

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA HABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁAŁAŃA, DOC. DRA BENDARSKIEGO 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 SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULI-SŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec—Kwiecień

-z- ROKNIK SZÓSTY -z-

1904.

I. PRACE ORYGINALNE.

O wyrwaniu gałki (avulsio bulbi) w czasie porodu.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Do wielce nieprzyjemnych dla położnika wydarzeń należy obrażenie gałek, a zwłaszcza wytrącenie gałki z oczodołu, lub, co gorsza, zupełne jej wyrwanie.

Zwichnięta gałka ułożona przed powiekami zaciśniętymi znaczy się swą nieruchomością, a niekiedy bywa nie tylko naprzd, ale także mniejwięcej w tę stronę zwrócona, po której najmniej mięśnie zewnętrzne gałki doznały obrażenia.

Gałka zupełnie wyrwana może zwisnąć na policzku trzymana tylko strzępami, albo nawet przy zupełnem rozerwaniu wszelkiego połączenia, odpaść.

Przyczyną takich wypadków jest silny ucisk wywarty na ściany oczodołu, skutek którego gałka, jak pestka z uciskanej palcami śliwki, wyskakuje. Powodem zaś takiego ucisku może być albo nadzwyczajna wąskość miednicy, lub zbyt silnie wywierany kleszczami ucisk.

Na szczęście nie zbyt są liczne te zdarzenia. Może atoli liczniejsze, aniżeli by statystycznie dało się to stwierdzić, a to ze względów łatwych do odgadnięcia.

Skoro jednak w ciągu 30letniej mej praktyki okulistycznej nie miałem sposobności ani razu spotkać się z wyrwaniem gałki wogóle, a w przebiegu porodu wszczęgole, wnosićby mi wypadało, że kazuistyka dość pod tym względem jest skąpą, co niechaj posłuży na wytłómaczenie, że dzielę się z czytelnikami P. O. odnośnym, niedawno spostrzeganym przypadkiem. Zanim go opiszę, podam szczegóły porodu i położnicy dotyczące, udzielone mi łaskawie przez Dra X. w odpowiedzi na odnośne zapytania.

M. P. 33letnia rodziła raz przed 9 laty w czas i prawidłowo.

Ostatni poród rozpoczął się bólami zapowiadającymi dn. 20 grudnia 1903.

Dn. 24 grudnia po silniejszych bólach przedwczesny odpływ wód przy ujęciu »prawdopodobnie« zupełnie zamkniętem. Od tej chwili częste i silne bóle.

O godz. 3 po poł. 26 grudnia przywieziono rodzącą do oddziału szpitala krajowego.

Bóle wzmagają, się a stają się najsilniejsze i bardzo częste około 10 wieczór. Macica prawie w ciągłym tężcu.

Położenie płodu podłużne czaszkowe, postawa II, główka wysoko, nieustalona, wśród bólów schodząca małym bardzo odcinkiem do wchodu.

Po założeniu kleszczy dokonano trzech silnych pociągnięć i sprowadzono główkę do próżni miednicy, poczem poród główki odbywał się dobrowolnie, a w przeciągu 3—5 minut urodził się mocno »omdlały« chłopiec z pępowiną dwa razy okręconą około szyi.

Zaznaczam, że w przewidywaniu trudności porodowych uzasadnionych wymiarami miednicy rodzącej*), zamierzano

*) Wymiary miednicy matki:

dist. spinalis 23.

dist. cristalis 27.

dist. trochanterica 31.

conj. externa 17½.

conj. diagonalis 10.

zrobić cięcie cesarskie, na którą chora nie chciała przystać. Wskazana zaś symphyseotomia nie mogła być wykonaną dla braku stosownych narzędzi. (!)

Młody lekarz asystent od kilku lat praktykujący i sumienny wykonał zabieg jak najogólniej.

O godz. 10 rano 27 grudnia przyniesiono mi dziecko do kliniki w oczekiwaniu, iż oko zostanie wszyte w oczodół.

Badanie wykazało, co następuje:

Główka dziecka, ważącego 3400 gr., długości 50 ctm., ma następujące wymiary: *bifrontalis* 9 cm, *biparietalis* 10 cm, *frontooccip.* 11 $\frac{1}{2}$, *mentooccip. bregmatico-suboccip.* 9 $\frac{1}{2}$ cm. 14. Obwód wzdłuż wymiaru prostego 38 cm.

Główka przedstawiała się ściśnięta nieco w ten sposób, iż po lewej stronie kości czaszkowe więcej wystają, gdy po prawej przeciwnie spłaszczone być się zdają.

Odwrotnie zaś zachowują się części twarzy, mianowicie lewa przyplaszczona, prawa zaś prawidłowa, ale więcej wydęta.

W miejscu, odpowiadającym środkowi szwu czołowego, nieznaczne obrażenie skóry.

Skroń prawa nabiegnięta wodnisto. Przed powiekami prawej strony o startym naskórku przy samych brzegach zwieszona jest gałka prawidłowo wyglądająca. Tylko mięsień prosty zewnętrzny trzyma gałkę, prosty wewnętrzny oderwany przy twardówce, gdy prostego dolnego pozostał przy gałce 4—5 mm długi kawałek, a skośnego dolnego 6—7. Inne zaś mięśnie także przy gałce samej oderwane. Torebka Tenona poprzerywana nieregularnie. Nerw wzrokowy oderwany na 18 mm długości z gałką.

Nos po lewej stronie ma dość szeroko zdarty naskórek, u powieki lewej dolnej nabrzmienie krwawe (krwistek), a także lubo w słabszym stopniu i u górnej, której skóra starta dość znacznie. Górna warga przeważnie po lewej stronie nabrzmiała i podbiegnięta*).

*) Prof. Rosner Aleksander, prymaryusz szpitala św. Łazarza, udzielił nam łaskawie w sprawie wyjaśnienia związku przyczynowego wyrwania gałki a trudnych warunków porodowych następujących szczegółów.

»Z powodu znacznego przedgłowia nie można było przed porodem wybadać szwów ani ciemion, a przez to zdać sobie sprawy z ułożenia

Na razie starałem się gałkę reponować w oczodół. Przekonawszy się atoli, że tenże zbyt zdawał się ściśniętym od zewn. góry, a w każdym razie przez nabiegniętą tkankę oczodołową silnie wypełniony, odstąpiłem od zabiegu i trudnego i zbyt mało obiecującego, a skłoniłem się do odcięcia gałki, której warunków czynnościowych przywrócićby i tak nie można. Odciąwszy więc mięsień prosty zewn. tuż przy gałce, jako też strzępy tkanki, trzymające gałkę od tyłu i wyrównawszy brzegi ran spojówki, torebki Tenona i mięśni i wypłukawszy oczodół sterylizowanym kwasem borowym, założyłem szew kapeusz-kowy przez torebkę Tenona i spojówkę. Włożywszy do worka spojówkowego nieco maści kserotormowej, opaską papierową powieki nakryłem. Na nabrzmiałe i krwią podbiegnięte powieki lewego prawidłowo wyglądającego oka poleciłem robić zimne okłady z ołowiowej wody.

Przebieg gojenia był najzupełniej prawidłowym. a jak się dowiaduję w chwili pisania niniejszego artykułu, dziecko jest zdrowe, a układ czaszki i twarzy nie przedstawia żadnych nieprawidłowości.

główki. Dopiero po porodzie rozpoznanie stało się możliwem na podstawie obrażeń skóry przez łyżki kleszczy. Ślady kleszczy znaleziono na twarzy w postaci włosa, na powiekach, nosie i wardze górnej. Brak włosa na wardze dolnej i brodzie przemawia za tem, że koniec łyżki lewej sięgał tylko do wargi górnej. Z tego wynika, że bez wątplenia ułożenie czaszki było nieprawidłowe wskutek odchylenia bródki od klatki piersiowej, i że główka poprzedzała ciemieniem dużem, zamiast małym, a może nawet okolicą szwu czołowego. Zresztą to ułożenie główki jest zrozumiiałem jako wynik mechanizmu porodowego w miednicy płaskiej.

Przy tem ułożeniu główki łyżka lewa pokrywała czoło, oczodół, policzek i nos i opierała się końcem swoim o wargę górną. Trudno wobec tego zrozumieć, w jaki sposób mogła ona wyważyć oko z oczodołu, tem bardziej, ile że ślad po łyżce kleszczy znajdujemy na lewej stronie twarzy, a mianowicie na powiekach lewego oka, po lewej stronie nosa i wargi górnej. Wobec tego usprawiedliwionem jest przypuszczenie, że oko prawe, które wobec postawy drugiej i znacznego odchylenia bródki od klatki piersiowej znajdowało się w okolicy »promontorium«, mogło być wyważone już przed założeniem kleszczy przez sterzcący wzgórek kości krzyżowej.

Zachodzi pytanie, czy winić tu można akuszerza z powodu niepotrzebnego użycia kleszczy, niefortunnego prowadzenia tychże, zbytniego wytężenia sił do tego użytych.

Szczegółowe dane powyżej przytoczone, dotyczące porodu, zdaniem mojem, powinny uchylić zarzut pod tym względem. Wiadomo zaś, że i bez pomocy lekarskiej nastąpić może wyrwanie gałki ocznej, jeżeli z powodu wąskości miednicy przychodzi do nadmiernego ściśnienia kości czaszki, wskutek czego gałka, nie mając miejsca w oczodole, wysuwa się z niego ku przodowi. a w wyższych stopniach po przerwaniu mięśni zupełnie z oczodołu wypaść może.

Bardzo znamienny przypadek ogłosił pod tym względem Dr Hofmann*). Powołany do rodzącej, znalazł już urodzonego bez wszelkiej pomocy chłopca z okiem prawem wiszącym na policzku, a pozostającym z oczodołem tylko przez mięsień prosty zewnętrzny w połączeniu. Gdy w trzy lata później ta sama osoba rodziła, musiano dla niedostatecznych bólów przy przerywaniu się główki założyć kleszcze. Po dokonaniu porodu akuszer w rękę swem znalazł oko pochodzące z prawego oczodołu, który był zapełnionym skrzepem krwawym. Dziecko ze stanu asfyktycznego oczucone miało wciśnięcie znaczne ponad prawym guzem czołowym. Badanie matki wykazało niezwykle silnie wystające *promontorium* i daleko sięgające kości pośladkowe. Gdy później, przy sposobności przyspieszonego porodu, nastąpiła śmierć matki, zbadał H. szczegółowo wymiary miednicy i znalazł *Conjugata* 3'', *transversa* 4³/₄, a *obliqua* 4¹/₂''.

Oczywista rzecz, że wyrwanie gałki nastąpić może i przy innych sposobnościach, których to okoliczności nie mam zamiaru tutaj poruszyć, ograniczam się do zaznaczenia, że obok kleszczy może najczęściej zachodzić wyrwanie u obłąkanych, którzy palcem wnikając w oczodoł, po przerwaniu spojówki, gałkę wysadzają, a w końcu wrywają. To samo następuje przy bijatykach i mocowaniach, a w Tyrolu i Ameryce, gdzie sport taki

*) Monatsschrift f. Geburtsk. Bd. IV. 6. 1854.

często bywa uprawianym, nierzadko zdarzają się tegoż następstwa.

Thor opisuje przypadek wyrwania gałki dziecku, którego główka dostała się w szparę zawiasową drzwi, a Graefe starszy przytacza przypadek wyrwania gałki przez przejechanie wozu przez głowę. Że u starszych osób do wyrwania gałki przez ścisk głowy trudniej przychodzi, aniżeli u dziecka, łatwo pojąć.

Główka dziecka bowiem bez obrażenia kości do pewnego stopnia daje się ścisnąć, względnie kości czaszki jedna na drugą przesunąć, a tem samem oczodoły zmniejszyć, gdy u dorosłych opór silniejszy kości ustępuje dopiero po ich strzaskaniu. To też u dorosłego wyrwanie gałki będzie zawsze połączone z zdruzgotaniem kości w skład oczodołu wchodzących, a przy przejechaniu tylko chyba wtenczas do wyrwania przyjdzie, gdy koło przeszło przez skroń bokiem ułożonej głowy. Przed wielu laty zajmowałem się przypadkiem zupełnej ablefaryi czyli braku powiek, spowodowanym przejechaniem wozu. Dotyczył on parobka, który spadł z kozła wznak, a mimo zniszczenia przez koło na miazgę obu powiek prawego oka, zachował prawie nietkniętą gałkę. Ostatnia wprawdzie ucierpiła później wskutek czasowego obnażenia, ale przez blefaroplastykę udało mi się jednak utrzymać ją w dość dobrym stanie z zachowaniem czynności. —

Nasuwa się pytanie. co winien lekarz uczynić, jak się zachować wobec wyrwanej gałki. Skoro wyrwanie jest tak znaczne, że gałka tylko kilku strzępami spojówki albo choćby nawet mięśni utrzymuje jeszcze połączenie z zewnętrznymi częściami narządu wzrokowego, najwłaściwiej połączenie to zupełnie rozciąć i ranę oczodołową stosownie zaopatrzyć. — Usiłowanie odprowadzenia gałki do oczodołu tak w tym przypadku, a tem mniej, gdy gałka zupełnie z oczodołu wypadła, nie utrzymując żadnego powiązania, nie jest uprawnionem. Znane są wprawdzie przypadki, że całkiem odcięte części, jak nosa, ucha, palców, szybko przymocowane przyrastają, ale tylko wtenczas, gdy rana bywa ciętą, gładką, tak, że dostosowanie części odłączonych jest możliwe. Inaczej jednak z gałką

w razie zupełnego poprzerwania tak nerwu wzrokowego jako też i mięśni, torebki Tenona, spojówki, naczyń i t. d. Zabiegi w tym kierunku podjęte, mogłyby w najkorzystniejszym razie sprowadzić wrośnięcie w oczodoł gałki, która później najrozmaitszym ulegnie przemianom. Jeżeli Chibret ze skutkiem wykonał przemieszczenie gałek zwierzęcych do oczodołu ludzkiego po wyłuszczeniu gałki, to warunki do takiego zabiegu są korzystniejsze, bo zrośnięcie pojedynczych części celowo było przeprowadzone. A jednak wyniki pod względem kosmetycznym tak małe, że Chibret ani nie znalazł zwolenników tego zabiegu, ani sam wierności mu nie dochował i nie doczekał się tego, co z zaufaniem do przyszłości objawił, pisząc: *Dans un avenir peut-être plus rapproché que l'on ne serait porté à le croire je pense que la question de la restitution de la vue pourra se poser**).

W sprawach lekarskich rola proroka jest wielce ślizką, bo to, co nam się kiedyś zdawało niepodobnem, dziś należy do zdobyczy postępu chirurgicznego, ale czy warunki biologiczne nagną się do postulatu sympatycznego kolegi z Clermont-Ferrand, to rzecz, której nie chciałbym przesądzać. A ponieważ samo utrzymanie gałki w korzystnych warunkach przemieszczonej często zbyt jest problematyczne, a tem mniej gałki, której otoczenie poszarpane, przeto najwłaściwsem będzie odstąpić z góry od zabiegów utrwalenia wyrwanej gałki, najlepiej zaś odrazu do wskazanego zranieniem zaopatrzenia rany przystąpić.

*) *Rev. gen. d'opht.* 1885, p. 197.

O niektórych nieprawidłowościach przyrodzonych górnych dróg łzowych.

Przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Przed dziesięciu właśnie laty miałem sposobność o przedmiocie tym mówić na międzynarodowym lekarskim kongresie w Rzymie, przytaczając tamże kilka odnośnych spostrzeżeń własnych¹⁾.

Od tego czasu niedawno dopiero dalszy nowy przypadek mi się nawinął.

Ponieważ nieprawidłowości te nie należą do częstych zjawisk, przeto nie od rzeczy będzie bliżej przypadek ów opisać. Zanim jednak to uczynię, niechaj mi będzie wolno poprzedzić opis przytoczeniem kilku uwag, mających z przedmiotem tym związek, i zaznaczyć rodzaj owych nieprawidłowości.

Wprawdzie zniewolonym będę powtórzyć niejedną rzecz w Rzymie już wypowiedzianą, ale sądzę, że to nie będzie uważanem za zbytęczne wobec tego, że roczniki kongresowe nie dla wielu przystępne. —

Nieprawidłowości przyrodzone dróg łzowych wogóle, o ile się zdaje, mniej budzą uwagę okulistów, aniżeli także nieprawidłowości innych pobocznych części oka.

Ale podczas kiedy zboczenia dolnych części przewodów łzowych, o ile one choremu sprawiają mniej lub więcej niedogodności i stają się powodem szukania pomocy lekarskiej, bywają badane i poznane, to nieprawidłowości górnych uchodzą nierzadko baczności lekarza dla ich delikatnej budowy, mimo, że są więcej dla oka badacza przystępne. Tej to pewnie okoliczności przypisać wypada, że względnie mało dotychczas ogłoszono w mowie będących nieprawidłowości, które podzieliłby można na następujące rodzaje:

1. Rzęsy wyrastające na tej części wolnego brzegu powiekowego, jaka, od brodawki łzowej począwszy, ku nosowi, tworzy górną ścianę kanalikę łzowego i z podobnąż częścią drugiej powieki okala jeziorko łzowe.

Otóż część ta zazwyczaj zupełnie pozbawiona jest wszelkiego owłosienia, jednak wyjątkowo spotykałem tu włoski, co do barwy, długości i grubości równające się rzęsom, ale najciekawszym był następujący przypadek.

Przed wielu laty widziałem u obu oczu damy, która przybyła radzić się z powodu niedowidzenia, rzęsy, przechodzące z powiekowego brzegu, łukowato brodawkę łzową okalając, na część nosową wolnego brzegu powiekowego i w dwu rzędach brzeg jeziora otaczając.

Rzęsy te były tutaj nieco słabsze, aniżeli na odnośnych brzegach powiek, ale dość silne, by podpaść jako ciąg dalszy tychże. Naliczyłem ich u każdej powieki około 10—12. —

2. Inna, dotychczas zdaje się nieopisana, nieprawidłowość dotyczy postaci brodawki łzowej. Jak wiadomo, tworzy ona przy połączeniu skroniowej z nosową częścią wolnego brzegu powiekowego małą wyniosłość, a raczej mały pierścień okalający otvorek czyli punkt łzowy. Pierścień ten składa się przeważnie z włókienek okrężnych elastycznych, stanowiących wzmożenie tych, które tworzą zewnętrzną warstwę kanalików.

Otóż zamiast zwykłego pierścienia okrągłego, znajdujemy niekiedy owalną obwódkę wystającą.

Znamiennym pod tym względem był przypadek, dotyczący urzędnika 29letniego, którego przed 12 laty operowałem na lewym oku z powodu zaćmy niewiadomego pochodzenia. Poddając go ściślejszemu badaniu, spostrzegłem u tegoż oka, tak w górnej, jak i dolnej powiece, zamiast punktu łzowego, szparkę 2 do 2,5 mm długą, od wyniosłości łzowej (to jest połączenia części skroniowej z nosową wolnego brzegu powiekowego), ku nosowi przebiegającą.

Przy powierzchownem badaniu szpara ta mogła być uchodzić za umyślnie przy rozszerzeniu punktu łzowego ręką operatora wykonaną.

Przeciw temu przemawiała jednak stanowczo ta okoliczność, nadto przy pomocy lupy stwierdzona, iż wejście to do kanalików łzowych było, tak, jak prawidłowy punkt łzowy, otoczone wałem grubszym, stanowiącym właśnie brodawkę. Ale

chory zapewniał nadto, że nigdy łzawienia nie miał, ani też na oczy nie był leczony. Sądzę zresztą, że operator byłby się ograniczył do rozszerzenia, co się zawsze robi, jednego punktu, a zwłaszcza dolnego. Dodam nadto, że inne części dróg łzowych były tutaj zupełnie prawidłowe. —

3. Brak rzeczywisty punktów łzowych, a nie ich zakrycie, i brak kanalików należą, o ile źródła literatury nas pouczają, do bardzo rzadkich zjawisk. Nie możemy oczywiście do tej nieprawidłowości zaliczać zarośnięcia punktów. (czy to wskutek urazów, czy zapaleń, co mniej więcej każdy z nas spostrzegać ma sposobność), co szczegółowo opisał na dwóch przykładach Zehender²⁾. Przez przekłucie błoneczki igłą Bowmanowską doszczętnie dało się to zarośnięcie błonki usunąć.

Rzeczywisty zaś brak tak punktów jak i kanalików zaliczać wypada do niezwykłych rzadkości.

O ile się nie mylny, pierwszymi, którzy odnośne przypadki spostrzegali, byli Seiler, Schoen, a zwłaszcza Emmert³⁾, który dokładnie opisał przypadek braku wszystkich czterech punktów łzowych u 6letniego chłopca. Emmert'owi nie udało się w przeciwstawieniu do przypadków Zehender'a ani punktów łzowych odnaleźć, ani też nawet istnienia kanalików odkryć ze strony worka łzowego, gdy ten, jako też przewód nosołzowy zupełnie były prawidłowe.

Podobne spostrzeżenie zrobił Magnus⁴⁾, i to najprzód w r. 1875, a powtórnie w pięć lat później⁵⁾, ale tylko u dolnych powiek.

Magnus wyraża się przy tej sposobności, i to słusznie, z pewną rezerwą co do obecności odnośnych kanalików, których braku ani stwierdzić, ani zaprzeczyć się nie dało. Nacięcie w miejscu punkcika łzowego nie dało żadnego dodatniego wyniku. —

Dalej donosi także Reuss⁶⁾ o braku wszystkich czterech punktów łzowych u 12letniego chłopca, ale, jak referent w Nagla rocznikach sprawozdawczych się wyraża: »schiene die Thraenenkanaelchen vorhanden zu sein«. Może więc nie o brak,

ale raczej zakrycie tychże błoneczką tutaj się rozchodziło, jak w przypadku Zehender'a.

Fieuzal⁷⁾ opisuje przypadek, dotyczący braku przyrodzonego i punktów i kanalików. Podjął on operację, polegającą na tem, że w miejscu górnych kanalików zrobił nożem Stilling'a rozporek aż do woreczka sięgający i przez włożenie trwałe sondy takowy utrwalić się starał.

W 1896 roku przytacza Gallenga⁸⁾, opisując rozmaite przyrodzone wady powiek, wynik badania płodu, który oprócz rozmaitego rodzaju nieprawidłowości posiadał także brak jednego kanaliku górnego, a rozporkowy punkcik łzowy dolny prowadził do wydrążenia, dochodzącego do szczątkowego woreczka łzowego.

U drugiego płodu znalazł on na jednym oku brak kanalika łzowego górnego, u drugiego zaś kanalik łzowy kończył się ślepo.

Wkońcu zaznaczam z literatury, że w ostatnich czasach Brooksbank⁹⁾ opisuje rzekomo przyrodzone zamknięcie wszystkich czterech punkcików.

Sam spotkałem się z następującymi przypadkami, dotyczącymi tej nieprawidłowości.

Przed 20 mniej więcej laty przybył do mnie po poradę 18letni pomocnik tapicerski z powodu zapalenia skrofulicznego rogówki prawego oka, u którego stwierdziłem brak górnego punktu i brodawki, a prawdopodobnie także przewodzik. Woda, wstrzykiwana przez dolny kanalik, zrazu powracała tymże kanalikiem, po sondowaniu jednak i przezwyciężeniu zwężenia, leżącego w okolicy zastawki Huschke'go, łatwo dostawała się do przewodu nosołzowego. Starałem się odpowiednio zakrzywioną sondą, włożoną do worka łzowego, wysledzić obecność górnego przewodziku, ale bez skutku.

Ciekawym, zwłaszcza ze względu na dziedziczność, był następujący przypadek.

W r. 1883 przyprowadzono mi chłopca 5letniego z powodu łzawienia prawego oka, i to od urodzenia trwającego. Pomijając lekki nieżyt spojówki nie dało się na razie nic nieprawidłowego

stwierdzić. Atoli później, zwłaszcza przy zastosowaniu lupy Brucke'go, a także Zehender'a, zauważyłem, a ze mną widzieli to i moi panowie asystenci, brak u prawego oka obu punkcików łzowych, a u lewego oka — dolnego. Oczywiście obok punkcików istniał także brak brodaweczek, wolny brzeg powiekowy przechodził, tam, gdzie rzęsy się kończą, w płaską część nosową, bez najmniejszego śladu jakich dróg łzowych. Natomiast górny punkt łzowy lewy, prawidłowo rozwinięty, prowadził do worka łzowego i woda, tędy wstrzykiwana, dostawała się łatwo do nosa. Nacięcia, podjęte w miejscu zwykłym przewodników łzowych, nie wykazały obecności tychże. Czy i w jakim stopniu gruczoły łzowe były rozwinięte, nie dało się nic stanowczego stwierdzić. Podjąwszy także badanie matki, towarzyszącej dziecku, znalazłem i u niej, niedoznającej zresztą żadnych dolegliwości, brak dolnego prawego punktu i brodaweczki łzowej i dowiedziałem się, że i jej matka musi mieć jakąś wadę pod tym względem, wobec tego, że od urodzenia doznaje łzawienia jednego oka. Nie udało mi się jednak babki dziecka zbadać, natomiast u ojca, którego w kilka tygodni później poddałem badaniu, stwierdziłem nie brak, ale zwężenie punktów łzowych i przewodników.

Zaznaczam wkońcu, że lecząc nieżyt spojówki u chłopca, łzawienia oka prawego znacznie złagodziłem, tak, że do zabiegu operacyjnego nie było powodu.

4. Inna, nie zbyt rzadka zresztą nieprawidłowość przyrodzona dotyczy podwójnych punkcików i podwójnych kanalików łzowych.

Ten okaz opisali swego czasu Graefe, Foltz, Weber, Bochdalek, Magnus, Fitzgerald, Adler, Streatfield, a w ostatnich latach Trantas¹⁰⁾. Można by więc uważać dalsze wzbogacenie tej kazuistyki za zbyt liczne, gdyby nie wziąć na to, że z jednej strony, mimo ogromnego materiału okulistycznego ostatnich dziesiątek lat, te nieprawidłowości przyrodzone nie są zbyt zaznaczane, a z drugiej, że każdy przypadek może mieć pewne odrębności, które późniejsze ujęcie materiału w całość i wyciąganie stosownych wniosków ułatwia.

Ten wzgląd niechajby i nas wytłómaczył wobec tych, którzyby nam zarzut chcieli uczynić, że »do Aten zanosimy sowę«.

Podwójne punkciki łzowe znajdują się już to w obrębie tej samej brodaweczki, oczywiście nieco szerszej, albo też każdy z nich ma osobną brodaweczkę. Obie mogą być obok siebie, lub w pewnem od siebie oddaleniu, ale zawsze na części nosowej brzegu powiekowego ułożone. Każdy znów punkt łzowy prowadzi do odrębnego przewodnika albo też do jedyne go. W pierwszym razie kanaliki te leżą albo ponad sobą, albo za sobą. Na 120 do 150 tysięcy osób, jakie się z powodu cierpień ocznych przesunęły przez moje ręce, dwa tylko razy spotkałem się z podwójnym kanalikiem.

Pierwszy dotyczył 58letniej kobiety, którą przed 20 laty dla zaćmy starczej operowałem. U prawej dolnej powieki znalazłem dwa punkciki. Jeden z nich w zwykłem miejscu ze zwyczajną brodawką prowadził do kanaliku 6—8 mm długiego, mającego swe ujście we woreczku łzowym. Drugi, o $\frac{1}{2}$ mm dalej ku nosowi położony, większą nieco brodaweczką otoczony, prowadził do ślepo kończącego się, 2—3 mm długiego, ponad pierwszym, a od tego cienką ścianką oddzielonego kanaliku. —

Drugi przypadek spostrzegałem przed kilku tygodniami także u kobiety (wieśniaczki) l. 36, przyjętej dla zaćmy do mej kliniki dnia 11 marca.

Jak tego rodzaju nieprawidłowości łatwo ujść mogą naszej baczności, poucza nas właśnie także i ten przypadek, a zarazem wskazuje na to, że statystyka częstotliwości takich i tym podobnych zbroczeń nie może mieć absolutnie żadnej racjonalnej podstawy, nie mogąc opierać się na pewnym materiale. Otóż chora ani w dniu przyjęcia, co zresztą mniej nas zadziwiać powinno, bo przy prawidłowo wyglądających powiekach i spojówce zwrócono głównie uwagę na zmiany oka, które chorą do kliniki sprowadziły, to jest na zaćmę, — ani też, co już więcej zadziwiać musi, przy przygotowaniu chorej do operacji w dniu takową poprzedzającym, gdy przewód nośno-łzowy przestrzykiwano, nieprawidłowości nie spostrzeżono. Dopiero bezpośrednio przed operacją, zabierając się do powtór-

nego przestrzyknięcia przewodu łzowego słoną wodą, zauważyłem i zbadałem nieprawidłowość, która się tak przedstawiała.

Na wyniosłości kącikowej dolnej powieki znajduje się zwykła brodawkowa wyniosłość, prowadząca do przewodziku, mającego swe ujście w woreczku łzowym, a 1 mm dalej ku nosowi widziano na wyprężonym więźle wewnętrznym powiek rynienkę także obrąbioną lekką wyniosłością; więcej zagłębiona, prowadząc również do kanałiku, ale powyżej pierwszego leżącego, a od niego odgradzona ścianką cieniutką, dająca się sondą dość silnie wyprężyć. Kanałik ten drugi ma również ujście swe odrębne w woreczku łzowym. Tak przynajmniej wnioskować wypada z tego, iż woda, wstrzykiwana tak przez jeden jak i drugi kanałik, do worka i kanału nosołzowego bardzo swobodnie dochodzi.

Punkcik łzowy górnej powieki, pojedynczy, prowadzi prawidłowo do woreczka łzowego, a woda tędy wstrzykiwana również łatwo dostaje się do nosa. —

Zupełnie analogiczne stosunki stwierdziłem i na lewem oku. Czy odrębność ta w budowie wyższych dróg łzowych istniała u innych członków rodziny, trudno było wyśrodkować.

Wypadałoby na zakończenie słów kilka dorzucić dla zaznaczenia przyczyn, względnie sposobu powstawania tych przyrodzonych nieprawidłowości. Atoli jeżeli już sam rozwój embryologiczny narządu łzowego wogóle, a punktów łzowych i przewodników szczególnie, mało dotychczas przez naukę zrozumieniu naszemu został uprzystępniony, to więcej jeszcze dotyczy to nieprawidłowych okazów, o których powyżej była mowa. Nawet Manz¹¹⁾, któremu w zbiorowym wydawnictwie Graefe-Saemisch'a zawdzięczamy pierwszą obszerniejszą monografię, dotyczącą teratologii okulistycznej, nie zapuszcza się w żadne teoretyczne wywody.

Literatura.

1. Wicherkiewicz B.: *Atti dell' XI congresso medico internazionale. Roma 29 Marzo 1894. Vol. VI.*

2. Zehender: Atresie dreier Thraenenpunkte. — Kl. Mntsbl. f. Aghk. 1883, p. 520.
3. Emmert: Arch. f. Augen- u. Ohrenkhten. V 2. 399.
4. Magnus: Kl. Mntsbl. f. Aghk. XIII, p. 199.
5. Magnus: Ctrbl. f. pr. Aghk., p. 119.
6. Reuss: Ophthalm. Mitteilungen. II. Abth. Wien. 1886.
7. Fieuzal: Bullet. de la clinique nat. opht et l'hospice de Quinze-Vingt 1887.
8. Gallenga: Contributo allo studio di alcuna deformità congenita delle palpebre. Torino. Unione Tipogr. Edit.
9. Brooksbank: Occlusion (congenital?) of the pour puncta lacrymalia. — Ophthalm. Review. 1902, p. 25.
10. Trantas: Recueil d'ophtlm. 1896.
11. Manz: Die Missbildungen des menschlichen Auges. II, p. 113.



Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Dokończenie.*)

Helena N., lat 44, z guberni wileńskiej, zwróciła się do lecznicy ocznej w Pohulance 2go października r. 1903, skarżąc się na zasłonięcie nagłe oka lewego: chora patrząc tem okiem na oczy osoby siedzącej przed nią, nie widzi jej nosa, ust i brody.

Wziernik wykazał rozległe oderwanie siatkówki; oderwane części siatkówki można było widzieć przy + 12,0 D.

W oku prawem krótkoogniskowość — 10,0 D, sprawność wzrokowa poprawiona szkłem — 10,0 D = 3 mm.

Badanie moczu wykazało ślady białka i 0,14% cukru.

Na czwarty dzień pobytu swego w zakładzie zauważyła chora, że widzi lewem okiem mętniej, badanie wziernikiem po-

*) Patrz nr 12 r. 1903. Przerwanie druku tej pracy nastąpiło z powodów od redakcyi niezależnych.

twierdziło zeznanie chorej, wykazując bardzo znaczne zmętnienie ciała szklanego.

Pomimo jednak znacznego zmętnienia ciała szklanego badanie perymetrem wykazało rozszerzenie granic wrażliwości siatkówki w oku lewym.

Leczenie oderwania polegało na użyciu opaski uciskowej która, jak wiadomo, bywa niekiedy pożyteczną przy oderwaniach siatkówki, jednak prawie zawsze sprowadza przekrwienie i nastrożenie naokoło rogówki, a czasem nawet i plastyczne zapalenie tęczówki.

Miało to miejsce i w danym wypadku, a chociaż wkrótce ustąpiło bez żadnych swoistych leków, to jednak na przedniej powierzchni soczewki pozostało kilka resztek przybłonka barwиковego tęczówki.

Zastosowana następnie dyonina codziennie zakraplana do worka spojówki wywarła wpływ bardzo dodatni na zmętnienie ciała szklanego i rozszerzenie granic wrażliwości siatkówki.

Po 6tygodniowym pobycie w zakładzie chora wystąpiła ze znacznym polepszeniem zarówno podmiotowym jak i przedmiotowym.

W styczniu r. 1904 w czasie mego pobytu w Petersburgu znowu widziałem chorą: granice wrażliwości siatkówki pozostały prawidłowe, a przezroczystość ciała szklanego była większa, niż przed dwoma miesiącami. Przez cały ten czas chora zakraplała roztwór dyoniny do worka spojówki. —

Roztworu dyoniny używam, zaczynając od 0,1 : 10,0, a w miarę, jak oko przywyka do tego rozcieńczenia, przechodzę do coraz mocniejszych: 0,2 : 10,0, 0,3 : 10,0, 0,5 : 10, a w końcu do krystalicznej dyoniny.

Wypadek powyższy jest szczególnie ważny ze względu na zapalny stan przybłonka barwиковego.

Nie ulega wątpliwości, że nie opaska uciskowa sama przez się sprowadza ten stan zapalny, ale przenosi go tylko na przedni odcinek gałki.

Zdaje się więc, że mamy prawo utrzymywać, iż w da-

nym wypadku stan zapalny warstwy barwikowej siatkówki towarzyszył, względnie poprzedził oderwanie siatkówki.

Wspominałem już, że nieraz spostrzegane były wypadki, w których zapalenie siatkówki poprzedzało jej oderwanie. Tak Yomoschita⁸⁾ podaje dwa wypadki oderwania siatkówki przy zapaleniu białkomoczowym siatkówki.

Ewetzki⁹⁾ na posiedzeniu Kółka okulistycznego w Moskwie w dniu 29 kwietnia r. 1896 doniósł o wypadku oderwania siatkówki przy zapaleniu białkomoczowym.

Goldzieher¹⁰⁾, badając zmiany anatomiczne w siatkówce przy zapaleniu białkomoczowym, znalazł w miejscach zmian typowych dla zapalenia białkomoczowego różnego stopnia oderwania siatkówki.

G. tłomaczy powstawanie tych oderwań obrzękiem siatkówki, a występuje przeciwko przypuszczeniu ciągnięcia siatkówki przez ciało szkliste, jako przyczynie oderwania.

Dla lepszego zrozumienia mechanizmu oderwania siatkówki, rozpatrzmy, jakimi drogami prąd limfy przepływa z naczyńki do ciała szklistego.

Rozpatrując naczyniówkę od strony błony szklistej, szczególnie u zwierząt, których naczynia nie są tutaj włoskowato-drobne, jak n. p. u pstrąga (Denisenko), spostrzegamy, że każde z tych naczyń otoczone jest pochewką i że pomiędzy naczyniem a jego pochewką pozostaje wolny przestwór.

Przestwory te są chłonnymi przestworami naczyń.

U zwierząt dłuższy czas pozostających w ciemni zarówno przestwory chłonne kołonaczyniowe, jak i przestrzenie pomiędzy naczyniami wypełnione są gęstą cieczą (limfą), same zaś naczynia pełne są czerwonych krążków krwi.

Pod wpływem działania światła ciecz znajdująca się tak w przestworach kołonaczyniowych, jak i pomiędzy naczyniami zmienia swój wygląd poprzedni zupełnie jednorodny na lekko ziarnisty; jednocześnie ze zmianą w wyglądzie zmniejsza się i sama ilość tej cieczy tak dalece, że bardzo wiele z tych przestworów robi wrażenie zupełnie opróżnionych. Ulegają zmianom nie tylko przestwory kołonaczyniowe, ale i czerwone ciała krwi wypełnia-

jące naczynia, tracą one swe zabarwienie, a te z nich, które znajdują się w naczyniach przylegających do błony szklistej, stają się zupełnie bezbarwnymi.

Pod działaniem światła czerwone ciała oddają swój barwik, który nieraz daje się spostrzegać, jak po przez błonę szklistą naczyniówki przenika i czas jakiś pozostaje pomiędzy tą błoną a przybłonkiem barwikowym siatkówki (Denisenko).

Rozpatrzmy teraz, jak powstaje ciecz chłonna w naczyniówce.

Zapotrzebowanie cieczy chłonnej u niektórych zwierząt, n. p. u ryb, jest tak wielkie (Denisenko), że same tylko naczynia włoskowate naczyniówki nie mogłyby jej nastarczyć, to też wytwarzanie się tej cieczy odbywa się w tylnych przestworach naczyniówki. Tak n. p. u kota poza *tapetum* znajdujemy ogromne zbiorniki gęstej ziarnistej cieczy, gdy zwierzę przez czas dłuższy posiedzi w ciemni.

Przeciwnie pod działaniem światła przestwory te opróżniają się, a limfa przepływa do siatkówki (Denisenko).

Ilość limfy znajdującej się pomiędzy przybłonkiem barwikowym a błoną szklistą naczyniówki bywa różną, zależnie od tego, czy siatkówka znajdowała się w ciemni, czy też była wystawiona na działanie światła.

Co do warstw siatkówki, to przyjąć należy jako prawidłó, że co do zawartości cieczy chłonnej zachowują się one zupełnie odmiennie do warstw naczyniówki. Przestwory naczyniówki przepełnione są cieczą chłonną w ciemni, a opróżniają się pod działaniem światła; przeciwnie warstwy siatkówki ściśle przylegają do siebie w ciemni, a pod działaniem światła przepełniają się limfą i rozszerzają.

Tak warstwa jąder zewnętrznych siatkówki zwierząt pozostających długi czas w ciemni przylega ściśle do błony tylnej granicznej (*m. limitans externa*), pod działaniem zaś światła warstwa jąder zewnętrznych posuwa się na przód, a ciecz chłonna tworzy pas jasny pomiędzy warstwą jąder zewnętrznych a tylną graniczną siatkówki. Pod działaniem światła po-

większa się grubość tej warstwy dwa, a nawet trzy razy, wewnątrz zaś warstwy powstają przestwory wypełnione limfą.

Przestwory chłonne tej warstwy, niewidzialne w siatkówce trzymanej w ciemni lub ledwo dostrzegalne jako szczeliny podłużne, po dłuższym działaniu światła zmieniają swe wymiary i z podłużnych w kierunku płaszczyzny siatkówki przybierają teraz kierunek do tej płaszczyzny prostopadły, a więc wydłużają się z tyłu naprzód.

Warstwa międzyjądrowa w siatkówce trzymanej w ciemni jest tak ścisłą, że stąd pochodzi nawet inne miano tej warstwy — *plexiformis*; a jednak i w tej warstwie pod działaniem światła powstają szczeliny wypełnione limfą.

Warstwa jąder wewnętrznych w siatkówce trzymanej w ciemni, składająca się z jąder ściśle przylegających do siebie, przez działanie światła staje się grubszą, jądra ją składające rozsuwają się, a pomiędzy jądrami powstają szczeliny wypełnione limfą.

Pod wpływem działania światła i warstwa wojłokowata wewnętrzna traci swą ścisłość, tworząc liczne przestwory i szczeliny wypełnione gęstą cieczą chłonną.

Denisenko spostrzegwał kilka razy połączenia szczelin tej warstwy z jednej strony ze szczelinami warstwy komórek zwojowych, a z drugiej ze szczelinami i przestworami warstwy jądrowej przedniej.

Nawet włókna warstwy włókien nerwowych wskutek światła nie tylko rozsuwają się jedne od drugich, ale i wszystkie razem jako warstwa odsuwają się od granicznej przedniej warstwą limfy.

Po rozpatrzeniu zmian, zachodzących kolejno we wszystkich warstwach siatkówki pod działaniem światła, i widząc posuwanie się cieczy chłonnej od naczyniówki ku ciałku szklistemu, niepodobna się nie zgodzić ze zdaniem Denisenki¹¹⁾, że siatkówka, wystawiona na działanie światła, znajduje się w stanie fizyologicznego nacieczenia, może lepiej: przesiąkania cieczą chłonną, płynącą od naczyniówki do ciała szklistego. Przytem

dodać należy, że właściwych naczyń chłonnych wewnątrz gałki ocznej niema (Leber¹²).

A teraz, jeżeli przypuścimy, że siatkówka przez stan zapalny stała się nieprzenikliwą dla przesieków z naczyniówki do ciała szklistego, to oczywiście, że ciecz, nagromadzająca się w przestworach naczyniówki i pomiędzy naczyniówką a siatkówką, sprowadzi oderwanie siatkówki częściowe lub całkowite, zależnie od tego, czy cała siatkówka, czy tylko część jej stała się nieprzenikliwą dla przesieków z naczyniówki.

Jak wiadomo oderwanie siatkówki zwykle następuje pomiędzy warstwą przybłonka barwikowego a warstwą czopków i pręcików.

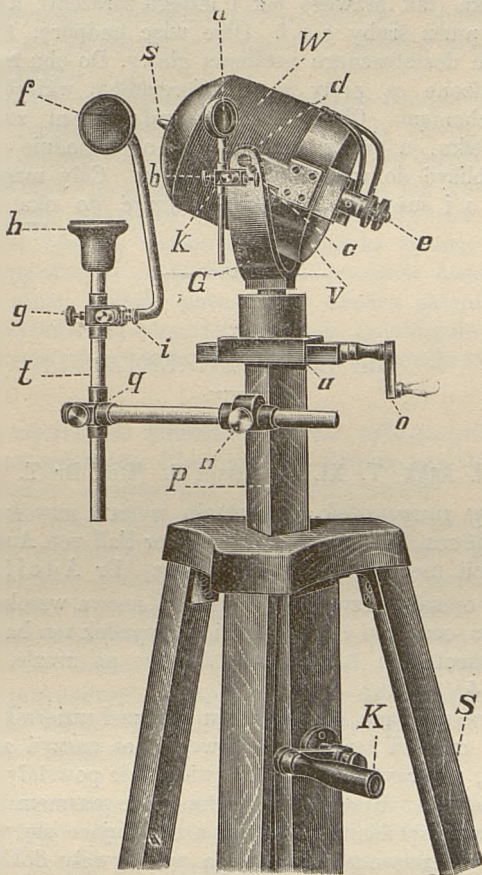
Czy warstwę przybłonka barwikowego zaliczyć należy do warstw naczyniówki, czy siatkówki, zdania są podzielone, — w każdym jednak razie, jeżeli nawet zaliczymy warstwę przybłonka barwikowego do warstw siatkówki, będzie to jedyna warstwa siatkówki, zachowująca się w ciemni i w świetle podobnie do warstw naczyniówki, a nie siatkówki: czynność wydzielnicza tej warstwy powiększa się w ciemności, a Kühne utrzymuje nawet, że środki, sprowadzające powiększenie czynności wydzielniczej gruczołów, n. p. pilokarpina, ten sam wpływ wywierają na czynność wydzielniczą przybłonka barwikowego.

Literatura.

8. Yomaschita: Beiträge zur Aetiologie und patholog. Anatomie der Netzhautablösung bei Retinitis albuminurica. — Inaug. Diss. Rostock. 1900.
 9. Ewetzki: Centralbl. f. pr. Aghk. 1897, str. 460.
 10. Goldzieher: Ueber die Anatomie der bei Morbus Brightii vorkommenden Netzhautablösung. — Wiener med. Wchschrft. 1900. Nr 39.
 11. Denisenko: K woprosu ob izmieniieniach w głazu pod wlijaniem swieta. Str. 60—86. Wojenno-medicinskij żurnał, czast' CLV, kn. II, r. 1886.
 12. Th. Leber: Die Circulations und Ernährungsverhältnisse des Auges. Graefe-Saemisch. IIeie wydanie, str. 81.
-

II. NOWE PRZYRZĄDY.

Elektromagnes oczny prof. Schloesser'a, wykonany przez zakład fizykalno-mechaniczny prof. Edelmann'a w Mnichowie, ma mieć wiele zalet wobec dawniejszych. Przedewszystkiem



Elektromagnes prof. Schloesser'a.

ma on posiadać większą siłę magnetyczną przez to, że dziób magnesu posiada zwoje druciane do niego blisko dochodzące.

Powyżej podajemy rysunek takiego magnesu, umieszczonego na wysokiej podstawie z drzewa dębowego, pozwalającej przez korbę

K magnes podwyższać lub obniżać. W pałąku *G* spoczywa magnes, dając się okręcać naokoło osi poziomej *d*, jako też naokoło osi pionowej równocześnie z pałąkiem. Przy *e* znajdują się dwie śruby dla połączenia elektrycznego. Przy słupie *P* przymocowany jest za pomocą śruby *n* pręt łączący się z podporą *h* dla brody. Podpora ta daje się przez śrubę *q* obniżać. Do pręta *t* przytwierdzona podpora *f*, dla policzka (tak prawego jak i lewego zarazem), a położenie jej reguluje się przez śruby *g* i *i*. Obie więc podpory, to jest *h* i *f*, dają możność dostatecznego ustalenia głowy. Do obu ramion pałąku *G* przytwierdzone są pręty *k* ze zwierciadłem wklęsłym, wszechstronnie ruchomem. Chory okiem zdrowem zwierciadli się w zwierciadelku, a przez przesunięcie odpowiednie tegoż można oko chore zbliżyć do wierzchołka magnesu. Cały magnes daje się przez korbę *o* i support *u* należyte zbliżyć do oka ustawionego.

Wicherkiewicz.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Arch. f. Aghk. T. XLIX. Zeszyt 2. (Ref. Dr T. Bałłaban).

Dalszy przypadek wyrwania nerwu wzrokowego, obserwowany przez kilka lat (Ein weiterer Fall von Ausreissung des Sehnerven mit mehrjähriger Beobachtung.). Dr Adolf Genth.

Autor opisuje przypadek wyrwania nerwu wzrokowego wskutek uderzenia oczodołu rączką laski. Przypadek ten badał on wziernikiem kilkakrotnie i to najpierw wkrótce po urazie, a następnie po upływie $4\frac{1}{2}$ roku.

W dwa miesiące po uderzeniu wykazał wzniernik następujące zmiany: W miejscu tarczy wzrokowej i jej naczyń znajdował się zygzakowaty, nieprawidłowy utwór, widocznie powstały z przebytego dawniej krwotoku, a ograniczony ku górze pasmem barwikowem. Cały ten utwór był lśniący białym, a znajdujące się w nim liczne szarawe i jasnoczerwone zabarwienia wskazywały dokładnie na pochodzenie jego z krwotoku. Z dolnej jego części występowały liczne małe tętniczki, które włączały się w głąb ciała szklстого.

W $4\frac{1}{2}$ roku później znajdowało się na miejscu tarczy wzrokowej lśniący białe ognisko, otoczone barwikiem.

Przypadek ten jest w literaturze dopiero 9tym, wliczając w to 8 przypadków zestawionych z literatury przez Salzman n'a.

Przyczynki do patologicznej anatomii narządów łzowych (Beiträge zur pathologischen Anatomie der Thränenorgane.). Dr G. Ischreyt.

1. *Jaglica przewodziku łzowego.* U chorego na jaglicę mężczyzny znajdował się w okolicy górnego kanaliku łzowego obrzęk wielkości grochu. Badanie histologiczne wykazało w okolicy przewodziku łzowego jaglicowe drobnokomórkowe nacieki, podobne do nowotworu. Także i ściana samego kanaliku łzowego była naciekłą komórkami kragłemi.

2. *Zmiany w podpowiekowym gruczole łzowym przy zadanionej jaglicy.* Cewki przewodowe gruczołu były bardzo znacznie rozszerzone. W komórkach gruczołu znajdowały się licznie nagromadzone kuleczki tłuszczu, przyczem jądra i tkanka ich podstawowa były zmienione przez powstanie torbowatych przestworów. Same płatki gruczołu były okolone bardzo twardą tkanką łączną.

3. *Wypadnięcie podpowiekowego gruczołu łzowego* było spowodowane przez ropień, powstały w okolicy sklepienia oczodołowego, a powstało prawdopodobnie przez zwióczenie więzadeł gruczołu. W wyciętym gruczole dało się wykazać przekrwienie i zastoina wydzieliny.

Przyczynek do kazuistyki t. zw. oftalmoplegia exterior chronica progressiva (Casuistischer Beitrag zur Ophthalmoplegia exterior chronica progressiva.). Dr W. Altland.

Opisany przez Altlanda przypadek jest o tyle zajmującym, że porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oka, nie wyłączając mięśnia dźwigacza powieki powstało zwolna w przebiegu lat 30tu.

Przyczyna tych zmian nie dała się wykazać.

Po wyczerpującem przedstawieniu zapatrywań różnych autorów co do powstania tego schorzenia w opisanych w literaturze podobnych przypadkach, skłania się autor do zapatrywania, że przyczyny szukać należy w zaniku komórek zwojowych odpowiednich jąder nerwów mózgowych.

O stanowczych wynikach po wyjęciu soczewki (Über definitive Erfolge von Phakolyse.). Dr Gelpke.

Autor podaje do wiadomości wyniki swych 10letnich spostrzeżeń, dotyczących się usunięcia soczewki przy wysokiego stopnia myopii.

A mianowicie polepszyła się bystrość wzroku 2—20krotnie w 89⁰/₀ przypadków. Pole widzenia pozostało niezmiennem w większej ilości przypadków, w 35⁰/₀ zaś rozszerzyło się, a w 5⁰/₀ zmężyło się. Niezborność rogówki pozostała niezmienną w 31⁰/₀,

w 20% zmniejszyła się, w 52% zaś zwiększyła się. Istniejące zmiany na siatkówce i naczyniówce nie postępywały już więcej po wyjęciu soczewki, lub nawet znikaly zupełnie, a tylko w kilku przypadkach postępywały naprzód. Przecięciowo wynosiła różnica w refrakcyi 20.5 D, a po operacyi nie zmieniała się więcej budowa oka. T. zw. »pseudoakomodacya« była zależną od wieku i od inteligencyi chorego.

Co się tyczy powikłań przy tej operacyi, to są one mniej więcej takie same, jak przy dyscyzyi i wyjęciu soczewki. Utrata ócz wynosiła 1.5%.

Wskazania co do operacyi dzieli autor na bezwzględne, to jest takie, w których operacya jest dla krótkowidza, ze stanowiska ogólnosocyalnego niezbędną, i na wskazania względne.

Fakolyza jest bezwzględnie wskazaną w przypadkach wysokiej myopii, które nie dają się poprawić szklami, a tem samem staje się wykonywanie zawodu niemożliwem i przy wyraźnie wzmagającej się krótkowzroczności; względnie jest zaś ona wskazaną u ludzi, którzy szkieł nosić nie mogą lub nie chcą (u robotników w lokalach napełnionych dymem, parą i t. p.), a także przy zmianach w żółtej plamce, które nie dają się usunąć żadnem innem leczeniem.

Wedle autora stanowią następujące okoliczności bezwzględne przeciwskazanie do wykonania fakolyzy.

1. Krótkowzroczność, która daje się szklami wklęsłemi dostatecznie poprawić.
2. Przypadki, w których w okolicy równika gałki ocznej znajdują się zapalne zmiany naczyniówki i siatkówki, obok znacznego zwężenia pola widzenia, następnie rozplływ ciała szklistego i zmniejszenie ucisku śródocznego.

Oderwanie siatkówki na oku jednym nie stanowi przeciwskazania do przedsiębrania fakolizy na oku drugim.

Autor operuje w następujący sposób: 1—1.5 mm od granicy rogówko-twardówkowej robi on 4 mm długie cięcie, następnie wrywa możliwie duży kawałek torebki soczewkowej szczypeczkami. U młodszych osobników posługuje się dyscyzą, podobnie, jak to opisał Pflüger, i czeka możliwie długo, zanim przedsięwzięcie wyjęcie soczewki. Po wyjęciu soczewki zdarza się tylko bardzo wyjątkowo, że potrzebną się staje jeszcze ponowna dyscyza. — Wkońcu przemawia autor za obustronną fakolyzą.

Doświadczalne i kliniczne przyczynki co do działania barwników anilinowych na oko (Experimentelle und klinische

Beiträge über die Einwirkung von Anilinfarben auf das Auge.). Dr Kuwahara.

K. widział w 3 przypadkach wrzody na rogówce, które powstały przez wpadnięcie do worka spojówkowego odłamków ołówka, służącego do kopiowania.

Spostrzeżenia te skłoniły go do doświadczeń na królikach co do działalności barwików anilinowych na oko.

Przytem pokazało się, że sproszkowany lub też rozpuszczony we wodzie ołówek do kopiowania wywołuje zawsze zapalenie rogówki, przyczem rozchodzi się nie o podrażnienie oka mechaniczne, lecz czysto chemiczne.

Doświadczenia kontrolne z obojętnymi proszkami wydały natomiast stale wynik ujemny. Ważnem jest przytem, że opisane zapalenia rogówki powodowały także i poprzednio bardzo starannie wyjałowione rozczyny ołówka tego. Chemicznie działającą istotą w tych ołówkach jest fiolet metylenowy.

Podobne zmiany zapalne na rogówce i spojówkach mógł autor osiągnąć również i przy użyciu pyoktaniny, eozyny i gencyany fiołkowej.

O możliwem uleczeniu drżenia gałek ocznych (Über die mögliche Heilbarkeit des Nystagmus.). Dr Cuperus.

Autor spostrzegął w dwóch przypadkach poprawienie się drżenia gałek. W jednym przypadku nastąpiło to po dyscyzyi następowej zaćmy; w przypadku drugim znikł nystagmus u człowieka zezującego po przecięciu mięśnia prostego wewnętrznego.

Częściowe porażenie mięśnia prostego zewnętrznego i m. bloczkowego górnego wskutek zatrucia atropiną zapuszczaną oka (Parese des Rectus externus und Obliquus superior als Folge einer Atropinvergiftung vom Auge aus.). Prof. K. Baas.

U 12letniego chłopca leczono atropiną szybko się posuwającą myopię. Po dłuższem jej używaniu pojawiło się obok objawów ogólnych zdwojone widzenie i zez. Ponieważ brak było jakiegokolwiek innej etyologii, przyjął więc Baas, że istniejące u chłopca porażenie mięśnia prostego zewnętrznego i mięśnia górnego bloczkowego jest następstwem zatrucia atropiną. Po jej usunięciu zniknęły też te objawy porażenne.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. I. Luty 1904. (Ref. Dr Liebermann).

O torbielach spojówki (Ueber Conjunctivalcysten). Dr G. Ischreyt.

Autor badał dwa torbiele spojówki, z których każdy budową swą jakoteż umiejscowieniem dawał pewne wskazówki co do swego powstania.

Pierwszy z nich powstał z gruczołu, leżał on w tkance podśluzowej, przewód jego był wąski i przypominał znamionami swemi przewód gruczołowy. Spojówka w otoczeniu oprócz nieznacznego nacieku drobnokomórkowego nie wykazywała żadnych zmian patologicznych. Obok dużego torbiela było jeszcze kilka małych zupełnie od dużego oddzielonych. W drugim przypadku torbiel leżał tuż pod przybłonkiem spojówkowym, przewód jego był krótkim i szerokim. Przybłonek ponad torbielem położony wykazywał objawy bujania. Na podstawie tych danych autor przypuszcza, że torbiel ten powstał skutkiem zagłębienia się przybłonka i utrudnienia odpływu wydzieliny z tego nowo wytworzonego rzekomego gruczołu.

O wyrostkach w nerwie wzrokowym (Ueber Entstehung der Opticusdrusen). Dr I. I. Streiff. Z kliniki Prof. Haaba w Zurychu.

Wyrostki w nerwie optycznym położone uważa autor za analogiczne do wyrostków, spotykanych niekiedy w pochewkach tego nerwu i na oponach mózgowych. Są one zawsze wyrazem schorzenia, powodującego zaburzenia w krążeniu limfy. W pięciu przez autora opisanych przypadkach powstanie tych wyrostków poprzedzała choroba oka, częstokroć *neuritis optica*.

Skrzydlik prawdziwy i rzekomy na górnej powiece (Pterygium und Pseudopterygium am oberen Lide.). Dr Th. Werneke.

U chłopca 12letniego znajdował się pod powieką górną oka prawego załamek błony śluzowej, pod który można było sondą wejść dosyć głęboko. Wobec braku zmian, świadczących o przebytej jaskry, lub zmian, pozostałych po zropieniu gradówki, uważa autor załamek ten za wrodzony.

Przypadek jaskry z zupełnym zanikiem tęczówki, spowodowanym przez haemophthalmus traumaticus (Ein Fall von Glaucom mit totaler Irisatrophie durch Haemophthalmus traumaticus.). Dr Stoewer (Wittawa).

Skutkiem urazu powstał u 23letniego górnika wylew krwawy do przedniej komory oka prawego. W trzy dni później przyłączyły się do tego objawy jaskry, a chory nabawił się nadto *gastroenteritis*, której towarzyszyły silne wymioty. Obraz chorego oka znacznie się zmienił. Przednia komora wypełniła się krwią. Z powodu silnych

bólów wykonano *sclerotomiam posteriorem*, a gdy krew z przedniej komory uległa wessaniu, zauważono zrosty tęczówkowe, jej zanik i gęste zaćmienia w ciele szklistem.

Po kilku tygodniach znów powtarzają się objawy jaskry.

Przystąpiono do irydektomii, ale zanikła tęczówka, z której w większej części pozostała tylko warstwa barwikowa, okazała się tak twardą, że z trudnością tylko udało się wyciąć mały jej kawałek. Po operacyi silny krwotok. W kilka dni po operacyi znów objawy jaskry, krew w przedniej komorze utrzymuje się.

Bóle ustępują dopiero po powtórnej sklerotomii.

Przyczyną krwotoku do ciała szklistego zaraz z początkiem choroby było uszkodzenie naczyń w chwili urazu, wymioty zaś spowodowały ich pęknięcie. Następowo powstał zanik tęczówki.

Przyczynek do nauki o melanosis corneae (Beitrag zur Kenntniss der Melanosis corneae.). Dr Jamaguchi.

Pomiędzy oczami świńskimi, przeznaczonemi do ćwiczeń operacyjnych, znalazł Doc. Dr Wintersteiner parę oczu, wykazujących ograniczone, ciemne zabarwienie rogówki. Od *limbus* ciemna część odgraniczona była przezroczystym pasem. Ku górze ostro odgraniczone zniknęło to zmętnienie coraz to bardziej, idąc ku dołowi.

Badanie histologiczne wykazało złogi barwikowe w komórkach miąższu rogówkowego. Jeszcze większe nagromadzenie barwika było w komórkach podstawowych i w głębszych warstwach przybłonka.

Autor przypuszcza, że barwik ten był wytworem samych komórek, a nie wynikiem przemian barwika krwi. Nie był on też zawleczonym z rąbka rogówko-twardówkowego, gdzie u zwierząt prawidłowo barwik się znajduje, gdyż w takim razie nie możnaby wytłomaczyć zupełnie przezroczystej przestrzeni pomiędzy rąbkami a zmętnieniem.

Ctbrhl. f. pr. Aghk. Z. 12 1903 i Z. 1—2 1904 (Ref. Dr L. Gruder.

Urazowe wypadnięcie gruczołu łzowego (Traumatischer Vorfall der Thränenendrüse.). Dr Purtscher z Celowca.

Autor, zwróciwszy uwagę na rzadkość tych wypadków i zestawiając odnośną literaturę, opisuje dwa świeże wypadki wypadnięcia gruczołu łzowego.

Pierwszy wypadek dotyczy 2letniego dziecka, u którego wskutek upadnięcia powstała rana w okolicy kącika zewnętrznego oka prawego tuż popod górną granicą oczodołu, a z tej rany sterczał gruczoł łzowy.

Drugi wypadek dotyczy cieśli, który upadłszy z dachu, skaleczył się w okolicy zewnętrznego kącika oka lewego, a z rany sterczał gruczoł łzowy. Oba wypadki dostały się świeże w ręce lekarza i dlatego leczenie polegało na repozyceyi gruczołu i zaszyciu rany. Wynik w obu wypadkach zadowalniający. Gałka w obu wypadkach była nietkniętą.

Autor przytacza także spostrzeżenie Hilbert'a, który zwraca uwagę, iż wypadki wypadnięcia gruczołu łzowego znachodzimy najwięcej u dzieci, u których gruczoł ten z powodu niedostatecznego rozwinięcia kości i t. p. bardziej jest narażony na zewnętrzne urazy (Ahlström), lub że niezręczność dzieci i częste padanie i urazy powodują też wypadnięcie gruczołu łzowego częściej u nich, aniżeli u ludzi starszych.

Obustronne glioma retinae (Ein Fall von doppelseitigen Markschwamm der Retinae.). Prof. Hirschberg.

Dziecko 10miesięczne od urodzenia miało w obu oczach znamienny żółty odbłask. W każdym oku nowotwór ten złożony był z 3 części i był pokryty naczyniami naczyniówki.

Operacyjnych zabiegów na razie nie przedsięwzięto wcale. —

Przypadek skrobionatego zwyrodnienia spojówki i chrząstki powiekowej u malajczyka (Ein Fall von amyloider Degeneration der Bindehaut und des Tarsus bei einem Malayen.). Dr L. Steiner z Soerabaya (Jawa).

Zgrubienie obu powiek górnych u starszego Jawańczyka powstało w przeciągu ostatnich ośmiu miesięcy i górne powieki pokrywały daszkowato dolne powieki. Chory nie był w stanie podnieść powiek, tak, iż mało tylko widział, podobnie, jak u cierpiących na „*ptosis*“. — Zgrubienie oka prawego odpowiada dokładnie wielkości chrząstki powiekowej 5 cm. dług., 3 cm. wysok. i 2 cm. grub. — Skóra łatwo przesuwalna; nigdzie nie było innych zgrubień, guzów itp. zmian. Rzęsy na prawidłowem miejscu; powieka zgrubiała odstaje od gałki, tworząc 1 cm. szeroką przestrzeń i odkrywając dolną połowę tylnej powierzchni powiekowej, t. j. spojówki powiekowej.

Odwrócenie powiek jest uniemożliwione z powodu grubości powiek, a przez lekkie odchylenie powiek od oka widać było zbliżnowaciałą i jaglicowo zmienioną spojówkę z nielicznymi ziarnami jaglicowemi.

Dolna powieka bez powyższych zgrubień, tylko nieliczne ziarna były widoczne na nastrzykanej spojówce. Na górnej połowie rogówki łuszcza; silna wydzielina ropna z oka. V oka prawego = $\frac{1}{4}$.

Lewe oko posiada prawie ten sam stan powiek, tylko stan

na rogówce był o wiele gorszy, tak, iż bystrość wzroku ograniczała się na rozpoznawaniu ruchów ręki.

Badania innych organów nie było niestety.

Autor przyznaje, iż w pierwszej chwili myślał o mięsaku powiek (*sarcoma*), lecz obustronne, symetryczne, dokładnie odgraniczone umiejscowienie i stwierdzenie jaglicy naprowadziło go na zwyrodnienie skrobiowate.

Zabiegi operacyjne polegały na cięciu skórny 3 mm ponad dolnym brzegiem powiekowym, wyłuszczeniu chrząstki zwyrodniałej z pozostawieniem cienkiej warstwy chrząstkowej, przylegającej do spojówki powiekowej. Zaszycie rany skórnej i prawidłowy przebieg gojenia.

Powieka mogła potem być podnoszona bez natężenia przez *levator palpebrae*.

Lewe oko podobnie operowano przy pomocy plastyki.

Grubość powiek po operacyi wynosiła $1\frac{1}{2}$ cm.

Część zwyrodniona, wycięta, wynosiła na pr. ok. 3 cm długości, 2 cm szerokości i 1·4 cm grubości; na lewym oku $3\frac{1}{2}$ cm długości, 2 cm. szerok. i 1·6 cm grubości

Następuje opis drobnowidowego badania, które wykazuje wszelkie cechy skrobiowatego zwyrodnienia. —

Mechaniczne leczenie jaglicy na spojówce (Die mechanische Behandlung der trachomatös erkrankten Conjunctiva). Dr M. Likiernik z Łodzi.

Ten sam przedmiot po polsku w Czasopiśmie Lek. ogłoszono, a streszczono w P. O. Nr IV. 1904.

Fioletowe zabarwienie spojówki i rogówki atramentem anilinowym; odbarwienie tegoż za pomocą wody utlenionej (Violett-färbung der Bindehaut und Hornhaut durch Anilin-Tintenstift; Entfärbung durch Wasserstoffsperoxyd.). Dr E. P r a u n z Darmstadu.

Drobny odprysk ołówka anilinowego dostał się do woreczka spojówkowego i spowodował zabarwienie dolnej części spojówki gałkowej.

Brzegi powiek również fioletowo zabarwione i obrzmiałe. Dolna część rogówki także zabarwiona. Ciecz komory i tęczęwka niezabarwione.

Dyonina nie dała żadnego wyniku, a 3⁰/₀ woda utleniona (Merck) usunęła zabarwienie w ciągu jednego ledwie dnia.

Ophth. Kl. Nr 2. 1904. (Ref. Dr Berezowski.).

Przyczynek do kazuistyki obrażeń soczewki odłamkami miedzi (Zur Casuistik der Linsen-Verletzungen durch Kupfersplitter).
Dr J. Warszawski.

Autor opisuje przypadek, który się wydarzył robotnikowi ślusarskiemu przy piłowaniu kawałka mosiądzu, kiedy to drobny odłamek ugodził go w lewe oko i utkwił w soczewce. Stan ócz następujący: Prawe oko prawidłowe. Lewe zewnątrz bez podrażnienia. Napięcie prawidłowe, gałka przy ucisku niebolesna. Na rogówce w dolnym zewnętrznym kwadrancie w odległości $1\frac{1}{2}$ —2 mm od brzegu cienkie linijne zmętnienie, bliżenka po ranie zadanej ciałem obcym, przebiegająca w kierunku promienia. Przednia komora i tęczęwka prawidłowe, źrenica po atropinie równomiernie rozszerzona, zrostów nie ma. W dolnej trzeciej części soczewki tuż obok południka pionowego nieco ku wewnątrz w przednich warstwach soczewki znajduje się błyszczące, żółtawe, metaliczne ciało, 4 mm długie, 2 mm szerokie, ułożone prawie poziomo w kierunku skośnym od przodu zewnątrz, ku tyłowi wewnątrz, zewnętrzny brzeg wystaje nieco do komory przedniej. Przerwana torebka przylega do ciała obcego. Soczewka zupełnie przezroczysta prócz lekkiego zmętnienia w postaci cienkiego paska od tylnej krawędzi ciała obcego ku górze na wewnątrz. Bystrość wzroku przy rozszerzonej źrenicy = 0.4. Przy ponownem badaniu przy wąskiej źrenicy ciała obcego widać nie było, bystrość zaś wzroku 0.8—0.9. W cztery miesiące po wypadku, oko bez podrażnienia żadnych nowych zmian nie okazuje. Zabiegu operacyjnego autor zaniechał, gdyż spostrzeżenia różnych autorów wykazały, że kawałeczki metalu mogą długi czas tkwić w soczewce bez wywołania zmian, pociągających za sobą zabieg operacyjny w celu usunięcia ciała obcego z oka.

Autor przytacza kilka przypadków obecności odłamka miedzi w soczewce, które opisali: Pagenstecher, Grosz, Hirschberg, Mendel, Wagenmann, a także przypadek spostrzegany w klinice Prof. Wicherkiewicza, odnoszący się do chorego, który w soczewkach obu ócz posiadał odłamki miedziane wskutek wybuchu metalowego naboju. Chory pozostawał w obserwacji przez pół roku, a przez ten czas stan jego ócz zupełnie żadnej zmianie nie uległ, a bystrość jego wzroku utrzymywała się stale $V = 1.0$, dlatego to nie podjęto operacji w celu usunięcia ciała obcego.

Przypadek ropnej conjunctivitis i iridocyclitis obu ócz po czerwonce (Ein Fall von eitriger Conjunctivitis et Iridocyclitis beider Augen nach Ruhr.). A. Vossius.

Docent higieny Dr Fr. z Królewca zapadł na czerwonkę, po

której nastąpiło powikłanie ze strony ócz, a mianowicie zapalenie ropne spojówki, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Badania drobnoustrojowe cewki moczowej, gdzie była *urethritis*, wykazały drobnoustroje bardzo zbliżone wyglądem do *bacterium coli*. Badań za pomocą hodowli nie przeprowadzono. Z początku przypuszczał autor, że nastąpiło zakażenie spojówki rękami chorego, zwłaszcza, że i w wydzielinie spojówkowej takie same drobnoustroje znaleziono. Obraz schorzenia ócz i powiek odpowiadał prawie w zupełności *conjunctivitis blennorrhoeica levis*. Dopiero po pewnym czasie wystąpiło zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, do czego przystąpiło zmętnienie tylnej powierzchni rogówki, w źrenicy, oraz męty w ciele szklistem. Wobec tego autor stawia przypuszczenie, że zakażenie musiało się odbyć drogą przerzutów. Wzrok chorego do tego stopnia się pogorszył, że pozostało tylko poczucie światła. Leczenie polegało w początkach na stosowaniu azotanu rtęciowego ($1\frac{1}{2}\%$) do worka spojówkowego, przepłukiwaniu kwasem borowym i okładów chłodnych. Później okłady zmieniono na letnie, zapuszczano atropinę, a na wewnątrz podawano kalomel à 0.05. Ostatecznie stosował autor aspirynę à 1 g. kilka razy dziennie w celu wywołania potów, atropinę i ciepłe okłady. Wynik leczenia był bardzo korzystnym, gdyż objawy zapalne ustąpiły, a chory obuocznie miał $V = \frac{6}{5}$.

Wien. Med. Wchschrft. 5, 9 i 19 marca 1904. (Ref. Dr Liebermann).

Teżyczka powodem zaćmy (Tetanie als Ursache der Starbildung.). Dr Henryk Freund, lekarz pułkowy.

Już w roku 1899 ogłosił autor 2 przypadki zaćmy soczewkowej na tle teżyczki; obecnie znów zebrał 4 podobne przypadki. Wszystkie one dotyczą młodych ludzi, bo żołnierzy, u których wszelką inną etiologię dla wspomnianej choroby można było wykluczyć. Katarakta rozwinęła się wkrótce po rozpoczęciu się teżyczki, u jednego z nich już w 10 dni po pierwszym napadzie. W przeważnej ilości przypadków była to *cataracta perinuclearis*. W czterech przypadkach powstała *cataracta perinuclearis*, w jednym zaś zaćma głębszych warstw kory. W 3 przypadkach stwierdzono skurcz akomodacyi. Na podstawie tych przypadków mniema autor, że teżyczka w dzieciństwie przebyta jest częściej, aniżeli dotychczas przypuszczano, przyczyną zaćmy warstwowej. W jaki zaś czas po chorobie powstaje zaćma, to zależy od natężenia tejże choroby i od stopnia odporności ustroju.

Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie chorób siatkówki, występujących w przebiegu chorób nerkowych (Die

diagnostische und prognostische Bedeutung der Netzhauterkrankungen bei Nephritis.). Prof. Dr. Elsch nig (Wiedeń).

Obrazy *retinitis* w przebiegu chorób nerkowych są rozmaite, zależnie od tego, której z głównych składowych części siatkówki główne dotyczą zmiany. To właśnie zjawisko za podstawę biorąc, można wszystkie formy *retinitis* ująć w kilka grup.

I grupa (zmiany najłagodniejsze). Główne zmiany dotyczą ścian naczyńowych, które bądź to dają miejscami silniejszy odbłask, (skleroza ścian naczyńowych), bądź też widać wzdłuż naczyń białe smugi (*periarteriitis*); może też być połączenie obu tych zjawisk. Tarcz nerwu wzrokowego jest wypukłą, granice jej zatarte.

II grupa. Obok powyżej wymienionych zmian widać nadto wybroczyny i drobne, białe lub szare, plamki, zwłaszcza w okolicy *macula lutea*.

III grupa. Ciężka *neuroretinitis* z wybroczynami i szaremi i białymi ogniskami zwyrodnienia, brak jednak charakterystycznych, w okolicy żółtej plamki ułożonych, gwiazdkowatych ognisk.

IV grupa. Typowe przypadki *retinitis albuminurica*.

V grupa. Obok zmian, charakterystycznych dla grupy III i IV, widać nadto wypukłe, białe obrąbane guzki. Są to ogniska, powstałe w około zakrzepów w naczyniach naczyniówki. Jest to najcięższa postać *retinitis*.

W 2, przez siebie badanych, przypadkach widział autor bardzo liczne nowowytworzone anastomozy żyłne, raz widział on *retinitis proliferans* na tle *nephritis*, a cztery razy zanik siatkówki i nerwu wzrokowego, również na tle zapalenia nerek.

W 10 przypadkach na 199 badanych chorych powstało odczepienie siatkówki, a tylko 74 miało prawidłowe dno oka.

Retinitis sama nie jest jeszcze znamienną dla *nephritis*, gdyż zupełnie podobny obraz powstać może i w przebiegu innych chorób. Gdy jednakże *nephritis* z innych objawów stwierdzono, to przebieg zapalenia siatkówki zależy od przebiegu choroby nerkowej. Poprawa tej ostatniej powoduje również poprawę *retinitis*. Pogorszenie zapalenia siatkówki ma zawsze bardzo złe prognostyczne znaczenie. Najgorzej rokować każe *retino-chorioiditis albuminurica* (grupa V); chorzy tacy zazwyczaj bardzo prędko umierają. Najłagodniej przebiegają te przypadki, w których żadnych zmian na dnie oka nie stwierdzono.

Ciała obce w przewodach łzowych (Fremdkörper in den Thränenwegen.). Dr Emil Bock, prymaryusz w Lublanie.

Ciała obce w przewodach łzowych napotykanne mogą być dwójakiego pochodzenia. Albo około ciała obcego, naniesionego z worka

łzowego, gromadzą się rozmaite sole, albo też, zwłaszcza w przebiegu chronicznego zapalenia spojówki, przy którym zazwyczaj i błona śluzowa kanalików łzowych ulega zapaleniu, złuszczone przybłonki tych ostatnich stają się punktem krystalizacyjnym dla rozmaitych soli.

Tego rodzaju był też opisany przez autora kamień.

W górnym przewodniku łzowym tkwił kamień wielkości ziarnka pieprzu, twardy, o gronkowatej powierzchni. Badanie drobnowidowe sporządzonych szlifów wykazało budowę warstwową tego utworu. Pod względem chemicznym kamień ten składał się z węglanu wapniowego (Ca CO_3), tlenku krzemowego (Si O_2) i chlorku sodu (Na Cl).

W literaturze spotyka się nadto liczne wzmianki o kamieniach w przewodach łzowych, powstałych w około kolonii drobnoustrojów, jak *Leptothrix*, *Cladothrix* i *Actinomyces*. Zwłaszcza te ostatnie nie dają powodu do ogólnego schorzenia ustroju, częścią dzięki antyseptycznemu działaniu łez, głównie jednak dlatego, że zostają one przez gromadzące się w około nich sole unieruchomione.

Odstawanie powiek w zewnętrznym kąciku (Das Abstehen des äusseren Lidwinkels.). Dr Hadano (z Japonii). Die Ophth. Klinik, 1904, Nr 3.

Wrodzona ta wada w ułożeniu powiek, jakkolwiek znaną jest każdemu okuliście, nie została jednak dotąd uwzględnioną ani w literaturze, ani w podręcznikach okulistyki. Nie ma o niej wzmianki nawet w najnowszym opracowaniu anatomii makroskopowej oka przez Merkl'a i Kallius'a w dziele Graefego-Saemisch'a, a jednak zasługuje na omówienie, bo staje się nieraz przedmiotem leczenia czy to dla względów kosmetycznych, czy też z powodu objawów nieżytych, jakie może wywoływać. Przez odstawanie powiek od gałki ocznej w kąciku zewnętrznym powstaje rodzaj kieszonki wyścielonej spojówką, w której z łatwością nagromadza się pył i daje powód do podrażnienia zapalnego. W przypadkach, gdzie tego nie ma, samo oszpecenie oczu powinno stanowić wystarczającą pobudkę dla nas, abyśmy starali się nieprawidłowość tę usunąć, zwłaszcza, jeśli występuje w wybitnym stopniu. Hadano spostrzegł w klinice prof. Peters'a w Bonn sześć przypadków wyraźnego odstawania (do 2 mm) zewnętrznego kącika powiek i podnosi szczególną okoliczność, że z tej liczby pięciu chorych dotkniętych było zezem zbieżnym, a u szóstego, trzyletniego chłopca zmiana w mowie będąca nadawała oczom pozór zezą zbieżnego, nie istniejącego w rzeczywistości. Złudzenie to skłoniło rodziców dziecka do zasięgnięcia porady. Pomimo tego autor nie dopatruje

się związku przyczynowego między zezem a omawianą wadą, ponieważ ta ostatnia jest obustronną, a zez występuje na jednym oku (w żadnym z przypadków spostrzeganych nie było *strab. alternans*). W jednym przypadku usunięto zmianę operacyjnie: na prawem oku przez wycięcie poza zewnętrznym kącikiem owalnego kawałka skóry i spojenie brzegów ubytku 3ma szwami założonymi pionowo; na lewem oku za pomocą zwyczajnej tarsorafii. *K. W. Majewski.*

Czy niezborność rogówki jest wadą dziedziczną? (Ist Hornhautastigmatismus vererblich?). Dr Eryk Spengler. Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1904. Nr 2.

Już w roku 1866 ogłosił Javal w dziele Wecker'a »Études ophthalmologiques« szereg pomiarów niezborności u członków własnej rodziny i wskazał na wyraźnie dziedziczne piętno tej wady w budowie oka. Później w dalszym ciągu badania te prowadził, oznaczając niezborność sposobami podmiotowymi (przez dobór szkieł), a począwszy od roku 1881, t. j. od czasu, gdy zestawił pierwszy model swego astygmometru, wykonywał dalsze pomiary za pomocą tego przyrządu. Obecnie, po utracie wzroku, upoważnił Javal do prowadzenia dalszych badań w tym kierunku Dra Spengler'a, pracującego w laboratorium oftalmologicznem Sorbony. W ten sposób uzyskano długi szereg danych astygmometrycznych, które obejmują 47 osób (94 ocz), stanowiących pięć pokoleń rodziny Javal'a.

As rectus znaleziono na 56 oczach = 59,6%.

As obliquus » na 4 » = 4,2%.

As inversus » na 18 » = 19,2%.

Nie było astygmatyzmu na 16 » = 17,0%.

Średni wiek 47 badanych osób wynosił 28,5 lat. Wiadomo, że *As inversus* z biegiem lat wzrasta. Otóż w trzecim dziesięcioleciu stanowi on wedle Pflüger'a 10,0%, wedle Pfalz'a 8,7%. W zestawieniu powyższem odsetek tego rodzaju niezborności jest około 2 razy wyższy. Tu trzeba zwrócić uwagę, że większość członków rodziny Javal'a jest pochodzenia żydowskiego, a Javal sam już dawniej był wykazał, że *As inversus* u żydów częściej się zdarza, niż u innych narodowości, zamieszkujących Europę. — Bliższe rozpatrzenie się w tablicy zestawionej przez Spengler'a przekonywa nas w sposób dosadny, że nie tylko rodzaj niezborności, ale nawet jej stopień i kierunek głównych osi przechodzi prawem dziedziczności z rodziców na dzieci i wnuki. —

K. W. Majewski.

Przyczynek do anatomii patologicznej przy zapaleniu twardówki (Beitrag zur pathologischen Anatomie der Skleritis.). Dr Steffens, były asystent kliniki (Z kliniki okul. we Wrocławiu.). Monatsbl. f. Aghk. Lipiec. 1903.

Do kliniki zgłosiła się kobieta 33letnia, podając, że od 5 lat miewa częste zapalenia lewego oka, a od dwóch lat straciła wzrok na oku lewym. Również na prawem oku wzrok od kilku tygodni upośledzony. Wywiady co do *lues* były ujemne.

Badania wzroku na prawem oku wykazało $\frac{6}{15}$. Na tylnej powierzchni błony Descemet'a drobne naloty, a w ciele szklistem drobne zmętnienia.

Lewem okiem widzi słabe światło z dobrą projekcją, rogówka czysta, dokoła rąbka rogówkowego łupkowe zabarwienie twardówki, soczewka zaćmiona. W następnych dniach świeże twardówkowe podrażnienie lewego oka z silnymi bólami, które to objawy po zastosowaniu wcierek rtęciowych ustąpiły. Po 3 tygodniach usunięto kataraktę, a w trzy tygodnie później wzrok prawego oka = $\frac{6}{6}$ — $\frac{6}{5}$ bez nalotów na błonie Descemet'a i bez zmętnienia w c. szklistem. Na lewym oku = palce na 1 m., rogówka nieco mniejsza od prawej, komora przednia bardzo płytka, tęczęwka zwyrodniała, napięcie obniżone.

Chorą z *solutio kalii iodati* wypuszczono.

Po pół roku zgłosiła się chora znowu do kliniki z powodu osłabienia wzroku oka prawego. Badanie wykazało $\frac{6}{10}$, oko nie podrażnione, drobne naloty na błonie Descemet'a, dno oka wskutek zmętnienia w c. szklistem nieco zaćmione. Lewe oko: ruchy ręki niepewnie, przy słabem oświetleniu projekcja niepewna, napięcie — 2. Twardówka dokoła rąbka rogówkowego nieregularnie szarawo łupkowo zabarwiona, przednia komora bardzo płytka. Po wyjęciu oka gojenie prawidłowe.

Od tego czasu miewa chora częste nawroty *cyclo-scleritis* pr. oka z silnymi bólami, obrzękiem spojówkowym, upośledzeniem wzroku, które to objawy po zastosowaniu *unguent. ciner.*, *kalii iodat.*, *atrop.*, *cocain* ustępowały.

Badanie mikroskopowe wyjętego oka wykazało objawy ciężkiej postaci chronicznego zapalenia twardówki, ciała rzęskowego, rogówki i ciała szklistego. Główną siedzibą zapalenia był przedni odcinek twardówki jakoteż ciało rzęskowe. Ostatecznie przychodzi autor do wniosku, że pierwotnem było zapalenie ciała rzęskowego, a zapalenie twardówki było następowe.

Dr Piotr Geisler.

Keratitis neuroparalytica i pokrewne stany. Dr Walter Albrand. Wiener klinische Rundschau. 1903. Nr 43.

Wiadomo, iż zapatrywanie Magendi'ego, który twierdził, iż porażenny objaw zapalny rogówki jest następstwem troficznego zaburzenia, zostało popartem przez doświadczenia Meissner'a. Z doświadczeń tych bowiem wynikało, iż przy znieczuleniu rogówki tylko

wtenczas zapalenie rogówki występuje, jeżeli cały pierwszy pień nerwu trójdzielnego doznał przerwy, a nawet znieczulenie nie jest koniecznym warunkiem takiego zapalenia. Występuje ono i wtenczas, gdy tylko na wewnątrz leżące włókna tego pnia nerwowego doznały obrażenia, przyczem rogówka może zupełną zachować wrażliwość. Włókna te ważną odgrywają rolę w odżywianiu rogówki, a pochodzą, jak się zdaje, wyłącznie z nerwu sympatycznego.

Rzeczywiście zapatrywanie Snellen'a, a także Saemisch'a, że chodzi tu o uraz znieczulonej rogówki, dalej Feuer'a, że mamy do czynienia z postacią kserotyczną, jak przy *keratitis e lagophthalmo*, nie zostało dostatecznie poparte dowodami, pod każdym względem krytykę wytrzymującymi.

Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że i przypuszczenie już przez Saemisch'a objawione, a później przez Krause'go w roku 1895 więcej rozproszony, jakoby przez znieczulenie rogówka mniej stała się odporną na działanie drobnoustrojów, może być uzasadnione w przypadkach, gdzie rzeczywiście znieczulenie powstało. Ale jak wytłómaczyć przypadki obrażenia nerwu trójdzielnego bez znieczulenia, a jednak występujące z objawami zapalenia porażonego? Zawsze ma się chęć powrócić do wpływu nerwów troficznych. Berger i Loewy (*Sur les nerfs trophiques de la cornée* 1902.) szukają przyczyny zaburzonego odżywienia w zmianie włókien troficznych nerwu sympatycznego, przebiegających zazwyczaj tylko do zwoju Gassera, by następnie przejść do splotu sympatycznego przez anastomozy.

I zależność tego zapalenia od obrażenia zwoju Gassera przez jednych autorów stwierdzona (Gaule, Hippel, Gallemaerts i inni), a przez innych (Koszewnikow i Ruthe) zaprzeczana, wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń.

Albrand przytacza przypadek dotyczący starszej panny, u której dla silnych boleści w przebiegu nerwu trójdzielnego wykonywano rozmaite operacye, a także neurektomię n. trójdzielnego we *fossa spheno-maxillaris*. W następstwie tego wystąpiło zapalenie rogówki, które autor uważa za neuroparalityczne, w czem mu przyznajemy słuszność, tylko, że Albrand nie wykazuje, co właściwie było powodem tego zapalenia w przypadku w wysokim stopniu powikłanym, gdzie było i obniżenie czucia spojówki i rogówki i niedomykalność powiek wskutek blizn, *trichiasis* i t. d.

Trzy zaś inne przypadki na zakończenie swej rozprawki przytoczone wcale nie należą do tej kategorii zapalenia, ale przedstawiają raczej typy *keratomalacia comatosa*, gdzie, jak to autor sam przyznaje, już to wysychanie już też zanieczyszczenie drobnoustrojami było powodem zmian rogówkowych. Że *keratitis neuroparaly-*

tica ma sobie pokrewne postacie pod względem klinicznym, o tem chyba nikt nie wątpi, ale ważniejszą byłoby rzeczą wyświecić związek ścisły pomiędzy obrażeniem nerwu trójdzielnego a zapaleniem tak znamienne przebiegającym rogówki. W.

Uwagi nad zapaleniem egipskiem (Bemerkungen zur Trachomfrage.). Peters. Dtsche M. Wschrft. Nr 3. 1903.

Autor słusnie zaznacza, że mylnem byłoby tylko tam trachoma rozpoznawać, gdzie jagielki lub blizny zachodzą. Jedno i drugie zależnem jest od wzmagania się tkanki adenoidalnej, a do tego potrzeba swoistego usposobienia. Wytwór adenoidalny tkanki może tak być nieznaczny, że mieszki *schl.* jagielki nie rozwijają się, a temsamem nie przychodzi do blizn, albo są one tak nieznaczne, że nie podpadają. Spojówka w takich razach przedstawia stan przewlekłego zwykłego zapalenia, a jedynie załamek przejściowy jest lekko nabrzmiąły.

Sposobność do nabycia trachoma jest bardzo częsta, ale do tego potrzeba usposobienia, ażeby przyszło do jaglic i blizn, a usposobienie to daje niewłaściwe życie. Dlatego to widzimy, że właśnie przeważnie w klasach niższych choroba ta się rozwija. W.

Plamka Mariotte'a i „okolica Mariotte'a“ u krótkowidzów (La tache de Mariotte et la «région de Mariotte» chez le myope.). Dr A. Cantonnet. Arch. d'Ophth. 1903, Nr 8.

Ponieważ zapatrywania licznych autorów rozchodzą się co do pytania, czy plamka Mariotte'a u myopów, mających tak zwane *staphyloma posticum*, jest większa niż w stanie prawidłowym, czy nie, — przeto Cantonnet podjął szereg badań, oznaczając za pomocą perymetru *Lapersonne'a* jak najdokładniej granice ubytku w polu widzenia, odpowiadającego tarczy nerwu wzrokowego i przylegającemu do niej garbiakowi tylnemu. Badania te wykazały przede wszystkim, że istnieje niezaprzeczona zależność między rozmiarami plamki ślepej, a rozległością i postacią garbiaka tylnego, co nie powinno nas dziwić, bo wiadomo, że badanie anatomiczne wykazuje w obrębie *staphyloma* bądź zupełny brak, bądź daleko posunięty zanik siatkówki, a w szczególności jej składników wrażliwych na światło. Prócz tego przekonał się Cantonnet, że powiększoną plamkę Mariotte'a, która przedstwia *scotoma absolutum*, otacza prawie zawsze szerszy lub węższy pierścień, gdzie znaczek perymetru przedstawia się niewyraźnie (*scotoma relativum*). Granice tego okręznego ubytku względnego nie dają się całkiem ściśle określić, ale zwyczajnie można stwierdzić, że są one najdalej posunięte dla barwy zielonej, najmniej zaś dla barwy białej. W pośrodku prze-

biegają granice dla barwy czerwonej we większem — i dla barwy niebieskiej w mniejszem kole. Porządek zatem kolorów, licząc od plamki Mariotte'a, jest następujący: biały, niebieski, czerwony, a wreszcie zielony. Nakoniec znalazł autor w licznych przypadkach wypustki, odchodzące w różnych kierunkach od opisanego ubytku względnego, czyli tak zwanej przez niego »okolicy Mariotte'a« (*région de Mariotte*). Wypustki te dotyczą najczęściej barwy zielonej i są, zdaniem autora, wyrazem osłabienia wrażliwości siatkówki w następstwie rozciągania jej, powodowanego powiększaniem się myopii. Cantonnet sądzi, że badanie okolicy Mariotte'a i jej wypustek nabierze z czasem wielkiego znaczenia pod względem prognostycznym. —

K. W. Majewski.

Przypadek wrodzonego czarnego zabarwienia tarczy nerwu wzrokowego (Über einen Fall von angeborener schwarzer Pigmentierung der Papille.). Dr Hassan Ahmed Zia. Ophth. Kl. 1904. Nr 4.

U chorego, 24letniego, spostrzegął autor rzadki przypadek wrodzonego czarnego zabarwienia tarczy nerwu wzrokowego, który tem bardziej zasługuje na uwzględnienie, że oko przedstawiało zresztą obraz zupełnie prawidłowy, a w szczególności nie można było nigdzie dostrzedz nieprawidłowych nagromadzeń barwika. V pr. o. Em. V l o. $\frac{6}{12} - 8$ cyl. 30 D 0°.

Pole widzenia, poczucie barw — prawidłowe.

Obraz wziernikowy następujący: Prawa tarcz w środku okazuje zabarwienie czarne, najsilniejsze w centrum. Zajmuje ono $\frac{2}{3}$ tarczy i ma postać owalu stojącego. Na wewnątrz ku dołowi zabarwienie rozciąga się aż do brzegu tarczy. Barwa wyżej opisanego miejsca tarczy jest szaroczarna z odcieniem brunatnawym o wejrzeniu drobnoziarnistym. Naczynia wyraźnie odznaczają się na tle zabarwionem i, również, jak całe dno oka, nie przedstawiają żadnych zmian. Lewa tarcz prawidłowa. Chcąc powyższy przypadek wyjaśnić, powołuje się autor na pracę Pick'a*), gdzie badania wskazują na zaburzenia w rozwoju zarodkowym, a niedokładna przemiana wsteczna powoduje, że barwik pozostaje w tych miejscach, gdzie go w innych przypadkach w późniejszym rozwoju wcale nie ma. Niedługo po opisanu powyższego przypadku spostrzegął autor drugi, w którym tarcze były szaroczarno zabarwione wskutek szczątkowej szpary tarczy nerwu wzrokowego i podnosi różnicę między oboma przypadkami. Tutaj zabarwienie równomierne całej tarczy u obu ocz przy słabem wgłębieniu jej ku dołowi, a naczynia okazują przebieg nie-

*) Schwarze Sehnerven. — Arch. f. Aghk. XLII, str. 96.

prawidłowy. Zabarwienie tarczy jest tu wynikiem prześwietlania *laminae cribrosae* i bezrdzennych włókien nerwu przed nią leżących, a nie, jak w poprzednim przypadku, objawem nagromadzenia się barwika z czasu rozwoju płodowego. *Dr Berezowski.*

Przypadek niebieskiego zabarwienia spojówki i rogówki (Ein Fall von Blaufärbung der Bindehaut und Hornhaut.). *Dr E. Kaufmann.*

Przy silnem zatykaniu flaszki z atramentem do hektografii flaszka pęka, obryzgując całą twarz i oczy chorego. Skóra powieki, spojówka powiekowa, gałki i rogówka okazują zabarwienie niebieskie. Powierzchnia rogówki nierówna, jakby szagrynowa, rogówka prawdopodobnie aż do warstw środkowych silnie niebiesko zabarwiona. Bystrość wzroku: Palce przed oczyma. Niebieskie zabarwienie skóry dało się łatwo usunąć przez wytarcie wacikiem zanurzonym w roztworze alkoholu z eterem. Aby usunąć zabarwienie spojówek i rogówki, zastosował autor 2^o/_o maść borową (*Acidi borici 0.2, Vaselini americani 10.00*) w postaci opaski i już po godzinie zauważył powolne odbarwianie się spojówki i rogówki. Leczenie to trwało parę dni, wystąpiła reakcja silna, rogówka pozbawioną była przybłonka, widoczną była błona Descemeta, lecz zupełnie niezabarwiona. Spojówki drugiego dnia zupełnie się odbarwiły, przyczem były silnie nastrzykane i powieki obrzękłe. Najdłużej utrzymywało się zabarwienie u obu oczu na brzegu powiekowym i rogówkotwardówkowym. Na prawem oku w miejscu załamka przejściowego wytworzyły się nawet błony krupowe. Pokrywanie się rogówek nowym przybłonkiem ciągnęło się przez cztery tygodnie, poczem oczy przedstawiały się prawidłowo, zupełnie odbarwione. *V pr. o 5/75, V l. o 5/5.* Na rogówkach nie powstało żadne zmętnienie. Głównie działanie odbarwiające przypisuje autor wazelinie. —

Dr T. Berezowski.

Lewostronne równoimienne połowicze widzenie po zatruciu tlenkiem węgla (Linkseitige homonyme Hemianopsie nach Kohlenoxydvergiftung.). *Dr Enslin. Kl. Monatbl. f. Aghk. 1904. Z. I.*

Przypadek połowiczego widzenia po zatruciu CO, opisany przez *Enslin'a*, zwraca uwagę z powodu jednostronnych ubytków w polach widzenia, a także z powodu zaburzeń psychicznych, mianowicie amnezyi wrażeń optycznych. Pani K., osoba 54letnia, uległszy zatruciu tlenkiem węgla, w 5 miesięcy po wypadku, udaje się do kliniki wrocławskiej, z powodu zaburzeń wzroku. Chora, patrząc na większą liczbę przedmiotów obok siebie umieszczonych, nie spostrzega ich wszystkich od razu, dopiero po pewnem szukaniu. — Badanie przedmiotowe żadnych zmian nie wykazuje, prócz niezbor-

ności małego stopnia i presbyopii. Badanie perymetrem kilkakrotnie wykonane wykazuje połowicze lewostronne ubytki w polach widzenia dla barw: białej, niebieskiej, czerwonej i zielonej, prócz tego wycinkowate skotoma po stronie nosa u prawego oka. Badania w kierunku organicznego schorzenia mózgu dały wynik ujemny, jak również nie można było wykazać żadnych śladów po zatruciu tlenkiem węgla. Ciekawem w tym przypadku jest zaburzenie pamięci wzrokowej. Przez pewien czas po zatruciu chora straciła zdolność oryentowania w dobrze jej znanych okolicach, gdzie nieraz przebywała. Z powyższych objawów i na podstawie badań klinicznych autor twierdzi, że u chorej musiały istnieć zaburzenia w korze mózgowej, prawdopodobnie drobne wynaczynionki, gdyż nie można było stwierdzić żadnych zmian ani w zakresie ruchów, ani w zakresie czucia.

Przypadki zmian w oczach na tle zatrucia zestawił i ocenił Uththoff w monografii: *Die Augenveränderungen bei Vergiftungen* (Graefe-Saemisch Handbuch, II wyd., 32—34). Do wyżej opisanego podobny przypadek podaje Purtscher (Cirbl. f. pr. Aghk. 1900).

Dr Berezowski.

Przyczynek do nauki o kostniakach oczodołu (Beitrag zur Kenntniss des Osteoms der Orbita.) Doc. DrA. Birch-Hirschfeld. Kl. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. I. Marzec 1904.

Chora zgłosiła się na klinikę z powodu guza, wypuklającego się z lewego oczodołu, który zepchnął gałkę oczną na zewnątrz i ku dołowi, powodując przez to podwójne widzenie. V l. o. 5/20. Chora skarży się na uporczywe bóle głowy po stronie lewej

Badanie promieniami Röntgen'a wykazało guz, wychodzący ze *sinus frontalis*. Przy operacji okazało się, że z wewnętrznej ściany wyż wspomnianej zatoki wychodził uszypułowany guz, który całą zatokę wypełniał.

Badanie drobnowidowe wykazało utkanie ko-tniaka. Ze względu na powikłania, jakie ze strony mózgu wystąpić mogą, gdy nowotwór opony twardej dosięgnie, radzi autor możliwie wcześniej przystąpić do operacji, a guz zawsze w całości usuwać, gdyż to jest jedyny sposób zabezpieczenia się przed nawrotem choroby.

Główne objawy, jakie ze strony oka w przebiegu tej choroby występują, są przemieszczenie gałki i jej następstwa. Kilka razy zauważono lekką *papillitis*.

Knapp opisuje pomarszczenie siatkówki i zanik naczyńcówki, Norris opisuje zielonkową plalmkę w okolicy *macula lutea*, jako powikłania w przebiegu *osteoma sinus frontalis*. Guz gniotący na gałkę może stać się przyczyną niezborności, która jednakże ustępuje, gdy guz usuniętym zostanie.

We większości znanych przypadków wykazać można było, iż powstanie nowotworu poprzedził uraz w głowę, zadany zwłaszcza narzędziem tępem; zresztą etyologia kostniaków jest ciemną.

Dr Liebermann.

Ukryty kostniak i mucocoele sinus frontalis, badanie rhinoskopijne z wynikiem ujemnym (Latentes Osteom und Mucocoele des sinus frontalis mit negativem rhinoscopischem Befund in der Stirnhöhle.). Th. Axenfeld. Kl. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. I. Marzec 1904.

Już przed kilku laty zauważył chory przemieszczenie lewej gałki ocznej, spowodowane guzem, zajmującym górną część oczodołu. Ponad gałką oczną czuć było guz, szeroką podstawą przechodzący w górną ścianę oczodołu. Po stronie wewnętrznej wymacać można wąską listewkę kostną, ściśle z guzem złączoną.

Badanie przez nos wykazało prawidłowy *sinus frontalis*.

Podczas operacji okazało się jednak, że cały *sinus frontalis* wypełniony jest przez guz pokryty błoną śluzową, a po rozdarciu tejże wydobyła się z wnętrza guza podobna do kaszy masa. Gdy zaś i błonę śluzową wyskrobano, dostrzeżono kostniak, wychodzący z przegródki dzielącej zatokę czołową na dwie odrębne części; wewnętrzną prawidłową, jak to już badanie przed operacją wykazało, i zewnętrzną, znacznie większą, w zupełności przez guz zajętą, który to guz zniszczył nadto całe sklepienie oczodołu, pozostawiając tylko wąski zewnętrzny pasek tegoż.

Dr Liebermann.

Nowe poszukiwania nad znamionami ocznymi zbrodni-czości na podstawie badania przestępców więzionych w zakładzie karnym w Nîmes (Nouvelles recherches sur les stigmates de la criminalité, examen des détenus de la maison centrale de Nîmes.). H. Truc, E. Delord i P. Chavernac. Ann. d'Oc. 1904. Z. I.

Lombroso i jego uczniowie starają się dowieść, że skłonność do czynów zbrodniczych jest wrodzona i często odziedziczona po przodkach, i zwracają uwagę na cały szereg różnych znamion anatomicznych i fizyologicznych, które pozwalają u badanego osobnika domyślać się moralnego zwyrodnienia. Niewielu autorów zajmowało się dotąd pytaniem, o ile narząd wzroku może wykazywać znamiona w mowie będące. I tak Bono i d'Ottolenghi badali bystrość wzroku u przestępców, Holmgren i Biliakow poczucie barw, Paulina Tarnowska i Parisotti pole widzenia, Arno, Colombali, Penta i Laurent częstość zezu u zbrodniarzy. Nowsze badania, a zarazem wszechstronniejsze przeprowadziła klinika okulistyczna w Montpellier (Rouveyrolis, Gaudibert,

panna Gofschneider). We wyżej wymienionej pracy podają autorowie wyniki wszechstronnego badania narządu wzroku u 566 więźniów umieszczonych w zakładzie karnym w Nîmes. U każdego przestępcy badanie obejmowało: bystrość wzroku, refrakcyę, pole widzenia, poczucie barw, odległość źrenic, zmiany na dnie oka, a wreszcie zmiany zewnętrzne. Szczegółowe i bezstronne rozważenie liczb statystycznych, w ten sposób uzyskanych, doprowadziło autorów do przekonania, że w częstości różnych zmian ocznych i zaburzeń wzroku nie można się dopatrzeć u zbrodniarzy nic wyjątkowego, nic, coby ich wyróżniało od reszty ludzi, że zatem przyjmowanie ocznych znamion zbrodniczego usposobienia nie ma dostatecznej podstawy. —

K. W. Majewski.

Gruźlica oka. Odległe skutki wycięcia gruzełka tęczówki (Tuberculose oculaire. Suites très éloignées de l'excision d'un tubercule de l'iris.). Dr Terson (ojciec). Ann. d'Ocul. 1904, Nr 2.

Z powodu kilku w ostatnich czasach ogłoszonych prac o gruźlicy wśródgałkowej, z których przebija wyraźny pesymizm, przypomina Terson własny przypadek, spostrzegany już od lat 15stu i przedstawiany kilkakrotnie w towarzystwach okulistycznych. W r. 1899. przyprowadzono mu 12letnią wówczas dziewczynkę, u której stwierdził na lewem oku obecność guziczka w obwodowej części tęczówki dochodzącego wielkości główki szpilki. Równocześnie istniały objawy zapalenia tęczówki. Na policzku prawym miała chora kilka małych ognisk wilka. Ta okoliczność i inne względy nasunęły autorowi rozpoznanie gruźlicy tęczówkowej. Gdy różne sposoby leczenia nie odnosiły żadnego skutku, a guzek — zawsze jeszcze pojedynczy — po upływie sześciu miesięcy urósł do wielkości sporego ziarna grochu, postanowił Terson wykonać operacyę. Wykonał cięcie w najbliższej części rogówki dostatecznie długie, uchwycił i wydobył — nie bez trudu — guzek szczypczykami i wyciął go nożyczkami wraz z paskiem okalającej tęczówki. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Badanie anatomiczne wyłuszczonego guzka i szczepienia bakteryologiczne na królikach i morskich świnkach potwierdziły stanowczo rozpoznanie gruźlicy. Od owego czasu autor wielokrotnie badał chorą, której stan ogólny jest zawsze zupełnie pomyślny, a na oku nie było nigdy nawrotu sprawy gruźliczej, mimo, że trzeba było na niem wykonać jeszcze jeden poważny zabieg operacyjny. Przyszło mianowicie, prawdopodobnie skutkiem zmian odżywczych, do zaćmienia soczewki, którą autor usunął. Terson, na podstawie tego szczęśliwego przebiegu, zaleca w podobnych przypadkach próbować wyłuszczenia gruźliczego guzka,

przez co możemy niejednokrotnie i oko uratować i ogólne zdrowie zabezpieczyć.

K. W. Majewski.

Zimnica, odczepienie siatkówki i odpowiedzialność pracodawcy (Impaludisme, décollement rétinien et responsabilité patronale). Dr H. Truc. *Révue gén. d'Opht.* 1904, Nr 2.

Autor opowiada historię choroby pewnego żołnierza marynarki francuskiej, który, biorąc udział w wyprawach zamorskich, nabawił się w Tonkinie ciężkiej zimnicy. Choroba ta, mimo starannego leczenia, podkopała doszczętnie krzepkie dawniej zdrowie marynarza. W dodatku po całym szeregu silnych napadów zimniczych doznał on upośledzenia wzroku na oku lewym. Badanie wykazało rozległe odczepienie siatkówki, które doprowadziło w niedługim czasie do zupełnej utraty wzroku tego oka. Oko prawe pozostało prawidłowe. Wobec tego, że nie zachodziła wcale myopia, że chory nie doznał żadnego urazu, słowem, że nie można było wykazać żadnej miejscowej przyczyny oderwania siatkówki, a badaniem ogólnem prócz zmian zależnych od zimnicy, żadnych innych złożeń nie stwierdzono, -- przypisuje autor zimnicy znaczenie czynnika etyologicznego w powstaniu choroby ocznej. Powołuje się przytem na dwa spostrzeżenia Terson'a (ojca), który również odczepienie siatkówki i zimnicę wprowadzał w związek przyczynowy.

Zdaniem Truc'a chory, którego historię przytacza, powinien dostać za utratę oka odszkodowanie od państwa, ponieważ jego odczepienie siatkówki było następstwem zimnicy, a tej nabawił się w służbie wojskowej, pełnionej w niezdrowych, małarycznych okolicach. —

K. W. Majewski.

Gronkowce chronicznego wyprysku (Die Staphylokokken des chronischen Ekzems.). Dr Fritz Veiel (Cannstatt) z pracowni kliniki chorób skórnych we Wrocławiu *Munch. Med. Wehschrft.* Nr 1. 5/I 1904 (13—17).

Na IVym międzynarodowym zjeździe dermatologów w Paryżu (1900) nie osiągnięto zgody co do pasożytniczego pochodzenia wyprysku, wyniki bowiem przedłożonych prac wręcz sobie się sprzeciwiały. Przyznano jednak powszechnie, że w chronicznych przypadkach i późniejszych okresach choroby zawsze wynaleźć można drobnoustroje, które większość uznała za gronkowce, Unna zaś widział w nich swoiste postacie kokków.

Autor postawił sobie pytanie, czy te drobnoustroje, bądź to gronkowce, bądź to kokki Unny, są w samej rzeczy sprawcami wyprysku, a może mają chociaż jaki wpływ na przebieg choroby, lub też są one tylko czystymi saprofytami?

Badał: czy w rozmaitych przypadkach wyprysku, względnie w różnych okresach, znajdziemy różne drobnoustroje, czy też zawsze jedne i te same? Czy są one identyczne ze znanymi, czy też należą do nowego lub nowych gatunków?

We wszystkich przypadkach chronicznego wyprysku i we wszystkich okresach znalazł gronkowce i to najczęściej żółte, rzadziej białe, a niekiedy tylko cytrynowe. Znachodziły się one niemal w czystych hodowlach.

Doświadczenia nad tworzeniem się haemolysiny i aglutynacją wykazały, że znalezione gronkowce wyprysku są identyczne z gronkowcami ropy, a różne od postaci pasożytujących na zdrowej skórze.

Wnioski autora:

1. Przy chronicznym wyprysku znachodzą się zawsze, w okresach początkowych wyłącznie, w późniejszych zaś prawie wyłącznie, gronkowce, identyczne z gronkowcami ropy, dające się zaś wyróżnić od gronkowców prawidłowej skóry.
2. Znaczenia etyologicznego gronkowcom w powstawaniu chronicznego wyprysku w obecnym stanie badań nie można przyznać, ani też go zaprzeczyć.

Identyczność gronkowców chronicznego wyprysku z gronkowcami ropy, jak również znachodzenie się ich na początku choroby w postaci czystych hodowli, prowadzi do wniosku, że one nie rosną tam tylko jako saprofyty, lecz, że mają znaczenie w patogenezie samego cierpienia.

3. W pierwszych okresach choroby poza gronkowcami nie znajdziemy innych drobnoustrojów, możemy więc istnienie jakiegos innego swoistego sprawcy stanowczo wykluczyć.

Dr Witaliński.

Zapobieganie rzeżączce noworodków (Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.). Dr Dauber. Z kliniki położniczej prof. Hofmeier'a w Wyreburgu. Münch. Med. Wchschrft. 1904. Nr 7.

Autor przytacza wywody Cohn'a, wykazujące, że w 45 zakładach dla ślepych w Austrii, Niemczech i Szwajcaryi 19% ociemniało z powodu rzeżączki. Mimo wprowadzenia zabiegu Credé'go, odsetek jest jeszcze dość znaczny, z powodu czego żąda Cohn, by we wszystkich krajach zaprowadzić przymusowe credé'izowanie każdego wypadku z wydzieliną. Przyłączając się do wniosku Cohn'a, zaleca autor 1% roczyn azotanu srebra, a obostrza wniosek żądaniem doniesienia o każdym wypadku władzom przełożonym, by te nadzorować mogły przeprowadzenie leczenia.

Dr Brenner.

Znamiona kliniczne pierwotnego wrzodu kiłowego na spojówce gałkowej (Caractères cliniques du chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.). St. Rollet. *Révue gén. d'Opht.* 1904, Nr. 3.

Pierwotna zmiana kiłowa na spojówce gałki należy do niezwykłych rzadkości. Autor znalazł w literaturze 15 opisanych spostrzeżeń, do których dołącza szesnaste, własne spostrzeżenie:

30letnia kobieta, zamężna, ciężarna, zgłosiła się z powodu zaczerwienienia i łzawienia oka lewego. Badanie wykazało obrzęk spojówki gałki otaczający rogówkę w postaci wału miedziano-czerwonej barwy. W dolnozewnętrzny odcinku spojówki gałkowej guz przeświecający żółtawo, dochodzący do wielkości orzecha laskowego, na dotyk niebolesny i okazujący znamienne, chrząstkowatą zbitość. Gruczoł przed uchem lewym znacznie powiększony, niebolesny. Okazało się, że mąż chorej dotknięty był zmianami wtórnej kiły, a mianowicie miał kłykeiny sączące w jamie ustnej. Wobec tego, jak również ze względu na znamienne obraz kliniczny, rozpoznanie kiły pierwotnej spojówki gałkowej nie ulegało już wątpliwości. Zmiana ta okazała się w dalszym przebiegu niezwykle uporczywą. Mimo miejscowego stosowania białej maści rtęciowej i kropli błękitu metylenowego, oraz podawania wewnętrznego pigułek z jodkiem rtęci — szankier powiększył się jeszcze, uległ na powierzchni owrzodzeniu i dopiero po upływie trzech miesięcy zbity naciek został zupełnie wessany, pozostawiając po sobie nieznaczne tylko zaciągnięcie bliznowate. Tymczasem wystąpiły zmiany drugorzędne i kobieta wydała na świat dziecko nieżywe.

Autor podnosi jako znamienne objawy wrzodu pierwotnego spojówki gałki: chrząstkowatotwarty, niebolesny, zwykle owrzodziały naciek, któremu towarzyszy znaczna chemoza, dalej zajęcie gruczołów, a wreszcie i uporczywy przebieg. Sprawa na oku ogranicza się do samej tylko spojówki. —

K. W. Majewski.

Przypalenie gwieździste rogówki (Cautérisation étoilée de la cornée.). Dr A. Péchin. *Arch. d'Opht.* 1903. Nr 8.

Autor zastosował z pomyslnym wynikiem w kilku przypadkach całkowitego garbca rogówki sposób podany przez Dra Dianoux*), polegający na promienistym przypaleniu za pomocą igły galwanokautera. Poszczególne linie przypalenia prowadzi się od rąbka spojówkowego ku środkowi garbiaka — promienisto, ale nie zbyt gęsto, aby nie spowodować obumarcia tkanek między niemi leżących. Nakoniec środek garbiaka nakłuwa się również galwanokau-

*) *Ann. d'Oculist.* 1902. str. 194.

stycznie, aby wypuścić ciecz wodną i przyspieszyć zmniejszenie się rozdętej gałki ocznej. Takie gwieździste przypalenie musiał wprowadzić Péchin w niektórych przypadkach kilkakrotnie powtarzać, ale nakoniec, dzięki kurczeniu się promienistych blizn, uzyskiwał zawsze zupełne przypłaszczenie garbiaka, a nawet w razach *glaucoma consecutivum* i *buphthalmus* pomniejsze gałki ocznej w całości. Za pomocą tatuacyi można wreszcie i pod względem kosmetycznym uzyskać wyniki tak zadawalniające, że we wielu przypadkach enukleacya staje się zbyteczną, a tem samem uwalnia się chorego od noszenia protezy. Jeśli zmniejszenie się gałki przekroczy pożądaną miarę, radzi autor wykonać przecięcie ścięgien mięśni prostych, co zazwyczaj wystarcza do poprawienia wyglądu oka. —

Ze względu na te korzystne wyniki daje Péchin przypaleniu promienistemu pierwszeństwo przed stafylotomią. *K. W. Majewski.*

Rzadkie zranienie rogówki (Eine seltene Hornhautverletzung). Dr Herman Ulbrich. Z kliniki okulistycznej w Wyreburgu. Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1904. Nr 4.

Upadłszy na tępy nóż, zraniła się chora w oko lewe. Przecięła powiekę dolną na wewnątrz od punkcika łzowego, rozdarła spojówkę ku dołowi i na wewnątrz od rogówki. Rogówka sama rozcięta była na dwa listki, zewnętrzny i wewnętrzny, które łączyły się ze sobą w górnym rąbku. V l. o. palce: przed okiem. Mimo tak ciężkiego zranienia, oba te listki zrosły się ze sobą, bystrość wzroku podniosła się tak, że chora opuściła klinikę z bystrością wzroku, wynoszącą na lewem oku $\frac{6}{30}$. W miesiąc później bystrość wzroku jeszcze się nieco podniosła, wynosząc $\frac{6}{20}$. *Dr Liebermann.*

Przypadek pierwotnego melanosarcoma powieki (Ein Fall von primärem Melanosarcom des Augenlides.). Dr A. W. Łotin. Z kliniki prof. Bellarminowa w Petersburgu. Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1904. Nr 4.

Na powiece dolnej oka prawego znajdował się guz wielkości małego jabłka, z powieką ściśle złączony. Guz ten, miejscami czarno zabarwiony, broczy łatwo. Gruczoły przyuszne i podszczękowe, częściowo i szyjne, powiększone i twarde. Ponieważ guz ten zaślaniał oko, więc go usunięto celem umożliwienia patrzenia. Badanie drobnovidowe wykazało melanosarcoma. W literaturze znanych jest około 60 podobnych przypadków mięsaków częściowo bezbarwnych, częściowo barwikowych. *Dr Liebermann.*

O schorzeniach oka w przebiegu Acanthosis nigricans (Ueber Augenerkrankung bei Acanthosis nigricans.). Doc. Dr Birch-Hirschfeld i Dr Oskar H. Kraft. Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1904. Nr 4.

Wymieniona choroba charakteryzuje się naroślami brodawko-

wemi i brunatnem zabarwieniem skóry, zwłaszcza twarzy, szyi, okolicy pępka i stawów. Na błonach śluzowych nosa, ust i oka występuje bardzo często brunatne zabarwienie.

Chorzy cierpiący na tę chorobę umierają bardzo często skutkiem nowotworów, bądź to przewodu pokarmowego, bądź też. kobiety, skutkiem raków macicy. Opisana w tym przypadku chora cierpiała na *carcinoma cordiae*.

Co do objawów ze strony oka, to chora zgłosiła się z powodu swędzenia i łzawienia oczu.

Badanie wykazało bardzo liczne brodawkowate i, zwłaszcza w okolicy kącików wewnętrznych obu oczu, malinowate narośla skóry. Spojówka powiek była nieco przekrwioną, zresztą żadnych zmian nie wykazywała. Spojówka gałki była obustronnie prawidłową. Wycięcie przerośniętej części skóry z brzegu powiekowego uwolniło chorą od jej dolegliwości; w krótkim jednakże czasie zauważono, że w miejscach, w których te brodawki istniały, nowe małe brodaweczki wyrastają. Badanie drobnovidowe wyciętych brodawek wykazało budowę tychże podobną do budowy kłykcin kiłowej (*condyloma syphiliticum*).

Dr Liebermann.

Uszkodzenie oka spowodowane piorunem (Lésions oculaires causées par la foudre.) Dr Gouin z Lozanny. Ann. d'Oculist. 1904, Nr 2.

Już w r 1722 zwracał Saint-Yves w swym podręczniku okulistyki uwagę na szkodliwy wpływ oślepiającego blasku błyskawic. Autor przytacza także z nowszej literatury kilka spostrzeżeń skutków takiego olśnienia, nie zatrzymując się jednak dłużej nad nimi, przystępuje do właściwego przedmiotu, to jest do uszkodzeń oka, wywołanych przez bezpośrednie rażenie piorunem. Na początek przytacza własne spostrzeżenie, gdzie przyszło do rozlanego zaćmienia rogówek, oraz częściowego zaćmienia soczewek, z których lewa okazywała już przy pierwszym badaniu gwieździste zaćmienie tylnej kory (biegunowe), a prawa dopiero w trzy miesiące po wypadku zaćmiła się częściowo we warstwie położonej tuż pod torebką przednią. Zaćmienie biegunowe tylne w soczewce lewego oka wyjaśniło się w ciągu kilku miesięcy w znacznej mierze, podczas, gdy częściowa zaćma w oku prawem nie uległa żadnej zmianie. Nakoniec badanie dna oka wykazywało lekkie zblednięcie tarcz obu nerwów wzrokowych.

Następnie przytacza autor w krótkim streszczeniu wszystkie przypadki uszkodzeń oka piorunem, jakie mógł znaleźć w literaturze. Najczęściej (w 22 przypadkach) spostrzegano zaćmienie soczewki; zanik nerwu wzrokowego (częściowy) zapisano w 9ciu przy-

padkach, licząc w to już spostrzeżenie autora. Widziano też krwotoki siatkówkowe, odczepienie siatkówki i pęknięcie naczyniówki. W znacznej części spostrzeganych przypadków wystąpiło zaćmienie rogówki. W tej liczbie przytacza też autor spostrzeżenie Dra Talki, którego opis poznał z referatu w Zeitschrift f. Aghk. Zdarza się także *hyperaemia iridis* lub *iritis*, a nawet *iridocyclitis*. Nakoniec wymienić należy porażenia zachodzące w zakresie III, IV, V lub VI pary nerwów mózgowych.

W drugiej części swej pracy zdaje autor sprawę z badań doświadczalnych, jakie w tym kierunku przeprowadzili Hess (1888) i Kiribuchi (1900) na królikach i kotach. Układali oni zwierzęta te na płycie metalowej i skierowywali na oko uderzenie iskry elektrycznej, zbliżając do okolicy nadoczodołowej gałkę butelki lejdejkiej. Następnie badali skutki uderzenia iskry kolejno sposobami klinicznymi i anatomicznymi.

Gonin zestawia wyniki doświadczalne, uzyskane przez wymienionych autorów, ze spostrzeżeniami klinicznymi, przytoczonymi w pierwszej części rozprawy, oraz ze zbiorem objawów, wywoływanych przez samo tylko działanie olśniewającego blasku światła elektrycznego (*ophthalmia electrica*). Ten zbiór objawów, szczegółowo opisany przez Terrien'a (1902*), różni się zasadniczo od zmian, jakie zwykło na oku wywoływać rażenie piorunem. Stąd więc ostateczne wnioski Gonin'a brzmią, jak następuje:

1. Zmiany oczne w następstwie uderzenia piorunem należy zupełnie oddzielić od zaburzeń spowodowanych przez olśnienie błyskawicą.
2. W największej ilości przypadków jedynym objawem wspólnym tych dwóch różnych obrazów chorobowych, jest przekrwienie spojówki i nastrzyknięcie rzęskowe. Rozlane zaćmienie rogówki, zaćmienie soczewki, ciężkie zaburzenia na dnie oka i porażenia ruchowe są następstwem bezpośredniego wyładowania energii elektrycznej.
3. Zmiany ostatnio wymienione należy przypisać częścią mechanicznemu działaniu iskry elektrycznej, częścią zaś zjawiskom elektrolizy, wytworzonym przez prąd o bardzo wysokiem napięciu. —

K. W. Majewski.

Kokaina i adrenalina (suprarenina) (Cocain und Adrenalin.). Dr H. Braun. Berl. Klin. Styczeń 1904. Z. 187.

Wszystkie środki, wywołujące miejscowe znieczulenie, są truciznami, działającymi na pierwszorzędową komórkową, z którą w chemiczne

*) Por. Post. Okulist. 1903, str. 144.

wchodzą związki. W ten sposób organizm broni się przed ogólnem zatruciem, gdyż wobec zmniejszonej funkcyi osłabionej jadem komórki i wessanie reszty, niezwiązanej z pierwoszczą trucizny, znacznie powolniej się odbywa, a jej działanie miejscowe staje się tem wybitniejszym. Pożądanem jest zatem dodanie do środka znieczulającego takiego ciała, któreby wessanie zmniejszyło.

Takim przetworem jest adrenalina i analogiczna z nią supraprenina. Środek ten już w bardzo małych ilościach zastrzyknięty podskórnie wywołuje skurcz naczyń i podniesienie parcia krwi; w nieco większej ilości zastrzyknięty powoduje przyspieszenie tętna, uczucie ciężkości na piersiach, rozszerzenie źrenicy, nudności, wymioty, zapad, a w jednym przypadku nastąpiła nawet śmierć. W małych jednakże dawkach jest nieszkodliwym. Wkroplony na błony śluzowe, powoduje zblednięcie tychże. Dodany do innych środków, jak kokaina, holokaina, atropina lub ezeryna, wzmacnia ich działanie. Zwłaszcza połączenie adrenaliny z kokainą okazało się bardzo skuteczne. Można bowiem daleko słabszym od zwykle używanego roztworem kokainy, do którego dodano adrenalinę, osiągnąć długotrwałe znieczulenie i to nie tylko w miejscu zastrzyknięcia, ale w całym otoczeniu. Przy wyłuszczeniu guzów należy całe otoczenie mieszaniną tą nasączyć sposobem Schleich'a. Eukaina i tropakokaina nie nadają się do połączenia z adrenaliną. W handlu znajduje się roztwór *adrenalinii hydrochlorici* w zgęszczeniu 1:1000. Jest to roztwór zbytnio zgęszczony; należy go dziesięciokrotnie rozcieńczyć tak, że na 1 cm³ 0,01%—1,0% kokainy przypadają 3 krople adrenaliny. Największa dawka adrenaliny wynosi zdaniem autora 1/2 miligrama, t. j. 15 kropli. Chcąc być zupełnie pewnym w dawkowaniu środka tak silnie jak adrenalina działającego, radzi autor sporządzić samemu świeży roztwór z *adrenalinum hydrochloricum* z dodatkiem soli kuchennej i 0 2% kwasu solnego. *Dr Liebermann.*

Podwójne przebicie ścian gałki ocznej ciałem obcym (Doppelte Perforation der Augapfelwandungen durch einen Fremdkörper.). Dr Seggel z Monachium. Klin. Monatsbl. f. Aghk. Lipiec. 1903.

Żołnierzowi podczas strzelania wpadło do lewego oka obce ciało, a badanie bezpośrednio potem przedsięwzięte wykazało na lewej rogówce 4 mm. długą ranę, na tęczówce naprzeciw rany rogówkowej ku dołowi okrągły otwór o średnicy 2 mm. W ciele szklistem krwotok, palec liczy na 1 1/2 m. Po rozszerzeniu źrenicy widać za miejscem przebicia tęczówki gwiazdkowate zaćmienie soczewki, tarcz widać we mgle. Przy zwróceniu oka silnie na prawo można zauważyć jasno świecący, szeroki sznur, który od miejsca

przebiecia przedniej torebki ku tylnej się ciągnie, a stamtąd w postaci kanału do głębi oka wprost ku tyłowi prowadzi

W czwartym dniu miał silne bóle w obydwóch oczach obok bólów w czole i w głowie, lewa gałka bolesna na ucisk, a jakkolwiek z kierunku przebiegu ciała obcego można było wykluczyć zranienia ciała rzęskowego, a pęcznienia soczewki nie było, musiano przypuścić zapalenie ciała rzęskowego. Obraz chorobowy przybrał zaraz inną postać, gdy się przyłączyła gorączka z dreszczami i wymiotami, objawy, wskazujące na podrażnienie kory mózgowej, a gdy wykazano obok podrażnienia nerwów rzęskowych także bolesność nerwu nadoczodołowego lewego, wywnioskowano, że ciało obce przebiło tylną ścianę gałki i przez *fissura orbitalis super.* zraniło gałąź oczną nerwu trójdzielnego i podrażniło oponę twardą, za czem przemawia kierunek, w którym to ciało przeszło przez oko, a także środkowe skotoma.

Po 5 dniach wszystkie dolegliwości ustąpiły, a po 5 miesiącach usunięto zmętnioną soczewkę.

Badanie wziernikiem wykazało poniżej plamki żółtej poprzeczno owalną plamę, w środku której tkwił do ciała szklanego wyrostek, odpowiadający poprzedniemu kanałowi.

Prawie równocześnie leczono drugie zranienie, w którym odprysk żelazny w podobnym kierunku do oka się dostał, lecz tylnej ściany nie przebił, ale po odbiciu się utkwił w cieple szklanem. Odprysk usunięto zapomocą elektromagnesu *Dr Piotr Geisler.*

Soczewka o podwójnem ognisku (Die Linse mit zweifachem Brennpunkt.). Prof. A. Schily z Pesztu. Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1903, Nr 7.

Już w r. 1876 zwrócił Critchett uwagę na wytwarzającą się we wczesnych okresach zaćmy myopię. Ponieważ zaćma powstaje najczęściej u ludzi starych, a więc presbyopów, toteż krótkowzroczność ta uwalnia ich od potrzeby używania szkieł do pracy z bliska i napełnia z tego powodu radością, która jednak nie trwa długo. Jest to znana dziś każdemu okuliście *myopia e cataracta formanda*. Prof. Schily opisuje w wymienionej pracy 16 spostrzeżeń zebranych w ciągu lat czterech z liczby 30,328 chorych na oczy i stara się na podstawie tego materiału klinicznego wyjaśnić bliżej istotę wspomnianej zmiany łamliwości oka. We wszystkich tych przypadkach zaćmiewanie się soczewki zaczynało się zaledwie zaznaczać i, jak dalszy przebieg pokazał, posuwało się niezmiernie powoli. Obraz kliniczny przedstawiał się z małemi odmianami w sposób następujący: Chorzy skarżyli się na szybkie pogarszanie

się widzenia w dal, ale dodawali, że równocześnie widzą lepiej z bliska, niż dawniej, względnie mogą się obchodzić bez szkieł wypukłych. Badanie wykazywało zwykle wysoki stopień myopii (do 15 D) i mniej lub więcej upośledzoną bystrość wzroku (przeciętnie $\frac{6}{30}$). Po rozszerzeniu źrenicy (do czego autor używa euftalminy), przy użyciu lusterka płaskiego, można było zauważyć w środku czerwonego odbłasku pierścien ciemniejszy, w-półśrodkowy z obwodem źrenicy, szeroki na 3—4 mm i okalający okrągłą, również czerwoną część środkową źrenicznego pola, okazującą zupełnie odrębne własności optyczne, niż części obwodowe, poza ciemnym pierścieniem leżące. Jeśli się ustawiło mały otwór stenopeiczny przed środkową częścią źrenicy, badanie podmiotowe wykazywało wysoką zazwyczaj myopię, a gdy się przesunęło tenże otworek ku częściom obwodowym, wtedy badany okazywał emmetropię lub słabą tylko myopię. Przypadkowo w szeregu spostrzeżeń Schile'go obwodowe części źrenicy ani razu nie przedstawiały hypermetropii, ale i takie przypadki znane są w literaturze. Schily badał też swych chorych i w następujący sposób: dawał im do ręki szkiełko przedmiotowe mikroskopu, na którym naklejony był krążek z angielskiego plasterka średnicy 3—4 mm. Badany z łatwością był w stanie tak sobie to szkiełko przed okiem ustawić, aby ów nieprzezroczysty krążek zasłaniał właśnie środkową, krótkowzroczną część źrenicy. Tem samym wzrok w dal znacznie się podnosił i to bez korekcyi. lub przy użyciu tylko szkła bardzo słabego.

Toż samo przy badaniu przedmiotowem można było stwierdzić znaczne różnice między częściami obwodowemi, a ostro ograniczoną częścią środkową pola źrenicznego. W obrębie pierścienia środkowego cień przy skiaskopii zachowywał się wprost przeciwnie, niż na obwodzie, a tak samo za pomocą wziernikowania w obrazie prostym można było wykazać wielką różnicę w refrakcyi

Ponieważ tak zwany *lenticonus*, a w szczególności *lenticonus posterior* daje bardzo podobny zbiór objawów przedmiotowych i czynnościowych, przeto dla porównania przytacza autor 13 przypadków tylnego stożka soczewkowego opisanych w literaturze. Największa, ze spostrzeganych, różnica w refrakcyi zachodziła w przypadku Elschmig'a (1894), gdzie środek soczewki okazywał $Mp = 30 D$, a obwód $Hp = 4 D$. Badania Hess'a, Bach'a, Pergens'a, Bäck'a i Alexandr'a wyświeiliły już ostatecznie powstanie i istotę tylnego stożka soczewki. Wytwarza się on w następstwie rozerwania tylnej torebki, które stoi znów w ścisłym związku ze zanikiem przewodu Cloquet'a. *Lenticonus posterior* jest zatem wadą wrodzoną. Stądto autor powątpiewa w słuszność rozpoznania niektórych z pośród ogłoszonych przypadków, tych mianowicie, które autoro-

wie uznali za nabyte. Schily zalicza je do tej samej kategorii, do której należą jego obecne spostrzeżenia.

Badania, jakie przeprowadził Demicheri (1895) pod kierunkiem Tscherning'a w oftalmologicznej pracowni Sorbony, — wykazują, że *myopia e cataracta formanda* polega na zmianie siły łamliwej poszczególnych części soczewki. Demicheri wypowiada przytem oryginalny pogląd: soczewka oka składa się jakgdyby z 3 soczewek, mianowicie z jądra, które działa podobnie, jak szkło silnie wypukłe, i z kory przedniej i tylnej, które tworzą dwie warstwy wklęsłowypukłe z przewagą powierzchni wklęsłej i działają dlatego rozpraszająco. Zmniejszenie siły łamliwej we warstwach korowych musi zatem pośrednio podnieść skupiający wpływ jądra na łamliwość całej soczewki. Szily nie ze wszystkiem godzi się na to wyjaśnienie, wstrzymuje się jednak sam od stawiania nowych hipotez w nadziei, że prędy lub później doczeka się sposobności przeprowadzenia badań histologicznych i histochemicznych, któremi spodziewa się sprawę tę ostatecznie wyświelić.

Opisany stan chorobowy otrzymał już cały szereg nazw przeważnie niezbyt szczęśliwie dobranych: *faux lenticone* (Demicheri), *Linse mit doppeltem Brennpunkt* (Müller), *Linse mit doppelter Refraction*, *Centrale Myopie* (Guttman). Prof. Schily za właściwszą nazwę, dopóki dokładne poznanie istoty cierpienia nie dostarczy nam odpowiedniejszego określenia, poleca tymczasem: *anisometropia monocularis*. —

K. W. Majewski.

Przyczynek do operacyjnego leczenia wrzodu pełzającego (Zur operativen Behandlung des Ulcus serpens.). v. Dr Schulte. Ophth. Kl. z. I. 1904.

Aby uniknąć ujemnych skutków przy przecinaniu wrzodu rogówkowego sposobem Saemisch'a, lub tych, które się przydarzają przy przypalaniu dna i brzegów wrzodu żegadłem galwanicznym, poleca Schulte punkcikowate przebicie dna wrzodu bardzo cienką rozżarzoną igielką, przyzem odpływa powoli ciecz z przedniej komory oka. W ten sposób może być również usunięciem małe płynne hypopyon.

Gdy zaś hypopyon duże i zawiera włóknik, wtedy autor czyni punkcye od dołu na granicy twardówkorogówkowej, usuwa hypopyon, a dopiero po wypełnieniu się przedniej komory przystępuje do przebicia wrzodu. Utworzony otwór zatyka się często białozółtawą masą, która da się usunąć igielką do wyjmowania ciał obcych.

Zabieg ten wykonuje autor nieraz parę razy dziennie. Tego rodzaju postępowanie z wrzodem pełzającym rogówki, ma mieć według Schulte'go tę zaletę, że bielmo wytworzone jest znacznie

mniejsze aniżeli przy przypalaniu całego dna i brzegów wrzodu aż w tkankę zdrową.

Schulte, zadowolony z pomyślnych wyników, przy stosowaniu sposobu przez siebie podanego prosi kolegów specjalistów, aby pod tym względem swoje zdanie wypowiedzieli.

Dr Berezowski.

O zeszkrobywaniu plam rogówkowych (Ueber Abschabung von Hornhautflecken.). Dr Holmstrom z Malmö. Mtbl. f. Aghk. Styczeń. 1904.

Autor zestawia kilka przypadków powierzchownych zaćmień rogówki o powierzchni nierównej, przy których, stosując „*abrasio corneae*“, uzyskał poprawę wzroku. Silne podrażnienie po tym zabiegu miało ustępować po 48 godzinach, a rogówka pokrywała się gładkim przybłonkiem. Leczenie następowe polegało na stosowaniu okładów ciepłych, masowania gałki i maści.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej H. R., lat 30, nauczycielki, która w dzieciństwie przechodziła częste zapalenia skrofuliczne ocz.

Gdy zgłosiła się do lekarza, skarżąc się na pogorszenie wzroku, na rogówkach widoczne były liczne obłoczkowate zmętnienia i drobne wyniosłości na całej rogówce. V pr. i l. o. = $\frac{4}{18}$. Po stosowaniu rozmaitych leków wzrok pogarsza się V l. o.: $\frac{2}{60}$. Po dokonaniem zeszkrobaniu rogówki i stosowaniu środków wyjaśniających V l. o. $\frac{4}{12}$. Obraz keratoskopu regularny. W kilka lat później, gdy V l. o. = $\frac{2}{40}$, powtórne zeszkrobanie daje poprawę V $\frac{4}{12}$. W innym podobnym przypadku wynosiła poprawa wzroku z V $\frac{4}{36}$ na V $\frac{6}{36}$. W trzecim podanym przypadku, przed operacją V pr. o. plc 1 m., po abrazyi V pr. o. $\frac{3}{60}$ z V l. o. $\frac{1}{60}$ na V $\frac{6}{30}$. — Opierając się na powyższych wynikach i całym szeregu wykonywanych zeszkrobywań rogówki od roku 1896, poleca Holmstrom ten sposób leczenia, zwłaszcza w przypadkach, gdzie leki stosowane zawodzą.

Dr Berezowski.

Przyczynę do leczenia operacyjnego przyrodzonego zwichnięcia soczewki przez dyscycyję. Dr U. Mayeda (Nagoja w Japonii). Beitrage zur Aghk. Z. 57.

Autor zestawia najprzód nieliczne wedle niego przypadki przyrodzonego zwichnięcia soczewek tak poddane, jak i niepoddane operacji. Mniema, że mało dotychczas objawiało się skłonności do operowania u wybitnych nawet operatorów, wykazuje dalej stosunek liczebny zwichnięć w rozmaitych kierunkach, z czego wynika, że najczęściej zachodzą takowe na wewnątrz do góry, dalej ku dołowi, później ku dołowi wewnątrz, a wreszcie ku górze.

Wedle autora w ciągu pół wieku miano tylko 26 razy oczy takie poddawać operacji (sami kilka razy operowaliśmy, ale nie uważaliśmy sprawy za tak ważną, by ją ogłaszać drukiem), a w ciągu tego pół wieku zrobiono 6 razy iridektomię, 2 razy iridodesis, 15 razy dyscyzę, 7 razy wydobycie soczewki, a raz reklinację, a zatem najczęściej skłaniano się do wykonania rozcięcia torebki celem wytworzenia zaćmy, co też i autora skłoniło równy podjąć zabieg w przypadku, jaki mu się zdarzył w jego ojczyźnie. U 10letniego chłopca, u którego p. k. była płytka, żadnego drżenia tęczówki, a po homatropinie dopiero wykazano nadwzięcie soczewki, w jakim kierunku, o tem autor nie wspomina, ani też, jak się zmieniła refrakcja, która przed rozszerzeniem źrenicy wynosiła obustronnie $\frac{6}{60}$ Mp. 24 wykonał Dr M. ponowne dyscyzę, wyjęcie linijne, znowu dyscyzę, i ostatecznie po 1 i $\frac{1}{3}$ roku osiągnął W $\frac{6}{12}$ Hp. 10. Atoli po 2 latach stwierdzono na prawem oku prawie zupełne odcięcie siatkówki.

IV.

IV. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo lekarskie we Lwowie.

Posiedzenie dn. 18 marca 1904 r.

Dr Dybuś-Jaworski przedstawia chorego z *lenticonus anter. ambilateralis*. Chory, lat 32, podaje, że od 10 lat wzrok mu się pogarsza, od paru zaś miesięcy pogorszenie to jest znaczniejszem. — Od lat pięciu opuchnięcie nóg. — Bystrość wzroku wynosi obustronnie $\frac{5}{30}$, szkła nie poprawiają. Przy oświetleniu ogniskowem widać tylko słaby, drobny, szary odblask, zresztą środki łamiące czyste. Przy badaniu wziernikowem widzimy sam środek źrenicy czerwony, tędy naczynia siatkówkowe widać jak przy wysokiej myopii, środek ten czerwony otacza pierścień ciemny ściśle odgraniczony, na obwodzie źrenica znów czerwona. Soczewka czysta, ciało szkliste również. Tarcz éma, o granicach zatartych, żyły ciemniejsze i więcej kręte. W siatkówce wynaczynionki i białe plamy znamienne dla *retinitis albuminurica* (gwiazda w plamce żółtej). Refrakcja oznaczona skiaskopem Hessa wynosi na obwodzie $+ 3,0$ D, środkowo zaś $- 25,0$ D. W moczu białko.

Rozchodzi się więc w danym wypadku o *lenticonus anterior* obustronny, przyczem podnieść należy, że soczewki są zupełnie czyste. Obok tego chory cierpi na *retinitis albuminurica*, niezależnie od zmiany wrodzonej, do czego należy odnieść znaczne pogorszenie się wzroku od paru miesięcy. Chory posiada stosunkowo do-

brą bystrość wzroku, przy patrzeniu posługuje się obwodową częścią soczewki.

W dyskusyi zabierali głos: Machek, Bednarski i Burzyński.

Prof. Machek przedstawia chorą z *uleczonem oderwaniem siatkówki na tle neuroretinitis albuminurica gravidarum*. Chora w piątym miesiącu ciąży zgłosiła się do kliniki okulistycznej ze znacznem oderwaniem siatkówki na obu oczach. Na jednym oku zaledwie poczucie światła, na drugim ruchy ręki. *Albuminuria* i *haematuria*. Wykonano sztuczne poronienie na klinice położniczej. Dzisiaj, po dwóch miesiącach, nie ma zupełnie oderwania siatkówki, pozostały na obwodzie w okolicy równika smugi białe leżące pod siatkówką, dla których właśnie M. chorą przedstawia. Podzielając zapatrywania Deutchmann'a, który smugi takie dokładnie opisał i anatomicznie zbadał, uważa je M. za tkankę łączną, która, rozwijając się, przyczyniła się do uleczenia oderwania siatkówki.

Bystrość wzroku wynosi dzisiaj na jednym oku $\frac{5}{20}$, na drugim $\frac{5}{30}$.

W dyskusyi zabierali głos: pp. Bednarski, Szulistański, Obtulowicz i Mars, który zwraca uwagę, że ustawodawstwo austriackie nie dozwala na wykonywanie sztucznego poronienia w takich przypadkach, czyli, że z tego powodu lekarz może być pociągniętym do odpowiedzialności karnej. Mimo tego poronienie sztuczne w takich wypadkach wykonujemy *ex consilio*. Przeciwnie ustawodawstwo niemieckie dozwala na wykonywanie sztucznego poronienia, — i dlatego wskazań do wykonywania *abortus*, z którymi się spotykamy w podręcznikach niemieckich, jakkolwiek pod względem naukowym zupełnie się na nie zgadzamy, nie możemy przenieść na grunt austriacki ze względu na odmienne ustawodawstwo.

A. Bednarski.

Towarzystwo lekarskie w Warszawie.

Posiedzenie z dn. 3 lutego 1904.

Wedle Gazety Lekarskiej. Nr 14. 1904.

A. Landau przedstawia rzadki przypadek władu rdzenia, powikłany z zaburzeniami w zakresie nerwów czaszkowych.

Gdy spostrzeżono pierwsze objawy władu rdzenia, wystąpiło podwójne widzenie, ślinotok, upośledzenie mowy i połykania, później zauważono częściowe opadnięcie prawej powieki, następnie zupełne porażenie mięśnia, dźwigającego górną powiekę pr. o. Z nerwów czaszkowych porażone jedno- lub obustronnie pary: III, IV, V, VI, IX, X, XI.

Powikłany ten przypadek tłumaczy autor tem, że prawdopodobnie toczy się jakaś sprawa zapalna w ośrodkach obwodowych, lub wystąpił zanik jąder w rdzeniu przedłużonym.

Jan Piltz objaśnia i przedstawia przyrząd własnego pomysłu do fotografowania ruchów źrenicy, opisując przyrząd Bellarminow'a (pomysłu Cybulskiego) i badania Braunstein'a nad unerwieniem źrenicy. Techniczną stronę pomysłu Piltz'a wykonał inżynier Lebedziński, tworząc przyrząd, odpowiadający zupełnie wymaganiom autora.

W rozprawach zabierają głos: E. Flatau, Z. Kramsztyk i Dunin, wyrażając radość, że powstał nowy przyrząd, po którym można się spodziewać dodatnich wyników dla nauki. *Berezowski.*

V. ROZMAITOŚCI.

Skuteczność iridektomii przy iridochorioiditis omawia w dysertacji doktorskiej (Bazylea 1903) Dr G. Immermann, opierając się na 180 przypadkach, i dochodzi do wniosku, że operacja ta z jednej strony usuwa objawy zapalne, z drugiej strony powstrzymuje wzmaganie się sprawy zapalnej. Działanie skuteczne dotyczy nie tylko bystrości wzrokowej naosiowej, a to w 61·9^o/_o, ale także widzenia obwodowego w 33·33^o/_o, niekorzystny zaś wpływ iridektomii przeciw tej chorobie stwierdzono tylko w 8·94^o/_o względnie 2·12^o/_o.

Sposób zablizniania się ran rogówkowych badał Retterer (Sur la cicatrization des plaies de la cornée, *journal de l'anat. et de la phys.* 1903 Nr 39). W przeciwieństwie do przyjętego zapatrywania, iż zabliznienie ubytków rogówkowych przychodzi do skutku przez proliferację tkanki podstawowej, znalazł Retterer, iż części rogówkowe, dotknięte czy to urazem, czy sprawą zapalną, ulegają rozpadaniu i wessaniu, a przejściowo przychodzi w otoczeniu rany do nagromadzenia jąderek. Z brzegu rany wnika do ubytku czop nabłonkowy, zatykający otwór na zewnątrz. To przychodzi do skutku już to przez przerost komórek nabłonkowych już to przez mitozę. Równocześnie zaś tak na brzegu tego czopu jako też u jego wierzchołka następuje zmiana komórek nabłonkowych o tyle, iż naokoło jądra wytwarza się gęstsza zarodnia, która przez jaśniejszą (*hyaloplasma*) wysyła komórki do sąsiednich komórek liczne odnogi, przez co większa część tej masy nabłonkowej przybiera obraz młodej tkanki siatkowatej, pasy komórek wrastają równocze-

śnie do sąsiednich części, zajmując miejsce zanikłych komórek rogówkowych. Tak więc odnowienie rogówkowej tkanki nie przychodzi do skutku z tkanki łącznej, ale z nabłonka. W przednich warstwach nadto cała zarodnia zamienia się w *hyaloplasma*, pozostałe jądro sprawia wrażenie limfo- lub leukocytów. W.

Wpływ podrażnienia spojówki na usunięcie omdlenia. Violard przytacza ciekawy przez siebie spostrzegany przypadek

Kobieta popada wskutek silnego krwotoku poporodowego w stan zupełnego odrętwienia i beprzytomności. V. zabiera się do zrobienia zastrzyknięcia ergotyny, gdy osoba, trzymająca buteleczkę z płynem, przysnęła przez nieuwagę kilka kropel tegoż w oko chorej. Natychmiast zauważono, że serce i płuca znowu powróciły do swych czynności i to zupełnie dobrowolnie.

Arch. de Med. et de Chir. spec. Nr 2. 1904.

Wpływ ten podrażnienia spojówki na pobudzenie czynności serca jest zresztą znany z doświadczeń Lumière'a (Soc. de Thérapeutique, 9 grudnia 1903), który wykazał, że dla zwrotnych pobudzeń właśnie spojówka z powodu bogactwa nerwów i łatwego dostępu sąsiedztwa z ośrodkami łukowe pobudzającymi lepiej się nadaje od błony śluzowej nosa, zwłaszcza dlatego, że z nosa do pobudzenia stosowany środek łatwo dostać się może do dróg oddechowych.

Doświadczenia robiono na morświnkach i psach, sprowadzając synkope chloroformem, kwasem węglowym i t. d., albo przez powieszenie. W chwili objawiającego się porażenia oddechu lub serca najrozmaitsze drażniące środki zakraplano do ocz, jak eter, benzynę, formol, amoniak i t. d., a jeżeli synkope nie zbyt długo trwała, pokazało się, że zwierzęta wcześniej i pewniej powracały do życia, aniżeli przy stosowaniu innych sposobów trzeźwiących.

Ultramikroskopowe kuliste bakterye występujące w trzech rozmaitych postaciach widywał Raehlmann w wydzielinie jaglicowej za pomocą nowego sposobu badania mikroskopem Zeiss'a z oświetleniem silnem łukowem.

M. Wehschrft. Nr 2 1904.

Znaki piśmienne na tęczęwce. Nowy przyczynek do tego niezwykłego zjawiska daje Van Duyse, który na posiedzeniu towarzystwa oft. belgijskiego dn. 29 listopada 1903 r. przedstawił osobę, u której można było czytać na części rzęskowej poniżej źrenicy prawego oka 45, a na oku lewym 10. Rzekomo i córka ma również liczby tęczęwkowe i to na prawem oku 10, lewym 20.

Przypominamy, iż Szokalski w swym wykładzie chorób narządu wzrokowego wspomina, iż w czasie jego pobytu w Paryżu

widziano dziecko, na którego tęczy wedle zapewnienia wielu można było wyczytać wyraz »Napoleon«.

Nieruchomość źrenic w przebiegu zapalenia płuc zauważył Fr. Schulze w czterech przypadkach. Oddziaływanie bywało albo bardzo słabe, albo leniwe, albo było nawet zupełnie zniesione, a zazwyczaj źrenice bywały przytem wąskie.

Objaw ten tłumaczy Sch. porażeniem, pewną zaś analogię z objawami w wiałdzie rdzenia (*tabes*) i porażeniu postępującem upatruje w równoczesnem oddziaływaniu przy konwergencji i w stwierdzonym nieraz braku odruchu kolanowego. Przyczynę objawu widzi autor nie tyle w podrażnieniu opon mózgowych, chociaż i to w niektórych przypadkach dawało się stwierdzić, ile raczej w działaniu toksycznym.

Dt. Med. Wschrft 1904. Nr 2.

W.

Miejski oftalmiczny szpital w Moskwie. Jeszcze niedawno moskiewscy testatorowie zapisywali fundusze na cerkwie. Od kilku lat nastąpił zwrot: przed śmiercią zapisują kapitały — niemniej po kilkaset tysięcy — na cele dobroczynne i na szpitale. Przed 10 laty zbudowano uniwersyteckie kliniki z urządzeniem podług ostatnich wymagań nauki.

Dzięki uprzejmości Dra K. Adelheima otrzymałem opis miejskiego oftalmicznego szpitala imienia Aleksiejewych. W. Aleksiejewa w testamencie, wskutek starań Adelheima, przeznaczyła 250.000 r. s. Szpital zbudowano i urządzono według ostatniego słowa nauki pod kierunkiem Adelheima, obecnie naczelnego lekarza. Budowa kosztowała 155.000 r. s., — resztę umieszczono w Banku państwa jako kapitał żelazny.

Szpital składa się z trzech gmachów: 1 szpitalnego, 2. domu dla urzędujących i służby i 3. z części gospodarskiej. Pod szpital miasto ofiarowało 800 kwadratowych sążni ziemi. Szpital ogrzewa się za pomocą centralnego wodnego systemu; wentylację urządziła firma Zaleskiego, — osobliwie znakomitą jest wentylacya sali operacyjnej.

Szpital urządzony na 72 łóżka: 21 dziecinnych, 23 dla kobiet, 24 dla mężczyzn i 4 łóżka dla płatnych chorych. Codziennie od 150 do 250 ambulatoryjnych bywa chorych.

W ciągu trzech lat od otwarcia szpitala, to jest od 1900 do listopada 1903 r., udzielono porady 45000 ambulatoryjnie (150000 wizyt), stacyonarnych 2500; operacyi wykonano ambulatoryjnie 3000, w salach stacyonarnych 2000.

Etat szpitala: dyrektor, 3 ordynatorów i prowizor przy aptece i laboratorium.

Roczny koszt utrzymania szpitala wynosi 31.000 r. s.

Opis szpitala ozdobiony 17 tablicami chromotypii artystycznej roboty. Widzimy tu pałac fundatorki, jej portret i pomnik, portret Adelheima, plany szpitala, widok jego, podwórze z ogrodem, poczekalnia, sala posiedzeń rady szpitalnej, pokoje oddziału dziecięcego, męskiego, kobiecego, sala operacyjna, kuchnia i wreszcie portrety służbowego personelu — lekarzy i sióstr miłosierdzia.

Spodziewamy się, że szpital, rozporządzając tak bogatym materiałem, będzie obfitował w naukowe prace i spostrzeżenia, z którymi będziemy zaznajamiać czytelników Postępu Okulistycznego.

Prócz tego istnieją w Moskwie jeszcze 2 specjalne zakłady: Klinika oftalmiczna uniwersytetu, której dyrektorem jest Prof. Kriukow, redaktor Oftalmicznego Wiestnika, i szpital oczny miasta, którego naczelnym lekarzem jest znany w piśmiennictwie Dr Łożecznikow; szpital ten istnieje przeszło 100 lat. —

Dr J. Talko.

Wiestnik Oftalmołozii. Pismo to, wydawane od 1884 r. przez prof. Chodina w Kijowie, w r. b. przeszło pod redakcję prof. moskiewskiego uniwersytetu A. Kriukowa, przy współudziale prof. Bellarminowa w Petersburgu, prof. Gołowina w Odesie i prof. Ewetzky'ego w Dorpacie. Pismo co do objętości jest dwa razy większe od wydawanego przez prof. Chodina, ale, gdy to było miesięcznikiem, to dzisiejszy W. O. wychodzi raz na dwa miesiące.

Oryginalnych prac znajdujemy tu 4:

1. A. Makłakowa »O zmianach głębokości przedniej komory i grubości soczewki przy akomodacyi«. Wymiary robił za pomocą oftalmofakometru Tscherning'a.
2. Gołowina »Guzy nerwu wzrokowego i operacyjne ich leczenie«. Podawszy literaturę przedmiotu, autor opisuje 6 własnych spostrzeżeń, objaśnionych rycinami.
3. Sniegirewa »Dwustronne i wspólne porażenie gruczołów łzowych i wydzielających ślinę gruczołów«. Zebrawszy literaturę przedmiotu, autor opisuje swoje spostrzeżenia. Opis objaśniony ryciną.
4. Natansona »Wpływ uszkodzeń oka na możność zarobkowania«.

Nareszcie zebrano tu mnóstwo streszczeń.

Dalej znajdujemy protokoły posiedzeń ocznych lekarzy w Moskwie i francuskiego oftalmologicznego towarzystwa.

Wkońcu zebrana ruska oftalmiczna biblioteka.

Książkę kończy nekrolog F. Schöder'a, byłego dyrektora

petersburskiej ucznej lecznicy; nekrolog ozdobiony portretem nieboszczyka.
Dr J. Talko.

Nowe czasopismo okulistyczne. Pod redakcją prof. Motais powstaje nowe czasopismo w Angers. Poświęcone przeglądowi publikacyi w sprawach naukowych i praktycznych, będzie miało tytuł *Ophthalmologie Provinciale*

Międzynarodowy okulistyczny kongres. Przypominamy, że prace, mające podlegać dyskusyi na międzynarodowym kongresie okulistycznym w Lucernie, który się odbędzie r. b. od 13—17 lipca, powinny być w rękopisie przesłane prof. drowi Mellinger'owi w Bazylei do 1 maja.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. prof. okul. dr Herman Cohn w Wrocławiu otrzymał tytuł tajnego radcy medycynalnego.

Dr N. Scalinci habilitował się w Neapolu.

VII. OD REDAKCYI.

Na życzenie, z kilku stron nam wyrażone, wydawać odtąd będziemy P. O. w pierwszej połowie każdego miesiąca, a dla wyrównania zaległości, wydajemy obecnie podwójny numer za marzec i kwiecień.

Prace oryginalne będą mogły wskutek tej zmiany pojawiać się wcześniej, co nie bez znaczenia będzie dla tych pp. autorów, którzyby te same prace chcieli ogłosić jeszcze w jakimś zagranicznym piśmie, a własnej literaturze naukowej zachować zwykły pierwszeństwo.

Aby P. O. mógł regularnie wychodzić, prosimy Szan. Współpracowników o wczesne i regularne dostarczanie nam streszczeń wedle planu z nami ułożonego.
