

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

WSPÓŁUDZIAŁAŁEM PP.: DRA HABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁĘKANA, DOC. DRA
BEDNARSKIEGO. DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE
LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO,
PROF. FILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO
W DYNABURGU, DRA RUMSZEWCZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE,
DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec
Kwiecień

— ROKNIK ÓSMY —

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śródbłoniak.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Velhagen*), idąc za Elsch nig'em zalicza brodawczaki (papillomaty) do nowotworów polipowatych; na podstawie przypadków podanych w piśmiennictwie i swoich własnych daje on taki ogólny obraz brodawczaka: brodawczak jest barwy różowoszarej lub różowej, powierzchnia jego czasem gładka, częściej nierówna, podstawa szeroka lub szypułkowata; mieści się brodawczak na spojówce gałki i na spojówce powiek, na załamku worka spojówki, na załamku półksiężycowatym, na mięsku łożawem; często w kącie wewnętrznym oka, bardzo rzadko w kącie zewnętrznym.

*) Velhagen, Ueber die Papillombildung auf der Conjunctiva. Vos-sius' Sammlung. 1904. Band V, Heft 7.

Z budowy brodawczaki podobne są do szyszkowin (kondylomaty), pokrywa je gruba warstwa nabłonka, a nie tylko grubozornie*), ale nawet drobnoczornie trudno, niekiedy niemożliwie, rozpoznać brodawczak od raka.

Dnia 31 czerwca 1904 r. zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance właściciel ziemski z Litwy, p. D. D., lat 37, skarżąc się na ból i obrzęk oka lewego. Przed czterema tygodniami p. D. zauważył na spojówce powieki dolnej oka lewego mały pryszczyk, który usunięto. Wkrótce jednak potem w miejscu, gdzie się znajdował pryszczyk, wytworzyła się ziarnistość, którą leczono przyżeganiem 2% roztworem azotańu srebra. Chory utrzymuje, że po dwutygodniowym leczeniu było mu znacznie lepiej: ropienie ustało zupełnie, a stan powieki dolnej tak się poprawił, że chory powrócił do domu.

Po tygodniu jednak nastąpiło znaczne i nagłe pogorszenie, a ponieważ lekarz, u którego się uprzednio leczył, wyjechał, zwrócił się do lecznicy ocznej na Pohulance.

Chory jest mocnej budowy i z wyraźną skłonnością do tycia; przed dwudziestu laty przebywał kiłę, ale wyleczony nigdy odtąd żadnych oznak przebytego cierpienia nie miał, na żadną też inną chorobę aż dotąd nigdy nie chorował; jest żonaty i ma zdrowe dzieci. Oko prawe zdrowe, powieki oka lewego mocno obrzmiałe; przy rozwieraniu powiek wylewają się obfite łzy i skąpa wydzielina śluzowa. Spojówka powieki dolnej, górnej, załanka i spojówka gałkowa mocno przekrwione, a rogówka na całym obwodzie przyległym do spojówki pokryta licznymi naciekami wielkości ukłuć igły. Na dolnej powiece oka lewego, w odległości 4 mm. od mięska łzowego, znajduje się chropawa wyniosłość barwy brudnej czerwonawo-żółtej, wielkości 1 cm. kw. Nie ma żadnych owrzodzeń ani na samej wyniosłości, ani na jej granicach. Po wykluczeniu jaglicy, nieżyty wiosennego, gruźlicy i kiły (kiłę przebywał wprawdzie chory, ale przed laty dwudziestu i leczony zupełnie prawidłowo nie miał aż dotąd ani razu nawrotów) pozostawało więc tylko

*) Grubozorny = makroskopowy, drobnoczorny = mikroskopowy.

rozstrzygnąć pomiędzy nowotworem łagodnym (brodawczak), a złośliwym. Gdy chory zgodził się na usunięcie nowotworu, 4-go sierpnia czterema cięciami oddzieliłem pod kokainą nowotwór od zdrowego utkania spojówki, od podłoża zaś usunąłem nowotwór razem z częścią chrząstki.

Już na drugi dzień 5 sierpnia zarówno ogólny stan chorego jak i wygląd oka operowanego był nie do poznania. Na czwarty dzień wszystkie objawy zapalne ustąpiły i wtedy dopiero zauważyłem, że pozostały jeszcze dwa maleńkie guziczki: jeden tuż przy linii cięcia od strony mięska łzowego, a drugi na samym mięsku łzowym, obydwu wielkości ziarn makowych.

Po usunięciu tych guziczków poprawa następowała tak szybko, że już po dwóch tygodniach chory wyjechał zupełnie wyleczony.

Pozostało jednak pytanie z jakim nowotworem mieliśmy do czynienia, a miało ono znaczenie nie tylko naukowe, ale i życiowe ze względu na trwałość wyleczenia i spokój chorego.

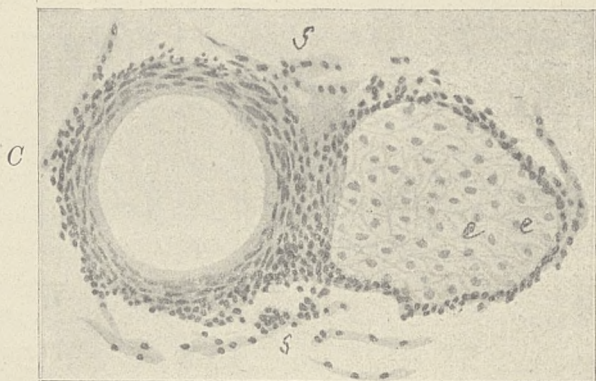
Dla rozstrzygnięcia tego pytania część nowotworu przesłałem p. Dr. Konradowi Rumszewiczowi w Kijowie, który nie tylko zbadał, ale i przesłał mi preparat drobnozorny nowotworu. Drugą część badał Dr Rippe z Dorpatu, obecnie zamieszkały w Dźwińsku.

Obydwom PP. Kolegom składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

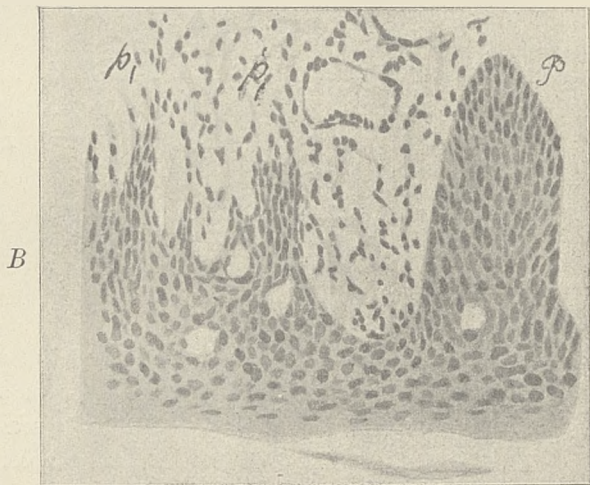
Zarówno jednak kol. Rumszewicz jak i kol. Rippe nie wypowiedzieli się stanowczo. Przytem kol. Rumszewicz przychylił się do rozpoznania w nowotworze śródbłoniaka, a kol. Rippe wahał się w rozpoznaniu pomiędzy nabłoniakiem a brodawczakiem. I rzeczywiście są w nowotworze miejsca znamienne dla śródbłoniaka, są inne znamienne dla nabłoniaka, ale znowu znacznie więcej jest takich miejsc, które wskazują na typowy brodawczak. Za rozpoznaniem brodawczaka przemawia i wieloogniskowość nowotworu (guziczki po za granicami wyniosłości).

Zdaje się więc, że mamy w danym wypadku postać

mieszana, mianowicie brodawczak, który może pod działaniem podrażnień przyżeganiem w jednych miejscach przechodzi w na-



Rys 1



Rys. 2.

bloniak, a znowu w innych w śródbłoniak. Szczególniej znamienem jest miejsce oznaczone na rys. 1, B. przez p. p.:^{er}wi-

dzimy tutaj obok prawidłowych brodawek (P) znamienych dla brodawczaka miejsca oznaczone przez p, p, gdzie komórki nabłonkowe przekroczyły graniczną właściwą i rozsiały się pośród tkanki łącznej, a znowu na rysunku 2, C widzimy komórki śródbłonkowe, przenikające do tkanki łącznej.

Niezwykłe silne krwawienie spojówki powłkowej po przypaleniu jaglic.

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Wynacznienia silniejsze spojówki zdarzają się często nieraz po lekkich jak wiadomo obrażeniach czy to przypadkowych czy to po rękoczynach leczniczych, np. zastrzyknięciach podspojówkowych rozczynów soli. Widywałem je tak znaczne, iż cała spojówka gałki aż po załamki ciemną krwią podbiegniętą była, a nawet występowały krwistki podspojówkowe.

U dzieci po wysiłkach cielesnych, dalej po kokluszu bardzo wybitne wynacznienia sam podobnie, jak niewątpliwie inni koledzy widywać miałem sposobność.

Wynacznienia spojówkowe samoistne u osób starszych miażdżycą naczyń dotkniętych są znanym objawem; uspakaając zaniepokojonych co do oka chorych, przedstawiać zwykłem objaw jako przestrożę w obec niebezpieczeństwa, jakie chorym grozi w razie nieprzestrzegania pewnych higienicznych przepisów.

Zdarzają się takie wynacznienia także po wymiotach, jako i w chorobie Barlowa, Werlhoffa i w skorbucie.

Krwawienia i wynacznienia po operacji wykonanych na powiekach nie wchodzi tutaj w grę, gdyż nie o spojówkę, która nieraz przy tem może doznać również przecięcia, ile o większe chodzi naczynia skórne.

Mało znane są krwawienia podspojówkowe przy zaburzeniach miesiączkowania jako zastępcze. I tak E. van (*Vicarious menstruation Amer. Med. N. 14 1903*) opisuje ciekawy odnośny przypadek, w którym przyszło do znacznego krwawienia u kobiety 42 letniej po ustaniu miesiączki.

Ciekawe są również krwawienia podspojówkowe wskutek ucisku klatki piersiowej względnie trzewów brzusznych. Spostrzegali je Hueter i Voigt (*Willers Inaug. Dissert. 1875*). Perthes (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie t. 50 p. 436*), później Braun (tamże t. 51. p. 599), dalej z okulistów Wagemann w r. 1900 (*Arch. f. Ophth. t. 51 p. 551*), Pichler (*Zeitschrift f. Augenheilk. 1903*). Jak Wagemann na podstawie kilku przypadków z kliniki prof. Lebera a, później kilku innych z kliniki chirurgicznej Czernego w przytoczonej pracy wykazał, rozchodzi się przy tem o zastój w żyłach głowy wskutek ucisku czy to klatki piersiowej czy też brzucha.

Wszystkie te zazwyczaj tylko podspojówkowe krwawienia prędzej czy później same *cessante causa* znikają bez jakiegokolwiek interwencji lekarskiej. Krwawienie zaś ze spojówki przyzęganej z powodu jaglicy należy bądź co bądź do niezwykłych objawów, a że taki przypadek wymagał nawet dość energicznej pomocy, niechaj mi go wolno będzie w krótkości opisać, tem więcej, iż budzi on nietylko kazuistyczne zajęcie, ale może pewne dać wskazówki pod względem terapeutycznym.

Tadeusz K. 10 letni syn wachmistrza zgłasza się do kliniki 22/4 1905. Rozpoznano *conj. catarrh, granula dispersa*. Matka podaje, że chłopiec poprzednio przez okulistę był leczony na jaglicę. Zrazu przepisano mu *zinc. sulf.* ze sublimatem a dopiero z początkiem roku szkolnego, gdy chłopca z powodu wzmożenia dolegliwości ocznych ponownie przedstawiono, dla zasięgnięcia porady w klinice, usiłowano zrobić wypalenie, przed którym jednakże malcowi udało się ucieczką ująć. Dopiero w połowie grudnia wypalono kilka ziaren. To miało się, jak odnośny asystent zapewniał, jeszcze kilka razy ponowić, ale bez znaczniejszego krwawienia. Dopiero w dniu 15/1 gdy osta-

tni raz wypalono kilka jaglic, chory bardzo niespokojnie się zachował, a po wypaleniu stwierdzono »nieco silniejsze krwawienie«. Zastosowano suprareninę i maść kseroformową.

Dnia 18/1 zgłasza się matka z dzieckiem w pomieszkaniu mojem zaniepokojona tem, iż w nocy następującej po ostatniem wypaleniu oko miało krwawić a cała poduszka miała być krwią zbroczona. Badając znalazłem dość silne ale nie liczne wgłębienia w załamkach dolnych przejściowych obu ocz przeważnie jednak lewego przyżeganiem stworzonych. Po usunięciu powierzchownych strupów, dałem maść kseroformową i założyłem opaskę zwojową uciskową.

Nazajutrz przyprowadzono chłopca do kliniki. Prócz wgłębień spojówkowych nie widać żadnych wybitnych zmian u małego pacyenta bardzo zresztą bladego. Gdy później matka zeznała, że krwawienie jeszcze się powtarza poleciłem dn. 22/2 chłopca przyjąć do kliniki na stały pobyt dla obserwacyi. Założono po włożeniu maści kseroformowej opaskę, a gdy wieczorem przy zmianie opaski na płatku znowu krew się pokazała, założono opaskę ściślejszą uciskową i takową wedle polecenia pozostawiono przez dwie doby. Od tego czasu krwawienie ustało, a 25/2 zaznaczyłem, iż po zdjęciu opaski nie było śladu krwi. Zagłębienia po wypaleniu zupełnie się wyrównały. Chłopca wypuszczono, a gdy się stosownie do danego polecenia zjawił znowu w klinice dn. 2/3 stan ogólny a także spojówek okazał się zadawalniającym.

Reguła *multiplicitas casuum* miała i w tym wypadku znaleźć potwierdzenie.

Dn. 1/2 br. przyprowadzono do kliniki 11. letnią Helenę K. z powodu zapalenia jaglicowego. Dziecko blade, nerwowe, zęby rachityczne, zresztą żadnych innych zmian chorobowych. Na całej spojówce zwłaszcza dolnym załamku liczne granulacye. Dn. 9/2 przyżeganie galwanokauterem, to samo powtórzono dnia 16/2, a po raz trzeci dnia 7/3. Dnia 13. marca przyprowadza ojciec małą pacjentkę zaznaczając, że dnia poprzedniego kilka razy oko silnie krwawiło. Znalezione na dolnym załamku ostatnio właśnie wypalany »zabarwienie krwawe

i podbiegnięte ślady od wypalenia«. Zapuszczono suprareninę i założono opaskę papierową.

14/3. Dowiedziano się, że wczoraj w ciągu dnia trzy razy pokazywała się krew i przechodziła przez opaskę. Zapuszczono trzy razy suprareninę, i założono opaskę uciskową 16/3. Krew się nie pokazała.

Gdy chorą w dniu 26 marca widziałem, znalazłem blizny spojówkowe po wypaleniu. Żyły głębokie spojówkowe w załamkach rozdęte, mianowicie u lewego oka. Tkanka tłuszczowa powiek skąpa tak, że przez skórę przebijają naczynia i nadają powiekom dolnym wygląd sinawy. —

Wobec tak często w mojej klinice wykonywanego wypalania galwanokauterem pojedynczych jagidełek, wobec ostrożności zawsze przy tem przestrzeganych, zadziwiać mogą te przypadki tak silnego krwawienia, które wyłącznie chyba tylko samemu rękoczynowi wzgl. środkiem przypisać trzeba, gdy ani ogólne badanie, ani też anamneza nie dały nam żadnej podstawy do przypuszczenia, iż mamy tutaj do czynienia z krwawcami.

Zachodzi jednak pytanie, czy przyżeganie nie było wykonane zbyt głęboko, gdy wskazówką dla nas być winno to, by przyżeganie ograniczać ściśle do samych jagidełek, trzymając się ich powierzchni a omijać naczynia. Żegadło galwaniczne nie powinno przedewszystkiem do białości być rozżarzone, by nie przepalać, ale raczej żarem wpływać na zawartość jagidełki przypalając tylko jej powłokę. To też nigdy rękoczynu tego doraźnie nie wykonujemy, ale rozkładamy na seryę stosownie do nasilenia przypadku.

Gdy rękoczyny te w ambulatoryum kliniki, przez rozmaite ręce liczego personelu lekarskiego, a nawet uczni wykonywane bywają, a zatem z rozmaitym może nasileniem, z większą lub mniejszą czasami ostrożnością trudno oprzeć się przypuszczeniu, że może sama manipulacya była krwawienia powodem.

Sądzę jednak, że nie ta okoliczność główną odgrywa rolę, gdyż w takim razie bylibyśmy się już dawniej z takim powikłaniem wypalania jaglic spotykali, a raczej, przypuszczam,

iż stosowanie suprareniny daje może powód do późniejszej relaksacyi naczyń po krótkotrwałem zwężeniu. Gdy miejsca przyżegane obejmują nieco grubsze naczynia ściany tychże naczyń nie mogą się oprzeć reakcyjnemu przekrwieniu, co po strąceniu strupów do krwawienia przyczynić się może.

Właśnie w ostatnich miesiącach wiele na klinice mojej w celach doświadczalnych stosuje się suprarenina, która obok dodatnich niewątpliwie skutków, nie może nie posiadać i ujemnych własności, które powoli nam się odsłaniają, o czym przy innej sposobności zdać sprawę zamierzamy.

W każdym razie sędzę, że chcąc zapobiedz powyżej opisanym przypadłościom, trzeba przy przyżeganiu stosować się do wskazówek co dopiero podanych i unikać równoczesnego używania preparatów nadnercza.

Tam jednakże, gdzie mimo przestrzegania tych ostrożności krwawienie występuje, opaska uciskowa zwojowa założona na przeciąg 48 godzin, zwłaszcza po strąceniu strupków, zapobiegnie ubytkowi krwi ze spojówki.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1905. Nr 11. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

O wyływie całkowitego wyrównania krótkowzroczności na jej postępy i na odczepienie siatkówki. (Deuxième note sur l'influence de la correction totale de la myopie sur la progression et sur le décollement de la rétine). Vacher i Baillart.

Już po raz drugi zabierają autorowie głos w sprawie zupełnego wyrównywania myopii, wzbogaciwszy w tym względzie swe doświadczenie. Są oni tego zdania, że nie pewniej nie jest w stanie powstrzymać postępow krótkowzroczności, jak wczesne i zupełne

wyrównanie jej zapomocą szkieł wklęsłych. Oko niedomiarowe, zamienione w ten sposób na miarowe, pracuje niejako w warunkach prawidłowych. Musi akomodować jak przy emmetropii, a przytem przywrócona zostaje zgodność akomodacyi z konwergencyą. Aby pełna korekcyja była jednak dla oczu zbawienną, muszą być też przestrzegane wszystkie przepisy higieny wzroku: oddalenie książki, względnie zeszytu o 30 cm. od oczu, proste trzymanie tułowia i głowy, należyte oświetlenie, pismo stojące, nie pochyłe etc. Prócz tego zasada pełnej korekcyi doznaje z konieczności pewnych ograniczeń. Może być ona przeprowadzoną tylko tam, gdzie oko po za wadą refrakcyi jest zdrowe. Gdzie zachodzą zmiany zapalne lub zanikowe w naczyniówce, oderwanie siatkówki, krwotoki, znacznie-sze zaćmienia w ciele szklistem i t. p., tam w pierwszym rzędzie chodzi o leczenie tych chorób i zupełny spoczynek oczu, a nie o wyrównanie wady refrakcyi. Także znaczniejszy stopień myopii stanowić może przeciwwskazanie dla pełnej korekcyi. I tu autorowie kierują się następującą regułą: Całkowicie wyrównywać można myopię tylko tam, gdzie liczba dyoptryi myopii jest mniejsza od liczby lat wieku. W przeciwnym razie trzeba się zadowolnić częściowem wyrównaniem myopii.

Ważne pytanie, czy pełna korekcyja wpływa korzystnie, czy niekorzystnie na częstość oderwania siatkówki, można rozstrzygnąć tylko za pomocą statystyki, opartej na długim szeregu wieloletnich spostrzeżeń. Do częściowego wyjaśnienia tej sprawy przyczynić się jednak może statystyka 55-iu przypadków odczepienia siatkówki (28 mężczyzn, 27 kobiet), zestawiona przez autorów. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednego, chorzy mimo myopii, która obracała się w granicach od 6 do 24 D, albo wcale szkieł nie nosili, albo znacznie słabsze od stopnia myopii. W jednym przypadku zachodząca myopia i niezborność u młodego 18-letniego człowieka były stale za pomocą odpowiednich szkieł kombinowanych wyrównane, ale odczepienie powstało tutaj podczas podróży i autorowie przypuszczają możliwość urazu. Bądź co bądź powyższa statystyka wykazuje dobitnie, że nienoszenie szkieł wyrównawczych lub używanie szkieł za słabych nie chroni przed odczepieniem siatkówki. Czy naodwrot zupełne wyrównanie krótkowzroczności stanowi dla oka ochronę przeciw temu ciężkiemu powikłaniu myopii, na to odpowiedzieć będą mogły, jak się wyżej rzekło, przyszłe długoletnie spostrzeżenia.

Praktyka okulistyczna Daviela (La pratique ophthalmologique de Daviel). Pansier.

Jest to przyczynek do biografii twórcy dzisiejszego sposobu

operowania zaćmy. Szczegółowy opis życia Daviela podał Chavernac (*Daviel en Provence. Aix. 1893*). Autor ogranicza się tylko w powyższej notatce historycznej do przedstawienia jego praktyki okulistycznej, głównie zaś praktyki operacyjnej na podstawie źródłowych dokumentów, z których wynika, że Daviel cieszył się rozgłośną sławą operatora, wychodzącą daleko po za granice Marsylii, gdzie stale przebywał. Wzywany był dla wykonywania różnych operacji ocznych do wielu miast, zwłaszcza w południowej Francji, prócz tego powoływano go do Portugalii, do Hiszpanii, do Medyolanu, do Modeny etc. W r. 1746 przeniósł się Daviel do Paryża, a umarł w Genewie w r. 1762 w 66 roku życia. Pomimo rozległej praktyki okulistycznej, jaką się cieszył do późnych lat życia, nie pozostawił po sobie, zdaje się, znacniejszego majątku, wdowa bowiem po nim prowadziła najpierw w Paryżu, a później w Marsylii sklepik z różnymi wodami, kroplami i maściami ocznymi, na które przepisy nieboszczyk mąż jej zostawił.

Przypadek kostniaka podspojówkowego. (Un cas d'ostéome sous-conjonctival). Troussseau.

W zakładzie oftalmicznym im. Adolfa Rotschilda operował autor 26-letniego mechanika, któremu od sześciu miesięcy rósł na brzegu górnej powieki tuż pod spojówką twardy niebolesny guzek. Wyłuszczonego guzka, wielkości pestki od wiśni, okazał się kostniakiem, wychodzącym z tkanki podspojówkowej. Ponieważ był tak twardy, że brzytwy się na nim kruszyły, przeto poddano go odwapnieniu za pomocą kwasu pikrynowego. Na skrawkach następnie sporządzonych badanie mikroskopowe wykazywało budowę zbitą tkanki kostnej, z wyraźnymi kanałami Haversa i osteoblastami barwiącymi się safraniną czerwono.

Nr. 12.

Sposób radiograficznego umiejscowienia ciał obcych w oku i w oczodole. (Procédé de localisation radiographique des corps étrangers de l'oeil et de l'orbite). Holth.

Od lipca 1902 r. posługuje się autor następującym sposobem określania położenia ciał obcych metalicznych w oku lub w oczodole za pomocą promieni Roentgena: przed wykonaniem zdjęć radiograficznych przyszywa on do spojówki gałkowej tuż przy brzegu rogówkowym na obu końcach pionowej średnicy rogówki dwa małe ziarnka ołowiowe postaci półkulistej, nanizane na cienkie nitki jedwabne. Cienie tych dwóch bryłek ołowiu stanowią następnie wyborne punkty orientacyjne na radyogramie. Autor sporzą-

dza dwa zdjęcia, jedno w kierunku od skroni do skroni, drugie w kierunku od czoła do potylicy. Dla unieruchomienia głowy chwytą badany zębami zgryz metalowy, przymocowany nieruchomo w odpowiedniej wysokości do przyrządu Roentgenowskiego. Dla unieruchomienia oka badanego ma się badany wpatrywać zdrowym okiem w biały punkt odpowiednio na czarnem tle umieszczony. Celem dokładnego określenia położenia ciała obcego porównywa się następnie położenie cienia, który temu ciału odpowiada względem linii łączącej cienie obu ołowianych wskaźników. Poszczególne odległości należy mierzyć miarą milimetrową, pamiętając, że z powodu oddalenia płytki fotograficznej od oka wszystkie wymiary radyograficzne przewyższają o 10% wymiary rzeczywiste. Ważne pytanie, czy odprysk metaliczny tkwi w gałce czy poza gałką, rozstrzyga autor, odmierzając na zdjęciu czołowo-potylicznem oddalenie cienia odprysku od linii ołowianych wskaźników. Wiadomo, że długość strzałkowej osi oka miarowego wynosi 24 mm. Linia zaś, łącząca cienie bryłek ołowiowych, leży mniej więcej 4 mm. poza środkiem rogówki. Na podstawie tych danych można z łatwością rozstrzygnąć pytanie czy odprysk przebił tylną ścianę gałki ocznej czy też się zatrzymał w jej wnętrzu. W razie ametropii wiadomo, że trzem dyoptryom odpowiada przeciętnie 1 mm. różnicy. Tam, gdzie wady refrakcyi z powodu zaćmień oznaczyć nie można, badanie radyograficzne może dać pewne wyniki tylko w razie znacznego oddalenia ciała obcego od tylnego bieguna gałki. Powyższa zasada lokalizacyi może być zastosowaną tylko w tych przypadkach, gdzie ciało obce leży w płaszczyźnie strzałkowej, przeprowadzonej przez linię ołowianych wskaźników, lub przynajmniej w nieznaczej od tej płaszczyzny odległości.

Badania bakteriologiczne w przypadkach zakażenia po operacjach ocznych. (Recherches bactériologiques sur les infections post-opératoires). Du Clos.

Na podstawie 9 przypadków ropnego zakażenia gałki ocznej po operacyi zaćmy, w których autor przeprowadził szczegółowe badania bakteriologiczne, zakładając hodowle tak aerobowe, jak anaerobowe, i czyniąc doświadczenia na zwierzętach, dochodzi on do następujących wniosków:

1. Zarazkami, wywołującymi zapalenie ropne po operacyi zaćmy, są najczęściej pneumokoki i streptokoki.
2. Zakażenie przychodzi do skutku od zewnątrz i w przypadkach autora zaczynało się zawsze na brzegach cięcia.
3. Pod względem obrazu klinicznego ropienie spowodowane

pneumokokiem, znamionuje się przez naciek ścisły (*magma*), białawej barwy, ciągnący się w głąb ku ciału szklistemu; ropienie zaś, wywołane przez łańcuszkowce, przedstawia się jako żółtawe nacieczenie, zajmujące stopniowo całą rogówkę i daje powód do obfitej ropnej wydzieliny spojówkowej.

4. W żadnym z przypadków autora nie znaleziono w moczu ani białka, ani cukru. Chorzy dotknięci byli bądź to przewlekłym nieżytem spojówek, bądź łzawieniem, poza tem jako przyczynę zakażenia podaje autor ostry nieżyt nosa lub zapalenie gardła. Śluz z nosa jakoteż wydzielina z gardła zawierały te same drobnoustroje, jakie znaleziono w zakażonej ranie oka.

Ścisł powiek leczony za pomocą wstrzyknięć alkoholu w okolicę pnia nerwu twarzowego. (Le blepharospasme traité par les injections profondes d'alcool au niveau d l'émergence du nerf facial). Valude.

Autor uważa *tic convulsif* w zakresie mięśnia obrączkowego powiek za cierpienie bardzo uporczywe i trudne do usunięcia. Używał on najrozmaitszych sposobów leczenia, jakie polecali różni autorowie, ale zawsze bez skutku. Wyciągnięcia nerwu twarzowego (*elongatio*) obawiał się wykonać ze względu na niebezpieczeństwo trwałego porażenia połowy twarzy. W ostatnich czasach miał on jednak sposobność w dwu przypadkach przekonać się o skuteczności zabiegu, poleconego przez Schloessera w r. 1904; za przykładem tego autora wstrzykuje Valude 1 do 1½ gr. 80 procentowego alkoholu głęboko podskórnie w miejscu, skąd przez *canalis mastoideus* wychodzi pień nerwu twarzowego, Mały dodatek kokainy do alkoholu czyni wstrzyknięcie to prawie niebolesnem. W miejscu wstrzyknięcia występuje tylko przemijający nieznaczny obrzęk albo i tego nawet nie ma. Bezpośredni następstwem wstrzyknięcia jest zupełne porażenie nerwu twarzowego, a zatem i *lagophthalmus*. Porażenie to jednak zmniejsza się w ciągu kilku godzin, a znika w ciągu kilku dni. Wraz z wystąpieniem porażenia znikają napady ścisł powiek i, jak się autor w dwu przypadkach przekonał, nie powracają więcej. Dodać jednak należy, że w obu przypadkach czas spostrzegania był krótki (około 15 dni). Autor jednak wypowiada przekonanie, że sama przerwa zupełna w napadach, które trapią chorych nieustannie, nieraz latami, pozwala wróżyć, że cierpienie już nie wróci. Gdyby jednak było potrzeba, nie wahałby się ponownie wstrzyknięcie alkoholu, uważając sposób ten za wolny od niebezpieczeństw, a zarazem za najskuteczniejszy ze wszystkich dotąd zalecanych.

Nożyczki do przecięcia nerwu wzrokowego przy wyłuszczeniu gałki ocznej. (Ciseaux pour la section du nerf optique dans l'énucléation). A. Terson.

Zazwyczaj zależy nam wielce na tem, ażeby operacyi wyłuszczenia gałki ocznej dokonać jak najprędzej. Powody pośpiechu bywają różne: Jeśli używamy narkozy przelotnej (chlorek etylu), zachodzi obawa, żeby się chory nie przebudził przed zakończeniem operacyi; jeśli używamy narkozy głębokiej (chloroform, eter), niejednokrotnie zależy nam na tem, żeby chory nie był w niej pogrążony zbyt długo. Jeśli operujemy w znieczuleniu miejscowem, wtedy tembardziej spieszyć się nani wypada z ukończeniem operacyi, a zwłaszcza z przecięciem nerwu wzrokowego, który to akt bywa najboleśniejszy i mimo znieczulenia na długo nieraz zapisuje się w pamięci operowanych. Dla ułatwienia wyszukania, ujęcia i przecięcia nerwu wzrokowego podane są różne przyrządy. Autor zaleca obecnie nowy typ nożyczek zakrzywionych, o zaokrąglonych końcach. Przednie ramię tych nożyczek jest bardzo grube i tak zagładzone, że niepodobna niem twardówki uszkodzić, a tembardziej przebić. Grubość tego ramienia sprawia równocześnie, że przecięcie nerwu wzrokowego nie może wypaść tuż przy twardówce, co także jest rzeczą pożądaną. Zdaniem autora, zastosowanie tych nożyczek ułatwia enukleację i skraca czas jej trwania.

Archiv f. Augeneheilkunde. T. LII. Z. 1 i. 2. (Ref. Dr Bałaban).

Rozwój leczenia surowicą wrzodu pełzającego rogówki. Połączenie czynnego i biernego uodporniania dwóinkami zapalenia płuc (Ausbau der Serumtherapie des Ulcus serpens. Die Combination der aktiven mit der passiven Pneumokokkenimmunsirung). Dr Paul Römer.

Opierając się na 3letniem doświadczeniu z wynalezioną przez siebie surowicą, t. zw. *Pneumococcenserum*, poleca Römer jej stosowanie przy pełzającym wrzodzie rogówki. Jako przyczynę niestałości wyników leczniczych przy tym zabiegu, podaje on użycie stosunkowo za małej ilości surowicy. Następnie zwraca uwagę, że przy uodpornianiu ciała zwierzęcego tą surowicą powstają w niem stosunkowo bardzo rychło, gdyż już po upływie 48 godzin ciała ochronne. Ciała te nie dają się dokładnie rozeznac w epruwelce.

Najważniejsze pytanie, którem się autor zajmuje, dotyczy

szybkości, z jaką powstają ciała ochronne przy czynnem uodpornianiu. A mianowicie przekonał się on przez swoje badania, że w 48 godzin po wprowadzeniu do żył królika zamartwych dwoinek zapalenia płuc, zjawiają się w surowicy krwi królika agglutyniny tych dwoinek. Miejscem tworzenia się tych ciałek ochronnych są narządy wewnętrzne, jak śledziona i rdzeń pacierzowy. Ponieważ bierne uodpornienie wykazuje niestałość pod względem leczniczego działania (przyczynę tego należy przegłądać w oryginale), więc trzeba koniecznie zmusić sam ludzki ustrój do czynnego wstrzymania się od odczynu uodporniającego. I w samej rzeczy pokazuje się na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że skombinowany zabieg uodporniania jest korzystniejszym. Przy tem najlepiej jest dwucziasowo postępywać, a mianowicie należy robić najpierw śródmięśniowe zastrzykiwania zabitych hodowli, a dopiero w kilka godzin później podskórne zastrzykiwanie uodporniającej surowicy. Autor nie ma zamiaru odmówić racji bytu dotychczasowemu sposobowi leczenia pełzającego wrzodu rogówki, lecz chciałby nowy ten swój swoisty sposób leczniczy widzieć jako równouprawniony obok dawnego. On sam zastrzykiwał sobie zabite hodowle dwoinków zapalenia płuc, a także i żywe kultury na bulionie, nie spostrzegając przy tem żadnych złych następstw. Poleca on zastrzykiwania śródmięśniowe, które nie powodują żadnego odczynu miejscowego i zezwalając na rychłe wchłanianie bakteryi. Jako jednostkę używa on zawartości 25 cm³ dobrze wyrosłej hodowli na 1 cm³ bulionu. Następnie opisuje autor doświadczenia kliniczne, które zebrał przez rok jeden przez stosowanie tego uodporniania przy wrzodzie pełzającym rogówki. Wprowadzanie tych hodowli do ustroju nie pociągało za sobą po większej części podniesienia ciepłoty, lub też tylko krótkotrwałe i jednorazowe najwyżej do 38°. Swoiste to leczenie nie odnosiło dodatniego skutku w tych przypadkach, w których sprawa już bardzo daleko postąpiła (gdzie zatem tylko część brzegu rogówki ocalała), lub też w przypadkach, w których rozchodziło się o mieszane zakażenie (gronkowce). Te ostatnie przypadki tem się charakteryzowały, że przy swoistem leczeniu dwoinki zapalenia płuc znikaly lub też co do ilości malały. Z 15 przypadków mniej zardawnionego zchorzenia, które autor leczył tylko zastrzykiwaniem hodowli osiągnął on całkowite wyleczenie w przypadkach 13 i to w przebiegu 1/2—3 tygodni, podczas gdy w 2 przypadkach musiał mieć jeszcze do pomocy kauter. Sposobem skombinowanym leczył 19 przypadków. Przy leczeniu 10 przypadków równoczesnem użyciem kultur i surowicy uodporniającej uleczył całkowicie 8 przypadków, w 2 zaś używał jeszcze kauteru. W pozostałych 9 przypadkach postępował dwucziasowo i we wszy-

stkich był wynik leczniczy całkowitym. Na tej pod podstawie rad też posługiwał się tym sposobem przy leczeniu pełzającego wrzodu.

Najlepsze wyniki lecznicze zapomocą szczepienia ochronnego dają się osiągnąć w tych przypadkach, w których powstanie wrzodu było w pierwszych początkach, lub też gdzie istniały dopiero warunki do powstania takiego wrzodu, jak n. p. nadżarcie rogówki, przy równoczesnym śluzoropotoku woreczka łzowego.

Obustronny przerzutowy rak naczyńki z uleczeniem oderwania siatkówki na prawem oku, przy istniejącem obustronnem oderwaniu (Ein doppelseitiges Aderhautcarcinom mit rechtseitiger Heilung einer auf beiden Augen bestandenen Netzhautablösung). Prof. Dr J. Oeller.

47letnia chora, która była rzekomo od dzieciństwa krótkowidząca, poddała się przed 4 lata amputacyi prawej piersi z powodu raka. Przed kilku dniami ociemniała ona z powodu oderwania siatkówki. Po bezskutecznem różnorakiem leczeniu przedsiębrał Oeller operacyę według *Deutschmanna* i to 3krotnie na oku prawem, a dwukrotnie na oku lewem. Po upływie kilku miesięcy nastąpiło na oku prawem prawie zupełne uleczenie, na oku zaś lewem stan się nie poprawił. Wkrótce jednak uległa chora ogólnej karcinomatyzacji, przy czem niedługo przed śmiercią ociemniało także oko prawe. Fotograficzne zdjęcia obu gałek w przekroju wykazuje olbrzymie miseczkowate rozszerzenie całej naczyńki. Tęczówka jest bez zmiany. Na oku prawem ciało rzęskowe jest maczugowato zgrubiałe, siatkówka lejkowato oderwana, na oku prawem siatkówka przylega. Następnie opisuje autor dokładny obraz drobnovidowy, poparty dwoma dobrymi zdjęciami fotograficznymi. Widzimy przy tem typowy rak naczyńki na obu oczach. Na oku prawem utrzymała się bardzo dokładnie *choriicapillaris*, na lewem natomiast zanikła. Obustronnie zanikły także pręciki i czopki, a częściowo także przybłonki siatkówki, które są poza tem zwyrodniałe i zmienione. Jako źródło tego przerzutowego raka upatruje autor pierwotnego raka przebytego na piersi, przy czem komórki nowotworu przedostały się drogą naczyń krwionośnych (*arteriae cil. post.*) do naczyń naczyńki. Co się tyczy sposobu powstania oderwania siatkówki przez guz, to autor skłania się w tym względzie do teoryi wydzielniczej (*Secretionstheorie*). Na oku prawem ustąpiło oderwanie siatkówki częściowo przez zabieg operacyjny, częściowo zaś musiała wielka ilość podsiatkówkowego płynu zostać wchłoniętą. Tak w tym przypadku, jako też i w przypadkach, w których przychodzi do samouleczenia oderwanej siatkówki, odgrywa dużą rolę *choriicapillaris*, która była na oku prawem utrzy-

mana, zaś na oku lewem zniszczona. Oderwana siatkówka może jednak po wchłonięciu się płynu podsiatkówkowego wtedy tylko przyłożyć się napowrót, jeżeli oderwanie było świeżem i jeżeli w przybliżeniu i w składnikach wrażliwych siatkówki nie wystąpiły zmiany wsteczne. Ponieważ to jednak rzadko się zdarza, więc sądzi autor, że uwydatnione na przekrojach mikroskopowych włókna i pasma tkankolącznowe, które w kierunku południkowym oka przyciskają fałdy oderwanej siatkówki i sam guz, sprzyjają następowemu przyłożeniu się siatkówki, przy czem zmniejsza się powierzchnia gałki ocznej. Włókna te uważa on jako wytwór zwyrodniałych przybliżników siatkówki. Następowe ociemnienie oka prawego zdaje się mieć swe wytłómaczenie częścią w przerzucie raka, częścią zaś w zupełnem zaniknięciu przybliżników nerwowych i barwиковych.

O kilku rzadkich wynikach badań bakteryologicznych przy pełzającym wrzodzie rogówki (Ueber einige seltene bakteriologische Befunde beim Ulcus serpens). Dr zur Nedden.

Autor spostrzegł 3 rzadkie przypadki pełzającego wrzodu rogówki, których powstanie nie dało się udowodnić zakażeniem dwoinkami zapalenia płuc. W przypadku pierwszym znalazł on tylko prątki kserozy i dwoinki barwiące się sposobem Gram'a. W dwóch innych przypadkach wyhodował z wydzielin wrzodu i ze spojówki drobnoustroje należące do t. zw. *Heubacillen*. Prątki te musiały być uważane za przyczynę powstania wrzodu. Tak Nedden, jak też i inni autorowie wykazali, że prątki t. zw. *bacillus subtilis* są dla różnych części składowych oka chorobotwórcze i mogą przy dodatnich warunkach spowodować powstanie pełzającego wrzodu rogówki.

Podwójne przebicie gałki ocznej (przedniej i tylnej ściany) szydełkiem. Wyleczenie przy zatrzymaniu pełnej bystrości wzroku (Doppelte Perforation eines Augapfels (vordere und hintere Wand) durch Häkelnadel. Günstige Heilung mit voller Sehschärfe). Dr O. Heilke.

Autor opisuje przypadek podwójnego przedziurawienia gałki ocznej szydełkiem, przyczem szczęśliwym zbiegiem okoliczności nie okaleczało z przodu ciało szkliste ani soczewka, a z tyłu przekłutą została tylko obwodowa część gałki, tak, że nie przyszło do zakażenia i bystrość wzroku została utrzymaną.

Do teoryi skiaskopii (Zur Theorie der Skiaskopie). Dr Borschke.

Stosownie do refrakcyi oka badanego powstaje na siatkówce mniej lub więcej dokładny obraz wzniernika.

W obrębie tego obrazu przesuwa się obraz źródła świetlnego, przy obracaniu wzniernika ostro zarysowany, lub też w kołach rozpierschłych i to w pewnym oznaczonym kierunku. Kierunek tego obrazu jest niezależnym od refrakcyi badanego oka i odbywa się przy użyciu wzniernika płaskiego w kierunku zwracania się tego wzniernika.

Trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, co za zmiany widzimy w czasie takiego badania w oku badanem.

Oko badającego jest nastawionem na źrenicę i widzi przez nią w kołach rozpierschłych część siatkówki. Wielkość widzianej części siatkówki jest zależną od szerokości źrenicy oka badanego, względnie od wielkości otworu wzniernika. Im mniejszym jest ten otwór, tem mniejsze są koła rozpierschłe i tem wyraźniejszy jest obraz na siatkówce. Jeżeli otwór wzniernika jest nieskończenie małym, to możemy widzieć w źrenicy część siatkówki zupełnie ostro. W ten sposób postępując, da się metoda badania skiaskopem bardzo uprościć, a licząc się z tą możliwością przy swoich badaniach, stara się autor równocześnie wyjaśnić objawy, jakie się zwykle spostrzegać dają przy skiaskopowaniu.

Świetlny obraz, jaki powstaje na siatkówce oka badanego, powinien mieć zawsze ograniczenie prosto linijne i to prostopadłe do kierunku badanego południka.

Tym warunkom odpowiada skiaskopoftalmometer Wolffa, lub też opisany przez autora skiaskop osiowy. Szybkość pozornego poruszania się światła w źrenicy jest zawisłą od różnego stopnia ametropii oka badanego, natomiast postać granic cienia jest zawisłą więcej od postaci używanego do badania źródła świetlnego i od postaci wzniernika. Skiaskop osiowy jest tak sporządzonym, że przy jego użyciu można na pierwszy rzut oka stopień ametropii dość dokładnie rozpoznać, a pozorna zmiana w poruszaniu się światła zmienia się przy astygmatyzmie o skośnych osiach równomiernie z ustawieniem. Tylko w przypadkach, w których oko jest ustawionem w jednym z dwóch głównych południków na płaszczyznę wzniernika, odpowiada ustawienie drugiemu głównemu południkowi. Wysnuwać wnioski z kierunku poruszania się światła na kierunek osi, byłoby mylnem. Możemy zatem tylko w ten sposób oznaczyć osie, że obracamy wzniernik tak długo, aż kierunek poruszającego się światła jest identycznym z ruchami obracanego wzniernika.

Te fakta powstają niezmiennie, jeżeli zamiast otworu wzier-

nika o promieniu zero używamy otworu o promieniu, dającym się mierzyć. Wtedy też granice cienia są nieco więcej zatarte, cień jednak nie zmienia swego kierunku. Z tego też powodu nie dają się rozpoznać małe stopnie sferycznej aberracji, gdyż przy badaniu oka aplanatycznego powoduje krągłą postać otworu wziernika podobne zachowanie się światła i cienia w źrenicy. A mianowicie brzegi źrenicy są jasne, kierunek poruszającego się światła w źrenicy daje się dokładnie rozpoznać, środek źrenicy jest ciemny, w nim też nie widać ruchu światła.

Jeżeli jednak zamiast okrągłym otworem wziernika badamy oko szparą pionową, to widzimy, że granice cienia stają się przy badaniu oka aplanatycznego prostolinijne, przy oku zaś ze sferyczną aberracją nieprawidłowe i pogięte.

Skiaskopią nie daje się dokładnie oznaczyć refrakcja, a to głównie dlatego, że obraz świetlny nie posiada ostrego ograniczenia na siatkówce, i wskutek zbyt prędkiego obracania wziernika. Musimy więc się starać, aby źródło świetlne, albo też otrzymany z niego obraz znajdował się o ile możności blisko płaszczyzny wziernika.

O zaćmie tężyczkowej (Zur Tetanie-Cataract). Dr Zirm.

Autor omawia zapatrywania Petersa, wedle których pośrednią przyczyną powstania zaćmy jest zwyrodnienie przybłonków wypustków rzęskowych, przez co zwiększa się patologicznie zawartość soli w przedniej komorze. Spostrzegął on 6 przypadków powstawania zaćmy u młodszych osobników i to po większej części u kobiet, u których dały się stwierdzić przebyty tęzec i swoiste zmiany troficzne w organach przybłonkowych (wypadanie włosów, paznogi i ubarwienie skóry). U niektórych pojawiały się także podczas napadu tęzca skurcze w mięśniu rzęskowym.

Zdaniem autora wszystkie te zaburzenia odżywcze są wyrazem szkodliwego działania toksyn na przyrządy odżywcze wszystkich tych przybłonkowych tworów, przy czem skurcze u rąk i w mięśniu rzęskowym mają tylko znaczenie uboczne, a nie przyczynowe.

Przyczynek do techniki operacyjnej bliznowatego podwinięcia powiek powikłanego wrostem rzęs (Ein Beitrag zur Operationstechnik des mit Trichiasis complizierten Narbenentropiums). Dr W. Hochheim.

Przy bliznowatym podwinięciu powiek, powikłanem wrostem rzęs, poleca autor zabieg, przy którym brzegi powiekowe możliwie utrzymane pozostają. Zamiast zabiegu Snellena, mającego

na celu wycięcie klinowatej części powiek, a które to wycięcie jest często bardzo utrudnionem z powodu bliznowatej zmiany chrząstki, nie poleca autor, natomiast podaje nowy sposób, polegający na szczególniejszem użyciu szwów powiekowych.

Przyczynek do szklistego zwyrodnienia spojówki gałki ocznej (Ein Beitrag zur hyalinen Degeneration der Augapfelbindehaut). Dr Bałłaban.

Praca ta była w oryginale ogłoszoną w Postępie Okulistycznym r. 1904. Nr 12. str. 461.

O nieprawidłowych zmianach rozwojowych tęczówki (Über die Entwicklungsanomalien der Regenbogenhaut). Dr Fejér.

Autor omawia całkiem ogólnikowo różnorakie nieprawidłowości rozwoju tęczówki. Następnie opisuje spostrzegany przez siebie przypadek wrodzonego braku tęczówki (*aniridia*) powikłanego zaćmą, w którym wystąpiła obustronna jaskra. W łączności z tłumaczeniem zmiany rozwojowej tęczówki, znanej pod nazwą *aniridia partialis (circumpapillaris) superficialis congenita*, opisuje autor podobny przypadek spostrzegany przez siebie, powikłany odwinięciem warstwy barwikowej tęczówki i twierdzi, że w obrębie tej warstwy była tęczówka wyraźnie zgrubiałą, podczas gdy zazwyczaj jest ona w podobnych przypadkach ścieńczała, gdyż brak jest przednich jej warstw i że właśnie przerost warstwy barwikowej stał się przyczyną odwinięcia tęczówki.

O powstawaniu torbieli tęczówki w przedniej komorze (Ueber Entstehung der Iriskammern). Dr Wölflin.

Autor opisuje przypadek, w którym po upływie dłuższego czasu po przeszywającym urazie twardówki, powstał torbiel surowiczy, wychodzący z tęczówki. Torbiel ten wypełniał połowę przedniej komory i przylegał częściowo do tylnej ściany rogówki.

Badanie drobnovidowe wykazało torbiel składający się z dwóch części zespolonych ze sobą, a przybliżonek obu tych torbieli był częściowo wielowarstwowym i kubkowatym, częściowo zaś jednowarstwowym.

Torbiele te powstały z zarodków przybłonkowych, które się znachodziły w tęczówce i było można spostrzegać, jak zarodki te rozwinęły się w torbiele, a następnie zlały się ze sobą. Jako czynnik sprzyjający rozwojowi torbieli uważa autor ranę twardówki. Brzegi rany nie skleiły się dostatecznie, gdyż leżąca pod raną część tęczówki, nie dopuściła do dokładnego zamknięcia się brzegów.

Z. 3 i 4.

O zmianach na dnie oka przy zchorzeniach wewnętrznych, szczególnie przy zaburzeniach anemicznych (Über Augenhintergrundsveränderungen bei inneren Krankheiten, speziell bei anämischen Zuständen). Dr Pagenstecher.

Autor twierdzi, że w przypadkach czystej bladaczki mogą się pojawiać krwotoki na siatkówce. Widział on podobne zmiany w 3 przypadkach na 246 spostrzeżeń. Krwotoki te znikły we wszystkich tych 3 przypadkach bez śladu. Spostrzegane przy bladaczce zmiany na dnie oka, które się pojawiają na tarczy wzrokowej i w jej otoczeniu (a mianowicie zapalenie nerwu wzrokowego i silne wypełnienie krwią naczyń), nie tłumaczy on jako objawy zapalne, lecz jako objawy powstałe z ucisku zwiększonego, powstałego w jamie czaszkowej.

Zmiany na siatkówce po utracie krwi.

Spostrzegał on 2 przypadki wrzodu żołądkowego z silnymi krwotokami. W jednym przydadku wystąpiły na siatkówce krwotoki i białe plamy, nie powodując żadnych zaburzeń w widzeniu, w drugim przypadku tylko białe plamy. Zmiany te na siatkówce wystąpiły dopiero w kilka dni i to conajmniej po upływie 1go tygodnia, po zjawieniu się krwotoku na siatkówce. Z tej to przyczyny nie można przyjąć, jakoby przyczyną ich powstania była zastoina, jak to mniema Ulrich, a jeno powstają one wskutek odżywczych zaburzeń, spowodowanych niedokrewnością.

Następnie opisuje autor przypadek rozległych krwotoków siatkówkowych u chorego na zimnicę, który wskutek urazu utracił wiele krwi. W przypadku *hemofilii*, gdzie chory cierpiał na częste utraty krwi, znajdowały się na siatkówce białe złogi i krwotoki. Tu dało się anatomicznie wykazać zmiany w naczyniach siatkówki. Przyczyną zmian na siatkówce nie była *hemofilia*, lecz samo osłabienie ustroju spowodowane utratą krwi. W końcu znajdujemy opis 3 przypadków krwotoków siatkówki przy krwawej skazie i 1 przypadek przy t. zw. *malaria tropica*. W żadnym z tych przypadków nie było na siatkówce białych złogów zwyrodniałych. W jednym przypadku umarł chory wskutek bardzo silnych krwotoków kiszkowych. Anatomiczne badanie nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, które były bezkrwiste. Mikroskopem udowodniono, że krwotoki znachodziły się w warstwie włókien nerwowych, a naczynia były bez zmiany.

Krwotoki te są zdaniem autora wyrazem krwawej skazy i powstają podobnie jak krwotoki podskórne i w błonach śluzowych.

Oderwanie tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz
(Traumatische Iridodialyse). Dr Teich.

Autor opisuje przypadek, w którym wskutek urazu oderwała się cała tęczówka od wieńca rzęskowego i umiejscowiła się na dnie przedniej komory, przy czem gałka oczna pozostała nietkniętą. Następnie opisuje szczegółowo wynik badania drobnowidowego. Tęczówka pozostaje tylko u dołu w łączności z ciałkiem rzęskowym. Kąt przedniej komory jest obustronnie głęboko rozdartym, włókna mięśnia rzęskowego są również rozdarte. W miejscu, gdzie tęczówka się oderwała, znajduje się na niej powłoka, powstała z przybłonków, która stoi w łączności z przybłonkiem rogówki i przechodzi także na przednią powierzchnię tęczówki. Soczewka jest nienaruszoną. Ciało rzęskowe i będąca z niem w łączności część naczyniówki są od podstawy oderwane. We wnętrzu gałki ocznej znajdują się liczne krwotoki. Gałka oczna nie jest nigdzie przebitą.

Autor sądzi, że oderwanie naczyniówki zostało spowodowane pod wpływem naporu cieczy wodnej, gdyż jakakolwiek inna przyczyna, jak n. p. krwotok, dała się przez badanie wykluczyć. Ciecz wodna mianowicie, dostała się dlatego pod naczyniówkę, gdyż zwykły jej odpływ został uniemożliwionym przez oderwanie ciała rzęskowego, wskutek rozdarcia mięśnia rzęskowego (Fuchs), a możliwie także wskutek przedarcia się przewodu Schlemma i wskutek zmniejszonego wchłaniania przedniej powierzchni tęczówki, która była odwrócona ku tyłowi pokryta wysiękiem.

Przyczynek do poznania związku przyczynowego pomiędzy schorzeniami jam okołososowych i schorzeniami na dnie oka (Zur Kenntniss des Zusammenhanges zwischen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und inneren Augenerkrankungen). Dr Fisch.

W 7 spostrzeganych przypadkach zapalenia jamy czołowej przyszło do zapalenia jagodówki, wskutek żyłnej zastoiny, spowodowanej zwężeniem, względnie zamknięciem kanału nosoczółowego. W przypadkach tych nie dało się wykazać zakażenia, ani też zaburzeń ogólnych ustroju. Objawy polegały na obrzęku powiek i ich otoczenia, trzeszczu, rozszerzeniu żył rzęskowych, zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego, porażeniu zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego, przekrwieniu tarczy wzrokowej, obrzęku dna oka i nagromadzeniu podsiatkówkowej cieczy. Autor przyłącza się do teorii Zirna, o biernej zastoinie żyłnej, gdyż wszystkie przytoczone tutaj objawy odpowiadają zastoinie i sprzeciwia się zapatrywaniu,

jakoby. objawy te były spowodowane wytworami zakaźnymi z jamy czołowej i to głównie dlatego, że po przeprowadzeniu drenu do zatoki (*sinus*) natychmiast zmniejszają się wszystkie objawy oczne. Spowodowane tem zapaleniem jamy czołowej objawy nie były ciężkie, a pojawienie się zaburzeń w odruchu źrenic i akomodacyi są w podobnych przypadkach czemś zwykłym. Charakterystyczną jest ta okoliczność, że przy zapaleniu jamy czołowej, objawy oczne są zawsze najwcześniejsze.

Włókienkowy obrzęk siatkówki po urazie (Fibrilläres Oedem der Netzhaut nach Contusion). Dr Fridenberg.

Zmiana ta miała miejsce w przypadku, w którym uraz nie sprowadził wewnętrznego krwotoku. W żółtej plamce znajdowała się mleczno biała plama o nieprawidłowo jajowatym kształcie, z której ku obwodowi rozprzestrzeniały się liczne, bardzo lśniące i białe pasemka, a których postać i wielkość odpowiadały włóknom nerwowym. Niektóre z tych włókien przeciągały od żółtej plamki do tarczy wzrokowej. Zdaniem autora, rozchodzi się w przypadku tym o przesiąknięcie poszczególnych włókien nerwowych cieczą surowiczą, która to ciecz powstała z włoskowatych naczyń siatkówki i naczyniówki, porażonych przez uraz.

O nowym sposobie miejscowego znieczulania przy operacjach na gałce ocznej i na powiekach, ze szczególniejszem uwzględnieniem operacyi przy jaglicy (Mittheilung über eine neue Anwendungsmethode von localer Anästhesie bei Operationen an dem Augapfel und an den Augenlidern mit besonderer Berücksichtigung der Operation für Trachom). Dr Guttman.

Opisany przez autora »nowy sposób« znieczulania oka zakraplaniem oka kokainą z równoczesnem zastrzykiwaniem kokainy ze strzykawki Pravatz'a jest już od dawna znanym. Podnosi on od dawna nam już znany fakt, że także podwójne użycie kokainy jest lepszem od narkozy i od samego tylko wkraplania kokainy do worka spojówkowego*).

Zachowanie się źrenic po przecięciu śródczaszkowej części nerwu wzrokowego (Das Verhalten der Pupillen nach intracranialer Opticusdurchschneidung). Dr Abelsdorff.

*) Dziwić się należy, że przy tak wiele obiecującym i wcale obszernym tytule swej rozprawki, autor odważa się w poważnem piśmie opisywać przestarzałe i znane rzeczy, a nie porusza, co najmniej daleko lepszego, pewnego i nowego sposobu znieczulania oka tonokainą.

Autor przecinał u 10 królików, dokładnie wedle wskazówek Marenglii, nerw wzrokowy i to pomiędzy *chiasma i foramen opt.* Odwrotnie do wyników badań Morengli, przekonał się on, że z chwilą przecięcia nerwu, źrenice przestają oddziaływać, a tem samem udowodnił, że przy schorzeniach śródczaszkowych, w których szlaki nerwu wzrokowego zostają przerwane, źrenice również nie mogą oddziaływać.

Do patogenezy urazowych schorzeń oczodołowych (Zur Pathogenese der traumatischen Orbitalerkrankungen). Dr Causé.

W pracy swej zwraca autor uwagę na różnorodność i rzadkość schorzeń jamy oczodołowej, które spowodowane zostają przez uraz. Opisuje on przypadek t. z. *Emphysema orbitae*, powstały po urazie, w następstwie którego uwydatnił się silny trzeszcz gałki, bez podbiegnięć na powiekach i na spojówkach, przy czem były powieki silnie obrzękłe. Z pomocą aspiracyi wypuszczono z jamy oczodołowej powietrze przesiąknięte krwią i pianą, a trzeszcz ustąpił. Ponieważ jednak trzeszcz się ponowił, zrobiono więc nacięcie wzdłuż całej grubości powieki i w ten sposób osiągnięto całkowite uleczenie. Oczodołowa taka rozedma powstaje zazwyczaj wedle Fuchsa przez przebicie lub złamanie t. z. *lamina papyracea*. Zdaniem Heerfordta jest zawisłem powstanie takiej rozedmy oczodołowej lub też rozedmy oczodołowo-powiekowej od odporności przegrody oczodołowej. Wedle autora mogłaby rozedma powiekowa także w ten sposób powstać, że powietrze przedostaje się przez otwór opisany przez Merkela, a leżący w przegrodzie oczodołowej. Otwór ten znajduje się ponad *ligamentum canthi int.* Tylko w przypadkach wysoko posuniętych można działać operacyjnie, a zabieg taki posiada także znaczenie rozpoznawczo różniczkowe.

W innym przypadku opisuje autor pozaoczodołowe krwotoki powstałe wskutek urazu lewej skroni. Objawy polegały przy tem na trzeszczu gałki, w podbiegnięciach powiek, w podspojówkowych ekchymozach i w upośledzeniu bystrości wzroku. Wyleczenie nastąpiło po aspiracyi 15 cm³ krwi, bystrość wzroku wróciła do stanu prawidłowego. Trzeszcz urazowy powstaje przez pośrednie lub bezpośrednie obrażenie naczyń oczodołowych. W literaturze są jednak znane także podobne przypadki, które powstały bez poprzedniego złamania kości. Tutaj należą także przypadki zastoinowych krwotoków, w następstwie ściśnięcia tułowia. Zazwyczaj jest brak zmian na dnie oka przy urazowym trzeszczu. Zaburzenia w widzeniu i rozszerzenie źrenic są zawisłe od ucisku na gałkę oczną. W końcu opisuje autor przypadki urazowego wklęśnięcia gałki ocznej, powstałe przez uderzenie kopytem. Przy tem nie było obrażeń na

podstawie czaszki, ani też okaleczenia jam bocznych. Z licznych hipotez, służących do wytłómaczenia powstania wklęśnięcia gałki ocznej najbardziej są prawdopodobne dwie, a mianowicie teoria Gessnera i Lederera, wedle których powstaje tu zmiana przez wciągnięcie gałki ocznej wgłąb włóknikowo ściągniętego przestworza jamy oczodołowej. Ponieważ teorye te nie odpowiadają wszystkim spostrzeganym przypadkom, więc sądzi autor, że należy to w ten sposób tłómaczyć:

Przez uraz następuje przedewszystkiem przerwanie wszystkich lub co najmniej poszczególnych ścięgien mięśniowych, przez co gałka oczna zakłęsa sama przez się. Także nieprawidłowe wklęśnięcie jest względnie rzadkiem, gdyż zazwyczaj przychodzi jeszcze do następowego ściągnięcia gałki w znaczeniu Lederera i Gessnera.

O podspojówkowych zastrzykiwaniach soli kuchennej (Über subconjunctivale Kochsalzinjektionen), Dr Beck.

Autor poleca tego rodzaju zastrzykiwania przy zmętnieniach w ciałku szklistem i przy środkowem zapaleniu naczyńówki i to szczególnie w przypadkach świeżych.

Z 8 przypadków zmętnień ciałka szklistego nastąpiło polepszenie w 7 przypadkach. W środkowem zapaleniu naczyńówki dało się osiągnąć polepszenie w 6 przypadkach, 3 razy nie było zmiany, a 1 raz nastąpiło pogorszenie. Wogóle w obu tych cierpieniach był odsetek dodatnich wyników o wiele wyższym w tych przypadkach, które były leczone zastrzykiwaniami podspojówkowemi, o wiele zaś niższym przy leczeniu innymi sposobami.

W 6 przypadkach oderwania siatkówki, które nie leczono zastrzykiwaniami, nie nastąpiło polepszenie, natomiast osiągnięto polepszenie w 6 przypadkach na 13 przypadków, które leczono tym sposobem.

Objaw Bella (Das Bell'sche Phänomen). Dr Fleischer.

Na wstępie omawia autor krótko dotychczasową literaturę, tyczącą się tego objawu, przy czem gałka oczna zwraca się ku górze przy zamknięciu powiek i podczas snu.

U pewnego chorego, u którego wskutek urazu przyszło do bliznowatego ściągnięcia się górnych powiek i do wybujałości na ich spojówkach, spostrzegał autor w 4 miesiące po urazie, że jedna gałka oczna ustawiała się przy zamykaniu powiek w kierunku ku dołowi do środka.

Przy tem ruchy gałki tej były we wszystkich kierunkach prawidłowe i nie było porażenia mięśnia twarzowego ani okoruchomego. Objaw ten tłumaczy autor przez odruch w sposób przyjęty przez Nagla i sądzi, że przy zwrocie gałki ku dołowi pozostaje rogówka

zupełnie przykrytą i najmniej jest uciskaną, podczas gdy zwracanie oka ku górze, przy istniejącej szparze w tęczówce i przy wybijałościach na spojówkach musiałoby odnieść wręcz przeciwny skutek. Równocześnie sprzeciwia się on zapatrywieniu w tym kierunku Negro'a, który powstanie tego objawu tłumaczy istniejącem anatomicznem połączeniem pomiędzy nerwem okoruchowym a twarzowym.

Sądzi on przy tem, że właściwą rolę w powstaniu objawu Bella należy przypisać raczej związkowi pomiędzy włóknami mięśnia okoruchowego i mięśnia okrężnego, przy czem kojarznicza ich czynność odbywa się w ośrodku podkorowym.

Zchorzenia oczne spowodowane cierpieniami nosa
(Durch Nasenkrakheiten verursachte Augenleiden). Dr Paunz.

Autor objaśnia topograficzny związek zchorzeń ocznych z cierpieniami jam nosowych rycinami fotograficznymi i opisuje przypadki śluzoropotoku przewodu łzowego, w następstwie *rhinitis hypertrophica i atrophica*, ropienia jamy Highmora i komórek kości sitowej, jak również i wskutek wrzodów błony nosowej. Leczenie polegało na usuwaniu przyczyny. Następuje opis powstawania cierpień przewodu łzowego z powyższych przyczyn, który jest nam od dawna znany. Autor wspomina także o częstej zamianie w rozpoznawaniu przetoki woreczka łzowego i komórek kości sitowej i podaje sposób ich różniczkowego rozpoznawania. Wskutek cierpień nosowych chorzeje obok przewodów łzowych najczęściej jama oczodołowa. Następnie opisuje autor przypadek flegmowy oczodołowej, powstałej po zropieniu polipa nosowego, wskutek kataru jamy oczodołowej.

Zakażenie może powstać także z komórek płytki sitowej lub z jamy szczękowej. Autor poleca przecięcie ropnia oczodołowego i równoczesne otwarcie sąsiadującej jamy, z której powstało ropienie. Przy zapaleniu jam skroniowych zdarzają się nieraz porażenia mięśni ocznych, a powstają one przez kataralny obrzęk. Następnie opisuje autor zmiany znane pod nazwą *Mucokelc*, przy czem komórki kości sitowej i jama skroniowa bywa torbielowato powiększoną. Jeżeli torbiel taki znacznie się powiększy, to może on gałkę wyprzeć naprzód i ku dołowi, a także może być nerw wzrokowy uszkodzonym. Torbiele takie należy usunąć przez operację. Zchorzenia jamy skroniowej i schorzenie komórek sitowych może spowodować bardzo łatwo powstanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, pomimo, że w jamach tych poprzednio nie przyszło do flegmony. Jeżeli zmiany znachodzą się w jamie kości klinowej, to mogą one spowodować porażenia mięśni

ocznych, wskutek zchorzenia nerwów ocznych, znajdujących się w *sinus cavernosus*. W końcu wspomina jeszcze autor o związku przyczynowym chorób nosa z chorobami jagodówki szczególnie z krwotokami do ciała szklстого, a także na niebezpieczeństwo wykonywania operacji zaćmy przy ropniaku bocznych jam nosa.

O obrazkach na soczewce, które powstają na jądrze prawidłowej soczewki, przy rziernikowaniu (Über Linsenbildchen, die durch Spiegelung am Kerne der normalen Linse entstehen). Dr Schmidt.

W związku z niedawno ogłoszonymi spostrzeżeniami prof. Hessa, wedle którego na soczewce oka normalnego daje się spostrzegać równocześnie kilka obrazków, omawia autor, że już przed kilku laty spostrzegał on u koni drugi obrazek prosty, i drugi obrazek odwrotny i to szczególnie u koni starszych i przy równoczesnem lekkim zmętnieniu torebki soczewkowej. Spostrzeżenia te są opisane w okulistyce Bayera.

Autor dodaje, że czasami daje się u koni spostrzegać cały szereg takich obrazków. Obserwował on u królika również w oku atropinizowanym podobne jasne i ciemne kręgi, jak to je opisywał Hess.

Nowy przyrząd, służący do oznaczania ucisku śródgąłkowego — Tonometrya (Ein neues Tonometer — Tonometrie). Prof. Schiötz.

Autor opisuje nowy przez siebie sporządzony tonometr, o stałej sile i zmieniającem wrażeniu, który podaje wielkość ciśnienia śródgąłkowego zapomocą wskazówki, przy czem ucisk śródoczny i położenie wskazówki stoją do siebie w stosunku odwrotnym.

Autor oznaczał najprzód przez empiryę wartość, która odpowiada różnym uciskom i utrzymywał przy tem stale tak prawidłowe hyperboliczne linie krzywe, że mógł on je oznaczać i poprawiać przy pomocy rachunku. Przyrząd ten ma być bardzo dokładnym, a bywa trzymany w ręku, przy czem dadzą się nim odczytać dziesiątne części milimetru. W praktyce pokazały się mierzenia rogówki dokładniejszymi, aniżeli mierzenia twardówkowe. Według jego badań waha prawidłowy ucisk śródoczny pomiędzy 22—31 mm Hg po większej zaś części około 26 mm Hg.

Spostrzeżenia kliniczne (Klinische Beobachtungen). Dr Brückner.

a) Autor opisuje przypadek, w którym bystrość wzroku była na jednym oku bardzo upośledzoną, przy czem w polu widzenia

był środkowy brak na kolor biały i na barwy. Wziernikiem dało się spostrzegać szarawo-białawe pasmo o bardzo delikatnej budowie, które przykrywając brzeg tarczy wzrokowej, przeciągało do żółtej plamki i odpowiadało w swem przebiegu włóknom t. zw. *papillo maculares*.

Przez wywiady dało się wykluczyć, jakoby ta zmiana była wrodzoną, a zmiana ta była prawdopodobnie następstwem urazu. Anatomicznie wykazał autor zwyrodnienie wiązek, łączących tarczę wzrokową z żółtą plamką, które pierwotnie lub też następowo zostały zastąpione giejem, tak że zmiana ta była podobną do zmian spostrzeganych przy *retinitis proliferans*.

b) *Do kazuistyki współczulnego zapalenia oka.*

W przypadku tym opisuje autor surowicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego z osadami na tylnej ścianie rogówki i krwotokami w ciałku szklistem, które powstało w 10 lat po urazie oka pierwszego. V. c. liczy palce w $\frac{3}{4}$ m.

Po wyjęciu oka pierwotnie schorzałego, w którym występowały w ostatnich czasach częste nawroty, nastąpiło wyleczenie oka współczulnie zapalonego, przy czem bystrość wzroku podniosła się na $\frac{6}{5}$. Dziwnem się wydać musi, że mimo tak dodatniego i wyraźnego wyniku, autor zastanawia się nad leczniczą wartością enukleacyi w tym przypadku.

c) *Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego w następstwie zapalenia stawów.*

Zapalenie nerwu wzrokowego wystąpiło w kilka miesięcy po przebytem zapaleniu stawów. Powstanie tego zapalenia przypisuje autor działaniu toksyn. Uleczenie.

O ubarwieniu nerwu wzrokowego (Ueber Pigmentirung des Sehnerven). Prof. O g a w a.

U zwierząt daje się bardzo często spostrzegać w nerwie ocznym barwik, przy czem należy to zabarwienie uważać za prawidłowe. Najczęściej zabarwienie to pojawia się w okolicy blaszki sitowej. Również i u człowieka pojawia się w oku prawidłowem takie zabarwienie. Autor przytacza obok znanych w literaturze podobnych przypadków nie patologicznego zabarwienia nerwów, przez niego spostrzegane przypadki. W przypadkach tych rozchodzi się z pewnością o wrodzone zboczenie a raczej o przerost barwika blaszki sitkowej. Autor zbija zapatrywanie P i c k a, jakoby zabarwienie to powstało przez embryologiczny barwik nerwu wzrokowego, który w życiu śródmacicznym jest nadmiarę rozwiniętym, gdyż badania jego, jak i innych autorów udowadniają, że w rozwoju nerwu wzrokowego brak jest okresu barwikowego. Skła-

nia się on raczej do zapatrywania, że w przypadkach tych rozchodzi się o barwik naczyńiówki, który w czasie rozwoju oka przeszczepia się do nerwu wzrokowego.

Następnie opisuje autor 4 przypadki ogłoszone przez innych autorów, w których dało się wziernikiem rozeznąć patologiczne zabarwienie nerwu wzrokowego. Bardzo czarne złogi były w przypadkach tych pochodzenia krwistego. Podobny przypadek miał sposobność autor także spostrzegać. Badanie anatomiczne wykazało zanik istoty nerwu wzrokowego przez proces zapalny, a barwik zabarwiający cały pień nerwu na czarno, rozdzielał się siatkówkowato w gleju nerwowym, a zatem zajmował miejsce samej istoty nerwu wzrokowego, obecnie zanikłej. Przy tem dało się stanowczo wykazać, że barwik ten był o charakterze krwi (*Hemosiderin*).

Clin. ophtalm. Nr 1—3. 1906. (Ref. A. Bednarski).

Kilka słów o wycięciu woreczka łzowego. (Quelques mots sur l'extirpation du sac lacrymal) Dr J o c q s.

Skoro worek łzowy jest już dłuższy czas stale rozszerzony, wszelkie nasze zabiegi lecznicze konserwatywne pozostają bez skutku. Sposób operowania zależy od tego, czy mamy do czynienia z prostym rozszerzeniem worka, czyli też z powikłanem przetoką. W pierwszym przypadku łatwo wyciąć cały worek, w drugim ponieważ rozchodzi się zawsze o przebyte zapalenie ścian woreczka a przednia ściana jest przedziurawiona lub w znacznej części zniszczona, wyjęcie częste całego worka jest niemożliwe i należy usunąć resztki ścian zapomocą skrobania. Przy wycinaniu woreczka cała trudność polega na uchwyceniu samego worka i rozróżnieniu jego ścian od otoczenia. Celem ułatwienia tego, zalecano wypełnienie worka już to materyą stałą, już to płynną, autor natomiast radzi wypchać poprostu worek gazą po poprzednim przecięciu go i wypuszczeniu zawartości. Po wyjęciu sonduje kanał i stara się otrzymać jego drożność, gdyż to jest potrzebne do rychłozrostu. Następuje opatrunek bardzo ściśle uciśkający.

Zez zbieżny przy krótkim wzroku: jego leczenie zapomocą nowego diploskoku. (Le strabisme convergent des myopes: Sa cure par un nouveau modèle de diploscope). Dr B o u r d e a u x.

Przy wyrównywaniu krótkiego wzroku zapomocą szkieł spostrzegamy często objaw następujący: Chory na każde oko z osobna stosownem szkłem widzi dobrze, skoro jednak odsłoniwszy drugie

oko i każemy choremu patrzeć równocześnie na oba oczy, natenczas widzi gorzej i twierdzi, że szkła chwytają go za oczy. Skąd to pochodzi? Od akomodacji nie, gdyż i po atropinie objaw ten utrzymuje się. Od hyperkorekcji również nie, ani też od astygmatyzmu. bo szkła dobraliśmy dokładnie. Zależy to jedynie od wadliwości we widzeniu obuocznem. Badając diploskopem chorych, którym po raz pierwszy wyrównaliśmy krótki wyrok, stwierdzamy, że tylko bardzo mała ilość posiada widzenie obuoczne skojarzone, natomiast przeważna część chorych patrzy tylko jednym okiem, wykluczając obraz drugiego, albo też popada w dwuwidzenie, które w 90% występuje jako diplopia homonyma. Fakt ten tłumaczy aulor w ten sposób: U krótkowidzących istnieje zależność punktu dali wzrokowej dioptrycznego i dynamometrycznego, albo jak się wyraża Parinaud równoległość płaszczyzny zbieżności i płaszczyzny akomodacji. Krótkowidzący nastawia gałki oczne na punkt, w którym widzi wyraźnie, skoro teraz zapomocą szkieł przesuniemy mu ten punkt w nieskończoność, chory nie ma o tem świadomości i dalej nastawia gałki w pobliże, przez co zatracą równowagę między zbieżnością i akomodacją. Autor opisuje swój diploskop, który jest stosownie zmienionym diploskopem Remy i opisuje sposób jego użycia celem przywrócenia równowagi między akomodacją a konwergencją.

Mięszkowe zapalenie rogówki urazowe. (Les Kératites parenchymateuses post. traumatiques). Dr Terlinck.

Müncheuer medizinische Wochenschrift. 1906. Nr 2. (Ref. Adam Szulisławski).

O bierowskim przekrwieniu zastoinowem w chorobach ocznych. (Ueber Biersche Staunugshyperämie bei Augenkrankheiten). Dr Renner z król. kliniki uniwersyteckiej prof. Eversbusch'a w Monachium.

Z powodu korzystnych wyników leczenia, które osiągał Bier w ostrych i przewłocznych zapaleniach, zapomocą czynnego i biernego przekrwienia, badał autor na polecenie prof. Eversbusch'a działanie przekrwienia biernego na oko.

Pierwsze doświadczenia wykonywał na sobie. Opaskę gumową Bier'a, około 3 cm. szeroką, zakładał sobie na szyję wielokrotnie na przeciąg 3—8 godzin, nie przerywając zwykłych zajęć. Nie doznawał przytem znaczniejszych przykrości, mimo, że wywoływał dość znaczny zastój. Zrazu występowało zawsze uczucie ciepła i pełności w twarzy i głowie, następnie lekkie uczucie naprężenia skóry, szczególnie na powiekach. Skóra przyjmowała lekko sinawe zabarwienie, wyraźne je-

dnak obrzmienie spostrzedz można było tylko na szyi powyżej opaski uciskającej. Po kilkugodzinnym zastoju postrzegał autor ciśnienie i napięcie w mięśniach ocznych przy wykonywaniu wydawniejszych ruchów gałkami ocznymi, jakoteż uczucie lekkiego obrzmięcia błony śluzowej przewodów nosowych; również i głos był lekko obłożony z powodu obrzmięcia błony śluzowej strun głosowych. Takie same objawy stwierdzał także u innych osób. Widzenie najośnie, akomodacya i pole widzenia nie doznawały żadnej istotnej zmiany wśród trwania zastoju, ani po zdjęciu opaski. Natomiast stwierdzono niewątpliwe zaczerwienienie spojówki gałkowej. Mniej widoczne były objawy przekrwienia w samej gałce ocznej. Podwyższenia ucisku śródocznego nie stwierdził autor ani u siebie, ani u innych, mimo że wziernik wykazywał wyraźne objawy zastoju żylnego na dnie oka. Raz zauważono, że tętnienie żył ustało natychmiast po założeniu opaski, naczynia żyłne silniej krwią się wypełniły, odbłask żył stał się szerszym. Po zdjęciu opaski wróciło tętnienie żył. Pod koniec wielogodzinnego zastoju wystąpiło przetyem lekkie zamglenie wzroku i uczucie ciśnienia w oczach, lecz nie ból.

W celach leczniczych używano zastoju tylko u dzieci i osób dorosłych do 40 roku życia, u których poprzednio wykluczono istnienie zboczeń w sercu i naczyniach. Stosowanie tego sposobu u ludzi starszych wydawało się autorowi zanadto ryzykownem, z powodu niebezpieczeństwa wywołania jaskry, zatorów krwawych lub wybroczyn na dnie oka.

Używano zaś zastoju tylko przy zewnętrznych, niepowikłanych cierpieniach oka, t. j. tylko wówczas, gdy wykluczono obecność zmian w głębszych częściach, w szczególności ostrych zapaleń jagodówki (*Iritis*, *Iridocyklitis*, *Iridochoroiditis acuta*), a więc w przypadkach niepowikłanego zapalenia miąższowego rogówki, pryszczykowego zapalenia spojówki, oraz wrzodów nieżyłowych i pełzających rogówki:

Z doświadczeń autora wynika niewątpliwy i dodatni wpływ leczniczy zastoju bierowskiego tylko w miąższowym zapaleniu rogówki, na wyjaśnianie się zaćmień unaczyniowych — w innych przypadkach skutek był bardzo wątpliwy, lub właściwie żaden. W szczególności nie zauważono żadnego wpływu na stare, nieunaczyniowe zaćmienia rogówki.

Leczono w ten sposób 5 przypadków miąższowego zapalenia rogówki. Wyciągi przytoczonych historii chorób są bardzo przekonujące. Wszystkie dotyczyły osób od 10—20 lat, w których nasilenie objawów co do zaćmienia i unaczynienia mniej więcej było jednakowe, a tylko czas trwania choroby wahał od kilku miesięcy

do kilku (5) lat. Opaskę pozostawiano około 6—12 godzin na dobę. We wszystkich przypadkach uzyskano w ciągu 2—4 tygodni leczenia zdumiewająco wydatną poprawę wzroku. Dla przykładu przytaczam:

I. I. S. 20 l. $\sqrt{\text{pr. o : od 15 miesięcy}}$ } liczne naczynia.
 l. o : od 13 }

Od 14/XI 1905 opaska przez 8, 10 do 12 godzin.

14/XI $\sqrt{\text{pr. = palce na 2 m.}}$
 $\text{l. = palce na } 1\frac{1}{2} \text{ m.}}$ 14/VII $\sqrt{\text{pr. = } 5/10}$
 $\text{l. = } 5/7\cdot 5}$

V. H. W. 18 l. pr. o : od września 1905
 l. o : od 5 lat.

23/XI 1905 $\sqrt{\text{pr. = ruchy ręki przed okiem}}$
 $\text{l. = } 5/50 \text{ mozolnie.}}$

Po 3 tygodniach leczenia:

$\sqrt{\text{pr. = palce na 1 m.}}$
 $\text{= } 5/35.}}$

Szkodliwego wpływu przekrwienia zastoinowego czy to na oko, czy na stan ogólny, nie zauważył autor w żadnym przypadku.

Zez ku górze (Höhenschielen). Dr M. Miller. Bayreuth.

Prof. Schön z Lipska ogłosił w Nrze 40 Muench. mediz. Wochschf. z r. 1904 pracę pod tyt. »Nerwice serca i żołądka«, w której omawia zgubny wpływ zezu ku górze na nerw błędny i możliwość usunięcia towarzyszących temu objawów nerwowych za pomocą odpowiednich szkieł pryzmatycznych. Zez ku górze bywa zdaniem Schöna wrodzonym, organizm jednak pokonywa go siłami przyrodzonymi. Skoro one atoli z jakiegokolwiek powodu się zmniejszą, słabnie zarazem energia, potrzebna do wyrównania niedomogi mięśniowej, skutkiem czego wystąpić musi zwiechnienie równowagi w działaniu mięśni prostych górnych i dolnych, czego wynikiem znowu jest różnica w ustawieniu gałek, czyli zez ku górze z koniecznym zaburzeniem dwuocznego widzenia, szczególnie przy postrzeganiu lini poziomych. Teraz rozpoczynają się bezustanne i usilne usiłowania celem usunięcia podwójnego widzenia. Wymuszone w ten sposób zwiększenie czynności pojedynczych mięśni ocznych przychodzi do skutku przez podrażnienie odpowiednich ośrodków nerwowych, które to podrażnienie przeszedłszy pewną granicę, promienować niejako zaczyna na ośrodki sąsiednie i wywołuje w ten sposób współczulne zadrażnienie nerwu błędnego. Z tego jednak wynika obraz chorobowy z taką przewagą ciężkich zaburzeń nerwowych ze strony żołądka i serca, że objawy oczne

z natury rzeczy łatwo przeoczyć, lub gdy się je spostrzeże, uważać za wtórorzędne i zależne od tych, które przedewszystkiem w oczy się rzucają. Dziwić się jednak nie można wobec tego, że przy obecnem zapoznaniu przyczyn i skutków choroby tacy jako »nerwowi i neurastenicy« przechodzą z rąk do rąk bez skutku i widoków polepszenia. A życie tych nieszczęśliwych nie jest zazdrości godne. Owe nieznośne i bezustanne bóle i zawroty głowy, liczne i różnorodne objawy sercowe wśród męczących napadów strasznego lęku w połączeniu z niemniej przykrymi objawami żołądkowymi — czynią człowieka nietylko niezdolnym do wszelkiej pracy, lecz naprawdę mogą mu życie obrzydzić. — Odpowiedzi, jakie pacyenci tacy dawali na pytanie Schöna, czy dobrze znoszą kołysanie i podróże okrętami, usprawiedliwiają przypuszczenie, że zez pionowy jest istotną przyczyną choroby morskiej. »Te rodzaje zawrotów głowy, obawy przestrzeni i choroby morskiej«, powiada Schön, »powstają skutkiem połączonej z zezem ku górze trudności zespolenia poziomych zarysów obrazów obydwu oczu i występują szczególnie tam, gdzie odpada możność kierowania się liniami pionowymi, a więc na rozległych placach i na morzu«*).

Na podstawie wyniku badania swoich przypadków (nie podaje ilu, dwa z nich obszerniej opisuje), stwierdza autor (Miller) w zupełności zapatrywanie Schöna, gdyż we wszystkich przypadkach udało mu się zapomocą szkieł pryzmatycznych usunąć wszelkie, niekiedy ciężkie, objawy zadrażnienia nerwu błędnego — i to usunąć natychmiast, całkowicie i trwale.

Co się tyczy powstawania i pochodzenia zezu pionowego, to idąc za zdaniem Schöna, nie przeczy, że może on być wrodzonym, lecz stwierdza równocześnie, na podstawie własnych spostrzeżeń, że może on być również nabytym.

Między przypadkami autora, było w jednym przyczyną niedowidzenie jednego oka w następstwie zaćmy torebkowej; w 2. zbliżnowacenie po ropniach oczodołowych; w 2. dalszych nierówne co do wysokości ustawienie oczodołów — reszta przypadków nie przedstawiała, z wyjątkiem nieznacznej różnicy w refrakcyi obydwu oczu,

*) Warto tu zapisać spostrzeżenie pewnego angielskiego lekarza okrętowego, który (według notatki umieszczonej w Nrze 8 kroniki »Lwowskiego tygodnika lekarskiego« bez podania źródła wiadomości) miał zauważyć, że choroby morskiej nie dostają osoby, których wzrok na jednym oku jest upośledzony. Uważając też widzenie obuoczne za jedną z przyczyn, wywołujących objawy choroby morskiej, próbował zawiązywać jedno oko, lub zakraplać do jednego oka atropinę i miał się przekonać, że prosty ten zabieg chroni rzeczywiście od przykrej choroby morskiej. — Łatwo z powyższego zrozumieć, co w tem doniesieniu może być prawdą, a co złudzeniem, lub raczej nieporozumieniem (przyp. sprawozdawcy).

żadnych innych objawów, któreby pozwalały wnosić o przyczynie zezu ku górze.

Wogóle, wzięwszy, powiedzieć należy, że te same, powszechnie znane przyczyny, które wpływają na tworzenie się zezu poziomego, mogą *mutatis mutandis* wywołać także zez pionowy.

W celu łatwego rozpoznania zezu i pewnego stwierdzenia skutku pryzmatów, zaleca autor tablice liniowane, wielkości 70m², i to białą z czarnymi liniami, czerwoną z zielonemi. Odstęp między liniami 8^m/_m, grubość linii 1^m/_m.

Tablicę taką trzyma się blisko oczu badanego w położeniu poziomem (z poziomym kierunkiem linii) w razie zezu pionowego, zaś w położeniu pionowym w razie zezu poziomego. W przypadkach zezu ku górze, już po kilku sekundach patrzenia na liniuszek poziomy, zaczynają linie drgać, poruszać się, wykrzywiać, skakać, po dalszych 20—25 sekundach, zaćmiewa się wszystko przed oczami, a towarzyszące temu nader niemiłe uczucie niepewności, niepokoju i przestachu tak się potęguje, że badany broniąc się przed niem, wprost oczy zamyka, lub ręką je przysłania. Po założeniu odpowiedniego szkła pryzmatycznego, może badany bez śladu jakichkolwiek dolegliwości, tak długo jak mu się podoba patrzeć na liniuszek poziomy.

Die ophthalmologische Klinik. R. 1906 Nr 3. (Referent Doc. K. W. Majewski).

Liczne włókniaki polipowate na spojówce powiekowej. (Multiple fibromatöse Polypen [Fibromes muqueux] der Lid-Bindehaut). Cosmetatos.

U 7letniego dziecka, które skarżyło się na ból i palenie pod powiekami, znalazł autor u jednego oka siedm, u drugiego pięć drobnych polipowatych wyrosli, wyrastających ze spojówki powiek górnych na cienkich szypułkach. Guzki te były różowe, na powierzchni gładkie dochodziły do wielkości ziarna soczewicy. Poodcinano je nożyczkami, poczem przypalono lapisem miejsca, z kąd wyrastały. Badanie mikroskopowe wykazało w guzkach utkanie odpowiadające włókniakom śluzowym (*Fibromes muqueux*). Dla rozpoznania klinicznego rozstrzygającą jest gładkość powierzchni, brodawczaki bowiem i ziarniniaki odznaczają się wejrzeniem kalafiorowatem lub malinowatem. Gruczolak daje się poznać po właściwem sobie umiejscowieniu na mięsku łzowym, gdy włókniaki o wiele częściej wyrastają ze spojówki powiek i załamek. Co do ziarniniaków, ważnem jest pamiętać, że powstają one na spojówce w następstwie urazów, wskutek obecności ciał obcych, lub po nacięciach, lub na-

kłuciacz operacyjnych. Z innych nowotworów przybierają wyjątkowo naczyniaki i mięsaki spojówkowe postać polipów, zazwyczaj jednak już dla samej ich rzadkości przy stawianiu prawdopodobnego rozpoznania myślimy o nich na ostatku. Tam, gdzie polipy są małych rozmiarów, zacierają się zwykle kliniczne znamiona różniczkowe i pewność dać nam może tylko badanie histologiczne. W każdym przypadku polipa spojówki bez względu na jego przyrodę wskazane jest oczywiście odcięcie guza wraz z szypułą i przypalenie miejsca skąd wyrastał dla zapobieżenia nawrotowi.

O zaburzeniach wzroku w następstwie przyglądania się zaćmieniu słońca. (Über Sehstörungen infolge der Beobachtung der Sonnenfinsternis). Ferentinos z Aten.

Po ostatniem zaćmieniu słońca (w sierpniu z. roku) zgłosiło się do autora pięciu chorych, którzy, oglądając to zjawisko bez zachowania koniecznych ostrożności, sprowadzili sobie mniej lub więcej poważne zaburzenia wzroku. U dwóch chorych mógł autor przez dłuższy czas przebieg zmian ocznych spostrzegać, inni poddali się tylko jednorazowemu zbadaniu. Badanie wziernikiem wykazało u wszystkich zmiany w plamce żółtej, która przybrała barwę szaro różową i straciła właściwy sobie połysk. Ta plamka szara postaci okrągłej lub owalnej, obwiedziona była cienką linią krwisto czerwona. Otaczająca siatkówka wydawała się nieco zamgloną. Chorzy opowiadali, że w pierwszej chwili, spojrzawszy w słońce, doznali silnego olśnienia, a potem przez kilka dni prześladowała ich nieustannie ciemna plama w środku pola widzenia. Później plama ta przestała być widoczną, pozostało jednak osłabienie wzroku. Prócz tego skarżyli się chorzy na chwilowe znikanie widzianych przedmiotów n. p. poszczególnych liter przy czytaniu, co autor tłumaczy znużeniem siatkówki wskutek krótko trwałego, ale nadmiernie silnego wrażenia świetlnego. Objaw ten trwa zwykle tylko przez czas krótki, poczem chorzy nie doznają przeszkód przy czytaniu, o ile im na to mniej lub więcej upośledzona bystrość wzroku pozwala. Badanie pola widzenia wykazuje jednak względny ubytek środkowy (*scotoma centrale relativum*). Z biegiem czasu bystrość wzroku stopniowo się poprawia, chociaż słabe *scotoma* utrzymuje się nieraz bardzo długo.

Nierównie prędzej znikają bez śladu zmiany wziernikowe. Autor przekonał się o tem, badając chorego, który przed 24 laty uszkodził sobie oko prawe, przypatrując się niem zaćmieniu słońca. Obecnie chory ten ma jeszcze wyraźne *scotoma relativum*, choć dno oka żadnych już zmian nie okazuje. Autor uważa szarą plamkę, jaką widział u wszystkich swych pięciu tamtegorocznych chorych, za wyraz lekkiego

sparzenia siatkówki, spowodowanego działaniem promieni, które się skupiły dla wytworzenia na siatkówce ostrego obrazka słońca. Czerwoną obwódkę, która otacza tę szarą plamkę, nazywa on linią demarkacyjną, oddzielającą miejsce sparzone od otaczającej siatkówki, która została oblana rozproszonym światłem słonecznym. Tę zmianę w otoczeniu szarej plamki nazywa autor *erythema solare retinae*. Dzięki temu, że środki łamiące oka zatrzymują znaczną część promieni pozaczerwonych i ultrafioletowych, nie przychodzi do zupełnego zniszczenia siatkówki, któreby musiało spowodować trwałe *scotoma absolutum*. Dlatego to siatkówka przybiera po pewnym czasie wejrzenie prawidłowe, a jeśli przychodzi do trwałego upośledzenia wzroku, to należy je przypisać pozostałościom, jakich przy pomocy wziernika dostrzedz już nie można. Leczenie musi być, zdaniem autora, wyczekujące; ani ciemnica, ani wstrzykiwania strychniny nie mają wpływu na przebieg choroby. Co najwyżej podać można jod, aby ułatwić i przyspieszyć wessanie tych wytworów patologicznych, które wogóle mogą wessaniu uleżeć.

Gwajakol w lecznictwie okulistycznym. (Das Gwajakol in der augenärztlichen Therapie). Terson.

Gwajakol, który dawniej uzyskiwano z kreozotu, otrzymuje się obecnie jak wiadomo, w drodze syntetycznej w postaci chemicznie czystych kryształów, i jako taki bywa pod każdym względem lepiej znoszony od dawnego gwajakolu i od kreozotu. Jako środek posiadający cały szereg cennych własności leczniczych (*antisepticum, alterans, anaestheticum, analgeticum, antipyreticum*) może, zdaniem autora znaleźć szerokie zastosowanie także w okulistyce. Przy zmianach na skórze powiek i okolicy oka zaleca on 10⁰/₀ rozczyń gwajakolu w oliwie lub glicerynie. Zwłaszcza przy półpaścu ma gwajakol działać bardzo korzystnie. Dla osłabienia przykrej a silnej woni, należy rozczyń gwajakolu zaprawiać mentolem lub kamforą. Przy bolesnych sprawach zapalnych ropnych (*dacryo-cystitis, dacryo-adenitis* etc.) działają kojąco maście gwajakolowe, jakoteż i rozczyń oliwne lub glicerynowe. Na spojówkę stosuje autor 10⁰/₀ glicerynowy rozczyń siarkanu miedzi z dodatkiem gwajakolu, co w wysokim stopniu zmniejsza ból i pieczenie. Korzystnie też działa gwajakol w postaci maści lub rozczyń olejnego przy sparzeniu rogówki. Niemniej zaleca się środek ten w przypadkach gruźliczych zmian na powiekach spojówce lub rogówce. Spirytusowe rozczyń gwajakolu zapisuje autor do inhalacji przy zmianach w jamie nosa i gardła, tak często towarzyszących cierpieniom ocznym.

Na wewnątrz, przy chorobach oka na tle gruźlicy, żołżów

lub kiły, podaje T. gwajakol zawarty w kapsułkach żelatynowych wraz z rybim tranem. Nakoniec wprowadza autor częstokroć gwajakol do ustroju, wstrzykując miąższowo jego oliwne rozczyny.

Inkrustacje wywołane przez wodę utlenioną. (Inkrustationem durch Wasserstoffsperoxyd). Neustätter.

Przy zapuszczeniu 3^o/_o roztworu wody utlenionej do worka spojówkowego, zauważył autor powstawanie na spojówce żółto białych plam, ostro ograniczonych, przypominających zwapnienie gruczołów Meiboma (*lithiasis Meibomiana*). Plamy te ściśle ograniczone powstawały w różnych miejscach na spojówce bezpośrednio po zapuszczeniu wody utlenionej i utrzymywały się mniej więcej przez godzinę. Nie była to pianka, jaką zazwyczaj woda utleniona wytwarza, gdyż dałaby się zetrzeć z łatwością. Żółto białawe zabarwienie zdawało się raczej sięgać nawet w nieco głębsze warstwy spojówki. Początkowo sądził autor, że to tylko miejsca, gdzie spojówka jakkolwiek była zmienioną (n. p. po operowanych gradówkach, przeciętych jęczmionach) ulega temu szczególnemu zabarwieniu, przekonał się jednak z czasem, że powstaje ono także na zupełnie prawidłowej spojówce. Na czem polega to przemijające zabarwienie i dlaczego ogranicza się ono tylko do pewnych miejsc, nie umie autor wyłomaczyć, jak również nie objaśnia z jakiego powodu nazwał tę zmianę inkrustacją.

Kliniczne spostrzeżenia o leczeniu nową tuberkuliną (zawiesiną prątkową) i podanie przypadku gruźliczego zapalenia tęczówki, wyleczonego starą tuberkuliną (Klinische Beobachtungen bei Behandlung mit Neutuberculin (Bacillenemulsion) und Mitteilung eines Falles von mit Alt tuberculin geheilter doppelseitiger Irstuberculose). Dr M. Elsaesser w Mannheim. — Deutsche med. Wechschrft. 48. 1905.

W pierwszej części swej pracy podaje autor przebieg doświadczeń, wykonanych na 76 chorych na gruźlicę, u których wstrzykiwał »nową tuberkulinę« Kocha. Doświadczenia te, szczegółowo opisane, z uwzględnieniem sposobu zastrzykiwania, dawkowania, powikłań, wpływu na zmianę ciepłoty ciała i t. d., upoważniają autora do twierdzenia, że nowa tuberkulina działa bardzo dobrze w świeżych przypadkach gruźlicy, w t. zw. pierwszym stadium, zwłaszcza dopóki jeszcze niema zakażenia mieszanego.

Wspólnie z okulistą Drem Bahrem leczył autor także 16-letniego, bladego i słabowitego młodzieńca, u którego oprócz płucnych i skórnych zmian gruźliczych, znajdowały się następujące na obydwóch tęczówkach: Wybitna *iritis serosa* z licznymi, galareto-

watymi guzkami; największe znajdują się w kącie między tęczówką i rogówką; w miejscu, gdzie przylegają do rogówki, miąższowe zmętnienie tejże. Tylne przyczepy i wypocina na przedniej torebce soczewki. Po dłuższem stosowaniu starej tuberkuliny (od 23 lutego do 11 sierpnia 1905) guzki te i podrażnienie rzęskowe zniknęły, zupełnie, pozostały tylko zmętnienia rogówki, tylne przyczepy i błony wypocinowe w źrenicy. Mimo to wzrok znacznie się polepszył zwłaszcza u oka lewego: z liczenia palców na 5 metrów — na $\frac{5}{15}$ Mp. 1-25 D. Nadto ogólny stan pomyślny, objawy płucne ustąpiły, a skórne o połowę mniejsze. *Dr Edw. Goldwasser.*

Badania tonometryczne dotyczące oka zdrowych i chorych. (Tonometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Augen). — Mitteilungen aus der Augenklinik im Julien-H. 2. 1905. — Engelmann.

Engelmann zachęcony przez Edelskij'ego podjął szeroko pomyślane zadanie zbadania wpływu ogniskowania, pracy mięśni gałkowych zewnętrznych, nerwu współczulnego, ciśnienia krwi i różnych stanów chorobowych na ciśnienie śródoczne. Wyniki jego dochodzeń streszczamy poniżej:

1. Przewiązanie tętnicy szyjowej wspólnej obniża ciśnienie śródoczne obu stron, ale wyraźniej po stronie przewiązania.
2. Przewiązanie żyły szyjowej zewnętrznej powiększa ciśnienie śródoczne po stronie przewiązania.
3. Narkoza chloroformowa obniża ucisk śródoczny, narkoza eterowa powiększa ciśnienie śródoczne.
4. Wycięcie n. spółczulnego szyjowego lub zwoju górnego szyjowego obniża ucisk śródoczny, sprowadza przekrwienie oka, zwężenie źrenicy, zapadnięcie gałki, opadnięcie powieki górnej (znane). Wycięcie części n. spółczulnego szyjowego przy jaskrze na przebieg jaskry nie wpływa korzystnie, niekiedy zaś wpływa ujemnie.
5. Twierdzenie (Höltzke), że ciśnienie śródoczne powiększa się przy rozszerzeniu źrenicy i obniża się przy ich zwężeniu autor znajduje bezzasadnem.
6. Zaciskanie powiek powiększa ciśnienie śródoczne aż do 14 cm. Hg.; przecięcie czterech mięśni gałkowych prostych u kółka obniża ciśnienie śródoczne na 8 cm. Hg.
7. Zapalenie rogówki, wrzody i zapalenie twardówki obniżają ciśnienie śródoczne, zapalenie tęczówki, mięśnia ogniskującego (m. ciliaris) we wczesnych okresach powiększają ciśnienie śródoczne, w późniejszych zaś obniżają.

Oderwania siatkówki, którym nie towarzyszą żadne powikłania, obniżają ciśnienie śródoczne. *Dr Noiszevski.*

Przyczynek do kazuistyki złamań w przewodzie nerwu wzrokowego (Zur Kasuistik der Frakturen im Optikuskanale). Dr Józef Pollack w Pradze. — Wiener med. Wechschrift. Nr 3. 1906.

W przypadkach urazu w okolicę oczodołu możemy na podstawie pewnych objawów nie tylko rozpoznać, czy i w którym miejscu nerw wzrokowy doznał uszkodzenia, ale także orzec, jakie będzie zejście tej choroby.

Zniesione lub znacznie upośledzone oddziaływanie źrenicy na światło z utrzymaniem oddziaływania współczulnego, wskazuje na uszkodzenie nerwu wzrokowego — z obrazu zaś wziernikowego możemy wywnioskować, czy uszkodzenie to nastąpiło przed, czy po wejściu środkowej tętnicy. Bardzo znamionnymi są objawy towarzyszące złamaniu ścian przewodu nerwu wzrokowego. Obok utraty przytomności, zawrotów głowy, krwotoków z nosa i ucha — występuje początkowo zupełna ślepotą wskutek bezpośredniego skaleczenia nerwu lub krwotoku, a źrenica oddziałuje tylko współczulnie. Na dnie zmian niema. Po jakimś czasie zwyczajnie wzrok nieco się poprawia wskutek wessania krwotoku, a źrenica przynajmniej leniwo na światło oddziałuje — lecz wkrótce wytwarzająca się kostnina ugniata nerw wzrokowy, pole widzenia jest dośrodkowo zwężone i w tym kierunku wciąż się zmniejsza, przyczem nikt nie poczuje barwy zielonej, potem czerwonej, niebieskiej a wreszcie i białej, a z tem, zwyczajnie w przeciągu 2 — 3 miesięcy następuje ślepotą.

Przeciwnie wcale pomyślnem jest rokowanie, gdy źrenica na światło od początku oddziałuje, a pole widzenia nie jest dośrodkowo zwężone, lecz brak w niem tylko pewnych wycinków. Wobec takich objawów wolno nam przyrzec choremu, że utrzymaną zostanie przynajmniej ta bystrość wzroku, którą miał bezpośrednio po wypadku.

Dr Edw. Goldwasser.

III. Z TOWARZYSTW.

Kijowskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie I d. 20 maja st. st. 1904.

Na tem posiedzeniu Dr Mandelstam wygłosił dłuższą rzecz o rozwoju oftalmologii w XIX w., a Dr Neze o rozwoju oftalmologii w Kijowie. Nie tylko w Kijowie, ale i wogóle w Rosyi pierwszy Karawajew (1843—1844) operował zaćmę starczą drogą ekstrakcyi, przed nim zaś, a nawet jeszcze i po nim operowano tylko drogą reklinacyi. Dr Neze utrzymuje, że Karawajew wprowadził

szczypczyki ustalające gałkę do chirurgii ocznej i nauczył ekstrakcyi katarakty przez cięcia górne*).

Rosyanie obecnie posiadają aż cztery Towarzystwa oftalmologiczne: petersburskie, moskiewskie, kijowskie i odeskie, my zaś dotąd nie posiadamy ani jednego. Wprawdzie tak zasłużony dla polskiej oftalmologii Sz. Prof. Bolesław Wicherkiewicz już od dawna nosi się z zamiarem utworzenia polskiego Towarzystwa oftalmologicznego na wzór heidelbergskiego, ze stałymi zjazdami Kolegów w Krakowie, ale dotąd wszystko się rozbijało o naszą przysłowiową ociążałość. Jeżeliby kiedy owe zjazdy doszły do skutku, głosowałbym, żeby się odbywały podczas świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Zjazdy podczas lata służą bardziej rozrywkom, niż nauce.

W r. 1869 został profesorem oftalmologii w Kijowie chlubnie znany w piśmiennictwie europejskiem ze swych prac z dziedziny oftalmologii I w a n o w: (Histologia pryszczkowego zapalenia rogówki. O różnicy w budowie mięśnia ogniskującego (*m. ciliaris*) w oczach krótko i długoogniskowych. Trzy monografie: Ciało szkliste, *tunica vasculosa* i *tractus uvealis*) weszły jako części składowe do znakomitego podręcznika okulistycznego Graefe i Saemisch. Ostatnią pracą I w a n o w a był przyczynek do anatomii patologicznej jaglicy. Choć I w a n o w jako uczonec był znakomitością europejską, to jednak jako klinicysta o wiele mniej położył zasług. Podczas kilkoletniej choroby I w a n o w a, leczącego się za granicą, skąd już nie było mu sądzone powrócić, w uniwersytecie zastępował go M a n d e l s t a m. Następnie po kilkoletniej przerwie w wykładach, profesorem oftalmologii w Kijowie został C h o d i n, założyciel i wieloletni redaktor Wiestnika oftalmologii. Obecnie zaś profesorem oftalmologii jest prof. S z y m a n o w s k i, uczeń C h o d i n a.

Posiedzenie d. 18 września.

Leczenie chirurgiczne królkoogniskowości wysokich stopni przez usuwanie soczewki przezierniej. Kozłowski.

Autor niezadowolony z wyników sposobu F u k a l i**), powziął myśl usuwania soczewki przezierniej. Autor usuwał soczewkę 17 razy, przezierną zaś soczewkę usunął 21 razy. Po usuwaniu soczewki sposobem F u k a l i chorzy pozostawali w lecznicy przeciętnie dni 31, po usuwaniu soczewki przezierniej przeciętnie dni 18.

*) Fakt ten dla mnie zupełnie jest nowy i może który z Kolegów mógłby sprawdzić słusność tego twierdzenia; według N e z e wszyscy przed K a r a w a j e w e m usuwali katarakty przez cięcia z dołu.

**) Dr F u k a l a przejął myśl podaną przez W i c h e r k i e w i c z a w r. 1882. *Red.*

Za usuwaniem soczewki przeziernej był prof. Szymanowski, wszyscy inni przeciwni byli temu rękoczynowi.

Posiedzenie d. 30 listopada 1904.

Leczenie chirurgiczne opadnięcia powieki górnej. 10 wypadków. Szymanowski.

Trzy są sposoby chirurgicznego leczenia opadnięcia powieki górnej:

1. Wycinanie kawałka skóry powieki górnej, niekiedy połączone z wycinaniem kawałka mięśnia okrężnego.
2. Połączenie szwami chrząstki powieki górnej z mięśniem czołowym.
3. Połączenie chrząstki powieki górnej z mięśniem górnym gałki ocznej (*m. rect. super.*); pierwszego z tych sposobów autor nie używał wcale, ale i dwa drugie sposoby dawały mu zawsze wyniki małe, a nieraz złe.

W pierwszym wypadku opadnięcia powieki górnej przyszył górny brzeg chrząstki do mięśnia czołowego sposobem *Sancaasta*: sposób ten tem się różni od sposobu *Pangestechera*, że *Pangestecher* łączy z mięśniem czołowym nie górny, ale dolny brzeg chrząstki. Wynikiem takiego leczenia opadnięcia powieki górnej było podwinięcie części powieki.

W drugim wypadku przyszył prof. Sz. ścięgna mięśnia unoszącego powiekę górną do mięśnia czołowego. Poprawy nie było.

W trzecim wypadku przyszył Sz. górny brzeg chrząstki do części przedniej mięśnia górnego gałki ocznej. Wynik natychmiastowy operacji był doskonały, ale wkrótce wszystko »przyjęło dawną postać«, chociaż *Motais*, jak twierdzi, miał przy tym sposobie operowania wyniki zupełnie zadawalniające.

W czwartym wypadku ten sam sposób spowodził głębokie zapalenie rogówki.

W piątym, szóstym i siódmym wypadku wyniki były ujemne. Nie o wiele lepiej powiodło się autorowi i ze sposobem *Angelucci*'ego.

Dr Noiszevski.

Petersburskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie d. 6 maja 1905.

Okazanie przyrządu ochronnego dla oczu u strzelających do celu. Czemołosow.

Zarząd artylerji morskiej polecił Cz. zbadać, czyby się nie udało przy pomocy szkieł żółtych lub innych usunąć szybko występujące zmęczenie wzroku przy celowaniu i strzelaniu z dział na morzu.

Badania Cz. przekonały go, że szkła żółte nie usuwają zmęczenia wzroku przy strzelaniu na morzu i że o wiele pożyteczniejszemi okazały się pomyślane przez niego chrony. Chrony mają oprawę podobną jak w okularach, ale zamiast szkieł kauczukowe płytki, tylko w prawej płytce jest otwór o 7-milimetrowej średnicy.

Według Cz. szybkie męczenie się wzroku podczas strzelania na morzu zależy od przyczyn wewnętrznych (niemoc ogniskowania szczególnie u długoogniskowców; trudność otwierania jednego oka a przymrużania drugiego) i zewnętrznych: drażnienie oka celującego przez wiatr, kurz, dym, promienie słoneczne proste i promienie słoneczne odbite od powierzchni morza).

Felzer: Jak wielkiem było ograniczenie pola wrażliwości obwodowej siatkówki przy użyciu pańskiego przyrządu?

Czemołoso w: Do 25 stopni.

Bellarminow nie zgadza się z Cz., żeby niemoc ogniskowania mogła utrudniać strzelanie, jeżeli tylko strzelający nie jest długoogniskowcem. Według Bellarminowa główną przyczyną szybkiego męczenia się wzroku podczas strzelania na morzu jest olśnienie, a najodpowiedniejszym przyrządem zwykle szkła zadymione, przy nieprawidłowej ogniskowości szkła zadymione ogniskowe, wyrównyujące niedrawidłową ogniskowość.

Ropienica oczodołu. Osza p o w s k i.

Podawca sprowadzał ropienicę oczodołu u psów, doświadczałnie zastrzykując do tkanki pozagałkowej hodowle gronkowców i paciorkowców.

Dr Noiszewski.

XVIII Zjazd włoskiego Towarzystwa oftalmologicznego.

(Referent K. W. Maje w s k i).

Posiedzenie przedpołudniowe z dnia 11 października 1905. Przewodniczy Falchi z Pawii.

De Berardinis: *Uwagi kliniczne i anatomiczne o blepharochalasis.*

Autor spostrzegął dwa przypadki *blepharochalasis* u osobników młodych. U jednego z nich stwierdził oprócz tego tachykar-

dyę i wielką wrażliwość nerwową. Drugi był zdrow ogólnie. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka skóry wykazało rozdęcie naczyń krwionośnych w tkance łącznej podskórnej i zmniejszenie ilości włókien sprężystych. Patogeneza cierpienia nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną; zdaniem autora, przyjęć można jako przyczynę zaburzenia nerwowe.

Scimeni opowiada o przypadku, w którym znalazł anatomiczne zmiany śródbłonna naczyń, zakrzepy w żyłach i wybroczyny.

Angelucci tłumaczy powstanie *blepharochalasis* odrębnym rodzajem unaczynienia łożysku oczodołowego. Dlatego to nawet niewyuczasy i znużenie fizyczne prowadzą nieraz lekkie obrzmienie powiek.

Pes zapytuje, czy krwotoki w przypadku Scimeniego nie były następstwem urazu operacyjnego, czemu Scimeni zaprzecza.

Lodato widział także *intra vitam* punkcikowate wybroczyny.

Pes: *Ropne zapalenie naczyńiówki; ropień w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych; zapalenie opon mózgodzeniowych.*

Przypadek dotyczył kobiety, która w 3 dni po wypaproszeniu gałki z powodu *panophthalmitis* zmarła wśród objawów zapalenia opon mózgodzeniowych. Sekcja oprócz *meningitis* wykazała ropną »kanalizację« nerwu wzrokowego i ropień w miejscu skrzyżowania nerwów. Z ciała szklatego wyhodowano gronkowca białego, z ropnia mózgowego paciorkowce.

Di Santo (z Neapolu): *Otok śluzowo-ropny zatoki czołowej i prawej zatoki sitowej.*

Klinicznie przedstawiał się przypadek jako znaczny i bolesny obrzęk zapalny w głębi pod prawą górną powieką i za górno wewnętrznym brzegiem oczodołu lewego. Rozpoznanie ułatwiła też ryńskopia. Nacięcie ropni i wypłukiwania spowodowały wyleczenie.

Mazza (z Genui): *Kilka przypadków choroby Quinckego.* (Oedema angioneuroticum acutum).

U trojga chorych (kobieta 45 lat, 16letni młody człowiek i 35letnia kobieta) spostrzegali autor ograniczone obrzęki na różnych częściach ciała. Między innymi także na spojówce i na skórze powiek. Zdaniem autora, przyczyną były zaburzenia angioneurotyczne w związku z ogólną słabowitością, względnie z wiekiem przejściowym (u pierwszej kobiety).

Basso zapytuje, czy badano jamę nosa, on bowiem w podobnych przypadkach spotykał *rhinitis* i dopiero wyleczenie tejże spowodowało ustąpienie obrzęków.

D'Angelo zapytuje, czy mocz był badany i czy znaleziono oksalurę.

Mazza odpowiada, że nie ryoskopował z powodu braku objawów ze strony nosa. W moczu były ślady białka, w kierunku kwasu szczawowego nie badano.

Basso (z Genui): *O nowotworach pozagałkowych.*

B. operował 28letniego chorego z powodu nowotworu, zajmującego dolną część oczodołu i przyległe komórki w kości sitowej. Operację rozpoczętą sposobem Krönleina, trzeba było jednak zakończyć wypaproszeniem całego oczodołu. Badanie mikroskopowe wykazało, między innymi, drobnokomórkowe nacieczenie nerwów rzęskowych i nerwu wzrokowego. Dlatego to obrzęk i przekrwienie tarczy, stwierdzone wziernikiem przed operacją, uważa autor za sprawę zapalną, a nie za zastoinową.

Tornatola mógł w podobnym przypadku usunąć cały nowotwór zapomocą tymczasowej resekcji oczodołu sposobem Krönleina, przyznaje jednak, że rzadko tylko można napewne przewidzieć, jak daleko sięgają nacieki nowotworowe i jakie rozmiary trzeba będzie nadać operacji.

Cirincione omawia również rokowanie przy złośliwych nowotworach oczodołu. U dzieci powyżej dwóch lat należy odrazu przystąpić do wypaproszenia oczodołu, bo często zdarzające się nawroty nie nadają się już zwykle do operacji z powodu rozsiania ognisk nowotworowych. U dorosłych niebezpieczeństwo nawrotu jest mniejsze i wyniki operacji bywają na ogół lepsze. Jeżeli nowotwór oczodołowy wrósł już do *foramen opticum*, wtedy nie opłaca się operować. Jako wskazówka rozpoznawcza służy w takich razach rozszerzenie żył siatkówkowych w drugim oku.

Angelucci opisuje podaną przez siebie odmianę operacji Krönleina. Nie wycina on kawałka kości jarzmowej, tylko ją oddziela i w całości odechyla.

Gallenga operował w podobny sposób w jednym przypadku uważa modyfikację Angelucci'ego za pomysł szczęśliwy.

Reymond (z Turynu): *O kieszonkowym oftalmometrze Reida.*

Przyrząd ten nadaje się bardzo do mierzenia krzywizny rogówkowej, zwłaszcza przy rogówce stożkowatej. W przypadkach *keratoconus* można nim wykazać, że w pobliżu szczytu stożka zazwyczaj po stronie nosowej znajduje się mała mniej wypukłona część powierzchni, która stanowi punkt wyjścia osi widzenia.

Petella robił również doświadczenia z oftalmometrem Rei-

da i podnosi jego użyteczność przy pomiarach zmian krzywizny rogówkowej wskutek podwyższonego parcia wśródocznego. Przyrząd ten ułatwia także rozpoznanie zwichnięcia lub nadwichnięcia soczewki.

Tornatola (z Messyny): *Galwanokaustyczne operowanie podwinięcia powiek.*

T. uzyskiwał dobre wyniki w przypadkach *entropium*, które usuwał zapomocą galwanokaustyki. Galwanokauter nadaje się do tego lepiej niż termokauter.

Baquis sądzi, że sposób ten nie zabezpiecza przed nawrotami cierpienia.

Pes przypomina sposób polecony przez Bajardi'ego, polegający na głębokiej kauteryzacji, sięgającej aż do chrząstki i na spojeniu szwami brzegów rany.

Ovio uważa szwy za zbyt liczne.

Tornatola przestrzega przed hyperkorrekcją. Przed galwanokaustyką należy stopień podwinięcia dokładnie oznaczyć.

Santamaria (z Neapolu): *Przypadek oślepienia po wyrwaniu zęba.*

Bezpośrednio po wyrwaniu zęba powstała amauroza, która zmieniła się wkrótce w amblyopię. Po miesiącu wrócił wzrok prawidłowy. S. uważa przypadek ten za hysteryę urazową.

Gallenga (z Parmy): *Ectropium uveae congenitum i wyrostki barwikowe na brzegu źrenicy (flocculi pupillari).*

G., który dawniej robił badania nad *ectropium uveae acquisitum*, zdaje obecnie sprawę ze swych poszukiwań embryologicznych i porównawczo-anatomicznych, odnoszących się do *ectropium uveae congenitum*. Badał on płody ludzkie oraz oczy koni, przeżuwaczy, świń etc. U zwierząt tych zmiana w mowie będąca zdarza się często, w oczach ludzkich zaś występuje wyjątkowo.

Posiedzenie popołudniowe dnia 11 października.

Przewodniczy Gallenga z Parmy.

Bietti (z Padwy): *Badania doświadczalne nad rolą pasożytów trupich (saprophytów) w zakażeniach oka.*

B. przypomina, że dawniejsze badania przedsięwzięte w tym kierunku dawały różnorakie wyniki, zależnie od rodzaju techniki doświadczalnej. Ulbrich uważa saprophyty za chorobotwórcze i przypisuje w pewnej części ich działaniu powstawanie zakażenia po operacjach ocznych. Wprowadzał on do przedniej komory lub do

ciała szklistego gęstą zawiesinę saprofytów we fizyologicznym rozczywie soli, Bietti natomiast używał do doświadczeń dosyć rozcieńczonych hodowli bulionowych. Niektóre rodzaje saprofytów nie dawały mu przytem nigdy silniejszej reakcyi od tej, jaką sprawiało wstrzyknięcie jałowego bulionu. Inne rodzaje saprofytów wywoływały wprawdzie plastyczne zapalenie tęczówki, lub nawet zropienie gałki ocznej, ale tylko pod tym warunkiem, że były w hodowli bulionowej zapomocą strzykawki wprost do wnętrza oka wprowadzone, natomiast po zakażeniu przedniej komory pętelką platynową, umaczaną w pożywce odczyn był bardzo nieznaczny. Zdaniem autora, gdyby saprofity miały rzeczywiście znaczenie chorobotwórcze, to stopień ich jadowitości nie wahałby się tak bardzo, zależnie od rodzaju zastosowanej techniki. Tylko w tych przypadkach można saprofytom przypisać znaczenie etyologiczne, gdzie się uda z wydzieliny lub z nacieku ropnego uzyskać czyste ich hodowle. Jak dotąd z pośród saprofytów warunek ten został spełniony tylko dla *bacillus subtilis*. Na podstawie wyników swych badań sądzi B., że przedwczesnem byłoby obwiniać saprofity wogóle o wywoływanie zakażenia po operacjach ocznych.

Bietti: *Studia bakteryologiczne nad keratitis hypopyon.*

B. wykazał w jednym przypadku *bac. pyocyaneus* i w jednym przypadku *bac. coli*. Drobnoustroje te znajdowano dotąd tylko wyjątkowo w przypadkach wrzodów rogówkowych. Wykazuje on ważność badań klinicznych i bakteryologicznych w celu wykazania, które bakterye są dla oka rzeczywiście chorobotwórcze.

Speciale (z Palermo): *O rozwoju embryologicznym gruczołu łzowego u człowieka.*

Sposób powstania gruczołu łzowego u człowieka nie był dotąd dokładnie poznany. W literaturze embryologicznej znajdujemy tylko opisy, odnoszące się do późniejszych okresów rozwoju. Dotychczas nie wyjaśniono, w jaki sposób przychodzi do podziału gruczołu łzowego na część oczodołową i powiekową. Tylko metoda modeli plastycznie odtwarzanych na podstawie seryi skrawków mikroskopowych, może, zdaniem S., rozwiązać to zagadnienie. Na podstawie swych badań wnioskuje S., że rozwój gruczołu łzowego odbywa się szybko: U zarodków, których długość różniła się zaledwie o 2 mm, spotykał już znaczne różnice w rozwoju gruczołu łzowego. Wynika stąd potrzeba badania poszczególnych okresów, następujących po sobie w krótkich odstępach czasu. Płody, jakie badał, pochodziły z 10, 11 i 12 tygodnia ciąży, a wielkość ich sięgała od 23 do 63 mm. Pierwszy zawiązek gruczołu łzowego znalazł on u embryona długości 32 mm (70ty dzień rozwoju płodo-

wego) w postaci pięciu pełnych czopów przybłonkowych, wychodzących ze spojówki i załamka górnego górą zewnątrz. Związek ten szybko się powiększa, ale czopy przybłonkowe pozbawione są jeszcze światła. U zarodników o długości 37 do 38 mm ukazują się pasma tkanki mezodermalnej, która wciska się pomiędzy owe twory przybłonkowe i rozdziela je na dwie odrębne części. Wkrótce powstają rozgałęzienia cewek przybłonkowych, posiadających już światło. Z jednej ich części powstaje gruczoł oczodołowy, z drugiej zaś *glandula Rosenmülleri*. S. okazuje liczne modele, uzmysławiające różne okresy rozwoju gruczoła łzowego.

Basso zapytuje, kiedy dają się zauważyć pierwsze objawy fizjologicznej czynności przybłonków gruczołowych.

Ovio pragnie wyjaśnienia, dlaczego niektóre przewodniki łzowe wspólne są obu częściom gruczoła.

Speciale odpowiada, że u starszych zarodków znalazł już światło i dwie warstwy komórek w cewkach przybłonkowych, ale nie spostrzegł żadnych śladów czynności wydzielniczej.

Co do wspólności niektórych wylotów gruczołowych, to pochodzi ona stąd, że gruczoł Rosenmüllera, który wytwarza się później niż gruczoł Galena, powstaje nie tylko z czopów przybłonkowych, wychodzących z załamka spojówki, ale także z rozgałęzień owych długich cewek, które dążą ku *fossa lacrymalis* i tworzą tam gruczoł oczodołowy.

Capellini (z Parmy): *O złogach mineralnych w przewodnikach łzowych.*

U pewnej wieśniaczki dolne kanaliki łzowe były na obu oczach zatłkane złogami wapniowymi, zawierającymi liczne drobno-ustroje. Nie było jednak w przypadkach tych zazwyczaj spotykanych streptokoków ani *leptothrix*. Odwapnione skrawki okazywały promienistą budowę, przypominającą promienicę.

Ovio (z Padwy): *O działaniu żaru na oko.*

O. mówi o działaniu żaru przy sparzeniach oka przypadkowych i przy leczniczym zastosowaniu termokaustyki. Z badań jego wynika, że żar działa na tkanki jako silny bodziec, który powoduje wzmoczenie żywotności komórek (o ile ich nie niszczy) tem tłumaczy się korzystne działanie kauteryzacji, gdy chodzi o chorą tkankę, która niedomaga pod względem odżywienia, siły żywotnej i odporności. Zapomocą wstrzykiwań fluoresceiny wykazał O., że kauteryzacja powoduje przyspieszenie krążenia soków wśródoczných. Nakoniec przytacza wyniki swych doświadczeń nad wpływem przypalania na przebieg gojenia wrzodów rogówkowych.

Basso zwraca uwagę, że w niektórych przypadkach galwanokaustyka nie tylko nie powstrzymuje szerzenia się wrzodu, ale raczej, zdaje się, sprawę ropną podsycać.

Cirincione zapytuje, jak mamy sobie tłumaczyć szczególnie wpływ kauteryzacyi na ożywienie krążenia soków wśródgałkowych.

Pes zapytuje, czy leukocyty w naciekach rogówkowych powstają ze stałych komórek rogówki, czy też są to komórki wędrujące, które przybywają na miejsce od wieńca naczyń, otaczających rogówkę.

Ovio odpowiada, że galwanokaustyka zawodzi istotnie niekiedy, a dzieje się to najczęściej w przypadkach ciężkich, w których zawodzą zarówno wszystkie inne środki. Na pytanie Cirincione'a: Kauteryzacya obniża ucisk wśródoczny, co ułatwia szybsze krążenie limfy.

Pesowi odpowiada, że przeważna część leukocytów pochodzi z obwodu rogówki.

Monesi (z Bolonii): *Badania doświadczalne nad drogami łzowymi.*

M. robił doświadczenia na przewodach łzowych u królików, używając tych samych przyrządów, jakich się używa u człowieka. Wykazuje on, że natychmiast po zranieniu błony śluzowej otaczającej przyłonek rozpoczyna czynność reparacyjną.

Posiedzenie przedpołudniowe z dnia 12 października.

Przewodniczy Scimemi (z Messyny).

De Bono (z Palermo). *O nowym sposobie operowania wrodzonego opadnięcia powieki.*

Wykonał on operację niepełnego wrodzonego opadnięcia powieki górnej u 27-letniego chorego. Operacya polegała na połączeniu antepozycyi wedle Eversbuscha z przysyciem mięśnia czołowego.

De Lieto Vollaro przypomina, że De Vincentis operował szereg przypadków sposobem Motais z pomyślnym wynikiem. Przemawiający uważa ten sposób za najlepszy, nie tylko bowiem przywraca powiece prawidłową ruchomość, ale także daje korzystny wynik kosmetyczny, gdyż stwarza fizyologiczną zmarszczkę skóry na powiece górnej.

Addario przemawia za metodą Angellucci'ego.

Falchi. *Przyczynek do wśródmaciczej patologii oka przy kile wrodzonej.*

Przy kile odziedziczonej przychodzi niekiedy do ciężkiego schorzenia nerwu wzrokowego i siatkówki, znamionującego się obecnością licznych wakuol wśród tkanki. Podobne wakuole znachodzą się także w jagodówce.

Pes zapytuje, czy zmiany te nie są następstwem *perivasculitis* i *endovasculitis*, oraz licznych zakrzepów, o jakich też prelegent wspominał.

Falchi sądzi, że chodzi tu raczej o trujące działanie jadu syfilitycznego, boć i przy *neuritis toxica* powstają również wakuole.

Chiari (z Turynu). *Zmiany krzywizny rogówkowej podczas skurczu mięśni ocznych.*

Prelegent przekonał się, że krzywizna tak prawidłowej jak i niezbornej rogówki zmienia się pod wpływem skurczu mięśni prostych, w tym mianowicie południku, w którym leżą działające mięśnie, przyplaszcza się ona, a w południku do tegoż prostopadłym doznaje wypuklenia. Stąd to przy skurczu mięśni prostych zewnętrznych i wewnętrznych zmniejsza się *astigmatismus rectus*, *astigmatismus inversus* natomiast powiększa się. Podczas skurczu mięśni prostych górnych i dolnych stosunek jest odwrotny.

Bajardi badał również wpływ części dodatkowych oka na krzywiznę rogówki.

De Bono niejednokrotnie stwierdził różnice krzywizny rogówkowej za pomocą keratostkopu przed i po tenotomii.

Posiedzenie popołudniowe z dnia 12 października.

Przewodniczy: Ovio z Padwy.

De Bono (z Palermo): *O leczeniu stożka rogówkowego za pomocą paracentralnej galwanokaustyki.*

W jednym przypadku silnie rozwiniętego, ale zupełnie przezroczystego stożka rogówkowego, wykonał De Bono galwanokaustykę nie szczytu stożka, lecz części przyległych w postaci pierścienia, otwartego ku dołowi wewnątrz. Bystrość wzroku podniosła się z $\frac{1}{10}$ na $\frac{1}{3}$.

Bocchi sposób ten uważa za nieusprawiedliwiony. *Keratoconus* polega najczęściej na zwiótczeniu środka rogówki, który należy za pomocą kauteryzacji zamienić na mocną bliznę, aby zapobiedz dalszemu wypuklaniu się stożka.

Cirincione jest również za przypalaniem szczytu stożka. Jeśli potrzebna jest irydektomia, nie należy wycinać tęczęwki do brzeźnie, lecz utworzyć małe tylko szczelinowate *coloboma* przy brzegu źrenicznym. Przed operacją poleca on zapuścić czerynę.

Bonamico (z Padwy). *O wrażliwości powierzchni oka.*

Wobec niezgodnych wyników, jakie w tym przedmiocie wydały badania Frey'a i Nagla, podjął B. badania ponownie i stwierdził co następuje: Rogówka odznacza się o wiele większą wrażliwością niż spojówka, ale wrażliwość ta odnosi się nie do czucia dotykowego, lecz wyłącznie do czucia bólu. Oprócz tego posiada rogówka czucie ciepłoty. Zwłaszcza odczuwa ciepłotę podwyższoną. Spojówka gałkowa jest o wiele mniej wrażliwą, niż rogówka, ale posiada za to czucie dotyku. Jest ona także wrażliwą na różnicę ciepłoty, lepiej jednak odczuwa zimno, niż ciepło. Spojówka powiek odznacza się bardzo małą wrażliwością na dotyk, natomiast czucie bólu i temperatury jest u niej dość dobrze rozwinięte. Lokalizacya wrażeń jest niepewna. Wrażliwość oczu chorych bywa zmniejszoua (?). Wyniki te różnią się w znacznej części od tych, do jakich doszli Frey i Nagel. Tak n. p. nie może prelegent potwierdzić istnienia »ślepoty na ciepło« (Wärmeblindheit), jaką Nagel przypisuje rogówce. Bonamico wyraża przekonanie, że tak ilościowe, jak i jakościowe różnice wrażliwości poszczególnych części powierzchni oka stoją w związku z ich funkcjonalną ważnością, należą zatem do szeregu środków samoobrony, jakimi natura wyposażyła wszystkie składowe części ustroju.

Posiedzenie popołudniowe z dnia 13 października.

Przewodniczy Cirincione z Palermo.

Elia Baquis (z Livorno) i Giuseppe Cardou: *O pewnej szczególnej postaci schorzenia rogówki.*

U pewnego młodego górala powstała wśród lekkich objawów zapalnych, biaława plama na rogówce, lekko nad powierzchnię wystająca. Obraz chorobowy przypominał *keratomycośis aspergillina*, ale objawy były lekkie i przebieg łagodny. Nie przyszło ani do *iritis*, ani do *hypopyon*. Badanie mikroskopowe wykazało, że nalot był grzybnią pewnego rodzaju pleśni. Kolonie, jakie wyrosły na różnych pożywkach, przybrały na czwarty dzień barwę różową, a dwunastego dnia zaczęły grzybki wytwarzać spory. Szczepienie na rogówce królika dało wynik ujemny. Najprawdopodobniej była to pleśń z rodzaju *verticillum*, mianowicie *verticillum rubrum*.

De Bono widział podobny przypadek, ale rogówka była w całości prawie pokryta jakby błoną rzekomą, która po usunięciu na nowo się odtwarzała. Objawy zapalne były również słabe. Badanie bakteryologiczne wykazało pleśniowca, a mianowicie *mucor mucedo*. Szczepienia na zwierzętach wypadły ujemnie. Leczenie polegało na zeskrobaniu całej błony i na powierzchownem przy-

paleniu. Pozostały tylko/nieznaczne mgiełki, które się później bardziej jeszcze wyjaśniły.

Elia Baquis: *O pojawianiu się ziarn w czopkach siatkówki.*

W r. 1878 zauważył Deutschmann w przypadkach jaskry krwotocznej przechodzenie ziarn z zewnętrznej ziarnistej warstwy siatkówki do czopków. Uważał on to za objaw przerostu czopków. Tartuferi i De Lieto Vollaro tłómaczą to zjawisko inaczej. Zdaniem ich obrzęk siatkówki wywiera ucisk na warstwę ziarnistą zewnętrzną i wypiera z niej ziarna, które wciskają się do sąsiednich czopków. Baquis miał sposobność w jednym przypadku jaskry krwotocznej badać mikroskopowo siatkówkę, która okazywała zmianę tę w wysokim stopniu. Zarazem obraz histologiczny przemawiał stanowczo za hipotezą Tartuferiego. Widać było wyraźnie, jak wskutek pęcherzykowatego obrzęku ziarna warstwy ziarnistej wewnętrznej wypierane, przeciskały się przez błonę graniczną zewnętrzną, zmieniając przytem swą postać i wejrzenie. Następnie wnikały one w protoplazmę czopków, które okazywały także znamiona obrzęku i były przepełnione wakuolami. Czopki w ten sposób zmienione traciły, jak to widać na licznych preparatach, swą postać wyróżnioną, zaokrągliły się i przybrały wejrzenie zwyczajnych komórek przybłonkowych. Na uwagę zasługuje, że jądra ziarn, które odbyły wędrówkę z warstwy ziarnistej do warstwy czopków, okazywały tu i ówdzie figury karyokinetyczne. Świadczy to zdaniem B. o prawidłowym stanie naczyńiówki, która jest błoną odżywczą dla *stratum neuroepitheliale retinae*. Bodźcem do proliferacyjnej czynności komórek, ograniczającej się jednak tylko do podziału jąder, były wytwory rozpadowe wewnętrznych warstw siatkówki, które wskutek obrzęku i zastojów w krążeniu uległy obumarciu.

Lodato widział w jednym przydadku wodoocha (*hydrophthalmus*) wędrówkę jąder z warstwy ziarnistej do czopków.

Contino (z Palermo). *O budowie i rozwoju brzegu powiekowego.*

Między innemi objaśnia autor przyczynę przypłaszczenia torebki włosowej rzęs, oraz samych rzęs. Przypłaszczenie to pochodzi, zdaniem jego, od ucisku wywieranego przez międzyczręsowe powięzie mięśnia Riolana. W okresie zarodkowym, gdy mięsień ten, choć już istnieje, nie kurczy się jeszcze, rzęsy i ich torebki włosowe przypłaszczenia tego nie okazują.

Sbordone (z Neapolu). *Dwieście operacji zaćmy z leczeniem następowem bez opaski.*

S. zachwala zalety tego postępowania pooperacyjnego, jak-

kolwiek nie zasługuje ono ściśle biorąc, na nazwę *à ciel ouvert*, gdyż pokrywa on operowane oczy przyłepcem angielskim.

Bocchi uważa siatkę drucianą za korzystniejszą, gdyż, zdaniem jego, chroni ona oko operowane przed urazami zewnętrznymi.

Posiedzenie dnia 14 października.

Przewodniczy Basso z Genui.

Pardo (z Padwy). *Przyczynek do teoryi odczuwania wymiaru głębi.*

Ze względu na różnicę poglądów Dondersa i Heringa na istotę widzenia stereoskopijnego, przeprowadził P. szereg nowych doświadczeń. Używał on przyrządu Heringa i zwyczajnego stereoskopu, zmieniając warunki doświadczeń i ustawiając przed oczyma różne rodzaje soczewek i pryzmatów. Wnioski jego są następujące:

1. Widzenie stereoskopijne jest zjawiskiem bardzo złożonem, na które składają się rozmaite czynniki.

2. Dodatni wynik próby Heringa dowodzi wprawdzie istnienia widzenia stereoskopijnego, ale istnieje ono w tym razie w bardzo małym tylko stopniu tak, że prawidłowe zjednoczenie obrazków stereoskopowych nie jest możebne.

3. Zjednoczenie obrazków stereoskopowych przychodzi do skutku przy różnych obrazach z niejednakową łatwością. Zależy ono częścią od pracy ośrodków psychicznych, częścią zaś polega na prawidłach optyki.

4. Głównymi czynnikami przy widzeniu stereoskopijnem są: konwergencya, powstawanie obrazków na identycznych miejscach siatkówek, jednaka wielkość tych obrazków. Najważniejszą rolę odgrywa konwergencya i to bez względu na to, czy powstaje ona wskutek bodźców naturalnych, czy sztucznych n. p. przez przedłożenie szkieł pryzmatycznych. Akomodacya ma podrzędne znaczenie. Powstawanie obrazków na identycznych miejscach siatkówek nie jest warunkiem koniecznym, konieczną jest natomiast jednaka ich wielkość.

5. Mniejsza wyrazistość obrazków w jednym oku bardziej szkodzi widzeniu stereoskopijnemu, aniżeli zmniejszona wyrazistość obydwu obrazków. Odnosi się to przedewszystkiem do figur geometrycznych, a w mniej-zym stopniu do zdjęć fotograficznych.

Pardo. *Badania nad zmianami w cieczy wodnej w następstwie urazów.*

Prelegent przeprowadził liczne doświadczenia dla rozstrzygnięcia pytania, czy zmiany w składzie płynów śródocznych i w krą-

żeniu limfy po urazach tępych. mogą wyłómaczyć powstanie zaćmy, mimo braku pęknięcia torebki soczewkowej. Zajmował się on głównie zmianami w stosunkach osmotycznych oka, mogącemi wpłynąć ujemnie na odżywienie soczewki i używał do badań metody Hamburgera. Zmiana w napięciu osmotycznym po urazie dawała się istotnie wykazać i utrzymywała się zwykle przez czas dłuższy. Zmian w składzie chemicznym cieczy wodnej autor nie uwzględniał, głównie dlatego, że nie ufał dokładności analizy chemicznej przy tak małych ilościach materiału przeznaczonego do badania.

Gatti [z Ferrary). *O obecności części składowych hemolizyny w cieczy wodnej.*

G. robił doświadczenia na zwierzętach. Hemolizyny zazwyczaj w cieczy wodnej nie znajdował, natomiast spotykał w małych i zmiennych ilościach jeden z jej składników, mianowicie aleksynę.

Bajardi (z Turynu). *Metoda łatwiejszego mierzenia głębokości przedniej komory.*

Wiadomo, że sposobem Tscherning'a, przy którym posługujemy się oftalmometrem Javal'a, oznacza się tylko pozorną głębokość przedniej komory. Aby z tego pomiaru uzyskać wartość rzeczywistą, należy przeprowadzić długi i zawikłany rachunek. B. otrzymuje bezpośrednio wartość rzeczywistej głębokości, przez wyłączenie krzywizny rogówkowej. W tym celu wprowadza on w zelkniecie z rogówką małe szkiełko nakrywkowe i wpuszcza między szkło a rogówkę kroplę cieczy, posiadającej ten sam współczynnik załamania, co miąższ rogówkowy. Metoda ta daje się zastosować także do obwodowych części rogówki i nie wymaga osobnych obliczeń.

Falchi zachęca prelegenta, aby dokonał za pomocą swego sposobu pomiarów głębokości przedniej komory u osób w różnym wieku.

Bajardi. *Leczenie amblyopii z powodu zatrucia za pomocą zapuszczania roztworu strychniny.*

Prelegent przypomina, że już przed trzema laty na zjeździe we Florencyi zdawał sprawę z wyników leczenia strychniną, niedowidzenia, występującego na tle różnych zatruc, zwłaszcza wskutek nadużycia alkoholu i tytoniu. Obecnie przeprowadził badania mające na celu wykazać, jakimi drogami strychnina dostaje się do miejsca, gdzie ma rozwinąć swe działanie. Przekonał się on, że już w pięć minut po zapuszczeniu roztworu strychniny do worka spojówkowego można obecność jej wykazać w cieczy wodnej przedniej komory i to w ilości wystarczającej do zabicia żaby w przeciągu ośmiu godzin. Oprócz przypadków niedowidzenia alkoholowego i tytoniowego, przytacza B jeden przypadek zaburzenia wzroku wsku-

tek olśnienia, doznanego przy oglądaniu zeszlórocznego zaćmienia słońca. I tu strychnina okazała się bardzo skuteczną.

Frugieule widział również dobre wyniki przy używaniu strychniny, w postaci kropli ocznych.

Gallenga (z Parmy). *Narkoza skopolaminowo-chloroformowa w okulistyce.*

G. zaleca przed uspianiem chloroformowem wstrzykiwać podskórnie 0,01 g. morfiny i 0,001 g. skopolaminy, każdy z tych środków wstrzykując z osobna. Przy tym sposobie postępowania narkoza jest głęboka i spokojna, nie przychodzi do wymiotów i już mała ilość chloroformu sprawdza uspianie. Prelegent wyżej stawia połączenie morfiny ze skopolaminą, niż połączenie morfiny z atropiną, którą również polecają wstrzykiwać przed narkozą chloroformową.

Sgrosso podaje, że w neapolitańskiej klinice okulistycznej w ciągu roku zastosowano 40 razy narkozę sposobem Kelena. Jest ona zwłaszcza u dzieci godną polecenia.

Pes (z Turynu). *O patologicznych wytworach brodawkowatych na tęczówce.*

W następstwie przewlekłych i ostrych spraw zapalnych znalazł P. na tylnej powierzchni tęczówki brodawkowate wyrośle. W powstaniu ich bierze najczęściej udział tylko przybłonek barwikowy; tylko w niektórych przypadkach znalazł on w tworach tych składniki zrębu tęczówkowego. Dalej opisuje on twory torbielowate w okolicy ciała rzęskowego, oraz zarośnięcie kącika obwodowego przedniej komory, jakie spotyka się często w przypadkach nadmiernego bujania przybłonka barwikowego.

De Lieto Vollaro zapytuje, czy prelegent użył metody depigmentacji dla pewniejszego rozstrzygnięcia, jakie części tkankowe wchodzi w skład tworów brodawkowatych.

Bietti miał raz sposobność badać twór brodawkowaty na tęczówce. Składał się on ze splotów naczyniowych.

Pes odpowiada, że umiejscowienie i budowa wyrosli pozwalały mu bez uciekania się do depigmentacji nabrać przekonania, że powstały one wskutek bujania warstwy przybłonka barwikowego.

Fortunato (z Palermo). *Nowe postępowanie chirurgiczne w jąglicy.*

Zabieg polega na nacięciu załamka spojówkowego i na głęboko sięgającym wyskrobaniu za pomocą ostrej łyżeczki nowo wytworzonej tkanki.

Frugieule, D'Angelo i Addario występują przeciwko

temu sposobowi dawno już podanemu i słusznie zarzuconemu. Niszczenie tkanki podspojówkowej może być nawet szkodliwym, gdyż sprawa chorobowa toczy się w spojówce i często do niej się tylko ogranicza.

Consiglio (z Messyny). *Przypadek miąższowego zapalenia rogówki z 26-letnią przerwą między zapaleniem prawego i lewego oka.*

Referowane w »Postępie okulistycznym« 1905 str. 363.

Pes drzedstawia mikrofotografie preparatów z rogówki, sporządzonych sposobem Golgiego.

Consiglio. *Przypadek pseudoglioma retinae.*

C. znalazł w przypadku *pseudoglioma retinae*, oprócz zwykłych zmian, jedno ognisko skostniałe wśród wysięku w ciele szklistem. (Wedł. »Opth. Klinik«).

III. ROZMAITOŚCI.

Niewidomy cyklista.

We wiedeńskim czasopiśmie »Eos«, poświęconem sprawom wykształcenia upośledzonych umysłowo dzieci, a zarazem stosunkom życiowym oślepiętych, głuchoniemych etc. podaje Konrad Luthmer z Hagenau sposób, w jaki, sam będąc od 12 lat zupełnie ciemnym, oddaje się sportowi kolarskiemu. Za przykładem J aw a ł a, który, straciwszy wzrok, pierwszy na sobie wykazał, że człowiek niewidzący może używać miernie tej tak dla zdrowia zbawiennej lokomocyi, odbywa Luthmer, były oficer artyleryi, przejażdżki po 80 do 100 klm. dziennie na trójkołowym tandemie o dwóch siodełkach. Na przedzie siada jego widzący sekretarz, kieruje tandemem i odpowiada za bezpieczeństwo obydwóch. Luthmer, siedząc na tylnem siodełku, naciska również pedały rowera, a ruch ten i to fizyczne ćwiczenie na świeżem powietrzu znakomicie służy jego zdrowiu. Zachęca on innych ociemniałych, którym środki pozwalają nabyć podobny tandem, używać tego sportu i zwraca uwagę, że ludzie ślepi z powodu swej trwożliwości prowadzą zwykle życie siedzące lub mało ruchu używają, a jeśli przytem jadają obficie i piją, to narażają się przez to na utratę zdrowia. Statystyka wykazuje, że wielka część ludzi ślepych, ze sfer zamożniejszych ginie na udary mózgowe lub sercowe.

Luthmer sam, oprócz sportu kołowego, uprawia także ślizgawkę i jest dzielnym pływakiem.

Kule parafinowe jako podkład dla protezy ocznej.

Spratt podaje w »Archives of ophthalmology« nowy sposób wypełnienia torebki Tenona, dla uzyskania możliwie ruchomego podkładu dla protezy ocznej. Jak wiadomo, pierwszy Mules w r. 1885 zaszywał w torebkę twardówkową po ewisceracyi kulę szklaną. Frost wkładał podobną kulę po enukleacyi sposobem Bonneta, a zatem do torebki Tenona. Lang zastąpił kulę szklaną kulą z celuloïdu. Następnie podawano różne inne materiały dla wypełnienia torebki Tenona: Kule złote lub srebrne (Keal), dziurkowane puste kule z aluminium (Bryant), gałki z kauczuku twardego lub miękkiego (Pick), z gąbki (Belt), kłębki jedwabiu lub katgut (Bourgeois), kłębki z drucików metalowych (Landman), gałki żelatynowe (Suker), wstrzykiwania wazeliny (Rohmer), wszczepianie tkanki łożyskowej z pośladków, wszczepianie oczu króliczych (Bradford, Lagrange, Chibret), wstrzykiwania płynnej parafiny do wypaproszonej torebki twardówkowej (Gersuny, Brokaert, Ramsey), wreszcie wkładanie kul parafinowych do torebki twardówkowej (Oatman), względnie do torebki Tenona (Alter). Już sama długość tej listy dowodzi, że żaden z wymienionych sposobów nie daje zadowalniających wyników, skoro zachodzi wciąż potrzeba szukania za nowym lepszym, od dotychczasowych, materiałem. Spratt przekonał się jednak o zaletach twardej parafiny (punkt topliwości 78° C), którą po należytem wyjąłowaniu wprowadza, w postaci odpowiednio dużej gałki, do torebki Tenona bezpośrednio po wyłuszczeniu oka. Ponad kulą zeszywa parami mięśnie proste, nad nimi torebkę Tenona, a wreszcie spojówkę. Parafina nie drażni otaczających tkanek, bywa dobrze znoszona i nie podlega wcale wessaniu. Koniecznym warunkiem jest tylko, żeby była trudno topliwa. —

K. W. Majewski.

Hemeralopia leczona wątrobą. Idąc za przykładem Dra Fabry, który w »Berl. kl. Wochenschrift« Nr 3. b. r. ogłosił przypadek hemeralopii wyleczonej w trzech dniach po zużyciu dziennie 200—250 gramów surowej wątroby, skopowej, opisuje Sicherer w temże piśmie Nr 12 podobny przypadek, w którym u 43letniego doróżkarza, pijaka, wysoką samoistną kurząślepotą dotkniętego, objaw hemoralopijny ustąpił po 7 dniach zupełnie, gdy dziennie chory spożywał 300—400 gm. gotowanej wątroby. Szczegóły jednak mogące okulistę obchodzić są w artykule Sicherera tak skąpe, że trudno wyrobić sobie zdanie o skuteczności środka dawniej już polecanego. Sami próbowaliśmy na klinice naszej tej organoterapii w podobnych objawach ocznych, ale, jak dotychczas bez znamienego skutku.

Wicherkiewicz.