

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA
BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO W
LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, 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 STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TAŁKI W LUBLINIE.

Wrzesień

—~~2~~— ROCZNIK ÓSMY —~~2~~—

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego szpitala św. Zofii i z pracowni Uniw. kliniki okulist.
we Lwowie.

O ropowicy oczodołu przy ropieniu śródgałkowym pochodzenia wewnętrznego.

Podał

DR ADAM BEDNARSKI

docent pryw.

Przypadki ropowicy oczodołu pochodzenia wewnętrznego czyli przerzutowego są bardzo rzadkie. Również rzadko spotykamy się z podobnie przebiegającym zapaleniem ropnem powięzi Tenona; kilka przypadków, świeżo ogłoszonych w literaturze francuzkiej, odnoszą autorowie do przerzutowego zapalenia śródgałkowego, anatomicznie jednak tego nie stwierdzono. Niedawno miałem sposobność spostrzegać na oddziale ocznym szpitala św. Zofii przypadek ropowicy oczodołu i powięzi Tenona przy ropieniu śródgałkowym, który zakończył

się śmiercią, i w którym wykonano sekcję i badanie anatomiczne treści oczodołu. Przypadek ten, żywo przypominający wspomniane przypadki francuzkich autorów, pozwałam sobie przeto poniżej opisać.

Dnia 24/VIII 1905 zgłosili się do ambulatoryum szpitala św. Zofii rodzice z córką sześćioletnią Zofią Hupato. Wedle wywiadów dziecko przechodziło przed czterema tygodniami odrę, poczem zaczęło oko lewe boleć, a dwa tygodnie jak jest wysadzone.

Badanie wykazało silny obrzęk, lekkie zaczerwienienie i wybitne chełbotanie powiek oka lewego. Poniżej kącika zewnętrznego rana zlepiona po cięciu, które lekarz na prowincyi wykonał. Gałka oczna była silnie wysadzoną ku przodowi, tak, że wystawała ze szpary powiekowej, powieki nie pokrywały rogówki, ruchy gałki były zniesione. Sama gałka oczna oprócz tego, że źrenica była zarośniętą, objawów zapalnych nie okazywała. Brak widocznego nastrzyknięcia rzęskowego, rogówka czysta, ciecz przedniej komory również, tęczęwka nie przekrwiona. Z dna oka nie można było wydobyć odbłasku różowego.

Rozp. *Phlegmone palpebrarum et retrobulbaris, seclusio et oclusio pupillae oc. sin.*

Dziecko przyjąłem na oddział oczny, aby wykonać operację. Zrobiłem szerokie nacięcie na powiece dolnej, głębokie nacięcie przez powiekę górną, tu i tam wyszła mierna ilość ropy. Na drugi dzień gorączka spadła, trzeszcz gałki jednak wcale się nie zmniejszył. Wykonałem więc przez powiekę górną jeszcze jedno cięcie szerokie i głębokie, sięgające po za gałkę. I tędy wyszła mierna ilość ropy, objawy zapalne jednak nie tylko, że się nie zmniejszały, ale owszem zaczęły powstawać świeże ogniska ropne i tak: pod spojówką gałkową górą zewnątrz, następnie pod spojówką gałkową dołem zewnątrz, wreszcie na czole wzdłuż przebiegu naczyń środkowych. Ogniska te ropne kolejno, w miarę jak powstawały, szeroko otwierałem i tamponowałem.

Dziecko w tydzień po przyjęciu do szpitala zmarło (dnia 1/IX 1905).

Z przebiegu choroby zanotować jeszcze wypada, że stan ogólny dziecka był przez cały czas pobytu w szpitalu względnie dobry, dziecko było swobodne, ani wymiotów, ani dreszczy, wogóle objawów zajęcia opon mózgowych zauważyć nie było można, raz tylko skarżyło się na ból głowy. Apetyt i stolec dobry. Temperatura mierzona rano i wieczór wynosiła:

24 w.	39·3	28 w.	37·6
25 r.	37·6	29 r.	36·2
w.	37·5	w.	37·6
26 r.	37·0	30 r.	37·3
w.	38·2	w.	37·3
27 r.	37·0	31 r.	36·4
w.	39·5	w.	37·2
28 r.	36·8		

Na kilka dni przed śmiercią przyszło do wytworzenia się wrzodu na rogówce, skutkiem niedomykania się szpary powiekowej i niekorzystnego działania ropy spływającej z otoczenia, sprawa więc czysto następowa, uboczna.

Jak więc z historii choroby wynika, mieliśmy do czynienia, oprócz ognisk ropnych ograniczonych powiekowych i podspojówkowych, z rozlanem ropieniem pozagałkowym (*phlegmone retrobulbaris*). Zabieg operacyjny sprawy chorobowej nie był w stanie powstrzymać, gdyż już przedtem musiało przyjść do ropienia w zatokach mózgowych względnie do wytworzenia się ropnia mózgowego, który, jak wiadomo, może niepostrzeżenie przebiegać. Dziecko nagle umarło, a sekcya przypuszczenie nasze potwierdziła.

Sekcya zrobiona w zakładzie uniwersyteckim anatomii patologicznej przez Dra Nowickiego wykazała: *Sinusitis suppurativa sinus cavernosi utriusque, petrosi super. sin. et sinus circularis. Leptomeningitis purulenta baseos et abscessus lobi tempor. et frontalis dextri. Abscessus metastacici pulmon. d.*

Tumor lienis acut. Degeneratio organorum parenchymatosa. Pyaemia. Enteritis follicularis.

Badanie obu kości skalistych zmian zapalnych (ropnych) nie wykazuje. Kości oczodołu nigdzie obrażenia nie okazują.

Sekcyja zatem nie wykazała punktu wyjścia ropowicy oczodołu, sprawa ropna w mózgu i w płucach były wyrazem ogólnego zakażenia.

Badanie anatomiczne tkanki pozagałkowej wykazało rozlane ropienie w tejże, bez ścisłego odgraniczenia. Gałkę wypreparowałem wraz z nerwem wzrokowym 26 mm długim. Makroskopowo nerw wzrokowy wraz z torebką zmian żadnych nie okazywał. Gałka oczna była nieco zmniejszona i spłaszczona w osi pionowej (26 mm oś przednio-tylna, 26 mm wymiar poziomy, 19 mm wymiar pionowy). Odpowiednio do tego zachowywała się i rogówka (12 × 9·50 mm).

Badanie anatomiczne gałki wykazało, że mieliśmy do czynienia z rozległymi ropniami wewnątrzgałkowymi, które następnie przebiły w dwóch miejscach ściany gałki ocznej, tak, że ropa *per continuitatem* dostała się na zewnątrz do pochewki Tenona. W ten sposób powstały na powierzchni gałki dwa ograniczone ropnie, jeden w górze o średnicy 12 mm, sięgający z przodu aż do rogówki, drugi zaś leżący dołem i zewnątrz, 20 mm długi, 12 mm szeroki. Ropnie te powstały podczas pobytu chorej w szpitalu i jako ropnie podspojówkowe były nacinane. oba leżały w przedniej części gałki. Siatkówka była w całości lejkowato oderwaną i pomarszczoną, między nią a naczyniówką, przylegającą ściśle do twardówki, znajdował się gruby naciek ropny, barwy żółto-białej.

Ciało szkliste przedstawiało się jako nieprzezroczysty wiotki naciek barwy szaro-białej. Nadto w tylnej części gałki znajdował się jeden ropień podnaczyniówkowy wielkości prosa.

Badanie drobnowidowe.

Rogówka w obwodowych częściach, oprócz lekkiego pomarszczenia tylnych warstw, przedstawia się prawidłowo. Cały środek rogówki zajmuje rozległy wrzód. Widzimy tutaj

brak przybłonka, błony Bowmana i powierzchniowych warstw miąższu, skutkiem czego rogówka jest tutaj zapadnięta, pomarszczona i do połowy zcieńczała. Na powierzchni wrzodu włókna rogowkowe napęczniałe, mają wygląd szklisty, zawierają mało komórek, są pomarszczone, ponadżerane, często sterczą końcami ku górze, miejscami zlewają się w masę szklistą jednostajnie się barwiącą. Na dnie wrzodu warstwa leukocytów wielojądrzastych i fragmentowanych. Część rogówki poniżej wrzodu jednostajnie dość silnie nacieczona.

Na błonie Descemeta i w przedniej komorze liczne leukocyty głównie wielojądrzaste, tworzą na dnie przedniej komory zbity naciek, przechodzący miejscami cienką warstwą na tęczówkę i źrenicę, komórki tego nacieku zawierają czasem barwik.

Tęczówka obrzękła i jednostajnie nacieczona, po nad to widzimy w niej także odosobnione nacieki.

Ciało rzęskowe jednostajnie obrzękłe, ciałek ropnych tutaj nie widzimy. Źrenica zarośnięta cienką warstwą tkanki granulacyjnej przenikniętą ciałkami wielojądrzastymi.

Soczewka oprócz lekkiego pozaginania torebki na obwodzie tylnej powierzchni zmian nie przedstawia. Dookoła naciek zbity, nekrotyczny, dalsza jego część barwi się dobrze.

Naczyniówka kilkakrotnie zgrubiała, jednostajnie nacieczona licznymi leukocytami wielojądrzastymi a w mniejszej ilości limfocytami.

Taki sam naciek, składający się głównie z leukocytów wielojądrzastych, leży między naczyniówką a oderwaną siatkówką, a granica między tym naciekiem a naczyniówką jest często zatarta. Budowa naczyniówki jest miejscami prawie zupełnie zanikła, nie widać naczyń ani komórek barwikowych. W miejscu przebicia ściany gałki widzimy, jak naczyniówka wypada na zewnątrz i wyściela kanał w twardówce. Rozchodzi się więc o przebicie twardówki i naczyniówki. W przedniej części gałki naczyniówka jest mniej zmienioną, tuż za ciałem rzęskowym widać tylko jej obrzęk i naciek zapalny.

Ropień podnaczyniówkowy, leżący w tylnej części gałki można stwierdzić jako taki, zresztą nie przedstawia nic szczególniejszego.

Siatkówka jest w całości lejkowato oderwaną, tylko tuż koło nerwu wzrokowego widać komórki barwikowe jeszcze utrzymane obok tego rozpadłe, zresztą budowa siatkówki jest zatarta, można na niej rozróżnić tylko obie warstwy ziarniste. Siatkówka jakby obrzękła, gdzieś porzucane leukocyty. Po pod siatkówką leży warstwa wypociny siatkowatej nacieka ciałkami białymi.

W ciele szklistem pojedyncze leukocyty jedno i wielojądrzaste.

W nerwie wzrokowym zmian nie spotykamy. W pochewkach nerwu wzrokowego tu i owdzie nieco wypociny, składającej się z ciałek wielojądrzastych i złuszczonej śródbłonek.

W tkance pozagałkowej spotykamy tak w mięśniach, jakoteż w tkance łącznej, bardzo liczne drobne foliкуły niezropiałe jeszcze, złożone ze samych limfocytów a dookoła nich zapalenie, a nadto liczne ropnie złożone z limfocytów, a głównie z leukocytów wielojądrzastych z jądrami często rozpadającymi się, wreszcie jamy po ropniach, z których treść się wylała.

Badanie metodą Grama wykazało bardzo liczne gronkowce (*staphylococcus*).

Na podstawie powyższego badania anatomicznego tłumaczą sobie w danym przypadku w ten sposób przebieg sprawy chorobowej. Po odrze przyszło do zapalenia przerzutowego gałki o charakterze ropnym. Następnie drogą naczyń zakażenie udzieliło się powięzi Tenona i tkance pozagałkowej, dając powód do powstania ropowicy oczodołu, a nadto w kilku miejscach przyszło do przebicia ściany gałki, tak że ropa mogła się dostać bezpośrednio na zewnątrz, tworząc ropnie podspojówkowe. Wykluczyć jednak nie można, że ropowica pozagałkowa powstała samodzielnie (bez pośrednictwa gałki) na drodze przerzutowej podobnie jak oftalmia lub ropnie

mózgowe. Sekcja nadto wykazała zajęcie zatok żylnych i opon mózgowych, ropnie w mózgu i w płucach. Pomijam na razie stosunek sprawy ropnej w gałce i oczodole do przerzutów w innych narządach i do ogólnego zakażenia, do sprawy tej jeszcze na końcu powrócę, przedtem chcę omówić wynik badania anatomicznego gałki ocznej.

Badanie drobnowidowe wykazało rozlane nacieczenie naczyńki, najsilniejsze w tylnej części gałki, gdzie budowa naczyńki była miejscami zupełnie zatartą, natomiast tuż za ciałem rzęskowem naczyńka była najmniej zajęta, a samo ciało rzęskowe okazywało tylko obrzęk; okoliczność ta, jako też i to, że siatkówka nie okazywała nacieczenia ropnego wskazują, że ropna sprawa przerzutowa w gałce zaczęła się w naczyńkowie w tylnym odcinku gałki. Z powodu szerzenia się nacieku ku wewnątrz gałki, przyszło następnie do oderwania się siatkówki, sprawa to więc uboczna, następowa.

Również wrzód rogówkowy, jak to już powiedzieliśmy, był sprawą czysto uboczną, wytworzył się w ostatnich dniach przed śmiercią skutkiem działania niekorzystnego ropy spływającej z otoczenia. W związku z wrzodem rogówkowym stoi również obecność ciałek ropnych w przedniej komorze i obrzęk tęczówki a zdaje się także i ogniska ropne w tęczówce.

Natomiast zarośnięcie źrenicy tkanką granulacyjną odpowiada sprawie starej, zgodnie z wywiadami podającymi, że najpierw zaczęło oko boleć, a potem wystąpił trzeszcz, powstało ono prawdopodobnie jeszcze przed wytworzeniem się ropowicy pozagałkowej, jako sprawa towarzysząca rozwijającemu się zapaleniu ropnemu naczyńki.

Z przebiegu tego przypadku należy podnieść, że gałka oczna, gdy chory zgłosił się do szpitala, oprócz tego, że źrenica była zarośniętą i to bardzo niepostrzeżenie, nie okazywała żadnych objawów zapalnych, stan jej odpowiadał t. zw. przez francuzów *quiet iritis* — *iritis torpida*.

Bólów chora nie doznawała, co tłumaczy nam badanie

anatomiczne, które wykazało tylko obrzęk ciała rzęskowego, brak zaś ognisk ropnych.

Podobne przypadki jak w. o. opisali Le Roux¹⁾, Trouse-seau²⁾ i Joqs³⁾, które pozwolę sobie w krótkości przytoczyć. W przypadku Le Roux w 15 dni po porodzie, który się odbył prawidłowo, przyszło do obrzęku powiek, chemozy i trzeszczu gałki, nadto stwierdzono zarośnięcie źrenicy i brak bólów. Poczucie światła było utrzymane. W ciągu dwóch tygodni oczne objawy zapalne ustąpiły, natomiast przyszło do *polyarthritisa* i chora wśród objawów mózgowych zmarła. Sekcyi nie robiono, Le Roux rozpoznaje ropną *tenonitis* i przyjmuje tło reumatyczne, przyczyny śmierci nie tłumaczy.

Joqs, opierając się na swoim przypadku, słusznie podaje w wątpliwość tło reumatyczne *tenonitis* i zwraca uwagę na możliwość zakażenia przerzutowego z narządów rodnych. Przypadek Joqs'a jest podobny. U starszego mężczyzny z przerostem stercza i utrudnionem oddawaniem moczu, stwierdził autor przy pierwszym badaniu *hypopyon*, stare zarośnięcie źrenicy, poczucie światła utrzymane, przyczem tylko nieznaczne nastrożenie okołorogówkowe (*quiet iritis*). W kilka dni później objawy oczne ustąpiły po wytworzeniu się ropnia podspojówkowego, który sam pękł, mimo tego jednak chory zmarł. Sekcyi nie robiono. Joqs uważa drogi moczowe (cewka, pęcherz) za punkt wyjścia sprawy chorobowej ropnej, skąd przyszło do przerzutowego zapalenia naczyńki a następnie drogą naczyń do ropnego zapalenia powięzi gałkowej. Joqs przytacza bardzo podobny przypadek Trouse-seau'a i podnosi podobnie jak Le Roux brak bólów jako objaw, który odróżnia *tenonitis metastatica* od pierwotnej, reumatycznej, zazwyczaj tak bolesnej przy ruchach gałki, jakoteż od ropnia pozagałkowego.

Co się tyczy ropienia pozagałkowego, to nasz przypadek, który przebiegał bez bólów, zdania tego nie potwierdza.

Tutaj możnaby zaliczyć również i przypadek Tersona⁴⁾, opisany jako śródgałkowe ropienie przerzutowe w przypadku zakażenia kryptogenetycznego. Terson nie rozpoznaje w swo-

im przypadku *tenonitis*, wobec trzeszczu gałki jednak i przebicia ropni przez twardówkę w dwóch miejscach w przednim odcinku gałki, sędzę, że i pochewka Tenona mogła być zajęta. Badanie ropy w przypadku Tersona wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Chory walcząc długo ze śmiercią wyzdrowiał, gałka zanikła.

Autorowie wyżej wspomnianych przypadków opierali się tylko na badaniu klinicznym, nasz zaś przypadek badany anatomicznie wykazuje, jak to już wspomnieliśmy, że punktem wyjścia sprawy ropnej w gałce była naczyniówka.

Mój przypadek, Le Roux, Joqs'a i Trousseau skończyły się śmiercią, jedynie tylko w przypadku Tersona, chory wreszcie wyzdrowiał. Przypadek Tersona stanowi niejako przejście do przypadków przerzutowego zapalenia ropnego gałki bez *tenonitis* i bez ropienia pozagałkowego. Wiadomo, że takie przerzutowe ropienia wewnątrzgałkowe kończą się prawie zawsze utratą wzroku a nadto często są dla życia niebezpieczne. Wedle zestawienia Axenfelda⁵⁾ przy przerzutowych oftalmiach po chorobach zakaźnych większość chorych wychodzi, w następstwie zakażenia kryptogenetycznego przy jednostronnych oftalmiach śmiertelność wynosi 33·3%, po popołogowych 66%, a po zakażeniach chirurgicznych 53·3%.

W przypadkach tych ropienie śródgałkowe występuje na pierwszy plan, w przypadkach zaś powikłanych z *tenonitis* lub *phlegmone retrobulburis*, jak to widzieliśmy, sprawa chorobowa w gałce samej przebiega niepostrzeżenie (*quiet iritis*), na pierwszym planie jest zajęcie oczodołu. Z rokowaniem nateczas należy być bardzo ostrożnym.

Co się tyczy ogólnego zakażenia i przerzutów w innych narządach, to wedle Gussenbauera i Fehlinga⁶⁾ oftalmie przerzutowe powstają tylko równocześnie z przerzutami do innych narządów, do zapatrywania tego przyłącza się również Stellwag von Carion.

Wedle Axenfelda⁷⁾ jednostronne oftalmie stanowią nie rzadko jedyne ognisko przerzutowe przy lekkich zakażeniach ogólnych np. przy schorzeniach płuc. Taka oftalmia,

jako jedyne ognisko w ustroju, może wystąpić wśród objawów ogólnych, a przy zakażeniu kryptogenetycznem może robić wrażenie samoistnego powstania.

Literatura.

1. Clin. ophtalm. X. 1904.
2. Ann. d'oculistique III.
3. Clin. ophtalm. XI. 1905.
4. Clin. ophtalm. XI. 1905.
5. Arch. f. Opht. 40. 1894.
6. Wedle Axenfelda Arch. f. Opht. 40. str. 11.
7. l. c. str. 183.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique R. 1906. Nr. 5. (Referent K. W. Majewski).

Krwotoki siatkówkowe w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej. (Des hémorrhagies rétinienes dans la compression du thorax). Raymond Béal.

Przypadki zgniecenia klatki piersiowej nie należą do rzadkości. W razie silnego zgniecenia, jakie się zdarza np. u robotników kolejowych przez dostanie się między talerze dwóch wagonów, występuje chwilowo niesłychanie silny zastój żylny w całej górnej połowie ciała. Częstokroć twarz i szyja sinieją do najwyższego stopnia, a w skórze powstają niezliczone krwawe wybroczyny. Opisano również wynaczynienia na błonie śluzowej ust i gardła, krwotoki nosowe i krwawe podbiegnięcia na spojówkach. Wybroczyny powstają wszędzie tam, gdzie naczynia nie doznają od zewnątrz żadnego znaczniejszego ucisku. Dlatego to petocie kończą się na szyi ostrą granicą odpowiadającą kołnierzowi koszuli, dlatego też nie przychodzi do krwotoków wśródczaszkowych. Z tego samego

zapewne powodu i wynacznienia w siatkówce należą w przypadkach zgniecenia klatki piersiowej do rzadkich powikłań, bo przeciwstawia się im napięcie wśródgałkowe.

Autor opisuje jedno spostrzeżenie własne krwotoku siatkówkowego u górnika, który się dostał między dwa wózki ładowne kamieniami. Krwotok w tym przypadku wystąpił w jednym oku i zajął okolicę plamki żółtej. Krew uległa wkrótce wessaniu, ale z biegiem czasu przyszło do stopniowego zaniku obu nerwów wzrokowych. Ponieważ w jednym oku była ograniczona, dawna plama zanikowa w naczyniówce prawdopodobnie pochodzenia kiłowego, przypuszcza autor, że istniały już zmiany w ścianach naczyńowych w siatkówce, które spowodowały krwotok w chwili zgniecenia klatki piersiowej, pomimo, że nie przyszło do wybroczyn ani w skórze, ani na spojówkach, ani na innych błonach śluzowych.

Pęcherzyca hysteryczna na spojówce i powiekach.
(Pemphigus hystérique de la conjonctive et des paupières). Fromaget i Lavie.

Autorowie opisują rzadki przypadek pęcherzycy (*pemphigus*) na skórze powiek i spojówce powieki dolnej u 15-letniej dziewczyny, dotkniętej ciężkimi zaburzeniami nerwowymi. Niezliczone i w przebiegu choroby, jak w kalejdoskopie zmieniające się objawy, składały się na typowy obraz wielkiej hysteryi, to też i zmianę, jaka wystąpiła na oku i przez długi czas chorej wiele cierpień sprawiała, uważają autorowie za jeden z objawów ogólnej choroby nerwowej.

Pierwotny wrzód syfilityczny na spojówce gałkowej.
(Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire). Sauvinaeu.

Autor opisuje przypadek pierwotnego wrzodu syfilitycznego na spojówce gałki między mięskiem łzowym a bieżem rogówki. Pomimo rzadko spotykanego umiejscowienia i mimo, że zmiana wystąpiła w kilka dni po zasypaniu oka wapnem i poczytaną była zrazu za następstwo tego uszkodzenia, znamiona kliniczne owrzodzenia pozwoliły autorowi stanowczo rozpoznać pierwotną zmianę kiłową. Poszukiwanie za krętkiem bładym dało wynik ujemny, prawdopodobnie jednak tylko z powodu niedostatecznej techniki badania, bo w kilka tygodni wystąpiły niewątpliwe zmiany drugorzędne na skórze i błonach śluzowych. Głównym objawem, na którym autor oparł swe słuszne, jak się okazało, rozpoznanie, było pergaminowate stwardnienie podstawy wrzodu. Prócz tego za kiłą przemawiał twardy i niebolesny obrzęk gruczołów podszczękowych.

Szparę wrodzoną u wejścia nerwu wzrokowego. (Colobômes à l'entrée du nerf optique). Cosmettatos.

W dwóch przypadkach spostrzegł autor wrodzony ubytek w naczyniówce i siatkówce w otoczeniu tarczy nerwu wzrokowego. W jednym przypadku zmiana była jednostronna i obejmowała tarcz nerwu wzrokowego tylko od strony skroniowej. W drugim przypadku na obu oczach biały pierścień zanikowy otaczał szerokim pasem wejście nerwu wzrokowego. Wiadomo, że dla wrodzonej szpary naczyniówki, tak jak i innych zresztą wewnętrznych błon oka, a także i tęczówki znamieniem jest położenie zmiany w dolnej części gałki ocznej, jako odpowiadające położeniu zarodkowej szpary ocznej. Dla wyjaśnienia szpar wrodzonych nerwu wzrokowego, zwróconych w innym kierunku niż ku dołowi, przypuszczają niektórzy autorowie (Ammon, Vossius) okręcenie gałki ocznej dookoła osi strzałkowej w latach wzrostu. Zapatrywanie to jednak zwalczają inni badacze, jak Deyl, Henkel, Strahl. Autor sądzi, że w swoich spostrzeżeniach nie potrzebuje się uciekać do przypuszczenia Ammona i Vossiusa, zwłaszcza w drugim przypadku, gdzie zanik błon obejmował wkoło tarcz nerwu wzrokowego. Zdaniem jego zanik ten jest następstwem przebytej w życiu płodowym sprawy zapalnej, nie pozostaje zatem w żadnym związku z embryologicznym rozwojem gałki ocznej.

Nr 6.

Wskazania do irydektomii w przypadkach iridochoroiditis. (Des indications de l'iridectomie dans les iridochorioïdites). Abadie.

Wiadomo, jak trudnem jest nieraz leczenie *iridochoroiditis*, jeżeli tło tego cierpienia jest niepewne. Do miejscowego leczenia ograniczać się nie można, i nawet w tych przypadkach, gdzie ani kiły, ani reumatyzmu napewne wykazać niepodobna, a takich przypadków jest wiele, radzi autor stosować leczenie ręciovę z równoczesnem podawaniem salicylu, uważając to połączenie leków za najskuteczniejszy sposób leczniczy w tych razach. Mimo najlepszego jednak leczenia ogólnego i miejscowego, zdarzają się często w przebiegu choroby pogorszenia, albo przynajmniej stan przestaje się poprawiać. W takich przypadkach doradzał Desmarres wykonywać irydektomię, mającą działać przeciwzapalnie. Graefe zalecał irydektomię tylko w tych przypadkach, gdzie z powodu zarosnięcia źrenicy zagrażała oku jaskra następowa. Autor wykazuje, że wskazaniom do irydektomii w przypadkach *iridochoroiditis chronica recidivans* należy zakreślić szersze granice. Przekonał

się on wielokrotnie, że irydektomia dobrze wykonana zbawiennie wpływa na przebieg tej uporczywej choroby i tłómaczy ten jej wpływ korzystny ułatwieniem wymiany cieczy wodnej przesyconej wytworami patologicznymi. Nietylko zatem bystrość wzroku podnosi się zwykle skutkiem utworzenia nowej sztucznej źrenicy, ale i przez to, że cała sprawa chorobowa zmniejsza się i ustępuje. Wycięcie kawałka tęczówki pozwala nam nadto niejednokrotnie wykryć istnienie wysięków zapalnych pomiędzy tęczówką a soczewką położonych i które dopiero przy swobodniejszym krążeniu płynów wśródocznych łatwiej mogą uleść wessaniu. W ogólności autor rozszerza wskazania do irydektomii postawione przez Desmarres'a i Graefe'go w tym duchu, że radzi wykonywać ją nietylko tam, gdzie przyszło do całkowitego przyrośnięcia brzegu źrenicy, ale nawet tam, gdzie zrosty są nieliczne, lub niema ich wcale, ale gdzie mimo odpowiedniego leczenia miejscowego i ogólnego stan oka przestaje się poprawiać, lub występują niczem na pozór nieusprawiedliwione pogorszenia.

Przyczynek do patogenezy zaćmy biegunowej przedniej. (Sur la pathogénie des cataractes polaires antérieures). V a l u d e.

Powstanie zaćmy biegunowej przedniej *Cataracta polaris anterior* tłómaczymy sobie w dwojaki sposób: Może to być zmiana wrodzona zależna od zaburzenia embryonalnego rozwoju oka, albo też jest to następstwo zapalnej sprawy przebytej już po urodzeniu, najczęściej *blennorrhoea neonatorum*, przyczem przyjmuje się, że skutkiem pęknięcia wrzodu środkowego rogówki i zetknięcia się czasowego przedniej torebki z rogówką przychodzi do zaćmienia i zgrubienia torebki w okolicy przedniego bieguna soczewki (*cataracta pyramidalis*).

Autor opisuje dwa spostrzeżenia własne, z których jedno stanowi przykład wrodzonej zaćmy biegunowej przedniej, ponieważ w przypadku tym żadnego zapalenia nie było, a zaćmieniom torebki towarzyszyły inne zmiany wrodzone, jak *membrana pupillaris perseverans*, *coloboma iridis et chorioideae*. W drugim przypadku wystąpiło u 2-tygodniowego dziecka bardzo silne ropne zapalenie spojówek z nacieczeniem przybłonkowej warstwy na całej powierzchni obu rogówek bez żadnego jednak owrzodzenia. Po wygojeniu się sprawy zapalnej pozostało tylko nieznaczne ogólne zaćmienie rogówek i punkcikowate białe zaćmienie w środku przedniej torebki niewystające, na obu oczach jednakie. Autor wnosi z tego spostrzeżenia, że *cataracta polaris anterior* może wytworzyć się także bez przebiccia rogówki.

Przykurczenie mięśni, unoszących górną powiekę. Tenotomia. Wyleczenie. (Retraction des muscles releveurs des paupières. Réculement. Guérison). H. Truc.

U 60-letniego urzędnika kolei wystąpiła po przebyciu grypy niemożność zamykania powiek, a mianowicie opuszczania powiek górnych. Przy zwróceniu gałek ku dołowi powieki górne pozostawały uniesione, przez co odstaniał się szeroki pas twardówki nad rogówką. Bliższe rozważenie objawów nakazywało przypuścić przykurczenie mięśni unoszących powieki górne, nie było bowiem żadnych oznak jakiegokolwiek porażenia. Gdy stan ten pomimo różnych sposobów leczenia nie ulegał żadnej zmianie, zrobił autor operację, zdaje się dotąd przez nikogo nie wykonywaną, a polegającą na odcięciu mięśni, unoszących górne powieki *levatoris palpebrae superioris*, od ich przyczepów na chrząstce powiekowej. Skutek operacji był zupełnie zadawalniający, bo chory mógł odtąd powieki prawidłowo domykać.

Oko starcze i oko miażdżycowe. (L'oeil sénile et l'oeil athéro-scléreux). V e n n e m a n.

Oko starca tak samo różni się od oka prawidłowego, jak cały organizm człowieka zgrzybiałego różni się od organizmu człowieka zdrowego w sile wieku. Główną przyczyną zmian starczych jest zdaniem autora zmniejszenie ilości krwi w układzie naczyniowym, a zatem również zmniejszony jej dopływ do gałki ocznej. Ta względna niedokrewność powoduje zwiotczenie wszystkich tkanek składających oko, ubytek składników postaciowych, a co zatem idzie upośledzenie zdolności czynnościowej. Od zmian starczych odróżnić należy zmiany, wywołane miażdżycą tętnic, która co prawda często występuje w wieku podeszłym, ale równie zdarzać się może i u ludzi młodych. Autor opisuje obraz, jaki przedstawia miażdżycza naczyń w gałce ocznej, rozróżniając 3 stopnie tej patologicznej zmiany: *arteriosclerosis*, gdzie zmiany dotyczą tylko błony wewnętrznej (*intima*); *atheroma*, gdzie zajęta jest także *tunica media*; wreszcie *arteriitis*, względnie *perivasculitis*, gdzie w pierwszym rzędzie cierpi *adventitia*. Nakoniec wymienia różne zaburzenia następowe, wywołane bezpośrednio miażdżycą naczyń, jak zanik naczyńki, krwotoki, zatory, etc.

Krwistek samoistny oczodołu u kobiety. (Hématome spontané de l'orbite chez la femme). Brunetière.

Dotąd niewiele znajduje się w literaturze opisów samoistnego, nie urazowego, krwistka oczodołu. P a n a s był pierwszym, który bliżej zajął się patologią tej zmiany chorobowej.

Do skąpej dotychczasowej kazuistyki dorzuca autor 2 spostrzeżenia własne, odnoszące się do młodych kobiet, z których jedna dostała krwotoku oczodołu z wysadzeniem gałki, obrzękiem powiek i bólami w 3 dni po odstawieniu dziecka od piersi; druga zaś, cierpiąca na bolesne miesiączkowanie dostała tych samych objawów na jednym oku podczas regularności, jak zwykle, skąpej i połączonej z ogólnem osłabieniem. Tak w jednym jak i drugim przypadku wykonano kilkakrotnie nacięcie celem wypuszczenia krwi i wydobywania skrząpów, krew jednak każdym razem zbierała się ponownie, i tak obrzęk jak i bóle wracały. Dopiero założenie drenu kauczukowego w głąb oczodołu położyło w pierwszym przypadku koniec ciągłym nawrotom. U drugiej chorej sprawa zakończyła się wyłuszczeniem gałki ocznej, z powodu zaniku nerwu wzrokowego ośleplej.

Autor wyraża przekonanie, że samoistny krwistek oczodołu może się pojawiać u kobiet młodych, jako *menstruatio vicaria*. Przypadki te bywają ciężkie i mogą się skończyć zanikiem nerwu wzrokowego przez ucisk. Wbrew zapatrywaniu Panasa, który przestrzegał przed zabiegiem operacyjnym ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia, sądzi autor, że właśnie tylko interwencya chirurgiczna, oczywiście w warunkach aseptycznych wykonana, byle nie spóźniona, może wzrok uratować i chorą od cierpień uwolnić.

Plamy barwikowe na spojówce. (Les taches pigmentaires de la conjonctive). L. Steiner (Sourabaya, Jawa).

Według podręczników anatomii spojówka oka ludzkiego nie zawiera barwika. Plamy barwikowe spotykane wyjątkowo u ludzi rasy białej uważane są w Europie bądźto za wrodzone znamiona nieprawidłowe, bądź też za wytwory chorobowe i stają się nieraz jako przypadki rzadkie przedmiotem publikacyi. Ponadto czarne znamiona barwikowe bywają przez europejskich okulistów zazwyczaj uważane za niebezpieczne ogniska, które mogą się stać w przyszłości punktem wyjścia złośliwych nowotworów. Autor, który wykonywa praktykę okulistyczną na Jawie, podnosi, że w Europie zbyt często zapomina się o tem, iż rasa biała stanowi tylko małą stosunkowo część rodzaju ludzkiego. Otóż co do znachodzenia się barwika w spojówce twierdzenia zawarte w podręcznikach anatomii i okulistyki są prawdziwe tylko odnośnie do rasy białej, nie sprawdzają się jednak wcale w odniesieniu do ras czerwonej, czarnej i żółtej. U Malajczyków, Kreolów, Hindusów, Japończyków i Chińczyków, które to narodowości składają klientelę autora, plamy barwikowe na spojówce powiek i gałki są tak częstem i codziennem

zjawiskiem, że wzbogacać ich opisem kazuistykę okulistyczną byłoby rzeczą bezcelową, a usuwać je operacyjnie z tych samych pobudek, któremi się kierują okuliści europejscy, byłoby zadaniem wprost niewykonalnem. Zresztą autor nie zauważył, żeby złośliwe nowotwory barwikowe występowały u ras kolorowych częściej niż u ludzi białych, u których zatem wyjątkowe pojawianie się barwika w spojówce może mieć zgoła inne znaczenie, niż obecność plam czarnych lub brązowych na oczach ludzi ras kolorowych.

Autor rozróżnia 3 rodzaje plam barwikowych, spotykanych na spojówce u mieszkańców Jawy. Do pierwszego rodzaju zalicza szare lub brunatne zabarwienie spojówki w częściach jej wystawionych na działanie światła słonecznego, a zatem w obrębie szpary powiekowej po obu stronach rogówki, a także na spojówce powiek w przypadkach *ectropium*. Do drugiej grupy zalicza on ciemne lub czarne, ostro ograniczone ogniska, które nie są niczem więcej, jak wrodzonymi znamionami barwikowemi (*Naevi pigmentosi*) spotykanymi wyjątkowo i u Europejczyków. Trzeci wreszcie rodzaj stanowią plamy występujące na spojówce powiek i załameków u Arabów i Murzynów dotkniętych jaglicą. Tę szczególną właściwość przebiegu jaglicy u owych plemion stwierdził autor w wielu przypadkach mikroskopowo, wykluczając z wszelką stanowczością srebrzycę, z którą możnaby w danym razie pomieszać to ciemne zabarwienie spojówki.

O soczewce patologicznej. (Sur le cristallin pathologique). P-na Toufesco.

Autorka na podstawie swych badań histologicznych, przeprowadzonych na oddziale ocznym szpitala *Lariboisière* dochodzi do następujących wniosków. Każda zaćma rozpoczyna się w okolicy równika soczewki, t. j. w tem miejscu występują pierwsze dostrzegalne zmiany wsteczne. Pierwotną jednak przyczyną zaćmiewania się soczewki jest nieznaną bliżej zmiana odżywcza środkowych jej części. We wszystkich postaciach zaćmy, z wyjątkiem może zaćmy jądrowej, przemiany wsteczne, jakim ulega tkanka soczewkowa, są tego samego rodzaju. Główną zmianą, jaką składniki zaćmiewającej się soczewki okazują, jest zwyrodnienie tłuszczowe.

Porażenie nerwu odwodzącego w przebiegu zapaleń ucha środkowego. (La paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites). Terson.

Autor przytacza dwa spostrzeżenia, jedno własne, jedno swego syna i nieliczne jak dotąd w literaturze opisane przypadki. Na podstawie tej kazuistyki wysnuwa następujące wnioski:

1) Porażenie nerwu odwodzącego pojawia się częstokroć po tej samej stronie, co *otitis media suppurativa* i łączyć się może z zapaleniem nerwu wzrokowego.

2) W większości przypadków powikłanie to ustąpiło bez śladu, nie sprowadzając żadnych trwałych następstw.

3) Jest rzeczą prawdopodobną, że zmiana ta nie jest odruchową, lecz polega na przeniesieniu zakażenia drogą połączeń naczyń żylnych i limfatycznych, istniejących między 6-tą parą, a środkową częścią ucha.

O barwnej tatuacji rogówki. (Du tatouage coloré de la cornée). Chevallereau i Polack.

Vacher był pierwszym, który podał sposoby barwnej tatuacji plam rogówkowych. Obszerną pracę w tym przedmiocie ogłosił Holth z Chrystyanii, a do udoskonalenia techniki przyczynili się także Nieden, Bachum i Cofler. Celem barwnej tatuacji jest nadanie plamom rogówkowym, położonym po za obrębem źrenicy koloru zbliżonego jak najbardziej do koloru tęczęwki. W ten sposób plamy te stają się znacznie mniej widoczne. Oprócz tego tatuacja barwna może służyć do zamaskowania szpary tęczęwkowej (*coloboma*) przez zabarwienie części przezroczystej rogówki, przed tą szparą położonej. Wynik bywa korzystny tak pod względem kosmetycznym, jak pod względem optycznym.

Z całej palety różnych barwików nadających się do barwienia rogówki dzięki temu, że nie wywołują odczynu zapalnego i nie zmieniają swego koloru, zatrzymali autorowie tylko kilka najmniej drażniących, a pozwalających uzyskać przez zmieszanie prawie wszystkie możliwe odcienie koloru tęczęwki. Skład palety zalecanej przez autorów jest następujący: Żółty barwik neapolitański, okra brunatna i okra czerwona, glinka zielona, glinka ombryjska, a wreszcie błękit ultramarynowy Guimeta. Mieszanie tych barwików dla stworzenia różnych żądanych odcieni nie ma być wcale trudne i nie wymaga bynajmniej specjalnych zdolności malarskich. Jako barwika czarnego do naśladowania źrenicy nie używają autorowie tuszu chińskiego, bo ten przecież powoduje czasem zadrażnienie i nacieczenie tatuowanej rogówki. Daleko lepsze wyniki uzyskali oni, używając sadzy ze spalonej kości słoniowej, lub kopci u naftowego.

Rak mięska łzowego. (Epithélioma de la caroncule). Paul Petit.

U 82-letniej staruszki wyciął autor guzek, wyrastający z mięska łzowego lewego oka. Badanie histologiczne wykazało znamiona raka skórniego (*épithéliome pavimenteux*).

Nr 8.

Zaburzenia oczne, wskutek bezpośredniego oglądania zaćmienia słońca. (Troubles oculaires consécutifs à l'observation directe des éclipses de soleil). Villard.

Pod powyższym tytułem przedstawia autor symptomatologią zaburzeń wzroku, spostrzeganych u osób, które bez zachowania koniecznych ostrożności spoglądały na słońce, i to nie tylko w czasie zaćmienia, ale także przy innych okolicznościach. I tak opisane są przypadki podobne u osób, które przypatrywały się plamom na słońcu, przejściu Wenus przed słońcem, a nawet obrazowi słońca odzwierciedlonemu przez gładką powierzchnię wody. Najczęstszym objawem jest *scotoma centrale positivum*, bądź to *relativum*, bądź *absolutum*. Wziernikiem we wielu przypadkach nie stwierdzono żadnych ważniejszych zmian na dnie oka, często jednak spotykano krwisto-czerwone ognisko w miejscu plamki żółtej. Rokowanie jest zazwyczaj o tyle pomyślne, że *scotoma centrale*, nazwane przez Emmert'a obrazowo: *scotoma helieclipticum* ustępuje zazwyczaj po upływie kilku tygodni lub kilku miesięcy. Jako leczenie stosował autor w kilku spostrzeżeniach własnych z początku środki odwodzące, a potem na wewnątrz jodek potasu i pigułki ze strychniną.

O soczewce prawidłowej. (Sur le cristallin normal). P-na Toufesco.

Na podstawie swych badań histologicznych i embryologicznych formułuje autorka następujące wnioski: Więzadełko Zinn'a jest pochodzenia mezodermalnego. Powstaje ono w związku z rozwojem wśródoczej sieci naczyniowej. Włókna więzadełka przechodzą na wskroś przez ciało rzęskowe i łączą się z siecią włókien sprężystych, pokrywających mięśnie rzęskowe. Na soczewce włókna więzadełka przyczepiają się do ścian naczyń torebki naczyniowej, pokrywającej soczewkę u zarodka, U osobnika dorosłego włókna te łączą się z włóknistą siatką, która otacza soczewkę.

Na torebce przedniej rozróżnia autorka 3 rodzaje komórek przybłonkowych: wielkie komórki jasne, zajmujące środek torebki i odgrywające ważną rolę w odżywieniu soczewki; małe komórki obwodowe z licznymi i długimi wypustkami, które mają dla soczewki znaczenie warstwy ochronnej; komórki twórcze w okolicy równika ułożone w szeregi południkowe, które służą do regeneracji włókien soczewkowych. Wszystkie te 3 rodzaje komórek są tworami odpowiadającymi różnym okresom rozwojowym pierwotnej komórki soczewkowej.

Contrib. f. pr. Aghk. 1906. Z. 6. (Ref. Dr L. Gruder).

Przypadek nowotworów rzekomo białaczkowych w oczodołach. (Ein Fall von pseudoleukämischen Orbitaltumoren). Dr W. Seeligsohn w Berlinie.

Wątku 21 l. kobieta, po przebyciu anginy średniego stopnia, zachorowała nagle na brak apetytu, przyczem miała gorączkę do 38°, przyspieszenie tętna, ogólne osłabienie, reumatyczne bóle w mięśniach, obrzęk w stawach i *nephritis acuta*. Do tego wśród silnych bólów głowy przyłącza się: na obu oczach tarcz zastoinowa, zapalenie ciała rzęskowego i *exophthalmus*. Po siedmiu tygodniach widać pod *margo supraorbitalis* na gałce spoczywający elastyczny nowotwór, obustronnie w części nosowej. Badanie krwi wskazuje na nowotwór pseudoleukaemiczny. $V = \frac{8}{35}$ obustronnie.

Autor uważa to za następstwo zakażenia septycznego, wychodzącego z *glandula tonsillaris*, a także zapalenie ciała rzęskowego uważa za następstwo takiego zakażenia.

W ciągu dalszych dwóch miesięcy septyczne objawy zmniejszały się, chora otrzymała *solutio Fowleri*, ogólny stan stopniowo się polepszał, aż nareszcie i objawy ze strony gałki zmniejszyły się tak, iż po czterech miesiącach ogólnej choroby bystrość wzroku znów wynosiła na pr. oku $\frac{6}{8}$, na l. $\frac{6}{7}$.

Co się tyczy nowotworów pseudoleukaemicznych, utrzymuje autor, iż te wypełniały cały oczodoł, a wystający pod *margo supraorbitalis* guz był tylko ich częścią. Prawdopodobnie nowotwory te obejmowały także nerw oczny, ugniały go i spowodowały tarcz zastoinową.

Przekrwienie zastoinowe na usługach okulistyki. (Die Stauungshyperaemie im Dienste der Augenheilkunde). Dr Robert Hesse, asystent przy klinice okul. w Gracu.

Doświadczenia z przekrwieniem zastoinowem, dokonane przez Rennera przez założenie gumowej opaski na szyję, wykazały pomyślny przebieg choroby przy *keratitis parenchymatosa* i *ulcus serpens*.

Aby zaś leczenie Bierowskie na oku dokładniej zastosować, trzeba działanie dokładniej zlokalizować i siłę działania stopniować.

Robert Hesse zastosowuje przy oku metodę ssania, aby wywołać przekrwienie. Posługuje się w tym celu przyrządem, złożonym ze szklanego naczynia w postaci bańki, której otwór odpowiednio jest zrobiony, aby mógł szczelnie przylegać do zewnętrznych granic oczodołu. Do drugiej strony tego naczynia przy-

mocowana jest 30 cm długa rączka kauczukowa, zakończona balonikiem o objętości 50 c³. Zamiast balonika można użyć pompy ssącej.

Do wywołania pożądanego skutku potrzebną jest różnica 20—30 mm rtęci.

Przy zamkniętych powiekach w takim razie po 5 minutach skóra czerwieni się, po pół godzinie niebieskawo zabarwiona i silny obrzęk. Brzegi powiek obrzmiałe i lekko odwrócone ku zewnątrz.

Przy otwartych powiekach widać na powiekach te same objawy, co przedtem. Spojówka powiek silnie nastrzyknięta, obrzmiała; spojówka gałki wykazuje rozszerzenie naczyń, następnie nagromadza się pod spojówką płyn surowiczy, tworząc po pół godzinie silną chemozę na około rogówki. Rogówką lekko matowa i oedematyczna, nastrzyknięcie rzęskowe. Na głębszych częściach oka zapomocą dotychczasowych doświadczeń nie można było wykazać zmian.

Przy końcu opisuje autor szczegółowo jeden przypadek *ulcus serpens* u 60-letniego pacyenta. Galwanokauter, atropina i t. p. nie polepszyły stanu choroby; hypopyon wysokości 3 mm. Dopiero zastosowanie przekrwienia zastoinowego, zapomocą powyżej podanego przyrządu ssącego nadało chorobie przebieg pomyślny. Autor wstrzymuje się z wydaniem stanowczego sądu do ukończenia dalszych doświadczeń.

Szczególnie zaleca zastosowanie tej metody przy zapaleniach brzegu powiek, spojówki i rogówki, także przy *blepharitis ciliaris* i *hordeolum* i różnych rodzajach zapalenia spojówki (*conj. eczematosa*).

Kilka spostrzeżeń przy urazach odłamkami żelaza
(Einige Beobachtungen bei Eisensplitter-Verletzungen des Auges)
Dr Kreuzberg w Kolonii.

Autor opisuje trzy przypadki urazu odłamkiem żelaznym, gdzie wywiady były w zupełnej sprzeczności z wynikiem badań i zabiegów leczniczych.

W jednym przypadku autor wyciągnął z oczodołu magnezem odłamek żelazny 14 mm długi i ważący 20 mg, gdy tymczasem chory uparczywie utrzymywał, iż żaden odłamek żelazny nie wpadł mu do oka. W drugim chory utrzymywał, że mu wpadł do oka duży odłamek żelazny, gdy tymczasem po kilkakrotnem badaniu znaleziono w twardówce drobny odłamek 1 mm długi i ledwie 0.1 mm gruby. W trzecim przypadku mimo wywiadów, iż rzekomo wpadł do oka odłamek żelazny i mimo widocznych

następstw zapalnych nie znaleziono w gałce żadnych śladów ciała obcego.

Kilka spostrzeżeń oftalmologicznych. (Einige ophthalmologische Beobachtungen). Dr Pick w Królewcu.

a) Leczenie zaćmień rogówkowych. Od trzech lat autor stosuje salmiak (*Ammonium chloratum*), podany przez Guillery'ego do rozjaśnienia zaćmień rogówkowych i otrzymuje przytem bardzo pożyteczne wyniki. Z roztworu salmiakowego używa autor 1—3 łyżeczek, rozcieńczonych w przegotowanej wodzie i przez 20 minut robi trzy razy dziennie t. zw. kąpiele oczne, aby płyn dotykał także rogówki. Boleści ani znaczniejszych objawów drażniących nie było. Zaćmienia rogówkowe muszą być zadawnione, a przepisana kąpiel oczna musi być stosowana przez kilka tygodni.

b) Działanie wiatru na oczy opisuje autor na podstawie własnego spostrzeżenia podczas podróży na okręcie, gdzie podczas silniejszego wiatru znajdował się przeszło dwie godziny na przedniej części okrętu. Podczas tej podróży spostrzegł autor nagle ciemny punkt, stale z ruchami gałki się poruszający, który wzziernikiem okazał się małą wybroczyną do ciała szklanego. Autor sam jest krótkowidzem ($V = \frac{6}{5}$ zapomocą — 55 D.) i przypisuje powstanie tego krwotoku działaniu długotrwałego ciśnienia wiatru na nie całkiem prawidłowe (tutaj myopia) oko.

c) *Hydrophthalmus congenitus*; wyleczenie zapomocą sklerotomii. Obustronnie *Hydrophthalmus congenitus*, w drugim roku irydektomia i codziennie zakraplanie ezeryny, aż do 14 roku życia było czytanie i pisanie możliwem. W tym czasie za poradą innych zaprzestano zakraplania ezeryny, poczem bystrość wzroku obustronnie znacznie zmalała. L oko = $\frac{1}{8}$, Pr. oko = palce na 2 m. rogówka mętna, nakłuta, komora głęboka, źrenica szeroka, T + 2. Zrobiono sklerotomię, później wycięto wypadniętą tęczówkę. Po pół roku w miejscu operacyjnem było pęcherzykowate zabliznienie (*cystoide Vernarbung*), rogówka była przeważnie czysta, dno (*excavatio glaucomotosa atrophica*) było widoczne, Tn, a bystrość wzroku podniosła się znacznie.

Ponieważ przez ten czas bystrość wzroku i na drugim (lepszem) oku znacznie się pogorszyła, zrobił autor i na tem oku sklerotomię z blizną otwartą (*diastatische Narbe*); po pół roku bystrość wzroku znacznie się polepszyła, tak iż chory mógł nawet listy czytywać.

Przypadek ten jest analogiczny do przypadku przez prof. Schoena opisanego, gdzie bystrość wzroku przy *Hydrophthalmus congenitus* dała się ocalić tylko przez pęcherzykowate zabliznienie rany wielkich rozmiarów.

1906. Z. 7.

Krwotok w siatkówce, którego następstwem był zanik gałki. (Ein Fall von Netzhaut-Blutung, die zur Schrumpfung des Augapfels führte). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Kobieta 51 l. przebyła jedenaście porodów, z których ostatnie trzy połączone z silnymi krwotokami. Od półtora roku menstruacja ustąpiła. Przed 4 miesiącami spostrzegła chora znaczne upośledzenie wzroku na pr. oku. Vo. pr = $\frac{5}{15}$ — 0.75 D, oko lewe = $\frac{5}{7}$ — 0.75 D. Pole widzenia prawidłowe obustronnie.

Wziernikiem na pr. oku krwotoki na dolnej części siatkówki i do ciała szklistego.

Po dalszych czterech miesiącach pole widzenia od góry zwężone do 38°, wziernikiem widać od dołu niebieskawe masy a w ciałku szklistem rozgałęzione nitki ciała szklistego. Tarcz nerwu wzrokowego i środkowa część siatkówki prawidłowe.

Po pół roku dalsze pogorszenie wzroku. Lewe oko zdrowe i niezmienione.

Prawe oko ślepe. Brakuje górna połowa pola widzenia po za punkt fiksacyjny. Górna połowa siatkówki niezmieniona; poniżej tarczy nerwu siatkówka szaro-niebieskawo odbarwiona, na niej silniej zabarwione plamy; od dołu wielka niebieskawa zasłona, rozpięta przed siatkówką.

Po siedmiu latach: zanik gałki prawej, zmętniona soczewka, naczynia na tęczówce i przedniej torebce i silne bóle prawej strony głowy. Wyjęcie gałki prawej. Lewe oko bez zmian.

Makroskopijnie: tęczówka przylega do rogówki. Zaćma w soczewce; siatkówka odczepiona aż pod okolicę równika, gdzie zrosniętą jest ze zgrubiałą naczyniówką; za soczewką tkanka pajęczą zrosniętą z siatkówką. Naczyniówka, przeważnie w tylnej części, pokryta szarą, silnie do niej przylegającą warstwą. Warstwa ta pokrywa tarczę nerwu wzrokowego i dochodzi do okolicy równika; szara ta masa miejscami kościsto stwardniała.

Uraz sfery widzenia. (Verletzung der Sehspähre). Prof. Hirschberg w Berlinie.

a) Właściciel okrętów przypadkowo uderzony żelaznym drągiem w tył głowy. Przez ośm tygodni leżał bezprzytomny, poczem stwierdzono połowiczą ślepotę i zupełną ślepotę na barwy. Po upływie półtora roku wyciągnięto z *os occipitale* odłamek kostny.

Poczucie na barwy prędko się polepszyło, tylko połowicza ślepotą pozostała trwała; również pozostało porażenie lewej twarzy i głuchota tejże strony.

W górnej części *os occipitale*, więcej w lewo, głębokie zagłębienia a na kości czołowej (na prawej stronie) blizna skórna; oczy zewnątrz prawidłowe. $V = \frac{5}{5}$ obustronna połowiczna ślepotą od strony prawej; prócz porażenia lewej strony twarzy i głuchoty nie było żadnych objawów ze strony nerwów.

Uraz lewej sfery widzenia spowodował tutaj trwałą połowiczą ślepotę od strony prawej i lewostronną głuchotę. Nerw twarzowy prawdopodobnie dotknięty został na podstawie mózgowej.

b) Chory 21-letni został uderzony w lewą stronę głowy. Przez 3 tygodnie bez przytomności, poczem widział tylko od strony prawej przedmioty większe.

Na lewej stronie kości ciemieniowej 18 cm długa blizna zrosnięta z kością; pod blizną wgłębienie kości. Źrenice oddziałują jednakowo, ruchy gałki utrzymane. Chory widzi przedmioty, znajdujące się na lewo i górze. V oka prawego = palce $\frac{3}{4}$ m; lewego oka na $1\frac{1}{2}$ m. Tarcz pr. oka biała, l. oka czerwono zabarwiona, lecz bledsza, aniżeli tarcz prawidłowa. Na lewym oku źrenica oddziałuje na światło tylko od lewej strony; na pr. oku różnice nie są tak dokładne.

W tym wypadku uraz uszkodził obie sfery widzenia, lecz lewą sferę silniej niż prawą.

Wrodzone zwiększenie ucisku śródocznego ze zmętnieniem rogówki; skuteczność wczesnej irydektomii. (Angeborene Drucksteigerung mit Hornhauttrübung, frühzeitig und mit dauerndem Erfolg iridektomirt). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dziewczynka 5 tygodni licząca. Obustronnie od urodzenia rogówki białawo zmętniały; źrenica ledwie widoczna; żadnych objawów zapalnych. Gałki nieco zwiększone a na dotyk twarde.

W narkozie irydektomia od strony nosowej na prawym oku. Gojenie prawidłowe. Po tygodniu brzegi rogówki zaczęły się wyjaśniać, tęczęwka widoczna, z źrenicy czerwony odbłask.

Po 2 tygodniach irydektomia na drugim (lewym) oku, którego rogówka była białą, jak kreda. W ciągu trzech miesięcy rogówka na lewym oku znacznie się wyjaśniła, tylko w środku pozostało zmętnienie. Komora obustronnie bardzo płytka. Tn. Rogówka na prawym oku prawie całkiem jasna. Tn. Na prawym oku widać wziernikiem siatkówkę i zmętniony brzeg soczewki. W ciągu dalszych sześciu miesięcy obie rogówki były prawie zupełnie czyste a dziecko widziało dobrze.

Po 12 latach bystrość oka prawego wynosiła $\frac{4}{50}$, oka lewego $\frac{3}{50}$.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. 1906. Vol. 46. Nr 21.
(Refer. Dr W. Reis).

Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego w następstwie porodu. (Retrolubar optic neuritis following childbirth). Kipp.

Autor przytacza przypadek powrotnego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego w następstwie kilku po sobie następujących porodów u kobiety 25-letniej, u której po każdym porodzie występowały zaburzenia w nerwie wzrokowym z wybitnym środkowym ubytkiem w polu widzenia. Po trzecim porodzie wystąpił także nerwoból nadoczodołowy i częściowe zbielenie rzęs powiekowych i brwi. Po czwartym porodzie można już było stwierdzić zanik tarczy nerwu wzrokowego. Nie ulega wątpliwości, że ciąża względnie poród wywołały w tym przypadku zaburzenia wzrokowe. Autor przypuszcza, że ciąża wywołała zaburzenia w krążeniu, przekrwienie w sąsiedztwie wierzchołka oczodołu, które wywierało ucisk na nerw wzrokowy i jego pochewki oraz na rozgałęzienie ocznej gałęzi nerwu trójdzielnego. Inni autorowie spostrzegali podobne zaburzenia wzrokowe także w okresie karmienia i przypisywali powstanie ich samozakażeniu. Zbielenie rzęs spostrzegano już kilka razy przy współczulnym zapaleniu jagodówki, zdaniem autora nie ma jednak dotychczas wzmianki o zbieleniu rzęs przy pozagałkowym zapaleniu nerwu wzrokowego. Drugi przypadek spostrzegany przez K. dotyczy 35-letniej kobiety, u której po pierwszym porodzie wystąpiło pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego z przebiegiem pomyślnym t. j. odzyskaniem wzroku. Dalszych porodów nie było.

Zapalenie rogówki drzewkowate pochodzenia zimniczego. (Dendritic keratitis of malarial origin). Ellet.

Po skreśleniu obrazu klinicznego zapalenia drzewkowatego rogówki rozpoczynającego się mikroskopowo drobnymi pęcherzykami, które pękają i tworzą powierzchowne owrzodzenia drzewkowato się rozgałęziające—omawia E jego patogenzę, czyniąc spostrzegane przez siebie przypadki zależnymi od zimnicy. Badanie krwi wykazało istnienie zakażenia zimniczego. Zaburzenia w rogówce są prawdopodobnie natury odżywczej; rozwijają się też głównie wzdłuż przebiegu nerwów rogówkowych. Nieregularne zarysy zmian anatomicznych w rogówce odpowiadają przebiegowi włókienek nerwowych i rozmieszczeniu tychże w przybliżeniu i w przednich pokładach rogówki. Pojawienie się tych zmian chorobowych w środku rogówki tłumaczy nam fakt, że nerwy rogówki tracą swe pochewki

w odległości 1 mm od rąbka rogówko-twardówkowego, tak że zupełnie odsłonięte włókienka nerwowe w środku rogówki łatwiej mogą podlegać sprawom chorobowym. Następowe ubytki tworzą się tylko na powierzchni, nie sięgają nigdy w głąb i nie powodują ropienia. Oprócz leczenia ogólnego uwzględniającego tło cierpienia, należy stosować leczenie miejscowe w postaci ciepłych okładów, wkraplań- atropiny i nalewki jodowej po poprzednim znieczuleniu kokainą, a gdy ubytek pokryje się przybliżonkiem, można użyć maści żółtej.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XTI część III. c. d. Październik 1905. (Refer. Dr W. Reis).

Zatkanie tętnicy środkowej siatkówki. (Obstruction of the central artery of the retina). Coats.

Badań anatomicznych, dokonanych w przypadkach zatkania tętnicy środkowej siatkówki jest zaledwie 24. Ze względu na rzadkość badań anatomicznych oraz na istnienie różnych zapatrywań na powstanie tej postaci chorobowej ogłasza autor dwa przypadki przez siebie klinicznie spostrzegane i anatomicznie badane. Określenia »zator« używa C. tylko w tem ścisłym znaczeniu, jako czop, który oderwany z ogólnego krążenia zatyka tętnicę środkową— podczas, gdy bardziej ogólne miano »zatkanie« może odnosić się do rozmaitych spraw chorobowych, zwykle objętych klinicznym terminem zatoru tętnicy środkowej. W pierwszym przypadku zmiany anatomiczno-patologiczne były następujące: Po wyjęciu zaćmy pozostały w ranie rogówkowej końce torebki i tęczówki, oprócz tego rozległe zmiany po przewlekłym zapaleniu jagodówki. W tętnicy środkowej stwierdza się wapienną masę wyścielającą światło naczynia. W ścianach naczyń przed i poza czopem zmiany następowe a w jednej z głównych gałęzi żyły środkowej uorganizowany skrzep. Masa wapienna była rzeczywistym zatorem, który mógł pochodzić od schorzałej zastawki aorty. Brak wszelkiej organizacyi da się tem wytłómaczyć, że zator był już wapienny z chwilą, gdy się dostał do tętnicy, wskutek czego komórkowe nacieczenie nie mogło przyjść do skutku. Jako zajmujący kliniczny objaw wymienia C. zachowanie odrobiny wzroku przez czas jakiś w skroniowej części pola widzenia. Z kilku hipotez tłómaczących ten objaw największe prawdopodobieństwo posiada przypuszczenie, że połączenia włosowate między naczyniami rzęskowemi a naczyniami środkowemi odżywiają

część siatkówki położoną w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego. Powstanie ubocznego krążenia zależy od indywidualnych różnic w przebiegu klinicznym i od umiejscowienia czopu. Jeśli czop był umiejscowiony z przodu, po wewnętrznej stronie blaszki sitowej tuż przy rozdwojeniu się naczyń, połączenia są wykluczone od współdziałania, gdyż czop znajduje się poza nimi. Skoro zaś czop leży w środku blaszki sitowej, anastomozy dokoła tarczy nerwu wzrokowego mogą spełniać swą czynność w całej pełni. W niektórych przypadkach powierzchowne części tych połączeń można oglądać wziernikiem w postaci delikatnej siateczki około tarczy — są one dość częste w przypadkach zatkania żył, rzadsze zaś przy zatkananiu tętnicy.

W drugim przypadku ważniejsze zmiany patologiczne były następujące: Krwotoki w przedniej komórce, w mięszu tęczówki i ciele rzęskowem oraz przestrzeniach Fontany. Przyczepy tęczówki do tylnej ściany rogówki. Krwotoki i ogniska wypocinowe w siatkówce. Zwężenie światła wielu tętniczek siatkówkowych przez bujanie śródbłonna, zupełne zaczopowanie górnej tętnicy środkowej. W głównym pniu tętniczym na poziomie blaszki sitowej ograniczony guzek zapalenia błony wewnętrznej, który wypełnia światło tętnicy lecz pozostawia jeszcze z jednej strony wąską szczelinę. Nieco ku górze tętnica jest wolną, poczem znowu ściętniona przez sprawę zapalną. Żyła środkowa jamista w blaszce sitowej, nieco dalej z naciekiem drobnokomórkowym w ścianach, później prawidłowa

C. przytacza następnie rozbiór kliniczny jednego przypadku bez badania anatomicznego.

Przeglądając przypadki schorzeń naczyniowych oka można stwierdzić, że z wszystkich części krążenia ocznego część w bezpośrednim sąsiedztwie blaszki sitowej jest najpodatniejsza dla powstania tych zaburzeń.

Dla wyłomaczenia tego faktu istnieje kilka hipotez. 1) Tętnica środkowa zwęża się, przechodząc przez blaszkę sitową. 2) W blaszce sitowej prąd krwi napotyka na dwie przeszkody: rozdział pnia głównego na gałęzie i śródgałkowe ciśnienie. 3) Gałka jest przymocowaną jak na kotwicy, przez nerw wzrokowy, tak że przy ruchach gałki, naciąga się także i nerw. Być więc może, że blaszka sitowa obfita w składniki elastyczne wywiera pewien ucisk na naczynia.

W końcu omawia C. stosunek zatkania tętnicy środkowej do następowego pojawiania się jaskry.

W obu opisywanych przypadkach istniała jaskra niezależnie od zmian w naczyniach; na razie zaś brak jeszcze danych, by można

twierdzić o istnieniu jakiegoś przyczynowego związku między zatkaniami tętnicy a powstaniem jaskry.

Zapalenie przybrzeżne powiek: jego przyczyna, patologia i leczenie. (Marginal blepharitis: its cause, pathology and treatment). Macnab.

Znaczna ilość przypadków znanych pod kliniczną postacią przybrzeżnego zapalenia powiek należy w rzeczywistości do postaci chorobowej zw. nieżytem kątowym spojówki (*conjunctivitis angularis*) a wywołanym przez prątek *Morax-Axenfelda*. Cierpienie to przedstawia się jako odrębny typ kliniczny: rozpoczyna się zwykle na jednym oku uczuciem swędzenia przy brzegu powiekowym, suchością i uczuciem piasku pod spojówką powiekową; po kilku dniach dopiero występują podobne objawy na drugim oku. Powieki są rano ciężkie i sklezione. Po kilku dniach czerwienieją brzegi powiekowe, najsilniej w kącie wewnętrznym i zewnętrznym powiek. Skóra powiek w sąsiedztwie kątów również jest zaczerwienioną. Spojówka gałkowa może być nieznacznie nastrzykniętą. W tym okresie wygląda oko, jakby było oprawione przez dwa silnie zaczerwienione V ułożone w kątach powiekowych. Mięsko łzowe jest silnie zaczerwienione i pokryte wydzieliną. Na spojówce powiek górnych zmian prawie nie ma, spojówka powieki dolnej może być lekko obrzękniętą o wejrzeniu aksamitnem. W okresie rozwoju choroby można badaniem bakteryologicznem wykryć liczne prątki *Morax-Axenfelda*, w późniejszym okresie, gdy cierpienie przechodzi w stan przewlekły jest prątków bardzo mało a łatwo je znowu odnaleźć podczas nawrotów. Po omówieniu szczegółowem patologii i bakteryologii tej postaci chorobowej zaleca M. jako środek leczniczy siarkan cynku, którym osiąga się najlepsze wyniki. Samoistne wyleczenie rzadko się wydarza a cierpienie to nieleczone traci swój odrębny obraz kliniczny i przechodzi w szereg powszechnych przewlekłych nieżytych spojówki.

O skórzakach spojówki wskutek wszczepienia. (On implantation dermoids of the conjunctiva). Mayon.

Bezpośrednie wprowadzenie do przybłonka spojówkowego ciała obcego może przyczynić się do powstania skórzaka z wszczepienia. Autor spostrzegł przypadek oglądany w tydzień po uszkodzeniu spojówki gałkowej oka kawałkiem drzazgi, która wpadła choremu do oka przy rąbaniu drzewa. Po zewnętrznej stronie spojówki gałkowej, 6 mm od rąbka rogówko-twardówkowego znajdował się czerwony guz, z wejrzenia podobny do szerokiego pryszczyka. Badanie mikroskopowe stwierdziło istnienie ciała obcego, rozrost przy-

blonka, liczne leukocyty, komórki plazmatyczne i olbrzymie. Jądra niektórych wiele i jednojądrzastych krwinek białych w bezpośrednim sąsiedztwie drzazgi były brązowo zabarwione, być może pod wpływem tanniny.

Glejak siatkówki. (Glioma retinae). Owen.

Autor zestawia statystykę 50 przypadków glejaka (24 przypadków własnych a 26 dostarczonych przez innych kolegów) i dochodzi do następujących wniosków:

Przeważa płeć żeńska. W jednym przypadku rozpoznano glejaka w pierwszym miesiącu życia u dziecka, którego ojciec był lekarzem. W przypadkach pomyślnych wielu z chorych przekroczyło 3-letni okres, uznany na mocy doświadczenia za wystarczający, by być poza wszelkiem niebezpieczeństwem. W przypadkach niepomyślnych najdłuższy okres czasu, który upłynął od operacji do śmierci wynosił $1\frac{1}{2}$ roku, najkrótszy 3 miesiące. Wbrew przyjętemu powszechnie mniemaniu, że zwykle tylko jeden z członków rodziny obarczony jest glejakiem, znane są przypadki, w których glejak pojawił się u kilku członków tej samej rodziny.

Brodawczak rąbka rogówko-twardówkowego. (Papilloma limbi conjunctivae). Pascheff.

Na podstawie czterech klinicznie spostrzeganych i mikroskopowo badanych przypadków oraz uwzględnienia dotyczącej literatury omawia P. obraz kliniczny brodawczaka, rozróżniając 3 typy: 1) Brodawczak rozpoczyna się na spojówce gałkowej i rozszerza się ku rąbkowi rogówko-twardówkowemu. Zwykle przekracza jednak tę granicę i pokrywa także rogówkę. 2) Brodawczak powstaje w samym rąbku i zamiast rozszerzać się na rogówkę staje się uszypułowanym i wrasta na wysokość. 3) Brodawczak, który powstaje w rąbku i całkowicie rozwija się na rogówce. Może on całkowicie nawet pokryć rogówkę, a nie przechodzi na spojówkę. Badanie histologiczne stwierdza wszędzie przewagę składników przybłonkowych; tkanka łączna jest obfitszą w typie pierwszym i drugim.

Zapalenie spojówki lub poprzedzające zadrażnienie może stanowić moment wywołujący powstanie brodawczaka, nie wyjaśnia jednak właściwej etyologii nowotworu.

Przypadek gruźelka tarczy nerwu wzrokowego. (A case of tubercle of the nerve head). Coats.

U dziecka $1\frac{1}{2}$ -letniego, ciągle chorego od urodzenia, u którego sekcya wykazała zajęcie gruźlicą całego ustroju, stwierdził autor przy badaniu anatomiczno-patologicznem wyjętej lewej gałki

ocznej w tarczy nerwu wzrokowego masę żółtawą, położoną po obu stronach blaszki sitowej nerwu wzrokowego. Część śródgałkowa była postaci czworokątnej o 4·5 mm szerokości a 3·5 mm wysokości. Część pozagałkowa, 3 mm szeroka, połączona była z częścią poprzednią wąską szyją i przechodziła w nerw wzrokowy na długość 4·5 mm. Siatkówka prawie w całej rozciągłości oderwana od podstawy. Badanie mikroskopowe guza wykazuje budowę ziarniaki, a chociaż brak typowego utkania gruzliczego, to stwierdzone ogniska gruzlicze w przylegającej do tarczy naczyniówce, znalezione prątki gruzlicze oraz wyniki klinicznych i sekcyjnych oględzin przemawiają za zupełnie pewnem rozpoznaniem tej sprawy chorobowej jako sprawy gruzliczej. Z omówionej przez C. literatury wnosić można, że przypadki podobne należą do rzadkości.

Objawy oczne w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa. (Ocularsymptoms of accessory sinus affections). Posey. N. Y. Med. News. 28 Oct. 1905.

Niekiedy w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa występują jako jedne z najwcześniejszych zaburzenia narządu wzrokowego, mianowicie zaburzenia refrakcyi i bóle, rzadziej stosunkowo zajętych bywa nerw wzrokowy.

Często bywa zmiana w zarysach oczodołu, natomiast zapalenie błony śluzowej zatok bocznych nosa (*sinusitis*) rzadko bywa przyczyną cierpień narządu wzrokowego; te ostatnie częściej występują bezpośrednio *per continuitatem* z błony śluzowej nosa.

Obrzęk powiek jest częstym objawem cierpień zatok bocznych nosa; może on najpierw wzbudzić podejrzenie co do tych ostatnich: nie jest to obrzęk zapalny, przeważnie wyrażonym jest na powiece górnej, występuje przeważnie rano, w ciągu dnia natomiast znika.

Również uporczywe: *blepharitis et conjunctivitis* występują w przebiegu cierpień zatok bocznych nosa, ustępując jednocześnie z wyleczeniem tych ostatnich.

Niedowład (*pareses*) mięśni zewnętrznych oka, uważane niekiedy za sprawy pochodzenia gościcowego, według autora częściej mają swoje źródło w cierpieniach zatok bocznych nosa.

Owrzodzenia rogówki mogą występować w następstwie wysadzenia oka (*exophthalmus*), warunkowanego ropieniem w zatokach, lub w następstwie zajęcia 5-go nerwu mózgowego.

Cierpienia wewnętrzne rzadko towarzyszą ropieniom w za-

tokach bocznych nosa, natomiast występują często zaburzenia refrakcyi i astenopia, jako następstwo ucisku w oczodole, oraz spraw zapalnych w mięśniach.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Przypadek ropienia w tylnych komórkach sitowych z porażeniem połączonych ruchów ocznych i ograniczeniem pola widzenia. (A case of empyema in the posterior ethmoidal labyrinth with paralysis of the conjugate movements of the eyes and limitation of the visual fields). Glegg i Hay. Lancet 30 September 1905.

19-letnia chora z ograniczeniem pola widzenia, zwłaszcza po stronie skroniowej. Siła wzroku $\frac{6}{12}$ i $\frac{6}{18}$.

Przy próbach patrzenia na prawo oba oczy nie przekraczają linii środkowej; podczas patrzenia na lewo można było zauważyć lekkie drżenie gałki ocznej w kierunku poziomym (*nystagmus*).

Za pomocą *rhinoscopiae ant.* widać ropę na tylnym końcu prawej muszli średniej. Chora skarży się na tępy ból głowy.

W uspieniu usunięto muszlę środkową, oraz wyskrobano tylne komórki sitowe. Powolne wyzdrowienie.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Przypadek powikłania ocznego w przebiegu zajęcia zatoki klinowej. (Un cas de complication oculaire d'une sinusite sphénoïdale). Delneuville. La Presse oto-rhino-laryngol. Belge. Nr 1. 1906.

46-letni chory zauważył od pewnego czasu osłabienie siły wzroku, które przypisywał urokowi, prosząc autora o odpowiednie szkła oczne. Siła wzroku po lewej stronie zmniejszona o połowę, podczas gdy prawem okiem może liczyć palce zaledwie na odległość 1 metra. Ośrodki i dno oka — zdrowe; odnośnie do kolorów istnieją środkowe ubytki (*scotoma*).

Rozpoznanie: *neuritis retrobulbaris*.

Badanie jam nosowych wykryło przyczynę tych zaburzeń w zajęciu zatoki klinowej (*sinusitis ethmoidalis*).

Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia tego ostatniego cierpienia, przyczem zajęcie zatoki klinowej ustąpiło po upływie miesiąca, powróciła wkrótce do stanu prawidłowego i siła wzroku po obu stronach.

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

III. ROZMAITOŚCI.

Prof. Dr Grosz Emil, komisarz rządowy dla spraw trachomatycznych, ogłasza międzynarodową premię konkursową w wysokości 1000 koron, którą ustanowił za napisanie najlepszego dzieła o pochodzeniu jaglicy minister węgierski dla spraw wewnętrznych.

Praca samodzielna winna oznaczać pewien postęp w pojęciach i zapatrywaniach na etyologię, patologię lub terapię tej choroby, a oddać ją trzeba do 31 grudnia 1908, pod adresem: Budapest I. Var. Beltigyministerium. Do konkursu dopuszczone będą także prace drukiem ogłoszone po raz pierwszy w roku 1907 lub 1908. Wolno pisać po węgiersku, niemiecku, francusku lub angielsku.

Sąd jury będzie ogłoszonym w czasie XVI międzynar. lek. kongresu w wrześniu 1909 w Budapeszcie.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Czermak z Pragi znany ze swego znakomitego podręcznika operacji ocznych um. na paraliż serca.

Prof. Herman Cohn umarł w Wrocławiu. Ur. w r. 1838 w Wrocławiu, oddawał się najprzód naukom przyrodniczym, a zwłaszcza fizyce i chemii, a uzyskawszy doktorat filozofii w Wrocławiu udał się na studia lekarskie do Berlina, gdzie w r. 1863 uzyskał stopień doktora medycyny.

Powróciwszy do Wrocławia oddawał się praktyce okulistycznej pod kierunkiem Foerstera, którego niebawem został asystentem. Habilituje się w r. 1872 a w kilka lat później zostaje prof. nadzwyczajnym, w r. 1883 wręcza mu ówczesny następcą tronu Fryderyk osobiście medal złoty państwowy za zasługi na polu higieny. Dla wybitnych na tem właśnie polu zasług otrzymał przed kilku laty tytuł tajnego radcy medycynalnego.

