

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: Dra HABIŃSKIEGO W PARYŻU, Dra BAŁŁABANA, Doc. Dra BENDARSKIEGO, Prof. MACHEKA, Doc. Dra SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, Prof. BROWICZA, Prof. BUJWIDA, Prof. CYBULSKIEGO, Prof. KOSTANECKIEGO, Doc. Dra K. W. MAJEWSKIEGO, Prof. NATANSONA, Prof. PIENIĄŻKA, I Prof. PILTZA W KRAKOWIE, Dra KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, Dra NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, Dra RUMSZEWICZA W KIJOWIE, Dra SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, Dra STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, Dra J. TALKI W LUBLINIE.

Kwiecień—Maj - 3 - ROCZNIK SIÓDMY 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Śródbłoniak oczodołu.

Podał

DR KONRAD RUMSZEWICZ

z Kijowa.

2/VIII. 1904 r. M. L., 28letnia kobieta, zupełnie zdrowa i silnej budowy. Wzrok w obu oczach zupełny, łamliwość prawidłowa. Prawa gałka oczna, wcale prawie niewysadzona, jest o tyle odsuniętą ku dołowi, że dolny brzeg źrenicy znajduje się pod brzegiem powieki dolnej. Ruchy gałki prawidłowe we wszystkich kierunkach, prócz ku górze, w którym to kierunku ruch jest znacznie zmniejszony. Dno oka zupełnie prawidłowe. Rodzice chorej utrzymują, że już wkrótce po urodzeniu prawa gałka była cokolwiek odsuniętą ku dołowi, od 3ech lat jednak zboczenie coraz znaczniejszem się stawało.

W samym środku brzegu górnego oczodołu, w obrębie prawie 3 ctm, bezpośrednio pod brzegiem wyczuwać się dawał brzeg utworu dość twardego. Mały palec przesunąć można było na pewną odległość pomiędzy gałką oczną a owym utworem.

4/VIII. wykonałem w skórze, bezpośrednio pod brwią, cięcie 6 ctm długie i przeciąłem powięź, poczem brzeg utworu wyraźnie wystąpił. Oddzieliłem go ostrożnie od części ku dołowi położonych, wyciągnąłem ku przodowi kleszczykami, poczem oddzieliłem go od górnej ściany oczodołu. Założyłem na ranę trzy szwy, które usunąłem po czterech dniach. Po tygodniu rana była zupełnie wygojoną i położenie gałki w oczodole stało się prawidłowem. Guz był zawarty w torebce. Miał dłuższą znacznie średnicę przedniotylną (2,5 ctm), ku tyłowi zwężał się znacznie. Najdłuższa średnica poprzeczna = 2 ctm, grubość przeszło 1 ctm. Przechowałem go w 10⁰/₀owym roztworze formaliny, dodając trochę kwasu chromowego.

Środkowe cięcia strzałowe guza przypominały nieco przecięcie podłużne nerki. Zewnętrzna (górną) powierzchnia była mniej wypukłą i nieco dalej ku tyłowi od środka jej znajdowała się jakby przerwa, prawie 0,5 ctm wielka, było to miejsce, w którym guz był zrośnięty z okostną oczodołu. Poza to guz otaczała torebka z włóknistej tkanki łącznej, od której do istoty guza wchodziło kilkanaście wyrostków, tworząc jakby przegródki. Wyrostki te zresztą zagłębiały się nieznacznie tylko do istoty guza i następnie dzieliły się na bardzo cienkie, ledwie widoczne przegródki, których rozgałęzienia tworzyły jakby wachlarze. Od przerwy wspomnianej w torebce do istoty guza wstępowała włóknista luźna tkanka łączna, naczynia krwionośne zawierająca, która stanowiła środek nowotworu, zajmujący prawie trzecią część powierzchni jego. Unaczynienie guza niezbyt było obfite; naczynia krwionośne nieprawidłowo rozgałęziały się w istocie jego. Pod torebką włóknistą znajdowało się pasemko tkanki gruczołowej, przeszło 2 mm grubości mające, które otaczało więcej, niż trzecią część przednią guza. Pod względem budowy tkanka ta w niczem się nie różniła od gruczołów łzowych. Obok zrazików, dość często dawały się w niej napotykać przewody, niekiedy znacznie nawet rozszerzone. Od istoty guza tkankę gruczołową odgraniczała dość gruba przegródka z włóknistej tkanki łącznej. Ku dołowi i ku tyłowi, mniej więcej szóstą część pasa obwodowego guza, —

środek, jak nadmieniałem już, był utworzony przez tkankę łączną, — zajmowała tkanka, która na pierwszy rzut oka zupełnie przypominała tkankę gruczolaka. Mieliśmy tu podłużne i poprzeczne przekroje rurek gruczolowych, wysłane niskim walcowatym lub sześciennym przybliżeniem. Na rurkach często znajdowały się pączki, jakby nowopowstające lub zarodkowe przewody gruczolowe. Niekiedy łączyły się z nimi dość znacznej wielkości próżnie torbielowe, które wyścielały zwykle zupełnie płaskie komórki. Rurki łączyły się ze sobą, tworząc sieć. Nie tylko nie posiadały własnej błony, lecz nie oddzielały się wyraźnie od podścieliska. Ciąg dalszy rurek stanowiły często całkowite pasemka komórek, które traciły zupełnie postać walcowatą, stawały się wrzecionowatymi lub wyraźnie płaskimi, następnie często ginęły w podścielisku, niekiedy bezpośrednio przechodząc we włókienka tkanki łącznej. Podścielisko bardzo słabo załamywało światło, komórki w niem łączyły się ze sobą, tworząc sieci, a całość stanowiła zupełną tkankę śluzową. Pasemka dzieliły się na mniejsze, a w miejscach podziału powstawały jakby węzółki, w których dokładnie widzieć można było stopniowe postacie przejściowe jąder śródbłonka naczyń do komórek nowotworu. Oczywiście mieliśmy w tej części guza tkankę najbardziej młodą. Nieco dalej w częściach obwodowych guza widzieliśmy drobne naczynia chłonne i początkowe szczeliny ich w tkance zupełnie wypełnione przez komórki, obok nich zaś i w bezpośrednim z nimi połączeniu — dość obszerne przestwory, jakby drobne torbiele, a w nich skrzep białkowy z bardzo nieznaczną ilością komórek limfoidalnych. Nawet w środkowej części guza, pośród tkanki łącznej również widoczne były odosobnione gniazda, które najzupełniej przypominały wypełnione przez komórki drobne naczynia chłonne. Główną część obwodowego pasa guza stanowiły komórki wrzecionowate, względnie płaskie, ułożone w pasemka, położone w dość znacznej od siebie odległości pośród podścieliska śluzowego. Oczywiście mieliśmy tu śródbłoniak z naczyń limfatycznych powstały, nadto włóknisty i torbielowaty.

Jakież mamy wytłómaczyć sobie w danym przypadku

powstanie i rozwój nowotworu? Z wywiadów wiemy, że już wkrótce po urodzeniu widocznem było odsunięcie gałki ku dołowi. Badanie drobnowidowe wykazało obecność w brzegu przednim guza tkanki gruczołowej, pod względem budowy zupełnie do tkanki gruczołów łzowych podobnej. Prawdopodobnie mieliśmy w danym przypadku zbłąkane dodatkowe gruczoły łzowe, które ze skroniowej części oczodołu przesunęły się ku części jego środkowej. Gruczoły te mogły być powodem początkowo dostrzeżonego odsunięcia gałki ku dołowi. Następnie, mniej więcej przed trzema laty, w okolicy gruczołu tego powstawać zaczął nowotwór — śródbłoniak, który był powodem wtórnego, o wiele więcej znacznego odsunięcia gałki ku dołowi. Zdanie to zdaje się potwierdzać okoliczność, że w tkance gruczołowej wpływ ucisku z zewnątrz wywieranego bardzo był widoczny, gdyż, najpierw, nie tylko przewody gruczołowe bardzo były rozszerzone i znajdowałem je niekiedy zupełnie dokoła przez nowotwór ściśniętymi, lecz nadto w obwodowych częściach pasemka gruczołowego zraziki były zanikłe i odosobnione pomiędzy dwiema warstwami tkanki włóknistej.

Guzy oczodołu stanowią mniej więcej połowę wszystkich cierpień jego, zatem mniej więcej 0,001% cierpień oka*). Znane są przepukliny mózgowo i torbiele przez wągry i bąblowce spowodowane. Często też znajdujemy w oczodole torbiele skórzakowe. W jednym z tych utworów (Barnes) znaleziono nawet zęby w ścianie torbiela, to też Berlin słusznie zalicza je do potworniaków. W istocie, badania dokładniejsze wykazały, że powstają one początkowo w skórze i później dopiero następuje wgłobienie ich do oczodołu. Zupełnie wybitne potworniaki oczodołu opisali Braer i Weigert i Courant. Jennings, Alt i Lodato opisali mięśniaki oczodołu. Z właściwych nowotworów znane są raki, gruczolaki, naczyniaki, mięsaki, tłuszczaki, chrząstniaki i kostniaki. Schaa f¹⁾ u 40,415

*) Graefe u. Saemisch Handb. d. gesamt. Aghk. Isze wydanie, VI, 4, str. 658.

chorych, którzy uczęszczali do kliniki w Giessen przez lat 12, znalazł guzy oczodołu u 46ciu, a z tych guzy pierwotne miały miejsce tylko w 12 przypadkach, w innych zaś były wtórne. Z pierwotnych nowotworów w 6ciu przypadkach były skórzaki — wypadałoby zatem, że guzy potworowe stanowią połowę pierwotnych nowotworów oczodołu.

W r. 1895 Van Duyse²⁾ opisał dwa przypadki śródbłoniaka oczodołu, który powstał ze śródbłonka krwistych lub chłonnych naczyń. W r. 1897 opisał on³⁾ utwór śródbłonkowy, powstały ze śródbłonka chłonnych przestworów onaczyniowych (*perithelioma*). Rogman⁴⁾ opisał guz śródbłonkowy w gruczole łzowym powstały. Później śródbłoniaki oczodołu opisali: Krückmann⁵⁾, Ewetzky⁶⁾, Thompson Hugh⁷⁾, Lillcock i Devereux Marschall⁸⁾ i Snell⁹⁾. Wnosząc z podanych opisów, do śródbłoniaków zaliczyć należy również przypadki, opisane przez Alexandr'a¹⁰⁾ pod nazwą splotowatego mięsaka, i Czernego¹¹⁾ pod nazwą splotowatego mięsaka śluzowego.

Literatura.

1. Schaaf: Zur Casuistik der Orbitalgeschwülste. Diss. Giessen. 1903.
 2. Van Duyse: Arch. d'ophthalmologie, XV, str. 613.
 3. — Annales de la société de médecine de Gand.
 4. Rogman: An. d'oculistique. 1900. Février.
 5. Krückmann: Bericht über die 29. Versammlung der opthalm. Gesellsch. zu Heidelberg, str. 245.
 6. Ewetzky: Tamże, str. 247.
 7. Thompson Hugh: Ophth. Review. 1901, str. 355.
 8. D. Marschall: Ophth. Hospit. Reports. XV, p. II, str. 129.
 9. Snell: Ophth. Review. str. 89, 1902.
 10. Alexander: Klin. Monatsblätter f. Aghk. 1874, str. 164.
 11. Czerny: Arch. Langenbecka. XI, str. 234.
-

2. Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.

Uwagi

BOL. WICHERKIEWICZA.

Wiadomo, że zdania co do działania skuteczności, czy to iridektomii, czy sklerotomii przeciw jaskrze są dziś jeszcze podzielone. Co do pierwszej to jedni autorzy, a do nich przede wszystkim należy inicjator tego rękoczynu t. j. Graefe, który przyznał zresztą, że »die Wirkung der Iridectomie ist möglicherwei sehr zusammengesetzt«, przypisują działanie przede wszystkim wycięciu kawałka tęczówki jako błony ciecz wodną wydzielającej i dlatego starają się wyciąć jak największy kawałek.

Gdy Graefe otwarcie przyznał się, iż teoria działania iridektomii jest mu niejasna, starano się tę niejasność rozproszyć stawiając coraz to nowe teorye. Donders sądził, iż iridektomia działa przez usunięcie naprężenia nerwowego tęczówki, Schnabel widział w niej neurotomię tęczówkową, Arlt upatrywał w zmianach cyrkulacyi w naczyniówce sprowadzonych skuteczność operacyi, Ulrich widzi w iridektomii usunięcie przeszkody filtracyjnej dla kanału Schlemma, podobnie Weber i de Vincentiis. Inni, a na ich czele pierwszy Stellwag w samem cięciu skleralnym przy iridektomii upatrują główny czynnik leczniczy pozwalający rozszerzyć się powłoce twar-dówkowej przez wytworzenie nowej tkanki (*Intercalargefüge*), gdy Wecker tą samą powodowany myślą przypisuje tej tkance nowoutworzonej znaczenie błony filtracyjnej, przesączającej.

Co do sklerotomii, to takowa nie wielu pozyskała sobie wogóle zwolenników, którzy idąc za przykładem Weckera wykonują ją głównie w przednim odcinku. Zwolennicy tej operacyi mniemają, że działanie to jest tylko przemijającym a najwyżej skutecznem w jaskrze prostej przewlekłej.

Na dopiero co odbytym kongresie »Towarzystwa okulistów francuskich w Paryżu«, Dr. Abadie podnosił skuteczność iridektomii we wszystkich przypadkach jaskry, a działanie tej ope-

racyi czynił zależnem od wykonania iridektomii szerokiej, ściśle obwodowej i w tym celu do operacyi, lubo nieznacznej lecz bolesnej poleca głęboką narkozę. Nie tak dawno prof. Dianoux z Nantes ogłosił artykuł: (*Glaucome et sclerotomie Ann. d'ocul. Février 1905.*), w którym stara się w przeciwieństwie do Dr. Abadięgo podnieść znaczenie sklerotomii przeciw jaskrze. Ażeby zaś operacya ta mogła być skuteczną, konieczną jest zdaniem autora odpowiednie mięsienie gałki.

Otóż od dawna sam upatrując w wytworzeniu się odpowiedniej blizny filtracyjnej czynnik leczniczy, tak w sklerotomii jak i iridektomii przeciw jaskrze, staram się, jak już temu dawniej dawałem wyraz, przez odpowiednie nagniatanie cel ten osiągnąć. Jeżeli dziś powracam do tego przedmiotu, to czynię to po dalszem nabyciu doświadczenia w tym kierunku, a głównie wobec co dopiero wygłoszonego odczytu Dra Abadięgo zaprzeczającego skuteczności działania blizny filtracyjnej. Co do iridektomii to oczywiście najważniejszym warunkiem powodzenia powinno być staranie się o to, aby ona wykonaną być mogła jak najbardziej obwodowo, i dlatego cięcie zazwyczaj nożem grotowym wykonane powinno obejmować sferę nieprzeźroczystej części rogówki. Po zrobieniu cięcia tęczęwkę wyprowadzam zwłaszcza, jeżeli źrenica nie dała się przed tem zwężyć, przy pomocy tępego haczyka w ranę, a dopiero potem uchwyciwszy szczypczykami i mocno ku sobie przyciągając odcinam, nożyczki tangencyjalnie przyciskając do twardówki.

Znane są każdemu operatorowi przypadki jaskry, gdzie mimo ponownego i bardzo silnego zapuszczania miotyków źrenica nie zwęża się, a pas tęczęwki jest bardzo wąskim. Przy płytkiej komorze przedniej operacya bywa tutaj trudną, bo nożyka grotowego nie możemy daleko posuwać ku źrenicy, chcąc szerokie zrobić cięcie, a jednak i wycięcie tęczęwki wąskie byle obwodowe obniża napięcie i równowagę w krążeniu soków gałki sprowadza, skoro tylko umiejętnie nagniatanie wykonujemy, łącząc to z dalszem stosowaniem miotyków.

Szerokość szpary jest tutaj według mego doświadczenia

dla wyniku operacji obojętną. Dalszem staraniem jest zapobieganie wczesnemu zrośnięciu się rany. A cel ten osiągamy przez częste zmienianie opaski i lekkie mięsienie gałki poprzez powieki. Nawet w przypadkach, gdzie z jakiegokolwiek powodu iridektomia nie wypadła dość obwodowo, regularnem wykonywaniem mięsienia osiągnąć można zadowalniający trwały skutek iridektomii antyglaukomatycznej.

Co do sklerotomii przedniej to wykonywałem ją dość często dawniej przeciw jaskrze prostej, nieraz bez skutku, odkąd jednakże łączę z tą operacją regularne mięsienie, skutek nie pozostawia nic do życzenia, a nawet w ostatnich czasach w kilku przypadkach okazała się ta operacja bardzo skuteczną przy jaskrze młodego wieku. Nagniatanie wykonywane być winno bardzo oględnie, gdyż silniejsze spowodować może, jak się o tem w kilku przypadkach przekonałem, krwawienie do przedniej komory, co w lżejszych stopniach nie będzie miało następstw, w silniejszych jednak co najmniej przebieg leczenia przedłuża.

Poleciwszy więc choremu oczy przymknąć, dwoma palcami wskazującymi wykonuję przez pół minuty lekkie nagniatanie gałki w miejscu ranki operacyjnej, przesuwając palce po przez powiekę od nosa ku zewnątrz i na odwrót. Chory nie powinien przy tem doznawać żadnego bólu.

Dla zapobiegania bolom i krwotokom winno się przed nagniataniem zastosować kokainę w połączeniu z adrenaliną. Jeżeli mimo to krwawienie nastąpi zakładam opaskę półmokrą na przeciąg kilku godzin.

Nie będę nużył czytelnika statystyką lub długimi opisami przypadków operowanych, które przez ugniatanie korzystny wzięły obrót. Uważam atoli za właściwe przytoczyć kilka przypadków objaśniających skuteczność tego postępowania, tam gdzie warunki były trudne, albo gdzie operacje zwykłe bez tego następowego leczenia mechanicznego nie miałyby wedle mego doświadczenia żadnego widoku powodzenia.

P. S. W. 30 l. z W. przybyła 8 kwietnia br. z powodu bóleści doznawanych w lewem oku, na które już w drugim roku

życia po szkarlatynie chorowała, a następnie przez dłuższy czas była na nie leczoną. Od tego czasu często miewa w tem oku ból i uczuwa »zdrętwienie.« Mimo ponownie zasięgniętych u okulistów rad, nigdy jej o operacyi nie wspomniano. Z powodu boleści doznawanych w ostatnich tygodniach pozbawiona snu, zgłasza się dziś chora pragnąc operacyi celem uwolnienia się od dolegliwości. Badanie wykazuje, iż lewe oko w wszystkich rozmiarach jest nieco powiększone. T+2. Poniżej środka rogówki plama okrągła 4 mm średnicy. Przednia komora miernie głęboka. Na torebce zmętnienie wystające ku przedniej komorze, średnicy 2 mm. Za pomocą wziernika rozpoznaje się, lubo z powodu zmętnienia rogówki nie bez trudności zagłębienie charakterystyczne aż do brzegu tarczy sięgające, a w otoczeniu tarczy znajdują się rozrzucone pigmentowane plamy. W= ilościowe światło. Po zapuszczeniu kilkakrotnem pilokarpiny i eseryny, które to środki źrenicę zwężyły i napięcie gałki nieco obniżyły, wykonałem tego samego jeszcze dnia na jednym posiedzeniu zabarwienie plamy rogówkowej i przednią sklerotomię (Wecker). W następnym dniu rano chora oświadcza, że po wielu tygodniach pierwszą spokojną spędziła noc. T. n. Przednia komora miernie głęboka, źrenica dość wąska. Masowanie gałki, adrenalina.

12 kwietnia. Przebieg dotychczasowy przy codziennem dwukrotnem mięsieniu dobry, tylko od wczoraj nieco silniejsze zaczerwienienie rzęskowe, które zresztą po kilku okładach z boraksu i zapuszczeniu cynku zmniejszyło się. Przednia komora pogłębiła się, a źrenica po przestaniu zapuszczania miotyków nieco się rozszerzyła, cała gałka ma wygląd prawidłowy, a zwłaszcza podpadające wystawanie oka ustąpiło. Nie tylko pod względem kosmetycznym operacya uwieńczona była korzystnym wynikiem, ale uwolniła chorą od przykrych dolegliwości. Główną część tego skutku, zdaniem mojem, przypisać trzeba nagniataniu, gdyż dawniej po sklerotomii bez tego wykonanej tak wybitnego skutku operacyi nie widywałem.

O przywróceniu wzroku oczywiście mowy być nie mogło

ale objawy jaskry stanowczo i o ile później się dowiedziałem trwale ustąpiły.

W następnym przypadku jaskry młodego wieku mogliśmy nadto stwierdzić po sklerotomii nie tylko powrót gałki do rozmiarów prawidłowych, ale nadto i poprawę wzroku.

Stefania M. z R. 13 lat, przybyła dnia 24 marca 1905 i podaje co następuje:

Od 31 stycznia oko prawe boli. Leczona przez miejscowego lekarza. St. p. r. Gałka prawa nieco większa od lewej i żyły rzęskowe przednie rozdęte nieco. Rogówka w górnej części okazuje słabe zaćmienia powierzchowne. Kąt rogówko-twardówkowy wyrównany. P. k. głęboka, źr. duża 10—12 mm., nieruchoma. Brzeg wolny tęczówki otoczony pierścieniem pigmentowym, na przedniej torebce plamka składająca się z drobnych punkcikowatych zmętnień. Tarcza do brzegu zagłębiona, tętnienie tętnicy średniej. Żyły ciemne trochę wężykowate. $T+2$. Pole widzenia silnie ograniczone górą i dołem $W\ Pro=6/60$; Sn., 1,25:25 cm. $Lo=6/6$; Sn 0,5 Ter. pr. o: Sol. Pek. Dionina.

25 marca. Prawe oko: Żrenica jeszcze bardzo szeroka. Terapia: kilka razy dziennie Pek. Wieczorem Dionina. 23 marca. Żrenica zwężyła się, lecz w kilka godzin po przestaniu zapuszczania miotyków ponownie się rozszerza. To samo, 31 marca. Pr. o. Żrenica około 6 mm. 1 kwietnia: Sclerotomia anterior o. d. 2 kwietnia. Pr. o. wydzielina skąpa, oko słabo zadrażnione. Rogówka czysta. P. K. dość głęboka, oko miękkie Ter. Pek, masowanie. 3 kwietnia. Żrenica średnio rozwarta. oko miękkie. 4 kwietnia. Nieco silniejsze przekrwienie spojówki gałki. Lekkie wydęcie miejsc punkcji i kontrapunkcji. Kąt rog. twardówkowy przywrócony. P. K. dość głęboka. Gałka nie powiększona a nawet robi wrażenie jakoby była mniejszą od drugiej. Oft. zagłębienie tarczy znacznie słabsze, nie dochodzi do brzegów. Chora twierdzi, że lepiej widzi. W pr. = 6/60. Ponieważ oko raczej obniżone miało napięcie przeto leczenie ograniczało się na opasce i zapuszczaniu pilokarpiny. 12 kwietnia: Oko bez podrażnienia, prawie równej wielkości z drugim. Wydęcie

miejsce wkłucia i wyklucia ustąpiło. Oko przybrało wygląd zupełnie równy drugiemu, a badanie wzroku wykazało istotnie polepszenie, bo $W_{pro} = 6/18$.

Inne przypadki dotyczyły jaskry prostej, a sklerotomia wykonana sposobem Weckera w połączeniu z mięsieniem gałki przez kilka dni następnych nie tylko trwale obniżyła napięcie, ale i wzrok nieco podniosła, tak, że uważam ten ręczny jako odpowiedniejszy od iridektomii, po której jak wiadomo, bardzo często wzrok obniża się w tej postaci jaskry.

Nie zastąpiłbym jednak iridektomii sklerotomią w jaskrze zapalnej, ostrej z powodów, których tutaj wyłuszczać nie potrzebuję, ale zaznaczam, iż warunek uwięźnienia operacji dobrym skutkiem, jest nie tyle szerokie, ile bardzo obwodowe wycięcie tęczówki i wytworzenie blizny filtracyjnej, ażeby zaś ostatnią osiągnąć, trzeba nam dwa razy dziennie powtarzać nagniatanie gałki po operacji w sposób wyżej przytoczony.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 2. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Przypadek zaćmy, powstałej wskutek wyładowania energii elektrycznej (Un cas de cataracte due à une décharge électrique industrielle.). Desbrières i M. Bargy.

Przy czyszczeniu transformatora w elektrowni miasta Limoges został pewien 26letni robotnik rażony prądem o napięciu 20,000 wolt. Mimo tego nie został zabity, lecz stracił przytomność, poczem go dopiero po wielu trudach odcucono. Doznał głębokich oparzeń na ręce prawej i na twarzy. Gdy oparzenia te wygoiły się, badanie wykazało na lewym oku stan zupełnie prawidłowy, u prawego oka natomiast soczewka okazywała liczne drobne zaćmienia w postaci plamek bądź punkcikowatych, bądź pasemkowatych i liniowych. Plamki te rozrzucone były po całej przedniej powierzchni soczewki, najgęściej w pobliżu równika, i znajdowały się pod torebką w przedniej korze. Jądro i tylna kora zmian nie okazywały. Dno

oka prawidłowe. Bystrość wzroku tego oka była tylko trochę obniżona ($\frac{8}{10}$). Zaćma wyżej opisana okazała się niepostępującą, ponieważ jeszcze w rok po wypadku oko zachowało tę samą bystrość wzroku.

Autor porównywa ten przypadek ze spostrzeżeniem opisanym przez Brixę (Kl. Monatsbl. 1900, Nr 11), który u młodej telegrafistki, rażonej uderzeniem silnego prądu elektrycznego, stwierdził również zaćmienie soczewki w postaci drobnych plameczek. Soczewka w tym przypadku jednak zaćmiła się następnie z biegiem czasu zupełnie.

W obu przypadkach — zaćmy, spowodowane działaniem elektrycznego prądu o wysokim napięciu, wytwarzanego w celach przemysłowych, okazywały te same znamiona kliniczne, jakie są właściwe opisanym przez Gonin'a zaćmom »elektrycznym«, wywołanym przez rażenie piorunem. —

Ciało obce metaliczne w soczewce. Wydobyć za pomocą elektromagnesu. Wyleczenie bez powstania zaćmy (Corps étranger métallique du cristallin. Extraction avec l'électro-aimant. Guérison sans cataracte.). Morax.

Przypadek opisany przez Morax'a zasługuje na uwagę głównie z tego względu, że jest wyjątkowym przykładem tolerancji, jaką może okazać soczewka oka wobec ciała obcego. Młody mechanik doznał zranienia oka lewego odpryskiem stali. Badanie wykazało nieznaczne zadrażnienie gałki ocznej, drobne zaćmienie na wewnątrz i ku górze od środka rogówki, a w odpowiadającym miejscu przedniej torebki soczewkowej cienką białą rysę. Soczewka zupełnie przezroczysta. W głębi masy soczewkowej poza jądrem widać wyraźnie utkwione ciało obce postaci igielki o metalicznym połysku. Głębsze części oka bez zmian.

Przystąpiono do wydobywania odprysku za pomocą dużego elektromagnesu Volkman'n'a, zawieszono go nad głową operowanego, leżącego poziomo. W oświetleniu ogniskowym można było widzieć, jak ciało obce za każdorazowym zamknięciem prądu zmieniało swe położenie i, prując w różnych kierunkach korę soczewkową, zatrzymywało się zawsze pod przednią torebką, która stanowiła dlań zbyt mocną zaporę. Nie bez trudu udało się wreszcie wyprowadzić odprysk do przedniej komory przez rankę, jaką on sam zadał torebce, wnikając do oka. Z przedniej komory wydobyto żelazo po nakłuciu rogówki za pomocą ręcznego elektromagnesu Hirschberg'a. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Po kilku dniach wypuszczono chorego ze soczewką zupełnie przezroczystą.

Asystent Morax'a, Dr Patry, miał sposobność badać oko

tego chorego w dziewięć miesięcy po wypadku i wydobyciu ciała obcego. Nie okazywało ono żadnych innych śladów po przebyłym urazie, jak tylko nieznaczną blizenkę rogówkową i ledwie dostrzegalne linijne zaćmienie torebki soczewkowej w miejscu dawnej ranki. Zresztą soczewka zupełnie przezroczysta, a bystrość wzroku $= \frac{5}{10} - \frac{5}{7}$.

Autor podnosi wielkie zalety dużego elektromagnesu systemu Volkman'a. Zdaniem jego przyrząd ten powinny posiadać wszystkie lecznice okulistyczne, a nawet szpitale prowincjonalne, zwłaszcza w miejscowościach fabrycznych. Ponieważ cena takiego elektromagnesu jest znaczna (a użytym może być tylko tam, gdzie jest prąd elektryczny dostatecznej siły, przyp. *ref.*), przeto autor poddaje myśl, że towarzystwa ubezpieczeń robotników od wypadków powinny we własnym interesie zakładom leczniczym i szpitalom przychodzić w tej mierze z pomocą finansową. —

1905, Nr. 3.

O działaniu antypiryny przy zaniku nerwu wzrokowego. (Note à propos de l'action de l'antipyrine dans l'atrophie optique). E. Valude.

Już w r. 1893 ogłosił Valude kilka spostrzeżeń, wykazujących korzystny wpływ antypiryny w niektórych postaciach zaniku nerwu wzrokowego. Dalsze doświadczenia pozwoliły mu ściślej określić wskazania dla tego środka, przekonał się mianowicie, że tylko w przypadkach zstępującego zaniku nerwów wzrokowych w następstwie zakaźnych spraw chorobowych mózgu (np. *meningotyphus*) można się spodziewać po antypirynie dodatnich wyników. Z 50% roztworu wodnego antypiryny (z dodatkiem $\frac{1}{2}$ % kokainy) wstrzykuje on co drugi dzień 2 centymetry kubiczne pod skórę w okolicy łądzwiowej. Jeśli po 25 zastrzyknięciach wzrok się nie poprawia, nie ma celu dalej stosować antypirynę, w przeciwnym razie należy tak długo powtarzać z przerwami serye po 25 zastrzyknięć, jak długo ich korzystne skutki dają się stwierdzić.

Na potwierdzenie skuteczności antypiryny przytacza autor jedno spostrzeżenie, gdzie bystrość wzroku upośledzona do poczucia światła skutkiem zaniku nerwu wzrokowego po przebyciu ciężkiego duru z zajęciem opon mózgowych, podniosła się do $\frac{1}{4}$ po 10ciu miesiącach wyżej opisanego leczenia.

Nowe próby leczenia zaćmy bez operacyi. (Nouveaux essais pour guérir la cataracte sans opération). L. de Wecker.

W ostatnich czasach podjęto znowu próby nieoperacyjnego leczenia początkującej zaćmy. Autor zaleca wielką oględność w oce-

nianiu skutków polecanych w tym celu sposobów leczenia, bo zaćmiewanie się soczewki odbywa się nieraz w tak niejednostajnym tempie, że trudno wtedy orzec, czy powstrzymanie przebiegu zaćmy jest następstwem leczenia, czy dziełem przypadku. Trojaki może być cel leczenia nieoperacyjnego zaćmy: 1. Zapobieganie powstaniu zaćmy (np. na drugim oku, gdy jedno już zaćmie uległo); 2. Powstrzymanie już wytworzonych zaćmień w dalszem ich powiększaniu się; 3. Usuwanie zaćmień soczewkowych, już istniejących. W tym ostatnim razie może być mowa tylko o zaćmieniach początkujących. Do osiągnięcia pierwszych dwóch wskazań najwięcej nadaje się, zdaniem autora, sposób zalecony w r. 1902 przez prof. Badal'a, polegający na zakraplaniu do worka spojówkowego roztworu jodku potasu ($\frac{1}{40}$), co Wecker wolałby jednak zastąpić zastrzykowaniami podspojówkowymi tegoż środka. O wynikach uzyskanych tą metodą nie dowiadujemy się nic z pracy Wecker'a, który ogranicza się na razie do zachęcania praktyków, aby robili próby w tym kierunku.

Aby uzyskać częściowe przynajmniej wyjaśnienie już istniejących zaćmień soczewki — radzi autor stosować wyciąg z wewnętrznych błon gałki ocznej, sporządzony według przepisu d'Arsonval'a i polecony pierwotnie do leczenia oderwania siatkówki. Skuteczność takiej opoterapii możnaby sobie tłumaczyć tem, że wyciąg z jagodówki zawiera bliżej nie znane składniki, które wstrzyknięte pod spojówkę przyczyniają się do poprawy odżywienia soczewki, a tem samem przeciwdziałają rozpoczynającej się w niej sprawie chorobowej.

Co do skuteczności jodku potasu istnieje tylko jedno spostrzeżenie ogłoszone w literaturze (Verderau z Barcelony), gdzie po 18 wstrzyknięciach zaćmienia soczewki tak się wyjaśniły, że bystrość wzroku z $\frac{1}{10}$ podniosła się na $\frac{2}{3}$, i to w przeciągu dwóch miesięcy.

Wecker radzi wstrzykiwać 5% roztwór jodku potasu z dodatkiem 1% akoiny, lub 2% kokainy — i to nie pod spojówkę, ale nieco głębiej dla uniknięcia znaczniejszej chemozy.

Do ocenienia skutków wstrzykiwań może służyć prócz często powtarzanego badania bystrości wzroku oraz przedmiotowego badania soczewki przy rozszerzonej źrenicy, także sposób polecony przez Dariera, pozwalający inteligentnym chorym badać sobie entoptycznie zaćmienia soczewki. Poleca on patrzeć okiem badanem na płomień świecy umieszczony w odległości 5 m. przez soczewkę dwuwkłęsłą o sile 30 lub 40 D. W tych warunkach widzi chory najdrobniejsze zaćmienia własnej soczewki jako cienie w obrębie jasnej plamy.

Zastosowanie suchego, przegrzanego powietrza w okulistyce. (Des bains d'air sec surchauffé en oculistique). F. Ostwaldt.

Opierając się na zdobyczach terapii ogólnej, mianowicie na skuteczności przyrządów Tallermanna, pozwalających stosować na poszczególne okolice ciała wysoką ciepłotę w postaci gorącego, suchego powietrza, obmyślił autor swój »termaërofor« przeznaczony do użytku w cierpieniach oka. Przyrząd ten składa się z trzech części: z piecyka gazowego, w którym rozgrzewa się powietrze, przechodzące przez rurkę zwiniętą w postaci węzownicy; z puszek pokrytej asbestem i dającej się otwartą stroną ściśle przyłożyć do obwodu oka i z trzymadła sprężystego, za pomocą którego cały przyrząd jest przymocowany do głowy chorego. Ciepłotę powietrza zawartego w puszcze wskazuje wpuszczony w nią termometr. Zwyczajnie oko znosi dobrze suche gorąco, dochodzące do 150° C. Często jednak można podnieść temperaturę do 165° C, a nawet do 175° C. Jest rzeczą ciekawą, że gałka oczna sama lepiej znosi te wysokie ciepłoty, zdaje się, dzięki wydzielaniu łez, które ustawicznie parują, niż skóra powiek. Dlatego to lepiej jest, jeśli cierpienie, dla którego stosuje się termaërofor, pozwala choremu trzymać w puszcze oko szeroko otwarte. Autor zakłada swym chorym przyrząd ten raz, czasem nawet dwa razy dziennie. Posiedzenia trwają po 30 minut. Płomyk gazowy gasi się 5—8 minut wcześniej, aby ciepłota przepuszczonego powietrza spadała stopniowo. Dobrze jest po odjęciu termaëroforu przykryć oko warstwą waty na przeciąg jednej godziny. — Wskazania dla tego sposobu termoterapii są bardzo liczne. Ostwaldt używa swego termaëroforu wszędzie tam, gdzie dotąd jeszcze powszechnie stosują ciepłe okłady w różnej postaci i uzyskuje lepsze wyniki, jak o tem świadczy jedno szczegółowo przytoczone spostrzeżenie kliniczne.

Przywrócenie krążenia siatkówkowego zapomocą anastomoz w następstwie zaciopowania tętnicy środkowej siatkówki. (Rétablissement de la circulation rétinienne par des anastomoses à la suite d'une obstruction de l'artère centrale). Dr Gonin (z Lozanny).

U 64 letniej kobiety przyszło do zaciopowania tętnicy środkowej siatkówki u oka lewego. Autor, wziernikując oko to w trzy miesiące później, stwierdził zupełny zanik tarczy nerwu wzrokowego ze znacznem zwężeniem naczyń. Żyłki siatkówkowe okazywały światło do połowy zwężone, a tętnice w obrazie odwrotnym nie były w obrębie tarczy dostrzegalne i zdawały się wychylać na powierzchnię dopiero w pewnej odległości od obwodu tarczy. W obrazie

prostym widać było jednak ich początki, jako niezmiernie cienkie niteczki, wychodzące z przybrzeżnych części tarczy n. wzrokowego. Tętniczki te tworzyły esowate zgięcia, niektóre z nich zlewały się po dwie, a nawet po trzy, aby utworzyć grubsze nieco naczynia widzialne już także w obrazie odwróconym. Autor przytacza też zupełnie podobne spostrzeżenie opisane przez Nettleship'a. W obu przypadkach wytworzenie krążenia obocznego należy, zdaniem autora, przypisać stałym, przez Lebera opisanym włosowatym połączeniom między rozgałęzieniami tętnicy środkowej siatkówki a takzwanym *circulus arteriosus Zinn'ii*, który okala tarcz nerwu wzrokowego. Połączenia te są zbyt drobne i nieraz tak głęboko położone, że ich w prawidłowych warunkach wzornikiem dostrzedz nie można. Znaczenia nabierają one dopiero w razie zatkania pnia tętnicy środkowej siatkówki, rozszerzają się wtedy i powiększają tak, że krążenie w siatkówce przynajmniej częściowo zostaje przywrócone. Oczywiście, że, zanim to nastąpi, zdolność czynnościowa siatkówki, jeśli zatkanie pnia *art. centr. ret.* było zupełne, ginie tymczasem bezpowrotnie.

Uwagi o złogach w przewodnikach łzowych. (Note sur les concrétions des canalicules lacrymaux). V. Morax.

Autor spostrzegł dwa przypadki, w których wystąpiło łzawienie skutkiem zatkania przewodników łzowych złogami grzybkowymi. W jednym z tych przypadków czopek wydobyty z dolnego kanaliku łzowego został poddany szczegółowemu badaniu bakteriologicznemu, które wykazało, że składał się on w całej swej masie z drobnoustrojów jednego rodzaju posiadających następujące znamiona: były to nitkowate prątki splątane w gęstą sieć, — dające hodowle zarówno aerobowe jak i anaerobowe. Ta względna anaerobioza dobrze się zgadza z bujnym rozwojem prątków w przewodnikach łzowych, gdzie dostęp powietrza jest trochę utrudniony. Prątek ten nie rośnie na ziemniaku, w bulionie natomiast wytwarza kolonie dość podobne z wejrzenia do złogów, jakie tworzy w kanalikach łzowych. Dla zwierząt nie jest chorobotwórczym. Barwi się różnymi barwami anilinowymi oraz Gramem.

Autor przypomina; że pierwszym, który opisał (w r. 1873) złogi bakteryjne w przewodnikach łzowych, był Cohn. On to nazwał drobnoustrój, dający powód do tych złogów, *streptothrix Foersteri*. Z powodu tożsamości znamion uważa autor grzybek znaleziony w swoim przypadku za tę samą odmianę *streptothrix*.

Arch. d'Opht. 1904. Nr 12. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Przyczynek do higieny ocznej (Contribution à l'hygiène oculaire.). J. Eliasberg (z Witebska).

Do szybkiego oceniania higienicznej wartości danego druku podał Cohn kartonik z wyciętym otworem wielkości i postaci 1go kwadratowego centymetra. Kartonik ten przykłada się do zadrukowanej stronicy. Druk odpowiada wymaganiom higieny ocznej wtedy, jeśli w obrębie kwadratowego okienka mieszczą się co najwyżej dwa wiersze. Oczywiście, że muszą być oprócz tego spełnione rozliczne inne warunki, bo nie tylko odstęp pomiędzy wierszami odgrywa tu rolę, ale i wielkość i rodzaj czcionek, długość wierszy, odstępy między literami i między wyrazami, czernidło drukarskie, jakość papieru i t. d. Ponieważ jednak wielkość odstępu między wierszami zależy z reguły od wielkości liter, więc sposób podany przez Cohn'a pozwala na szybkie skontrolowanie większej ilości książek i czasopism co do głównego warunku higieniczności druku.

Eliasberg zbadał opisanym sposobem 52 podręczników i książek szkolnych, używanych w ludowych i średnich szkołach miasta Witebska. Z tych tylko trzy miały druk odpowiadający warunkom higienicznym, we wszystkich pozostałych wypadały trzy, a nawet cztery wiersze na 1 centymetr kwadratowy. Z pośród 35 czasopism, częścią dzienników politycznych, częścią tygodników i miesięczników różnej treści — zaledwie trzy posiadają druk pod względem higieny ocznej wystarczający. Nawet *Wiestnik Oftalmologii* był za dawnej redakcyi źle drukowany, obecnie jednak wykazuje już druk poprawny. Przy tej sposobności przypomina autor, że i z ośmiu niemieckich czasopism okulistycznych tylko jedna *Ophthalmologische Klinik* jest drukowana wedle wymagań higieny wzroku.

Autor wykonał też pomiary druku w 44ech wydawnictwach francuskich rozmaitej treści, w tej liczbie wielu dzieł lekarskich, a szczególnie okulistycznych. Tylko w 5ciu wydawnictwach próba wykazywała wystarczający rozstęp między wierszami (2 wiersze na 1 cm²), a do nich należy Panas'a *Traité de maladies de yeux* — we wszystkich innych wypada po 3, a nawet po 4 wiersze na 1 cm².

Eliasberg poleca metodę Cohn'a do użytku władz, mających zatwierdzać książki i podręczniki szkolne i zwraca uwagę, że nie tylko główne ustępy, ale wszystko powinno być drukowane odpowiednio dużemi czcionkami. Występuje on przeciw nadużywaniu przez autorów tak zwanych not u dołu stronicy, które z reguły są drukowane drobnemi czcionkami — i przytacza zdanie Cohn'a,

że lepiej wszystkie mniej ważne rzeczy zupełnie z książki usunąć, niż je umieszczać w drobnodrukowanych ustępach.

[Spis książek francuskich, badanych metodą Cohn'a, umieszczony w pracy autora, zestawiony jest drobnym drukiem, którego trzy wiersze widać w okienku jednocentymetrowem. Stosując się do przytoczonej przez siebie rady Cohn'a, powinien był autor ustęp ten opuścić. *Przyp. ref.*]. —

Zapalenie rogówki miąższowe z przebiegiem złośliwym i ciążą. Przerwanie ciąży. Wyleczenie. (Kératite parenchymateuse maligne et grossesse, avortement provoqué, guérison.). Dr Trantas (z Konstantynopola).

Do greckiego szpitala w Konstantynopolu zgłosiła się 27letnia Helia z powodu cierpienia oka lewego. Kobieta była w ósmym miesiącu ciąży. Badanie oka wykazało zaćmienie rogówki tak znaczne, że tęczówki wcale nie było widać. Było to zaćmienie miąższowe, które z powodu silnego wysycenia robiło wrażenie nacieku ropnego. Wrażliwość czuciowa rogówki znacznie upośledzona. Pomimo energicznego leczenia miejscowego i ogólnego (wcierania szarej maści i zastrzykiwania rtęciowe) gałka oczna w niedługim czasie przeszła w zanik zupełny. Wkrótce potem chora urodziła na czasie dziecko nieżywe.

We dwa miesiące później Helia zastąpiła znowu i w drugim miesiącu ciąży zauważyła mgłę przed okiem prawem. Tym razem zgłosiła się do lekarza natychmiast i była leczoną tak samo, jak podczas choroby lewego oka. Ale leczenie i tu nie odnosiło skutku, stan oka coraz bardziej się pogarszał i wszystko wskazywało na to, że oko to ulegnie również zanikowi. W przypuszczeniu, że przyczyną złośliwego przebiegu choroby i nieskuteczności leczenia rtęciowego jest ciąża, zdecydował się autor sprowadzić poronienie, co też zostało uskutecznione. Od tej pory w cierpieniu oka nastąpił stanowczy zwrot ku lepszemu. Rogówka zaczęła się szybko wyjaśniać i chora pod wpływem dalszego leczenia odzyskała wystarczającą bystrość wzroku, aby powrócić do swych zwykłych zajęć.

Autor wylicza spostrzeżenia opisane w literaturze, gdzie z powodu ciężkich schorzeń oczu z pomyślnym dla wzroku skutkiem przerwano ciążę. Były to przypadki: *retinitis albuminurica*, *amotio retinae*, *atrophia n. opt. utr.*, *ulcus corneae c. hypopyo*. Do rzędu tych chorób przybywa teraz także *keratitis parenchymatosa gravis*.

1905. Nr 1.

Kilka uwag klinicznych nad hemianopsją (Quelques considérations cliniques sur l'hémianopsie.). Dr A. Poulard.

Z wielkiej liczby przypadków hemianopsyi, spostrzeganych w klinice okulistycznej w *l'Hôtel Dieu*, przytacza autor dwa, jako odbiegające nieco od zwykłego typu. W pierwszym przypadku u 67-letniego starca zachodziła hemiachromatopsya. Choroba rozpoczęła się nagle silną migreną. Rano zauważył chory, że przedmioty znajdujące się po lewej ręce widzi słabiej, niż po prawej. Badanie pola widzenia wykazało nieznaczne tylko, obwodowe zwężenie granic dla barwy białej, natomiast zupełną utratę wrażliwości dla wszystkich innych kolorów w obu lewych połowach pól widzenia. Bystrość wzroku naosiowa była tylko nieznacznie upośledzona. Nie jest to czysty przypadek hemiachromatopsyi, ponieważ i barwy białej nie rozróżniał chory w lewej połowie pola widzenia tak wyraźnie, jak w prawej. Stan ten zatem, zdaniem autora, można raczej uważać za hemianopsyę jednostronną niezupełną.

Drugie spostrzeżenie odnosi się do 66letniej kobiety, która w jednym roku dwa razy straciła wzrok na obu oczach skutkiem hemianopsyi podwójnej. Za pierwszym razem odzyskała po kilku dniach znaczną część bystrości wzroku, ale tylko w prawej połowie pola widzenia każdego oka, i ten stan hemianopsyi utrzymywał się przez rok, poczem wystąpiła nagle znowu zupełna ślepotą. I tym razem wzrok po kilku dniach powrócił, ale pole widzenia u prawego oka było ograniczone tylko do dolnozewnętrznego kwadranta, a u lewego oka tworzyło wąski trójkątny wycinek, obejmujący środek pola i zwrócony ku dołowi wewnątrz. Stan ten należy więc określić, jako całkowitą hemianopsyę lewostronną i częściową hemianopsyę prawostronną. Badanie ogólne nie wykazywało u tej kobiety żadnych wyraźnych zmian organicznych w narządach wewnętrznych, — w szczególności w narządzie krążenia. —

Nr 3. Marzec (Ref. Dr J. Matusewicz).

Czy istnieje iritis blennorrhoeica? (Existe-t-il une iritis blennorrhagique.). F. de Lapersonne.

Z powątpiewaniem zadaje autor sobie to pytanie. Wątpić mu o tem każe rzadkość przypadków, które można przypisać rzeżączce, niejednolitość obrazu chorobowego w tych przypadkach, wreszcie brak jak dotąd bakteryologicznego potwierdzenia dyagnozy.

Najpoważniejszym argumentem jest współistnienie zapalenia tęczówki ze zmianami w stawach, gdzie związek ich z rzeżączką wydaje mu się niewątpliwym. Ale z drugiej strony znane są przypadki (autor przytacza dwa ze swej praktyki), gdzie u osobników artrytycznych i podagrycznych, dotkniętych zapaleniem tęczówkowym nabyta rzeżączka tylko pogorszyła to zapalenie.

Autor przypuszcza tylko uboczne działanie rzeźączki, które może wydobyć na jaw istniejące już zakażenie gośćcowe.

Doświadczenie wskazuje, że leczenie *urethritis gonorrhoeica* nie ma wpływu na stan oka, a jedynie leczenie miejscowe i ogólne stosowane przy zapaleniu tęczówkowem t. zw. reumatycznym dają dobre wyniki.

Leucosarcoma ciała rzęskowego. (Leucosarcome du corps ciliaire) Moissonnier (Tours.).

Tylko 5 przypadków znajduje autor w literaturze i swój 6-ty, odznaczający się od innych: 1^o tem, że nowotwór wystąpił jednocześnie na obu oczach, 2^o u osobnika bardzo młodego (2 lata), 3^o odznaczał się budową alweolarną, zauważoną tylko w jednym przypadku jeszcze, 4^o zawierał liczne ogniska zwapnienia, 5^o wreszcie, małe nowotwory w sąsiedztwie głównego pozwalały poznać pochodzenie leukosarkomatu z *choriocapillaris*.

Leuko sarkomaty ciała rzęskowego są nowotworami pierwotnymi — rozwijającymi się samoistnie bez wyraźnej etiologii. W jednym przypadku był notowany uraz. Zdarzają się w wieku młodym (najstarszy chory lat 48). Pod względem anatomicznym przedstawiają się różnorodnie, składając się z komórek bądź to okrągłych, bądź też wrzecionowatych lub wielokątnych. Komórki barwikowe też się zdarzają, ale tylko przypadkowo wciągnięte, o niezmienionej postaci i nie bujające.

Według zdania autora wychodzi nowotwór z warstwy naczyniowej ciała rzęskowego.

Objawy podobne jak przy innych nowotworach wnętrza gałki, przy czystych medkach bywa spostrzegany objaw Beera.

Leczenie polega oczywiście na jaknajszybszem wyłuszczeniu względnie wypaproszeniu, nowotwór ten bowiem odznacza się wielką złośliwością i skłonnością do nawrotów.

Przyczynek do badań nad ciałami obcymi oczodołu. (Contribution à l'étude des corps étrangers de l'orbite) Dr. Debère (Lille).

W jednym przypadku ciało obce stanowił odłamek kopyta (chory został uderzony przez niepodkutego konia) długości 2 $\frac{1}{2}$ cm., szerokości 1 $\frac{1}{2}$ cm.; w drugim kawałek stali długości 22 cm., szerokości 4 mm. Pomimo tych rozmiarów dopiero w miesiąc po zranieniu odkryto ich obecność. Oprócz lekkiego ropienia i obrzęku żadnych innych objawów, żadnego bólu nie było.

Ten brak objawów utrudnia dyagnozę ciała obcego i dlatego zawsze tę ewentualność trzeba mieć na względzie przy zranieniach w okolicy oka.

W niektórych razach może zbadanie przedmiotu, którym rana była zadana, okazać brak jakiejś części.

W każdym razie należy zbadać ranę sondą lub palcami; przy ciałach metalicznych może magnes oddać usługi. Radiografia może również być użyteczną. Ciała, pozostające przez czas dłuższy zdradzają się stwardnieniem, wynikającym z chronicznego zapalenia. W opisanych przez autora przypadkach prognoza była dobrą, niezawsze jednak tak bywa. Ciała obce tej wielkości mogą spowodować wprost uszkodzenia poważne oka, a niekiedy i takie, które przez dłuższy czas były znoszone bez szkody, mogą wywołać zaburzenia. Przy wyjmowaniu ciała obcego można używać szczypczyków, sondy, elektromagnesu i t. d.

Jeżeli ciałem obcym jest szkło, to Baudry radzi używać szczypczyków, którego końce owinięto cienkiem płótnem, lub szczypczyków Weckera z końcami kauczukowymi.

Arch. f. Aghk. T. LI. Zeszyt 2. (Ref. Dr T. Bałlaban).

Przypadek panoftalmii powikłanej tężcem i zakończony śmiercią (Ein Fall von Panophthalmie mit Tetanus und tödtlichem Ausgange.). Prof. Oeller.

U 52letniej kobiety okaleczało oko wskutek przebicia rogówki i twardówki widłami. Oko to zostało dopiero wtedy wyluszczone, gdy u chorej powstały pierwsze objawy tężca głowy. W 2 dni po operacji chora umarła. Drobnowidowe badanie wnętrza wyjętej gałki ocznej wykazało rozliczne ogniska ropne, bardzo liczne drobnoustroje i kawałki kłosów. Prątków tężca nie znaleziono. Bardzo zajmującymi były zmiany, jakie się znachodziły w nerwie wzrokowym, a mianowicie miejsca nekrotyczne i zwyrodniałe włókna nerwowe. Powstanie tych zmian przypisuje autor działaniu toksyn.

O drobnoustrojowych złogach na oku (Über einen Bacterienrasen am Auge.). Dr A. Martin.

Autor opisuje przypadek schorzenia rogówki, które wystąpiło pod objawami t. zw. *keratomykosis*. Badanie wyskrabanych z rogówki złogów wykazało w nich obce ciało (odłamek zboża), około którego złogi te się umiejscowiły, a składały się one z prątków kserozy. Próbnne przeszczepienia odłamka zboża, który był pokryty prątkami kserozy, w rogówkę królika, dały wynik ujemny. —

Obustronne ostre zapalenie gruczołu łzowego przy rzeźączyce cewki moczowej (Die acute bilaterale Entzündung der Thränenendrüse bei Blennorrhagie der Urethra.). Dr Orlando Pes.

Pes, który miał sposobność spostrzegać 4 podobne przypadki,

omawia najpierw literaturę, tyczącą się zchorzenia gruczołu łzowego i anatomie narządu łzowego.

Narząd łzowy składa się z 3ech różnych części, a mianowicie:

1. *Glandula innominata Galeni*, która leży w dołku łzowym.
2. *Chrząstkowo spojówkowe gruczoły Ciaccia* (w górnej części powieki).
3. *Gruczoły podspojówkowe Krausego* (w tkance podspojówkowej załamka)

Wszystkie te odrębne dla siebie części składowe narządu łzowego bywają zasilane przez tętnicę łzową, odpływ zaś krwi odbywa się przez żyłę oczną.

Układ naczyń chłonnych stoi w łączności z gruczołami przedusznymi i twarzy.

W literaturze znajdujemy opis zaburzeń poszczególnych tych części jako *dacryoadenitis glandulae innominatae*, *glandulae Krausi* i *dacryoadenitis palpebralis*. Skoro zachorzenie przejdzie na cewki gruczołu, może przyjść do zmian zapalnych, które ogólnie nazywamy „*dacryops*“.

Zapalenie gruczołów łzowych może być albo wstępującem, a wtedy ma ono początek w cewkach, lub też może być zstępującem drogą naczyń krwionośnych i chłonnych.

Zapalenie gruczołów może być wywołanem także przez toksyny i to w postaci ostrej lub przewlekłej.

Zapalenia mogą występować albo jako zapalenie pierwotne prawidłowej tkanki gruczołu, albo też jako wtórne, w następstwie zatkania przewodów, lub też wskutek zwyrodniałych zmian w gruczole, szczególnie często po ciężkich chorobach ustroju. Zapalenia pierwotne występują w przebiegu nagminnego zapalenia ślinianki przyusznej, po zaziębieniu, po jaglicy i wskutek innych nieznanych przyczyn. Zapalenie gruczołu łzowego spostrzegano również przy goścecu stawowym, influency, kurze, skarlatynie, tyfusie, róży, kile i t. p., natomiast zapalenie przewlekłe bywa spowodowane kiłą, gruźlicą, skrofulozą, białaczką i rzekomą białaczką.

Autor spostrzegał w 4ech przypadkach obustronne zapalenie gruczołu łzowego, które wystąpiło przez zakażenie rzeżączką cewki moczowej. Przytem górna powieka była obrzękłą i zaczerwienioną, istniały bóle w okolicy kości oczodołowej i ograniczenie ruchów powieki. Prócz tego była spojówka zaczerwienioną i obrzękłą. Sam gruczoł łzowy, który wystawał nieco ponad górnym zewnętrznym brzegiem oczodołowym, był przy ucisku bolesnym i twardym. Wieczorem występowała gorączka. Po największem nasileniu choroby następowało wyleczenie i ustąpienie tych wszystkich objawów w przeciągu dni kilku.

Zależność tego obustronnego zapalenia gruczołu łzowego od rzeżączki dała się wykazać we wszystkich 4ech przypadkach.

Ponieważ w żadnym z 4ech przypadków nie wykazano we łzach diplokoków i ponieważ gruczoły łzowe nie ropiały, sądzi przeto autor, że powodem zapalenia gruczołów były toksyny.

Przypadek gradówki, umieszczonej na brzegu powiekowym (Ueber einen Fall von Chalazion marginale.). Dr Erdmann.

U 28letniego robotnika, u którego na brzegu powiekowym znajdowało się ekzema, były umiejscowione pomiędzy wewnętrznym i zewnętrznym brzegiem górnych powiek większe i mniejsze, ostro ograniczone, guzkowate wyrostki, o żółtoczerwonej barwie i o zupełnie gładkiej i świecącej powierzchni. Umiejscowienie tych guzków odpowiadało w zupełności przewodom gruczołów Meibom'a, które nie dały się tutaj wykazać. Guzki te wycięto, a histologiczne ich badanie wykazało gradówki.

Ponieważ guzki te były co do czasu powstania różnymi, dało się więc z łatwością wysnuć z tego badania wnioski co do sposobu rozwoju gradówek. A mianowicie po zatkaniu przewodów w gruczołach Meibom'a i to częścią przez stłuszczone, częścią przez zrogowaciałe komórki gruczołów, zwiększa się ilość warstw komórek w przewodach gruczołów. W następstwie tych zmian przychodzi do odczynowego zapalnego nacieku w okolicy gruczołów, i to przedewszystkiem w obrębie małych naczyń, które jednak same nie chorzeją.

Nacieki te, które składają się z komórek okrągłych i komórek przybłonkowych, zwiększają się coraz bardziej, a zlewając się, tworzą guzki, które następnie zwiększają się i nawet, jak w przypadku niniejszym, przerastają ponad powierzchnię. Wkońcu przebijają te guzki t. zw. *membrana propria* gruczołów, przez co powstają w miejsce gruczołów Meibom'a wybujałości.

Komórki przybłonkowe zlewają się miejscami, przez co powstają komórki olbrzymie; w innych zaś komórkach przybłonkowych powstają znowu zwoje. Przez zlanie się znowu takich komórek powstają większe jamki.

W preparatach drobnowidowych nie spostrzegano drobnoustrojów.

O trwałej ślepcie u górników węglowych rewiru reńsko-westfalskiego, spowodowanej użyciem paprotki samczej przy leczeniu robaków (Ueber dauernde Filix-mas Amaurosen bei der »Wurmkur« der Bergleute im rhein-westf. Kohlenrewier.). Dr Stuelp.

Pewien robotnik, który dwukrotnie przeprowadzając leczenie robaków za pomocą paprotki samczej, zażywał każdorazowo w tym celu po 10 grm tego wyciągu, poddał się temu leczeniu po raz 3ci, przyczem zażył w jednym dniu 4 grm, w drugim zaś 8 grm tego wyciągu.

Drugiego dnia wieczorem stracił przytomność, następnego zaś dnia nad rankiem, odzyskawszy ją częściowo, ociemniał. Autor badał chorego w 28 godzin po zażyciu przez niego tego środka, t. j. w 12 godzin po ociemnieniu. Wziernikiem dało się wykazać, przy nadmiernie rozszerzonych źrenicach, które nie oddziaływały zupełnie, zbiełałe dno oka, przyczem była siatkówka aż do obwodu silnie obrzękniętą. Okolicy tarczy wzrokowej i żółtej plamki nie dało się wyróżnić. Naczynia siatkówki były tylko miejscami widoczne, tętnice bardzo ścięnczałe, słup krwi w nich rozpadły. Widoczne żyły były silnie rozszerzone i pokręcone, a zarazem wypełnione bardzo ciemną krwią. Ku wieczorowi zmniejszył się obrzęk siatkówki, naczynia były więcej widoczne. W celu przywrócenia wzroku stosowano wdechowania *amylnitrytu* i zastrzykiwania *strychniny* — jednak zupełnie bez skutku. Po upływie kilku dni zniknął obrzęk siatkówki, tarcza wzrokowa uwydatniła się, a na siatkówce dały się spostrzegać liczne krwotoki.

Po upływie miesiąca dał się wykazać następujący stan:

Obie źrenice, o średniej szerokości, nie oddziaływały ani na światło, ani też na zbieżność. O. p. r. Tarcza wzrokowa biała, o nieco niedokładnem ograniczeniu, siatkówka wykazywała aż do obwodu białawe rysy, w miejscu żółtej plamki znajdowała się trójkątna szaroczerwona plama. Tętnice były tylko miejscami widoczne i to w postaci białozółtawych pasemek, żyły silnie zcieńczałe o białych brzegach. W okolicy żółtej plamki znajdowały się większe, na obwodzie zaś liczne małe krwotoki. Obustronna ślepotą.

Autor znalazł w literaturze 3 podobne przypadki, w których badano dno oka wkrótce po ociemnieniu.

W przypadkach tych znajdowano objawy zakrzepu tętnicy środkowej siatkówki, jako wyraz zaburzenia w krążeniu. A dzieje się to w sposób następujący. Wyciąg paprotki samczej, który bardzo rychło przechodzi do krwi, dostaje się do tętnicy środkowej i do jej rozgałęzień i powoduje w nich silny skurez (Poraża gładkie mięśnie, po pierwotnem ich podrażnieniu). Wskutek występującego przez to braku tlenu ustaje czynność komórek zwojowych siatkówki. Jeżeli działanie trujące ustanie, a z niem razem i skurez tętnic, to wówczas siatkówka staje się znowu czynną. Jeżeli zaś działanie trujące trwa dalej, to naczynia rozszerzają się wskutek porażenia ich błony mięśniowej, a krążenie krwi zmniejsza się i przychodzi

w naczyniach do zastoiny, która powoduje obrzęk siatkówki. Wskutek zaburzeń w odżywianiu niszczyją komórki zwojowe, następnie inne warstwy siatkówki, a wreszcie i włókna nerwowe.

1905. Z. 3.

Dalsze badania fizjologii zmysłu rozpoznawania postaci (Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Formensinnes.). Dr Guillery.

Na podstawie przedłożonych rysunków dowodzi autor, że rozpoznawanie postaci jest zawisłem: 1. od wydatności działania obwodowej części narządu wzrokowego, 2. od pojęcia, z jakim wrażenia przedostają się do świadomości. Przy rozpoznawaniu postaci jakichś obrazów nie jest jedynie miarodajnym tylko kąt widzenia, lecz wchodzi w rachubę jeszcze uporządkowanie poszczególnych części obrazów, dalej ich położenie pionowe, poziome lub krzywe, a wreszcie i ich obrysowanie.

O patologicznoanatomicznych zmianach więzadła Zinniusza (Ueber die pathol.-anatom. Veränderungen der Zonula Zinnii.). Dr Bednarski.

Praca była drukowaną w Postępie Okulistycznym.

Przypadek wrzodu rogówki, powstały wskutek zakażenia prątkiem pyocyaneus (Ein Fall von Ulcus corneae durch Infection mit Bacillus pyocyaneus). Dr Szczybalski.

Bakteryologiczne badanie cząstek wrzodu pełzającego, który po przypaleniu w krótkim czasie się wygoił, wykazało jako przyczynę zakażenia *bacillus pyocyaneus*. Po przeszczepieniu jego hodowli w rogówkę królika, powstał bardzo rychło wrzód, który gwałtownie się rozprzestrzeniał. Godnem uwagi było powstanie w drugim dniu po zakażeniu rąbka naciekłego około obwodu rogówki, przyczem był on podobnym do obwodowego ropnia Fuchs'a. Dziewiątego dnia wrzód przebił. Zaszczepiona w okolicy brzucha tym rozczynek mysz zginęła po 24 godzinach, a ze śledziony, wątroby i serca dały się wyhodować czyste hodowle.

Autor zestawił z literatury 8 przypadków ropniejącego zapalenia rogówki, które powstało przez zakażenie prątkiem *pyocyaneus*.

Histologia ludzkiego mięska łzowego (Histologie der Caruncula lacrymalis des Menschen.). Dr Enslin.

Autor badał histologicznie 100 mięsek łzowych, które częściowo dostał ze świeżych trupów, częściowo zaś przy sposobności wypatroszenia jamy oczodołowej. Na mięsku łzowym daje się wyróżnić *przyblonek*, *tunica propria* i *tela submucosa*, a dalej włosy, gruczoły

łojowe i dodatkowe gruczoły łzowe. Przybłonek ma własności uwarstwionego przybłonka płaskiego i jest bez naczyń. Umiejscowionym jest na łącznotkankowej błonie (*Basalmembran*), w głąb której komórki podstawowe wysyłają liczne wypustki. W przybłonku znajdują się komórki kubkowate i to miejscami pojedynczo, miejscami zaś pod postacią cewek gruczołów. Komórki kubkowate, w których daje się wykazać dość wielką ilość śluzu, są otoczone ostro ograniczoną błoną, która jest o podwójnych zarysach. Ponieważ w komórkach kubkowatych nie dało się nigdzie wykazać *mitozy*, to zdaje się, że komórki te powstały z komórek przybłonka. Nie są one jednak żadnym wytworem patologicznym, lecz przedstawiają komórki wydzielające, które fizyologicznie znajdują się w mięsku łzowym. *Tunica propria*, t. zw. właściwa błona śluzowa, składa się z 3ech warstw: 1. z błony granicznej, 2. z warstwy adenoidalnej, 3. z warstwy włóknistej. Warstwa adenoidalna składa się z drobnowłóknistej tkanki łącznej, która przebiega równolegle do powierzchni, i z licznych komórek limfatycznych. Pomiedzy temi znajdują się liczne włókna sprężyste i cienkie naczynia. W warstwie włóknistej widać obok tkanki łącznej nieprawidłowo uporządkowane gładkie włókna mięśniowe, włókna sprężyste i większe naczynia. *Tela submucosa*, składająca się z tkanki łącznej, zawiera w sobie komórki łuszczone i włókna mięśniowe. Znajdujące się w mięsku drobne włoski mają znamiona t. zw. *lanugo*.

Uważane dawniej za gruczoły wypocinowe, dodatkowe gruczoły łzowe są co do swej budowy zupełnie podobne do innych gruczołów łzowych i są one umiejscowione częścią pod przybłonkiem, częścią w warstwie włóknistej, częścią zaś w *tela submucosa*.

Pośmiertny objaw źreniczny obok innych spostrzeżeń nad zmianami ludzkiego i zwierzęcego oka po śmierci (Das mortale Pupillenphänomen, nebst weiteren Beobachtungen über Veränderungen am menschlichen und thierischen Leichenaugen. Eine forensisch.-oculistische Studie.). Dr W. Albrand.

Występujące przed śmiercią rozszerzenie się źrenicy należy przypisać zmniejszeniu się ilości tlenu w ciele ludzkim.

Przy oddechaniu Cheyne-Stokes'a jest źrenica podczas *dyspnoe* rozszerzoną, podczas zaś *apnoe* zwężoną. Również i przy przecięciu nerwu współczulnego rozszerza się źrenica przed śmiercią. Przyczyną tego zdaje się być wypróżnienie naczyń tężówki. Występujące po śmierci objawy źreniczne należy przypisać występującemu pośmiertnemu tężcowi mięśni tężówki.

A mianowicie przyczyną początkowego rozszerzenia źrenicy jest w początkach przeważające stężenie mięśnia rozwieracza źrenicy, które następnie ustępuje stężeniu zwieracza źrenicy, co znowu po-

woduje zwężenie źrenicy. Po upływie 24ech godzin zwęża się źrenica jeszcze bardziej i to wskutek zmniejszenia się napięcia w gałce ocznej i będącego z tem w związku marszczenia się opon gałki ocznej i tęczówki. Przez zastrzykiwanie cieczy do przedniej komory rozszerza się znowu źrenica.

Oświetlenie źrenicy nie ma na jej zmiany pośmiertne żadnego wpływu. Tak samo pozostaje bez skutku *atropina* zapuszczona do oka przed śmiercią (Dokończenie w następnym zeszytcie.).

Berl. kl. Wchschrft. Nr. 50. 1904. (Ref. W.).

Przewlekłe zatrucie oka ołowiem. (Die chron. Vergiftung des Auges mit Blei). (J. Lewin).

Znany na polu toksykologii autor omawia najprzód po krótcie wogóle najrozmaitsze wpływy trujące na oko w przemyśle zachodzące, by następnie szczegółowo zwrócić uwagę na ten metal, który tak bardzo w przemyśle rozpowszechniony, a którego szkodliwy na ustrój człowieka wpływ nie dość docenionym bywa.

Porażenia mięśni, zapalenia tęczówki, a przedewszystkiem zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki, kończące się często zaniewidzeniem przez autora wyliczone, niedostatecznie jednak zcharakteryzowane. Gdy wczesnie szkodliwy skutek ołowiu, w jakiejkolwiekby postaci on do organizmu się dostał, poznany zostanie, można go stosownymi środkami z organizmu usunąć, byle osobnik oczywiście dalszym wpływom jego nie ulegał. Ale zdarza się, że mimo zastosowania wszelkich środków i usunięcia się z pod wpływu złego, jednak katastrofa chorego spotyka, a to dlatego, że nie rozpuszczone a w organizmie spoczywające części metalu dostają się z czasem w obieg soków i zatrucia dopełniają. Rąbek ołowiowy na dziąsłach niedostatecznie bywa ocenianym. Jego obecność przemawia tylko za tem, że ołów dostał się do organizmu, brak zaś nie dowodzi jednak przeciwnieństwa.

1905, Nr. 12. (Ref. W.).

O wpływie alkoholu na zmianę oddziaływania źrenicy (Ueber die Wirkung des Alkohols auf die Veraenderung der Pupillenreaktion) Dr. Henryk Vogt.

Pojęcie intoksykacyi jest względnem, przyjscie do skutku tejże zależnem nie tyle od jakości, ilości i szybkiego wchłonięcia środka trującego, ile raczej do odporności i sposobu oddziaływania odnośnego osobnika.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy i pod względem alkoholu

nie ma różnicy reakcyi u człowieka prawidłowego a patologicznego podjął autor z polecenia prof. Cramera szereg doświadczeń na 40 przypadkach, podając po 40 ccm rumu lub araku w $\frac{1}{4}$ litrze wody. Pomiędzy w ten sposób traktowanymi osobnikami było 17 chorych, a mianowicie już to idiotów już to zdegenerowanych. We wszystkich przypadkach pokazało się, iż objaw kolanowy stawał się pod wpływem alkoholu wzmocnionym, u niektórych występował objaw Romberga. Żrenice w 14 przypadkach objawiały powolniejsze oddziaływanie, a tam, gdzie równocześnie była arterioskleroza, objaw ten jeszcze widoczniej występował. Nigdy jednak wpływu tego na żrenicę nie można było spostrzegać u osób zdrowych, podczas gdy inne objawy i u tych w mniejszym lub słabszym stopniu występowały, z czegooby wypływało, iż zmiana oddziaływania żrenicy po alkoholu przemawia za pewnem zboczeniem ośrodków nerwowych. W doświadczeniach powyższych stwierdzono nadto, iż tam, gdzie występował objaw żrenicy nie brakło równocześnie i zmian psychy, co niezmierniej jest wagi dla ocenienia czynów karygodnych spełnionych pod wpływem napoju wyskokowych.

1905. Nr 7. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Przyczynę do kazuistyki kropidlakowatego zapalenia rogówki (Beitrag zur Kazuistik der Keratomykosis aspergillina). Dr Osterroht (z Giessen.).

Autor spostrzegł następujący przypadek: Wieśniak 43-letni zgłosił się z powodu bólu i zaczerwienienia oka lewego. Cierpienie trwało już pięć dni i doprowadziło do znacznego upośledzenia wzroku. Chory nie mógł sobie żadnego urazu przypomnieć. Badanie wykazało u lewego oka silny światłowstręt, łzawienie, nastrzyknięcie rzęskowe i powierzchowne zaćmienie całej rogówki. W samym środku rogówki okrągłe owrzodzenie około 3 mm. średnicy, pokryte białym wystającym nieco nalotem. *Hypopyon* sięgające do 1 mm. wysokości. Oko rozróżniało tylko ruchy ręki. Pod wpływem atropiny i ciepłych okładów *hypopyon* po dwóch dniach znikło, ale nalot w środku rogówki nie uległ zmianie, tylko wrzód się nieco powiększył, przez co powstał dookoła nalotu płytki rowek. Prof. Vossius postawił rozpoznanie: *keratomykosis aspergillina*. Przebieg choroby był niezwykle uporczywy. *Hypopyon* pojawiło się znowu. Stan zaczął się szybko poprawiać dopiero z chwilą, gdy wyżarzoną igielką zdjęto z owrzodzenia białawy, gruby nalot. W kilka tygodni później rogówka z wyjątkiem środkowej plamy wyjaśniła się, a bystrość wzroku podniosła się do $\frac{5}{15}$.

Badanie drobnowidowe zdjętego nalotu wykazało gęstą sieć

nitek grzybni dzielących się dichotomicznie i okazujących zgrubiałe zakończenia. Zarodników nigdzie nie było widać.

Autor zaszczerpił cząstki nalotu do pięciu próbek z agarem: w trzech próbkach wyrosłe typowe, czyste kolonie grzybka *Aspergillus fumigatus*, w czwartej wyrósł *staphylococcus albus*, piąta została jałową.

Liczne próby zaszczerpienia grzybka na rogówce królika nie udawały się z początku. Dopiero wstrzyknięcie zawiesiny zarodników grzybka wgłęb mięszu rogówkowego za pomocą strzykawki Prawaz'a sprowadziło po ośmiu dniach naciek, w którym mikroskopowo dały się wykazać spłoty nitek grzybkowych.

Zaszczerpienie tej samej zawiesiny do ciała szklistego wywołało bezpośrednio *hyalomycosis aspergillina*, do której przyłączyła się także sprawa ropna.

Zakażenie ciała szklistego pleśnią u człowieka należy do wielkich rzadkości. Przypadek podobny opisał Kampherstein.

Autor zastanawia się nad uporczywością przebiegu w opisanym przez siebie przypadku i tłómaczy ją umiejscowieniem nalotu grzybkowego w samym środku rogówki. Wiadomo, że wszelkie zakażne sprawy na brzegu rogówki, w pobliżu unaczynionego jej rąbka, goją się prędzej i lepiej, niż umiejscowione w środku, a to dzięki korzystniejszym warunkom wessalności.

W przypadku autora wywiady nie wykazywały żadnego urazu, ale zazwyczaj przenośnikami grzybka są części roślinne, źdźbła słomy, kłoski i ości zboża, łupiny owoców etc., któremi przybłonek rogówki bywa uszkodzony.

Leczenie powinno się zaczynać od doszczętnego usunięcia pleśniowego nalotu zapomocą igiełki lub nożyka, lub dokładnego przypalenia całego ogniska galwanokauterem.

Ctbrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 2. (Ref. Dr L. Gruder.).

Rzadki przypadek narośli na rogówce (Ein seltener Fall von Hornhautgeschwulst.). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg.).

Część kliniczna (Prof. Hirschberg). Dziecko 9letnie, od 5tego roku cierpi na nawroty zapalenia stopy (w stawie) i na zapalenie oczu. Przedmiotowe badanie: blizny na stopie, *skoliosis angularis*, lewe oko — badanie w narkozie — ma w miejscu rogówki, czerwonawą masę granulacyjną, zwieszającą się na spojówkę gałki i nieco przypłaszczoną przez ucisk powiek. Cały przypadek

przypominał gruźlicę tęczówki z następowem przebicciem rogówki*). Ponieważ całe oko było zwyrodniałe i cała sprawa choroby zagrażała poważnie życiu dziecka, przystąpiono do enukleacji. Po operacji stan ogólny dziecka znacznie się polepszył i po 10ciu dniach dziecko opuściło szpital.

Anatomiczne badanie nie wykazało przebiccia gałki, spowodowanego nowotworem, z wnętrza gałki się wydobywającym, lecz była to narośl, wychodząca z rogówki, przyczem sama rogówka w najważniejszej części uległa zniszczeniu.

Chociaż z powodu braku czasu nie robiono szczepień doświadczalnych na królikach, Hirschberg uważa ten wypadek stanowiący za skutki gruźlicy.

Część anatomiczna (Dr S. Ginsberg). Makroskopijnie tylko rogówka wydaje się być zmienioną. Gdy z tyłu odgranicza ona w prawidłowy sposób komorę przednią, przechodzi na przodzie w żółtawobiałą narośl, sięgającą prawie do *limbus*; narośl przeważnie płaska, w środkowej części 1—2 mm gruba; w skrajnej części do 4 mm gruba, przewiesza się ponad *limbus*, nie tworząc jednak tutaj żadnych zrostów.

Mikroskopijne badanie wykazuje, iż rogówka tylko w głębszych warstwach jest utrzymana. Znajduje się bowiem szersza warstwa infiltracyjna o gęsto umieszczonych komórkach, odgraniczona od *membrana Descemeti* już to szerszą, już to węższą warstwą. Ponad tą warstwą infiltracyjną wznosi się właściwa narośl o nieregularnej budowie, nie pokryta żadnym nabłonkiem. Głębsze warstwy rogówki przeważnie prawidłowe; *membrana Descemeti* niezmieniona. Warstwa infiltracyjna, zmiennej grubości, złożona z komórek plazmowych i tucznych; zwykłych leukocytów i komórek tkanki łącznej mała ilość; w najbardziej zgrubiałej, skrajnej części tej narośli pojedyncze gromadki większych, wieloziarnistych komórek, z których największe są typowymi komórkami olbrzymimi. Prócz tego liczne złogi barwika krwistego, częścią wolnego, częścią w okrągłych komórkach zamkniętego. Między komórkami liczne naczynia włoskowatej natury, częścią krwią wypełnione, częścią próżne.

Właściwy nowotwór znajduje się ponad właśnie opisaną warstwą infiltracyjną, a między obiema warstwami widać miejscami resztki blaszek rogówkowych z napęczniałymi jądrami. Cała ta warstwa nosi znamię młodej tkanki granulacyjnej i obfituje w niezwykłą ilość *wieloziarnistych leukocytów* i naczyń włoskowa-

*) J. Hirschberg: Granulationsgeschwulst der Iris. — Virchow's Archiv. T. 60.

tych, których ściany wypełnione wieloziarnistymi leukocytami tak, że wiele z tych naczyń jest wprost zatkanych temi komórkami.

Gdy *środkowa* część, która zarazem jest największą, ma wygląd *tkanki granulacyjnej*, przesiąkniętej wieloziarnistymi leukocytami, to skrajne części nowotworu robią wrażenie, jakoby zwiększenie powstało przez zlanie się pojedynczych guzów granulacyjnych, nie mających atoli typu zwykłej tkanki granulacyjnej. Elementy tworzą i tutaj wieloziarniste leukocyty, lecz brak komórek tucznych; komórki plazmowe są w skąpej ilości w głębszych warstwach. Licznie występują wielkie komórki łącznotkankowe o długich wypustkach, tworząc postaci gwiazdziste. Tkanka międzywarstwowa zawiera *mu-cynę*, znamionującą się czerwono fiołkowym zabarwieniem (*thionina*).

Powierzchnia całego nowotworu nie posiada żadnego nabłonka. Badanie prątków gruzliczych nie dało dodatniego wyniku.

Komórki t. zw. tuczne znaleziono także w znacznej ilości w tęczęwce, mniej w ciele rzęskowem. Zresztą gałka prawidłowa, w około tarczy n. o. wielki *conus temporalis*, do którego przylega zanikła naczyńiówka.

Chodzi więc tutaj o sprawę zapalną, do rogówki się ograniczającą, która spowodowała wytworzenie się tkanki granulacyjnej.

Nowotwór rogówkowy należy do grupy rzekomych nowotworów, opisanych jako *fibroma*, *myxofibroma* i *myxoma* (Adler, Simon, Mitwalsky i i.). Przy wymienionych rzekomych nowotworach była powierzchnia pokryta przybłonkiem, gdy tymczasem tutaj nie było żadnego. Możliwe, że z czasem przybłonek z brzegów rogówki byłby przeszedł i na ten nowotwór.

Odlamek żelazny w soczewce; ślepotą, wywołaną przez ucisk następowy (Eisensplitter in der Linse, Erblindung durch Drucksteigerung). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Stolarzowi 46letniemu wleciał do lewego oka odprysk żelazny; po 26ch latach zgłosił się po raz pierwszy do lekarza, który radził usunięcie zaćmionej soczewki. Chory nie zgodził się na operację. Po pół roku stan oka był następujący:

Silne bóle i zupełna ślepotą lewego oka. T + 3. Rogówka mętna, źrenica rozszerzona, nie oddziaływa na światło. Lupą widać na tęczęwce, odpowiednio do okolicy, gdzie odprysk żelazny był w soczewce, liczne naczynia krwionośne, równoległe z brzegiem źrenicznym leżące i miejscami pod ostrym kątem ze sobą spływające. Soczewka zupełnie zaćmiona, tuż przy brzegu źrenicznym (od strony nosowej) w soczewce odprysk żelazny o brunatnej barwie. Na rogówce i tęczęwce żadnych wyraźnych znaków rdzy. Sideroskop dodatnio.

Odłamek można było łatwo oddalić za pomocą magnesu ręcznego. ale ponieważ gałka była już zwyrodniała i nie przedstawiała żadnych widoków polepszenia wzroku, wyjęto oko.

Po przecięciu gałki w okolicy równika, znaleziono odłamek żelazny w zmętniałej soczewce. Na tarczy n. o. wyżłobienie wskutek ucisku (*excavatio*)

Autor twierdzi, iż wczesne wyjęcie odłamka żelaznego z soczewki byłoby ocaliło oko od całkowitej utraty wzroku.

Przeciw Robertowi Witz'owi, który w swej rozprawie p. t. „*Toleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper*“ wypowiada się za zostawieniem odłamków w gałce, autor stanowczo występuje i zwraca uwagę, że 34 przytoczonych przez R. Witz'a przypadków z dobrym skutkiem wcale nie przemawia za zostawieniem odłamków w gałce, gdyż czas spostrzegania tych 34 przypadków był stosunkowo bardzo krótkim, bo sięgał od 28iu dni najwyżej do 8iu miesięcy.

Są wprawdzie wyjątki, lecz bardzo rzadko. Taki wyjątkowy przypadek opisuje autor z własnego spostrzegania.

Przed 18 laty mechanikowi wpadł do lewego oka odłamek żelazny, poczem wzrok się polepszył do średniej miary. Prób wydobycia odłamka nie czyniono. Przez cały przeciąg 18stu lat oko było w spokoju. W ostatnich czasach nawroty bólów sprowadziły go do lekarza. Zewnętrznie oko prawidłowe; tarcz n. o. prawidłowa, 12 mm ku dołowi i wewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego widać wzienikiem odłamek żelazny w siatkówce, otoczony w tem miejscu złościem barwikowym. Röntgen i sideroskop dają wyniki dodatnie. Pole widzenia wykazuje odpowiednio do położenia odłamka ubytek, lecz zresztą prawidłowe; przy słabszem oświetleniu koncentryczne zwężenie pola widzenia; przy dziennem, zwykłym oświetleniu $V = \frac{5}{7}$, przy słabszem $\frac{5}{20}$.

Ponieważ odłamek leżał już 18 lat w siatkówce bez znaczniejszych groźnych skutków, autor nie starał się go usunąć, gdyż silne zrośnięcie odłamka z siatkówką mogłoby, przy usiłowaniach wydobycia go, spowodować odczepienie siatkówki.

Wielki odłamek żelazny, wydobyty małym magnesem
(Ein grosser Eisensplitter, mit dem kleinen Magneten gefördert.).
Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Odłamek żelazny wpadł przed 3ema dniami do lewego oka. Silne bóle, ropa w komorze. $V = \frac{1}{60}$. T — 1. Lekka blizna na rogówce, do której tęczęwka przyrosła. Soczewka przezroczysta, na siatkówce wielki krwotok, w niej niewyraźne zarysy ciała obcego. Sideroskop z wynikiem dodatnim. Wielki ręczny magnes posuwa odła-

mek do tęczęwki, wypuklając ją; stamtąd wydobyto odłamek przez brzeg rzęskowy tęczęwki do przedniej komory; cięcie na brzegu rogówki, wprowadzenie małego magnesu do komory i wydobyte odłamka w całości. Długość = 13 mm, szerokość = $2\frac{1}{2}$ mm; ciężar = 52 mg. Po czterech tygodniach chory wyzdrowiał, $V = \frac{1}{7}$. Lekkie przyrosty tęczęwki do rogówki, t. j. miejsca wejścia i wyjścia odłamka żelaznego. —

Klin. Monatsbl. f. Aghk. Luty 1905. (Ref. Dr. Liebermann).

Hemianopsia bitemporalis i diabetes insipidus. (Dr. E. Red slop. Berno. Bitemporale Hemianopsie und Diabetes insipidus).

Skutkiem doznanego ciężkiego urazu powstało u młodego dziewczęcia złamanie podstawy czaszki. Od chwili wyzdrowienia, czuje chora osłabienie wzroku. W klinice stwierdzono hemianopsia bitemporalis i diabetes insipidus. Pod wpływem leczenia wyłącznie dyetetycznego objawy diabetes ustąpiły, gdy jednakże chora powróciła do domu, objawy tej choroby znów wystąpiły. Na tej zasadzie przypuszcza autor, że były to objawy wyłącznie nerwowej natury, hemianopsyę zaś, trwale się utrzymującą, tłumaczy dostatecznie złamanie podstawy czaszki.

Nowy przyrząd do sterylizowania tabletek alkaloidowych. (Dr. Magnani. Smyrna. Ein neues Glasrohr für unsere sterilisierbaren Alkaloidtabletten).

Do sterylizowania i przechowywania alkaloidów używa autor małych rurek, lewarowato zagiętych, na jednym końcu zasklepiionych, a na drugim zamkniętych szczelnie przylegającą czapeczką szklaną. Aby nie rozłożyć alkaloidów, sterylizuje się sposobem refrakcyjnym Tyndalla.

Przez potrząsanie rureczką można pojedyncze tabletki wprost do oka pacjenta wprowadzić.

Wyjęcie gałki ocznej przy skombinowanym znieczuleniu miejscowem. (Dr. O. Meyer. Wrocław. Die Eucleatio bulbi in kombinierter Lokalanästhesie).

Autor przecina spojówkę i przyczepy mięśni po zakropleniu kokainy, resztę zaś operacji wykonuje przy znieczuleniu sposobem Schleicha. Po przecięciu spojówki, wprowadza autor zakrzywiony koniec strzykawki Anela w okolicy mięśnia prostego wewnętrznego aż poza gałkę oczną i wyjąwszy rozwórkę powiekową, wstrzykuje $\frac{1}{2}$ strzykawki płynu Schleicha, przytrzymując lekko powieki, by

płyn z powrotem nie wypływał. (Używał płynu Schleicha Nr. II, tj. cocaini mur. 0.10, morph. mur. 0.025, natr. chlor. 1.00, aquae dest. 100.00).

Metoda ta daje zadawalniające wyniki z wyjątkiem przypadków chronicznej jaskry i chronicznego zapalenia jagodówki.

Obrażenia oka przez gąsienice much. (Dr. B. Kayser Stuttgart. Ueber Fliegenlarvenschädigung des Auges).

Podczas zabawy wpadła 6-letniemu dziewczęciu mucha do oka lewego; od tego czasu oko boli i jest zaczerwienione. Po odwróceniu górnej powieki widać w zewnętrznej części spojówki obraz przypominający *conjunctivitis follicularis*. Po chwili jednakże poczynają się z pod załamek spojówki wydobywać małe, białe gąsieniczki. Po zakropleniu kokainy, która ma na te owady zabójczo działać, wydobyl autor kilka takich owadów z pomiędzy załamek spojówkowych. Oko po kilku dniach wyzdrowiało.

Przypadek żylaków naczyń siatkówki. (Dr E. Jakoby. Wrocław. Ein weiterer Fall der mit aneurysmaartigen Bildungen der Retinalgefäße verbundenen Retinaerkrankung).

Trzydziestoletnia chora, u której ani kiły ani gruźlicy wykazać nie można, cierpi od lat czterech na silne bóle i zawroty głowy i wymioty. W ostatnich czasach podupadał co raz to bardziej wzrok. Obecnie nie widzi.

Badanie dna oczu wykazuje żylakowate rozszerzenia górnych gałęzi naczyń. Barwa tętnic jest ciemniejszą od prawidłowej i zbliża się do zabarwienia żył. Z tego wnioskuje autor, iż rozszerzenia powyżej wspomniane powstały skutkiem patologicznej komunikacji tętnic ze żyłami. W górnej połowie każdego oka widać duże ognisko, w środku ciemno, na obwodzie zaś jaśniej różowe, obwódką barwikową otoczone. Zdaniem autora nie są to jednak wybroczyny.

Nerw wzrokowy wykazuje obustronnie zanik.

O neuroglii nerwu wzrokowego. (Dr E. Jakoby. Wrocław. Ueber Neuroglia des Sehnerven).

Włókna neuroglii w rozmaitych miejscach oka rozmaitema okazują grubość i różne ułożenie. W samym nerwie wzrokowym przebiegają one poprzecznie, wokoło nerwu wzrokowego, w tzw. wiązce pośredniczącej przebiegają okrężnie, a w siatkówce prostopadle do włókien nerwowych.

Przyczynek do nauki anatomii woreczka łzowego a w szczególności o gruczołach tegoż woreczka. (Th. Wern-

cke. Odessa. Ein Beitrag zur Anatomie des Tränensackes, spez. der Tränensackdrüsen).

Sprawa istnienia gruczołów w błonie śluzowej woreczka łzowego nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Chcąc sprawę tę wyświecić, badał autor 14 prawidłowych i 17 chorobowo zmienionych woreczków łzowych, rozkładając każdy z nich na seryę, z 300—400 preparatów złożoną. Okazało się, iż we woreczkach łzowych prawidłowych, znalazł w 57% przypadków gruczoły cewkowe, przeważnie w górnej części woreczka umieszczone, nadto znajdował jeszcze gruczoły rzekome, przez zmarszczenie błony śluzowej powstałe i komórki kubkowe. We woreczkach chorobowo przez zapalenie zmienionych, gruczołów rzeczywistych nigdy nie znalazł, widział tylko gruczoły rzekome i komórki kubkowe.

Co do reszty anatomii woreczka łzowego to foliкуły znalazł w prawidłowych woreczkach tylko raz, przybłonka migawkowego nigdy nie widział, przybłonek był 2—3-warstwowym. *Sinus Maieri* znalazł dwa razy, rzeczywistej *plica Rosenmülleri* i *recessus Arlti* nie znalazł nigdy.

Przypadek zupełnego oderwania siatkówki od nerwu wzrokowego, spowodowanego urazem zewnętrznym. (Dr L. Paul. Wrocław. Ein Fall von vollständiger Losreissung der Retina von dem Sehnerven nach Bulbusverletzung).

Czternastoletni chłopiec upadł na szeroki pal i uderzył się w prawe oko. Zewnętrznie nie doznał poważniejszych obrażeń, lecz natychmiast utracił w zupełności wzrok na prawem oku.

Badanie dna oka wykazało wybroczyny krwawe na dnie oka. W miejscu tarczy nerwu wzrokowego widać dużą wybroczynę. W okółko niej znajduje się 3—4 średnice nerwu wzrokowego wynoszący, ściśle ograniczony, jasnoróżowy pas. Reszta siatkówki jest brudno szara. Ponieważ dopiero po upływie kilku dni pojawiły się liczniejsze i gęstsze zaćmienia ciała szklanego przeto można było dokładnie badać dalszy przebieg cierpienia. Okazało się, iż wspomniany poprzednio jasny pas pozbawiony był siatkówki, której brzeg, gdy się siatkówka następnie odczepiła swobodnie pływał w ciałku szklanym.

Mechanizm urazu przedstawia sobie autor w sposób następujący. Uraz zadziałał wprost naprzeciwko miejsca wejścia nerwu wzrokowego do oka tak, iż ten ostatni nie mógł na bok się usunąć i został do wnętrza gałki wpuklony, przyczem łączność jego z siatkówką uległa przerwaniu, podczas gdy utrzymała się jego łączność z naczyniówką, gdyż nerw wzrokowy tkwi mocno w pierścieniu twardówkowym.

O wrzodach rogówkowych spowodowanych przez prątki Morax-Axenfelda. (Dr L. Paul. Wrocław. Ueber Hornhautulcerationen durch Diplobacillen).

Badania rozciągały się na 26 przypadków wrzodów rogówkowych. We wszystkich istniało równocześnie silne zapalenie spojówki, *hypopyon* i *iritis*.

We wszystkich wspomnianych przypadkach w ropie, wydobytej z dna wrzodu, znaleziono diplobacyle Morax-Axenfelda, tylko w jednym przypadku wrzód spowodowany był przez prątki Petita. Wrzody te goją się bardzo łatwo pod wpływem zakraplanego $\frac{1}{2}$ —1% cynku. Przypalanie powoduje daleko gęstszą bliznę. Powodem powstania owrzodzenia jest zazwyczaj zranienie rogówki. Zapalenia woreczka łzowego zazwyczaj nie ma.

O samoistnem wessaniu zaćmy soczewkowej w zamkniętej torebce. (Dr Cl. Harms. Wrocław. Anatomische Mittheilung zur Spontanresorption seniler Katarakt in geschlossener Kapsel).

Staruszka, 75 lat licząca, zgłasza się z powodu silnych bólów w lewym oku. Od dawna tem okiem nic nie widziała, nie sprawiało jej ono jednak żadnych dolegliwości, a obecny ból trwa od dni 14. Przed 17 laty zdjęto u tej chorej zaćmę z oka prawego i już wówczas stwierdzono promieniste zaćmienia i w soczewce oka lewego. Obecnie widać pomniejszoną soczewkę leżącą na dnie przedniej komory. Pochewka soczewki przylega gładko do jądra, tylko na równiku wykazuje ona wybitne zmarszczki. Od górnego brzegu równika widać jasno połyskujące niteczki dążące w głąb oka. Są to resztki *zonulae Zinni*. Ośrodki oka czyste; w tarczy nerwu wzrokowego zagłębienie charakterystyczne dla jaskry. Z powodu bólów i wobec tego, iż projekcyja światła była niepewną, oko wyjęto.

Badanie drobnowidzowe wykazało, iż rogówka, na przestrzeni, na której do niej soczewka przylega, była nieco ku przodowi wypukłą. Śródbłonek we wielu miejscach uległ zmianom. Soczewka nigdzie nie zatyka kanału Fontany. Torebka soczewki utraciła, z wyjątkiem nielicznych tylko miejsc swój przybłonek. Komórki soczewki rozpadły się, widać tylko jeszcze jądro.

Co do samoistnego wessania się katarakty istnieją dwie teorye. Wedle pierwszej pierwotną zmianą jest zanik przybłonka torebki soczewki, co ułatwia przedostawanie się płynów ze soczewki do przedniej komory, wedle drugiej teoryi zaś rozpad przybłonka torebki i rozpad komórek soczewkowych są zmianami równorzędnymi, przybłonek okazuje tylko większą żywotność, podczas gdy masy soczewkowe już ulegają wessaniu.

Autor przyłącza się do ostatniego zdania. Zanik przybłonka

torebki tłómaczy tem, iż z jednej strony pływające w *cataracta morganiana* jądro może mechanicznie uszkodzić przybłonek, z drugiej zaś ciągle drgania samej torebki, pozbawionej naturalnej swej podpory, jaką jej kora daje. mogą spowodować ubytki w przybłonku, a te stają się następnie punktem wyjścia dla zniszczenia całego przybłonka.

O niedrożności pnia żyły głównej siatkówki. (Dr Cl. Harms. Ueber den Verschluss des Stammes der Vena centralis retinae).

Na podstawie nowych badań histologicznych, dzieli autor przyczyny niedrożności wspomnianego naczynia na cztery grupy: I. niedrożności skutkiem zakrzepu (marantycznego?) wewnątrz światła naczyniowego; II. zakrzep powstały powyżej miejsca zwężonego w naczyniu (przewężenie takie naczynia może być albo wrodzonym, lub też wynikiem sprawy patologicznej, a zakrzep powstaje skutkiem wirów krwi w tem miejscu. zwłaszcza przy zwolnionem nieco krążeniu); III. niedrożność skutkiem pierwotnej *meso-* i *endophlebitis*, wreszcie IV. zakrzep w naczyniu w miejscu, gdzie toczyła się sprawa zapalna: *meso-* lub *endophlebitis*.

Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. 1904, Nr 5. (Ref. Dr W. Reis).

Badanie nerwu ocznego w ślepotcie przy wiądzie rdzenia kręgowego (Étude du nerf optique dans l'amaurose tabétique.) André Léri.

We wstępie historycznym streszcza autor rozmaite zapalrywania na pochodzenie i właściwości zmian anatomo-patologicznych w zaniku nerwu wzrokowego, których wspólną wadą jest skąpa ilość materiału, zużytkowanego dla badań histologicznych.

W pracy powyższej posługuje się więc L. obfitym materiałem sekcyjnym, zbieranym przez czas dłuższy w szpitalu dla chorób nerwowych w Bicêtre. Rozkład materiału był następujący: nerwy oczne 21 osobników z więdem rdzenia i zupełną ślepotą, dwóch chorych ze ślepotą niezupełną; następnie trzech chorych z porażeniem ogólnem postępowem, powikłanem ślepotą. Dla porównania zaś zbadał nerwy oczne u 16stu tabetyków i 18stu paralityków bez ślepoty. Oprócz tego nerwy oczne chorego kiłowego bez objawów wiądu rdzenia, ślepego od lat 10ciu i sześciu kiłowych bez ślepoty z innymi chorobami rdzenia pacierzowego. Wkońcu nerwy oczne u osobników, ślepych z powodu innych przyczyn, u których w na-

stępnym wystąpił zanik nerwu, i nerwy oczne osobników zdrowych. W całości dokonał L. badań nerwów ocznych u 84ech osobników.

Przy badaniu mikroskopowem zwracały już na się uwagę następujące fakty:

1. Zgrubienie pochewek nerwu, z których szczególnie pochewka środkowa (błona pajęczna) tworzyła na całej rozciągłości białawą, nieprzezroczystą zasłonę — i

2. niestosunek między objętością nerwu a zanikiem włókien nerwowych.

Nerwy oczne mają przeważnie zmniejszoną objętość, dochodzą zaledwie średnicy 1—1½ mm. Zmniejszenie objętości dotyczy równocześnie części oczodołowej i czaszkowej. W miarę zaniku, nerwy oddzielają się coraz bardziej od błony zewnętrznej, będącej przedłużeniem opony twardej mózgu, przestrzeń międzypochwowa staje się próżną, wskutek czego błona zewnętrzna pozbawiona podpory, zgina się w liczne zmarszczki.

Ze zmian jednak w objętości nerwu nie można wnosić o zachowaniu się włókien nerwowych. Gdy bowiem w przypadkach ze znacznym zmniejszeniem objętości ilość zachowanych włókien nerwowych była stosunkowo znaczną, to na odwrót w przypadkach zupełnego nawet braku włókien nerwowych, nerwy przedstawiały objętość prawidłową. Ten fakt wskazuje na to, że w nerwie ocznym musi się odbywać obok zaniku włókien nerwowych jeszcze inna sprawa chorobowa, której przyrodę wyjaśniło badanie histologiczne.

Przy badaniu mikroskopowem nerwu ocznego w części oczodołowej i czaszkowej znalazł L. pochewkę zewnętrzną cokolwiek tylko zgrubiałą, nie przedstawiającą jednak zmian zapalnych; pochewkę środkową, oderwaną zupełnie od opony twardej, a przestrzeń między pochewką środkową i wewnętrzną (oponą miękką), wypełnioną obfitym drobnokomórkowym naciekiem.

Zmiany chorobowe w nerwach ocznych dadzą się sprowadzić do dwóch typów: nerw »cienki« i »gruby«. Pierwszy jest daleko częstszym i przedstawia na przekroju poprzecznym obraz znamieny: zamiast podziału włókienek nerwowych na wiązki, widać tylko jednolite utkanie, zasiane guzkami okrągłej lub owalnej postaci, w których środku spostrzedz można jedno lub kilka ciałek czerwonych krwi. Tkanę podstawową tworzy wybujała tkanka neuroglii.

Badając sposobem Weigert'a, znaleźć jeszcze zawsze można kilka utrzymanych włókienek nerwowych.

Drugi typ zbliża się do typu prawidłowego, jest budowy siatkowatej, lecz beleczki te są zgrubiałe, złożone z gęstej tkanki łącznej, a zgrubienie to może dosięgać takich rozmiarów, że mimo za-

nikłych włókien nerwowych, nerw posiada nadal prawidłową objętość. Opisane zmiany anatomiczne nie są, zdaniem autora, czemś właściwym dla wiądu rdzenia kręgowego; odpowiadają one ogólnym zmianom stwardnienia kiłowego tkanek.

Występują tu bowiem 2 okresy:

1. podrażnienia z nowowytworzeniem się naczyń — i
2. daleko silniejszy, oddziaływania tkanek w postaci sklerozy.

Zmiany chorobowe umiejscowiają się zwykle około naczyń, w sąsiedztwie unaczynionej pochewki wewnętrznej, a więc szczególnie na obwodzie nerwu.

Zbierając wszystkie powyższe dane, wypowiada autor przekonanie, że każde zaburzenie nerwu ocznego w ślepotcie przy wiądzie rdzenia kręgowego jest międzymiąższowem zapaleniem nerwu, stwardnieniem kiłowem o pochodzeniu naczyniowem. W nerwie przychodzi do bujania tkanki łącznej i naczyniowej, do stwardnienia naczyń przedtem istniejących i nowowytworzonych, w następstwie czego nerw, pozbawiony dopływu krwi, ulega zanikowi drogą pośrednią, tak, że zbytecznym staje się przypuszczenie pierwotnych zmian miąższowych we włóknach nerwowych.

Te dane anatomopatologiczne odpowiadają w zupełności klinicznym obrazom chorobowym.

Okresowi pierwszemu choroby z nagłą utratą wzroku, bólami głowy, pojawieniem się błysków i iskrzyków, halucynacyi wzrokowych lub zaburzeń umysłowych — odpowiada obraz anatomiczny podrażnienia nerwu wzrokowego i opon mózgowych, objawiający się w nacieku drobnokomórkowym pochewek nerwu i nowowytworzeniu się naczyń w nerwie ocznym. Początek sprawy chorobowej na obwodzie nerwu tłumaczy nam nagłą utratę wzroku, gdyż część obwodowa jest siedliskiem pęczka włókien nerwowych, dążących do plamki żółtej.

Rozmieszczenie zmian chorobowych około naczyń, ich przewaga po stronie obwodowej, tłumaczy nam także brak jednolitego typu zwężenia pola widzenia dla wiądu rdzenia.

Okres kliniczny drugi przewlekłego rozwoju choroby odpowiada fazie anatomicznej stwardnienia i zamknięcia światła naczyń i ich następstwom. Chorzy w tym okresie potrafią jeszcze bardzo długo zachować poczucie światła bez rozpoznawania postaci (*l'état „demi-voyant“*), a zawdzięczają to anatomicznym stosunkom: przetrwaniu kilku odosobnionych włókien nerwowych wśród utkania łącznotkankowego.

Zez zbieżny z przebiegiem przerywanym (Strabismus convergens intermittens.). Dr Hähle (ze Stuttgartu.).

W pierwszym wydaniu podręcznika Graefego-Saemisch'a wyraża się Graefe z powątpiewaniem o istnieniu zez z przebiegiem przerywanym: »ein wirklich typisch intermittierendes Schielen kommt gar nicht vor oder gehört zu den äussersten Seltenheiten«. Trzeba naturalnie odróżnić *strabismus intermittens* od *strabismus periodicus*. Ten ostatni zdarza się bardzo często, zwłaszcza u dzieci, i polega na chwilowem pojawianiu się zez, np. przy patrzeniu na blizkie przedmioty, *strabismus intermittens* zaś okazuje w przebiegu swym wyraźny, regularny tor przerywany, na podobieństwo np. napadów zimnicy. Takich przypadków zaledwie kilka dotąd ogłoszono. Autor spostrzegął w dwóch przypadkach: u 10-letniej dziewczynki i u 7-letniego chłopca typowy *strabismus intermittens*. U dziewczynki wystąpił zez w trzecim roku życia i pojawia się regularnie co drugi dzień: jednego dnia oczy ustawione są zupełnie prawidłowo, istnieje prawidłowe widzenie obuoczne oraz dobrze wyrobione poczucie bryłowości; — nazajutrz od rana pojawia się zez zbieżny oka lewego tak znaczny, że wewnętrzny brzeg rogówki kryje się za mięsko-łzowe i utrzymuje się przez cały dzień w jednakim stopniu, przycem, co dziwne, nie ma wcale dwuwidzenia. W ten sposób *alternando* następują po sobie dni prawidłowego i zezowatego ustawienia oczu. Po atropinie wyszła na jaw obustronnie Hp = 5,5 D przy pełnej bystrości wzroku. Ani atropina jednak, ani noszenie szkieł całkowicie hyperopię wyrównujących — nie wywiera żadnego wpływu na kolejność pojawiania się zez, ani nawet na jego stopień. Raz tylko, gdy dziecko z powodu *angina follicularis* gorączkowało przez 9 dni, zez przez cały ten czas nie ustępował, a i potem przez tydzień jeszcze pojawiał się chwilowo w dniach wolnych od stałego zez. Gdy ani atropina, ani pełna korekcyja, ani na próbę zastosowana faradyzacyja nie odnosiły skutku, a wobec przerywanego przebiegu nie chciano, na razie przynajmniej, podejmować operacyi, odesłano dziecko do domu z poleceniem robienia ćwiczeń stereoskopowych.

Drugi przypadek odnoszący się do 7-letniego chłopczyka, mógł autor spostrzegać tylko przez dwa dni, poprzednio jednak wuj chorego, lekarz, przez czas dłuższy śledził zupełnie regularnie przerywany tor przebiegu zez zbieżnego, który pojawiał się stale również co drugi dzień. W dniach wolnych od zez można było wykazać wyraźną ezoforyę. Bystrość zwroku obustronnie prawidłowa. Hp. m. pr. o. : 1,75 D. l. o. : 1,25 D.

W pierwszym, dokładniej spostrzeganym przypadku, możnaby

przypuścić hysteryczne tło cierpienia, ściśle uzasadnionego jednak wyjaśnienia niezwykłym tym spostrzeżeniom autor dać nie może.

Zapalenie rogówki punkcikowate (Die Keratitis punctata).

Dr R. J o c q s.

Klasyfikacya punkcikowatych postaci zapaleń rogówki nie jest dotąd ustalona, ani ujednostajniona. Najczęściej spostrzegane przypadki ze złogami wypociny włóknikowej na błonie Descemet'a nie mogą być nawet zaliczone do zapaleń rogówki, bo sprawa zapalna toczy się w tych razach w tęczęwce, lub częściej w ciełe rzęskowem. Drugą postać opisaną przez Mauthnera uważa przeważna część autorów za odmianę mięszowego zapalenia rogówki (*keratitis parenchymatosa*). Są to większe i mniejsze, okrągławe, szarawożółte, w tylnych warstwach rogówki położone nacieki zapalne, zlewające się czasem w obłoczkowate zaćmienia. Występują one, zdaniem autora, częściej na tle ogólnej kacheksyi spowodowanej gruźlicą lub żołązami, niż na tle kiły dziedzicznej.

Autor stara się na podstawie objawów wyosobnić trzecią postać, którą spostrzegał w dwóch przypadkach. W mięszu rogówkowym, bliżej przedniej powierzchni występują ostro ograniczone, okrągłe szarozółtawe, punkcikowate ogniska. Choroba rozpoczyna się dość nagle zaczerwienieniem oka, łzawieniem i światłowstrętem. Nie ma żadnych objawów ze strony tęczęwki i ciała rzęskowego. Trwanie cierpienia jest stosunkowo krótkie, a rokowanie dobre. Do usunięcia zapalenia wystarcza leczenie miejscowe, mianowicie dionina i mięsienie zapomocą żółtej maści rtęciowej. — W jednym z przypadków cierpienie wystąpiło w rok po zakażeniu kiłowem, w drugim ogniska barwikowe na obwodzie naczyńki przemawiały raczej za kiłą dziedziczną.

1905, Nr 6.

Wyleczenie raka woreczka żłowego za pomocą promieni Roentgena (Heilung eines Tränensackcarcinoms durch Roentgenstrahlen). Dr Guibert i Dr Guériteau.

Do autorów zgłosił się 56-letni chory z rozległym owrzodzeniem rakowem prawego woreczka żłowego i znacznej części dolnej powieki prawego oka. Owrzodzenia i nacieki były tak głębokie, że o doszczętnej operacyi nie mogło być mowy. Przedsięwzięto leczenie za pomocą promieni Roentgena. Posiedzeń było ośm, a odbyły się one w nieregularnych odstępach w ciągu 3¹/₂ miesiąca. Już po czwartem naświetleniu wystąpiła silna *dermatitis* sącząca i sprawiająca ból i uczucie palenia. Całą twarz i oko

z wyjątkiem skóry zajętej owrzodzeniem nowotworowem — pokrywała gruba ołowiana maska. Posiedzenia trwały 15—25 minut. Po 5-tem posiedzeniu nastąpił wyraźny wzrost ku lepszemu, a po 7-em owrzodzenia zaczęły się szybko zablizniać, a nacieki znikać. Chory rozpoczął leczenie 1 kwietnia 1904, a 18 lipca tegoż roku został wypuszczony jako zupełnie wyleczony. Autorowie mieli sposobność badać go w pół roku później (1 lutego b. r.) i stwierdzili stan jak najlepszy. Zarówno skóra w okolicy woreczka łzowego, jak i skóra na powiece dolnej była gładka, miękka, elastyczna, a obecność tkanki bliznowatej zdradzała się tylko bledszem zabarwieniem i połyskiem przypominającym nieco *vittiligo*. Guzów, ani nacieków w głębi nigdzie nie można wyczuć*).

Dość powszechnie jest mniemanie, że przy stosowaniu światła Roentgena nie należy nigdy doprowadzać do wystąpienia *dermatitis*. Autorowie twierdzą przeciwnie, że dopiero ten silny odczyn zapalny może wyrzucić właściwy skutek leczniczy.

Rev. géner. d'Ophth. 1901, Nr 2. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Dwa przypadki skostnienia soczewki (Deux cas d'ossification du cristallin.). Dr Roure (z Walencyi).

Możliwość skostnienia soczewki ludzkiej jest już dziś rzeczą dowiedzioną. Niedawno złożył Aubineau francuskiemu towarzystwu oftalmologicznemu niezbite dowody histologiczne takiego skostnienia. Autor znalazł w literaturze 19 dokładnie opisanych spostrzeżeń, a do tej liczby dolicza jeszcze cztery (Hirschberg'a, Chevallereau, Parent'a i Rutten'a), gdzie badanie chemiczne zaćmy wapiennej wykazało stosunek składników mineralnych, odpowiadający dokładnie tkance kostnej. Z własnej klienteli przytacza Roure dwa nowe przypadki, z których jeden odnosi się do 5letniego chłopca, a drugi do 16letniej dziewczyny. U chłopca przyszło do nadwichnięcia zaćmy zwapniałej, a w następstwie tego do objawów zapalnych na temże oku i do podrażnienia współczulnego oka drugiego. Autor wydobył zatem, nie bez trudu, zaćmioną soczewkę, co położyło koniec niepokojącym objawom. Badanie histologiczne zarówno zwapniałej warstwy korowej soczewki, jak i jej części środkowych — wykazało liczne ciała kostne i osteoblasty. W wolnej źrenicy widać było obecnie głęboki odbłask żółtawy, pochodzący prawdopodobnie od skostniałej również naczyniówki.

*) Por. Trousseau *Histoire d'un épitheliome palpébral*. Ann. d'Ocul. 1905. Nr 1. Ref. w P. O. Z. III. 1905. str. 124

W drugim przypadku oko, zawierające zwapniałą soczewkę, znajdowało się w stanie bolesnego zaniku i zostało z powodu grożącego niebezpieczeństwa zapalenia współzulnego wyluszczone. Badanie mikroskopowe wyjętej gałki wykryło tkankę kostną tak w zaémionej soczewce, jak i w naczyniówce. Autor jest zdania, że we większości przypadków kostnienie pojawia się pierwotnie w naczyniówce, a następnie dopiero przenosi się na inne części oka i częstokroć obejmuje także soczewkę. —

1905, Nr. 3.

Maska na usta dla operatora przy operacjach ocznych.
(Masque opératoire buccal en oculistique). Prof. H. Truec.

Maski na usta operatora bywają w chirurgii dość często używane zwłaszcza przez profesorów i dyrektorów klinik, którzy muszą niejednokrotnie podczas operacyi wykładać. W chirurgii okulistycznej, o ile rękawiczki aseptyczne, ze względu na delikatność instrumentów i samych zabiegów operacyjnych, nie zdołały się przyjąć, o tyle maski na usta dla operatora zyskują coraz więcej zwolenników. Zwłaszcza przy operacyach połączonych z otwarciem gałki ocznej (jak ekstrakcja, irydektomia i t. p.) wykonywanych bez usypiania chorego, którego operator nieraz musi wzywać do spokojnego zachowania się i pouczać, jak ma oko zwracać — potrzeba maski ochronnej jest widoczną. Mendes de Léon wykazał, że przeciętnie na 300 słów wypowiedzianych 60 kropelek śliny zrasza pole operacyjne, znajdujące się w odległości 35 cm od ust mówiącego, a każda kropelka zawiera w przecięciu 4.375 mikrobów, w części chorobotwórczych.

Autor wykonał też szereg doświadczeń bakteryologicznych. Mówił on przez pięć minut, bo tak długo trwa mniej więcej np. operacja zaćmy, przed płytkami Petri'ego z agarem i żelatyną, ułożonemi w odległości 40 cm. Takie same płytki wystawił też zupełnie na uboczu, dokąd nie mogły się dostawać kropelki śliny. Miały one służyć do porównania. Płytki żelatynowe pozostawiał następnie w temperaturze pracowni (15—18°), a agarowe wstawiał na trzy, cztery lub pięć dni do termostatu (37°—38°). Na płytkach ustawionych na uboczu wyrosło 51 kolonii, na tych, przed którymi mówił bez maski na ustach: 135, a na tych, przed którymi mówił przez maskę z podwójnej gazy: 62 kolonii. Z niezrozumiałych przyczyn pojawiło się przy użyciu maski złożonej z czterech i ze sześciu warstw gazy — więcej kolonii na płytkach (92 i 93), niż przy gazie tylko we dwoje złożonej.

Bądź co bądź niebezpieczeństwo zakażenia rany mikrobami pochodzącymi z jamy ustnej operatora jest niewątpliwe i usprawie-

dliwia w zupełności używanie odpowiedniej zasłony. Autor poleca maskę z podwójnie złożonej, wyjałowionej gazy, rozpiętej na ramkach z cienkiego drucika, dającego się również wyjałowić. Ramki te opatrzone są nóżkami, które się zakłada za uszy tak samo, jak nóżki okularów. Gaza rozpięta jest w odległości 1 cm przed ustami. Cała maska waży 8 gramów*).

Scottish Medical and Surgical Journal. Grudzień. 1904. (Ref. A. Szulistański).

Badania bakteriologiczne w 30 przypadkach keratitis-hypopyon. J. V. Paterson i W. I. Ritchie.

Autorowie wykazali, że w 20 przypadkach na 30 badanych przyczyną owrzodzenia były dwoinki zapalenia płuc (*pneumococcus*) (66·66%); 12 razy znaleziono czystą hodowlę dwoinek, 6 razy zmieszana z innymi bakteriami j. t., 2 razy z *bacillus xerosis*, 2 razy z prątkiem Koch-Weeks'a, 2 razy z gronkowcem białym, 1 z dwuprątkiem (*diplobacillus*). W 10ciu przypadkach znaleziono *bacillus xerosis*. Wrzody powstały przeważnie na tle urazowem. (Wedle ref. Münch. Med. Wchschrift.). —

Vierteljahreschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 1904. T. XXVII. (Ref. A. Szulistański).

Znaczenie obrazu wziernikowego dna oka jako znamię śmierci (Die Bedeutung des ophthalmoskopischen Befundes als Zeichen des eingetretenen Todes.). W. Albrand.

Obok innych zmian pośmiertnych, występujących na oku, może badanie dna oka stanowić bardzo cenny przyczynek do pewnego i wczesnego rozpoznania śmierci. Okoliczności tej nie uwzględniają dostatecznie podręczniki medycyny sądowej, tem mniej zaś podręczniki okulistyki. A jednak może ono nie tylko w wątpliwych przypadkach, n. p. śmierci pozornej, znakomite oddawać usługi, lecz także w pewnych granicach służyć do oznaczenia czasu, w którym śmierć nastąpiła, lub nawet w razie, gdy równocześnie kilku denatów znaleziono, rozstrzygnąć pytanie, który z nich pierwszej umarł.

Pośmiertny obraz wziernikowy dna oka jest następujący (B o u c h u t):

*) Od szeregu lat wprowadziłem maski dla operatora i asystentów w klinice mojej. W.

W $1/4$ — $1/2$ godziny po śmierci jest tarcza nerwu wzrokowego blada, jak śnieg biała, główne pnie tętnicze bardzo zcieńczałe i dostrzegalne tylko w najbliższym otoczeniu tarczy (2, najwyżej 3 śred. tarczy); żyły widzialne są zrazu na większej nieco przestrzeni niż tętnice, lecz również zcieńczałe, słup krwi w nich miejscami poprzerywany. Za pomocą ucisku na gałkę nie można wywołać żadnej zmiany w świetle naczyń, tem mniej zaś objawów tętnienia. Zupełny brak odbłasków naczyniowych i siatkówkowych (Jäger). Już teraz rozpoczyna się, najpierw około tarczy nerwu wzrokowego, szare zaćmienie siatkówki, które wśród dalszej $1/2$ —1 godziny stopniowo i szybko się rozszerza. W ciągu najbliższych kilku godzin objawy te coraz się polegują. Tętnice rozróżnić można już tylko jako cienutkie prążki, ledwie dostrzegalne na samej tarczy lub w najbliższym jej otoczeniu, albo też nawet nie można ich wcale odróżnić, skutkiem rozpoczynającego się pośmiertnego zaćmiewania się rogówki, podczas gdy żyły, w każdym razie mocno zwężone, jeszcze wyraźnie odcinają się od śnieżnego tła tarczy nerwu wzrokowego. Siatkówka już w całości jednostajnie szaro zaćmiona. Z postępującym zaćmiewaniem się środków łamiących, a szczególnie rogówki, zacierą się również obraz wzornikowy, w każdym jednak razie można, według doświadczenia autora, jeszcze w 8—12 godzin po śmierci dojrzeć niektóre szczegóły dna oka. Późem już tylko jednostajny szary odbłask wzornikiem otrzymać możemy.

Opisane tu zmiany pośmiertne, właściwe najwyższym stopniom niedokrewności, mają wiele podobieństwa do obrazu, jaki spotykamy przy zupełnem zaczopowaniu głównego pnia tętnicy siatkówkowej. Występują one jednak jako zmiany pośmiertne znacznie szybciej i wydatniej. Natomiast owa, znamienna dla zaczopowania tętnicy siatkówkowej, czerwona plama, powstająca w dołączku środkowym jako wyraz przeciwieństwa między szarą siatkówką i przeświecającą tu czerwono naczyniówką, daje się w martwym oku zauważyć tylko przemijająco (Gayet) i, co łatwo zrozumieć, nader niewyraźnie.

Więstnik Oftalmologii. 1905. 1—2, 3—4. (Ref. Dr J. Matusewicz).

Przyczynek do operacyjnego leczenia opadnięcia powieki (K operatiwnomu lečenju opuszczenja wierchniawo wieka.). E. P. Braunstein (z Charkowa).

Autor podaje 3 przypadki opadnięcia powieki, operowane przez niego sposobem Lapersonne'a. Cięcie równoległe do brzegu powieki w 4—5 mm przez skórę i *m. orbicularis*, obnażenie chrząstki i ścięgna *levatoris*. Z obu stron ścięgna cięcie pionowe, przez które

przeprowadza się haczyk do tenotomii. Następnie przez nosowy brzeg ścięgna przeprowadza się z zewnątrz ku wewnątrz nitkę z dwiema igłami na końcach; taką samą nitkę przeprowadza się przez zewnętrzny brzeg ścięgna. Ścięgno przecina się u brzegu chrząstki, lub też od dolnego jego brzegu wycina się kawałek. Następnie nitki przedrowadza się przez chrząstkę w odległości 2—3 mm. od wolnego brzegu powiekowego i zawiązuje się, wskutek czego ścięgno *levatoris* przenosi się na przednią powierzchnię chrząstki.

Autor wprowadził małą odmianę w założeniu szwów uwidocznoną na rysunku, a trudną do oddania w słowach. Wynik zarówno kosmetyczny, jak i czynnościowy zupełnie był zadawalniający.

Pemphigus conjunctivae (Samoproizwolnoje smorszeziwanie slizistoj obołoczki głaza. [*Pemphigus conjunctivae*.]). A. A. Makłakow (z Moskwy).

Autor podaje zebrane z literatury dotychczasowe spostrzeżenia, dotyczące się tego rzadkiego zachorowania spojówki, poczem przystępuje do spostrzeganego przez siebie przypadku. Ponieważ był bardzo znaczny *symblepharon* ze zniesieniem zupełnem worka spojówkowego, autor uciekł się do operacji utworzenia brakującego worka. Chora nie zgodziła się na wycięcie błony śluzowej z ust, wobec tego autor użył sposobu, podanego przez Coover David'a w r. 1899 w *The Ophthalmic Record*. Mianowicie utworzył krwawym sposobem worek spojówkowy, a dla uniknięcia zrostów, wypełnił ranę błonką, wydobytą ze świeżego jajka kurzego. Po dość żmudnem odczepieniu błonki, autor przemył ją roztworem fizyologicznym soli i przyłożył wewnętrzną stroną do krwawiącej spojówki dla pewności podwójnie. Umocował ją następującym sposobem: przeprowadził nitkę z 3ema igłami, jedną pośrodku a 2iema po bokach, przez dno nowoutworzonego worka i przez skórę na zewnątrz, gdzie po przeprowadzeniu końców nitki przez 2 kawałki katetera, zawiązał. Błonka pozostawała przez 12 dni. Po zdjęciu, okazał się worek spojówkowy dostatecznej głębokości, wysłany błoną śluzową, z wyjątkiem niewielkiej przestrzeni, gdzie utworzyły się granulacye. Ruchomość gałki i była zupełnie zadawalniająca.

Autor nie łądzi się co do długotrwałości skutków swej operacji wobec rodzaju cierpienia, nie dającego się dotąd opanować. Być może, że okoliczność, iż nowo utworzony worek spojówkowy powstał z tkanki łącznej, a nie z właściwej błony śluzowej, daje pewną rękojmię dłuższego trwania dobrych skutków operacji.

Przyczynek do przypadkowości odczepienia siatkówki (K kazuistické otsojkek sietezatki.). A. B. Cackin.

Autor leczył chorego z ciętą, głęboką raną twardówki. Rana zagoiła się gładko, pozostawiając bliznę lekko wciągniętą. We dwa lata potem zjawił się chory ze znacznem odczepieniem siatkówki dołem na tem oku. Mechanizm powstania tego odczepienia objaśnia sobie autor w ten sposób, że na miejscu blizny przyrosła naczyniówka, a następnie skurczyła się bliznowato, wskutek czego siatkówka odczepiła się, płyn zaś, zbierający się stopniowo poza naczyniówką i spuszczaający się według prawa ciężkości na dół, powiększał odczepienie.

Wniosek stąd wynika, że trzeba być ostrożnym ze stawieniem rokowania przy zranieniach twardówki, które, nawet po dłuższym czasie, mogą sprowadzić ciężkie skutki dla oka.

Tenotomia z wyciągnięciem (sposób Panasa)* (Tenotomia s wyliażeniem [sposob Panasa'a.]). M. N. Błałowieszczewski (z Moskwy).

Praca autora obejmuje część doświadczalną i kliniczną, ma zaś na celu wykazanie, czy sposób Panasa'a z wyciągnięciem mięśnia daje lepszy wynik, niż prosta tenotomia. Doświadczenia wykonywane były na królikach. Na jednym oku wykonywał autor zwykłą tenotomię, na drugim zaś po rozcięciu spojówki wyciągał mięsień za pomocą ciężarka przewieszzonego przez blok, a dopiero potem przecinał. Po niejakiem czasie wykonana sekcya wykazywała: 1. Mięsień po tenotomii z wyciągnięciem przyrastał dalej od rogówki, czyli, że skutek był w tym wypadku silniejszy. 2. Po wyciągnięciu mięsień staje się grubszy i tęższy, niż po zwykłej tenotomii, z czasem zresztą znika ten skutek i mięsień wraca do stanu prawidłowego. 3. Tylko wtedy osiąga się dodatni wynik po wyciągnięciu, jeżeli mięsień nie okazywał śladów zmęczenia po przecięciu.

Według autora skutek wyciągnięcia tłumaczy się tem, że mięsień przez mechaniczne podrażnienie wprowadzony jest w stan tężcowego skrócenia i w tym stanie przylega dalej do twardówki i przyrasta. Wyciągnięcie więc służy jako bodziec. Zastąpienie go innemi, jako to: zmianą ciepłoty, elektrycznością, dało takie same wyniki.

Kliniczne spostrzeżenia oraz zestawienia przypadków, operowanych metodą Panasa'a i przez zwykłą tenotomię, wykazały, że skutek po operacyi Panasa'a jest większy, niż przy zwykłej tenotomii. —

*) Wyjątek z rozprawy: »W sprawie operacyjnego leczenia *strabismus concomitans* (sposób Panasa'a)«. Moskwa. 1904.

Guz pierwotny nerwu ocznego (Pierwicznaja opuchol' zrietielnawo nierwa.). P. I. Czystiakow (z Tomska).

Przypadek dotyczył młodej dziewczyny, dotkniętej od 1½ roku trzeszczem lewego oka, stopniowo się zwiększającym. V. O. Poza gałką ku górze dawał się wyczuć guz, stojący w ścisłym związku z gałką. Ucisk był nieco bolesny. Wykonano operację Krönlein'a z wyluszczeniem gałki, guz dał się w całości usunąć. Zewnętrzne opony nerwu okazały się zachowane w całości, guz zaś przedstawił się pod mikroskopem, jako *glioma* z ogniskami, jak się zdaje, myksomatycznymi.

Żółta maść w ostrym, zakaźnym niezycie spojówkowym (Zółtaja osutnaja maź pri ostro-zaraznom konjunktiwicie.). R. A. Katz.

Na podstawie szeregu doświadczeń autor gorąco poleca ten środek, działający nadzwyczaj szybko i nie wywołujący żadnych złych skutków w ostrych niezycach spojówki. Stosował ją autor z kokainą lub bez niej.

III. Z TOWARZYSTW.

1 IX zjazd lek. imienia Pirogowa w Petersburgu. (Dok.).

Posiedzenie z dn. 5 stycznia st. st. 1904.

Reinhardt: *Szerzenie się jaglicy i ślepotą w Kurlandyi.*

R., w przeciągu r. 1899, 1900, 1901 i 1902, znalazł na 11,500 chorych ocznych 35% chorych na jaglicę. Pośród chorych na jaglicę było 52% cierpiących na łuszczkę.

U dzieci uczęszczających do szkół jaglica była częstą (12,3%), najczęstszą u dzieci uczęszczających do szkółek ludowych (26%), znacznie rzadszą u dzieci uczących się w gimnazjum i w szkołach realnych (2,3%).

Do szkółek ludowych chorych na jaglicę dzieci w wieku lat 9—10 wstępuje 23%.

Dr R. utrzymuje, że w Kurlandyi 20% całej ludności choruje na jaglicę; jaglica też jest główną przyczyną ślepoty (36%), po jaglicy zaś jaskra 14,7%. —

Dr Braunstein: *Operacyjne leczenie jaglicy.*

Idąc za Kuhnt'em, B. przez leczenie operacyjne jaglicy rozumie:

1. wycinanie załamka spojówki,

2. wycinanie częściowe chrząstki wraz z załamkiem spojówki,
3. usuwanie chrząstki bez wycinania spojówki.

B. 78 razy wycinał sam tylko załamek spojówki w oczach dotkniętych jaglicą, 110 razy wycinał razem z załamkiem spojówki część chrząstki i 2 razy usuwał chrząstkę bez wycinania spojówki.

Z wyników operacyjnego leczenia B. jest bardzo zadowolony i gorąco poleca kolegom ten sposób leczenia jaglicy.

Noiszewski radzi nie przeceniać wartości leczniczej wycinania spojówki (sprowadza ono nieraz blizny i kserozę), a indywidualizować przypadki: przypomina też podany przez siebie sposób leczenia ciężkich postaci jaglicy przeszczepianiem błony śluzowej z ust pod powiekę.

Łotin podaje, że widział chorych, operowanych sposobem Noiszewskiego, i potwierdza dobre wyniki tej operacji.

Reinhardt widział nieraz bardzo smutne wyniki po wycianiu spojówki i chrząstki; przeciwnie Iwanow i Czemołosow są gorącymi zwolennikami metody operacyjnej Kuhnt'a.

Kohon: *Operacyjne leczenie podwinięcia powiek.*

Margalin: *Badanie przyczyn powstawania jaglicy.*

M. chciałby urządzenia ciała zbiorowego, złożonego z bakteriologów, anatomopatologów, klinicystów i higienistów, dla swoich badań powstawania jaglicy i poszukiwań najskuteczniejszych sposobów zwalczania jaglicy.

Wydział oczny zjazdu Pirogow'a wyznaczył osobną komisję dla opracowania projektu Morgalin'a.

Posiedzenie z dn. 8 stycznia st. st.

Dr Kubli pokazał chorego z *nowotworem gruczołu łzowego.*

Dr Wygodski: *Wyniki operacyjnego leczenia jaskry.*

W., jakkolwiek przyznaje, że leczenie operacyjne jaskry nieraz zawodzi w wypadkach jaskry niezapalnej, a niekiedy szkodzi, radzi jednak i przy jaskrze niezapalnej wykonywać wycięcie tęczówki.

Prof. Bellarminow utrzymuje, że leczenie nieoperacyjne daje przy jaskrze niezapalnej bardzo dobre wyniki.

Prof. Ewetzky zapatruje się bardzo sceptycznie na działanie lecznicze wycięcia tęczówki nie tylko przy jaskrze niezapalnej, ale i przy jaskrze zapalnej, poleca zaś *sclerotomia posterior.*

Noiszewski: *Widzenie przy strabismus alternans.*

Podwójnego widzenia przedmiotów nie ma przy zezie naprzemiennym, nawet i wtedy, gdy zez jest niewielki, a sprawność wzrokowa w obu oczach zupełnie równa i prawidłowa.

Brak widzenia podwójnego zrozumieć można tam, gdzie oko

zezujące dotknięte jest niedoślepem, lub tam, gdzie zez jest bardzo wielki; w pierwszym bowiem wypadku obraz przedmiotu jest niewyraźny, a w drugim pada na części zbyt obwodowe oka zezującego. Ale tam, gdzie zez jest nieznaczny, a sprawność wzrokowa prawidłowa, tam brak podwójnego widzenia nie jest łatwym do wyłómaczenia.

N. brak widzenia podwójnego przy zezie naprzemiennym uważa jako objaw zwyrodnienia i atawizmu, t. j. powrotu do typu nie posiadającego widzenia binokularnego i używającego naprzemian to jednego, to drugiego oka, jak to widzimy u większości zwierząt.

Dr Katz podał wypadek, w którym przy zupełnej prawidłowości osi wzrokowych i prawidłowej sprawności wzroku nie podobna było żadnym sposobem wywołać podwójnego widzenia; przychyła się do poglądu Noiszewskiego, że brak aktu binokularnego widzenia może być wrodzony.

Dr Braunstein zapytał Noiszewskiego, czy brak aktu widzenia obuocznego jest, według niego, zwyrodnieniem siatkówek, czy zwyrodnieniem psychicznem?

Dr N. uważa brak obuocznego widzenia jako wrodzoną niezdolność wytwarzania wzrokowych wyobrażeń odległości.

Dr Noiszewski: *Zjawisko Purkinje'go i adaptacja siatkówki* (Druk. w Post Okul.).

Dr Weinstein: *Przyczynek do nauki o torbielach wewnętrznych gałkowych.*

Posiedzenie z dn. 9 stycznia.

Dr Wygodski: *Usuwanie worka łzowego.*

Dr Łotin: *Przyczynek do leczenia elektrolizą dróg łzowych.*

Dr Blessig: *O złoгах grzybkowych w przewodnikach łzowych.*

B. jest zdania, że złoги grzybkowe w przewodnikach łzowych nie powinny być uważane jako promienica, ponieważ żadnych objawów chorobowych, swoistych dla promienicy, przy tem nie ma. Wygląd zewnętrzny i drobnowidowy grzybków również nie zawsze bywa jednakowy, nie należy więc mówić o *actinomycosis canaliculi lacrymalis*.

Dr Łobanow: *O całkowitem wyrównaniu szklami krótkoogniskowości (myopia).*

Ł. wypowiada się za całkowitem wyrównaniem; przeciwnie Dr Braunstein jest przeciwnikiem całkowitego wyrównania krótkoogniskowości.

Dr Noiszewski sądzi, że pytanie o całkowitem lub tylko częściowem wyrównaniu krótkoogniskowości nie może być rozstrzygane przy pomocy statystyki. Gdyby nawet większość znosiła do-

brze całkowite wyrównanie, to na podstawie tej nie podobna zmusić wszystkich do noszenia szkieł, wyrównujących całkowicie krótkoogniskowość.

Należy uwzględnić nie tylko samą akomodację, ale również zbieżność i koordynację zbieżności z ruchami głowy i tułowia. Są wypadki, gdzie chorzy nie tylko czytać, ale nawet chodzić nie mogą ze szkiełami, całkowicie wyrównującymi ich krótkoogniskowość. Dotyczy to w szczególności osób starszych, u których utworzyły się już trwałe skojarzenia aktów ruchowych z obrazami ruchowymi na siatkówce.

Dr Grabowski: *Przyczynek do leczenia zapalenia tęczówki ostrego nieswoistego.*

G. jest gorącym zwolennikiem leczenia zapalenia tęczówki elektryzacyjną.

Dr Braunstein podnosi, że w klinice ocznej prof. Hirschmann'a w Charkowie od dawna już leczą zapalenie tęczówki galwanizacyjną.

Dr Noiszewski przypomina, że jeszcze w r. 1890 polecił osobną hydroelektrodę dla leczenia galwanizacyjną chorób ocznych (Centralbl. f. Aghk. 1890. Post. Okul. Nr 11. 1900.).

Posiedzenie z dn. 10 stycznia.

Dr Zielenkowski: *Stan obecny nauki o samoistnem zakażeniu oka.*

Z doświadczeń Dra Zielenkowskiego i Dra Wojciechowskiego wypada:

1. Krążące we krwi drobnoustroje dosyć często dostają się do przedniego odcinka gałki; bronią zaś od zakażeń swoiste działanie na drobnoustroje cieczy wodnistej i fagocytoza.

2. Tylny odcinek gałki (ciało szkliste) jest podatniejszy dla rozwoju drobnoustrojów chorobowych, ale trudniej im dostać się do tylnego odcinka.

3. Podrażnienie i uraz gałki ułatwia drobnoustrojom dostawanie się zarówno do przedniego, jak i do tylnego odcinka gałki.

Dr Czemołoso: *Wpływ podrażnień świetlnych w obwodowych częściach siatkówki na widzenie naośne* (będzie referowane osobno).

Dr Weinstein: *Działanie kokainy i holokainy na rogówkę.*

W. potwierdza spostrzeżenia Bellarminow'a, Reich'a, Knappa, Pflüger'a, Ewersbusch'a o szkodliwym działaniu kokainy i holokokainy na rogówkę*).

*) Referent niezupełnie na to się zgadza, używa on kokainy z dobrym bardzo wynikiem w zapaleniach rogówki.

Dr Kubli: *O większej wstrzemięźliwości w używaniu atropiny i środków rozszerzających źrenicę w chorobach ocznych.*

Nie należy używać atropiny przy zapaleniach spojówki, być ostrożniejszym w używaniu atropiny w chorobach rogówki; unikać używania atropiny przy oznaczaniu wad załamania i ogniskowania (refrakcja i akomodacja) i ostrożniej, niż dotąd, używać atropiny przy zapaleniach tęczówki.

Dr Wygodski i Dr Katz są tego samego zdania, co i podawca, przeciwnie prof. Bellarminow, Dr Grabowski i Dr Braunstein wypowiadają się za szerokiem używaniem atropiny, a Dr Lisicyń podaje, że w kilku wypadkach jaskry, powikłanej zapaleniem tęczówki, widział wyraźne pogorszenie od ezeryny i pilokarpiny, gdy przeciwnie skopolamina wywierała wpływ dobroczynny: ustępowały bóle, podrażnienie i tylne zrosty*).

Dr Maławkin: *Badanie sprawności wzrokowej u młodych marynarzy przy słabych stopniach oświecienia.* —

Dr K. Noiszewski.

2. Niemieckie towarzystwo lekarskie w Pradze.

Posiedzenie z dn. 2 grudnia 1904.

Dr Stransky Hugo przedstawił swe zapatrywania na istotę presbyopii, które w krótkim zarysie są następujące: Twardówka ludzkiego oka staje się z biegiem lat coraz zbitszą i coraz mniej podatną. W młodym wieku zmiana ta jest wynikiem naturalnego powiększania się gałki ocznej przy ogólnym wzroście ciała, przy czem twardówka zyskuje na zbitości i grubości. W starości trzy czynniki składają się na tę wzmagającą się *rigiditas* twardówki: 1. Tkanka jej staje się gęstsza; 2. powstają w niej złogi wapniowe; 3. ubywa włókien sprężystych. Skutkiem zwiększonej niepodatności twardówka nie może ulegać pod wpływem parcia wśródocznego fizyologicznemu napięciu i przybiera postać, odpowiadającą twardówce, uwolnionej od ciśnienia wśródgałkowego. Innemi słowy cała twardówkowa osłona gałki ocznej pomniejsza się z biegiem lat tak, że przeciętna długość promienia gałki skraca się w okresie między 10tym a 70tym rokiem życia około o 0,3 mm. To pomniejszenie rozmiarów gałki ocznej sprowadza zmniejszenie pierścienia rzęskowego, do którego przyczepiają się włókna więzadełka Zinn'a. Stąd zwolnienie tego więzadełka, które z kolei powoduje zmianę krzywizn

*) Wiadomo, jak niekorzystnem jest szybkie zabliznienie się rany po irydektomii przy jaskrze. Dla opóźnienia zabliznienia niekiedy należy po irydektomii zakropić parę razy atropinę.

soczewki, ta bowiem w myśl teorii Helmholtz'a przybiera w takich warunkach (poza aktem akomodacji!) postać bardziej do kuli zbliżoną. Że ta zmiana postaci soczewki nie wpływa na wzmożenie siły refrakcyjnej oka, to ma swą przyczynę w postępującem równocześnie stwardnieniu jądra soczewki, która na tem tyle siły łamliwej traci, ile jej zyskuje na wypukleniu swej przedniej i tylnej powierzchni. Natomiast to trwałe wypuklenie soczewki zmniejsza stopniowo szerokość akomodacji, ponieważ różnica między postacią soczewki na szczycie akomodacji i w chwili jej zupełnego zwolnienia z każdym rokiem maleje. — *K. W. Majewski.*

3. Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie z dn. 13 stycznia 1905.

Doc. Szulistański przedstawia chorobę ze samoistnem wyleczeniem się *gruźlicy spojówki* jednego oka. Gruźlica była stwierdzoną drobnowidowo.

Posiedzenie z dn. 17 lutego 1905.

Doc. Bednarski przedstawia preparat anatomiczny *wrodzonego torbiela powieki dolnej, połączonego ze zarodkową gałką oka.*

U 3 $\frac{1}{2}$ miesięcznego dziecka wyjął B. gałkę oczną, nieco większą niż owoc wiśni, wraz z torbielem, mniej więcej wielkości śliwki. Na gałce rozróżnić można było rogówkę i cienki nerw wzrokowy, twardówka nie okazywała śladów bruzdy zarodkowej. Torbiel, wypełniony cieczą przezroczystą, połączony był z gałką za pomocą krótkiej, zbitej szypuły, pół ctm grubej, która wychodziła z tylnej części gałki, tuż poniżej nerwu wzrokowego. Drugie oko było wielkości prawidłowej, *coloboma iridis*, ani też *chorioidae* nie było, koło tarczy nerwu wzrokowego nieco jaśniejsze zabarwienie, najprawdopodobniej nie było to jednak *coloboma nervi optici*.

Preparat będzie badany drobnowidowo, a wynik ogłoszony drukiem.

Posiedzenie z dn. 3 marca 1905.

Dr Reis: *O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: Conjunctivitis Parinaudi* (z okazaniem chorej).

Na oddział prof. Macheka w szpitalu powszechnym zgłosiła się dziewczyna 14letnia, zajęta przy dojeniu krów, podając, że najpierw wystąpił obrzęk na szyi po stronie lewej, a następnie, przed 2oma miesiącami, zaczęło boleć oko lewe. Badanie wykazuje na

dolnym załamku prawego oka mieszki, a na górnym przerost brodawek lekki. Na oku lewem widzimy na górnym załamku wybujałości różowe, nierówne, dość zbite, tworzące jakby koguci grzebień, ponadto oko nie jest zadrażnione, wydzieliny nie ma, rogówka czysta. Gruczoły podszczękowe po stronie lewej powiększone, wielkości orzecha włoskiego, twarde. Prelegent rozpoznaje *conj. Parinaudi*. Badanie anatomiczne wykazało utkanie, zbliżone do nacieku limfoidalnego. Badanie na prątki gruźlicze z wynikiem ujemnym.

W rozprawach Doc. Bednarski podnosi, że prelegent pominął ziarna jaglicowe, znajdujące się na załamku górnym oka prawego. B. rozpoznaje stanowczo sprawę jaglicową na oku prawem. Co się tyczy oka lewego, nie widzi dostatecznych podstaw do pewnego rozpoznania *conj. Parinaudi*. Na wywiadach opierać się nie można, badanie zaś anatomiczne i brak prątków gruźliczych do rozpoznania wspomnianego cierpienia jeszcze nie uprawniają.

B. sądzi, że najprawdopodobniej i na lewym oku mamy do czynienia z jaglicą, czy zaś obok jaglicy istnieje także *conj. Parinaudi*, sądzi, że może na pewne rozstrzygnąć jedynie spostrzeganie dalszego przebiegu i zejścia.

Prof. Machek zgadza się z rozpoznaniem prelegenta, podnosi brak wydzieliny i brak zajęcia rogówki, która nigdy przy *conj. Parinaudi* nie bywa zajęta, a wreszcie cały obraz chorobowy typowy dla *conj. Parinaudi*, jakkolwiek przypominający wielce sprawę jaglicową.

Doc. Bednarski stwierdza częsty brak wydzieliny przy jaglicy, i że to samo dotyczy również braku zajęcia rogówki.

Prof. Gluziński mówi, że gdyby nie wiedział o oku, to rozpoznałby z wejrzenia chorej obrzęk gruczołów skrofaliczny. Przypuszcza, że, jeżeli choroba ta zaczęła się od zajęcia gruczołów podszczękowych, a potem dopiero wystąpiły objawy oczne, to chorobę tę uważałby należało jako skazę ogólną, a nie za cierpienie wyłącznie oka.

Prof. Kadyi twierdzi, że mogła być sprawa na spojówce, a chora jej nie zauważyła, że wywiady w takich wypadkach nie pomagają. —

A. Bednarski.

Posiedzenie d. 17 marca 1905.

Dr Feuerstein: *Idiotismus familiaris amauroticus (Tay-Sachs)* na podstawie spostrzeżenia z praktyki. Choroba ta opisana została niedawno. Dotychczas znanych jest pięćdziesiąt kilka przypadków, a dotyczyły one przeważnie dzieci żydowskich. Etiologia cierpienia nie jest znana. Dzieci do 5 miesiąca rozwijają się prawidłowo, potem stają się stopniowo niedołążne, a w 2—3 roku życia

umierają. Obok zniedołężnienia umysłowego występuje zaniewidzenie, przeczulica słuchowa i porażenie kończyn. Bardzo znamienym jest przytem obraz wziernikowy. W plamce żółtej występuje biała plama, w środku której znajduje się czerwony punkt, podobnie jak przy embolia art. centr. ret. Zmiana ta jest obustronną, trwałą, później dołącza się do niej zanik tarczy nerwu wzrokowego. Przepuszczają, że siatkówka ulega zwyrodnieniu, głównie komórki zwojowe, a ponieważ fovea centr. ich nie zawiera, więc pozostaje czerwona. Sekcyi jest dotąd 9 niedokładnych. Choroba występuje często w tej samej rodzinie u kilku dzieci, czy jest wrodzoną, zdania co do tego są podzielone, prawidłowy rozwój dziecka w pierwszych miesiącach przemawiałby za zmianami nabytymi. Następuje przedstawienie chorego.

W dyskusyi Dr Bednarski potwierdza opis dna oka przedstawiony przez prelegenta: mówi, że chociaż obraz wziernikowy przypomina rzeczywiście obraz przy zatorze tętnicy środkowej siatkówki, przecież jest odmiennym. Plama w plamce żółtej ma barwę ścięgnistą, niebieskawą o połysku nieco aksamitnym, brzegi jej są nierówne, postrzępione ale ostro przytem odgraniczone. Wogóle obraz jest tak znamieny, że go nie można pomieszać z żadną inną chorobą dna oka.

A. Bednarski.

IV. ROZMAIŃOŚCI.

Leczenie jaskry. W Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1905. Nr 6. Silex omawia ważne dla lekarza praktykującego główne objawy i sposoby leczenia tej często zapoznawanej choroby ocznej. Z rozprawki zaznaczamy, iż autor podnosi trzy sposoby postępowania przy ostrej jaskrze, t. j. iridektomią natychmiastową, leczenie lekowe poprzedzające tamtą i wyłącznie lekowe postępowanie, skłania się w niektórych razach do pierwszego sposobu i operuje przeważnie w narkozie, a obierając drugą drogę stosuje przez nas podaną kompozycyę, t. j. rozczyn eseryny, pilokarpiny i kokainy. Co do ostatniej zaś drogi przez Cohna propagowanej jest jej przeciwnikiem, co słusznem mienimy. Wycięcia zwoju szyjowego symp. nie robił, dla tego zdania swego co do wartości tego rękoczynu nie wyowiada.

IV.

Nowe czasopismo okulistyczne, la Rivista italiana di Ottalmologia wychodzi w Rzymie pod redakcyą prof. Parisotti.

Tow. oftalmologiczne, węgierskie odbędzie posiedzenia tegoroczne dn. 11 i 12 czerwca, w klinice okulistycznej królewskiej w Bu-

dapeszcie. Komitet wybrał jako przedmiot referatu patologię i terapię jaglicy a nadto operację zaćmy. W.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Pan Dr Jan Sędziak, czcigodny nasz współpracownik, został, jak się właśnie dowiadujemy, nagrodzony na konkursie Tow. laryngologów w Ameryce za pracę pod tyt. »the etiology and treatment of mycosis occuring in the opper respiratory tract.«. Cieszymy się z odznaczenia i życzymy dalszego uznania rzetelnej pracy naukowej.

Dr Gallemaerts mian. prof. okulistyki i dyrektorem kliniki w Brukseli.

Doc. Dr Best w Giessenie mian. nadzw. prof.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Wolfe, em. prof. okulistyki w Glasgowie.

VII. OD REDAKCYI.

Wydając tym razem podwójny numer, zniewoleni jesteśmy za opóźnione pojawienie się »Postępu okul.« spowodowane przeważnie zmianą osób w drukarni naszego pisma, jaknajmocniej przeprosić Szan. czytelników, a współpracowników naszych prosimy przy tej sposobności bardzo usilnie o regularne dostarczanie nam streszczeń z artykułów, pojawiających się w literaturze wszech światowej, jako też o prace oryginalne. Niechaj jedyne pismo okulistyczne polskie będzie obrazem ruchu naukowego okulistycznego całej rzeszy naszej we wszystkich dzielnicach naszej Ojczyzny. Wszak nowi co rok przybywają pracownicy, uprawiający niwę okulistyczną, chętnie ich obok dawnych wypróbowanych naszych współpracowników pragnęlibyśmy widzieć zeszerogowanych około »Postępu okulistycznego«, którego łamy stoją do rozporządzenia Kolegów dla wszystkiego, co postępem w naszej specjalności się znaczy. W.