

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP. DRA HABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO W Lwowie, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANN, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STUZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik

ROCZNIK ÓSMY

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek załamania rogówki (*Infractio corneae*).

Podał

Doc. Dr K. W. MAJEWSKI.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzegać przypadek niezwykłego uszkodzenia oka wskutek tępego urazu.

Jednemu z kolegów lekarzy zdarzył się przy wycieraniu irchą dużych nożyc do rozcinania opatrunków następujący wypadek: Jedno z ramion, mianowicie to, którego ostrze posiada na końcu główkę, wyskoczyło ze zamku i zatoczywszy na trzymającym je palcu młyńca ugodziło silnie w prawe oko. W pierwszej chwili wystąpił silny ból, poczem spłynęły łzy i oko uspokoiło się o tyle, że pozwalało patrzeć dosyć swobodnie, a nawet nie przeszkadzało w ordynacyach. Wśród zajęcia jednak zaczęły występować coraz znaczniejsze dolegliwości, ból, utykanie, łzawienie i światłowstręt. Objawy te wzmagaly się z godziny na godzinę, tak, że chory zaniepokojony zgłosił się do mnie pod wieczór, mniej więcej w pięć godzin po wypadku.

Badanie wykazało na prawem oku następujące zmiany: Zmrużenie powiek z powodu dość silnego światłowstrętu, przekrwienie spojówki, oko zażawione, dookoła rogówki lekkie nastrzyknięcie rzęskowe. Rogówka w świetle dziennem wydaje się prawidłową, przy oświetleniu ogniskowem jednak i przy użyciu lupy dostrzec się daje rysa prostolinijna, przebiegająca poziomo, nieco poniżej poziomej średnicy rogówki, zaczynająca się w odległości 1—2 mm od brzegu wewnętrznego rogówki, i w tej stronie najwyraźniejsza, w kierunku zaś ku skroni coraz cieńsza, gubiąca się nieznacznie o kilka milimetrów przed zewnętrznym brzegiem rogówki. Wyraźnie widoczna część rysy sięga mniej więcej do środka rogówki, przedłużenie zaś jej w części skroniowej tylko z trudnością daje się przy użyciu soczewki wysledzić. Rysy tej nie można było nazwać zaćmieniem, nie była bowiem linią ani białą, ani szarą, a stawała się tylko widoczną dzięki zmienionemu współczynnikowi załamania. Prócz tego uwydatniała się może i przez to, że stanowiła granicę, poniżej której rogówka zdawała się nieco opalizować. Innych zmian na rogówce nie można było dostrzec. Koła keratoskopu odbijały się na rogówce prawidłowo, nie zdradzając żadnej regularnej, ani też nieregularnej niezborności. Ciecz wodna czysta, przednia komora prawidłowej głębokości, tęczęwka nieco przekrwiona, źrenica po kokainie zapuszczonej dla ułatwienia badania już nieco rozszerzona, regularna, na światło zwęża się jeszcze wyraźnie. Żadnej irydodonezy. Przy badaniu wziernikiem widać na czerwonym tle dna oka bardzo subtelną linię ciemną, odpowiadającą opisanej na rogówce rysie. Linia ta w kierunku ku nosowi staje się coraz mniej widoczną, podobnie jak rysa przy oświetleniu ogniskowem. Soczewka, ciało szkliste i dno oka bez zmian.

Przy dotyku chory odczuwa dość dotkliwy ból w jednym tylko punkcie, mianowicie górą zewnątrz w okolicy rzęskowej. Dodać jeszcze wypada, że gałka oczna nie okazywała wcale zapadnięcia wgłąb oczodołu (*enophthalmus*), ani żadnego upośledzenia ruchomości. Ze względu na bardzo znaczne zadra-

źnienie oka i światłowstręt badania wzroku na razie nie można było przeprowadzić.

Opłukałem oko starannie, włożyłem trochę maści kokainowej 3% i założyłem na drogę opatrunek lekko uciskowy z gazy, waty i czarnej opaski jedwabnej, w domu zaś poleciłem robić zimne okłady z 30% spirytusu.

Nazajutrz 17 czerwca przed południem dowiedziałem się, że chory w nocy nie spał z powodu bólu w oku, utykania i łzawienia. Znalazłem nastrzyknięcie rzęskowe o wiele znaczniejsze, górą wewnątrz znaczną bolesność rzęskową i rysę na rogówce o tyle wyraźniejszą, że przybrała już barwę wybitnie szarą. Opalizacya rogówki poniżej rysy również wybitniejsza, tęczęwka silnie przekrwiona, źrenica wązka. Chory dostaje co parę minut nagłego napadu kłucia w oku, światłowstrętu i łzawienia tak, że zupełnie patrzeć nie może, przez co i badanie co chwilę doznaje przerwy. Źrenica po atropinie 1/2% regularnie się rozszerza. Soczewka i dno prawidłowe.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{Pro: } \frac{6}{12}; \frac{4}{6} \text{ stenop.} \\ \text{Lo: } \frac{6}{6} \text{ Hp. m. 1, o D.} \end{array}}$$

Ther: Ung. Cocaini 3%, na drogę opaska, w domu: Sol. Cocaini 2% + Adrenalin 1/2%/100, co dwie godziny i zimne okłady.

Po południu stan gorszy. Chory ani na chwilę spojrzeć nie może. Ścisk powiek, oko silnie łzawi. Stwierdziłem tylko, że źrenica od rana znacznie się zwężyła.

Ther: Atropina, opaska, w domu okłady lodowe.

Wieczorem odwiedziłem chorego w mieszkaniu. Stan lepszy, lód sprawia ulgę.

18 czerwca: W nocy spał chory lepiej, od rana znaczna poprawa. Oko bledsze, ścisku powiek, światłowstrętu prawie niema. Stan rogówki niezmieniony, źrenica szeroka, regularna.

Ther. eadem.

19 czerwca: Podmiotowo czuje się chory znacznie lepiej. badanie przedmiotowe wykazuje jednak większe nieco nastrzyknięcie rzęskowe dookoła rogówki, rysa pozioma nieco

mniej wybitna, natomiast w dolnej części rogówki nowe zaćmienie szare w postaci małego pióropusza, zaczynającego się w jednym punkcie tuż przy dolnym brzegu rogówki. Ku górze zaćmienie to rozszerza się, kończąc się pierzasto rozstrzępionym brzegiem kilka milimetrów poniżej opisanej już rysy poziomej. Zaćmienie to widać dobrze z pomocą płaskiego lusterka na tle źrenicy *ad maximum* rozszerzonej. Za dotykaniem zawsze to samo miejsce górą zewnątrz okazuje żywą bolesność rzęskową.

Ther: Okłady lodowe dalej; adrenalinę z kokainą poleciłem zapuszczać tylko w razie znaczniejszych dolegliwości. Wieczorem Sol. Dionini 1%.

20 czerwca: Oko bledsze, zaćmienie dolnej części rogówki znacznie słabsze, rysa środkowa niezmieniona.

W ciągu następnych dni pod wpływem coraz to silniejszych rozczyńców dioniny zaćmienia na rogówce coraz bardziej się wyjaśniały, źrenica tylko okazywała jeszcze skłonność do zwężania się, lecz w dziesięć dni po wypadku (27 czerwca) oko było już zupełnie blade, zaćmienie miotełkowate znikło bez śladu, rysa jednak widoczna. Soczewka przezroczysta, dno prawidłowe.

$\sqrt{Pro} : \frac{6}{6}; \frac{6}{5-4}$ Hp 1, o D. Snel : 0,5 : 19 cm.

Z końcem października b. r. miałem sposobność zbadać ponownie uszkodzone oko. Cieniuchną, prosto-linijną, białą rysę poziomą na rogówce dotąd jeszcze widać w ogniшковem oświetleniu zupełnie wyraźnie, choć już piąty miesiąc upływa od chwili wypadku. Widać z tego, jak silną musiała być infrakcja i jak mocno został zgnieciony miąższ rogówki w miejscu zagięcia. Linijna ta blizenka pozostanie już zapewne na zawsze, zwłaszcza, że nie widzę potrzeby używać jakichkolwiek środków drażniących, celem jej wyjaśnienia, bo dla gołego oka nie jest widoczną i ani najmniejszych dolegliwości nie sprawia, ani wzroku wcale nie upośledza. (Tęczówka, źre-

nica i dno oka bez zmian, soczewka przezroczysta, napięcie gałki prawidłowe.

$\sqrt{Pro} : \frac{6}{5} - 4$

Jaeg. nr 1 : 10 cm (p. prox.).

Wystąpienie po urazie poziomej rysy na rogówce można sobie w tym przypadku wytłumaczyć, przyjmując, że główkowate zakończenie nożyc, które ruchem odśrodkowym okręciły się naokoło palca, ugodziło ze znaczną siłą w środek rogówki, zanim powieki zdołały się zamknąć odruchowo. Uderzenie to sprawiło, że rogówka ugięła się, podobnie jak się ugina piłka gumowa pod wpływem zewnętrznego ucisku. Dzięki własnej sprężystości i napięcia śródgałkowego rogówka rozprostowała się natychmiast i przybrała postać prawidłową, o czym świadczył prawidłowy obraz keratospokowy. Uraz był nie dość silny, żeby wywołać pęknięcie ścian gałki ocznej, co byłoby spowodowało zniesienie napięcia śródgałkowego i utrudniło natychmiastowe wygładzenie się rogówki. Ale to chwilowe głębokie załamane (*infractio corneae*) pozostawiło ślad w postaci opisanej rysy. Krawędź kąta załamania przebiegała przez rogówkę poziomo, co odpowiadałoby działaniu krawędzi rozklepanego zakończenia nożyc opatrunkowych. Za tym sposobem powstania rysy przemawia także i ta okoliczność, że właściwe zaćmienie, a zatem nacieczenie zapalne pojawiło się dopiero w 24 godzin po urazie, w pierwszym dniu zaś linia zagięcia dostrzegalna była tylko wskutek zmiany optycznych własności warstw rogówki w miejscu chwilowego załamania. Inne przypuszczenie, jakie możnaby też zrobić, iż przyszło tu do powierzchownego zranienia rogówki krawędzią nożyc, nie wydaje mi się prawdopodobnym. Owszem, sądzę raczej, że warstwa przybłonkowa w pierwszej chwili nie wiele nawet ucierpiała i tem tylko tłumaczę sobie to, że przez pierwszych kilka godzin dolegliwości były nieznaczne. Później dopiero, gdy ugnieciona i poniekąd zmiażdżona w miejscu zagięcia tkanka ro-

rogówkowa uległa reakcyjnemu nacieczeniu, ucierpiał następowo i przybłonek i dolegliwości się wzmożyły.

Przypominam sobie podobny przypadek z krakowskiej uniw. kliniki okulistycznej z przed kilku laty, gdzie skutkiem tępego urazu przyszło do podobnego chwilowego załamania rogówki bez pęknięcia gałki. Tam obraz był niezwykle o tyle, że zaćmienie spowodowane załamaniem rogówki przybrało postać zupełnie podobną do liścia paproci, którego główna łodyżka odpowiadała właściwej krawędzi załamania, a nadzwyczaj regularne i równoległe do siebie gałązki boczne odpowiadały najwidoczniej takiemuż, regularnemu zmarszczeniu błony Descemet'a.

Podobne zagięcie rogówki nie rzadko się widzi po operacjach zaćmy z dużym cięciem płatowem, gdy z jakichkolwiek powodów rana szeroko się rozewrze i płat się przez to odegnie. W miejscu takiego zagięcia powstaje często zaćmienie limfatyczne, które samo przez się nie powoduje zwykle większego zadrażnienia, o ile oko nie jest równocześnie zadrażnione skutkiem wypadnięcia tęczówki, lub innych przyczyn, powodujących odgięcie płata. Przypadki takie jednak różnią się zasadniczo od tych, gdzie załamaniem rogówki jest następstwem tępego urazu, nie doprowadzającego do pęknięcia lub przedarcia gałki, gdzie zatem rogówka odzyskuje natychmiast po przejściu działania urazu pierwotną postać, a okazuje potem jedynie pewne znamienne zaćmienia, po których *ex post* rozpoznajemy rodzaj i mechanizm uszkodzenia. W przypadkach takich musimy brać zawsze w rachubę opowiadanie chorego o sposobie, w jaki uraz na oko zadziałał, oraz uwzględnić własności przedmiotu czy narzędzia, które uszkodzenie spowodowało. Ze zmian przedmiotowych za chwilowem głębokim zagięciem rogówki przemawiać może linijne, choćby nawet bardzo niepozorne zaćmienie, odpowiadające wyglądnemu kątowni załamania, oraz pewien niestosunek między tą niewinną napozór zmianą, a bardzo dokuczliwymi objawami podmiotowymi, które, jak w opisanym powyżej przypadku potęgują się jeszcze przez czas pewien, mimo, że zaćmienie

na rogówce wcale się nie powiększa. Wyobrażam sobie, że możliwy jest przypadek, gdzie rogówka nie okazuje żadnego liniowego ani wogóle ograniczonego zaćmienia. Zdarzyć się to może w razie, jeśli rogówka przez uraz zadany ciałem twardym, o powierzchni gładkiej i mniej więcej kulistej zostanie chwilowo wtłoczona ku środkowi oka tak, że z wypukłej stanie się wklęsłą, aby w następnej chwili znowu się wypuklić. Tutaj więc wobec jednostajnego ucisku i przy braku kątownego załamania nie wystąpiłoby zapewne inne zaćmienie, jak tylko chyba ogólne i rozlane. W każdym razie znacznym dolegliwościom podmiotowym, jak ból, łzawienie, światłowstręt etc. dziwić się nie należy nawet tam, gdzie rogówka wydaje się czystą, skoro się zważy, że tak znaczna, choć krótkotrwała deformacya nie może się obejść bez dotkliwego uszkodzenia gałązek nerwów czuciowych, w które miąższ rogówki tak obfituje.

2. Nieprawidłowy do gałki przyczep mięśnia prostego wewnętrznego.

(z rysunkiem).

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Przed kilku miesiącami miałem sposobność, operując silny zezu rozbieżny, stwierdzić niezwykle przyczep mięśnia prostego wewnętrznego, wobec czego pozwolę sobie opisać cały przebieg operacyi i anatomiczne stosunki miejscowe, jakie przy tem znalazłem.

Hirschspr. 19 l. zgłasza się do kliniki z powodu, iż od dziecka zezuje prawem okiem. Pragnąłby się zezu pozbyć. W rodzinie nikt podobnej wady nie ma. Rozbieżność prawego oka wynosi 50—60 stopni perim. Wpro = palce na 1 metr.

Dno oka prawidłowe. Wlo = $\frac{6}{8}$ Mp. 1.5. Sn. 0.5. Prawa gałka silnie zbaczająca na zewnątrz nie daje się doprowadzić rogówką do załamka półksiężycowego.

Dn. 13. czerwca przystąpiłem do operacji, którą wykonałem w następujący sposób, dążąc do przesunięcia mięśnia prostego wewnętrznego (*antepositio*) ku przodowi. Po wpuszczeniu kokainy do worka spojówkowego zastrzyknięto nowokainę z adrenaliną pod spojówkę w okolicę nosową gałki, ze spojówki wycięto nad mięśniem owal stojący, dalej podminowano spojówkę i założono na haczyk do operacji zezu ścięgno. Teraz podpadło mi, iż mała była szerokość nadzianego na haczyk nieco ku górze umieszczonego ścięgna; jałem więc badać po zatamowaniu krwotoku stosunki anatomiczne i znalazłem w oddaleniu kilku milimetrów poniżej tego ścięgna drugie; uchwyciwszy i to na takiż haczyk, znalazłem następujące stosunki: W zwykłym oddaleniu od brzegu rogówkowego t. j. około 7 mm przyczepiają się włókna ścięgna szeroko, bo 14 mm, ale w przyczepie tym znajduje się przestrzeń wolna około 4 mm szeroka; przestrzeń ta obejmuje także mięsień, jest 16 mm długa i zwęża się ku tyłowi. Tam, gdzie szpara trójkątna wierzchołkowa się kończy, łączą się dwa działły mięśnia prostego, z których górny dział jest $4\frac{1}{2}$ mm, dolny zaś $5\frac{1}{2}$ mm szeroki.

Przypuszczałem w pierwszej chwili, że wkładając haczyk zrobiłem może wśród tkanki mięśniowej otworek, badając atoli wraz z pp. asystentami i obecnymi lekarzami stosunki dokładnie, przekonaliśmy się, że przerwa była zanadto regularna, ażeby mogła być przypadkowo urazem wywołana, a przede wszystkim szpara ta trójkątna sięgała podstawą do samej

Rectus internus o. d.



Odległość od limbus do przyczepu mięśnia 7 mm.

Szerokość mięśnia 14 mm.

Szerokość górnego odcinka $4\frac{1}{2}$ mm.

Szerokość dolnego odcinka $5\frac{1}{2}$ mm.

Odstęp między oboma odcinkami 4 mm.

Długość rozszczępu 16 mm.

twardówki i najwyraźniej w dwóch miejscach od siebie oddzielonych znalazł się przyczep. A co najgłówniejsza, szerokość obu przyczepów ścięgniowych razem 10, odpowiada mniej więcej szerokości ścięgna tego mięśnia, wynoszącego około 8—9 mm, włączając zaś do tego jeszcze szparę otrzymaliśmy szerokość 14 mm, która stanowi dla oka ludzkiego byłaby niezwykła. Nie ulega zatem, jak sądzę, wątpliwości, że mięsień prosty wewnętrzny w połowie swego brzegu oczodołowego rozczepił się i dwoma ścięgnami do gałki przyczepił.

Operacja dalsza przebiegała w ten sposób, iż najprzód przez przyczep ścięgniowy każdej części mięśnia i przez mięsień sam, przez spojówkę nad przyczepem ścięgniowym a nadto przez torebkę Tenona przeprowadziłem po jednej nitce cienkiej, katgutowej, a odciawszy pod haczykiem odciągającym od gałki mięsień, 4 mm długi kawałek tegoż, związałem nitki. Następnie grubsze, jedwabne nitki wprowadziłem przez spojówkę, *ponad* względnie *poniżej* rogówki w południku pionowym a prowadząc je podspojówkowo dalej przez pole rany i znowu pospojówkowo zbieżnie ku nosowi i obok siebie wyprowadziłem przez spojówkę przy *plica sem.* i związałem, poczem gałka znacznie ku nosowi się przesunęła. Dla wzmocnienia skutku, przeciąłem jeszcze prosty zewnętrzny i trzema szwami poziomo ułożonemi spojówkową ranę zaszyłem. Oko operowane przysłonięto opaską zwojową. Po kilku dniach wyjęto szwy. Kierunek oka okazał się zupełnie prawidłowy.

Dnia 22. czerwca zapisano, co następuje: Od strony nosa znaczny wał nabrzmiącej spojówki. Rogówka ku nosowi dochodzi do mięska, natomiast na zewnątrz nie dochodzi do kącika. Diwergencya perimetrem mierzona wynosi około 5 stopni

Ponieważ cel kosmetyczny, a o ten przedewszystkiem chodziło, został osiągnięty, chorego puściłem do domu.

Nietylko korzystny wynik operacji czyni przypadek dość znamienym ale przedewszystkiem niezwykła nieprawidłowość mięśniowa uprawnia do ogłoszenia go. W literaturze nie wiele dotychczas spotykamy opisów nieprawidłowości mięśni zewnętrznych oka. W obszernem dziele anatomicznem „*Traité*

d'anatomie humaine“ profesora Testut z Lyonu (Paris, Octave Doin 1899) znajdujemy na stronie 484 t. III. po krótko zaznaczone odmiany tych mięśni.

Wskazując na podstawie literatury na kilka odmian co do wspólnego przebiegu dwóch mięśni przypomina autor tylko jeden przypadek Curnowa analogiczny do naszego: „*Le droit externe peut être divisé en deux faisceaux. Dans un cas de Curnow le droit externe envoyait deux faisceaux sur le tarse de la paupière inférieure*“. Oto wszystko, co znajdujemy pod tym względem w podręczniku tak znakomitym. Ale i w pracy zbiorowej Graefe-Saemisch a dział anatomii mikroskopijnej (Merkel i Kallius) nie zawiera żadnej wzmianki dotyczącej podobnej anomalii.

Może przytoczenie powyższego przypadku pobudzi do większej uwagi przy wykonywaniu operacji, a w ten sposób odsłoniemy częściej nieprawidłowości podobne, które inaczej bywają niepostrzeżone.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique R. 1906. Nr. 9. (Referent K. W. Majewski).

Studyum o stereoskopii. (Etude sur la stéréoscopie). Pigeon.

Praca zawiera rozbiór geometrycznych podstaw stereoskopii i opis stereoskopów Wheatstone'a, Giraud-Teulon'a, Cazes'a, Mancht'a Almeidy i Brewster'a.

Seroterapia w błonicowym porażeniu akomodacji. (La sérothérapie dans la paralysie diphtérique de l'accommodation). Aubineau.

Większość autorów jest zdania, że o ile surowica przeciw-błonicza zastosowana w odpowiedniej ilości może do tego stopnia

zatrucie jadem błoniczym osłabić, że tak częste zresztą porażenia następowe wcale nie występują, o tyle na istniejące już porażenia niema ona żadnego wpływu. O skuteczności seroterapii trudno zresztą stanowczo w takich przypadkach wyrokować, bo wiadomo, że porażenia podyfterytyczne ustępują także i bez leczenia po dłuższym lub krótszym trwaniu. Autor przyłącza jednak jedno spostrzeżenie własne, które ma przemawiać za skutecznością w tych razach surowicy przeciwbłoniczej. W przypadku porażenia podniebienia miękkiego i akomodacji zrobił on szereg zastrzyknięć surowicy i stwierdzał po każdej dawce poprawę, zwłaszcza co do szerokości akomodacji. Przyznaje jednak, że do zupełnego wyleczenia spotrzebował 230 cm³ surowicy!

Przypadek urazowego zapadnięcia gałki. (Uu cas d'enophtalmie traumatique). Ch a i l l o u s.

28-letni rolnik doznał silnego uderzenia drzewcem łopaty w oko prawe. Po ustąpieniu obrzęku stwierdził autor znaczne, bo około 10 mm wynoszące zapadnięcie gałki ocznej w głąb oczodołu, prócz tego upośledzenie ruchomości, podwójne widzenie i wybroczyny na tarczy nerwu wzrokowego. Na podniesienie zasługuje objaw, który polegał na tem, że przy schyleniu twarzy ku dołowi oko wysuwało się wyraźnie z oczodołu, a po podniesieniu głowy, zapadało ponownie w głąb, przyczem różnica między jednym, a drugim położeniem wynosiła około 4 mm. Objaw ten spostrzegał już Terson w pewnym przypadku urazowym. Galwanizacya nerwu współczulnego na szyi pozostała bez żadnego wpływu na *enophtalmus*. Wobec tego autor nie zgadza się na podział przypadków urazowego *enophtalmus* na takie, gdzie przyczyną wpadnięcia gałki jest złamanie kostnej ściany oczodołu i powiększenie jamy oczodołowej i na takie, gdzie niema przyczyny mechanicznej, a *enophtalmus* zależy wyłącznie od uszkodzenia nerwu współczulnego, jest zatem zjawiskiem odruchowem. Autor skłania się raczej do zapatrywania Moraxa, który każde urazowe wpadnięcie gałki ocznej uważa wprost za objaw uszkodzenia kości oczodołu, częstokroć nie dającego się zresztą inaczej wy badać. W przypadku przez autora opisanym jeszcze jeden szczegół zasługuje na wzmiankę. Przy pierwszym badaniu stwierdził on napewne wyraźne zaćmienie soczewki w pobliżu tylnego bieguna. W ciągu kilku tygodni zaćmienie to znikło bez śladu. Podobny przypadek zupełnego wyjaśnienia urazowego (pierścieniowatego) zaćmienia soczewki przedstawili b. r. w paryżkiem Towarzystwie oftalmologicznem Ch a i l l o u s i P o l a c k.

Nr. 10. *O związku między anizotropią a nierównością źrenic.* (Sur les rapports de l'inégalité pupillaire avec l'inégalité de réfraction). Frenkel H.

Prawie we wszystkich podręcznikach okulistyki powtarza się twierdzenie, że anizometria może być powodem nierówności źrenic. Autor sądzi, że nie dostarczono dotąd dość ścisłych dowodów słuszności tego twierdzenia i dla wyjaśnienia sprawy zestawił 3 szeregi spostrzeżeń, mianowicie przypadki, w których mimo anizotropii źrenice były równe, dalej przypadki, w których anizotropii towarzyszyła anizokorya, a wreszcie, gdzie mimo jednakiej na obu oczach refrakcyi źrenice nie były równe. Oczywiście objął on zestawieniem tylko te przypadki, w których dla nierówności źrenic nie można było wykryć żadnej innej przyczyny, jak uraz, porażenie, wzmożone napięcie etc., a już sam fakt, że w liczbie 5 tysięcy chorych zdołał wyszukać zaledwie 10 przypadków, w których anizometropia łączyła się z anizokoryą (2%) świadczy o tem, że związek przyczynowy nie jest tu prawdopodobny. Przeciw istnieniu takiej zależności przemawia także i to, że jeśli źrenice były nierówne, to większa źrenica zdarzała się równie często na oku o większej ametropii, jak na oku o mniejszej ametropii. Tożsamo rodzaj ametropii zdaje się nie wywierać wpływu na rozwartość źrenicy. Na podstawie swych spostrzeżeń wnioskuje autor, że anizotropii nie możemy zaliczać do przyczyn nierówności źrenic. Wiadomem jest wprawdzie, że przy myopii źrenice bywają średnio szersze a przy hypermetropii węższe, niż przy emmetropii, ale jeżeli u jednej osoby zachodzą między oczyma różnice co do refrakcyi, to wpływ współczulnego oddziaływania źrenic na światło jest zwykle silniejszy i wyrównywa wielkość obu źrenic. Zachodzą jednak wypadki wrodzonej nierównomierności źrenic, połączenie tychże jednak z anizometrią jest czysto przypadkowe.

Obustronne nabyte porażenie mięśni ocznych zewnętrznych. Operacja opadnięcia powieki górnej przez przeszczepienie ku przodowi muscui levatoris palp. superioris, połączona z założeniem szwów sposobem Dransarta (Ophtalmoplégie externe double acquise. Opération du ptosis par avancement du releveur combiné aux sutures de Dransart). C. Fromaget.

Nagłówek pracy stanowi zarazem krótkie jej streszczenie, do którego dobrać jeszcze można, że operacja wykonana była u dziecka rodziców kiłowych, u którego w drugim roku życia wystąpiło porażenie wszystkich mięśni ocznych, oraz mięśni unoszących powieki górne. Gdy kilkakrotne i długotrwałe leczenie swoiste pozostało bez

skutku, wykonał autor przeszycie ku przodowi mięśni, unoszących powieki górne sposobem *La personne'a*, wzmacniając skutek operacyi przez dodanie jeszcze szwów *Dransart'a*. O bardzo korzystnym wyniku kosmetycznym przekonują reprodukeye dwóch fotografii, sporządzonych przed i po operacyi.

Badanie histologiczne nieżytku wiosennego (postaci powiekowej). (*Étude histologique du catarrhe printanier (forme tar-sienne)*). C. Lafon.

Na podstawie swych badań dochodzi autor do wniosku, że wybujałości na spojówce chrząstkowej, występujące w przebiegu nieżytku wiosennego, polegają na przeroście prawidłowych składników spojówki. Wykrył on też w nich wyraźną eozynofilię miejscową. Zachodzi ścisła analogia co do budowy histologicznej między temi wybujałościami spojówkowemi, a niektórymi zmianami przerostowemi błony śluzowej gardła i nosa (wyrośle adenoidalne w jamie nosogardłowej, przerost migdałków, przerost muszli nosowej dolnej etc.). Autor zwraca uwagę, że powyższe zmiany w nosie i gardle niejednokrotnie towarzyszą nieżytowi wiosennemu spojówek.

Stan mięśni ocznych zewnętrznych u chorych dotkniętych porażeniem połowiczem na tle zmiany organicznej (*Sur l'état des oculo-moteurs dans hémiplegie organique de l'adulte et de l'enfant*). Chaillous E.

Do niedawna uchodziło za rzecz nieulegającą wątpliwości, że w przypadkach porażenia połowiczego obustronne mięśnie parzyste, kurczące się równocześnie i wspólnie (synergicznie) są wolne od porażenia. Tu należą zatem mięśnie górnej części twarzy, mięśnie brzucha, klatki piersiowej, krtani, a także mięśnie oczne zewnętrzne. Przepuszczano, że w przeciwieństwie do mięśni kończyn, do których bodźce dochodzą zawsze od przeciwnej półkuli mózgowej, kurczenie się wyżej wymienionych mięśni parzystych zależy od pobudki wychodzącej równocześnie z obu półkul mózgowych, w przypadkach zaś porażenia połowiczego, pobudka, wychodząca z półkuli nieuszkodzonej, wystarcza do utrzymania sprawności czynnościowej mięśni tych po obu stronach. W ostatnich czasach jednak pojawiły się liczne spostrzeżenia, wykazujące, że od tej reguły zdarzają się liczne wyjątki, zwłaszcza co do mięśni brzucha, klatki piersiowej i twarzy. Pewne zboczenia w zakresie mięśni ocznych zewnętrznych wykazały też badania *Wilson'a*, *Mirallie* i *Desclaux*. Autor powyższej pracy zestawia szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do przypadków porażenia połowiczego na tle zmiany organicznej. Siłę mięśni ocznych badał on zapomocą pryzmatów, przyjmując za miarę

najsilniejszy pryzmat, który jeszcze nie wywoływał stałego dwuwidzenia. Na podstawie 11-tu spostrzeżeń dochodzi do wniosku, że mięśnie oczne bywają przy porażeniu połowiczem zajęte i to obustronnie, w wyższym jednak stopniu po stronie porażonej. Najwyraźniej osłabienie występuje na mięśniach prostych zewnętrznych i wewnętrznych. Opadnięcie powieki, rozszerzenie źrenicy i porażenie akomodacyi zdarza się o wiele rzadziej, lub przynajmniej ustępuje już we wczesnych okresach porażenia.

Przypadek: symulacyi jednostronnego niedowidzenia przy zezie naprzemiennym (Simulation d'une amblyopie élevée dans un cas de strabisme alternant). Delord.

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do młodego człowieka, który okazywał zez zbieżny naprzemienny i bystrość wzroku na obu oczach zbliżoną do prawidłowej. Chory ten posiadał zdolność dowolnego przenoszenia zezu z jednego oka na drugie, lub też zatrzymywania zezu na jednym oku przez czas nieograniczony. Korzystając z tej swej zdolności, i wiedząc, że oko stale zezujące zazwyczaj okazuje znaczniejsze upośledzenie bystrości wzroku, wprowadził w błąd pewnego ze znanych i poważnych okulistów i uzyskał od niego świadectwo lekarskie, potwierdzające znacznego stopnia niedowidzenie ($\frac{1}{10}$) na oku prawem. Na podstawie tego świadectwa został symulant uwolniony przy poborze wojskowym. W kilka miesięcy później dopiero zgłosił się do autora, aby się poddać operacyi zezu i przyznał mu się do wszystkiego.

Tenotomia mięśnia, unoszącego powiekę (Reculement du releveur palpébral). H. Truc.

W majowym zeszycie »Annales d'oculistique« R. 1906, str. 135 podał autor opis przypadku niedomykalności powiek skutkiem przykurczenia mięśni unoszących powiekę (*levator palpebrarum*) po przebyciu grypy. Odcięcie mięśni tych od ich przyczepu na chrząstce powiekowej spowodowało zupełne wyleczenie*). Obecnie podaje autor cztery reprodukcye fotografii chorego: dwie wykonane przed operacyą, trzecia w kilka dni, a czwarta w kilka miesięcy po operacyi. Z rycin tych można dobrze ocenić zupełnie zadawalniający wynik zabiegu.

*) Porównaj »Post. ok.« R. 1906, Nr. 9, str. 284.

Archives d'Ophthalmologie. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 5. *Kilka uwag o narzędziach, używanych w chirurgii okulistycznej.* (Quelques remarques sur les instruments courants en chirurgie oculaire). Landolt.

Na wstępie przytacza autor słowa jednego z kolegów, który przypatrując się operacyi ocznej, wykonywanej przez pewnego znakomitego okulistę w Ameryce wyraził podziw dla zręczności, z jaką operator ten pokonywa trudności, które sam sobie stwarza. W wypadku tym chodziło o operacyę katarakty, dokonywanej zapomocą jednego tylko nożyka i bez rozwórki. Autor oddawna występuje przeciw tym, co gonią za efektem i aby operować z pewną elegancją nie wahają się narażać na niebezpieczeństwo oko operowane. Potępiał on w dawniejszych swych publikacyach niejednokrotnie różne podawane sposoby operacyjne, które zupełnie niepotrzebnie utrudniają zadanie operatorowi. W obecnej pracy zajmuje się Landolt szczegółowo powszechnie w chirurgii okulistycznej używanymi narzędziami, wykazując ich braki i niedostatki znoszone przez dzisiejszych operatorów ze zbytnią cierpliwością. Wykazuje on, że większość narzędzi okulistycznych powinna uleść zmianom co do postaci i rozmiarów, jeśli mają one odpowiadać swemu celowi. Przechodzi w ten sposób krytycznie prawie wszystkie rodzaje instrumentów używanych do operacyi ocznych, a liczne jego uwagi techniczne warto przeczytać w oryginale. Między innymi omawiając warunki, jakim powinny odpowiadać trzonki naszych nożyków, grotów, cystotomów, łyżeczek etc., oświadcza się stanowczo za kością słoniową, która zdaniem jego stanowi materiał do tego najlepszy i niesłusznie przez fabrykantów dziś prawie zarzucony. Trzonki metalowe, nawet aluminiowe są zwykle za ciężkie i za ślizkie, czemu nawet ich nakarbowanie dostatecznie nie zapobiega. Zarzut, jakoby kość słoniowa nie wytrzymała temperatury autoklawu jest niesłuszny i odnosić się może chyba tylko do kitu, jakim fabrykanci spajają trzonek z metalową częścią instrumentu. Autor jest zdania, że możnaby znaleźć kił, wytrzymały ciepłotę 140° Cels., albo też może być metalowa część narzędzia poprostu wkręconą w gwint kościanego trzonka. Po za krytyką samych instrumentów znajdujemy w pracy Landolta także krytykę sposobu używania przez niektórych operatorów narzędzi okulistycznych. Reprodukuje on z niektórych nowoczesnych podręczników chirurgii okulistycznej ryciny przedstawiające i zalecające wadliwy i wprost błędny sposób trzymania nożyka Graefego przy operacyi zaćmy i innych narzędzi. Na końcu pracy robi uwagę, że w czasach przedaseptycznych operatorowie większy nacisk kładli na wzorową

i staranną technikę, bo od niej w wyższym stopniu zależały pomyslnie wyniki operacyi wówczas, aniżeli dziś, gdy dzięki ściślejszej aseptyce przebieg gojenia bywa korzystny nawet po operacyach pod względem technicznym bardzo źle wykonanych.

Wzrok strzelców. (La vision des tireurs). Ginestous i Coullaud.

Jednym z nieodzownych warunków, jakie posiadać musi dobry strzelec, jest wystarczająca bystrość wzroku. Przedmiotem tym zajmowali się już niejednokrotnie okuliści, między innymi obszerną pracą ogłosił Seggel. Przekonano się, że można strzelać bardzo celnie mimo dość znacznie obniżonej bystrości wzroku. Fakt ten potwierdziły również badania wyżej wymienionych autorów, przeprowadzone na żołnierzach jednego z pułków piechoty francuzkiej, z którego wybrali 25 najlepszych i 25 najśłabszych strzelców, aby porównać ich oczy co do siły wzroku. Okazało się z tego, że tak pomiędzy najlepszymi strzelcami znajdowali się astygmatycy, krótkowidze etc., jak z drugiej strony między najśłabszymi nie brakło takich, którzy cieszą się wyśmienitym wzrokiem. To ostatnie nie może zadziwiać, boć celność strzału nietylko od oka, ale i od innych czynników zależy, jak zręczność i pewność ręki, konieczny spokój umysłu etc. Dziwić natomiast może, że niektórzy z najlepszych strzelców okazywali obniżoną bystrość wzroku. Sprawę tę jednak łatwo wyjaśnić. Jest rzeczą dowiedzioną, że przy celowaniu strzelec zazwyczaj akomoduje do muszki, znajdującej się na końcu lufy, a temsamem celu nie może widzieć inaczej, jak tylko w zatartych zarysach; celność strzału nie może zatem ucierpieć, gdy z powodu wady refrakcyi odległe przedmioty widziane są niezupełnie wyraźnie. Wystarczy, żeby bystrość wzroku obniżona czy to z powodu niezborności, czy myopii, pozwalała strzelcowi widzieć wyraźnie muszkę na końcu lufy. Z drugiej strony zważywszy, że celowanie jest aktem *par excellence* monokularnym, zrozumiemy, że nawet bardzo znaczne osłabienie wzroku jednego oka nie stanowi przeszkody dla dobrego strzelca, dlatego i jednoocy mogą strzelać doskonale.

Jest też rzeczą prawie obojętną, które oko jest gorsze, bo nawet przy małej różnicy strzelec instynktownie zazwyczaj wybiera oko lepsze, przyymkając drugie. Dlatego to nierzadko myśliwi strzelają z oka lewego, a we wojsku dawne przepisy nakazujące celować wyłącznie okiem prawem, zostały w armiach europejskich przeważnie już zniesione, ponieważ zupełnie niepotrzebnie wykluczały ze służby wielu młodych ludzi, którzy mimo osłabienia oka prawego mogli stać się wybornymi strzelcami.

Oprócz badań wzroku, przeprowadzonych u żołnierzy, przy-

taczają jeszcze autorowie szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do strzelców światowej sławy, którzy zdobyli liczne nagrody na konkursach strzeleckich, lub którzy się nawet celnością swych strzałów popisują publicznie. Z licznego szeregu tych spostrzeżeń wspomnę tylko o pułkowniku Cody (*Buffalo-Bill*), którego nadzwyczajną celność w strzelaniu mieliśmy sposobność niedawno podziwiać w Krakowie, a który pozwolił się zbadać autorom, w czasie swego pobytu w Bordeaux. Przekonali się oni, że znakomity ten strzelec ma na prawem oku $V = \frac{6}{50}$, a na lewem oku $V = \frac{6}{36}$. Dodać wreszcie należy, że celuje on ze swego sztucca trzymając obydwie oczy otwarte.

Nr 6. *Trzy przypadki nowotworu złośliwego woreczka łzowego bez owrzodzenia; nowe wskazanie do wyluszczenia woreczka.* (*Trois cas de caucer non ulcéré du sac lacrymal; nouvelle indication de l'extirpation du sac*). Rollet.

Autor jest zwolennikiem wyluszczenia woreczka łzowego we wszystkich przypadkach uporeczywej *dacryocystoblennorrhoea*. Oprócz tego miał niejednokrotnie sposobność usuwać woreczek łzowy zajęty gruzlicą. Obecnie opisuje trzy przypadki, w których wyluszczył woreczek łzowy z powodu nowotworu złośliwego. W dwóch przypadkach badanie wykazało utkanie rakowe, a w jednym *melanosarcoma*. To ostatnie nie było pierwotnym nowotworem woreczka, poprzednio już bowiem z powodu *melanosarcoma chorioideae* wyluszczone była gałka oczna i wypatroszony cały oczodół. Mięsak odnowił się w woreczku i przez przewód łzowy przedostał się do jamy nosa. W dwóch pierwszych przypadkach *carcinoma sacci lacrymalis* stanowiło pierwotne ognisko nowotworowe, nie przekraczające ścian woreczka, nie zdradzające się zatem na zewnątrz żadnym owrzodzeniem. Autor radzi, aby w każdym przypadku powiększenia woreczka łzowego u ludzi podeszłych wiekiem pamiętać o możliwości nowotworu złośliwego i o niebezpieczeństwie, jakie przedstawia w takich razach sondowanie. Operacja radykalna, polegająca na doszczętnem usunięciu woreczka wraz z następowem wykrobaniem tkanki otaczającej jest w takich wypadkach, zdaniem jego, zabiegiem uzasadnionym i wskazanym.

Stan kącika rogówko-tęczówkowego w przypadkach zwichnięcia soczewki, z podniesieniem ucisku śródocznego. (*De l'état de l'angle irido-cornéen dans les luxations du cristallin accompagnées d'hypertonie*). Terson.

Autor miał sposobność badać histologicznie kilka gałek ocznych, wyjętych z powodu jaskry następowej wywołanej zwichnię-

ciem soczewki. Badania te wykazały, że zaciśnięcie obwodowego kącika przedniej komory nie jest bynajmniej koniecznym warunkiem podniesienia napięcia śródocznego. Czynnikiem wywołującym to wzmożenie przy zwichnięciu soczewki jest więcej, a zaciśnięcie kącika rogówko-tęczówkowego nie jest między nimi czynnikiem najważniejszym. Działa tu podrażnienie mechaniczne nerwowych zwojów rzęskowych, zamulenie przestrzeni Fontany i przewodu Schlemm'a zwyrodniałymi komórkami, szczątkami komórkowymi i grudkami barwika. Autor przypuszcza także zadrażnienie chemiczne ścian dróg odpływowych wytworami rozkładu komórek pochodzących z części ugniecionych lub uszkodzonych przez zwichniętą tą soczewkę. Udział tych poszczególnych czynników w patogenezie jaskry następowej bywa oczywiście różny w każdym przypadku zwichnięcia soczewki.

Antepozycja przez zagięcie i zeszytie mięśnia. (Avancement capsulo-musculaire par doublement et adossement du muscle). Bourgeois.

Przy klasycznym sposobie *avancement capsulo-musculaire* ulega mięsień zmarszczeniu, co głównie przyczynia się do jego skrócenia. Autor opisuje sposób operacyjny, polegający na zagięciu obnażonego mięśnia zapomocą srebrnej szpatułki po poprzednim powierchownem okrwawieniu części, które mają ze sobą się zetknąć. Tak zgięty i skrócony mięsień zeszywa się następnie jedwabnymi nitkami. W podobny sposób operuje także Todd, używając do zagięcia mięśnia przyrządu w rodzaju widełek.

Okolica Mariotte'a, a rokowanie w myopii. (La région de Mariotte et le pronostic de la myopie). Cantonnet.

Przed 3 laty ogłosił autor 34 spostrzeżeń myopii, w których dokonał bardzo szczegółowych zdjęć perymetrycznych plamki Mariotte'a.

Przekonał się on wówczas, że w oczach, w których wziernik wykazuje zanik siatkówki i naczyńówki dookoła tarczy w postaci *conus externus* lub t. zw. *staphyloma posticum* ślepa plamka jest odpowiednio powiększona, co więcej to *scotoma absolutum*, otoczone bywa zazwyczaj przestrzenią częściowego upośledzenia wrażliwości siatkówki tak co do barwy białej, jak co do kolorów. To *scotoma annulare relativum* nazwał on okolicą Mariotte'a. Odpowiadająca część siatkówki i naczyńówki nie okazuje dostrzegalnych zmian wziernikowych, ale badanie mikroskopowe poucza, że części te albo pozbawione są zupełnie czopków i pręcików, albo też posiadają je w stanie znacznego zaniku i zwyrodnienia.

Autor postanowił przekonać się, jakie znaczenie mieć może to subtelne badanie perymetryczne dla rokowania co do postępów myopii. W tym celu po upływie 3 lat powtórzył badanie w tych samych przypadkach.

Zdołał to uczynić tylko w 11 przypadkach i na podstawie porównania wyników dochodzi do wniosku, że z rozmiarów ślepej plamki Mariotte'a nie wiele co można wnosić, bo i w tych przypadkach, gdzie ta plamka była znacznie powiększona myopia nie zrobiła postępów, ani bystrość wzroku nie ucierpiała. Większe natomiast znaczenie dla prognozy myopii przypisać należy badaniu okolicy Mariotte'a. Badanie to wykrywa upośledzenie czynnościowe okolic siatkówki, nie okazujących jeszcze żadnych zmian wziernikowych. Wykrywa ono istnienie mikroskopowych zmian anatomicznych, posuwających się od tarczy w postaci wypustek we wszystkich kierunkach. Świadczy to o pewnego rodzaju rozciąganiu i rozrzedzeniu, jakim ulega wrażliwa warstwa siatkówki i zdradza się przez to postępujący charakter myopii. Spostrzeżenia autora potwierdzają to zapatrywanie. Istotnie bowiem w przypadkach, w których okolica Mariotte'a okazała się niezwykle rozległą i sięgała wypustkami daleko w głąb zdrowej na pozór siatkówki, badanie ponowne wykazało znacznie wyższy stopień myopii, dalej posunięte zmiany zanikowe i upośledzenie bystrości wzroku. Jako *signum mali ominis* piętnuje autor zwłaszcza rozprzestrzenianie się okolicy Mariotte'a w kierunku plamki żółtej, gdy ta bowiem dostanie się w obręb *scotoma relativum*, bystrość wzroku znacznie podupada.

Uwagi o t. zw. reumatycznych schorzeniach oka. (Considérations sur les affections oculaires dites rhumatismales). Antonelli.

Uwzględniając najnowsze poglądy na różne cierpienia ogólne, obejmowane dawniej wspólną nazwą cierpień reumatycznych, wywodzi autor, iż nie należy się zadawałniać nie wiele mówiącą nazwą: *iritis, scleritis, neuritis etc. rheumatica*, lecz trzeba etylogię bliżej wyszczególniać, zachodzą bowiem zmiany oczne pseudo-reumatyczne w rzeczywistości zależne od kiły, rzeżączki, gruźlicy i t. p.

Glin. ophtalm. Nr 7—10. (Ref. A. Bednarski).

Zaćma zimnicza. (Cataracte, suite de malaria). Dr Cosmettatos.

Przypadki zaćm w następstwie zimnicy są rzadkie. Autor wspomina 7 odnośnych przypadków, opisanych przez Bigot,

Kraisky i Inouye Mitsiasu; wszystkie dotyczyły osób młodych, były obustronne, miękkie. W przypadku autora u mężczyzny 30-letniego po silnej zimnicy w ciągu pół roku przyszło do zupełnego zaćmienia soczewek. Autor przyłącza się do zapatrywania Bigot'a, który uważa zaburzenia naczyniowe jako przyczynę powstania zaćmy zimniczej. Odpowiada to i badaniom anatomicznym Guarnieri i Poncel'a, którzy w przypadkach zapaleń siatkówki i naczyńówki na tle zimnicy znaleźli największe zmiany w systemie naczyniowym, a ciążka czerwone zawierały plazmodya.

Słepota i widzenie połowicze w przypadku kłty mózgu.
(Cécité et hémianopsie dans un cas de syphilis cérébrale). Poulard i Boidin.

Opis jednego przypadku chorobowego.

Wyrośle rąbka zębatego i ich obraz wziernikowy.
(Excroissances de l'ora-serrata et leur aspect ophtalmoscopique).
Dr A. Trantas.

(Patrz »Post. Okul.« sierpień b. r.).

Zaburzenia wzrokowe wywołane przez oglądanie zaćmienia słońca. (Troubles visuels déterminés par l'observation d'une éclipse de soleil). Dr Ferentinos.

Autor spostrzegł 5 odnośnych przypadków. Zmiany chorobowe cierpienia są bardzo znamienne. Wziernikiem widzimy w plamce żółtej plamę czerwoną wielkości soczewki a w środku tejże punkt szary wielkości łebka szpilki. Szara plama powstaje przez zmętnienie składników siatkówki. Plamę czerwoną w plamce żółtej widzimy nieraz w oczach prawidłowych, pochodzi to stąd, że siatkówka jest tutaj cieńszą, więc lepiej przez nią przebiega naczyńówka. W odnośnych przypadkach przychodzi do obrzęku siatkówki, pierwszego objawu zapalenia, który w plamce żółtej, z powodu cienkości siatkówki mniej się może rozwinąć, i stąd tem wybitniej występuje różnica w przeświecaniu naczyńówki. Plama szara ginie szybciej, po upływie miesiąca widać tylko plamę czerwoną. Z objawów podmiotowych występują: osłabienie bystrości wzroku, ubytek środkowy pola widzenia i nużenie się oczu, które objawia się tem, że podczas czytania, giną choremu pewne słowa lub pewne zgłoski. Również i poczucie barw bywa osłabione. Rokowanie dobre — leczenie wyczekujące, jodek potasu zdaje się korzystnie wpływać, natomiast ciemnica i wstrzykiwania strychniny nie mają żadnej wartości.

Gruźlica oczna u dzieci. (La tuberculose oculaire chez l'enfant). Dr Parsons.

Krótki referat zbiorowy.

Dwa przypadki skurczu powiek uleczone odmiennem postępowaniem. (Deux cas de blépharospasme guéris par deux procédés différents). Dr Spéville.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 62-letniej, która cierpiała na kurecz twarzowy od lat 14. Liczne zabiegi bez skutku. Autor wstrzyknął 1 ctm alkoholu 80^o w okolicę nerwu twarzowego z dodatkiem stowainy. Bólu chora przytem nie uczuła a skutek był natychmiastowy. Zamiast skurczu wystąpiło porażenie, które do dziś dnia się utrzymuje, mimo że znacznie się zmniejszyło. Chora może dziś zamykać powieki, czy porażenie ustąpi zupełnie, nie wiadomo. Dr. Babiński stwierdził reakcyę zwyrodnienia nerwu. Chora jest zadowolona.

W przypadku drugim kurecz twarzowy w następstwie zatrucia tlenkiem węgla od 5 lat. Wszelkie zabiegi lecznicze bez skutku, wykonano przecięcie nerwu twarzowego i wszczepienie jego końca obwodowego do zewnętrznej gałęzi nerwu dodatkowego (*spinal*). I tu wystąpiło porażenie połowy twarzy, a nadto przez dwa miesiące chora nie mogła unieść ręki do głowy, a dzisiaj, skoro rękę podnosi kureczą się równocześnie mięśnie twarzy.

Krwotoki naczyńiówki i siatkówki u osób młodych w następstwie zmęczenia fizycznego. (Hémorrhagies choriorétiniennes chez des adolescents à la suite d'une période de surmenage physique). Dr Thilliez.

O skombinowanem znieczuleniu chlorkiem etylu i chloroformem w chirurgii ocznej. (De l'anesthésie combinée, par le chlorure d'éthyle et le chloroforme, appliquée à la chirurgie oculaire). Dr Gendron i Dr Servel.

Autorowie używają do narkozy zmodyfikowanej maski Régnault'a. Najpierw wlewa się do maski około 3 centymetrów kubicznych chlorku etylu, a następnie dodaje się chlorku etylu aż do pierwszego zaśnięcia (około 20 ctm²), poczem dalej narkotyzuje się chloroformem. Sposób ten ma te zalety, że zużywa się mniej chloroformu, stan podniecenia jest znacznie mniejszy, wymioty tylko wyjątkowo występują, chorzy budzą się szybko. Ujemne strony chloroformu przy tym sposobie narkotyzowania w ogóle są znacznie mniejsze. Znanym jest przecież wypadek śmierci podany przez Guinard'a i przypadek silnego zapadu, który się zdarzył d-rowi Ambialet w Marsylii.

Ochrona gałki podczas radioterapii. (Protection du globe oculaire pendant les séances de radiothérapie). Dr Bettremieux.

Dotąd używane płyty lub pincety metaliczne celem ochrony gałki przy roentgenowaniu są niedogodne. Van Duyse używa skorupki wyrobu Müllera z Wiesbadenu z emalii paryskiej te jednak łatwo pękają i jak się autor przekonał przepuszczają promienie X. Lürer w Paryżu sporządził na polecenie autora miseczek metalowe, które wkłada się pod powieki. Doświadczenia z użyciem tychże okazały się zupełnie zadawalniające.

Contrib. f. pr. Aghk. 1906. Z. 8. (Ref. Dr L. Gruder).

Częściowy zator arteriae centralis retinae. (Ueber die partielle Embolie der Arteria centralis retinae). Dr Julius Fejer w Peszcie.

Chora 22-letnia ociemniała nagle na pr. oku. W dwie godziny później autor spostrzegł typowy obraz zatoru *art. centr. retinae*. Zamglona siatkówka, zatarte granice tarczy, wąskie żyły, a jeszcze węższe tętnice i czerwona plama w *macula*. $V =$ ruchy ręki. Po trzech dniach pole widzenia polepszyło się. Opaska, JK i masaż gałki ocznej. Po 10 dniach $V = \frac{5}{50}$; znaczne rozszerzenie pola widzenia tak, iż górna połowa była zupełnie prawidłową. Z polepszeniem wzroku zniknęły także zmiany na siatkówce; przy końcu obraz był następujący: tarcz zanikła, zewnętrzna jej połowa bardziej biaława; tętnice górnej połowy t. j. rozgałęzienia górnego ramienia *art. centr. retinae* bardziej węższe, aniżeli dolnego; żyły wszędzie jednakowo wąskie. *Macula lutea* silnie barwikiem zabarwiona.

Zator powstał wskutek kaszlu. Polepszenie bystrości wzroku i rozszerzenie pola widzenia wskazują, iż zator tylko częściowo zamknął *art. central. retinae*. Górna połowa pola widzenia była tylko lekko zwężona, co wskazuje na prawie prawidłowe stosunki w dolnym rozgałęzieniu. Uszkodzenie najprawdopodobniej miało miejsce w górnym rozgałęzieniu, za czym przemawiał obraz wziernikowy (górne ramię nader zwężone i ledwie wziernikiem dostrzegalne).

Z. 9. *Nowotwór tęczówki, wyleczony bez operacji.* (Eine ohne Operation geheilte Irisgeschwulst). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Lekarz na prowincyi doradzał wyjęcie gałki u 28-letniej chorej z powodu nowotworu na tęczówce.

Badanie wykazało. L. oko: nastrzyknięcie rzęskowe, osad na tylnej ścianie rogówki. Od strony nosowej wyrasta ponad powierzchnię tęczówki guz 3-5 mm długi, 2 mm szeroki, a okrągławej żółtawo-różowej, silnie unaczynionej powierzchni. Guz zdaje się wyrastać z ciała rzęskowego i tęczówkę częścią przerastać na wskroś, lub ją przesuwać. Dno oka zamglone lekko, lecz prawidłowe. $Vu = \frac{5}{35}$, Sn I w 25 cm. Pole widzenia prawidłowe.

Autor zalecił silniejsze dawki *ung-ciner.*, później JK ponadto 3 razy dziennie kokainę z atropiną. Po dwóch tygodniach guz prawie znikł, a $V = \frac{5}{15}$; osad na tylnej powierzchni rogówki pozostał. Lekkie męty w ciałku szklistem. Po dalszych dwóch tygodniach bystrość wzroku była $\frac{5}{5}$.

Ciało obce w oczodole. (Ein Fall von Fremdkörper in der Orbita). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Odłamek żelazny wpadł robotnikowi do lewego oka. Mała rana w zewnętrznej części górnej powieki i w twardówce; w ciałku szklistem silne krwotoki. Magnezem Hirschberga nie wydostano żadnego odłamka. Po 3 miesiącach na dnie oka, po stronie skroniowej, 4—5 średnic od tarczy, białe miejsce, otoczone złogiem barwikowym. Z tego miejsca ciągnęła szarawa masa do ciała szklistego i biała smuga aż do obwodu siatkówki. $V = \frac{5}{20}$; drugie zdrowe oko $V = \frac{5}{7}$.

Sideroskop nie dawał dodatniego wyniku.

Po sześciu latach chory udał się do Prof. Hirschberga z powodu wielkich dolegliwości oka. $V =$ ruchy ręki przed okiem, na dnie oka w miejscu przebiecia odczepienie siatkówki. Blizna na spojówce i twardówce po stronie skroniowej. Sideroskop nie dawał dokładnych wskazówek. Dopiero badanie światłem Roentgena wykazało wielki odłamek u brzegu oczodołu po stronie skroniowej.

Wyjęty odłamek ważył 250 mg, po odjęciu otaczającej go grubej warstwy tkanki łącznej. Bóle natychmiast ustąpiły z oka.

Trzy przypadki urazu oka przez piłkę tenisową. (Drei Fälle von Augenverletzung durch Tennis-Ball). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor opisuje trzy przypadki przerwania naczyniówki wskutek uderzenia piłką tenisową w gałkę oczną. Wszystkie trzy przypadki, prócz chwilowego upośledzenia wzroku, miały przebieg pomysłny.

Die ophthalmologische Klinik. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 16. *O gruźlicy naczyńiówki.* (Über Tuberkulose der Aderhaut). Stephenson.

Autor wykazuje, że gruźlica zajmuje naczyńiówkę częściej niżby się to z pozoru mogło wydawać, i że wiele przypadków zmian ogniskowych w naczyńiówce, które się uważa za syfilityczne lub artrytyczne, odnieść należy do gruźlicy. Spostrzegał on 80 przypadków, w tem 49 przypadków gruźlicy prosówkowej, 11 przypadków zmian w naczyńiówce, występujących w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, jelit lub kości, a 20 przypadków plam zanikowych w naczyńiówce, które autor uważał za blizny po przebytej sprawie gruźliczej, podając znamiona, wyróżniające plamy te od ognisk zanikowych na innem tle powstałych.

Nr 18. *Dalszy przyczynek do fotografii odwróconego dna oka.* (Weiteres über die Photographie des directen umgekehrten Augengrundbildes). H. Wolff.

Do artykułu dołączona jest reprodukcya zdjęcia fotograficznego dna oka, które autor wykonał na własnem oku. Fotografia jest bardzo wyraźna i mimo znacznego powiększenia nie prawie na wyrazistości nie traci. Przedstawia ona dno oka prawidłowe, ale przypuścić można, że zmiany patologiczne dałyby się na podobnem zdjęciu z łatwością rozpoznać. Autor pierwszą próbę swego nowego, ulepszonego przyrządu wykonał na sobie ze względu na znaczne olśnienie, na jakie oko fotografowane jest narażone, potrzebne jest bowiem bardzo silne źródło światła. Oprócz przemijającego powidoku płomienia innych następstw olśnienia autor nie doznał.

Nr 19. *Nowa teoria poczucia barw i światła.* (Die neue Theorie der Licht- und Farbenempfindungen). Raehilmann.

Autor ponownie rozwija zasady nowej teorii poczucia barw i światła, streszczającej się w tem, że przyjmujemy powstawanie t. zw. fal stojących w wewnętrznych członach czopków i pręcików. Wiadomo, że wewnętrzne człony tak czopków jak i pręcików różnią się bardzo znacznie od zewnętrznych pod względem współczynnika złamania, a oddzielone są gładką powierzchnią graniczną, która wskutek tego nabiera własności zwierciadła. Od powierzchni tej promienie światła odbijają się i wracają po tej samej drodze, przyczem wskutek interferencyi fal powstają w wewnętrznym członie w warstewkach równoległych do powierzchni granicznej drgania o największej amplitudzie, porozdzielane kolejno płaszczyznami wę-

złowemi, w których amplituda ta schodzi do zera. Gdy na siatkówkę działa jednorodne światło barwne, wtedy odstęp między płaszczyznami węzłowemi równają się połowie długości fali, najmniejsze są zatem przy świetle fioletowem, a największe przy czerwonym. Przy działaniu światła o barwie mieszanej—układ fal stojących, jakie powstają w wewnętrznych członach czopków i pręcików jest wypadkową interferencyi różnobarwnych promieni, wchodzących w skład tego światła. Wiadomo, że wewnętrzne człony czopków i pręcików kurczą się pod wpływem światła. Nowa teoria, o której pisze Raehlmann, wprowadza w związek tę zmianę postaci z rodzajem promieni świetlnych. Autor powołuje się na liczne badania, wykazujące, że człony wewnętrzne kurczą się znacznie więcej w świetle błękitnem niż czerwonym, przy innych zaś barwach stopień skurczu jest pośredni. To kurczenie się czopków i pręcików jest zatem następstwem podrażnienia świetlnego i polega na warstwowem zagęszczaniu się i rozrzedzaniu protoplazmy w warstwach, odpowiadających co do swej grubości wymiarom fal stojących. Jasnym jest przeto, że od rodzaju światła t. j. od barwy jego, zależy rozkład tych zmian we wrażliwych składnikach siatkówki, a tem samem i rodzaj odczute go wrażenia.

Na podstawie tej nowej teoryi poczucia barw przyjąć należy wbrew dawnym teoryom, że każdy z osobna element wrażliwy siatkówki zdolny jest odczuwać wszelkie rodzaje barw. Doskonałą bystrość wzroku w płamce żółtej tłumaczy autor tem, że granice, rozdzielające zewnętrzne człony czopków leżą dokładnie w jednej płaszczyźnie i zlewają się wskutek tego w jedną, nieprzerwaną powierzchnię zwierciedlącą. Poza obrębem plamki żółtej zachodzą w tym względzie różnice między czopkami i pręcikami, stąd też płaszczyzny węzłowe fal stojących nie są jednolite, co, jak łatwo pojąć, zacierać musi wyrazistość wrażeń świetlnych.

Powidoki dodatnie można przy pomocy nowej teoryi objaśnić z łatwością, przyjmując, że star skurczu członów zewnętrznych trwa jeszcze przez czas pewien po ustaniu działania światła, przez co się i wrażenie świetlne przedłuża. Zrozumiałem jest również, że zanim protoplazma wróci do stanu spoczynkowego, musi przejść przez szereg stanów pośrednich, które powodują powstanie powidoków ujemnych, względnie powidoków barwnych.

Daltonizm tłumaczy się wedle nowej teoryi nieprawidłową budową optyczną zewnętrznych członów pręcików i czopków, które nie odcinają się ostrą granicą od członów wewnętrznych, lecz wchłaniają część światła, które odbite w sposób nieregularny wraca do członów wewnętrznych i psuje regularny układ fal stojących, zna-

miennych dla każdej poszczególnej barwy. Tęsamem i wrażenie barwy staje się niepewnem i nieokreślonem.

Fizyologiczna ślepotą barwną obwodowych części siatkówki tłumaczy się skośnem ułożeniem czopków i pręcików względem osi optycznej oka. Wobec tego, że promienie nie padają prostopadle na płaszczyznę graniczną, nie wracają zatem po tej samej drodze i nie może być mowy o wytworzeniu regularnych fal stojących, a tęsamem o odczuwaniu różnic pomiędzy barwami.

Oslabienie bystrości wzroku i poczucia barw przy zmianach patologicznych w siatkówce i naczyniówce ma swe źródło w przemieszczeniu (wypechnięciu ku przodowi) poszczególnych czopków przez wysięk, krew wylaną etc. Następstwem tego jest pewna chropowatość owej granicznej powierzchni zwierciadłowej, która (przynajmniej w planie żółtej) jest w prawidłowym stanie zupełnie gładką i równą. Zmącenie tego zwierciadła powoduje osłabienie bystrości wzroku. Obniżenie poczucia barw świadczy już zwykle o zmianach anatomicznych w wewnętrznych członach czopków i pręcików.

Olśnienie i adaptację tłumaczy autor zmianami warstwy barwikowej (*tapetum nigrum*), która pod działaniem światła wysuwa wypustki barwikowe, osłaniające ze wszystkich stron zewnętrzne człony czopków i pręcików. W ciemności wypustki te cofają się i kurczą, odsłaniając zupełnie warstwę członów zewnętrznych. Na tem polega przystosowanie siatkówki do słabego oświetlenia. Nagłe przejście do światła, które oblewa obnażone z barwikaczopki i pręciki, powoduje, jak łatwo zrozumieć, uczucie olśnienia.

O zmianach w nerwie wzrokowym w przebiegu stwardnienia rozsianego (Über Sehnervenleiden und multiple Sklerose). Fleischer z Tybingi.

W 39 przypadkach *sclerosis disseminata*, spostrzeganych w klinice ocznej w Tybindze, znalazł autor 13 razy zblednięcie tarczy nerwów wzrokowych różnego stopnia. 10 razy granice tarczy zatarte, a 16 razy dno oczu bez zmian. Wobec tego, że z wielu stron zrobiono spostrzeżenia, iż w przypadkach ostrego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, niejednokrotnie później dopiero pojawiają się znamienne objawy stwardnienia rozsianego, zasięgnął autor wiadomości co do obecnego stanu chorych dawniej leczonych z powodu *neuritis optica* (11 przyp.), *atrophia e neuritide* (15 przyp.), *atrophia genuina* (23 przyp.), tarcz zastoinowa (11 przyp.), a wreszcie kilka przypadków hemianopsyi.

Odnośnych poszukiwań wprawdzie dotąd nie ukończył, do-

tychczasowe jednak badania nie wykazały w żadnym z powyższych przypadków wyraźnych objawów *sclerosis disseminatae*.

Nr 20. *Etyologia zaburzeń wzrokowych, względnie utraty wzroku, zależnej od zmian w jamie nosowej* (Die Aetiologie der kontralateralen Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprunges) A. Onodi.

Autor wykazuje bliskie sąsiedztwo anatomiczne nerwu wzrokowego i tylnych komórek sitowych, a zwłaszcza jamy kości klinowej. Ostatnia mianowicie tylna komórka sitowa i jama kości klinowej bywają często oddzielone od nerwu wzrokowego przeciwnej strony, lub od skrzyżowania nerwów wzrokowych (*chiasma*) cienką jak papier blaszką kostną, która w dodatku może posiadać wrodzone szczeliny, a przez uraz lub w przebiegu niektórych operacji niezmiernie łatwo może uleść uszkodzeniu (pęknięciu lub złamaniu). Tak krucha i wątko ścianka kostna nie może też stanowić dostatecznej ochrony dla nerwu wzrokowego w razie sprawy zapalnej, toczącej się we wspomnianych zatokach. Znajomość takiego niebezpiecznego sąsiedztwa jest dla wyświelenia etyologii niektórych pozagałkowych zapaleń nerwu wzrokowego niezmiernie ważną. Autor ogranicza się na razie do zestawienia niektórych już w literaturze zapisanych spostrzeżeń i podnosi potrzebę dalszych badań wspólnych, prowadzonych równocześnie przez okulistów i rynologów, przyczem rozstrzygające znaczenie miałyby przypadki, zakończone sekcją anatomiczną.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1906. (Referent K. W. Majewski).

Nr 9. *Postacie kliniczne gruźlicy powiek.* (Formes cliniques de la tuberculose palpébrale). Rollet.

Gruźlicę powiek spostrzega się obecnie częściej niż dawniej, a to dzięki temu, że umiemy ją już lepiej wyróżniać z pośród innych podobnych zmian chorobowych. Autor przechodzi kolejno wszystkie warstwy, z jakich się składa powieka i omawia zmiany, jakie gruźlica powoduje na spojówce, w chrząstce powiekowej, w tkance podskórnej i na skórze powieki. Pomija milczeniem tylko warstwę mięśniową, wiadomo bowiem, że pierwotna gruźlica mięśni należy do wielkich rzadkości. Na spojówce opisuje 3 różne postacie zmian gruźliczych: postać guzkową (*conjunctivitis tuberculosa nodosa*),

postać wrzodziejącą (*conj. tbc. ulcerosa*), a wreszcie trudną nieraz do rozpoznania postać przerostową. Niektóre przypadki, należące do tej ostatniej postaci naśladują do złudzenia jaglicę i dziwiwie się temu nie można, boć w klasycznych podręcznikach często się spotykamy z porównaniem ziarn jaglicowych ze skrzekiem żabim, a z drugiej strony chirurdzy widzą wielkie podobieństwo między ziarniną gruźliczą (np. w torebce maziowej stawów), a skrzekiem rybim. Jeśli porównania te są trafne, to łatwo pojąć, że gruźlica usadowiona na spojówce może być na pozór do jaglicy bardzo podobną.

W chrząstce powiekowej przybiera gruźlica postać bądź to rozlaną, przypominającą *tarsitis trachomatosa*, albo *tarsitis luetica*, ale może także wedle Rolleta ograniczyć się do jednego lub kilku gruczołów Meiboma i wytworzyć guzek nie różniący się zewnątrznie niczem od zwyczajnej gradówki.

Na skórze powieki występuje gruźlica w takich samych postaciach, jak na skórze w innych miejscach ciała, a zatem bądź w postaci wilka, który najczęściej przechodzi *per continuitatem* z twarzy na powiekę, albo w postaci gruźliczego owrzodzenia, którego ulubionem miejscem jest okolica kącika wewnętrznego i woreczka łzowego.

Szczególny nacisk kładzie autor na zmiany gruźlicze w tkance podskórnej. Spostrzegał on tutaj gruźlicę w postaci zimnego ropnia, oraz nieopisany dotąd rodzaj gruźlicy, tworzącej w tkance podskórnej powieki liczne drobne, twarde guzki, przypominające w dotyku uwięzłe pod skórą ziarna śrutu. Drobne te guziczki dają się pod skórą przesuwac, a również skóra, zresztą zupełnie nie zmieniona przesuwac się nad nimi swobodnie. Różnią się one zasadniczo od guziczków, które znamionują liszaj żrący, te bowiem usadowione są we właściwej skórze i pozostają z nią w ścisłym związku.

Opis wyżej wymienionych różnych postaci gruźlicy powiekowej ilustruje autor szeregiem spostrzeżeń własnych, w których rozpoznanie gruźlicy zostało potwierdzone tak badaniem anatomicznem, jakoteż szczepieniem na zwierzęciu.

Nr 10. *Leczenie choroby Basedowa grasicą.* (Du traitement de la maladie de Basedow par le thymus). H. Dor.

Autor wylicza różne używane dotąd sposoby leczenia choroby Basedowa, polegające bądź to na organoterapii, bądź to zabiegach operacyjnych, bądź na elektroterapii. Przed kilku laty lekarz angielski Dr Owen, zastosował w pewnym przypadku choroby Basedowa przez pomyłkę zamiast wyciągu z gruczołu tarczycowego wyciąg z grasicy. Pomyłka ta nie tylko choremu nie za-

szkodziła, lecz przeciwnie, skutek był bardzo pomyślny, Odtąd zaczęło stosować grasicę z intencją (Gunningham, Eder, Boisvert, Blondel, Mikulicz, Taty, Guérin) i wyniki leczenia na ogół były dobre. Autor przytacza 2 spostrzeżenia własne choroby Basedowa z wybitnymi objawami ze strony oczu, w których zastrzykiwania podskórne wyciągu z grasicy doprowadziły do zupełnego wyleczenia. W niektórych przypadkach stosował autor zamiast wyciągu świeżą grasicę surową z dodatkiem mąki i soli, podawaną wewnątrz w ilości od 15 aż do 100 gr. dziennie.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1906. Vol. 47. (Refer. Dr W. Reis).

Nr 2. *Stosunek mięśnia prostego górnego i dolnego do zezą zbieżnego.* (Relations of the superior and inferior recti muscles to convergent squint). Jackson.

Wyniki po operacji zezą zbieżnego bardzo często są niepewne. Na podstawie dokładnego rozbioru czynności pierwszorzędnych i wtórorzędnych mięśni przywodzących (*adductores*) stara się autor poznać przyczynę owych niepowodzeń. W prawidłowych warunkach mięsień prosty górny i dolny wywierają bardzo nieznaczny wpływ na addukcję gałki, nawet przy ruchach gałki na wewnątrz kierunek siły działania tych mięśni przechodzi obok środka obrotu gałki. Skoro jednak oko jest silnie zbieżnie ustawione, staje się wpływ mięśnia prostego górnego i dolnego bardzo znaczny przy zwracaniu gałki na wewnątrz, a nawet większy od siły działania mięśnia prostego wewnętrznego. Przy skierowaniu gałki na wewnątrz oddalają się coraz bardziej miejsca przyczepu ścięgna mięśnia prostego górnego i dolnego od środka obrotu tak, że przy największej zbieżności wywierają one największy wpływ na zwrócenie gałki ocznej na wewnątrz. Mięsień zaś prosty zewnętrzny, który usiłuje zbieżność pokonać, znajduje się w coraz niekorzystniejszych warunkach. Ta sama zasada dotyczy także czynności wtórorzędnych mięśni odwodzących (*m. obliqui*), im bardziej oko skierowanem jest w kierunku działania tych mięśni t. j. na zewnątrz, z tem większą siłą ciągną one gałkę w tym kierunku.

W sposobie więc działania owych pomocniczych mięśni przywodzących i odwodzących należy upatrywać przyczynę dla nawrotów i powstania wysokich stopni zezą.

W zezie zbieżnym nadmierna zbieżność zależną jest nie tylko od mięśnia prostego wewnętrznego, lecz także od nosowych włókienek mięśnia prostego górnego i dolnego.

Operacyjne leczenie tylko wtenczas będzie doszczętne, gdy uwzględni to zasadnicze zboczenie i zmniejszy wpływ wtórorzędnych mięśni przywodzących. Zabieg operacyjny skierować więc także trzeba przeciw nosowym częściom przyczepów mięśnia prostego górnego i dolnego.

Nr 8. *Zastosowanie płytek parafinowych przy operacji rozległego zrostu powiek z gałką oczną i przy utworzeniu worka spojówkowego dla sztucznego oka.* (Paraffin plates as an aid in operations for extensive symblepharon and for the restoration of cul-de-sacs for prothesis). Wilder.

Ze sposobów operacyjnych zrostu powiek z gałką oczną tylko te mogą liczyć na powodzenie, które zapobiegają ponownemu zrostowi blizn. Samo przeszczepienie płatu błony śluzowej lub skóry tu nie wystarcza — potrzeba jeszcze płat należycie przytwierdzić. W tym celu używają niektórzy autorowie, jak Morton, May protez szklanych lub porcelanowych, Weeks nadstawek z gutaperchy, Hotz płytki z ołowiu, Woodruff płytki z blachy cynowej.

W. stosuje do tego celu płytki ołowiane, powleczone parafiną, z jednym otworem w środku dla rogówki lub dwu bocznych otworach, gdy idzie tylko o wytworzenie jamy oczodołowej. Wówczas proteza taka zostaje przez czas dłuższy, a worek spojówkowy można przepłukiwać. Płytki sporządza się z cienkiej 0,5—1 mm grubej blaszki ołowianej, której nadaje się odpowiednią postać, poczem wyjaławia się ją i zanurza do parafiny o punkcie topliwości 130° F. Chcąc parafinę grubiej nałożyć, oziębia się szybko pierwszą warstwę w zimnej wodzie, potem zaś znowu zanurza w gorącej parafinie. Skrawek skórny, jak najcieńszy, otrzymany metodą Thierscha, przykładą się w oznaczonym miejscu do płytki, gdzie bardzo dobrze przylega i gdzie go można wyprostować, poczem powierzchnią zranioną przykładą się do miejsca, które ma być pokryte.

Szwów zakładać nie trzeba.

Przy odtworzeniu worka spojówkowego pozostawia się płytkę 6—7 dni, poczem wyjmuje się ją, znowu parafiną pokrywa i na powrót wkłada.

Zalety płytek parafinowych: że nie uszkadzają rogówki i że płatek przylega szczelnie do parafiny tak, że zapewnionem jest ścisłe złożenie między płatkami a odświeżoną powierzchnią worka spojówkowego.

III. ROZMAITOŚCI.

Dr *Trantas* w broszurze obszerniejszej po grecku napisanej «τὸ τράχωμα ἐν Τουρκία» podaje szczegóły statystyczne o tej w Turcyi bardzo rozpowszechnionej chorobie, zwracając uwagę na niektóre szczegóły i odrębności, wyróżniające rzekomo jaglicę turecką od tejże choroby w innych krajach.

Nie przypuszcza też autor, by choroba ta zawleczoną była przez wojska francuskie do Europy z Egiptu, ale słusznie sądzi, że ona w Europie i Azji już w starożytności istniała. Dalej stoi *Trantas* i to zdaniem naszym bardzo słusznie, na stanowisku dualistów, uważając zapalenie mieszkowe (*conj. follicularis*) jako chorobę zupełnie odrębną. Przyjmuje również, co znowu naszym odpowiada zapatrywaniom, ostrą jaglicę, która jednak w stosunku do przewlekłej występuje tylko rzadko (4,5%). Zwraca dalej uwagę na szczegół rzekomo u nas nie zachodzący a przynajmniej nie opisywany t. j. na występowanie jaglic w pasie pomiędzy górnym załamkiem a górnym brzegiem rogówki na spojówce gałkowej bliżej górnego załamka. Co do tej odrębności to autor myli się, gdyż i u nas, gdy się uważnie bada jaglica również w tem miejscu obficie się objawia.

Jako *tylosis sclerae* opisuje autor stwardnienie wystające twardówki w pasie 3 mm szerokim a 8 mm ponad górnym rąbkiem równoległe do tegoż przebiegającym. w tych przypadkach, gdzie chrząstka górnej powieki znacznie była zmieniona. Różniczkując jaglicę i nieżyt wiosenny zaznacza autor, iż ostatnia choroba w Turcyi bardzo często występuje a na 12.000 chorych ocznych stwierdził aż 92 przypadki tej u nas rzadkiej choroby.

Przechodząc do omawiania skuteczności środków leczniczych chwali przede wszystkim wyciskanie, dalej *jequiritol* a co ciekawa, przytacza przypadek, w którym ze skutkiem szczepił krowiankę w skórę powiekową. Krowianka się przyjęła a pod wpływem jej silna jaglica z mętnieniem rogówki połączona ustąpiła rzekomo zupełnie. Szczepienia ospy robił w innych jeszcze przypadkach, ale, że krowianka się nie przyjęła, skutku nie było też co do choroby ocznej.

Wedle *Comptes-rendus du Club médical de Constantinople*.
W.

Bezczelność. Firma „*Gesellschaft für Gumperts künstliche Augen in Wien*“ będąca filią istniejącego towarzystwa w Nowym Jorku, zwraca się do rozmaitych okulistów a także do nas z prośbą,

by na dołączonym do listu arkuszu wypisywać nazwiska osób potrzebujących protezy i obiecuje za każdy skutecznie podany adres 4 korony. Tym zaś, którzyby sami chcieli chorym przystosowywać te protezy, robi firma korzystne oferty. Przypuszczenie, iż znajdzie się lekarz, któryby podjął się roli ajenta wobec firmy a nadto, któryby zdradzał tajemnicę, do której zachowywania zawód go zobowiązuje, napiętnować musimy jako ubliżające stanowi lekarskiemu i temu daliśmy wyraz w piśmie do owej firmy wystosowanem, zwracając uwagę na obowiązujący wszystkich lekarzy kodeks etyki lekarskiej.

Nie chcemy przesądzać, czy protezy amerykańskie lepsze są od europejskich, ale nie tą drogą uczciwa konkurencyja kroczyć powinna dla uzyskania palmy pierwszeństwa.

W.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Natanson mian. docentem okulistyki przy uniwers. w Moskwie.

Dr Bartels habil. się w Strassburgu.

Dr Stan. Markowski i Dr Wiktor Reis mian. asystentami kliniki uniwers. we Lwowie.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Umarli: Prof. Rothmund w Mnichowie. (Monachium). — Prof. Adamük w Kazaniu.
