenia. Stąd też, chcąc uzyskać o ile możności jak najpewniejsze dane, uwzględniłem z pośród wielkiej liczby przypadków tylko te, w których chorzy przy wywiadach umieli dokładnie podać, jeżeli nie dzień, to przynajmniej miesiąc, w którym ulegli pierwszemu napadowi jaskry.

Prócz tego zwracałem uwagę na stałe miejsce pobytu zgłaszających się chorych i wliczałem do statystyki oprócz chorych miejscowych także tych, którzy przybywali z okręgu krakowskiego, z Galicyi, ze Śląska austriackiego i pruskiego, z Królestwa Polskiego i z Węgier, a wykluczałem tylko chorych przybywających z odległych krajów, ze względu na różnice klimatu.

Mimo tego ograniczenia materiału, zdołałem zebrać 188 przypadków ostrej jaskry u 175 chorych, podczas, gdy Steindorff opiera swoje wnioski na 102 przypadkach jaskry ostrej u 83 chorych spostrzeganych.

Steindorff w swej pracy podaje nawet dokładnie w stopniach temperaturę, jaka panowała w Berlinie w dniach, w których jego chorzy ulegli pierwszym objawom jaskry, a oparł się przytem na sprawozdaniach berlińskiego instytutu meteorologicznego. Co do mnie, ponieważ nie mogłem zebrać z ksiąg tak szczegółowych wskazówek co do daty wybuchu jaskry, a z drugiej strony, ponieważ objałem statystyką chorych zgłaszających się także z dalszych okolic, przeto bezcelowem byłoby przeszukiwanie zapisków krakowskiego obserwatorium astronomicznego.

W następującej tablicy (str. 303) zestawiłem cyfry, jakich mi dostarczyły księgi krakowskiej kliniki, wraz z cyframi, podanymi przez Steindorff'a.

Zgodność wyników obu tych statystycznych zestawień musi każdego uderzyć. W mojem zestawieniu, jak i Steindorff'a, przypadała największa liczba przypadków w miesiącach zimowych, zmniejszając się stopniowo i malejąc do zera w czasie letnich upałów (u Steindorff'a w czerwcu, u mnie

w lipcu). W jesiennej porze znowu liczba przypadków jaskry wzrasta i dochodzi do *maximum* w czasie największych mrozów. Jeżeli podzielimy rok na połowę cieplejszą od kwietnia do końca września i połowę zimniejszą od października do końca marca, to wedle statystyki Steindorff'a w zimniejszej połowie roku było 65 przypadków, w cieplejszej 37; według mojej statystyki było w zimniejszej połowie 141, a w cieplejszej 47 przypadków jaskry ostrej, a zatem różnica jeszcze bardziej uderzająca.

Miesiąc	Zestawienie przypadków z kliniki:			
	w Krakowie		w Berlinie	
	liczba przypadków jaskry ostrej w miesiącach	%	liczba przypadków jaskry ostrej w miesiącach	%
Styczeń	37	19·68	18	17·64
Luty	18	9·57	10	9·80
Marzec	23	12·23	7	6·86
Kwiecień . . .	19	10·10	8	7·84
Maj	12	6·38	11	10·78
Czerwiec . . .	4	2·12	0	0
Lipiec	0	0	5	4·90
Sierpień . . .	3	1·59	5	4·90
Wrzesień . . .	9	4·78	8	7·84
Październik .	13	6·91	10	9·80
Listopad . . .	18	9·57	11	10·78
Grudzień . . .	32	17·02	9	8·82
Razem . . .	188		102	

Wobec powtórnego i tak niewątpliwego stwierdzenia związku jaskry z porą roku, teoretyczne wyjaśnienie zjawiska tego, jakie Steindorff w swej pracy podaje, zyskuje na sile i znaczeniu.

Robiąc powyższe zestawienie, zwracałem także przy tej sposobności uwagę na płeć i wiek zgłaszających się chorych. I w tym względzie statystyka kliniki krakowskiej wykazuje słusność zapatrywania tych autorów, którzy twierdzą, że jaskra zapalna częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Po wszechnie jest również wiadomo, że jaskra pierwotna jest właściwą późniejszemu wiekowi, co również w mej statystyce znajduje potwierdzenie.

Wpływ wieku i płci wykazuje następujące zestawienie:

W wieku od	1	do	30	roku	życia	było	mężczyzn	0,	kobiet	0	chorych.			
>	>	>	31	>	40	>	>	>	1,	>	6	>		
>	>	>	41	>	50	>	>	>	4,	>	23	>		
>	>	>	51	>	60	>	>	>	22,	>	57	>		
>	>	>	61	>	70	>	>	>	16,	>	37	>		
>	>	>	71	>	80	>	>	>	5,	>	4	>		
Razem . . .											mężczyzn	48,	kobiet	127.

Wspominając mimochodem tylko o zależności jaskry od płci i wieku, uważam za główny wynik statystyki wyżej podanej stwierdzenie silnego wpływu zimniejszej pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry, co może mieć także pewne praktyczne znaczenie. Należy bowiem ludzi skłonnych do napadów jaskry, zwłaszcza tych, u których pojawiały się już pewne objawy zwiastunowe, wreszcie osoby, które na jednym oku już jaskrę przebyły, przestrzedz, żeby przedewszystkiem podczas mrozów zimowych wystrzegały się wszystkiego, co wedle doświadczenia wybuch choroby może przyspieszyć, a chorych zamożnych, zagrożonych jaskrą, wysyłać na czas zimowych miesięcy na południe.

Na zakończenie składam memu Szefowi, Rady Prof. Dr. Wicherkiewiczowi za pozwolenie korzystania z zapisków klinicznych, oraz za łaskawie udzielone wskazówki, serdeczne podziękowanie. —

O utworach szklistych w komorze przedniej oka.

Podał

DR K. RUMSZEWICZ

z Kijowa.

Dokończenie.

W jaki też sposób powstać może błona szklista, względnie błona o budowie zaćmy wtórnej na przedniej powierzchni tęczęwki? Donders wahał się wytlómaczyć sposób jej powstawania. Junge nie przyznawał w niej błony nowoutworzonej, lecz zgrubiałą istotę międzykomórkową. Przeciwnie Coccius, opierając się na doświadczeniach na królikach dokonanych, utrzymywał, że błona szklista na przedniej powierzchni tęczęwki była nowoutworzoną, nadto wyraźnie dodaje, że pokrywał ją śródbłonek, który również był przechowany na błonie Descemeta. Fuchs jest zdania, że w przypadku jego błona szklista powstała jako osad na przedniej powierzchni tęczęwki z bardzo obfitej w białko cieczy wodnej. Podział błony Descemeta na dwie warstwy przypisuje wpływom mechanicznym.

Najważniejsze dane, dotyczące anatomii błon szklistych nowopowstałych w komorze przedniej oka zawdzięczamy Wagenmannowi, zwłaszcza o ile chodzi mianowicie o wytlómaczenie sposobu powstawania tych błon. Początkowo wypadło wytlómaczyć powstawanie obszerniejszych zgrubień w obrębie błony Descemeta. Otóż badając oczy królika w kilka miesięcy po obszernem zeszkobaniu śródbłonka błony Descemeta¹⁾, znalazł on na błonie tej nowopowstałą warstwę, oddzieloną od dawnej linią przedziałową (Trennungslinie). Oczywiście warstwa ta późniejsza powstawać mogła tylko przez wytwór ze śródbłonka. Dalej opisał on²⁾ w oczach po przedziurawieniu rogówki również nowoutworzoną błonę Descemeta. W jednym zwłaszcza przypadku obnażona z błony Descemeta istota

¹⁾ Arch. f. Ophth. XXXIV, str. 262.

²⁾ Arch. f. Ophth. XXXV, 1 str. 172.

właściwa rogówki była pokryta nowoutworzoną błoną szklistą i nie mogło ulegać najmniejszej wątpliwości, że i w tym przypadku śródbłonek rozrósł się po powierzchni i wytworzył następnie błonę szklistą. Dalej spostrzegał Wagenmann¹⁾, że w ranie operacyjnej (po wydobyciu zaćmy) w błonie Descemeta oba brzegi przecięte dzieliło od siebie tylko cienkie pasemko tkanki, które łączyło się bezpośrednio z położoną na powierzchni błoną szklistą, pokrytą śródbłonkiem. Gepner również spostrzegał²⁾ na dość znacznej przestrzeni błonę szklistą pokrytą śródbłonkiem, która spajała ze sobą brzegi rany w błonie Descemeta (po irydektomii). Dalej Wagenmann w jednym przypadku przedziurawienia rogówki³⁾ pomiędzy rogówką a źreniczną częścią tęczówki spostrzegał warstwę tkanki, która zupełnie miała wygląd podstawowej istoty rogówki, na wewnętrznej zaś jej powierzchni, pod warstwą śródbłonka, znajdowała się błona szklista. Wniosek W. jest ten, że wszędzie, gdzie następuje rozrost po powierzchni śródbłonka, powstać może pod nim błona szklista. Niepodobna znaleźć błony szklistej bez powłoki śródbłonkowej, okoliczność zaś ta udowadnia, że właśnie błony szkliste wytwarza śródbłonek⁴⁾. Wertheimer również utrzymuje, że w jego przypadku błony szkliste zostały wytworzone przez śródbłonek.

Bardzo znaczny rozrost śródbłonka na powierzchni spostrzegano już nieraz. Sam Wagenmann spostrzegał razu jednego (zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego po operacji zaćmy z wytworzeniem zaćmy wtórnej) rozrost śródbłonka błony Descemeta w kilka warstw ułożonego dokoła komory przedniej, nawet wyrostków rzęskowych i błony rzekomej. Osobrzegany przez Ginsberga rozroście śródbłonka wzdłuż tylnej powierzchni tęczówki wspominałem już wyżej. Jak dalece znacznym być może rozrost komórek śródbłonka błony Descemeta, dowodzi również następujący przypadek:

1) Arch. f. Ophth. XXXVII, 2, str. 33).

2) Arch. f. Ophth. XXXVI, 4, str. 26.

3) Arch. f. Ophth. XXXVIII, 1 str. 175.

4) Arch. f. Ophth. XXXV, 1, str. 190.

S. A., 19-letnia nauczycielka: V/6 1888 operowałem ją według sposobu Weckera dla garbca prawej rogówki. Gojenie było zupełnie prawidłowe. IV/3 1902 r. chora zgłosiła się znowu, a to z powodu, iż lewe oko często ulegało zapaleniu, nadto zaczęła doświadczać zmęczenia i łzawienia w lewym oku po nie długiemi nawet czytaniu. W przednim środku powierzchni prawej gałki krążek błękitnawy średnicy około 10 mm., w obrębie którego, przy oświetleniu bocznem, spostrzegano drobne naczynia krwionośne. Bezpośrednio prawie obok krążka, ku górze i ku zewnątrz, pod spojówką widoczny był pęcherzyk postaci jajowatej, w kierunku ukośnym położony, którego dłuższa średnica wynosiła około 5 mm., krótsza mniej 4 mm. Gałka bardzo bolesna; IV/6 wyłuszczyłem ją.

Po rozcięciu gałki, długość osi jej wynosiła 20 mm., średnica równikowa 24 mm. Przy rozcięciu gałki brzytwa napotykała pewne przeszkody obok brzegów wytworzonej rogówki. Ustalenie w roztworze formolu, zalanie do celloidyny. Cięcia, w kierunku dłuższej średnicy pęcherzyka wykonane, wykazały: Siatkówka lejkowato oderwana, zupełnie zanikła. W załamkach jej odróżnić można było chyba tylko pierwociny warstw ziarnistych, pozatem tylko tkankę siatkowaną. Naczynia często były zwapniałe, a światło w nich bardzo zwężone. Oderwaniu uległa nawet część rzęskowa siatkówki, obok zaś miejsca oderwania znajdowały się obfite złogi wapna, miejscami nawet wysepki prawdziwej tkanki kostnej, otoczone tkanką osteoidalną. Na wewnętrznej powierzchni naczyniówki drobne lecz bardzo liczne wyrostki; twardówka zgrubiała. Rogówka przy operacji została, jak się zdawało, całkowicie usuniętą. W warstwie tkanki, która ją zastąpiła, znaleźliśmy ku wewnątrz cienką blaszkę związłej włóknistej tkanki łącznej, do której przyczepiały się liczne pasemka również włóknistej tkanki łącznej, które pochodziły od siatkówki. Dalej znajdowało się zabarwione pasemko włóknistej tkanki łącznej. Stanowiły je resztki pociągniętych bardzo ku przodowi zanikłych wyrostków rzęskowych, które wrosły w tkankę bliznową. Kierunek pęczków jej był równoległy z powierzchnią gałki, tylko w środku, w miejscu, gdzie brakowało barwika,

pęczki udawały się w kierunku osi gałki, z tyłu, z okolicy siatkówki, ku przodowi. Dalej ku przodowi tkanka bardziej luźną się stawała i w niej znajdowały się podługowate utwory, w których nie trudno było poznać wgłobienia przybłonka spojówki gałki, nadto podługowate wysepki zwiniętej jakby w kłębek torebki soczewkowej. Dalej ku przodowi znajdował się wielowarstwowy przybłonek ułożony zupełnie prawie na wzór przybłonka rogówki.

W skroniowej części gałki wyrostek rzęskowy mniej był pociągnięty ku przodowi. Tu też na poziomie jego mniej więcej bardzo wyraźną była błona Descemet'a, która, początkowo bardzo cienka, stopniowo grubiejąc, udawała się ku próżni pęcherzyka i na ścianie jego wewnętrznej dzieliła się na dwie warstwy, które przechodziły na bliższą i dalszą ścianę tegoż. Wewnętrzną powierzchnię pęcherzyka wszędzie pokrywała warstwa komórek śródbłonkowych. Na ścianie bliższej, którą stanowiła właściwie twardówka, wszędzie widoczną była błona szklista, z początku gruba, później znacznie cieńsza. W niektórych miejscach była ona szczególnie widoczną, gdyż była odklejoną od powierzchni twardówki. Przeciwnie w ścianie dalszej, zaczawszy od wewnątrz, błona szklista, nadto znacznie cieńsza, widoczną była tylko na nieznacznej przestrzeni, natomiast ścianę jej stanowiła tkanka bardzo drobnowłóknista, w której bardzo rzadko dawały się spostrzegać resztki jakby bardzo wydłużonych jąder.

W części ściany przedniej, najbardziej ku zewnątrz położonej, włóknistość zupełnie prawie nie była widoczną, budowa była raczej jednolitą, natomiast stosunek do eozyny, fuksyny, a zwłaszcza tioniny, wskazywał szkliste zwyrodnienie. Jeszcze dalej ku zewnątrz znajdowała się cienka bardzo warstwa luźnej tkanki łącznej, następnie wielowarstwowy przybłonek spojówki gałki, który pokrywał ku zewnątrz utwór torbielowy. —

Zupełnie takie same zmiany spostrzegałem niedawno w 1 przypadku w ścianie torbiela ze zmienionych gruczołów poto-

wych w okolicy mięska łzowego powstałego¹⁾. Oczywiście warstwa śródbłonkowa powstała wskutek rozrostu śródbłonka pozostałej po operacji garbca części błony Descemet'a; ten zaś śródbłonek wytworzył położoną bezpośrednio pod nim ścianę wewnętrzną utworu torbielowego — w części bliższej w postaci nowoutworzonej warstwy szklistej, w części dalszej — w postaci błony, pod względem budowy zbliżonej do zaćmy wtórnej, która w znacznej części uległa zwyrodnieniu szklistemu. Zatem nieznaczne nawet masy śródbłonka błony Descemet'a wytworzyć mogły obszerny utwór torbielowy, nawet w warunkach od prawidłowych bardzo odmiennych.

Z tego, cośmy wyżej przytoczyli, nie może ulegać wątpliwości, że śródbłonek wytworzyć może w komorze przedniej, na rogówce i na tęczówce, nowe błony szkliste i nadto tkanek o budowie zaćmy wtórnej. Obecnie chodzi o to chyba może, czy przy powstawaniu utworów tych na tęczówce czynną rolę odgrywają komórki błony Descemet'a, czy też przedniej powierzchni tęczówki?

Zdaniem Wagenmann'a, czynne tu są komórki mianowicie błony Descemet'a, a to z powodu, iż: 1) dodatkowa warstwa błony Descemet'a bezpośrednio przechodzi na tęczówkę w nowoutworzonym kącie komory przedniej, w pasie zaś zewnętrznym, w obrębie którego rogówka była zrośnięta z tęczówką, śródbłonka wcale nie było; 2) błona dodatkowa w jednym przypadku pokrywała również w części soczewkę (w obrębie szpary operacyjnej); 3) kąt przyczepiny przedniej wypełniał rozrost śródbłonka rogówki; 4) śródbłonek ma wogóle znakomitą zdolność rozrastania się na powierzchni; 5) dopomagać zaś w tem mu może zarośnięcie kąta komory.

Z powodu tych punktów pozwolę sobie dodać kilka uwag. Najpierw śródbłonek zawsze przechodzi z błony Descemet'a na tęczówkę. Spostrzegamy to najwyraźniej już u zarodka. Przy rozwoju oka śródbłonek błony Descemet'a występuje

¹⁾ Postępowanie Okulistyczne. 1903. Z. VI.

bardzo wybitnie. Pierwszy zwrócił na to uwagę Kessler¹⁾ już w pierwszej swej pracy o rozwoju oka i potwierdził w obszernej późniejszej swej pracy²⁾.

Wykazał on, iż po utworzeniu się zawiązka soczewki u ptaków i trytonów od brzegu blaszki zarodkowej średniej pomiędzy brzegiem pęcherzyka a listkiem rogówkowym położonego, ku środkowi przesuwają się warstwa komórek, która stanowi przyszły śródbłonek błony Descemet'a. Fakt ten najzupełniej potwierdzić mogę. Nie wdając się na tem miejscu w szczegóły, powiem tylko, iż to samo spostrzegłem przy rozwoju oka u ssaków. Co prawda, zjawiska występują tu mniej wybitnie. Najpierw z powodu, iż u ptaków i u trytonów pomiędzy rozwojem śródbłonka tylnej powierzchni a istoty własnej rogówki następuje krótka, lecz wyraźna przerwa, mianowicie, gdy zwiążek śródbłonka błony Descemet'a jest już zupełnie wytworzony jako warstwa całkowita, istoty właściwej rogówki na razie wcale jeszcze nie ma, pomiędzy zaś śródbłonkiem a przyszłym przybłonkiem rogówki zostaje warstwa bezpostaciowa, do której później tylko (aczkolwiek po krótkim czasie) przesiedlają się z brzegu pierwociny, z których powstaje istota właściwa rogówki. U ssaków pomiędzy rozwojem przyszłego śródbłonka a istoty własnej rogówki przerwy co do czasu nie ma, gdyż przesiedlenie komórek z brzegu ku środkowi dla obu utworów odbywa się jednocześnie, nadto jednocześnie również ku wewnątrz od komórek dla śródbłonka przesiedlają się od brzegu pierwociny dla wytworzenia błony żrenicznej. Nie zachodzi też najmniejsza wątpliwość co do tego, że u zapłodka błona Descemet'a powstaje jako wytwór komórek jej śródbłonka. Co do śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki, to już z chwilą powstawania komory przedniej na razie tylko jako szczeliny włosowatej, jest on u zarodka zupełnie widoczny i stanowi tylko ciąg dalszy śródbłonka tylnej powierzchni rogówki. U dorosłych Kölliker już bardzo

¹⁾ Zur Entwicklung des Auges etc. Dorpat. 1871.

²⁾ Zur Entwicklung des Auges der Wirbeltiere. Leipzig. 1877.

dawno spostrzegał wielowarstwowość błony Descemet'a, okoliczność ta dowodzi stopniowego nawarstwiania błony i wyraźnie przemawia za rolą wytwórczą komórek śródbłonka. Ranvier w swej pracy »Recherches expérimentales sur le mécanisme de la cicatrisation des plaies de la cornée«¹⁾ wypowiada wyraźnie, iż błona Descemet'a powstaje jako wydzielina komórek jej śródbłonka zawsze bezwarunkowo, zarówno u zarodka, jako też przy jej odradzaniu u dorosłych. Wytwórczą pracę komórek śródbłonka przy powstawaniu chorobowych zgrubiałości błony Descemet'a najlepiej przedstawił Wagennann²⁾ na rys. 1, 2 i 3 tabl. III.

U dorosłych śródbłonek błony Descemet'a zawsze przechodzi bezpośrednio na przednią powierzchnię tęczęwki. W razie, gdy w stanie chorobowym pas obwodowy tęczęwki bywa zrosnięty z rogówką, połączenie obu śródbłonek odbywa się w sposób bardziej jeszcze bezpośredni, gdyż brakuje tu więzadła grzebieniastego. Wszakże nie mamy jeszcze powodów przypuszczać, że śródbłonek Descemet'a przesuwa się tu, czyli rozrasta na przedniej powierzchni tęczęwki. Co się tyczy znów okoliczności, że obwodowa część błony Descemet'a pomiędzy zrosniętymi pasami położona pozbawiona jest śródbłonka, jest to fakt stały, który się zawsze powtarza. Powtarza się on w wypadkach, gdy w środku nawet błony Descemet'a przytyka doń bezpośrednio bądź nowotwór w komorze przedniej rozrastający się, bądź zwichnięta soczewka.

Niepodobna odmówić czynnej roli również komórkom śródbłonka przedniej powierzchni tęczęwki. Michel³⁾ często znajdował »szkliste zgrubienie«⁴⁾ błony śródbłonkowej tęczęwki w oczach po przebytem zapaleniu tęczęwki i ciała rzęskowego lub jaskrze. Alt⁴⁾ utrzymuje, iż komórki śródbłonka przedniej powierzchni tęczęwki wytwarzać mogą tkankę łączną o utka-

1) Arch. de l'Anatomie microscopique. 1898.

2) Arch. f. Ophth. XXXVIII, 2.

3) Ueber Iris und Iritis. — Arch. f. Ophth. XXVII, 2.

4) Amer. Journal of Opt. 1896, str. 33.

niu blaszkowatę. Przypomnę tu jeszcze fakta, spostrzegane w moich przypadkach. W pierwszym przypadku błona szklista przedniej powierzchni tęczówki, bardzo gruba w pasie obwodowym, w kierunku ku środkowi, coraz cieńszą się stając, przechodziła w pasie źrenicznym w przednią błonę graniczną tęczówki. Dodam, że zupełnie jak w prawidłowych stosunkach komórki śródbłonna tęczówki były bardziej płaskie i ściślej ze sobą zespolone, niż komórki błony Descemet'a. W drugim przypadku moim śródbłonek błony Descemet'a nie zdradzał objawów bujania, w kącie komory zawsze składał się li tylko z jednej warstwy komórek. Ważniejszą jeszcze, mojem zdaniem, jest okoliczność, iż w przypadku tym tkanka o budowie zaćmy wtórnej (*endothelogenes Bindegewebe*, jak ją słusznie nazywa Wagenmann), w części obwodowej komory, zwłaszcza od strony skroniowej, występowała nie od razu w postaci warstwy całkowitej, lecz tylko w postaci odosobnionych wysepek rozmaitej wielkości i grubości. Wobec zaś braku wskazówek co do posuwania się rozrostu komórek śródbłonna Descemet'a na przednią powierzchnię tęczówki, zdaniem mojem, jeden tylko pozostaje wniosek, mianowicie, iż tkanka, również jak nowopowstała na tęczówce błona szklista, wytworzone zostały na miejscu przez pierwociny śródbłonna przedniej powierzchni tęczówki. I w tym również przypadku komórki zarówno warstwy śródbłonkowej, która pokrywała przednią powierzchnię błony szklistej, jakoteż znajdujące się pomiędzy warstwami położonej pod nią tkanki, przechowały najwyraźniej te znamiona komórek śródbłonna przedniej powierzchni tęczówki, które wyżej wymieniłem. Jakkolwiek więc nie może ulegać wątpliwości, że w niektórych razach rozrost komórek śródbłonna błony Descemet'a ogarniać może części otaczające, względnie tęczówkę, i wytwarzać tam utwory miejscu temu niewłaściwe, niemniej przeto, wobec faktów, które wyżej przytoczyłem, wypada, że komórek śródbłonna przedniej powierzchni tęczówki stać również na wytworzenie błon szklistych, lub też tkanki łącznej o odrębnej blaszkowatej budowie.

Kilka słów w sprawie tak zwanego wiosennego zapalenia spojówki.

Podał

B. WICHERKIEWICZ.

(1 rysunek).

Im mniej cierpienie jakie znane, tem więcej zazwyczaj otrzymuje nazw. Stosownie do tego, jaki objaw cierpienia autor uważał za najważniejszy, względnie który mu przedewszystkiem podpadł, ten decyduje często o nazwie.

Choroba najczęściej, za przykładem Sämisch'a [1], nazywana katarem wiosennym, znamionuje się trzema objawami, które jej przyczyniły te różne nazwy, wedle tego, co poszczególnym autorom przedewszystkiem z objawów podpadło.

Objawami tymi są: przez Horner'a [2] po raz pierwszy stwierdzony przerost ciała brodawkowego. Brodawki te są twarde, spłaszczone, dlatego porównywane do bruku, albo jeżeli więcej wyniosłe, do grzybów, a że nabłonek spojówki jest przy tem znacznie przerosły, przeto powierzchnia spojówki powiekowej, i to górnej, ma wygląd, jakoby płynem jakim białym, n. p. mlekiem, była zlaną. Ten przerost, który zresztą do najczęstszych zalicza się objawów choroby, przypomina nieco przerost jaglicowy, za który też niejednokrotnie bywa uważanym, mimo, że różnica dosyć znaczna tutaj zachodzi.

Przy zapaleniu wiosennem brodawki są płaskie a szerokie i mają wygląd białawy, przy jaglicy zaś są dość wyniosłe i czerwone.

Drugi objaw, który cierpienie czyni bardzo znamienne, a zazwyczaj do stałych należy, jest nabrzmienie w postaci wału różowego, mniej więcej tworzącego łuk, lub nawet pierścień mniej lub więcej zamknięty, zakrywający brzeg rogówki. Wał ten na rąbku, to przerost tkanki łącznej z licznymi komórkami i naczyniami. Lubo nie tak silnie, jak na papillach spojówki powiekowej, ale zawsze wybitnie jest i tu nabłonek

nad tą częścią spojówki gałkowej przerosły, a niekiedy wnika on i w głąb.

Ten przerost na rąbku, gdy jest częściowy, przypomina nieco zapalenie pryszczkowe, co właśnie Arlt'owi [3] dało powód do uważania tej choroby, jako odmiany zapalenia pryszczkowego.

Desmarres, odnosząc sprawę do rogówki, nazwał ją *hypertrophie perikératique*, a Hirschberg [4] znowu powrócił do pojęć Arlt'a, ale, uwzględniając barwę, nazwał cierpienie *phlyctaena pallida*.

Sämisch, uwzględniając występywanie choroby przeważnie z nastaniem wiosny, co właśnie, jak wiadomo, stanowiło dotychczas trzeci ważny objaw kliniczny, nazwał chorobę wiosennym katarem, lubo w rzeczywistości z katarem choroba ta nie ma nic wspólnego.

Ponieważ niejednokrotnie występuje objaw na powiece, gdy objaw rąbkowy jest albo nieznaczny albo nawet wcale go nie ma i na odwrót, przeto chcieli niektórzy autorowie rozróżnić dwie postacie tego zapalenia, a mianowicie powiekową i gałkową. Naszem jednak zdaniem, prawie zawsze obie postacie zachodzą, lubo widzujemy je często nierówno silnie rozwinięte; tak jak wogóle czasami obie tak mało się znaczą, że tylko anamneza do rozpoznania cierpienia dopomaga.

Aczkolwiek najczęściej podpada właśnie objaw drugi, t. j. gałkowy, to jednak zachodzą przypadki, że tego właśnie nie ma, gdy pierwszy po odwróceniu powieki górnej wpada niewątpliwie badającemu w oko, co właśnie do pomyłek rozpoznawczych daje nieraz powód, jak o tem się kilkakrotnie przekonałem. Za tem przemawia też przypadek, który mam zamiar opisać. — Nie z tego jednak powodu, ale głównie dla niezwykłego rozwoju przerostu ciała brodawkowego na spojówce chrząstkowej górnej powieki uważam ten przypadek jako niezwykły.

Dn. 11 lutego b. r. zjawił się w ambulatoryum mej kliniki 31letni robotnik W. J. z Węglówki, pow. Wieliczka, z prośbą o pomoc, ponieważ mając zamiar szczęścia szukać w Ameryce,

nie został przepuszczony przy badaniu lekarskiem przez granicę pruską, dopóki się nie wyleczy z »zaraźliwego cierpienia ocznego«.

Podaje przy tem na zapytania, że prócz tyfusu w wieku dziecięcym, żadnych chorób nie przechodził. Co do ocz zaś, skarży się tylko na swędzenie i czerwoność, występujące od kilku lat w porze wiosennej i letniej, gdy zimą objawy wszelkie mijają. Nie był leczony, gdyż choroba sama zwykła ustępować. Żona i dzieci na oczy nie chorują.

Badając chorego, znajdujemy nieco niską szparę i lekkie nabrzmienie powiek dolnych. Na lekko przekrwionych spojówkach dolnych powiek widać tu i owdzie mieszki wzdłuż dolnego załamku, gdy górny zupełnie jest wolnym. Natomiast niezwykle obraz przedstawia nam się na spojówce chrząstkowej. Jest to płaszczyzna blado-różowa, jakby przez białą jaką powłóczkę widziana. Nadto podpada nam przedewszystkiem podział całej płaszczyzny na prawie regularne, bruzdami odgraniczone pola mniej więcej równej wielkości, już to nieregularnie okrągłe, już to wielokątne.

Całość niezmiernie przypomina nam wyglądem skórę krokodyla, jak to doskonale i wiernie oddany rysunek wykazuje.

Gdy tak wybitne były zmiany na spojówce chrząstkowej, nie mogące wobec obrazu klinicznego i wobec anamnezy uchoodzić za nic innego, jak tylko za stan chorobowy, nazwany katarzem wiosennym, rąbek czyli *limbus* jak wogóle cała pozostała część spojówki, a także rogówka, nie przedstawiały najmniejszej zmiany.

W naszym przypadku zachodzi i ta osobliwość, iż chorobę, występującą, jak wiadomo, przeważnie u osób młodocianych, wedle naszego doświadczenia, w wieku od 6—18 roku, spotykamy u stosunkowo starszej osoby. Dowiedzieliśmy się od niej, iż od lat kilku zapada, ale niewątpliwie początek nie sięga krańca normalnego.

O leczeniu nie będziemy się tutaj rozwodzić, zaznaczając tylko po krótko, iż antypiryna w rozczynach 10—15% jako i protargol 2—3%, a także maść kseroformowa 5% okazywała

nam się względnie najskuteczniejszą, jak to swego czasu na innych miejscach zaznaczyć mieliśmy sposobność.

W tym przypadku oczywiście skłoniliśmy się do życzenia chorego, potwierdzając mu dla władz granicznych, iż choroba jego nie jest »trachoma«.

Co do patologiczno-anatomicznych zmian, to nie mieliśmy dotychczas sposobności wykonać badania mikroskopijnego głębszych części tkanki chorobowo dotkniętej. Badania takie, wykonane jednak przez Fuchs'a, Horner'a, Schöbl'a i innych, stwierdzają głównie przerost nabłonka z miernym przerostem tkanki łącznej. W niektórych atoli przypadkach zdaje się, iż właśnie ostatni przeważa. I tak wykazali to: Reymond [5], Burckhardt [6], zwłaszcza zaś Schlub [7], który na podstawie badania kilku nowych przypadków, w których siedliskiem cierpienia był rąbek w obrębie szpary powiekowej, wyniósł wrażenie, że przerost podścieliska obfitującego w komórki przeważa w porównaniu do przerostu nabłonka, któremu nawet tam, gdzie tworzą się wyniosłości, nadaje przebieg łukowaty, nie dopuszczając nigdzie do wgłębień nabłonka.

Wobec tworzenia się tej zbitej nowej tkanki łącznej nazywa Schlub stan ten »Fibrombildung am Limbus der Cornea bei Frühjahrskatarrrh«, a całą sprawę uważa jako hyperplazję tkanki, towarzyszącej zapalnej infiltracji.

Jeżeli przerost nabłonka niknie wobec przerostu samego podścieliska w wyniosłościach rąbkowych, to jest on jednak bardzo znacznym właśnie w tych przypadkach, gdzie zmiany dotyczą spojówki powiekowej. Tu inny układ anatomiczny stawia temu prawdopodobnie zaporę, gdy tam luźna tkanka podspojówkowa ułatwia rozrost tkanki łącznej.

Co tę niezwykłą, a jednak pod względem rokowania niewinną sprawę wywołuje, tego dotychczasowe badania nie stwierdziły. Przypadki przezemnie w ciągu szeregu lat spostrzegane, ponownie poddawane bywały badaniu bakteriologicznemu spojówki, ale nie znaleziono nigdy drobnoustrojów swoistych.

Objawy podmiotowe są tak drugorzędnej natury,

że nie one, ale wygląd ócz do lekarza sprowadza chorego. — Lekkie łzawienie, słabe pieczenie i nieznaczna wydzielina, to wszystko, na co się okolicznościowo tacy chorzy skarżą.

Na zakończenie słówko co do nazwy, od czego właśnie niniejszą rozprawkę rozpoczęliśmy. Gdybyśmy dokładnie znali istotę rzeczy, nie trudno byłoby było od razu stosowną nazwą takową określić. Nieuprzedzony przyzna jednak, że żadna z powyżej przytoczonych, a już najmniej nowa przez Schlub'a¹⁾ podana nie określa ściśle istoty rzeczy. Czy kusić się o nową, czy przyznać prawo obywatelstwa jednej z istniejących? Najkrótszą i może najwięcej narzucającą się byłaby *phlyctaena pallida*, ale tylko wtenczas, gdy mamy do czynienia z objawem rąbkowym. Dla naszego więc przypadku i podobnych nazwa niestosowna. Gdy każda powinna ile możności obejmować wszelkie odmiany zjawiska chorobowego, sądzimy, że najwięcej temu zadaniu odpowie: okresowy przerost zapalny spojówki, *conjunctivitis hyperplastica periodica*.

Omijam tu przymiotnik: nieżytowy, bo nieżytu w ścisłym znaczeniu nie mamy, omijam i przymiotnik: wiosenny, bo niejednokrotnie widywałem nawroty tego objawu w lecie, a nawet dopiero w początkach jesieni.

Literatura.

1. Handbuch der ges. Aghk. 1. 1 wyd. T. 1876, str. 28.
2. Handbuch der Kinderkht. von Gerhardt Abt. 2, str. 300. 1889.
3. Prager Vierteljahrschft. Nr 4. 1886.
4. von Gräfes Vorträge wydane przez Hirschberga. 1871, str. 47.
5. Annali di Ottalmologia. Vol. IV. 1875, str. 329.
6. Beitrag zur Lehre von den Grenzstumoren von Conjunctiva u. Cornea. Dissert. Bazylea. 1894.
7. Fibrombildung am Limbus der Cornea. — Arch. f. Aghk. T. 35.

¹⁾ L. c.

II. STRESZCZENIA.

Jaskrowe wydrażenie twardówki w obrębie garbiaka na oczach bardzo krótkowidzących (Glaukomatöse Skleralexkavation im Bereich des Konus hochgradig myopischer Augen.). Dr Kampherstein (Klin. Monatsbl. f. Aghk. Nr 5 i 6 1903.).

Badania Bass'a i innych autorów, którzy mierzyli grubość twardówki oczu krótkowidzów, wykazały, że twardówka w tylnym biegunie wynosi $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ grubości odcinka przedniego. Autor podaje dwa niżej opisane przypadki wysokiej myopii, w których wskutek jaskry przyszło do wydrażenia tarczy i sąsiedniej twardówki.

1 przypadek: Chory 48letni, od dziecka krótkowidz, na lewym oku ma od pół roku silne bóle w tem oku i tej stronie głowy, od tego czasu nie tem okiem nie widzi. Badanie wykazuje rozszerzenie przednich żył rzęskowych, zaćmienie soczewki, źrenicę szeroką, tęczówkę zwyrodniałą, na światło nieoddziaływującą. W przedniej komorze mały krwotok, na błonie Descemet'a nalot krwawy. $V = 0$. Napięcie obecnie niepodwyższone.

Ponieważ bólów żadnymi środkami usunąć się nie dało, wyjęto oko.

Badanie mikroskopowe wykazało w przednim odcinku przewlekłe zapalenie ciała rzęskowego, które miało płaską i wydłużoną postać, odpowiadającą typowej krótkowzrocznej gałce. Od ciała rzęskowego ciągną łącznotkankowe sznury do oderwanej i silnie zwyrodniałej siatkówki.

Twardówka jest z przodu aż do równika prawie jednokowej grubości i wynosi 0.6 mm. Od równika ku tylnemu biegunowi gwałtownie się grubość zmniejsza i wynosi koło tarczy 0.05—0.1 mm.

Tarcz i skroniowa część przylegającej twardówki głęboko wydrażone.

2 przypadek: Chora 53letnia zgłosiła się z powodu zaćmy na prawem oku. Na lewym oku zupełne zwapniałe *leukoma corneae adhaerens*, napięcie gałki prawie prawidłowe, bolesność przy dotyku, silne rozdęcie żył twardówkowych. $V = 0$. Wyjęcie oka lewego, usunięcie zaćmy na oku prawem.

Mikroskopowe badanie wykazuje w przednim odcinku stare zmiany zapalne ciała rzęskowego. Rogówka zbliżowaciała, przedniej komory brak. Grube stare sznury, które z tęczówką i z płaskim, wydłużonym, bliźnowato zwyrodniałym ciałem rzęskowym są zrosłe, leżą tuż za rogówką. Ze soczewki zostały tylko resztki torebki. Siatkówka i naczyniówka oderwane zupełnie i okazują silne

objawy zwyrodnienia. Twardówka w ogólności bardzo cienka i wynosi w przednim odcinku 0·4 mm. a w tylnym koło nerwu 0·15 mm.

Okolica tarczy i w tym przypadku jest silnie wydrążona, a wydrążenie to składa się w połowie z tarczy, a w drugiej części z twardówki. W obydwóch przypadkach włókna twardówkowe zaginają się ku stronie skroniowej pod ostrym kątem i wstępują głęboko w wydrążenie, podczas, gdy strona nerwu ocznego zupełnie zanikłego nie tak głęboko jest wydrążona. Pochewki nerwowe po stronie skroniowej są silnie rozszerzone i otaczają całe wydrążenie twardówkowe.

Znamiennem w obydwóch przypadkach jest to, że przestrzeń międzypochewkowa po skroniowej stronie jest znacznie rozszerzona, podczas, gdy na oczach o wysokiej myopii zwykle nosowa przestrzeń międzypochewkowa bywa szerszą, widocznie ta część twardówki, która zamyka z przodu tę przestrzeń, musiała być na silniejszy ucisk wystawiona i wskutek tego przyszło do silnego jej rozszerzenia.

Oprócz tych dwóch przypadków miał autor sposobność badać jeszcze jedno oko o wysokiej myopii z podobnemi zmianami anatomicznemi w tylnym biegunie, wobec czego przychodzi autor do wniosku, że wydrążenie bieguna tylnego w jaskrowych krótkowzrocznych oczach nie należy do nadzwyczajnych rzadkości. —

Dr Piotr Geisler.

Pęknięcie twardówki w tylnym garbiaku (Ruptura sclerae in staphylomate postico.). Doc. Wintersteiner (Klin. Monatsbl. f. Aghk. 5—6. 1903.).

Autor miał sposobność badać oczy kobiety nagle zmarłej, z których lewe było zanikłe, a prawe znacznie wydłużone, bo oś przedniotylna wynosiła 33·5 mm, szerokość 29 mm, wysokość 27·5 mm, a zatem co do postaci odpowiadało silnie krótkowzrocznemu oku. Tylna część twardówki okazuje niebieskawo przeświecający garbiak, a prócz tego znajdowało się płaskie, wielkości soczewicy wypuklenie powyżej miejsca wstąpienia nerwu. Najbliższe otoczenie nerwu wzrokowego jest wydęte, tak, że pochewki bez wyraźnej granicy do zcieńczonej twardówki przechodzą. Na zewnątrz od nerwu jest duża okrągła przestrzeń wypukłona wielkości centa, czarnoniebieskawo przeświecająca i tak dalece cienka, że okozymane rogówką zwrócone ku oknu wiele światła przepuszcza. Lewy nerw wzrokowy jest w miejscu skrzyżowania się całkowicie, a prawy znacznie zanikły.

Badanie lewego oka zanikłego okazuje w tylnym biegunie bliźnię twardówkową ku dołowi, zewnątrz od nerwu. Naczyniówki brak aż do małych resztek koło blizny twardówkowej, także z siat-

kówki pozostały tylko resztki koło tarczy. Gałka skurczyła się przede wszystkim w tylnym odcinku. W przednim odcinku znajdują się jeszcze ślady przebytego zapalenia ciała rzęskowego.

W przypadku tym można przyjąć, że skurczenie gałki było następstwem urazu, wskutek którego przyszło do pęknięcia twardówki w tylnym biegunie jakoteż do oderwania naczyniówki i siatkówki w okolicy *ora serrata*. Przez ziejącą ranę twardówkową wypłynęło ciało szkliste i obydwie oderwane błony do tkanki oczodołowej, a gałka uległa skurczeniu. Wiotka tkanka łączna, wypełniająca gałkę, zawdzięcza swoje powstanie albo organizacyi wewnątrzgałkowego krwotoku, albo chronicznemu zapaleniu ciała rzęskowego.

Że pęknięcie nastąpiło w tylnym odcinku, zawdzięcza oko swojej budowie, to jest nadmiernej słabości i cienkości twardówki w tem miejscu, bo wobec zmian na drugim oku się znajdujących przypuszczać należy, że to oko również było krótkowzroczne z typowym garbiakiem w tylnym odcinku. Wobec tych zmian anatomicznych uraz już nawet lekki wystarczył, aby sprowadzić pęknięcie cienkiej ściany twardówkowej. — *Dr Piotr Geisler.*

Anatomopatologiczne badanie nowotworu kilakowego ciała rzęskowego (Pathologisch-anatomische Untersuchung einer Gummigeschwulst des Ciliarkörpers.). Dr Fred. Tooke z Kanady (Kl. Monatsbl. f. Aghk., Festschrift, 1903.). Z kliniki okulistycznej we Fryburgu.

Ważnem jest przy badaniu histologicznem wrzodów kiłowych pytanie, czy te twory należą do drugorzędnej czy do trzeciorzędnej kiły, bo zwykle uważa się wszystkie większe kiłowe tkanki za kilaki. Coppez i inni autorowie zaliczają cały szereg kilaków, występujących podczas objawów kiły drugorzędnej, do zmian guzkowych (*papulae*). Histologiczne rozpoznanie różniczkowe między tworami drugo- a trzeciorzędnymi nie jest jednak łatwe, bo zdarza się czasem, że niektóre przypadki uznane za prawdziwe gummata we względnie bardzo krótkim czasie po zarażeniu wystąpiły, jak to widzimy w następującym przypadku:

Do powyższej kliniki zgłosiła się kobieta 50letnia, skarżąc się na bóle głowy i zaczerwienienie oka od 14 dni. Rodziła 5 razy, czwarte dziecko umarło po 3 miesiącach, a piąty poród był przedwczesny, dziecko nieżywe.

U chorej znaleziono na całym ciele wysypkę syfilityczno-plamisto-guzkową i silne zapalenie tęczówki lewej. Po wtarciu 60 gr. szarej maści znikła wysypka zupełnie, a zapalenie tęczówki poprawiło się, pozostawiając okrągłe zrosty tęczówkowe, a na tylnej powierzchni rogówki znaczną ilość nalotów.

Po roku zgłosiła się chora powtórnie do kliniki, podając, że miewała częste bóle głowy, a oko było często zapalone. Badanie wykazało, że lewe oko jest bardzo wrażliwe na ucisk, a przy górnowewnętrznym brzegu rogówki w twardówce znajdowało się około $1\frac{1}{2}$ cm szerokości okrągłe wypuklenie z płaskimi brzegami. Wierzchołek wypuklenia prześwieca szaroczerwono. Rogówka jest szara, a tylna powierzchnia tak silnie nalotami pokryta, że niemożliwym jest rozpoznanie rysunku tęczówki. Przednia komora głęboka, źrenica wąska, zupełnie zarosła. W kąciaku komory są ku górze wewnątrz szare masy, które zdają się z okolicy wypuklenia twardówki wyrastać. Zupełna ślepotą. Chora cierpiała jeszcze na wrzody kiłowe na ramieniu, które uznano za trzeciorzędne. Ponieważ następnego dnia wystąpił krwotok do przedniej komory ze silnymi bólami, wyjęto oko.

Makroskopowo widać na skrawkach w okolicy ciała rzęskowego po stronie nosowej gałki naciekle miejsce, które przechodzi także na tęczówkę i naczyniówkę. Mikroskopowe badanie wykazuje, że od brzegu rogówki przesuwają się między przybłonkiem a błoną Bowman'a nacieki leukocytowy z nowo wytworzonymi naczyniami ku rogówce. W miąższu rogówkowym znajduje się znaczna ilość komórek wędrujących. Tęczówka jest znacznie obrzęknięta i naciekła i jest na wielkiej przestrzeni z soczewką zrosła. Soczewka otoczona wysiękiem, torebka pomarszczona. Między siatkówką a naczyniówką znaczne krwotoki, a w niektórych miejscach są obie błony ze sobą sklezione. Siatkówka w okolicach naczyń naciekła, warstwa pręcików i słupków wszędzie zanikła.

Obrzęk ten zaczyna się po stronie nosowej gałki na granicy środkowej i tylnej trzeciej części tęczówki, ciągnie się przez ciało rzęskowe do naczyniówki aż prawie do równika i jest złożony z nagromadzonych komórek wędrujących jedno i wieloziarnistych, drobno-komórkowe nacieczenie tworzy główną część składową obrzęku. W mniejszej ilości znajdują się oprócz tego większe przybłonkowe komórki, a w znaczniejszej ilości komórki obrzęku. Owrzodziały nacieki przechodzi przez przebitą otwór w twardówce pod spojówkę.

Powyższy przypadek wykazuje obrzęki granulacyjne, przebijające twardówkę i należące do kiły trzeciorzędnej, bo guzek kiły drugorzędnej tak daleko idącego spustoszenia w ścianach oka nie spowoduje. Kilaki usadwiają się najczęściej w ciałku rzęskowym, podczas, gdy guzki tęczówkę zajmują. W przypadku tym znamienne jest to, że kiła trzeciorzędna wystąpiła w krótkim czasie po drugorzędnej, jak się to tylko zdarza przy kile galopującej, a byłoby nie-

właściwem zaliczać tę postać do kiły drugorzędnej, jedynie z tego względu, że zmiany oczne tak prędko wystąpiły. —

Dr Piotr Geisler.

Walka przeciw wadom wzroku i skrzywieniom kręgosłupa, występującym z powodu wadliwego siedzenia przy nauce (La lutte contre les déformations des yeux et de la colonne vertébrale par la lecture.). E. Rolland (Le Bulletin d'Oculistique. 1903, Nr 3.).

Autor wykazuje w długim i szczegółowym wywodzie, że sprzęty szkolne, odpowiadające zupełnie obowiązującym dziś w tym względzie przepisom we Francyi, nie spełniają zadania należycie, to jest nie chronią ucznia przed niebezpieczeństwem krótkowzroczności i skrzywień kręgosłupa, gdyż nie zapobiegają wadliwemu trzymaniu się, nieprawidłowemu sposobowi siedzenia, trzymaniu głowy i rąk. podczas nauki w szkole. Wyliczywszy drobiazgowo wszystkie własności, jakie powinna posiadać wzorowa ławka szkolna, aby odpowiadała dzisiejszym wymaganiom higieny, podaje autor techniczny opis przyrządu, który nazwał optostatem i który ma służyć do wyzyskania wszystkich tych własności higienicznego *subse-lium*. Przy zastosowaniu optostatu Rolland'a uczeń jest zmuszony trzymać się w ławce prosto, całemi stopami opierać się o podstawę ławki, przedramiona opierać swobodnie na pulpicie pochyłym, przy-czem oba barki i obie łopatki pozostają w równej wysokości, a kręgosłup w żadną stronę się nie pochyla. Głowy, *resp.* oczu, optostat nie pozwala zbliżyć do książki, czy zeszytu na odległość mniejszą, niż 35 cm, a jeśli już istnieje myopia. wtedy poleca się wyrównanie jej za pomocą odpowiednich szkieł wklęsłych. —

K. W. Majewski.

Przypadek wrodzonego zapalenia ropnego spojówek (Sur un cas d'ophthalmie purulente congenitale). Armaignac (Annales d'ocul. Octobre 1902.).

Rzeżączka oczna, nabyta *in utero*, należy do rzadkości, jeżeli wykluczymy oczywiście te przypadki, gdzie mamy do czynienia z ciężkim nieczystym porodem, z długim przebiegiem i wczesnem pęknięciem błon. Przypadek A. odznacza się właśnie tą osobliwością, iż błony pękły dopiero trzy kwadransy przed ukończeniem porodu.

Po odejściu wody odbył się poród dziewczynki 8miesięcznej bez wszelkiego powikłania i łatwo. Zaraz po urodzeniu dziecka spostrzeżono, iż powieki były nabrzmiąle, czerwone, napięte, a po rozwarciu szpary powiekowej wydobywała się ciecz ropna. Rogówki były białe, zmacerowane. Matka miała rzeżączkę pochwy. Mimo zabiegów leczniczych przyszło do zropienia rogówek i sprawa skoń-

czyła się wytworzeniem bielm, ze śladem tylko przezroczystej rogówki.

Co do powstawania cierpienia, to A., nie wykluczając możliwości zakażenia przez krew, jest raczej zdania, iż w danym przypadku rozchodzi się o zakażenie przez gonokoki, które, wnuknąwszy do tkanki macicznej, zajęły *amnios*. — W.

Leczenie nacieków rogówkowych wazogena jodynową (The treatment of corneal infiltrations by jodinevasogen.). Alexander Duane (Arch. of. ophthal. vol. XXXI. Nr 5. 1902.).

Wiadoma rzecz, iż jodowe przetwory działają bardzo korzystnie odkażająco przeciw rozmaitym sprawom ropnym, a sami swego czasu pisaliśmy o skuteczności nalewki przeciw wrzodom rogówkowym. Otóż D., obawiając się bólu, jaki nieraz nalewka sprawia, starał się ją zastąpić jodwazogenem.

Fabryka Pearson'a wyrabia 5% i 10% roztwory jodyny w wazogenu w postaci gęstego brunatnego, niedrażniącego płynu; przed zastosowaniem tego środka osusza się watą starannie oko z łez, a następnie małym tamponikiem z waty wprowadza się ją na rogówkę, względnie do worka spojówkowego.

Na podstawie dość licznych doświadczeń dochodzi autor do wniosków następujących:

1. Wazogena jodynowa stanowi cenny środek w naciekach i wrzodach rogówkowych, tak w przypadkach połączonych z wydzieliną spojówkową, jak i bez niej. Zwłaszcza zaś wskazany jest środek ten tam, gdzie galwanokaustyka z jakichkolwiek powodów nie może być wykonaną.

2. Nigdy nie powoduje bólu ani też silniejszego odczynu.

3. Poprzednie znieczulenie rogówki nie jest ani potrzebnem, ani nawet pożądanem.

4. Środek stosuje się codziennie, dopóki nalot nie zacznie znikać, a potem co kilka dni, aż do zupełnego tegoż zniknięcia. — W.

Leczenie radykalne zapaleń przewodu nosołzowego przez wyluszczenie worka łzowego; wyniki odległe (La cure radicale des dacryocystites par l'exstirpation du sac lacrymal; résultats éloignés.). St. Rollet (Lyon Médical, 1903, Nr 12.).

Jako jedynie pewny i szybki sposób wyleczenia tak ostrych, jak i przewlekłych zapaleń przewodu nosołzowego, połączonych ze łzawieniem i wydzieliną ropną, zaleca autor staranne wyluszczenie worka łzowego, lub, jeśli to jest utrudnione (np. przy *pericystitis phlegmonosa*), doszczętne wyskrobanie ścian tegoż przy pomocy ostrej łyżeczki. Wyluszczenie jest w pierwszym rzędzie wskazane przy

rozstrzeni worka łzowego. W sprawach ostrych należy kilka dni odczekać, aż zapalne objawy trochę przygasną, i operować, według wyrażenia autora, „à tiède“. Przetoki łzowe dają również wskazanie do wycięcia woreczka. Jedynie przy przewlekłym ropotoku łzowym bez rozstrzeni worka i bez przetoki opłaci się jeszcze próbować wystrzykiwać i sondowania.

Autor podaje wyniki 27 operacji, sprawdzone po upływie dłuższych okresów czasu: od 6 miesięcy, do 6 $\frac{1}{2}$ lat. Z dwóch najważniejszych objawów, ropienie znikło wnet po operacji w 24 przypadkach, a łzawienie w 16 przypadkach ustąpiło bez śladu, w 6ciu pozostało w nieznacznym stopniu, a w 3ech nie uległo żadnej zmianie.

Aby wyjaśnić ustąpienie, względnie znaczne zmniejszenie się łzawienia pomimo zupełnego zarośnięcia przewodu nosołzowego, przyłącza się autor do teorii Kuhnt'a i Tscherno-Schwarz'a, wedle której gruczoły łzowe wraz z narządem odprowadzającym łyzy stanowią jedną fizyologiczną całość, pozostają pod wpływem wspólnych nerwów troficznych, a tem samem ulegają powolnemu zanikowi z chwilą zniszczenia dróg odpływowych. O takim stanie rzeczy przekonali się zresztą w r. 1896 Rollet i Vadon, wykonując na psach odpowiednie doświadczenia. —

K. W. Majewski.

Wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce przez twar-dówkę po przecięciu więzadełka Zinn'a (De l'extraction de la cataracte dans la capsule par la sclérotique après zonulotomie.). Dr P. Gradenigo z Padwy (Ann. d'Oc. T. CXXX. 1903, Nr 7.).

Gradenigo wydobywa z pyłu zapomnienia od stu lat blisko zarzuconą operację, polegającą na wydobyciu zaćmy przez ranę twar-dówkową, zrobioną poza ciałem rzęskowem. Pierwsze próby usunięcia katarakty na tej drodze wykonał Büller w roku 1783, a na nowo podjął je Bell w r. 1801. Operacya ta zdobyła sobie wkrótce dość liczne grono zwolenników, jak: Quadri, Loebel, Ritterich, Giorgi i inni. Że niedługo się cieszyła względami operatorów, tłumaczy autor tem, iż w owej epoce, kiedy nie znano jeszcze Lister'owskiej aseptyki, przecięcie ściany gałki ocznej aż do ciała szklistego musiało się zbyt często kończyć ropieniem. Dziś, gdy z tej strony nie grozi już niebezpieczeństwo, należałoby, zdaniem autora, rozważyć korzyści metody, która pozostawia rogówkę, przednią komorę, tęczęwkę i źrenicę — nietknięte, a pozwala usunąć zaćmę wraz z całą torebką, przyczem można, przy wprawie i zręczności, uniknąć utraty ciała szklistego. — Gradenigo, który ten sposób operacyjny wypróbował na zwierzętach, a także ina człowieku, — zaleca zrobić cięcie poza przyczepem

tęczówki przez wszystkie warstwy ściany ocznej nożykiem Graefe'go, a przed ekspulzją zaemy w torebce wykonać zonulotomię za pomocą zonulotomu, jego pomysłu. — *K. W. Majewski.*

Przyczynki do znajomości działania dioniny (Neues über Dioninwirkung.). Wolffberg (Wschft f. Hygiene u. Therapie des Auges. 1903. Nr 34.)

Zapalenie miąższowe rozlane rogówki, zdaniem autora, znacznie się skraca, zastosowując maść Credé'go z atropiną i dioniną. Maść tę, równocześnie przyrządzoną z atropiną, przed włożeniem do worka spojówkowego dotyka autor o proszek dioninowy, tak, by odrobina tegoż dostała się z nią do oka. Skoro po dłuższem zastosowaniu dionina przestaje działać, zastępuje ją mięsienie oka, wykonywane po włożeniu maści przez powiekę przez 5—10 minut. Aby zapobiedz podrażnieniu powiek, wpuszcza W. zaraz po założeniu maści kilka kropel 10⁰/₀-owego roztworu jodipiny.

Skład maści jest następujący: Argent. colloid. 0,2, Atrop. 0,05, Vasel. albi 10,0. *W.*

Uwagi o sparzeniach oczu kwasami (Bemerkungen zur Verätzung der Augen). Schwarz (Deutschmann'a Beiträge zur Aghk., zeszyt 55. 1903.).

Słusznie autor w swej pracy zwraca na to uwagę, że przede wszystkim trzeba przy obrażeniach ocz przez kwas i sól zastosowywać antidoty, a dopiero potem przystąpić do leczenia następstw obrażenia oka.

Przeciw ługom stosuje 1⁰/₀-owy kwas octowy, przeciw kwasom 2⁰/₀-owy roztwór sodowy, przeciw solom czysty olej oliwkowy. Gdy sądzi, że neutralizacya już dokonana, starannie jeszcze oko wypłukuje. — *W.*

III. LECZNICTWO.

Anthrasol czyli oczyszczoną bezbarwną smołę z wszelkimi jej leczniczymi własnościami zachwalają na podstawie licznych doświadczeń Sack i Vieth.

Preparat ten przedstawia płynny jasnożółty olej wyglądu oliwy, tylko zapachem dziegieć przypominający. Wedle Sack'a anthrasol łatwo wnika w skórę — mięsza się z absolutnym alkoholem, acetonem, olejami i wazogenem w każdym stosunku. — Preparat ten wyrabia firma Knoll et Co. w Ludwigshaven nad Renem.

Munch. Med. Wschrift. 1903. Nr 18.

Methylatropinum bromatum, wprowadzony przez Vaubel'a, nowe chemiczne połączenie, poddał Darier badaniom pod względem skuteczności w okulistyce i uważa go jako środek lepszy często od siarczanu atropiny, z którym w roztworze 1—2% równy na źrenicę i akomodację posiada skutek, gdy słabsze roztwory źrenicę tylko na 24 godzin rozszerzoną utrzymują, a akomodację tylko na kilka godzin porażają.

Wskazaniem byłoby zastosowywanie tego środka tam, gdzie rozpoznanie *iritis* jest niepewnem, bo w braku tegoż zapalenia źrenica rozszerzy się *ad maximum*, zwłaszcza w połączeniu z kokainą, akomodacja zaś tylko na krótki czas dozna upośledzenia. Sądzimy, że pod tym względem zupełnie nam homatropina wystarcza.

Klin. Ther. Wschrft. Nr 20. 1903.

Eumydrina, środek pochodni ze siarczanu atropiny, ma od niej tę wyższość, zdaniem Dra Goldberg'a z kliniki Prof. Schnabl'a we Wiedniu, iż roztwory 1 : 100 wystarczające wywołują rozszerzenie źrenicy, występujące wcześniej, aniżeli po atropinie, już dnia następnego znika. Środek ten przedstawia biały, łatwo rozpuszczalny proszek.

Heilkunde. Nr 3. 1903.

W.

IV. ROZMAITOŚCI.

Keratitis disciformis. W tow. lek. w Królewcu przedstawił Dr Pick rzadki przypadek tego przez Fuchs'a pod powyższą nazwą opisanego cierpienia ocznego. 53letni mężczyzna zostaje ukąszony przez komara, a w następstwie tego dostaje nabrzmienia tyłogłowa, twarzy i oka prawej strony. W 10 tygodni później przedstawił się chory Drowi Pick'owi z objawami typowego zapalenia rogówkowego *ker. disciformis*, to jest w samym środku zaćmienie w postaci tarczy około 5 mm średnicy, odpowiadające środkowej warstwie rogówki, a składające się ze samych punkcików. Wyróżniał się przytem brzeg więcej nasycony, tworzący niezupełnie zamknięty pierścień. Drugi mniej atoli wybitny pierścień widoczny był na wewnątrz od poprzedniego. Nabłonek lekko nad zmętnieniem nakłuty, zresztą pozostała rogówka czysta.

Wzrok = $\frac{5}{35}$. W następnym tygodniu zmętnienie jeszcze powiększyło się, a z tego powodu wykonano 6 tygodni później *irid.* na wewnątrz, poczem wzrok podniósł się do $\frac{5}{15}$. W następnych zaś 4 tygodniach wzrok poprawił się tak dalece, że wynosił nawet

$\frac{5}{6}$ wskutek dalszego wyjaśniania się i zmniejszania obwodowego zmętnienia. Jednak zawsze obręcz od środkowego zmętnienia wyróżniała się.

Przypadek powyższy zasługiwałby o tyle, zdaniem referenta, na uwagę, iż, przeciw twierdzeniom Fuchs'a, leczenie przy tego rodzaju cierpieniu nie pozostało bez skutku.

Dtsche med. Wschrft. 1903. Nr 28.

Deutschmann przeciw Müller'owi. W artykule »Die operative Heilung der Netzhautablösung« (Münch. Med. Wschrft. 1903. 7. 27.) zwraca się Deutschmann przeciw Müller'owi wobec jego ogłoszonej, a w Nrze 8mym P. O. referowanej pracy operowania odczepienia siatkówki przez wycięcie klina z twardówki.

W pracy swej rości sobie Dr M. pierwszeństwo leczenia odczepienia siatkówki przez wstrzykiwanie ciała szklistego króliczego, który to rękoczyn jednakże niebawem zarzucił, doznawszy jak najfatalniejszych tegoż skutków. Otóż D. wykazuje, że on pierwszy metodę tę opublikował, a wyniki, jakie otrzymuje, — wykazał je zaś swego czasu na 101 przypadkach, — nazywa bardzo pomyślnymi, często trwałymi. Tylko od przecinania owych zmętnień ciała szklistego, nazwanego przez Müller'a walką hiszpańskiego rycerza z wiatrakami, dawno odstąpił.

Münch. med. Wschrft. Nr 27. 1903.

Znaczenie prątka gradówki omawia Dr Hala w Časopise českich lékařů 1903, Nr 2—4 i dochodzi do następujących wniosków:

1. Gradówka jest sprawą zakaźną bakteryjną.

2. Bakterye, zawsze i wyłącznie przy gradówce zachodzące, są identyczne z bakteryami, opisanymi przez Kuschbert'a, Neisser'a i Leber'a jako prątki kserotyczne.

3. Prątki te, znajdujące się z reguły w worku spojówkowym, zwłaszcza zaś w rozmaitych stanach patologicznych, dostają się prawdopodobnie przez tarcie do tkanki spojówkowej, wywołując stan zapalny ostry, z wytworzeniem ropnia; stan, przechodzący w przewlekłą sprawę, z guzem, zawierającym tkankę granulacyjną.

4. Okolicznościami, usposabiającemi są zapalenia kataralne spojówki i niedomogi (*astenopie*) różnego rodzaju.

5. Przeciw zapatrywaniu Baumgarten'a i innych autorów, nieprzyznających tym prątkom własności zakaźnych, przemawia ta okoliczność, iż tak prątkami, wziętymi z gradówki ludzkiej, jakoteż prątkami, zaczerpniętymi z innych patologicznych tworów, można na powiekach królika zaszczerpić gradówkę ze skutkiem.

Znaczenie zębów Hutchinson'owskich, jako objaw kiły, tylko w połączeniu z innymi objawami wchodzi w grę. Same zęby H. nie

przemawiają wystarczająco za kiłą, bo zachodzić mogą także w innych stanach patologicznych.

(Dr Niculescu. Spatalul, r. 1902. Nr 23 i 24).

Porażenie nerwu odwodzącego w przebiegu ostrego zapalenia środkowego ucha opisuje Dr Török w Arch. f. Ohrenhk., t. 57., zeszyt 3 i 4.

Porażenie to, występujące po stronie zapalenia, z jego ustępowaniem zmniejszało się, by w końcu zupełnie zniknąć. Wobec braku objawów wśródczaszkowych przypuszcza autor, iż zapalenie ze środkowego ucha dostawszy się do nerwu odwodzącego przebiegającego na końcu piramidy, na drodze pozaczaszkowej przez opisany nabieg (*oedema*) porażenie sprawiło. Postępowanie zapalenia na tej drodze ułatwia, wedle spostrzeżeń Haberman'a, Styx'a i innych, szpara w *pars carotica* jamy bębenkowej i przestwory komórkowe pneumatyczne w piramidzie. — W.

Ophthalmol. *Freie Vereinigung Breslauer Augenärzte* zamieściło przed kilku tygodniami ostrzeżenie w »Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges«, jako nie wypada lekarzom brać się na lep ogłoszeń, które podało „Tow. akcyjne“ w większych dziennikach politycznych (»Frankfurter Zeit.«, »Vossische Ztg.«, towarzystwo (*sic*) zawiązane w celu eksploataowania »senzacyjnego systemu O. Lindemann'a uzdrawiającego choroby oczu«. Otóż rzeczony Towarzystwo poszukuje lekarza, który za wynagrodzenie 10 tysięcy marek i inne dodatki objąłby posadę *technicznego kierownika*. Tow. akc. otwiera w 16 głównych miastach cesarstwa niemieckiego ambulatorya dla chorych na oczy, w których właśnie wszechwładnie zapanuje ów wzmiankowany w tytule ophthalmol. Lekarz, który zechce pójść w służbę szantażysty, złożyć musi poprzednio kaucyi 150) marek (w zamian otrzyma zupełnie urządzone ambulatoryum), musi nadto wysłuchać wykładów p. Lindemann'a, który, wiadomo, lekarzem nie jest, w przeciągu 4—6 tygodni. Lekarz za prowadzenie ambulatoryum i odpowiednich protokołów pobierać będzie w pierwszym półroczu 200 marek miesięcznie, w drugim zaś 240. Aby jednak ściśła zapanowała kontrola, Tow. akc. stworzyć zamierza 2 posady wędrujących kontrolorów. Cena za leczenie w ambulatoryach ma być następująca: zamożni płacą tygodniowo 20 mar., ubodzy korzystać będą z bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Senzacyjny system O. Lindemann'a — jak się okazuje — był już „z dobrym skutkiem“ wypróbowany w Egipcie, znalazł się *niestety* Eskulap, który nie zawahał się dać swą firmę oszustowi, i oto w Aleksandryi spółkać można było tysiące anonsów (na ulicach, w kawiarniach i t. d.) tej treści: »Clinique oculistique Lin-

demann — dirigée par le Dr Jules Donath, oculiste de Vienne — Alexandrie, rue Gordon Pacha, Nr 9 — Méthode spéciale et toute nouvelle, jusqu'ici inconnue en Egypte, absolument inoffensive, sans douleur, pas d'operations, *résultats excellents, sûrs et prompts* dans toutes sortes d'inflammations des yeux aiguës et chroniques notamment la conjonctivite granuleuse (Trachoma), Pannus, ulcérations de la cornée, ophtalmie purulente, iritis. *Avis spécial à ceux qui n'ont pas trouvé de la guérison par le traitement ancien!* (Chyba komentarze zbyteczne.) — Dr W. T. ze Sosnowca.

(Chcąc sobie wyrobić zdanie o środku, polecanym wielokrotnie przez reklamę, a ogłaszanym w jednym z pism specjalnych okulistycznych, sprowadziliśmy sobie za względnie wysoką cenę kilka buteleczek olejku Lindemanna'a, ale najmniejszego dodatkowego skutku nie udało nam się dopatrzeć.) W.

X międzynarodowy kongres okulistyczny odbędzie się w roku 1904 w Lucernie, w czasie od 19 — 21 września. Komitet organizacyjny wybrał Prof. Dufour'a swym prezesem, Prof. Pflüger'a wiceprezesem, a Prof. Mellinger'a skarbnikiem i sekretarzem, zaś Prof. Snellen'a prezesem honorowym.

Wykłady powinny być zgłoszone do 1 maja 1904 na ręce Mellinger'a w Bazylei, opracowane być mogą w jednym z języków urzędowych, jakimi są: język francuski, włoski, angielski i niemiecki, a nie powinny przekraczać objętością 5 stron druku dotychczasowych sprawozdań kongresowych.

Przesłane i przed kongresem drukowane prace stanowić będą przedmiot do rozpraw, zainaugurowanych przez autorów odczytaniem lub podaniem samej tylko treści pracy.

Jedyny temat urzędowy podany do dyskusji powierzony do referowania Prof. Axenfeld'owi z Fryburga i Drowi Würdemann'owi z Milwaukee, brzmi: »Ocena znaczenia oka uszkodzonego, albo straconego«.

Posiedzenia popołudniowe poświęcone będą demonstracyom, a projektowaną jest także wystawa wszelkich przedmiotów dawnych i nowych w zakres okulistyki wchodzących.

Nagroda Graef'oska udzieloną została przez tegoroczne zebranie tow. oftalm. w Heidelbergu Docentowi Dr. Röm er'owi z Wyreburga.

Konkurs na najlepszą pracę, dotyczącą »Patologii i terapii jaglicy«, rozpiął węgierski minister spraw wewnętrznych«. Nagroda wynosi 2000 koron. Termin składania rękopisów skończy się 13

grudnia 1904. Praca może być napisaną w jakimkolwiek języku państwowym. Sędziów wyznaczy minister spraw wewnętrznych.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Besio habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Genui, Dr Colapinto w Neapolu.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W ostatniej chwili dowiadujemy się o śmierci Prof. E. Pflüger'a w Bernie szwajcarskiem.

Cześć pamięci znakomitego uczonego.

Bliższe szczegóły z życia i działalności ś. p. Pflüger'a podamy w następnym numerze P. O.

VII. ROZPRAWA OSOBISTA, ZAWODOWA.

Redakcya otrzymała następujące pismo:

Pro domo sua.

W Nrze 10 Krytyki Lekarskiej 1902 r. Dr J. Talko umieścił artykuł o ruchomych oddziałach okulistycznych. Moje zapatrywania w tej kwestyi wyłuszczyłem w Nrze 11 tegoż pisma 1902 r. i Nrze 5 Czasopisma Lekarskiego 1903 r. przy sprawozdaniu z czterech prowadzonych przeze mnie oddziałów. W Nrze lipcowym P. O. na str. 261 Dr J. T. wyraził się o mnie, że »hołduję oddziałom ruchomym« i że polemizowałem z nim niegrzecznie. Wzmianka ta zmusza mnie do wyjaśnienia:

1. Nie należałem nigdy, jak to błędnie Dr J. T. zaznacza, do »hołdujących oddziałom«, co wyraźnie wypowiedziałem w Nrze 11 Krytyki Lek. 1902 r. i Nrze 5 Czasopisma Lek. 1903 r. Stoję na stanowisku obiektywnem, uznając zarówno ujemne jak dodatnie strony tej organizacji, którą znam dokładniej od Dra J. Talki.

2. Zarzut, jakoby z Drem J. T. polemizowałem i, w dodatku, niegrzecznie — uważam za absolutnie pozbawiony podstawy. —

Częstochowa, dn. 3 września 1903 r.

Dr Józef Marczewski.



