

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO. DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Kwiecień
Maj . . .

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof.
B. Wicherkiewicza.

O operacyjnem leczeniu myopii.

Podał

Dr KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI

docent pryw. okulistyki Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Pierwszy przypadek fakolizy, wykonanej przez Prof. Wicherkiewicza w r. 1881 w jego prywatnej klinice poznańskiej przytaczam dosłownie z ówczesnego sprawozdania rocznego tej kliniki:

1) Maksymilian K., 15 lat liczący, na swój wiek miernie rozwinięty chłopiec podaje, iż rodzice mają dobry wzrok, podczas kiedy sześcioro rodzeństwa, podobnie jak on, krótkim dotkniętych jest wzrokiem. O ile zaś pamięcią zasięgnąć może, zawsze źle wdał widział. W ostatnich latach znacznie bliżej przedmioty do oka trzymać musi. Doznaje nadto bólu w głębi oka i dwojenia.

$\sqrt{\frac{\text{Pro}}{\text{Lo}}}$ $^{20/200}$ Mp. 20 Diop.

J: $\frac{2}{1}$ p. r. 2''

Zewnętrznie oko uwydatnia się jako krótkowzroczne. Przednia komórka głęboka, gałka długa, przy wpatrywaniu się skłonność gałek obu do zbaczania na zewnątrz.

Wziernik wykazuje duże okrągłe garbce tylne, uwydatniające się jako białe szerokie pierścienie, okalające przekrwioną tarcz. Okolica żółtej plamy nieco ciemniejsza i to tak, że znamionującej ją formy nie widać. Przy prawej tarczy na zewnątrz małe zaćmienie ciała szklistego.

Z powodu wyraźnych objawów tylnego zapalenia twardówko-naczyniówkowego (*sclero-chorioiditis posterior*) i zaćmień lekkich ciała szklistego, objawiających się jako mroczki (*muscae volitantes*) przepisano choremu zalewanie roztworu atropiny i noszenie okularów ociemniających, nadto zalecono kąpiele na nogi i środki przeczyszczające.

Już po tygodniu stan oka się polepszył, a badanie wzroku wykazało

$\sqrt{\frac{\text{Pro}}{\text{Lo}}}$ $^{20/200}$ Mp. 18 D.

$^{20/100}$ Mp. 20 D.

Objawy wziernikiem dostrzegalne, prócz lżejszego może przekrwienia tarczy i otoczenia jej, żadnej nie wykazują prawie zmiany.

Poleconoc horemu jeszcze przez tydzień używać przepisanych kropli. Ze względu jednakże, że wzrok ten przy znanej skłonności krótkowidzów do silniejszego nastawiania oka (akomodacji) mógłby jeszcze więcej się skracać i zważywszy, że wysoki stopień już istniejącego krótkiego wzroku stał choremu na zawadzie w wyborze jakiegokolwiek zawodu, skłoniliśmy się do usunięcia lub zmniejszenia tego błędu w załamywaniu się światła przez operację i to wprzód na jednym oku.

Dnia 30. IV. przecięliśmy zapomocą igły zaćmowej krzyżowem cięciem torebkę, a niebawem po powolnem odpłynięciu cieczy przedniej komórki przy ukośnem oświetleniu można się było przekonać o skutku. Włożono we worek spojówkowy nieco maści atropinowej i przez kilka godzin robiono okłady z lodu, a potem opaskę założono. W zapiskach naszych dziennych czytamy dnia 1. V. Bólu niema; spojówka lekko przekrwiona; przednia komórka nadzwyczaj miąka, natomiast istota soczewkowa już znacznie napęczniała i zaćmiona. Tn.

Terap.: Maść atrop., opaska.

Dnia 2. V. Żrenica tak dalece rozwarta, że tylko mały pasek tęczęwki widać; cała przednia komórka zajęta napęczniałą istotą soczewki; spojówka gałki trochę przekrwiona, napięcie powiększone nieco: T — 1.

Przystąpiono do wypuszczenia częściowego soczewki.

U góry zrobiono w rogówce nie daleko brzegu jej nożykiem wązkim

obosiecznym cięcie 2 mm szerokie i wypuszczono znaczną część miękkiej kory.

Terap. Okłady z lodu przez godzinę; maść atrop., opaska obustronna.

Dnia 3. V. Bólu niema. Tn.

Spojówka gałki lekko przekrwiona; przednia komórka głęboka; źrenica duża; soczewka w obwodowych częściach pęcznieje więcej jeszcze.

Terap. Okłady z lodu, maść atrop., opaska obustronna.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic takiego, coby na szczegółową zasługiwało wzmiankę. I silniejsze nieco przekrwienie oka i drażliwość zawsze w ten sam sposób okładami z lodu i atropiną poskramiano, a świeżo i zbyt napęczniałą istotę korową w odstępach tygodniowych wypuszczano przez lekkie nakłuwanie rogówki. W ogólności takie nakłucie trzy razy było robione.

Dnia 26. V. Zapisano w dzienniku chorych: Powieki nieco nabrzmiałe i czerwone; spojówka lekko przekrwiona i wydzielająca śluz; rogówka czysta; przednia komora głęboka; źrenica 5—6 mm szeroka, w tylnej części zupełnie jest wolną, a wzrok już dzisiaj wynosi:

$$\overline{\text{Pro}} = \frac{20}{100} \text{ bez szkła.}$$

Terap.: Zimne okłady z dodatkiem octanu ołowiowego, wkroplenie roztworu siarczynu cynku i atropina.

Powoli oko powróciło do stanu prawidłowego, a 31. V. źrenica już cała była czysta i na światło czuła, a tylko po rozszerzeniu znaczniejszem w obwodowych częściach było widać zwiniętą torebkę.

$$\overline{\text{Pro}} = \frac{20}{70} \text{ Em.}$$

Chory wraca do domu.

Dnia 16. IX. Prócz głębszej komórki nie nastęcza prawe oko nic takiego, coby stan jego bezsoczewkowy zewnętrznie zdradzało. Badanie wzroku wykazało:

$$\overline{\text{Pro}} \frac{20}{50} \text{ Em.} \quad \text{J. 2 na } 9'' \text{ zapomocą } + 4_0 \text{D.}$$

Wziernik nie wykazuje żadnych innych zmian dna oka prócz dawniej widzianych z tą jednakże różnicą, że przekrwienie nadmierne teraz zupełnie prawie znikło.

Nie wchodzimy w to, o ile powyższy przypadek bezwątpienia korzystnie się przedstawiający zasługuje na naśladowanie, lecz dla nas będzie on tem więcej zachęcającym, że ów chłopiec zadowolony wynikiem operacji na prawem oku dokonanej, nie mógł się doczekać, by takiejże operacji i lewe poddać oko.

Winniśmy niestety dodać, że z równą ostrożnością na lewym oku w początku bieżącego roku wykonana i wiele obiecująca operacja nie doprowadziła do żadnego skutku. W tydzień po przecięciu torebki dla silnego pęcznienia kory i objawów jaskry następnej zrobiono ze skutkiem przekłucie wązkie rogówki i wypuszczono część soczewki. W kilka dni potem z niewiadomych nam powodów przyłączyło się ropiaste zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, które oczekiwany wynik zniweczyło.

2 i 3) Adam Janicki, nauczyciel ludowy ze Sterbach na Węgrzech. Od dziecka miał krótki wzrok. W ostatnich czasach pogorszenie. Używa szkielec PL—26 D. Zgłosił się do okulistycznej kliniki 12 października 1897.

Myopia permagna. Staphyloma posticum oc. utr. Cataracta axialis stationaris oc. d.

$\sqrt{P. \frac{6}{24}}$ Mp. 31, ₀ D.	J. nr 1. 36 mm (p. rem.)	T. norm.
$\sqrt{L. \frac{6}{24}}$ Mp. 30, ₀ D.	J. nr 1. 36 mm (p. rem.)	T. norm.

Myopia po atropinie wynosi na obu oczach 28 do 30 D. Gałki oczne duże trzeszczowate, ustawione w zezie zbieżnym naprzemiennym. Ruchy boczne upośledzone. Soczewka prawa okazuje w środku jądra maleńkie zaćmienie punkcikowate. Tarcze nieco pionowo owalne, duże, ostro ograniczone *staphyloma posticum*. Naczyniówka mocno rozrzedzona. U prawego oka mała biała plamka zanikowa w pobliżu tarczy. Zaćmień w ciełe szklistem niema.

14. X. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

W ciągu kilku dni soczewka w znacznej części się zaćmiła, a zaćmiona kora, silnie pęczniająca, wypełniła całą przednią komorę.

22. X. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Ograniczono się do wypuszczenia tylko tej kory, która przednią komórkę wypełniała. Źrenica została jeszcze zasłonięta grubą warstwą.

Z powodu dość silnego zadrażnienia stosowano przez kilka dni co dwie godziny atropinę i okłady lodowe.

27. X. wystąpiły lekkie objawy zatrucia atropinowego. Zastąpiono atropinę skopolaminą. Powstały tylne zrosty, a wessanie resztek postępowo bardzo powoli.

21. XII. odsłonięta już była w znacznej części zaćmiona torebka, przeważnie jednak zasłaniały źrenicę resztki kory.

Discisio cataractae secundariae oc. d.

Po szerokim rozcięciu torebki zaczęły resztki pęcznić na nowo. Z powodu lekkiego wysięku w źrenicy zastosowano ciepłe okłady.

Przez cały styczeń 1898 atropinizowano oko energicznie.

17. II. Chory opuścił klinikę, przyczem zapisano: Nieznaczne nastrożenie spojówki gałkowej, źrenica na 7 mm rozwartą, z powodu tylnych przyczepin trochę nieregularna, częściowo zasłonięta warstwą

kory, górą zewnątrz jednak wolna, tak że dość wyraźnie widać już wziernikiem dno oka.

√Pro palce przy oku.

Zapisano do domu atropinę.

Chory zgłasza się powtórnie w maju ze źrenicą zasłoniętą grubą zaćmioną torebką.

8. V. *Discisio cataractae secundariae oc. d. reflecta.*

W torebce zrobiono dość duży otwór czarny.

18. V.

√Po $\frac{6}{24}$ Mp. 8₀D.

Chory domaga się sam usunięcia soczewki z oka lewego.

18. V. 1908. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Płytką ranka pozioma zrobiona w torebce przedwcześnie się zamknęła tak, że zaćmienie soczewki nie robiło żadnych postępów.

23. VI. *Discisio capsulae lentis oc. sin reflecta.*

Tym razem pęcznienie było tak silne, że już nazajutrz trzeba było zastosować lodowe okłady.

5. VII. wystąpiły bóle. T + 1.

6. VII. *Extractio cataractae linearis simplex oc. sin.*

Przebieg operacji był prawidłowy, bóle ustały.

12. VII. zapisano: Ranka gładko zablizniona. Przednia komora głęboka, źrenica miernie szeroka, dołem zewnątrz silny zrost z torebką. Z powodu warstwy kory dno wcale nie prześwieca. T. n.

√Lo palce przy oku.

Chory z atropiną odjechał do domu.

15. XII. 1898. Zgłasza się powtórnie. Liczy lewem okiem palce na $\frac{1}{2}$ m.

17. XII. *Extractio linearis simplex cataractae residuae oc. sin cum irrigatione.*

Po operacji wystąpiło dość silne zadrażnienie, źrenicę zasłonił wysięk galaretowaty. Lekka chemosis. Potem przyłączył się mierny obrzęk powieki górnej i pasemkowane zaćmienie rogówki.

Atropina, ciepły okład.

26. XII. Lewe oko: skóra powieki górnej łuszczy się. Oko lekko nastryknięte. Na rogówce w środku pasemkowane zaćmienie traumatyczne. Keratoskopem znaczny astygmatyzm nieregularny (figura gruszkowata). Komora głęboka. Źrenica miernie rozszerzona, nieregularna, dołem tylne przyczepy. W źrenicy gruba zaćmiona torebka, w środku trochę więcej przezroczysta. Dno oka prześwieca różowo.

√Lo palce 4 m Mp. 3₀D.

31. XII. *Discisio cataractae secundariae oc. sin.*

4. I. 1889. Lewe oko blade, w środku rogówki pasemkowate zaćmienie. Żrenica miernie rozszerzona, nieregularna z powodu przyczepu dołem. Dno oka we mgle bez nowych zmian.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{24}}$ Mp. 9₀D. \odot nl. Sn. 1,25 przy oku.

W marcu 1899 wykonano jeszcze raz rozcięcie zaćmy wtórzonej na oku prawem.

25. III.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24}}$ Mp. 8₀D. \odot nl. Sn. 05: 15 cm.
Lo dtto dtto

Zapisano szkła do patrzenia wdał PL—8₀D, do czytania Pl—4₀D.

Chory zgłaszał się potem do kliniki kilkakrotnie. Po raz ostatni badany był w kwietniu r. 1900. Wzrok wtedy był takisam jak w marcu 1889, a na dnie nie widać było żadnych nowych zmian. Chory z wyniku operacyi zupełnie zadowolony.

4 i 5) Michał Szczygieł, l. 38, rolnik z Tarnobrzegu.

Przybył do kliniki 16 lutego 1898. Od 15 roku życia krótki wzrok. Od 6 tygodni pogorszenie. Szkieł dotąd nie używał. W rodzinie niema przypadków krótkiego wzroku. Od dziecka cierpi na częste krwotoki nosowe.

Mp. fortis. Opacitates corporis vitrei. Staphyloma annulare. Chorioiditis centralis oc. d. Atrophia chorioideae areolaris oc. sin, Insufficiencia internorum.

$\sqrt{\text{Pro palce 2 m; } \frac{6}{18}}$ Mp. 22 D. Sn. 0,5 : 6 cm.
Lo palce 2 m; $\frac{6}{24}$ Mp. 23 D. Sn. 0,5 : 4 $\frac{1}{2}$ cm.

Lewa gałka nieco wystaje i zbacza na zewnątrz. Pole widzenia obustronnie nieco współśrodkowo zwięzione.

24. II. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Ponieważ zaćmienie soczewki ograniczyło się tylko do najbliższego otoczenia ranki torebkowej, powtórzono dyscyzę 28. III. Tym razem pęcznienie bardzo silne.

1. IV. *Extractio cataractae simplex oc. d.*

Przy wydobywaniu kory łyżeczką Daviela przyszło do małego wypływu ciała szklistego. Znaczna część resztek pozostała, a w następnym dniu wskutek ich pęcznienia przyszło do podniesienia ucisku śródocznego: T + 1. Chory okładów zimnych nie znosi.

12. IV. *Extractio simplex oc. d. resecta.*

Przebieg był prawidłowy, bóle ustąpiły, wśród pozostałych jeszcze resztek powstał dość duży czarny otwór.

29. IV.

$\sqrt{\text{Pro}}$ palce 4 m; $\frac{6}{24}$ Mp. 3,5 D.

9. V. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Soczewka wolno pęcznieje, wypuszczono zatem chorego, który zamiast za 2 tygodnie, jak miał polecone, zgłosił się dopiero w grudniu.

2. XII. Prawe oko: Na rogówce górą i dołem duże linijne blizny po cięciach operacyjnych. Do obu blizn wrasta w długie nitki wyciągnięta zaćmiona torebka, źrenica miernie szeroka, w zaćmionej torebce duży czarny otwór. Wziernikiem tesame zmiany co dawniej. Lewe oko: Soczewka zupełnie zaćmiona, części kory zalegają też dno przedniej komórki. Chory skarży się na ból. T + $\frac{1}{2}$.

$\sqrt{\text{Pro}}$ $\frac{6}{36}$: $\frac{6}{18-12}$ Mp. 3,0 D \sphericalangle nl. Sn. 0,8 + 2,0 D : 25 cm.
 $\sqrt{\text{Lo}}$ ruchy ręki; lokalizacja dobra.

3. XII. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. sin.*

Przebieg był prawidłowy, chorego po kilku dniach odesłano do domu ze źrenicą, zasłoniętą jeszcze resztkami kory.

1. V. 1899. Prawe oko okazuje tensam stan co poprzednio. Lewe oko: źrenica trochę nieregularna, czarna. Na dnie oka żadnych nowych zmian.

$\sqrt{\text{Pro}}$ $\frac{6}{18}$ Em. Sn. 0,5 + 4,0 D : 25 cm.
 $\sqrt{\text{Lo}}$ $\frac{6}{36}$; $\frac{6}{18}$ Mp. 2,0 D. Sn. 0,8 + 2,0 D : 25 cm.

Zapisano okulary do czytania i polecono za rok zgłosić się powtórnie, czego chory jednak nie uczynił.

6 i 7) Feldgräber Mendel, lat 27, szewc, Tarnów.

16. V. 1889. Krótki wzrok od 10 roku życia, w ostatnich czasach osłabienie wzroku.

Mp. fortis. *Rarefcatio chorioideae, Opacitates corporis vitrei oc. utr. Chorioiditis areolaris, Staphyloma posticum oc. d. Anisometropia.*

$\sqrt{\text{Pro}}$ palce 1 m; $\frac{6}{60}$ Mp. 22 D; J. hebr. Nr 5 : 4 cm.
 $\sqrt{\text{Lo}}$ palce 4 m; $\frac{6}{12}$ Mp. 12 D; J. hebr. Nr 5 : 10 cm.

Prawe oko wyraźnie większe od lewego i prawa źrenica szersza od lewej. Na dnie oka oprócz *staphyloma annulare* liczne porozrzucane ogniska zanikowe w naczyniówce. Chory przez miesiąc zażywał jod i brał gorące kąpiele nożne. Potem zgłosił się do operacji na oku prawem.

20. VI. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Torebkę rozcięto na krzyż. Chory bardzo niespokojny. Po 5 dniach bóle wskutek pęcznienia.

26. II. *Extractio linearis oc. d.*

Przebieg prawidłowy.

Wessanie resztek postępowano dość rażno. Opuszczając klinikę liczył chorey palce na 5 m okiem operowanym. Źrenica była okrągła, torebka górą zewnątrz wrosnięta do blizny rogówkowej.

12. VIII.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{80}; \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D.}}$ J. hebr. Nr 15 : 25 cm.

W 16 miesięcy po ostatniej operacji powrócił chory do kliniki dla ponownego zbadania. Źrenicę operowanego oka zasłaniała cieniuchna zaćmiona torebka. Badanie wziernikiem nie wykazywało żadnych zmian nowych.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{80}; \frac{6}{36} \text{ Mp. } 2,0\text{D} \text{ } \text{>} \text{nl. Sn. } 1,25 + 4,0\text{D z trudem}}$
 $\text{Lo } \frac{6}{36}; \frac{6}{12} \text{ Mp. } 14,0\text{D. Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm.}}$

15. X. 1900. *Discisio cataractae secundariae oc. d.*

W torebce powstał trójkątny czarny otwór.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D} \text{ } \text{>} \text{nl. Sn. } 1,25 + 4,0\text{D przy oku z trudem.}}$

23. II. 1905 zgłasza się dla operacji krótkiego wzroku na oku lewym.

$\sqrt{\text{Pro palce } 4 \text{ m; } \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D; Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm.}}$
 $\text{Lo palce } 2 \text{ m; } \frac{6}{12} \text{ Mp. } 14,0\text{D; Sn. } 0,75 : 15 \text{ cm.}}$

Dno oczu oprócz małego *staphyloma posticum* żadnych innych zmian nie okazuje.

25. II. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

6. III. *Extractio linearis oc. sin.*

W źrenicy pozostało jeszcze dużo pęczniejących resztek. Dla przyspieszenia ich wessania stosowano jod na wewnątrz i zapuszczano dioninę do oka. Chory zgłosił się powtórnie w maju tegoż roku ze źrenicą do połowy już z resztek oczyszczoną.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18}; \frac{6}{12} \text{ Mp. } 1,5 \text{ } \text{>} \text{cyl. } + 4,5\text{D, } 90^\circ; \text{ Sn. } 0,5 + 2,5 \text{ } \text{>} \text{cyl. } + 4,5 \text{ } 90^\circ : 25 \text{ cm.}}$

Zapisano do domu maść dioninową.

6. XII. 1905. Źrenica zasłonięta zaćmioną torebką.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{24} \text{ nc. } \pm \text{ nl. J. nr } 14 + 3,0\text{D} \text{ } \text{>} \text{cyl. } + 4,0\text{D } 90^\circ 25 \text{ cm. z trudem.}}$

12. XII. 1905. *Discisio cataractae secundariae oc. sin.*

W zaćmionej torebce mały otworek.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18} \pm \text{ nl. Sn. } 1,0 + 3,0\text{D} \text{ } \text{>} \text{cyl. } + 4,0\text{D } 90^\circ 16 \text{ cm.}}$

9. IV. 1907. Z wyniku operacji jest zadowolony, lewym okiem widzi znacznie lepiej niż prawem, bo prawe i przed operacją było zawsze słabsze. Skarży się tylko na drobną muszkę ruchomą przed okiem lewym, która mu trochę przy pracy przeszkadza. Zrenice czarne regularne, na dnie oczu żadnych zmian nowych. Zaćmienia w ciele szklistem nie widać.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{60}; \frac{6}{36}-24}$ Mp. 3,0D \subset cyl. -1,0D 90° Sn. 1,0 + 3,0D : 20 cm.
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{8}}$ nc. Em. Sn. 0,5 + 4,0D : 25 cm.

Zapisano Ung. Jothioni 10⁰/₀ frontale.

8) Sikora Jan, l. 53, wyrobnik z Borku starego koło Rzeszowa.

12. VI. 1900. Od 30 lat krótki wzrok. W ostatnich czasach coraz gorzej widzi.

Mp. *permagna*. *Staphyloma posticum*, *Atrophia chorioideae contralis* oc. utr. *Staphyloma verum* oc. d.

$\sqrt{\text{Pro}}$ palce 2 m; palce 5 m Mp. 25,0D. Albr. 0,5 : 3 cm.
 $\sqrt{\text{Lo}}$ palce 1½ m; palce 5 m Mp. 25,0D. Albr. 0,5 : 3 cm.

Obustronnie media czyste. W plamce żółtej dość rozległy zanik naczyńcówki. Prócz tego w prawem oku znaczne, rzeczywiste garbiakowate zagłębienie u tylnego bieguna gałki. Brzeg tego zagłębienia widoczny jako łuk ciemny w pobliżu tarczy. Skiaskopia wykazuje obustronnie Mp. = 26,0D.

15. VI. *Discisio capsulae lentis* oc. sin.

Zadano torebce cięcie krzyżowe.

Zaśmiewanie się soczewki postępowało bardzo powoli, wyprawiono przeto chorego do domu.

5. I. 1901. Chory zgłasza się do drugiej operacji. Soczewka zupełnie zaćmiona.

$\sqrt{\text{Pro}}$ palce 2 m; palce 5 m Mp. 25,0D
 $\sqrt{\text{Lo}}$ ruchy ręki; proj. dobra.

9. II. *Extractio lobaris cum iridectomia et irrigatione* oc. sin.

Przebieg operacji był prawidłowy, pozostało jednak jeszcze sporo resztek, które zaczęły następowo pęcznieć. Gdy mimo zastosowania dioniny warstwa kory nie zniknęła postanowiono wydobyć ją zapomocą punkcyi.

5. III. *Extractio simplex cataractae residuae cum irrigatione* oc. sin.

Tym razem wystąpiło po operacji dość silne zapalenie tęczęwki, które przeszło pod wpływem atropiny i zimnych okładów.

13. III. Lekkie nastryknięcie w okolicy blizny. *Coloboma* szerokie, regularne. Dołem tęczęwka zrosnięta z torebką, do której przylega jeszcze

dość znaczna ilość miękkiej kory. Keratoskopem niezbornieść po części nieregularna. Dno oka widać dość wyraźnie bez nowych zmian.

√Lo: palce na 1 metr; palce 3 m cyl.—4,0D : 90°

Chory opuścił klinikę i niestety mimo wyraźnego polecenia nie pojawił się więcej; nie zdołano też zasięgnąć o nim żadnych dalszych wiadomości.

9) Nasterski Stefan, l. 20, kaflarz z Krowodrzy pod Krakowem.

14. I. 1900: Krótki wzrok od dzieciństwa. Rodzice i rodzeństwo widzą dobrze.

Myopia fortis. Nystagmus oscillatorius. Staphyloma posticum oc. utr. Strabismus concomitans convergens, periodicus alternans.

√Pro palce 1½ m 9/36 Mp. 25,0D.

Snell. 0,5 : 4 cm. p. rem.

Lo 6/60; 6/36 Mp. 14,0D.

Snell. 0,5 : 4—9 cm.

W obu oczach dookoła tarczy rozległe liściaste *staphyloma posticum*. U prawego oka widać na wewnątrz od tarczy ciemny łuk, odpowiadający granicy znacznego zagłębienia, wyścielonego siatkówką i naczyńiówką (*staphyl. postic. verum.*). Płamki żółte bez zmian. Znaczne upośledzenie bystrości wzrokowej trzeba było odnieść do wrodzonego niedowidzenia, zaczem przemawiał *nystagmus oscillatorius* i zez naprzemienny.

18. I. *Discisio capsulae lentis oc. d*

W pięć dni później wzmożenie ucisku, skutkiem pęcznienia kory.

25. I. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic osobliwego.

17. III. źrenica była już prawie zupełnie oczyszczona z resztek.

Dno oka nie okazywało żadnych nowych zmian.

√Pro 9/24; 6/18 cyl.—2,0D : 0° Sn. 0,8 + 2,0D ⊂ cyl. 13,0D 70° n : 25 cm.

Zapisano okulary: Pro cyl—2,0D 0°. Lo sfer—13,0D.

Z końcem lutego 1902 zgłosił się chory z powodu pogorszenia wzroku: *Cataracta secundaria oc. d.*

√Po 6/60; 6/36 cyl.—2,0D 0° Sn. 4,0 9 : 32 cm.

1. III. 1902. *Discisio cataractae secundariae oc. d.*

W źrenicy powstał czarny otwór, torebka odwinęła się ku górze.

Jako miejscowy zgłaszał się chory dość często do badania wzroku.

6. V. 1902.

√Pro 6/24; 6/18 cyl.—1,0D : 0° ⊂ nl. Sn. 0,5 + 4,0D ⊂ cyl.—1,0D 0° 30 cm.
Lo palce 2 m; 6/24 Mp. 16,0D. Sn. 0,5 : 7 cm p. rem.

Badanie pola widzenia prawego oka wykazywało już wówczas dość znaczne zwężenie współśrodkowe, ale wzornikiem nie można było zauważyć żadnych nowych zmian na dnie oka.

W r. 1904 nabawił się chory jaglicy na oku operowanem. Z góry zaczęła już nawet na rogówkę wchodzić dość silna łuszcza, z tego powodu leczony był w klinice przez kilka tygodni ambulatoryjnie.

Od tego czasu nie pojawiał się w klinice, aż w styczniu 1906, przyczem podał, że wzrok uzyskany po ostaniej operacji (dyscyzji zaćmy wtórnej, 1. III. 1902) utrzymywał się bez zmiany do 15. IX. 1905, w którym to dniu doznał nagle wrażenia płatków padającego śniegu, poczem przed okiem spadła zasłona. Dlaczego udał się do kliniki dopiero w 4 miesiące po tem zdarzeniu, nie można dojść z klinicznych zapisków.

5. I. 1906.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{1}{\infty}}$; projekcja tylko od skroni.
Lo $\frac{6}{18}$ Mp. 18₀D. Sn. 0,5 : 6 cm.

Amotio retinae fere totius oc. d.

Leczenie oderwania nie odniosło skutku.

10) Warchoł Szymon, l. 40, wyrobnik z Wierchomki koło N. Sącza. 8. I. 1901. Od dzieciństwa krótki wzrok, który panuje w rodzinie. Mp. fortis. *Staphyloma posticum. Chorioiditis centralis oc. utr.*

$\sqrt{\text{Pro } \text{palce } 2 \text{ m } \frac{5}{20}}$ Mp. 20₀D. Albr. 0,8 : 10 cm.
Lo $\text{palce } 2\frac{1}{2} \text{ m } \frac{5}{20}$ Mp. 20₀D. Albr. 0,8 : 7 cm.

Wziernikiem: W ciele szklistem w obu oczach nieznaczne zaćmienie. U pr. oka duży garbiec tylny okrężny, u l. oka tylko od skroni. W plamce żółtej u pr. oka małe białe ognisko zanikowe, u l. oka siateczkowate rozrzedzenie naczyńki.

W polu widzenia ubytku środkowego nie można było wykazać.

10. I. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

W ciągu 2 tygodni soczewka zaćmiła się pęczniąc zwolna bez podniesienia ucisku środkowego.

23. I. *Extractio cataractae simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg operacji prawidłowy.

Z powodu następowego pęcznienia resztek stosowano przez kilka dni zimny Leiter.

1. III. Pr. oko: Przednia komora głęboka, źrenica szeroka, regularna. Od skroni jeszcze warstewka resztek, zresztą źrenica czarna. Na dnie przedniej komórki kilka grudek kory. Dno widać wyraźnie bez nowych zmian. Keratoskopem: dość znaczny astygmatyzm nieregularny.

$\sqrt{\text{Pro } \text{palce } 2 \text{ m}}$; $\frac{5}{20}$ Mp. 2₀D \odot nl. Albr. 0,8 + 2₀D : 20 cm.

Zapisano do domu atropinę i polecono zgłosić się za kwartał po dobór szkła. Niestety chory się więcej nie pojawił.

11) Ptaszyński Eugeniusz, l. 23, słuchacz praw ze Lwowa.

6. I. 1903. Zgłasza się z powodu krótkiego wzroku i skarży się na *muscae volitantes*.

Mp. fortis, opacitates corp. vitrei. Staphyloma posticum annulare.

Rarefictio chorioideae ad maculam oc. utr.

W ciele szklistem obustronnie drobnopłytkowe ruchome zaćmienia. Garbiec tylny okrężny. W plamce żółtej grupa jasnych plamek punkcikatych, znaczniejszych u oka lewego.

√ Pro palce 1 m; $\frac{6}{6}$ nc. Mp. 16₀D. Sn. 0,5 : 3—9 cm.
Lo palce 1 m; $\frac{6}{6}$ nc. Mp. 16₀D. Sn. 0,5 : 3—9 cm.

Granice pola widzenia ogólnie nieco zwężone, *scotoma centrale relativum* u pr. oka dla barwy białej i niebieskiej.

Zapisano dioninę do zakraplania i jod na wewnątrz.

29. I. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Przebieg operacji prawidłowy.

W ciągu 8 dni soczewka zaćmiła się prawie zupełnie.

8. II. Zaćmiona kora silnie pęcznieje i przez ranę w torebce wydobywa się ku przedniej komorze.

Nastrzyknięcie rzęskowe. T. n.

Źrenicę utrzymywano stale w rozszerzeniu (Solutio ASC.).

10. II. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, źrenica zasłonięta jednak cienką warstwą kory.

16. II. Chory opuszcza klinikę. Pr. oko: Nastrzyknięcie rzęskowe. Rogówka czysta. Źrenica szeroka. Warstewka kory przysłania ją w całości.

√ Pro palce 2 m.

Do domu zapisano: atropinę, a na wypadek, gdyby miały wystąpić bóle, polecono robić zimne okłady.

Chory przybył powtórnie do kliniki 24. XI. 1903, podając, że wzrok pr. oka od czasu operacji stopniowo się poprawiał i już w maju mógł okiem tem bez szkła rozróżniać odleglejsze przedmioty. Bólów nie miał.

St. pr. Pro blade, rogówka zupełnie czysta. Przednia komora głęboka. Źrenica regularna, na obwodzie tylko przysłonięta małymi strzępkami torebki. Stan dna oka niezmieniony.

√ Pro $\frac{6}{6}$ Em. Sn. 0,5 + 4₀D : 25 cm.
Lo palce na 1 $\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{6}$ Mp. 18₀D. Sn. 0,5 : 2—9 cm.

Zapisano szkła do czytania: Pro + 4₀D.
Lo płaskie.

Obecnie operowany zapytany listownie donosi mi, że od stycznia 1906 operowanem okiem widzi przez mgłę. Z obszernego listu z łatwością można wywnioskować, że nie chodzi tu o nic innego, jak tylko o następne zaćmienie torebki. Dlatego odpisałem, żeby przybył do kliniki dla zbadania stanu oka i zrobiłem mu nadzieję, że ewentualnie zapomocą dyscyzyi zostanie mu dawny, a może nawet jeszcze lepszy wzrok przywróconym. Krótki wzrok nieoperowanego oka miał się pogorszyć.

12 i 13) Szyzdyk Barbara, l. 28, służąca z Krosna.

7. II. 1905. Zgłasza się do kliniki z powodu krótkiego wzroku, który miał się rozwinąć w 9 roku życia po kokluszu. Przechodziła tyfus, zapalenie płuc i cierpi na nawykowe zaparcie stolca.

W rodzinie nikt więcej niema krótkiego wzroku.

Mp. fortis. Staphyloma postic semilunare oc. utr.

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 16,0\text{D.} \quad \text{Sn. } 0,5 : 8 \text{ cm}}$$

$$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 16,0\text{D.} \quad \text{Sn. } 0,5 : 8 \text{ cm}}$$

11. II. 1905. *Discisio capsulae lentis oc. dex.*

20. II. *Extractio linearis oc. dex.*

Przebieg bez powikłań.

3. I. 1905. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

10. VI. 1905. *Extractio linearis oc sin.*

Przebieg pooperacyjny również był prawidłowy.

13. VI. 1906. przybyła chora do powtórnego zbadania. Rogówki czyste. Przednie komory głębokie. Źrenice wolne od resztek kory, ale przysłonięte dość grubą zaćmioną torebką.

$$\sqrt{\text{Pro } \text{palcie } 5 \text{ m; } \frac{6}{36} \text{ cyl. } + 3,5\text{D. } 30^\circ \text{ n.} \quad \text{Sn. } 2,25 + 4,0\text{D.}}$$

$$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{36}; \frac{6}{18} \text{ nc. Hp. } 4,0\text{D.} \quad \text{Sn. } 1,0 + 8,0\text{D.}}$$

W lipcu 1906 wykonano na obu oczach dyscyzyę.

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24}; \quad \text{Hp. } 4,5 \text{ D.}}$$

$$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{12} \text{ nc. Hp. } 4,5 \text{ D.}}$$

Wziernikiem prócz *staphyloma posticum* innych zmian nie było.

24. I. 1907.

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24}; \frac{6}{18} \text{ cyl. } + 4,0\text{D } 45^\circ \text{ n.} \quad \text{Sn. } 0,5 : \text{cyl. } + 4,0\text{D } 45^\circ \text{ n. } \odot + 3,5\text{D} : 25 \text{ cm}}$$

$$\sqrt{\text{Lo } \text{palcie } 1\frac{1}{2} \text{ m; } \frac{6}{18} \text{ Hp. } 4,0\text{D.} \quad \text{Sn. } 1,5 + 5,0\text{D} : 25 \text{ cm.}}$$

U prawego oka drobne tylko resztki torebki, ale lewa źrenica znowu zasłonięta zaćmioną torebką.

25. I. *Dilaceratio et excisio cataractae secund oc. sin.*

25. I. pojawił się w przedniej komorze wysięk galaretowaty, który w następnych dniach pod wpływem atropiny i dioniny ustąpił.

6. II.

√ Pro $\frac{6}{12-8}$ cyl. + 6,0 D: 45° n. \sphericalangle nl. Sn. 0,5 + 4,0 D \sphericalangle cyl. + 4,0 D 45° n. 23 cm
 Lo $\frac{6}{12-8}$ cyl. + 1,5 D: 60° t. \sphericalangle + 4,0 D. Sn. 0,5 + 8,0 D.

Operowana dostała dwie pary okularów, zapisanych wedle powyższego wyniku badania.

14 i 15) Cięglewicz Władysław, l. 46, urzędnik kolei ze Stanisławowa.

12. VI. 1900. Od 16-go roku życia wzrok coraz bardziej słabnie. W rodzinie ojciec, brat i siostry mają krótki wzrok.

√ Pro palce 1 m; $\frac{6}{60}$ Mp. 20,0 D. Sn. 0,5 : 3—5 cm.
 Lo palce $\frac{3}{4}$ m; palce 3 m. Mp. 20,0 D. Sn. 0,6 : 5 cm.

Mp. fortis. Staphyloma postic. Retino-chorioiditis centralis. Ectopia uveae congenita oc. utr.

Na obu oczach brzeg źreniczny okazuje liczne czarne wypustki barwikowe, w obu plamkach żółtych ogniska zanikowe.

W polu widzenia obustronnie *scotoma paracentrale absolutum*.

Chory pozostawał w prywatnym leczeniu u Prof. Wicherkiewicza, a do operacji zgłosił się dopiero w lutym 1901 r.

22. II. 1901.

√ Pro $\frac{6}{60}$ Mp. 20,0 D. Sn. 0,5 : 6 cm.
 Lo $\frac{6}{60}$ Mp. 14,0 D. Sn. 0,5 : 6 cm.

25. II. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

2. III. *Extractio linearis cum iridectomia et irrigatione oc. sin.*

Podczas obu operacji chory bardzo niespokojny.

Po kilku dniach odjechał do domu ze źrenicą zasłoniętą jeszcze warstwą resztek.

8. V. Chory zgłasza się ponownie. Bólów niema i uważa stałe poprawianie się wzroku. Badanie wykazuje jednak na lewym oku rozcięcie głębszych żył spojówkowych, ciecz wodna znacznie zmętniona, błona Descemeta w dolnej połowie zaćmiona, a powierzchnia rogówki jakby lekko pokłuta. Rysunek tęczówki zatarty. *Coloboma* szerokie, górą zaćmiona torebka. Wziernikiem: dno we mgle, zmianę jednak w plamce żółtej widać dość wyraźnie. T + $\frac{1}{2}$.

√ Lo palce 3 m ± nl. Sn. nie czyta.

Iritis chronica. Keratitis posterior diffusa. Glaucoma consecutivum oc. sin.

Ther.: Scopolamin 2 razy. Heurteloup, gorące kąpiele nożne. Natrium salic. na poty.

Leczenie to z małemi zmianami stosowano do 22 maja. Skopolaminę jednak zastąpiono mieszanką PEC., gdy napięcie znacznie się wzmogło.

22. V. T. norm. Oko blade, rogówka lśniąca, media czyste, wziernikiem widać lekkie zagłębienie tarczy, *vena temporalis inferior* rozdęta.

$$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{80} \text{ Em.}} \quad \text{Sn. } 2,25 + 3,0\text{D} : 25 \text{ cm.}$$

Zapisano do domu: Solutio PEC.

29. IX. 1901. Chory zgłasza się z prośbą o usunięcie soczewki z prawego oka.

$$\begin{array}{ll} \sqrt{\text{Pro } \frac{6}{86} \text{ Mp. } 20,0\text{D.}} & \text{Sn. } 0,5 : 5 \text{ cm (p. rem.)} \\ \text{Lo } \frac{6}{86} \text{ Em.} & \text{Sn. } 1,25 + 4,0\text{D} : 20 \text{ cm.} \end{array}$$

Skiaskopia wykazuje na prawem oku. Mp. = 19 D.

3. XII. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

13. XII. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Z powodu bardzo niespokojnego zachowania się operowanego nie można było resztek undiną wypłukać.

Po kilku dniach chory pojechał do domu z atropiną.

4. II. 1902. Z powodu pogorszenia wzroku prawego oka zgłasza się ponownie. Prawe oko blade, rogówka czysta, blizna gładka, źrenica w górnej części zasłonięta miękką korą. Dno widać jednak dość wyraźnie, w plamce żółtej czarniawe ognisko okrągłe, o średnicy $\frac{1}{3}$ tarczy. T + 1.

$$\begin{array}{ll} \sqrt{\text{Pro palce } 2 \text{ m } \pm \text{ nl.}} & \text{Sn. } 3,0 + 4,0\text{D} : 15 \text{ cm.} \\ \text{Lo } \frac{6}{86} \text{ Em.} & \text{Sn. } 1,25 : 25 \text{ cm.} \end{array}$$

7. II. *Iridectomy et extractio cataractae residuae cum irrigatione oc. d.*

Podwyższenie ucisku ustąpiło, przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

W marcu 1902 przechodził chory jeszcze raz leczenie z powodu pogorszenia *retino-chorioiditidis centralis*: Ciemnica, wielkie dawki jodu, kąpiele mydlane, wstrzykiwania podspojówkowe *Hg. oxycyanati*.

Ostatecznie sprawę na dnie oczu powiodło się powstrzymać. Ostatecznie badanie wzroku, wykonane 8. V. 1902 dało wynik następujący:

$$\begin{array}{ll} \sqrt{\text{Pro } \frac{6}{86-24} \text{ cyl. } - 3,5 : 40^{\circ} \text{ t. } + \text{ } \ominus \text{ nl.}} & \text{J. } 14 + 6,0\text{D } \ominus - 3,5 : 30^{\circ} \text{ t.} \\ \text{Lo } \frac{6}{80}; \frac{6}{86} \text{ cyl. } + 1,5 : 60^{\circ} \text{ t. } + \text{ } \ominus \text{ nl.}} & \text{J. } 13 + 5,0\text{D } \text{cyl.} + 1,5 : 50^{\circ} \text{ t.} \\ & \text{Obuocznie J. n. } 11 \left\{ \begin{array}{l} + 6,0 \text{ } \ominus - 3,5 : 30^{\circ} \text{ t.} \\ + 5,0 \text{ } \text{ } \ominus + 1,5 : 50^{\circ} \text{ t.} \end{array} \right. \end{array}$$

16) X. Fudalla Martynian, l. 27, z Niewodny (ad Strzyżów).

12. IX. 1902. Zgłosił się prywatnie do Prof. Wicherkiewicza.

Mp. fortis. Staphyloma postic. oc. utr. Anisometropia.

Oprócz garbca innych zmian dno oczu nie przedstawiało, pole widzenia na obu oczach współśrodkowo zwężone.

$\sqrt{\text{Pro}} \text{ palce } 1\frac{1}{2} \text{ m; } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 20 \text{ } \odot \text{ cyl. } -0,75 : 90^\circ \text{ Sn. } 0,5 : 5 \text{ cm (p. rem.)}$
 $\sqrt{\text{Lo}} \text{ palce } 2\frac{1}{2} \text{ m; } \frac{6}{86} \text{ Mp. } 10D \text{ } \odot \text{ cyl. } -1,5 : 90^\circ \text{ Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm (p. rem.)}$

13. IX. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Przebieg prawidłowy.

26. IX. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg pooperacyjny zwykły. Wessanie pozostałych resztek postępowano bardzo powoli.

Chory dostawał dioninę, jodypinę i inne podobne środki.

Dopiero w marcu 1903 źrenica się oczyściła.

26. III.

$\sqrt{\text{Pro: } \frac{6}{12} \text{ nc; } \frac{6}{8} \text{ nc. Hp. } 2,0D \text{ } \odot \text{ cyl. } - 2,0D : 0^\circ}$
 $\sqrt{\text{Lo: palce } 2\frac{1}{2} \text{ m; } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 11 \text{ } \odot \text{ cyl. } - 0,5D : 0^\circ}$
 $\text{Sn. } 0,5 + 5,0D \text{ } \odot \text{ cyl. } - 2,0D 0^\circ : 27 \text{ cm.}$
 $\text{Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm.}$

Chory otrzymał odpowiednie szkła do patrzenia na odległość.

W r. 1905 zgłosił się ponownie, bo wzrok oka operowanego osłabł.

Cataracta secundaria oc. dex.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{60}; \frac{6}{18} \text{ nc. cyl. } - 1,5 : 90^\circ} \quad \text{Sn. } 0,5 + 7,0D : 10 \text{ cm.}$

13. VI. *Discisio cataractae secund. oc. d.*

31. VII. 1905. Źrenica prawego oka czysta. Dno widać dość wyraźnie bez nowych zmian.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 1,5 \text{ } \odot \text{ nl.} \quad \text{Sn. } 0,5 + 4,0D 16 \text{ cm.}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 21,0D (!)} \quad \text{Sn. } 0,5 : 5 \text{ cm.}$

17) Górny Piotr, l. 15, syn wyrobnika, ze zakładu Salezjanów w Oświęcimie.

26. XI. 1906. Od dziecka krótki wzrok, w ostatnich czasach pogorszył się, zwłaszcza na lewym oku.

Mp. fortis. Staphyloma posticum infero-externum. Choriorretinitis centralis oc. utr.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 22,0D \text{ } \odot \text{ } -1,0D : 80^\circ \text{ n. (to samo Mp. } 23,0D)} \quad \text{Sn. } 0,5 : 6 \text{ cm}$
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 22,0D \text{ } \odot \text{ } -1,5 : 20^\circ \text{ n. (to samo Mp. } 23,0D)} \quad \text{Sn. } 0,5 : 6 \text{ cm}$

W polu widzenia ubytków wykazać nie można.

Prawe o. Cała okolica plamki żółtej przedstawia łożo w porównaniu do otoczenia blade-czerwone, poprzecinane liniami, tworzącymi siatkę. Wśród tych linii ogniska białe, podłużne, zajmujące przestrzeń między *art. temp. super. et infer.*

Lewe o. W okolicy plamki żółtej podobne łożo siatkowane, leżące poza naczyniami, ale bez plam ogniskowych.

Ther.: Dionina, KJ, gorące kąpiele nożne, poty, ciemnica.

11. XII. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Soczewka coraz silniej pęcznieje. T + $\frac{1}{2}$.

20. XII. W nocy koło 4-tej z rana silny ból.

Pro. Nastrzyknięcie rzęskowe. Rogówka lekko zmętniona. T + 2.

Ung. ASC. Zimny Leiter.

Extractio linearis simplex cum iridectomia oc. d.

21. VII Bóle ustąpiły, źrenica wązka ASC.

23. XII. Źrenica duża. Gruba warstwa resztek, które mętnieją.

A. S. C. Dionina.

25. XII. Resztki pęczniają.

28. XII. Chory opuszcza klinikę. Oko blade, źrenica duża, jeszcze w całości resztkami zasłonięta.

√Pro palce 1 m.

18. III. 1907. Chory zgłasza się do kliniki z prośbą o usunięcie soczewki z oka drugiego.

Badanie wykazuje: na prawem oku źrenica czarna, media czyste na dnie oka tesame zmiany co dawniej.

√Pro $\frac{6}{12}$ cyl. — 5₀D 45° t. $\odot + 1,75$ D Sn. 0,8 cyl. — 5₀D 45° t.
 $\odot + 6,0$ D : 20 cm.

Fakoliza u lewego oka jest obecnie w toku.

13) Mierzejewska Lucyna, l. 42, z Dąbrowy górniczej.

Zgłosiła się do mnie 30 lipca 1906.

Od dziecka bardzo krótki wzrok. Szkieł dotąd wcale nie używała. Oczy bolą przy czytaniu. Metamorfopsya. Rodziła 14 razy i wszystkie dzieci sama karmiła. W rodzinie ojciec miał także krótki wzrok.

Mp. fortis. Staph. posticum; chorioiditis centralis oc. utr.

√Pro palce 1 $\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{24}$ Mp. 20₀D \odot nl. Snel. 0,5 : 6 cm (p. rem.)
 Lo palce 1 m; $\frac{6}{36}$ Mp. 22₀D \odot nl. Snel. 0,5 : 4,5 > (p. rem.)

Źrenica lewa trochę szersza od prawej. Wziernikiem dość znaczne *staphyloma posticum annulare*. W plamce żółtej ciemny punkt, wyraźniejszy u lewego oka. Pole widzenia ogólnie nieco zwężone, plamka

Mariotte'a obustronnie nieco powiększona. Na razie zapisałem okulary PL—10₀D niebieskie lit. C. i 10% maść jothionową do wcierania w skronie.

Chora zgłosiła się po raz wtóry w październiku 1906.

Badanie po atropinie wykazało myopię podmiotową na prawem oku 20₀D, na lewem 21₀D. Dowiedziawszy się, że jest rzeczą możliwą przez usunięcie soczewki uwolnić się od krótkiego wzroku, domaga się wykonania takiej operacji na oku lewem.

24. X. 1906. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Jedno poziome cięcie przez torebkę i korę, trochę płytkie.

W następnych dniach soczewka zaćmiła się w najbliższej okolicy ranki, ta jednak zbyt szybko się zamknęła i zaćmienie dalej przestało się powiększać. Odesłałem jednak chorą z atropiną do domu w nadziei, że jednak powoli soczewka się zaćmi, ale chora wróciła już 3. XI. z niezmiennym stanem oka.

5. XI. *Discisio capsulae lentis oc. sin. reflecta.*

Tym razem zrobiłem kilka cięć głębszych, to też soczewka zaczęła najprzód prędko, potem nieco wolniej się zaćmiewać, a 19. XI. z powodu pęcznienia poczęła chora doznawać bólu. Zaleciłem oprócz atropiny okłady lodowe.

21. XI. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. sin.*

Przebieg operacji, którą wykonałem w mem mieszkaniu, prawidłowy. Po kilku godzinach wypoczynku chora przeszła do pobliskiego hotelu.

Po południu dostała dość silnego bólu w oku i skroni. Badanie wykazało silne przekrwienie, rogówkę czystą. Źrenicę *ad maximum* rozszerzoną, zasłoniętą po części resztkami, a w części szarym, galaretowatym wysiękiem. Dotyk bardzo bolesny.

Zapuściłem atropinę, ung. Ichthyoli 10% i założyłem opaskę spirytusową. Na wewnątrz aspiryna.

Nazajutrz bólu już nie było, wysięk ustąpił, a w szerokiej źrenicy została warstwa kory. Opaskę spirytusową zastąpiłem papierkiem Wolffberga.

W następnych dniach reakcja stopniowo się zmniejszała i resztki powoli ulegały wessaniu.

29. XI. Chora dostała silnego napadu zimnicy z dreszczami, bólem głowy, gorączką, potami. Podałem natychmiast chininę, tak że już nazajutrz po południu atak był słabszy, a trzeciego dnia ograniczył się tylko do bólu głowy. Na oko ataki te nie wywarły żadnego ujemnego wpływu.

2. XII. Zacząłem dla przyspieszenia wessania zapuszczać dioninę w coraz silniejszych rozczynach.

21. VII. Widać już było wśród resztek kory czarny otworek.

√/L o palce do 3 m.

Nazajutrz chora wyjechała do Dąbrowy i powróciła dopiero po sześciu tygodniach.

6. II. 1907. Lewe oko blade, źrenica szeroka regularna, zasłonięta zgrubiałą torebką, a miejscami cienką, przeświecającą warstewką kory. Kilka grudek leży na dnie przedniej komory. Dołem zewnątrz w torebce trójkątny mały zupełnie czarny otvorek, przez który widać wyraźnie wzornikiem dno oka z temi samymi zmianami co dawniej.

$\sqrt{Lo} \frac{6}{12}$ nc. Em. Snel. 1,25 + 4₀D : 25 cm.

Poleciłem zmienić w okularach lewe szkło — 10₀D na płaskie szkło niebieskie.

Chora jest zadowolona z wyniku fakolizy.

Jakie będą dalsze losy operowanego oka, przyszłość pokaże*).

(Dok. nast.).

Przypadek raka powieki dolnej.

Podał

Dr K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Według Borsta (Die Lehre von den Geschwülsten II. Bd. 1902) ze wszystkich narządów sprawa rakowa najczęściej powstaje w skórze. Birch-Hirschfeld znów utrzymuje, że skórze należy się pod tym względem drugie tylko miejsce, lecz natomiast ze wszystkich jej części trzecie miejsce należy się dolnej wardze, uchu i powiekom. Hassner już przed czterdziestu kilku laty zwrócił uwagę na okoliczność, że w lewej połowie twarzy cierpienie o wiele częściej powstaje.

Hartmann (Beitrag zur Kenntniss der epibulbären Carcinome, Kiel 1893). Zebrał przypadki, spostrzegane na klinice w Kilonii za lat 20. Wypadło, iż w częściach dodatkowych oka cierpienie miało miejsce w 45,81%, z czego na dolnej powiece 37, na górnej 15, w kącie zewnętrznym w 1, w kącie wewnętrznym w 3, w mięsku łzowym 1, w dolnej powiece i w spojówce gałki w 3, w dolnej powiece i w kącie zewnętrznym

*) Miałem w maju b. r. list od operowanej, w którym mi donosi, że obecnie widzi lewem okiem jeszcze lepiej, a z bliska czyta drobniejszy druk, niż dawniej. Niestety na razie nie może przyjechać dla dokładnego zbadania.

w 1, w gruczole łzowym 1, w załamku przejściowym 1, w oczodole 8. Czyli nowotwory powieki dolnej stanowiły 52,1% wszystkich nowotworów części otaczających gałkę. Veit (Statistische Uebersicht der in den Jahren 1896 bis 1901 in den Tübinger Augenklinik behandelten Augenkrankheiten. Tübingen 1902). Z pomiędzy 71 guzów powiek, spostrzeganych w ciągu 5 lat znalazł 36 przypadków raka przybłonkowego, z tych 19 mężczyzn i 17 kobiet. Wiek przeciętny — 63 lat.

Uzuhiko Mayeda (Das Lidcarcinom. Deutschmanns Beiträge zur Augenheilkunde. Zeszyt 56. 1904) zebrał 44 przypadki, spostrzegane w klinice w Giessen, prócz tego w literaturze, począwszy od r. 1860—jeszcze 181. Rak powiek stanowi 1,13% cierpienie powiek i 0.085—0.087 wszystkich cierpienie oczu. Lewa powieka częściej jest zajęta od prawej i zachodzi pod tym względem stosunek, jak 113:91. Na dolnej powiece cierpienie miało miejsce w 97 przypadkach, w kącie wewnętrznym w 65, na górnej powiece w 15, w kącie zewnętrznym w 18. Cierpienie trwać może od 20—25 lat. Gruczoły chłonne oddziałują w bardzo rzadkich przypadkach. O etyologii cierpienia nic się chyba nie da powiedzieć. Wpływy urazu występują bardzo niewyraźnie, dziedziczność również wątpliwą odgrywa rolę. Więcej zdają się wpływać niehygieniczne warunki utrzymywania skóry, przynajmniej japończycy, którzy do przesady są dbali o czyste utrzymanie ciała, ulegają cierpieniu o wiele rzadziej. Rokowanie dla życia dobre, nawroty rzadkie, najpóźniej do 3 lat. Badań anatomicznych dokonano w znacznie mniejszej części przypadków. Thiersch w swem słynnym dziele »Der Epithelialkrebs, namentlich der äusseren Haut. 1865« odróżniał dwie postacie raka skóry: powierzchowną i głęboką, odróżnia postacie następujące: 1) pod względem budowy zupełnie zbliżone do brodawczaków i różniące się od nich tylko klinicznie, 2) płaski rak przybłonkowy ze zrogowaceniem, 3) rak gruczolowy skóry i 4) rak zwyczajny.

Iwan Pawłow, 76-letni, przed 30-stu laty spostrzegł na dolnej prawej powiece, bliżej kąta wewnętrznego oka i pod rzęsami bezpośrednio dwie bardzo płaskie brodaweczki, które wkrótce przeistoczyły się w jedną ranę. Rana w ciągu 7 lat stopniowo się zwiększała, po upływie zaś tego czasu zajmowała prawie połowę dolnej powieki. Powierzchnia jej była zupełnie gładką i równą; przy nieostrożnem dotknięciu się często krwawiła. Stan taki trwał prawie całe 10 lat, poczem powierzchnia stała się nierówną, jakby pooraną, najpierw tylko na dolnej powiece w pobliżu kąta wewnętrznego, stopniowo przechodząc na całą dolną powiekę i nadto na skórę w okolicy kąta wewnętrznego już w okolicy nosa. Zajęło to jeszcze 10 lat, po którym to przeciągu czasu widziałem chorego po raz pierwszy 15 maja 1900 roku.

Stan był taki. Lewe oko i części otaczające zupełnie prawidłowe. Mp. 10,0 D. Zmiany zanikowe dookoła tarczy, posuwające się w okolicy plamy żółtej: $0 = 0,2$. W prawem oku $V = 0,2$; znaczne zmiany dookoła tarczy i w okolicy plamy żółtej, Mp. = 12,0 D Rogówka, soczewka i ciało szkliste zupełnie prawidłowe, tęczówka również. Górna powieka zupełnie prawidłowa, również spojówka gałki w górnej połowie, w dolnej — bardzo nieznacznie przekrwiona. Na prawej dolnej powiece zewnętrzna trzecia część jej brzegu wolnego jest zachowaną, również pasemko skóry szerokości nie więcej nad 1,5 mm, pozatem cała skóra dolnej powieki, zacząwszy od kąta zewnętrznego do wewnętrznego, nadto cała skóra w okolicy dolnej połowy worka łzowego wraz z całym prawie brzegiem wolnym powieki była przeistoczona w blade-szarawo-różową masę, na powierzchni której były widoczne jakby bardzo drobne ziarniny. Brzegi powierzchni owrzodzonej były gładkie i równe. Operacji usunięcia powieki chory nie zechciał się poddać, natomiast przez całe dwa miesiące poddawał się leczeniu światłem fioletowem. Nastąpiło jakoby bardzo znaczne polepszenie — powierzchnia owrzodziła stała się gładszą, bardziej suchą. Widząc chorego w rok później, polepszenia co

prawda nie mógłbym przyznać, co najmniej znalazłem stan takim, jakim był uprzednio. Na operację znowu się nie zgadzał.

4-go kwietnia 1902 r. stan był następujący: Rogówka i środki załamujące zupełnie prawidłowe, oko zezuje cokolwiek ku zewnątrz, ruch zaś ku wewnątrz jest ograniczony. Na skórze górnej powieki zmian żadnych. Skóra dolnej powieki, zarówno w części jej chrząstkowej, jakoteż oczodołowej była przeistoczona w szaro-żółtą cokolwiek wydatną ku przodowi powierzchnię z licznymi i bardzo drobnymi różowymi ziarninami; te same zmiany dawały się również spostrzegać w skórze nie tylko całej okolicy worka łzowego, lecz nadto nosa, od brzegu brwi do linii środkowej i o 1 cm niżej wiązała powiekowego wewnętrznego. Pozostała dawniej część zewnętrznego brzegu powieki zupełnie uległa zniszczeniu. Owrzodzona powierzchnia przechodziła bezpośrednio w spojówkę gałki. Ta ostatnia była bardzo obrzękła i przekrwiona nie tylko w dolnej połowie, lecz na całej przestrzeni. W załamku górnym znajdował się bardzo rozrosły fałd—przeszło 5 mm szeroki i tyleż prawie gruby. W okolicy skroniowej, również ku dołowi i ku górze spojówka nasuwała się na rogówkę na przestrzeni nie mniej jak 2 mm. Załamek półksiężycowy i mięsko łzowe zupełnie były zniszczone przez nowotwór. W okolicy kąta zewnętrznego widoczny był nadto guz, barwy ciemno-czerwonej, dość twardy przy dotyku, długości przeszło 1 cm, a szerokości i grubości przeszło 0,5 cm. Guz ten był przyrośnięty do spojówki górnego załamka w pobliżu kąta zewnętrznego, wierzchołek zaś jego dochodził prawie do rogówki. Chory uskarżał się na bardzo silne bóle, zwłaszcza w nocy i domagał się uprzednio proponowanej mu operacji. W obecnych warunkach, ponieważ nie mogło ulegać wątpliwości, iż nowotwór przeniósł się nie tylko na spojówkę gałki, lecz prawdopodobnie również w części na rogówkę, może nawet na twardówkę i na pewną część oczodołu, mogła być już mowa tylko o wypatroszeniu oczodołu całego, wraz z usunięciem powiek i przyległej części skóry nosa, której to operacji dokonałem wraz z kolegą Czerniachowskim 14. V. tegoż roku. Części obnażone były przy-

kryte według sposobu Thierscha. Gojenie nastąpiło zupełnie prawidłowo. W rok potem w okolicy prawej kości nosowej powstało owrzodzenie. Kol. Wołkowicz usunął prawą kość nosową i część wyrostka szczęki górnej, poczem gojenie odbywało się prawidłowo. Chory odtąd aż do chwili obecnej jest ciągle na oku i możności nawrotu nie zdradza bynajmniej.

Przechowaną w 1% formalinie zawartość oczodołu przeciąłem w kierunku pionowym na dwie połowy, przekonawszy się zaś, iż w częściach otaczających tylną część gałki zmian żadnych nie było, usunąłem je, pozostałe zaś części wraz z powiekami zalałem do celloidyny, poczem dokonałem seryi cięć. W otaczającej brzeg owrzodzenia skórze zmiany były nieznaczne — ledwie cokolwiek zwiększone brodaweczki i znaczne wyrostki przybłonka; mógłbym wprost powiedzieć, że tkanka rakowa bezpośrednio przytykała do zdrowej skóry. Na powierzchni nowotworu dawały się spostrzegać resztki naskórka, może raczej nowowytworzony naskórek. Składał się on z grubych walcowatych tworów przybłonkowych, które rozgałęziały się i łączyły zawsze sobą, tworząc nieprawidłową sieć, w pętlach której znajdowała się obfita tkanka łączna z nieliczną bardzo ilością komórek, w niektórych tylko miejscach ilość komórek bardziej była znaczną w tej części nowotworu tkanka rakowata i podścielisko równoważyły się ze sobą, niekiedy nawet przewaga była widoczną po stronie podścieliska.

W walcowatych utworach na cięciach w średnicy często narachować można było dziesiątki całe komórek, zawsze prawie płaskich, ku obwodowi tylko kształt ich była widocznie sześcienną. Utwory te były przeważnie stałe i jednolite. Niekiedy dostrzedz w nich można było naczynia o bardzo cienkich ścianach, które na pierwszy rzut oka sprawiały nawet wrażenie, jakoby ścian własnych wcale nie posiadały, stanowiły je raczej pierwociny nowotworu, zupełnie jak to tak często spostrzegamy w mięsakach. Nadto w środku utworów

sposstrzegać się nadto dawały niekiedy na dość znacznej przestrzeni dość grube nawet pęczki tkanki łącznej, dokoła których komórki rakowe tworzyły jakby pochewki, guz przeto sam w miejscach tych zdradzać się zdawał budowę brodawczaka. Oczywiście w jednym i drugim przypadku komórki przybłonkowe obrastały tylko utwory, które po drodze napotykały. Rzadziej znacznie w utworach dawały się spostrzegać próżnie jakby drobne torbiele; wyściełające je komórki przybierały zwykle kształt sześcienny. Częściej znacznie w utworach walcowatych rakowych znajdowały się bardzo liczne i obszerne zrogowacenia, przeważnie w najdawniejszej części nowotworu, t. j. w części wewnętrznej powieki. Tu niekiedy bardzo długie i grube utwory walcowate stanowiły raczej jakby pochewki dokoła ułożonych spóśrodkowo w postaci cebulek gniazd komórek zrogowaciałych, jednego za drugim, niekiedy nadto po 2 lub 3 obok siebie. Pochewki w niektórych miejscach tak dalece były cienkie, iż składały się tylko z 2—4 warstw komórek przybłonkowych.

W obrębie powieki dolnej wszędzie znajdowała się li tylko tkanka rakowa, gruczoły Meiboma, Krausego i rzęsy zupełnie uległy zniszczeniu. W okolicy kąta wewnętrznego tkanka rakowa zagłębiała się pomiędzy gałką a ocalałym workiem łzowym ku wewnątrz i ku tyłowi i dochodziła do ścięgna wewnętrznego prostego mięśnia oka, uciskając je widocznie. Utwór stąd powstały postać miał okrągłąwą, w średnicy przeszło 12 mm, dokoła otaczała go torebka z włóknistej tkanki łącznej, był spłaszczony odpowiednio do powierzchni gałki. Uciskając ścięgno mięśnia, utrudniał sprawność jego, ta też okoliczność najzupełniej tłumaczy zmniejszony ruch gałki ku wewnątrz. W obrębie powieki, jak wspomniałem już, walcowate utwory rakowe były bardzo grube i tworzyły luźną sieć z obfitem podścieliskiem z tkanki łącznej. W miarę zbliżania się ku utworowi ponadgałkowemu, tkanka rakowa znacznym ulegała zmianom. Utwory walcowate stawały się coraz cieńsze, tworząc siateczki bardziej gęste. Stosownie do tego podścielisko było o wiele mniej obfite, tkanka zaś jego obfitszą

była w komórki. W samym utworze nadgałkowym tkanka rakowa przybierała cechy cewkowo-groniastej, gdyż tworzyła promienie najrozmaiciej rozgałęzione, które rozchodziły się od środka ku obwodowi, wszelako w promieniach tych nigdy nie widziałem przewodów, jakkolwiek komórki same przybierały kształt, bardziej do sześciennego zbliżony.

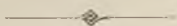
Dolnego załamka wcale nie było. Tkanka rakowa zwyrodniałej powieki dolnej dochodziła bezpośrednio do spojówki gałki. Ta ostatnia, jak nadmieniałem już, była bardzo obrzmiała i przekrwiona, który to stan zmniejszał się nieco w kierunku ku rogówce. Najmniej obrzękłą była spojówka gałki w obrębie górnego i wewnętrznego wycinka jej, coraz bardziej znaczną się stawała w miarę zbliżania się ku kątowi zewnętrznemu. Tu też w początku górnego załamka przejściowego znajdował się utwór, o którym mowa była wyżej. Stanowił on właściwie tylko wytworzony ze spojówki fałd.

W najbardziej obwodowej części spojówki dolnej połowy gałki utwory walcowate rakowe, pod względem budowy i ułożenia przedstawiały się taksamo jak w skorze powieki dolnej. Lecz już bardzo prędko grubość ich stawała się znacznie mniejszą, dalej widoczne już były tylko cienkie, na cięciach zwykle z kilku lub dwóch nawet tylko szeregów komórek rakowych złożone utwory rakowe. Utwory te układały się nadto w sposób zupełnie odrębny, mianowicie w kształcie łuków bardzo wydłużonych (grubość spojówki dochodziła do 0,8 cm) wypukłych ku powierzchni, które były znów obsadzone przez długie a cienkie utwory przybłonkowe, które się znów rozgałęziały. Utwory rakowe nie dochodziły jednak do samej rogówki; w najbardziej zbliżonych do brzegu jej częściach, również w wałeczkach, które się na rogówkę nasuwały, zgrubiałość tkanki pochodziła li tylko wskutek bardzo obfitego nacieczenia drobnokomórkowego. Taką li tylko budowę znalazłem również w spojówce gałki w okolicy górnego i wewnętrznego jej wycinka. W tej okolicy pokrywał ją wszędzie przybłonek. Komórki jego znacznym jednak uległy zmianom — komórki warstwy powierzchniowej były płaskie, wewnętrzne, sześciennie,

prócz tego tu, jakoteż na całej powierzchni pozostałej spojówki gałki, o ile takowa nie była obnażoną, prawdopodobnie wskutek przetarcia przez wyrastający nowotwór, przybliżonek tworzył wyrostki, które zagłębiały się dziś znacznie do istoty tkanki, często pomiędzy zbliżonymi do siebie łukami tkanki rakowej. Na pierwszy rzut oka przypominały one te, z których powstają twory rakowe, zwłaszcza w skórze, przy współudziale tkanki podścieliska, to jednak nie trudno się było przekonać, iż nie miały one nic wspólnego z nowotworem samym, który oczywiście stanowił tylko dalszy rozrost tkanki rakowej w skórze dolnej powieki powstałej. Zupełnie tę samą budowę znalazłem w wyrostku w okolicy kąta zewnętrznego ze spojówki powstałym, jak również w fałdzie, który powstał w górnym załamku. Zrogowacenie, któremu tak bardzo uległa najdawniejsza część nowotworu, dawało się również spostrześć wszędzie prawie, nawet w najbardziej od podstawy oddalonych miejscach spojówki, z tą tylko różnicą, iż gniazda zrogowaciałe były coraz mniej liczne i coraz mniejsze, tak iż często stanowiły je tylko kilka komórek. Jakkolwiek więc kształty utworów rakowych, pod wpływem zapewne warunków miejscowych dla rozwoju, bardzo znacznym ulegały zmianom, to jednak wszędzie tkanka przechowała wybitną cechę, stałe usposobienie do zrogowaceń, nawet w częściach najbardziej od podstawy oddalonych.

Spojówka powieki górnej również nie pozostała obojętną. Nieznaczny rozwój sprawy rakowej znalazłem tylko w części jej bezpośrednio obok brzegu zewnętrznego położonej, jednakże na całym obszarze jej znalazłem znaczne zgrubienie, wskutek bardzo obfitego nacieczenia drobnokomórkowego, nadto w okolicy górnego załamka, a nawet na spojówce chrząstki spostrzegałem zawsze na cięciach kilka pęcherzyków (follikułów), które przypominały follikuły jaglicowe, różniły się jednak tem, iż były znacznie większe, znajdowały się nie w początku załamka, lecz najczęściej w tylnej części jego, nawet w środku spojówki chrząstki, następnie o tyle były odosobnione, iż na cięciach nigdy nie spostrzegałem dwóch follikułów bezpośrednio

lub nawet blisko tylko obok siebie położonych, nadto na wielu bardzo cięciach wcale nie występowały. Przybliżonek na całej powierzchni powieki górnej i załamka tworzył wyrostki zupełnie takie, jak opisałem na spojówce gałki. Obecność follikulów tembardziej uderzała, iż jaglicy wcale nie było, zarówno w cierpiącym, jakoteż w zdrowym oku.



Keratitis neuroparalytica

w świetle doświadczeń z wycinaniem nerwów naczyniowych (*n. n. sympathici*) na szyi.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

3-go marca 1899 r. proszony byłem przez dr Rathnera w Dynaburgu na poradę lekarską do chorej G., 25-letniej mężatki. Chorą znalazłem leżącą bez mowy, ze strononiewładem prawym i zezem górnym oka prawego. Zresztą źrenice na światło i atropinę wrażliwe.

Chora jakkolwiek nie mówi, jednak widzi, poznaje i rozumie, a nawet daje znaki uściskiem dłoni na »tak« i nie ściskaniem dłoni na »nie«.

Wrażliwość skóry wszędzie zachowana zarówno na stronie porażonej jak i zdrowej. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, ale nie wzmożone. Wziernik wykrył w obu oczach tarcz zastoinową. Rogówki wrażliwe na dotyk; od wczoraj wystąpiło na lewej rogówce kilka jamek, jedna z nich z lekkim nacieczeniem szarawem, inne zupełnie przeziernie. Powieki zupełnie prawidłowe; nie tylko jaglicy, ale ani śladu jakiegobądź zapalenia i wydzieliny; zresztą, według świadectwa rodziny, chora nigdy na oczy nie chorowała.

4-go marca rogówka oka pr. wczoraj jeszcze zupełnie

prawidłowa, została również dotknięta niewładem odływczym. W kilka dni potem chora umarła.

W pierwszym roku mej praktyki lekarskiej miałem zupełnie podobny wypadek *keratitis neuroparalytica*.

W późnej jesieni r. 1886 wezwany byłem do chorego K. w D. Chorego znalazłem w głębokiej śpiączce (*Encephalitis*); zwróciłem przytem uwagę, że zarówno powieki jak i gałki oczne były zupełnie prawidłowe, tylko źrenice były nieco zwężone i na światło zupełnie niewrażliwe, ale rogówki były zupełnie gładkie i przeziernie.

Jakkolwiek uprzedziłem otaczających, że choremu pozostało zaledwie parę godzin życia, to jednak w godzinę później byłem znowu wezwany do umierającego. Znalazłem go już bez tętna i oddechu, co jednak szczególnie mię uderzyło to wygląd oczu: naczynia spojówkowe były nadzwyczaj rozszerzone, a rogówki pokryte drobnymi zupełnie przeziernymi jankami, co robiło je podobnymi do naparstków.

Pracując wiele lat później w Petersburgu w pracowni Bechterewa nad czuciem włosowem wykonałem szereg doświadczeń na zwierzętach z wycinaniem nerwów naczyniowych (*n. n. sympathici*) i badałem wpływ tego wycinania na czucie skórne w ogólności i czucie włosowe w szczególności. Otóż podczas tych doświadczeń zauważyłem, że wycinanie nerwu naczyniowego na szyi sprowadza jeżeli nie zawsze, to bardzo często *keratitis neuroparalytica*.

Kilka z tych doświadczeń pozwolę sobie przytoczyć tutaj, gdyż mojem zdaniem, rzucają one światło na pochodzenie *keratitis neuroparalytica* *).

Doświadczenie I.

Taksie średniej wielkości zastrzyknięto pod skórę 2 sz. cm 2^o/_o roztworu chloranu morfiny, a następnie zachloroformowano.

*) Noiszewski. »Czucie włosowe skóry«. Petersburg, 1900, str. 101.

Po wyjałowieniu pola operacyjnego na szyi najprzód wodą gorącą i mydłem, a potem roztworem 1:5000 dwuchlorku rtęci, poprowadziłem cięcie w przedziale, utworzonym na szyi między siercią. Doszedłszy do miejsca, gdzie wspólnie leżą lewy nerw naczyniowy (*n. sympathicus*) i nerw trzewiowy (*n. vagus*) i po ostrożnem odosobnieniu n. naczyniowego na szyi wyciąłem z niego kawałek długości 8 cm.

Po zatrzymaniu krwawienia, które zresztą nie było b. wielkie i nałożeniu szwów położyłem na ranę przeciwnilny opatrunek. Natychmiast po przecięciu n. naczyniowego lewego na szyi zwężyła się źrenica oka lewego.

14-go grudnia. Taksa wygląda dobrze, chętnie przyjmuje pokarm i pije wodę. Źrenica oka lew. mocno zwężona. Światłowstręt i łzawienie oka lewego.

15-go grudnia. Światłowstręt i łzawienie większe.

17-go grudnia. Wystąpiła *keratitis neuroparalytica* u taksy w oku lewym.

19-go grudnia. Taksa zdechła.

Prof. Pawłow (fizyolog) utrzymywał, że taksa zdechła dlatego, że podczas operacyi oddzielania n. naczyniowego od trzewiowego uszkodzony został nerw trzewiowy (*n. vagus*).

Doświadczenie IV.

20-go grudnia 1898 r. poddany był narkozie chloroformowej młody szary kot; pod narkozą wycięto u niego 5 cm z prawego nerwu naczyniowego na szyi. Natychmiast po wycięciu n. naczyniowego zwężyła się mocno źrenica oka pr., a powieka średnia nasunęła się na gałkę, zakrywając jej średnią połowę.

21-go grudnia. Kot przyjmuje pokarm i pije, źrenica zwężona, średnia powieka nasunięta, światłowstręt i *keratitis neuroparalytica* po stronie wyciętego nerwu.

Do 12-go stycznia 1899 r. nie byłem w możności odwiedzić operowanego kota, a w dniu 12-go stycznia kot ten miał oko po stronie wyciętego n. naczyniowego już zanikłe.

Doświadczenie IX.

14-go stycznia 1899 r. młody rudy kot poddany był narkozie chloroformowej, pod którą wycięto mu 3,5 cm n. naczyniowego prawego na szyi. Natychmiast po przecięciu n. naczyniowego wystąpiło zwężenie źrenicy oka pr. i zwężenie szczeliny powiekowej prawej.

15-go stycznia. Kot ten ma się dobrze: je i pije; źrenica oka pr. zwężona i zwężona szczelina powiekowa prawa. Oko prawe łzawi się i obawia się światła, rogówka jednak w stanie prawidłowym. W końcu stycznia wystąpiła *keratitis neuroparalytica* z zejściem zanikowem całej gałki.

Doświadczenie X.

U młodego szarego kota, 14-go stycznia 1899 r. pod narkozą chloroformową wycięto 4.5 cm nerwu naczyniowego lewego na szyi. Natychmiast po operacji zwężenie lewej źrenicy i lewej szczeliny powiekowej.

15-go stycznia 1899 r. kot je i pije; lewa źrenica i lewa szczelina powiekowa zwężona; oko lewe łzawi i obawia się światła. W końcu stycznia wystąpiła *keratitis neuroparalytica* oka lewego, a 10-go lutego kot nagle zdechł.

Doświadczenie XIII.

Dn. 15-go grudnia 1900 r. u młodego szarego kota na szyi wyciąłem 4 cm nerwu naczyniowego prawego: natychmiast zwężenie źrenicy i szczeliny powiekowej po stronie wyciętego nerwu.

16-go grudnia łzawienie i światłowstręt.

17-go — 20-go grudnia bez zmiany. W końcu grudnia ustąpiło łzawienie i światłowstręt, a w styczniu 1901 r. ustąpiło zwężenie źrenicy i szczeliny powiekowej. *Keratitis neuroparalytica* w tym wypadku wcale nie wystąpiła.



II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVI. Z. 1. (Referent Dr Bał-
łaban.

Ostro występujące zmiany w barwiku siatkówki przy pęknięciu naczyńcówki. (Acut entstandene Pigmentveränderungen der Retina bei Chorioidearuptur). Dr Kröner, Leiden.

W kilka godzin po okaleczeniu oka przez odłamek żelaza, spostrzegął autor w siatkówce bujanie barwika, a pod nim białawo-zabarwione złogi. Stan ten zdawał się przemawiać za przebytem zapaleniem naczyńcówki. W dalszym przebiegu barwik wyjaśnił się a nawet zniknął częściowo. Wtedy w tem miejscu uwidoczniło się dokładnie pęknięcie naczyńcówki, pod którym znajdujące się białawe ognisko było zczerniałe. Zdaniem autora należy uważać to ognisko, jako wysięk, który z miejsca pęknięcia naczyńcówki posuwał się pomiędzy siatkówką i naczyńcówką ku dołowi. Zmniejszona zaś początkowo bystrość wzroku stała się następnie zupełnie prawidłową.

Prace z dziedziny współczulnego zapalenia oka, (Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie). (Ciąg dalszy i koniec). Prof. Römer.

O wchłanianiu bodźców zakaźnych do krwi przy śródgałkowych zakażeniach. Wchłanianie protozoów. (Über die Aufnahme von Infektionserregern in das Blut bei intraokularen Infektionen. Aufnahme von Protozoen).

Doświadczenia z Trypanosoma Brucei pouczają, że i protozozy są posłuszne prawom zakażenia drobnoustrojami. W ten sposób nie znaleziono żadnego drobnoustroju, któryby zaszczerpiony w gałkę oczną uwydatniał wzrost wzdłuż szlaków wzrokowych, ograniczony li tylko na przejście tego drobnoustroju z jednego oka na drugie. Następnie zwraca się autor przeciwko zarzutowi, podniesionemu przeciwko przerzutowemu sposobowi powstawania współczulnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Jeszcze raz sprzeciwia się on teorii migracyjnej Lebera i Deutschmanna, jako nie mającej żadnej doświadczałnej podstawy. Jeżeli Schirmer podnosi, że po t. zw. *resectio optico-ciliaris* współczulne zapalenie oka tak rzadko było opisywanem, to autor musi zauważyć, że zabieg ten nie jest w możności zapobiedz powstaniu współczulnego

zapalenia drogą przerzutów. W końcu podnosi autor możliwość, że pomiędzy bodźcami współczulnego zapalenia tęczówki, a pomiędzy naczyniami śródgałkowymi istnieje jakaś swoista łączność.

Wybroczyna krwawa śródoczna przy jaskrze. (Haemophthalmus bei Glaucom). Dr Graefenberg.

Autor opisuje zmiany anatomiczne oka wyluszczonego wskutek jaskry następowej, a które było w całości garbiakowato powypuklane, zaś we wnętrzu całkowicie krwią wypełnione.

Najważniejsze zmiany polegały na tem, że blaszki w środku rogówki były całkiem zanikłe, następnie brak był całkowity włókien więzadła Zinniusa. Naczyniówka była prawie w całości oderwaną a miejscami poprzerywaną krwotokami. Pęknięcie naczyniówki było umiejscowione we warstwie t. zw. *suprachorioideae*. Pośrodku wielkich pozanaczyniowych krwotoków mieściła się pewna ilość ciągłych tworów. Siatkówka w całości oderwana — w zewnętrznych jej warstwach były umiejscowione wielkie komórki barwikowe. Tarcza nerwu wzrokowego była głęboko wyżłobioną. Jedna z tylnych tętnic rzęskowych wciskała się wprost w krwotok pozanaczyniówkowy.

Autor wnioskuje, że krwotok ten nie stoi w związku z ewentualnem przebicciem rogówki (powstałem wskutek zmniejszonego ucisku), gdyż brak jest krwi płaszczyźnie rogówki. Wedle badania nie powstał ten krwotok także z naczyń naczyniówki, ale powstał on ze wspomnianej powyżej tętnicy rzęskowej. Ponieważ barwik siatkówki przylega do oderwanej od niej naczyniówki, więc jest jedynie możliwem, że znajdujący się na siatkówce barwik pochodzi li tylko z ciała rzęskowego. Masy kolloidalne w rogówce powstały z czerwonych ciałek krwi, gdyż przybłonki rogówki były bez zmiany. Przyczyną następowej jaskry był garbiak rogówki a nie krwotok, gdyż krwotok ten był jeszcze dość świeży. Tasama przyczyna wywołała wyżłobienie tarczy wzrokowej, zaś jaskra spowodowała dopiero korzystne warunki powstania krwotoku przez zmiany w naczyniach.

O powstawaniu obrazu i obrazków cienia, jakoteż o polu widzenia i o widzeniu w kołach rozbieżnych w systemie skiaskopii i wziernikowaniu. (Über Bilderentstehung und Schattenbilder, sowie über das Gesichtsfeld und das Sehen in Zerstreuungskreisen im System der Skiaskopie und Oftalmoskopie). Dr Wolff.

Autor polemizuje przeciwko Borschkiemu, który w pracy *Widerlegung der Wolffschen Argumente gegen die Lichtabbildungs-*

theorie wysnuł wnioski, że teoria Wolffa została zbudowaną nie tylko na domysłach, które nie odpowiadają rzeczywistości, ale że jest ona również nie zgodna ze znanymi faktami. Autor oznacza różniczkowanie Borschkiego *Scharfes Bild und Zerstreungskreis als spezielle Fälle des Zerstreungsbildes*, jako nielogiczne i mylne ze stanowiska optyki geometrycznej, gdyż oba te pojęcia są w optyce równoznaczne. Natomiast należałoby rozróżniać dwa pojęcia, a mianowicie: obraz rozbieżny i w przeciwieństwie do niego krąg rozbieżny.

Zamglenie w widzeniu u chorych na jaglicę. (Das Nebelsehen der Trachomatösen). Dr Falta.

Autor rozróżnia u osób dotkniętych jaglicą stałe i przemijające zamglenie we widzeniu. U takich chorych, u których nie daje się wykazać materialna zmiana w miąższu rogówki uwydatnia się barwa niebieska jako czarna, poza tem jest wrażenie barwy prawidłowe. Im bardziej zamglenie się takie uwydatnia i im więcej bystrość wzroku jest upośledzoną, tembardziej zamglone wydaje się dno oka. Objawy te są po większej części tem wybitniejsze, im większem jest nastrzyknięcie spojówki gałki ocznej. Jako przyczynę powstania tego zamglenia uważa autor drobnokomórkowe nacieki w nabłonku rogówki, wyklucza zaś stanowczo jakoby zamglenia takie mogły powstać przez wydzielinę. Przyczyny przemijających zaś zamgleń szuka autor w enzymach, które powodują wydostanie się cieczy plazmowej z wieńca naczyń ołączających rogówkę. Wskutek tej plazmy zostaje nabłonek naciekły, przyczem nacieki te znikają równocześnie ze zniknięciem enzymów.

Badania drobnowidowe i świetlne nad zaćmą czarną. (Mikroskopische und spektroskopische Untersuchungen über Cataracta nigra). Dr Cirincione.

Autor opisuje swoje spostrzeżenia na dwóch typowych czarnych zaćmach, które miał sposobność obserwować w przeciągu trzech lat na oczach tego samego osobnika. Zaćma była znacznie większą, aniżeli zwykła zaćma starcza. Przy bocznem oświetleniu była czarną, zaś przy prześwietlaniu oka była różowawą. Drobnowidowo dało się spostrzegać bardzo wąską obwodową część jądra, a także środkową część powstałą z włókien soczewki, które były prawidłowo ułożone. Włókna soczewki były ułożone zupełnie tak samo, jak w soczewce prawidłowej, a różniły się w budowie od innych zaćm głównie tem, że pomiędzy włóknami soczewki nie było żadnych szpar. Dokładne badania mikrochemiczne jakoteż spektroskopowe na barwik krwi dały wynik zupełnie uje-

nny; tak samo brak było melaniny i barwika tęczęwki. Autor nie przeczy, że zdarzają się zaćmy, u których brunatna barwa powstaje wskutek przekrwienia tkanki; w takich przypadkach jednak przyczyną powstania zaćmy bywa krwotok w gałce ocznej i dlatego proponuje podobne zaćmy nazywać *Cataracta haemorrhagica*. Natomiast przyczyną czarnego zabarwienia zaćmy czarnej bywa stwardnienie włókien soczewki, odpowiadające fizykalnemu stanowi protoplazmy. Wskutek tego stają się włókna silniej światło łamiącemi tak, że światło je przenikające silniej się rozpiezcha, a temsamem soczewka wydaje się czarną.

O aglutynacyi dwoinków zapalenia płuc. (Über Agglutination der Pneumokokken). Dr Karnel Scholz.

Autor podjął się przez badanie aglutynacyi rozstrzygnąć, czy dwoinki zapalenia płuc są drobnoustrojami o w właściwych sobie cechach, czy też należy rozróżnić więcej ich rodzajów. Do badania użył jednego rodzaju z fabryki Mercka w Darmstadzie, trzy z wrzodu rogówki, a trzy z płuczin chorych na zapalenie płuc. Pokazało się przytem, że aglutynacya tych drobnoustrojów trwała dłużej aniżeli u innych rodzajai drobnoustrojów. Doświadczenia te potwierdzają badania Kindborga, że surowica otrzymana z jakiegokolwiek rodzaju dwoinków zapalenia płuc, aglutynuje najłatwiej i najrychlej ten rodzaj dwoinków, z których powstała. W przeciwieństwie do Kindborga musi autor zauważyć, że pomiędzy dwoinkami zapalenia płuc istnieją pewne pokrewne rodzaje, które mają wpływ na aglutynacyę. W końcu przychodzi autor do wniosku, że jest rzeczą możliwą, że surowica dwoinków zapalenia płuc staje się ochronną tylko przeciwko tym drobnoustrojom, które jest w stanie aglutynować. Wskutek różnorodności tych dwoinków surowica R o e m e r a nie może dodatnio wpływać na wszystkie wrzody powstałe z zakażenia dwoinkami zapalenia płuc.

T. LVI. Z. II.

O leczeniu krótkowzroczności. (Über die Behandlung der Kurzsichtigkeit), Prof. Hess.

Autor skłania się do całkowitej poprawy szklami krótkowzroczności, gdyż jak dokładnem mierzaniem udowodnił, nie istnieje wzmoczenie się ucisku śródocznego przy akomodacyi, na co głównie inni autorowie kładli nacisk i którą to zmianę uważali jako czynnik przyczynowy w zwiększaniu się krótkowzroczności. Następnie wykazuje on, że występujące zmniejszanie się obrazów przy akomodacyi (*Micropsia*) nie polega na zmniejszeniu się obrazków siatkówki, lecz jest ono objawem czysto podmiotowym, a za-

tem dla oka nie szkodliwym. Najważniejszem jest to, jak sądzi Hess, że przy całkowitej poprawie przeciwdziała się postępowi krótkowzroczności, a to tembardziej, że najbardziej w tym kierunku miarodajny czynnik, który wskutek wzmagającego się ucisku śród-ocznego może spowodować wydciecie się tylnej części gałki ocznej, polega na działaniu zewnętrznych mięśni ocznych przy ich zbieżności, temsamem jest bardzo wskazaniem wysunąć kres dali o ile możliwości, jak najdalej. Autor naprowadza liczne przykłady, w których całkowita poprawa wzroku była znoszoną przez długi czas bez zarzutu i oznacza to szkło jako całkowicie krótkowidzenie poprawiające, które przy kilkakrotnem badaniu podmiotowem i przy prawidłowych warunkach oświetlenia, a także przy prawidłowej szerokości źrenic okazało się jako najslabsze i którem to szkłem oko niezalewane atropiną osiągnęło najlepszą bystrość wzroku.

Prace z dziedziny powstania współczulnego zapalenia gałki ocznej. (Arbeiten aus dem Gebiet der Aetiologie der sympathischen Ophthalmie). Dr Roemer.

V. *Postulate zur Erforschung der sympathischen Ophthalmie.*

Jako czynnik mający służyć do zbadania współczulnego zapalenia oka oznacza autor nasamprzód badanie ogólne ustroju i badanie krwi u osób dotkniętych tą chorobą. Następnie po zbadaniu pozao-ocznych części należy się podjąć badania oka. Autor wykazuje, że dotychczasowe badania dotyczyły się bardzo nie wielkiej grupy drobnoustrojów, z czego wyłania się konieczność dokładnego poznania wszystkich tych drobnoustrojów tak pod względem ich liczby, jak i jestestwa, które mogą się stać dla oka niebezpiecznymi. Następnie należy przyjąć, że zapalenie współczulne oka jest chorobą swoistą. Jest dalej następnym postulatem dla badań doświadczalnych, ażeby przedewszystkiem wszystkie badania były skierowane i doświadczane przez wprowadzanie drobnoustrojów wprost do głębi gałki ocznej. Ze względu, że zapalenie takie może jeszcze po upływie kilku miesięcy wystąpić, należy przyjąć, że drobnoustroje powodujące takie zapalenie są bardzo trwałymi; następnie muszą one mieć jeszcze tę zaletę, że wywołują przewlekłe zapalenia plastyczne i mogą stać się szkodliwymi tylko oku, a nie ustrojowi całemu, w końcu uważa autor jako rzecz najważniejszą, robienie próbných zastrzykiwań na małpach.

Uwagi o wpływie stwardnienia i zamarcia na soczewkę. (Bemerkungen über den Einfluss der Härtung und des Absterbens auf die Linse). Dr Hikida.

Autor badał szereg soczewek zwierzęcych pod wpływem zamarcia i różnorodnych środków stwardniających i znalazł, że jądro

soczewek gęstniało podobnie jak przy powstawaniu zaćmy starczej i że przyczyną tego objawu była marskość soczewki zupełnie analogicznie, jak przy zaćmie. Na podstawie tych badań, przychodzi on zgodnie z Petersem do przekonania, że przy rozmaitych postaciach zaćmy najważniejszą rolę odgrywa zgęstnienie jądra.

Ślepotą z chininy z opisem jednego przypadku. Dr Parker.

Autor pisze o jednym chorym z zapaleniem oskrzeli i płuc, który przez pomyłkę otrzymał jednej nocy 240 granów siarczanu chininy. Następstwem tego było zatrucie chininą ze znanymi objawami. Prócz tego były obie źrenice bez odruchu, rogówki zmętnione, ucisk śródoczny zmniejszony i silne ograniczenie pola widzenia. Na dnie oka obustronnie były tarcze nerwu wzrokowego b. blade, w ogóle całe dno oka było blade. W żyłach były zakrzepy a tętnice były zatkane. Po leczeniu nitrogliceryną, amylnitrytem i strychniną, nastąpiło pomału polepszenie i całkowite wyleczenie.

Przyczynek do współczulnego zaniku nerwu wzrokowego. (Zur Frage der sympathischen Sehnervenatrophie). Dr Pa-genstecher.

Autor opisuje przypadek, w którym po wyjęciu jednego oka ociemniałego wskutek okaleczenia, na drugim oku zmniejszyła się bystrość wzroku, a równocześnie powstało mgliste widzenie i bóle głowy. Ze względu na ujemne badanie przedmiotowe sądzono, że chory symuluje. Ponieważ jedyny podobny znany z literatury przypadek był uważany jako *neuritis retrobulbaris hereditaria*, sądzi więc autor, że zanik nerwu powstały na drodze współczulnego zapalenia w ogóle nie istnieje.

Berl. klin. Wchschrift. 1907. (Referent Dr W. Reis).

Nr 8. *O operacyi zapomocą magnezu w okulistyce.* (Über die Magnet-Operation in der Augenheilkunde). Hirschberg.

Autor opierając się na kilkudziesięcioletniem własnem doświadczeniu występuje jeszcze raz przeciw tu i ówdzie pojawiającym się poglądom o dobrem znoszeniu ciała obcego przez oko — prędzej czy później występują zawsze objawy zapalne prowadzące do zupełnej ślepoty. Także niesłusznem jest twierdzenie, jakoby każde świeżo skaleczone oko, badane wielkim magnezem Haab'a,

w razie nieobecności żelaza nie wywoływało żadnego bólu i że ten brak bólu może służyć jako moment różniczkowy. Przy otwartej ranie posługuje się H. najczęściej swym małym magnesem. W latach 1896—1903 miał H. w leczeniu 64 przypadków żelaza w siatkówce i ciele szklistem. Z tej liczby 36 przypadków osiągnęło trwałą i dobrą bystrość wzroku; w 6-ciu przypadkach zdołano zaledwie zachować zewnętrzną postać oka; w 22 ch przypadkach musiano gałkę wyłuszczyć. W końcu przytacza H. obszernie historie choroby dwóch świeżo spostrzeganych przypadków.

Nadmiarowość i jej oznaczenie bez skiaskopii. (Die Hypermetropie und deren Bestimmung ohne Skiaskopie). Lysitras.

Na podstawie własnych spostrzeżeń zaleca L. praktyczne postępowanie, umożliwiające oznaczenie całkowitej nadmiarowości tylko zapomocą badania szklami bez użycia metod przedmiotowych. Autor uważa za stopień nadmiarowości jawnej to szkło wypukłe, przy pomocy którego osiąga się najlepszą poprawę bystrości wzroku, stopień zaś nadmiarowości utajonej oznacza nam szkło, które jest w stanie poprawioną bystrość wzroku utrzymać bez pogorszenia. Suma siły łamiącej obu soczewek oznaczać ma stopień nadmiarowości całkowitej. Zastosowanie metody autora może dać jeszcze pewne wskazówki przy zapisywaniu odpowiednich szkieł. Stopień nadmiarowości jawnej podlega częstym wahaniom, zależnie od tego przepisane szkła mogą się stać w krótkim przeciągu czasu dla dalekowidza nieodpowiednie. Z góry możemy przewidzieć ten wypadek, jeżeli obok szkła poprawiającego bystrość wzroku znajdziemy także szkło silniejsze, które bynajmniej jednak jeszcze bystrości wzroku nie pogarsza. W takim razie należy zapisać nadmiarowemu szkło cokolwiek słabsze. Szkło zaś zupełnie wyrównujące nadmiarowość jawną zapisać należy tylko w tych przypadkach, w których najsilniejsze szkło wypukłe najlepszą daje poprawę bystrości wzroku, w których zatem stopień nadmiarowości jawnej jest ilością stałą.

Nr 9. *Przypadek ślepoty chininowej.* (Ein Fall von Chinin-Amaurose). Seeligson.

U chorej niedokrwistej, 36-letniej, cierpiącej na ciągłe bóle głowy występuje po zażyciu 6 gramów chininy w przeciągu trzech dni nagła obustronna ślepotą. Obraz dna oka podobny do obrazu zatkania tętnicy środkowej. Po dwóch miesiącach następuje poprawa bystrości wzroku, a po trzech latach występują objawy zaniku nerwu wzrokowego. Pole widzenia współśrodkowo zwężone, zdolność odróżniania siły światła upośledzona.

Dla poznania patogenezy tych zaburzeń istnieją tylko spo-

strzeżenia z doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach, dotychczas bowiem brak protokołu sekcyjnego z przypadku ślepoty wskutek nadmiernego użycia chininy. Brunner przypuszczał, że niedokrwienie siatkówki jest przyczyną ślepoty, ściany zapadłych naczyń zlepiają się, a krążąca we krwi chinina działa jako bodziec zapalny. Barabascer i Schweinitz przypisywali zwężenie naczyń podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych. Inni badacze, jak: Birch-Hirschfeld, Altland upatrywali główny czynnik dla ślepoty chininowej w schorzeniu warstwy komórek zwojowych siatkówki. To ostatnie jednak zapatrywanie nie zgadza się z klinicznymi objawami u człowieka. Znamienne zwężenie naczyń, spostrzegane w początkowym okresie zatrucia, jest, według Lebera, pierwotnym objawem, podczas gdy zaburzenia w samej siatkówce zaliczyć należy do zmian następujących.

Contrib. f. pr. Aghk. 1907. Z. 1. (Ref. Dr L. Gruder).

Rzadki przypadek pojedynczej jaskry, po dwudziestu latach anatomicznie badany. (Ein seltener Fall von einfacher Drucksteigerung, nach 20 jährigem Bestande anatomisch untersucht). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Zwykle jaskrę pojedynczą (*Glaucoma simplex*) oddzielamy odrębnie od jaskry zapalnej (*Glaucoma inflammatorium*). Autorowie przytaczają przypadek kliniczny, którym spostrzegano przejście jaskry pojedynczej w zapalną. Trwało to w tym przypadku dwadzieścia lat, zanim objawy jaskry zapalnej wystąpiły. Przypadek ten również poucza, iż przez 20 lat można codziennie fyszostygminą zakraplać do woreczka spojówkowego bez obawy wywołania jakichkolwiek zmian na spojówce, pod warunkiem, iż rozczyn będzie aseptycznym przez przygotowanie go.

W r. 1886 pacjentka 23-letnia zaniemogła na lewym oku i była w stanie tylko rozróżnić zaledwie światło. Prawe oko prawidłowe. Badanie wykazuje na pr. oku V = norm., taksamo i pole widzenia prawidłowe. Lewe oko zewnętrznie bez zmian, rogówka przezroczysta, źrenica taksamo szeroka, jak na prawem. Ucisk śródoczny nieco podniesiony ($T + \frac{1}{2}$). V = ruchy ręką przed okiem; wziernikiem widać wyłobienie zupełne, głębokości 2,25 mm.

Rozpoznano: *Glaucoma simplex absolutum juvenile oculi sinistri*; zalecono zakraplanie fyszostygminy i zgłaszanie się u lekarza.

Przez 19 lat chora trzymała się ściśle danych przez lekarza wskazówek. Prawe oko pozostało zdrowem. Po 19 latach granice tarczy wzrokowej lewego oka były niewyraźne, żyły spojówkowe na gałce rozszerzone, cała gałka w stanie zapalnym, rogówka mętna, soczewka nieprzezroczysta, źrenica szeroka, ucisk silnie podniesiony. Wyluszczenie ślepego oka.

Badanie anatomiczne wykazuje na gałce zmiany, napotykanę zwykle po długotrwałej jaskrze: okrężne zrośnięcie obwodowej części komory (*Kammerwinkel*), zanik naczyńki, zagłębienie i zanik nerwu ocznego. Rozszerzenie naczyń *arteriae ciliares breves posteriores* przy równoczesnym zaniku ścian w części międzyciarkówkowej napotyka się często przy jaskrze, podobnie jak rozszerzenie naczyń ciała rzęskowego.

Wrodzony wytwór tkanki łącznej w ciele szklistem. (Angeborene Bindegewebsbildung im Glaskörper). Prof. Hirschberg i Dr Fehr w Berlinie.

Autorowie opisują szczegółowo z podaniem ryciny znany obraz wytworu tkanki łącznej w ciele szklistem, jako pozostałość *arteriae hyaloideae*.

1907. Z. 2.

Przypadek przerzutowego zapalenia oka z badaniem anatomicznem. (Ein Fall von metastatischer Augenentzündung mit anatomischer Untersuchung). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Chłopiec 11-letni zachorował na reumatyzm stawów; po dalszych dwóch tygodniach *sepsis*. Po miesiącu stan ogólny znacznie się polepszył.

W miesiąc po wystąpieniu choroby lewe oko przedstawiało następujący stan: Gałka miękka, bolesna na dotyk, rogówka przezroczysta, źrenica okrągła. Na przedniej torebce małe białawe zmętnienie. Soczewka przezroczysta; za nią szaro-białawy ropień w ciele szklistem z wybroczynami.

Rozpoznano przerzutowy ropień ciała szklanego po gorączce septycznej; zalecono atropinę i kokainę. Prawe oko prawidłowe $V = -2.25 D = \frac{5}{5}$. Pole widzenia prawidłowe.

Ponieważ lewe oko było całkiem ślepe i silnie bolesne, wyjęto gałkę.

Po przecięciu gałki w kierunku pionowym widać było znacznie zmniejszone ciało szkliste, odcepione ciało rzęskowe i liczne drobne ropnie na dnie oka. Tarcz nerwu wzrokowego, silnie obrzmiała,

wykazuje liczne nacieki około naczyń. Z lejkowatego wyżłobienia wznosi się do ciała szklistego wystający czop, z typowej tkanki granulacyjnej złożony. Sam nerw wzrokowy przesiąknięty limfocytami i leukocytami wieloziarnistymi. Ziarna znajdują się nie tylko w t. zw. septach i środkowej tkance łącznej, lecz także wewnątrz grup włókien nerwowych.

Tkanka granulacyjna na tarczy i na *pars plana* ciała rzęskowego wykazuje to samo stadyum. Możemy przeto przyjąć, iż w tych dwóch miejscach wystąpiły krążące w krwi mikroorganizmy i spowodowały zapalenie wysiękowe i bujanie tkanki *Iritis* i *retinitis* są już dalszem i późniejszym następstwem.

1907. Z. 3.

Ciała obce w tęczówce oka zresztą prawidłowego bez wywołania objawów zapalnych. (Fremdkörper, in der Regenbogenhaut eingeheilt und reizlos ertragen in sonst regelrechtem Auge).
Dr Emil Bock.

1. Chory 42 l. przed szeregiem lat otrzymał uderzenie w oko lewe odłamkiem węgla kamiennego. Lekarz znalazł wówczas małe ciało obce w tęczówce. Po kilku dniach objawy zapalne ustąpiły.

Ponieważ obecnie nabawił się kiły, udał się do lekarza. Pr. oko bez zmian. Lewe oko zewnętrznie prawidłowe, komora głęboka, tęczówka nieco jaśniejsza od tęczówki drugiego oka, w górnej połowie 4 mm szeroka, w dolnej 2 mm, a źrenica tworzyła pionowy owal, nieco ku dołowi przeciągnięty. Na dolnej połowie tęczówki, od strony nosowej, drobne, wielkości ziarna pieprzu, ciemne ciało obce. W najbliższej okolicy tego ciała tęczówka utraciła swój znany rysunek i przedstawia się nieco odbarwioną. Delikatny fałd z powierzchniowych warstw tęczówki łączy ciało obce z sąsiednią częścią tęczówki, podczas gdy tylna barwikowa część przylega do soczewki (zrost). Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe.

2. Robotnik 28-letni przed 5 laty uderzony został odłamkiem drzewa. Badaniu przez lekarza chory wówczas się nie poddał.

Pr. oko zewnętrznie bez zmian, bez jakiegokolwiek blizn. Na powierzchni tęczówki od strony nosowej, walcowate ciało obce 3 mm długości, grubości nici grubej do szycia ran. W najbliższym sąsiedztwie tęczówka utraciła swój regularny rysunek i zabarwienie, podczas gdy reszta tęczówki zupełnie prawidłowa i podobna do tęczówki drugiego oka. Odpowiednio do ciała obcego widać na powierzchni soczewki kilka drobnych punkcików barwikowych, resztki przyczepin tylnych. Dno oka prawidłowe. $V = \frac{6}{8}$. Lewe oko prawidłowe, $V = \frac{6}{6}$.

W obu przypadkach nie można było wykazać miejsc wejścia ciał obcych, mimo starannych badań. W obu także przypadkach ciała obce, spowodowawszy lekkie, ograniczone zapalenie na tęczęwce, bez przeniesienia się na resztę tęczęwki, trwale przymocowane zostały do powierzchniowych jej warstw, bez wywołania zmian chemicznych lub zapalnych, jakie napotykamy np. przy wypadnięciu żelaza lub miedzi.

Chemiczne własności takich ciał, jak węgiel kamienny lub drzewo, umożliwiają w pewnych warunkach okoliczność, iż ciała obce przez długie lata mogą pozostać w oku, bez wywołania zmian szkodliwych.

Rzadki przypadek samoistnego zagojenia oderwania siatkówki (Ein seltener Fall von Selbstheilung der Netzhaut-Ablösung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Chora 50-letnia, od 16 roku krótkowidząca, uderzona silnie butem w prawe oko. Po trzech tygodniach oderwanie siatkówki w górnej połowie zupełne, pod dolnym brzegiem pęknięcie siatkówki 4 razy długie, jak tarcz, a 7 razy tak szerokie. Lewe oko niezmienione.

Zalecono spokój, poty i KJ. Opaski chora nie znosiła. W ciągu następnych 6 miesięcy stan choroby stopniowo tak dalece się polepszył, iż nareszcie nie było żadnych śladów oderwania tęczęwki i pęknięcia jej; oko czytało Sn. $1\frac{1}{2}'$ w odległości $3-3\frac{1}{2}''$. Pole widzenia prawidłowe z wyjątkiem okolicy od góry wewnątrz.

Przypadek obustronnej oślepienia wskutek strzału w skroń. (Ein Fall von doppelseitiger Erblindung durch Schläfenschuss). Prof. J. Hirschberg.

Strzał w prawą skroń spowodował obustronną ślepotę u 32 l. mężczyzny. Pr. oko zewnętrznie niezmienione; źrenica szeroka. Z dna oka ciemno-czerwonawy odblask bez możności rozpoznania szczegółów. L. oko wykazuje opadnięcie powieki górnej. Gałka nastrożona, rogówka mętna, silnie unaczyniona, tęczęwka zgrubiała, źrenica nieregularna i w wielu miejscach zwieracz źrenicy pęknięty. Torebka soczewkowa silnie w pionowe fałdy zmarszczona. Dno oka nie do zbadania.

Badanie promieniami Roentgena wykazało kulę w lewym oczodole i liczne mniejsze odłamki w sąsiedztwie.

Po dwóch miesiącach chory widział prawem okiem ruchy ręki. Lewe oko ślepe. Kula przeszła więc przez oba oczodoly i przerwała oba nerwy wzrokowe.

La Clinica oculistica. 1906. czerwiec. (Ref. Dr A. Langie).

Przypadek exophthalmus pulsans wyleczony wkraplaniem adrenaliny. (Un caso di esoftalmo pulsatile guarito con instillationi di adrenalina). Prof. Gasparri.

U chorego lat 36 liczącego, zresztą zdrowego, dotkniętego od miesiąca tętniącym wysadzeniem oka prawego, zastosował autor wkraplanie 4 razy dziennie roztworu adrenaliny (40 kropli na 20 gr. wody)—wewnętrznie KJ. Po 12 dniach wysadzenie zmniejszyło się o połowę, wobec czego pozostano nadal przy tem samym leczeniu i po niespełna 2 miesiącach choroba całkowicie ustąpiła. Pomyślny wynik przypisuje autor wkraplaniu adrenaliny, gdyż podawany poprzednio przez innego lekarza jod wewnętrznie wywołał pogorszenie, a również gdy adrenalinę na 4 dni odstawiono, wysadzenie gałki zwiększyło się. Wkraplania stosował G. po ustąpieniu objawów choroby jeszcze przez miesiąc, a widząc chorego po dłuższym czasie ponownie, nie zauważył żadnego nawrotu.

Znieczulenie w chirurgii ocznej. (L'anestesia in chirurgia oculare). Prof. Calderaro.

Wobec panującej niezgody między okulistami co do posługiwania się narkozą ogólną a znieczuleniem miejscowym przy operacjach ocznych, uważa autor za wskazane podać swoje zdanie, oparte na doświadczeniu, czerpanem z 5 tysięcy operacji okulistycznych, wykonanych w jego klinice. Używa on przeważnie znieczulenia miejscowego, wyjątkowo narkozy. Do znieczulenia stosował kolejno: tropakokainę, eukainę, holokainę, akoinę, nirwaninę i stowainę, lecz ostatecznie powrócił do kokainy, która jest najlepszą. Używa *cocainum muriaticum* fabric. Merck i to do wkraplań w roztworze 4%, zaś w roztworze 1% do wstrzykiwań pod spojówkę, pod skórę lub w tkankę oczodołu; z roztworu tego wstrzykuje najwyżej 5 strzykawkę Prawatza t. j. 0.05 kokainy.

Do znieczulenia wystarcza albo samo wkroplenie, albo wstrzyknięcie, albo jedno i drugie, stosownie do tego, jaki zabieg operacyjny ma być wykonany. Przy wkropleniu kokainy do worka spojówkowego wykonywa operacje powierzchowne w spojówce, irydektomię, wyjęcie zaćmy, wydobywanie ciał obcych z gałki, operację garbiaka. Przy wstrzyknięciu robi wszystkie operacje na powiekach, wyciskanie ziarn jaglicowych, operacje na woreczku łzowym i usunięcie ograniczonych powierzchownych guzów oczodołu. Przy kombinacji wkraplania ze wstrzyknięciem przecina lub przerywa mięśnie, robi wypatroszenie gałki (*exenteratio*) i wyluszczenie (*enucleatio*).

Znieczulenia ogólnego czyli narkozy (po wypróbowaniu różnych zalecanych środków uważa za najlepszy chloroform) używa jedynie w przypadkach wypiłowania ściany oczodołu sposobem Kroenleina celem usunięcia głębokich guzów oczodołowych. Również ucieka się do narkozy we wszystkich operacjach, gdy chodzi o chorych bardzo wrażliwych, niespokojnych lub o dzieci, a więc tam, gdzie pragnie zapewnić sobie niezbędną przy operacji spokój. Wtedy jednak posługuje się tylko półnarkozą i równocześnie znieczuleniem miejscowym kombinowanym (wkraplanie i wstrzyknięcie kokainy).

Ostatecznie więc zaleca bardzo swoje postępowanie, mające, jak widzimy, na celu ograniczenie narkozy ogólnej do wyjątkowych tylko przypadków, a natomiast powszechne zastąpienie jej znieczuleniem miejscowym.

1906. Czerwiec. Lipiec — Sierpień.

O gruźlicy twardówki. (Sulla tubercolosi della sclera).
Prof. Calderaro.

Sądzone początkowo, że z pośród tkanek ocznych tylko twardówka niedostępną jest dla pierwotnej gruźlicy, a to dzięki swej zbitości, skąpemu unaczynieniu i pokryciu przez spojówkę, chroniącą ją od zakażenia z zewnątrz. Co najwyżej spotykano tylko dość zresztą rzadkie przypadki gruźlicy następowej, przeniesionej tu z najbliższego sąsiedztwa to jest z naczyniówki. Dopiero przypadki Köhlera (1884 r.) i Müllera (1890 r.) dowiodły, że chociaż istotnie bardzo rzadko, przecież można spotkać pierwotną gruźlicę w twardówce.

Autor obserwował w swojej klinice ostatnimi czasy trzy takie przykłady, na podstawie których odtwarza obraz kliniczny tej choroby. Przedewszystkiem należy odróżnić w przebiegu pierwotnej gruźlicy twardówki 3 okresy: Pierwszy, w którym pojawia się w przedniej części twardówki w odległości zwykle kilku milimetrów od *limbus* mały okrągławy guzek szarawy, otoczony naczynkami naczyń obrączką, a pokryty spojówką; drugi, w którym przychodzi do rozpadu i owrzodzenia, wydobywają się więc na wierzch masy serowate i nekrotyczne i wreszcie trzeci okres regresyi, gdzie po oddaleniu mas rozpadłych przychodzi do zabliznienia. Rokowanie jest względnie dobre, gdyż wyleczenie samoistne zwykle następuje, a leczenie powinno być wyczekujące, ograniczone tylko do odkażania miejscowego zapomocą rozczynów przeciwniejących i do podtrzymywania sił chorego. Wyłuszczać gałki nie radzi, dopóki guzek jest ograniczony i nie rozszerza się na błony we-

wnętrzne oka, a zwłaszcza na naczyniówkę. W tym ostatnim przypadku chęć zachowania oka mogłaby stać się bardzo niebezpieczną dla życia chorego.

W ogóle spostrzegane dotąd nieliczne przypadki przemawiają, zdaniem autora, za tem, że istnieje niewątpliwie gruźlica pierwotna twardówki, występująca w postaci odosobnionego guzika, o przebiegu łagodnym prowadzącym zwykle do samoistnego wyleczenia. Przyczyną zdaje się być zakażenie zewnętrzne nawet wtedy, gdy osoba chora dotknięta jest zmianami gruźliczemi wewnątrznych narządów. Gruźlica pierwotna twardówki, o ile nie przyjdzie na naczyniówkę, nie grozi ogólnem rozsianiem gruźlicy w całym ustroju.

1907. Styczeń.

O zdolności przenoszenia się jaglicy z człowieka na małpę. (Sulla transmissibilità del tracoma dell'uomo alla scimmia). Prof. Bajardi. Siena.

Mimo, że już 25 lat temu przedłożył Sattler swe pierwsze wyniki badań nad przyczyną jaglicy, mimo dalszych poszukiwań za jej drobnoustrojami chorobotwórczymi, dokonanych przez Müllera, Raehlmanna, Luerssena i in., patogeneza tej choroby otoczona jest ciągle jeszcze nieprzenikniętą mgłą tajemnicy. Przyczynia się do tego w znacznej mierze i to, że do niedawna nie udało się wywołać jaglicy u zwierząt, co pozwoliłoby na cały szereg doświadczeń i badań nad jej ostateczną przyczyną. Dopiero w roku 1905 podali wiadomość Hess i Roemer, że udało się im wywołać szczepieniem wydzieliną jaglicowej u dwóch małp zmiany podobne do *trachoma* a w maju 1906 r. ogłosili dalsze wyniki, oparte na doświadczeniach z 13 małpami robionych.

Autor robił doświadczenia z 4 małpami w ten sposób: brał maleńkie kawałeczki wyciętej spojówki jaglicowej człowieka, rozmięczał je w roztworze fizyologicznym i płyn ten wkraplał do worka spojówkowego małp, porobiwszy poprzednio płytkie nacięcia w spojówce. Zwykle dopiero w ciągu czwartego tygodnia od szczepienia pojawiał się obraz kliniczny, odpowiadający w zupełności świeżej ostrej jaglicy u człowieka. Jakkolwiek rzecz wymaga dalszych jeszcze badań, to już dotychczasowe doświadczenia uprawniają do twierdzenia, że jaglica ludzka da się zaszczerpić małpie i że wywołuje w spojówce zwierzęcia tego chorobę, która posiada kliniczne i anatomiczne znamiona jaglicy. Wskazuje to więc nową drogę dalszym poszukiwaniom, które może doprowadzą do wykrycia zarazka jaglicowego, a co zatem idzie i do znalezienia najodpowiedniejszego środka leczniczego.

Ophthalmology. (Milwaukee). Vol. III. Nr 3. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Oczy i bystrość wzroku u ptaków, ze szczególnem uwzględnieniem obrazów dna oka (The Eyes and Eyesight of Birds, with especial Reference to the Appearances of the Fundus Oculi). Casey A. Wood (Chicago).

Na wstępie wykazuje autor, jakie znaczenie mieć może i jakie przedstawia korzyści dla okulistyki szczegółowe poznanie anatomii i fizjologii porównawczej narządu wzroku. Niejednokrotnie pewne wrodzone nieprawidłowości oka ludzkiego dopiero w świetle badań porównawczo anatomicznych stają się nam zrozumiałe, odpowiadają bowiem prawidłowym i trwałym stosunkom anatomicznym w oczach niższych zwierząt. Szczególne zajęcie budzi jednak budowa oczu ptasich, ze względu na ich znakomitą sprawność czynnościową. Autor zajął się badaniem bądź to *in vivo* zapomocą wziernika, bądź też *post mortem* przy pomocy mikroskopu oczu różnych okazów ornitologicznych z ogrodu zoologicznego w Londynie. Przedewszystkiem uwzględnił oczy orłów i sokołów, których bystrość wzroku jest przysłowiową, a także oczy sów, których ustawienie pozwala na widzenie binokularne, jakie jest udziałem przeważnej części ssawców i człowieka. Na podstawie swych badań dochodzi do następujących wniosków:

1) Oczy ptaków wyposażone są najczęściej znakomitą bystrością, oraz nadzwyczaj sprawną i szeroką akomodacją.

2) Sowy posiadają widzenie obuoczne i wielki stopień zdolności adaptacyjnej. Oczy ich z wielu względów zbliżają się bardzo do oczu ludzkich.

3) Tak zwany *pecten* (kurczliwe wypustki naczyniowe, otaczające tarczę nerwu wzrokowego) znajduje się w oczach wszystkich ptaków bez wyjątku. Autor wykazał, że i *Apteryx* posiada *pecten*, o czem dotychczas powątpiewano. Organ ten, mogący się przez dopływ lub odpływ krwi zmniejszać i powiększać ma, zdaniem autora, wpływać na zmianę położenia soczewki i odgrywa w ten sposób ważną rolę w mechanizmie akomodacji.

4) Przeważna część dzikich ptaków ma oczy nadmiarowe, u ptaków domowych spotyka się myopię, hypermetropię, a nawet i astygmatyzm.

5) Szerokość i szybkość akomodacji jest u ptaków o wiele większa niż u innych zwierząt i u człowieka.

6) Siatkówka niektórych ptaków posiada dwa, a nawet trzy miejsca najwyraźniejszego widzenia, jakby tyleż żółtych plamek, co w wysokim stopniu ułatwia im orientację.

7) Znaczna przewaga czopków nad przeciekami w siatkówce przemawia za silnie rozwiniętym poczuciem barw.

8) Pewne zboczenia wrodzone w oku ludzkim dają się homologicznie wywieść z budowy oczu płasich, tak np. zaćmienia torebki soczewkowej u tylnego bieguna i *arteria hyaloidea persistens* są, zdaniem autora, pozostałościami tworów odpowiadających wspomnianemu wyżej *pecten* w oczach ptaków.

Gruźlica rogówki wyleczona zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny. (Keratitis tuberculosa relieved by Tuberculin Injections). Levis Ziegler (Filadelfia).

Na podstawie szczęśliwie wyleczonego przypadku gruźlicy rogówkowej i na podstawie zapatrywań licznych badaczy, których prace przytacza, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) *Keratitis tuberculosa* nie różni się niejednokrotnie z objawów niczem od *keratitis interstitialis*.

2) Wstrzyknięcie tuberkuliny jest najlepszym środkiem rozstrzygającym rozpoznanie w wypadkach wątpliwych.

3) Badania bakteryologiczne, szczepienie na zwierzętach i uwzględnienie stanu ogólnego, mogą dostarczyć nam również cennych wskazówek.

4) Wstrzykiwania tuberkuliny mają również niewątpliwie korzystny wpływ na przebieg gruźliczych zapaleń oka.

Wreszcie podaje autor najmniejsze dawki tuberkuliny, jakich użyć potrzeba w celach rozpoznawczych, oraz ilości tuberkuliny potrzebne do osiągnięcia wyniku leczniczego.

Leczenie jaskry prostej. (The Treatment of Glaucoma simplex. Iridectomy, Myotics, Sympathectomy). Frederick Cheney (Boston).

Niema może drugiej sprawy w zakresie terapii okulistycznej, w którejby zdania tak się rozbiegały, jak w sprawie leczenia jaskry prostej. Podczas gdy w przypadkach jaskry ostrej i podostrej w okresie zapalnym irydektomia uznana jest powszechnie za zabieg nietylko usprawiedliwiony, ale wskazany, bo skuteczny, a *miotica* uważane są za środki pomocnicze drugorzędne, to wobec jaskry prostej stanowczości w tym względzie niema żadnej. Irydektomia ma wielu zwolenników, ale nie brak takich, którzy przed nią przestrzegają, jako przed zabiegiem obosiecznym, mogącym przyspieszyć ślepotę. Jedni polecają przez lata całe stosować piokarpinę lub ezerynę, inni nie wierzą, aby tym sposobem można zażegnać niebezpieczeństwo ostatecznej utraty wzroku. W ostatnich znów czasach postawiono także sympatektomię w rzędzie sposobów sku-

tecznie zwalczających jaskrę prostą. Autor wychodzi z tego przekonania, że jedynym i koniecznym warunkiem powstrzymania choroby jest szluczne obniżenie ucisku śródocznego, nawet, gdy nie jest bezwzględnie wygórowanym, t. zn., gdy nawet najwprawniejsze palce podwyższenia ucisku nie mogą wykazać. To swoje stanowisko usprawiedliwia, podnosząc, że zagłębienie tarczy i zanik nerwu przy jaskrze prostej zależy nie od wzmożenia ucisku śródocznego, lecz od zwałenia *laminae cribrosae*, która poddaje się już prawidłowemu ciśnieniu śródgałkowemu. Za najskuteczniejszy sposób trwałego obniżenia napięcia uważa autor irydektomię dobrzezną i radzi ją wykonywać w przypadkach jaskry prostej. Wyraża przekonanie, że gdyby okoliczności pozwalały w przypadkach tych operować tak wcześniej, jak się zwykle operuje jaskrę zapalną, to wyniki nie byłyby gorsze. Najczęściej jednak, we wczesnych okresach cierpienia, kiedy ani bystrość naosiowa, ani pole widzenia nie doznały jeszcze znacznieszego uszczerbku, chorzy niechętnie na operację przystają, podejmowanie zaś operacji w daleko już posuniętych przypadkach dyskredytuje wartość jej tak w oczach chorych, jak i lekarzy. Na *miotica* przystaje autor w przypadkach jaskry prostej u ludzi podeszłych, u których zanik wzroku postępuje zwolna i gdzie można mieć nadzieję, że się im w ten sposób na resztę życia bez operacji jaki taki wzrok zachowa. Co do sympatektomii nie można, zdaniem autora, powiedzieć dziś o niej nic stanowczego. zbył mało bowiem dotąd jednolitych i miarodajnych spostrzeżeń.

Leczenie jaskry prostej. (The Treatment of Glaucoma simplex. Discussion of Dr Cheney's Paper). William Campbell Posey (Filadelfia).

Autor w odpowiedzi na wywody zawarte w pracy Cheney'a bierze w obronę *miotica*, zapomocą których można przez czas prawie nieograniczony utrzymywać *status quo* w przebiegu jaskry prostej. Irydektomia, zdaniem jego, jest operacją trudną i nie wolną od niebezpieczeństw, a lekarz który ją podejmuje w przypadku, gdzie można wzrok zabezpieczyć przy pomocy niewinnych wkraplań, bierze na siebie ciężką odpowiedzialność.

Przebieg i leczenie prostego zapalenia ciała rzęskowego. (The Course and Treatment of simple Cystitis). Edgar Thomson (Nowy York).

Zapalną sprawę ciała rzęskowego, której znamieniem są złogi wypociny włóknikowej na błonie Descemeta, dla której istnieją nazwy nie dość szczęśliwie dobrane, jak *iritis serosa*, *descemetitis*, *aquacapsulitis*, *keratitis punctata etc.* radzi autor nazywać: *cystitis*

simplex. Etiologia tego cierpienia nie jest dostatecznie poznana. Najwięcej prawdopodobieństwa przemawia za nieprawidłowo zmienionym chemizmem trawienia. Leczenie również nie jest ustalone i daje wyniki całkiem niepewne. Autor jest zwolennikiem irydektomii, która, jeśli jest poprawnie wykonana nie pogarsza wcale stanu zapalnego, lecz przeciwnie przez upust krwi z tęczówki i z ciała rzęskowego, przez zmniejszenie działania zwieracza źrenicy i przez ułatwienie krążenia limfy wpływa korzystnie na przebieg choroby i nieraz zapobiega jej nawrotom. Ze względu na możliwy wpływ etyologiczny samozatrucia wytworami rozkładu w przewodzie pokarmowym, podaje autor w pierwszych okresach cierpienia środki przeczyszczające, mianowicie kalomel.

Zaszycie jamy oczodołowej w przypadku jaglicy worka spojówkowego po enukleacji. (Obliteration of the Orbital Cavity in Trachoma of the Conjunctival Sac.). Snyder z Chicago.

U pewnej żydówki, która w dzieciństwie wskutek urazu straciła jedno oko, następnie wyłuszczone, i nosiła protezę, wystąpiła na obu oczach jaglica w ciężkiej postaci. Zwłaszcza cierpienie po stronie wyjętego oka dawało się chorej dotkliwie we znaki. Obrzmienie i zgrubienie spojówki zniewoliło ją do odłożenia protezy, a wydzielina i łzawienie wywołały wyprysk na twarzy. Różne zastosowane sposoby lecznicze nie odnosiły skutku. Jeden z okulistów wyciął znaczną część jaglicą zajętej spojówki i zastąpił ją skądinąd wziętą błoną śluzową. Skutek operacji nie utrzymywał się jednak długo. Płat przeszczepiony skurczył się i cały worek spojówkowy uległ takiemu zbliznowaceniu, że protezy chora znów nosić nie mogła i zarzuciła ją ostatecznie. Z powodu nie dającej się niczem usunąć wydzieliny i łzawienia postanowił autor za zgodą chorej, która wyrzekła się wszelkich względów kosmetycznych usunąć w całości schorzały worek spojówkowy. W tym celu wyciął przy pomocy skalpela i nożyczek całą spojówkę wyścielającą jamę po wyłuszczonej gałce ocznej, następnie usunął doszczętnie gruczoł łzowy, potem wyciął z obu powiek ich chrząstki, a wreszcie okrwawiwszy powieki przez odcięcie ich brzegów wraz z rzę-ami zeszył je zapomocą silnych szwów jedwabnych. Wszystko przygoiło się i zrosło *per primam intentionem* i po tygodniu szwy można było usunąć. Przez doszczętne usunięcie chorego worka spojówkowego została operowana uwolnioną od wydzieliny i łzawienia, a zadawniony wyprysk na policzku w krótkim czasie bez leczenia się wygoił.

O niektórych postaciach punkcikowatych zmian na rogówce, łatwych do przeoczenia. (On some Forms of Superficial Punctate Keratitis easily overlooked). Gradle (Chicago).

Autor opisuje krótko kilka przypadków drobnych, tylko przy pomocy lupy w ogniskowem oświetleniu dostrzegalnych punkcikowatych, powierzchownych zaćmień na rogówce, które były powodem długotrwałego uporczywego zadrażnienia oka. Nie określa bliżej etyologii tych zmian. W niektórych przypadkach występowały one wśród krótkiego nieżyłowego zapalenia spojówek, u kilku chorych pojawiały się po przebyciu i zupełnem już wygojeniu mięszowego zapalenia rogówki na tle dziedzicznego przymiotu. W jednym wreszcie przypadku, wyjątkowo uporczywym, nie można było wykazać ani miejscowej, ani ogólnej przyczyny. Ze środków leczniczych stosował autor azotan srebra, żółtą maść i dioninę.

Widzenie proste mimo odwróconych obrazów siatkówkowych. (Erect Vision with an inverted Retinal Image). Dawid Wells (Boston).

Różne istnieją teorye dla wyjaśnienia, dlaczego mimo odwróconych obrazków na siatkówce widzimy prosto wszystkie przedmioty. Autor wspomina o pracy Jerzego Poullaine'a, który na podstawie badań anatomicznych wykazał, że włókna nerwu wzrokowego nie przebiegają prostolinijnie, lecz opisują w pniu nerwowym łuki, które świadczą o skręceniu całego nerwu o kąt 180° . Ten szczegół anatomiczny ma, zdaniem Poullaine'a, tłumaczyć fizyologiczne wyprostowywanie odwróconych wrażeń wzrokowych. Autora nie przekonywa to rozumowanie. Zdarzają się przecież uieziernie często osobnicze różnice nietylko w drobnych ale i w ważniejszych szczegółach anatomicznej budowy ciała, nie, podobna zatem przypuścić, żeby w tem skręceniu wiązek włókien nerwu wzrokowego nie zachodziły nigdy nieznaczone przynajmniej nieprawidłowości np. żeby skręcenie to nie wynosiło nigdy mniej, ani więcej niż 180° . Gdyby prawdą było, że reinwersya wrażeń siatkówkowych od tego skręcenia nerwu zależy, musiałyby być zatem znane przypadki skośnego lub nawet odwróconego widzenia zewnętrznych przedmiotów. Tymczasem o istnieniu takich przypadków nie nam niewiadomo.

Najbardziej rozpowszochniona teorya przyjmuje wpływ kontroli wrażeń wzrokowych zapomocą zmysłu czucia i dotykania. Dotykaniem mianowicie przekonywa się dziecko, jak są w rzeczywistości ustawione przedmioty, na które patrzy i dzięki temu widzi je prosto, a nie w odwróceniu. Przeciw tej teoryi przemawiają

przypadki, w których zapomocą operacyi przywracano wzrok osobom dorosłym, które były ślepe od urodzenia. W tych razach wrażenia wzrokowe nie powinnyby podlegać reinwersyi, wiadomo jednak, że oczy w tych warunkach operowane widzą wprawdzie *ex anopsia* bardzo słabo, ale widzą wszystko prosto, a nie odwrotnie.

Autor sili się wytłumaczyć zdolność prostego widzenia przebiegiem promieni łączących każdy punkt przedmiotu z odpowiednim punktem obrazka siatkówkowego przez punkt węzłowy oka. Dzięki temu każda cząstka widzianego przedmiotu zostaje umiejscowioną w tem miejscu pola widzenia, w którym się rzeczywiście znajduje, a *eo ipso* i cały przedmiot musi być widzianym prosto, a nie odwrotnie.

O rozpoznawaniu światła i barw. (On the Perception of Light and Color). Ibershoff (z Clevelandu).

Praca ta zawiera szereg drobnych przyczynków do fizjologii wzroku. Przedmiot dzieli autor na trzy części, omawiając z kolei poczucie światła w ogóle, zdolność rozróżniania przedmiotów t. j. ich zarysów, wielkości, oddalenia etc. i poczucie barw. Omawiając stosunki anatomiczne narządu wzrokowego wskazuje autor na nowsze badania, które wykazały, że z jednym włóknem nerwowem połączona jest większa ilość pręcików, podczas gdy znaczna część czopków, zwłaszcza we *fovea centralis* odznacza się tem, iż każdy z nich osobnem włóknem połączony jest z ośrodkami nerwowemi mózgu. Ale i czopki muszą często mieć włókna wspólne, podobnie jak pręciki, zaczem przemawiają następujące liczby. Anatomowie oceniają ilość pręcików na 113,000,000 a ilość czopków na 7,000,000, tymczasem przekrój nerwu wzrokowego wykazuje nie więcej, jak 1,000,000 włókien nerwowych.

Ilościowe poczucie światła niezależne od rozróżniania zarysów i innych szczegółów jest właściwością pręcików. W miejscu zatem, gdzie ich niema, t. j. we *fovea centralis* można, jak wiadomo wykazać przy słabem oświetleniu, przy którym czopki jeszcze nie nie odczuwają, *scotoma centrale absolutum*. Czynność percepcyjna pręcików polega przy tego rodzaju wrażeniach na chemicznej zmianie czerwieni wzrokowej.

Widzenie wyraźne jest przywilejem czopków, czynność ich polega na przemianie energii świetlnej w ciepło. Poczucie barw zależy od współdziałania czopków z pręcikami. Tu zatem energia świetlna częściowo przemienia się w ciepło, częścią zaś powoduje chemiczną zmianę we wrażliwych składnikach siatkówki.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 3. *Trzy przypadki złamania czaszki z prawdopodobieństwem uszkodzenia kostnego przewodu nerwu wzrokowego.* (Trois cas de fractures du crâne suivies de fractures probables du canal optique). Laroyenne, Moreau.

W lugduńskiej klinice okulistycznej prof. Rolleta spostrzegali autorowie trzy przypadki złamania czaszki, które skończyły się bądź to jednostronną zupełną ślepotą, bądź znacznem upośledzeniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. U wszystkich chorych dno oka przedstawiało z początku obraz tarczy zastoinowej, która potem przeszła w zanik nerwu wzrokowego z częściową lub zupełną ślepotą. Mechanizm uszkodzenia nerwu wzrokowego tłumaczą autorowie szczelinowatym pęknięciem kości, podstawy czaszki, które sięgało w obręb oczodołu, powodując bądź to zwężenie *foraminis optici* i ugniecenie nerwu wzrokowego, bądź też krwotok do pochewek teoż nerwu. Wobec tego, że tarcz zastoinowa przez czas długi może nie wpływać wcale na upośledzenie zwłaszcza naosiowej bystrości wzroku, należy w każdym przypadku, gdzie zachodzi podejrzenie złamania podstawy czaszki badać dno oczu wzornikiem.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. 1906. T. XVI. Część IV. dok. (Refer. Dr W. Reis).

Dalsze przypadki zakrzepu żyły środkowej. (Further Cases of Thrombosis of the central Vein). G. Coats*).

Na podstawie przypadków poprzednich oraz 11 nowych badanych również anatomicznie stara się autor skreślić w krótkości patogenezę zakrzepu żyły środkowej. Dwie główne dadzą się tu rozróżnić grupy, zależnie od istnienia lub braku zmian zapalnych w ścianie żyły. U osobników starszych z rozległą miażdżycą tętnicy środkowej brak zwykle jakiegokolwiek zmian zapalnych w żyłę. Zakrzep w tych przypadkach powstaje prawdopodobnie wskutek zwolnienia prądu krwi, któremu towarzyszą bezwątplenienia starcze

*) Sprawozdanie z pracy poprzedniej znajduje się w "Post. okul." 1905. str. 33.

zmiany wsteczne w śródbłonku żyły. Przypadki rozległego nacieczenia ściany żyłnej stanowią grupę drugą, która najczęściej pojawia się u osobników młodych na tle schorzenia ogólnego jak dna, kiła, grypa, posocznica. Zastanawia się następnie C. nad częstym następownym pojawianiem się jaskry w oczach z zakrzepem żyły środkowej i wyprowadza stąd praktyczną kliniczną wskazówkę, by nigdy w tych przypadkach nie stosować przez czas dłuższy środków rozszerzających źrenicę. Przy badaniu anatomicznem gałek wyłuszczonych z powodu jaskry następowej zwrócił uwagę autora fakt, że w 9-ciu z 11-u badanych oczu był kął rogówko-tęczówkowy bardziej zatkany po stronie skroniowej niż po stronie nosowej. Mała ilość przypadków nie dozwala wysnucia jakiegokolwiek wniosku z tego zachowania się kąta rogówko-tęczówkowego. Z rozbioru wszystkich przypadków przez autora spostrzeganych i znanych w literaturze daje się zauważyć fakt bardzo ważny: całkowitej odporności drugiego oka. Chorego można upewnić, że cierpienie nie przeniesie się na oko drugie. Pojawienie się zakrzepu żyły środkowej nie upoważnia do żadnych rokowań dotyczących życia chorego.

O przerzutowym zakażeniu oka w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i duru. (On metastatic Infection of the Eye associated with, a) cerebro-spinal Meningitis; b) typhoid Fever). S. Mayon.

Przypadki ściśle przerzutowego zakażenia oka są stosunkowo rzadkie. W przypadkach zapalenia opon, opisanych przez innych autorów, powikłanie w postaci zakażenia gałki rozwijało się stopniowo w przeciągu kilku dni i miało wygląd giejaka ruchomego. Przypadek przez autora spostrzegany u 3-letniego dziecka rozwinął się w przeciągu 24 godzin — był to jedyny przypadek, w którym swoiste drobnoustroje odnaleziono w oku. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono tylną część gałki i pochewki nerwu wzrokowego prawidłowe, co wyklucza drogę przeniesienia się bezpośredniego zarazków chorobotwórczych z opon mózgowych, a przemawia za powstaniem przerzutowem ropnego zapalenia całej gałki ocznej.

Drugi przypadek dotyczył 22-letniego mężczyzny przyjętego do szpitala z klinicznie stwierdzonym drem oraz zapaleniem obu-stronnem tęczówki i ciała rzęskowego. Podczas przebiegu duru wystąpił nagle obrzęk spojówki oka prawego, a po trzech dniach wyłuszczone oko. Przy badaniu histologicznem stwierdzono w ciele szklistem brązowaną ropę. Badanie bakteryologiczne wykazało prątki durowe. Obecność drobnoustrojów swoistych oraz równoczesne istnienie drugiej sprawy przerzutowej t. j. zapalenia opłucnej prze-

mawiają za wewnętrznem zakażeniem, wywołanem prątkiem durowym, który osiedlił się na starem podłożu przewlekłego zapalenia ciała rzęskowego nieznanego pochodzenia.

Siatkówka w zagłębieniu jaskrowem. (Retina in Glaucoma cup). Hepburn.

Zagłębienie jaskrowe tarczy nerwu wzrokowego wypełnione jest czasami tkanką łączną a w bardzo rzadkich przypadkach częściami siatkówki. W sprawie pochodzenia tej tkanki łącznej istnieją sprzeczne zapatrywania: jedni autorowie przypuszczają, że pierwotnym objawem chorobowym jest stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego a jaskra jest następowa, drudzy zaś utrzymują, że istniało w tych przypadkach wrodzone zagłębienie tarczy z następową sprawą zapalną lub też zapalenie nerwu wzrokowego wystąpiło w starem zagłębieniu jaskrowem. To ostatnie zapatrywanie wydaje się H. nieprawdopodobnem, gdyż trudno przypuścić by ostre zapalenie mogło powstać w tkance już zanikłej. W innych znowu przypadkach możnaby powstanie tkanki łącznej uczynić zależnem od ostrego zapalenia ciała rzęskowego i następowych zmian organizacyjnych. W załączonej tablicy umieszcza H. 30 przypadków wspomnianej zmiany anatomiczno-patologicznej, zebranych przez siebie w przeciągu ostatnich lat czterech.

* Wiestnik Oftalmologii. Styczeń — Luty. 1907 r. (Ref. Dr Matusewiczówna).

Dwa przypadki guza śródgałkowego w oczach zanikowych. (Dwa słucają wewnątrzgałkowej opucholi w atroficznych gałkach). Dr Neeze — Kijów.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka półtorarocznego, do którego autor był wezwany na konsylium, ponieważ poprzednio wzywany lekarz rozpoznał glejak siatkówki i nastawał na wyłuszczenie gałki. Wobec objawów mózgowych, wobec przebytej przed paru tygodniami influenzy, nasuwało się podejrzenie *pseudoglioma*, oko było pomniejszone w swych rozmiarach, i raczej miękkie. Z powodu ciężkiego stanu dziecka wstrzymano się z wyłuszczeniem przynajmniej tymczasowo. W parę dni potem stan ogólny dziecka poprawił się, objawy mózgowie ustąpiły, stan oka pozostał niezmiennym. Autor podejrzewał istnienie nowotworu, tembardziej, że poprzednio lekarz specjalista miał stwierdzić wzmożone napięcie.

Wobec różnicy zdań lekarzy rodzice nie godzili się na wyłuszczenie. W dalszym ciągu *atrophia* wzmagala się i obraz choroby przedstawiał się jako *cyclitis haemorrhagica*. Raz wystąpił napad obustronnego zapalenia z bólami, chemozą i wytworzeniem się tylnych zrostów. Po 8 miesiącach wreszcie od czasu, jak autor widział dziecko, rodzice zgodzili się na wyłuszczenie gałki. Badanie drobnowidowe wykazało glejak, wypełniający całą gałkę, dalej stwierdzono silne zapalenie naczyń i tęczówki i ciała rzęskowego, zablizniające się i kurczące oraz ogniska nekrotyczne.

Drugi przypadek u starszej kobiety — występował w postaci napadów jaskry, połączonej z trzeszczem gałki, poczem nastąpił zanik. Nawroty jaskry powtarzały się coraz częściej, aż wreszcie chora pozwoliła na wyłuszczenie. Badanie drobnowidowe wykazało mięsak budowy alweolarnej o charakterze melanotycznym.

W 5 miesięcy po operacji wystąpiła ślepotą na drugim dotąd zdrowym oku, przy objawach *oedema papillae n. optici*. Znalaziono przerzuty na uwłosiowej części głowy i na piersi. W 3 miesiące potem chora zmarła.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem niebiesko-fioletowego końca widma łuku Volty na zachorzenia rogówki. (Kliniczeskija nabludienja nad diejstwem sinie-fioletowawo konca spektra woltowej dugi na zaboiewanja rogowicy). W. Frank.

Autor stosował leczenie światłem przy chorobach rogówki zapomocą światła łuku Volty, przepuszczonego przez rozczyń amoniakalny siarkanu miedzi. Doszedł on do następujących wyników: 1) błękitno-fioletowy koniec widma łuku Volty działa na nerwy naczynio-ruchowe i czuciowe oka. 2) Działa dodatnio na przebieg zapalnych zachorzeń rogówki, zmniejsza mianowicie objawy rozpadu, a wzmaga odtwórczą zdolność tkanek.

Oftalmologiczne spostrzeżenia. (Oftalmologiczeskija nabludienja). J. Warszawski — Baku.

1. *Przyczynnik do kazuistyki powrotnego porażenia nerwu okoruchowego.* (K kazuistikiie wozwratnawo paralicza głazodwigatielnago nierwa).

Chory spostrzegany przez autora przeszedł w przeciągu 2 lat 7 napadów zupełnego porażenia *n. oculomotorii*. Z wywiadów wynikało, że poprzednio od 12 lat cierpiał na podobne napady. Porażenie występowało po parudniowym bardzo silnym bólu głowy z odpowiadającej mu strony, ustępowało po 2--3 tygodniach. W przestankach pozostawał niedowład, lekki stopień zezą rozbieżnego. Tarcz w skroniowej części bledsza. V = 0,4—0,5.

W anamnezie znaleziono: uraz — uderzenie polanem w lewą (t. j. odpowiadającą porażeniu stronę głowy) i silną zimnicę.

Autor stosował zastrzykiwania arszeniku i chininę, poczem napady stały się rzadsze, wreszcie od pół roku ustały zupełnie, został tylko niedowład.

Co do lokalizacyi tego cierpienia, autor uważa je w danym przypadku za obwodowe, być może za umiejscowione na podstawie czaszki. Że jest ono organicznej a nie czynnościowej natury, za tem przemawia okoliczność, że w przestankach między napadami pozostaje niedowład. Etiologia mimo skuteczności leczenia przeciwwimniczego pozostaje niejasną.

2. *Przypadek ostrego obustronnego zapalenia gruczołów łzowych.* (Słuczaj ostrawo dwustoronnaivo wospalenja sleznych żelez).

Choroba wystąpiła u dorosłego dotąd zdrowego mężczyzny wśród ogólnych zakaźnych objawów — podniesienia ciepłoty, silnego uczucia choroby. Po ustąpieniu obrzmienia gruczołów łzowych, wystąpił mało bolesny, nieznaczny obrzęk gruczołów ślinowych, który po kilku dniach również ustąpił.

Stosowane były okłady z lodu i aspiryna na wewnątrz.

Pierwotny guz nerwu wzrokowego. (Pierwicznaja opuchol zritielnawo nierwa). Dr A. Syczew — Wiatka.

Drobnowidowe badanie wykazało: *fibromelanosarcoma globocellulare.*

Wessanie torebki po nietypowej operacyi zaćmy u dziecka. (Wsasywanje sumocznawo mieszka pośle atipiczeskoy operacyi katarakty u rebionka). Dr A. Natanson — Moskwa.

Na drugi dzień po wykonaniu dyseczyji na obu oczach u dziecka, dotkniętego kataraktą, obie soczewki znaleziono w przedniej komorze. Soczewki nie odznaczały się małością, kaszlu ani natężania się nie było. Po 7 dniach z powodu objawów jaskry następowej wykonano operację katarakty zapomocą lancy, torebka nie dała się usunąć i musiano ją zostawić.

Gdy po 3 miesiącach autor miał sposobność znowu oglądać dziecko, nie znalazł przy bardzo dokładnem badaniu, ani śladu torebki.

O radiografii i o wyluszczeniu gałki wobec ciał obcych (O radiografii i o wyluszczenji głaža pri inorodnych tielach). S. Goławin — Nowo-Rosyjsk.

Częste stosunkowo są przypadki, gdzie nie daje się z pewnością odpowiedzieć na pytanie, czy ciało obce jest w gałce lub

nie, a tem samem nie można rozstrzygnąć sprawy ważnej dla chorego, czy gałkę usunąć, czy też zostawić bez obawy zapalenia sympatycznego. Jeżeli ciało obce nie jest żelazne lub stalowe, ta nie daje się wykazać zapomocą sideroskopu lub magnesu, a zdjęcia Roentgenowskie nie zawsze pozwalają ściśle określić, czy ciało obce jest w gałce, czy w pobliżu. W podobnym przypadku autor uciekał się do próbnej operacyi. Chodziło o młodego człowieka, zranionego śrótem. Powyżej rogówki w twardówce znajdowała się wciągnięto blizna wskazująca, kędy śrót przedziurawił gałkę. Wykonano dwa zdjęcia Roentgenowskie z profilu. Ekspozycya przy pierwszym trwała 1 minutę w jednakiem położeniu gałki. Przy drugim chory patrzył przez 30" w górę i przez 30" w dół. Zdjęcie wykazało obecność ciała obcego, zmieniającego położenie z ruchem gałki, a więc ściśle z nią związanego. Chodziło teraz o rozstrzygnięcie czy śrót znajduje się wewnątrz gałki, czy też przedziurawił ją podwójnie i znajduje się w zewnętrznych częściach. Wątpliwość tę rozstrzygnęła próbna operacya, wykonana według typu operacyi, podanej przez autora przeciw jaskrze absolutnej z bólami t. zw. *neurectomia optico-ciliaris* (Wiestnik oftalmologii listopad — grudzień 1900 r. i Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. V. 1901 r.). Po przecięciu nerwu gałka dała się obrócić tylnym biegunem ku przodowi, a ponieważ badanie nigdzie nie wykazało blizny, musiano przyjąć, że ciało obce jest w gałce i dokonano wyłuszczenia. Autopsya gałki wyłuszczonej potwierdziła to przypuszczenie.

Marzec — Kwiecień.

O wskazaniach ze strony ocz do wykonania przedwczesnego porodu lub sztucznego poronienia. (O pokazaniach so storony głąz k proizwodstwu prezdewremiennych rodow ili aborta). Dr Herman — Petersburg. (Referat odczytany na posiedzeniu Petersburskiego towarzystwa oftalmologicznego dn. 19-go października 1906 r.).

Autor podnosi pytanie, jak ma postępować lekarz w przypadkach, gdzie zachorzenie ocz stoi w ścisłym związku z ciążą i jedynie przerwanie ciąży może dać nadzieję uratowania wzroku matki. Sam autor stoi na tem stanowisku, że »więcej należy cenić widzącą kobietę bez dziecka, niż ślepą matkę z dzieckiem«. Etyka lekarska natomiast wymaga, aby tylko wtedy robić ofiarę z życia płodu, jeżeli życie matki jest w niebezpieczeństwie.

Z przytoczonych przez autora historyi chorób wynika, jak różne są zapatrywania lekarzy w tym kierunku, a spowodowana tem zwłoka przyprawia chore o utratę wzroku. Do chorób, które

tu głównie wchodzą w rachubę należy: *neuritis*, *neuritis retrobulbaris*, dalej pewna postać wrzodu rogówkowego, znamionującego się umiejscowieniem w środku rogówki, b. nieznacznymi objawami zapalnymi, natomiast skłonnością do szerzenia się w głąb, do przebicia rogówki i jej zniszczenia, wreszcie zachorzenia na tle białkomoczu. Te ostatnie mniej wchodzą w rachubę, gdyż obawa eklampsji a temsamem i niebezpieczeństwo życia matki łatwiej skłaniają do energicznego wkroczenia.

O sposobie Biera. Dr Kubli — Petersburg.

Na podstawie osobistych doświadczeń z bańkami Biera, autor przychodzi do następujących wniosków:

1. Jakkolwiek przy chorobach powiek zapalnej natury bańki Biera wywierają niewątpliwie dobry wpływ, to jednak ze względu na techniczne trudności dadzą się one zastosować tylko w wyjątkowych okolicznościach.

2. Przy zapaleniach ropnych woreczka łzowego są one doskonałym środkiem pomocniczym.

Podwójna chrząstka tarczyczkowa powieki. (*Tarsus duplex?* powieka). W. Adamuk — Kazań,

Anomalię tę spotkał autor u dziewczynki 6-letniej. Występowała ona w postaci blaszki, przyczepionej częścią do górnego brzegu *tarsus*, częścią do załamka górnej powieki i spuszczonej się na gałkę. Była ona nieco krótszą od powieki i stąd tylko po odwinięciu tej ostatniej widoczną. Z powodu swej cienkości nie zmieniała ona postaci powieki, nie dawała się wyczuć przez powiekę i nie sprawiała dziecku żadnych dolegliwości. Na prośbę rodziców autor odciął nożyczkami twór ten przy nasadzie. Krwotok był nieznaczny, zagojenie nastąpiło w parę dni. Badanie drobnowidowe wykazało, że blaszka składała się z mocnej tkanki łącznej; z niewielkiej ilości włókien elastycznych, wogóle przypominała w swej budowie chrząstkę. Autor uważa nieprawidłowość tę za wrodzoną i podobną do tej, jaką opisał Schapringger p. n. *Epitarsus*. W tej postaci, w jakiej wystąpiła ona w danym przypadku sądzi autor, że właściwą byłaby nazwa *tarsus duplex* powieki.

Przyczynki do kazuistyki rzadkich postaci zachorzeń rogówki. Ulcera syphilitica corneae. Gumma corneae. Lupus erythematodes corneae. (Kazuistykę rzadkich form porażenia rogówki). E. Łazarew — Tuła.

Rozpoznanie rzadkiego przypadku *lupus erythematodes corneae* opiera autor na następujących danych: współzależnie z typowym zachorzeniem skóry twarzy i podbródka wystąpiło zachorzenie rogówki, przyczem sprawa na rogówce miała te same znamiona: 1) wy-

stępowała powierzchownie, 2) miała przebieg przewlekły, 3) obostrzenie objawów szło równoległe, 4) sprawa przebiegała bez tworzenia się wrzodów, 5) na szarym nacieku na rogówce widać było białe kropki, częściowo dawały się usunąć i zdawały się odpowiadać łuskom przybłonka na tle czerwonym liszaja żrącego.

Wreszcie z chwilą, gdy autor zaczął leczyć rogówkę taksamo, jak lekarz specjalista chorób skórnych skórę twarzy t. j. smarowaniem *tra jodi* i chininę na wewnątrz, choroba dotąd innym środkiem oporna, zaczęła ustępować.

Referat z badań Bertarelliego nad przeszczepianiem jadu kiłowego na rogówkę królika i niższych małp. (Ueber die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen I. Cntrbl. J. Bakt. T. XLI. Z. 3 — II. Cntrbl. J. Bakt. T. XLIII. Z. 2 i 3. — Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affen und der Meerschweinchen für dasselbe. Cntrbl. J. Bakt. T. XLIII. Z. 5). E. Bertarelli.

Myśl przeszczepienia jadu kiłowego na rogówkę królika nie jest zupełnie nową. Już bowiem w r. 1881 usiłował Haensell wywołać u królików objawy kiły przez wszczepianie ludzkiego jadu kiłowego w rogówkę i tęczówkę królika. Haensell otrzymywał nawet pewne zmiany w oczach królików. Sekcja takich królików wykazywała pewne zmiany w wątrobie i śledzionie (makroskopowo widzialne guzki zawierające komórki olbrzymie, komórki nabłonkowe i twory lymfoidalne) — zmiany, które nasuwały podejrzenie, że króliki te padły z powodu gruźlicy, a nie kiły.

Po roku 1881 wielu autorów starało się badania te podjąć na nowo, ale żaden z nich nie doszedł do dodatnich wyników. Dopiero zeszłego roku udało się Bertarelli'emu przeszczepić jad kiłowy na rogówkę królika. Kontrolę zmian wywołanych operacyami ułatwiło Bertarelli'emu odkrycie przez Schaudinna drobno-ustroju kiły, krętka bladego (*spirochaete pallida*).

Badania swe przeprowadzał Bertarelli w następujący sposób: zapomocą nożyka Graefego nacinał rogówkę królika, a w zranioną tym sposobem powierzchnię wcierał jad kiłowy, wzięty bądźto z owrzodzenia pierwotnego, bądźto ze zmian kiłowych drugorzędnych z jamy ustnej ludzi zarażonych kiłą *). Nadto w innych przypadkach wstrzykiwał zapomocą strzykawki Pratz'a rozarty w mózdzierzyku jad kiłowy w przednią komorę oka królika. W przeszło 50% wypadków otrzymywał wyniki dodatnie. Sprawa kiłowa przedstawiała na rogówce królików różnego nasilenia zapa-

*) Jad był w pierw badany na zawartość krętków. W każdym wstrzykiwanym jadzie stwierdzono poprzednio ich obecność.

lenie mięszkowe (*keratitis parenchymatosa*), które niejednokrotnie rozszerzało się na całą rogówkę, czyniąc ją mętną, białawą i nieprzezroczystą. Bardzo często widać też było nowo wytworzone naczynia krwionośne. W ten sposób zmienione rogówki badał następnie Bertarelli histologicznie metodą własną, używając azotanu srebrowego a nadto metodą Pappenheima, Giemsy i van Giesona. Histologicznie badając widział w zmienionej rogówce słabszy lub silniejszy naciek limfocytów, w których znać było dążność do układania się dokoła nowo wytwarzających się naczyń (*perivasculäre Lymphzelleninfiltration*). Nabłonek rogówkowy również ulegał zmianom. Komórki jego poczynają wykazywać delikatne ziarnistości, ich plazma mętniała, a niejednokrotnie można było dostrzedz zupełną nekrozę niektórych komórek.

Czasem tylko w sprawę tę zapalną wciągniętą była tęczęwka, czego dowodem były napotykanne zrosty tęczęwkowe. Prawie w każdym preparacie widać było bardzo liczne krętki. Drobnoustroje te występowały bardzo wyraźnie, układając się wzdłuż blaszek łącznotkankowych w rogówce. Występowały one takimi masami, iż czasem w jednym polu widzenia można ich było do 100 naliczyć. Autor zwraca szczególną uwagę na fakt, że liczba tych drobnoustrojów w rogówce królika jest niezależną od ilości ich w jądzie, którego do zakażenia użyto. Niejednokrotnie widziano całe ich stada w zmianach rogówkowych, wywołanych jadem, który był stosunkowo ubogi w krętki. Tym sposobem stwierdzonym jest fakt, że drobnoustroje w rogówce królika się rozmnażają.

Zachodziłoby jeszcze jedno pytanie: Czy zmiany otrzymane w rogówkach królików są zmianami kiłowymi?

Zmian kiłowych u królika dotąd histologicznie nie badano i wogóle nie ma znanego zbioru objawów chorobowych u królika tego, co my nazywamy kiłą. Jednakże, choćby tylko z etyologicznego punktu widzenia, nie ma wątpliwości, że powyżej opisane zmiany w rogówkach królików są zmianami kiłowymi.

Skoro udało się wywołać zmiany kiłowe na rogówce królika, postanowił Bertarelli zbadać, czy można przeszczepić jad ze zmian kiłowych na rogówce jednego królika się znajdujących, na rogówkę innego królika. Byłoby to o tyle ciekawem, że po pierwsze stwierdzałoby jeszcze raz fakt już znany, że *spirochaete pallida* jest czynnikiem etyologicznym kiły, a powtóre umożliwiłoby otrzymanie niejako czystej kultury tych drobnoustrojów i temsamem ogromnie ułatwiło cały szereg doświadczeń z jadem kiłowym.

I to się Bertarelli'emu powiodło. Częstkę kiłowo zmienionej rogówki królika wszczepiał w przednią komorę oczną innego królika, a skoro u tego drugiego królika zmiany kiłowe na rogówce

wystąpiły, część tej zmienionej rogówki trzeciemu królikowi podobnie zaszczepił i t. d. W ten sposób otrzymał cały szereg królików, z których każdy następny szczepiony był jadem wziętym z rogówki swego poprzednika. Jad tym sposobem otrzymany nazwał autor »jadem kilkakrotnie przeszczepianym« (*Reihenvirus*). Ten »kilkakrotnie przeszczepiany jad« różni się co do siły od jadu otrzymanego ze zmian kiłowych człowieka. (W jednym jak i w drugim znaleziono obficie krętki).

Przy szczepieniu jadem kiłowym człowieka otrzymywał Bertarelli w 50% wypadków, wyniki dodatnie, przy szczepieniu zaś jadem »kilkakrotnie przeszczepianym« w 100% wypadków doświadczenia się ndawały. Nadto zmiany wywołane jadem tym ostatnim były o wiele silniejsze, wybitniejsze (np. bardzo częste zajęcie tęczówki i ciała rzęskowego (*processus ciliares* i t. d.). Byłoby to dowodem, że jad kiłowy przez ciągłe przeszczepianie z rogówki na rogówkę, nie tylko nie słabnie w swej jadowitości (dla królika), lecz przeciwnie, że jadowitość ta wzmagą się*).

Udało się również Bertarelli'emu wywołać objawy kiły na rogówce morskiej świnki, przez zaszczepienie jadu kiłowego kilkakrotnie przeszczepianego w przednią komorę oka tego zwierzęcia, które na jad kiłowy ludzki jest, jak wiadomo, odporne.

»Ciekawą rzeczą byłoby — pisze Bertarelli — zbadać, czy krętek blady po tych przeszczepieniach jeszcze jest jadowitym dla małp, co stanowiłoby, gdyby się istotnie doświadczenie powiodło, *experimentum crucis* etyologicznej natury tego drobnoustroju«.

W tym celu zaszczepił 3 małpom makakom (*Inuus cynomolgus*) po kropli roztartego »kilkakrotnie przeszczepianego« jadu z rogówki królika, w przednią komorę, a nadto jednej cząstkę kiłowo zmienionej rogówki króliczej, wszczepił w ranek utworzoną na dolnej powiece oka małpy. Po 3 tygodniach wytworzyło się na rogówce małpy zapalenie mięszkowe, a po niecałych 4 tygodniach wystąpił typowy kilak**) na powiece dolnej u małpy drugiej.

W jednej jak i drugiej zmianie dały się wykazać dość obfite krętki.

Jak wiadomo, powoduje jad kiłowy ludzki u makaka (jak w ogóle u wszystkich niższych małp) w miejscu zaszczepienia tylko nieznaczne zmiany, podczas gdy do objawów wtórnych zupełnie nie przychodzi.

*) U dwóch królików szczepionych jadem »kilkakrotnie przeszczepianym« zauważył autor w 3–6 tygodni po wystąpieniu zmian kiłowych na rogówce, porażenie tylnych kończyn. Jakkolwiek sprawy tej nie uważa za pewnik, to jednak wyraża przypuszczenie, iż zmiany te prawdopodobnie będą wtórny objawem kiły.

*) *Papulo-squamoses, initiales Syphilom.*

Zachodzi tedy pytanie, czy jad ludzkiej kiły jest jadowitym dla niższych małp, w których istnieją objawy kiły, wywołane »kilkakrotnie przeszczepianym« jadem rogówki króliczej. Dalej należałoby stwierdzić, czy »kilkakrotnie przeszczepiany« jad króliczy zaszczerpiony człowiekowi i u niego wywoła zmiany kiłowe i jakie?

To są pytania, na które Bertarelli postanowił szukać odpowiedzi w dalszych doświadczeniach

O ile więc pominiemy badania Haensella (w których zresztą nie stwierdzono z pewnością zmian kiłowych) i o ile przyjmiemy, że krętek błady (*spirochaete pallida*) jest czynnikiem etyologicznym kiły (na co prawie wszyscy bakteriologowie dziś już się zgadzają), to zasługę przeszczepienia kiły na rogówkę królika musimy stanowczo przyznać Bertarelli'emu.

Edmund Rosenhauch.

Objawy oczne pochodzenia nosowego. Opis przypadku neuritidis retrobulbaris, oraz innych za przykład służących przypadków. (Ocular Symptoms of nasal Origin. Report of a case of retrobulbar Neuritis and other illustrative cases). Hill Hastings. (Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1906).

Autor przytacza następujące przypadki: 1) *Ptosis* lewej powieki ocznej. Zajęcie lewych zatok i czołowej, *Highmora* i sitowej. 2) Tępy ból w prawym oku. Zajęcie prawej zatoki *Highmora*. 3) Bóle oczne i częste bóle głowy. Ropienie w zatoce klinowej. 4) Bóle neuralgiczne w oczach i bóle głowy. Ropienie przewlekłe w jamach bocznych nosa z obu stron, oraz niezbyt zanikowy nosa. 5) *Neuritis retrobulbaris* z zejściem w »*scotoma centrale*« w następstwie zajęcia tylnych komórek sitowych.

Ostre choroby oczne w następstwie ostrych spraw chorobowych nosa. (Acute Erkrankungen des Auges infolge von acuten Nasenerkrankungen). Egmont Baumgarten. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. nr 5. 1906).

Opis całego szeregu przypadków odnośnych z uwagami epikrytycznymi: 1) Jednostronny *exophthalmus*, obustronna *chemosis* w następstwie *ethmoiditidis serosae*. 2) *Chemosis* i *ulcus septi narium*. 3) *Paresis recti interni et obliqui inf.* *diplopia* w następstwie zajęcia zatoki klinowej. 4) *Neuralgia orbitalis et supra-orbitalis* w następstwie ropnia w *cellula ethmoidalis*. 5) *Exophthalmus* i surowicze zapalenie zatoki klinowej.

Ważność chorób nosa w leczeniu t. zw. cierpień złoźowatych narządu wzrokowego. (The importance of Diseases of the Nose in Treatment of the so called scrofulous Diseases of the

Eye). Ziem. (Ann. of Otol. Rhin. and Laryng. Fraenkel. Festschrift Number 1906.

W dosyć chaotycznie napisanym artykule autor stara się wykazać, że większa część t. zw. skrofulicznych cierpień narządu wzrokowego należy zaliczyć: 1) do zimnicy (*malaria*), 2) cierpienia, zbliżonego do zimnicy, 3) influency, odry, skarlatyny, ospy i innych spraw zakaźnych, pierwotnie umiejscawiających się w nosie, którym towarzyszy gorączka i tworzenie się ropy.

Te ostatnie sprawy rozszerzają się z nosa:

a) w górę, bądź *per continuitatem* wzdłuż błony śluzowej, przewodu nosowego i spojówki, bądź za pośrednictwem naczyń krwionośnych i chłonnych;

b) ku dołowi na krtani i płuca;

c) w innych odpowiednich kierunkach, wywołując ropienie ucha środkowego, przerost warg, wyprysk policzka, rzekomo skrofuliczny przerost gruczołów podszczękowych.

W dalszym ciągu autor dowodzi, że współczesna oftalmologia w cierpieniach powyższych (zołzowatych ocznych) nie daje pomyslnych wyników: 1) wskutek zbyt energicznego miejscowego leczenia nosa (? ref.); 2) wskutek zaniedbania leczenia systematycznego jam nosowych, jamy nosogardłowej i gardła, wreszcie 3) wskutek zaniedbania gorączki często towarzyszącej tym cierpieniom.

Przyczynę do stosunku chorób nosowych i ocznych.

(Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges). Reinhardt. (Zeitschrift für Klinische Medizin, 62 B. (Prof. Schwetter—Festschrift).

Już Schmiegelew w znanej swojej pracy o związku chorób nosowych i ocznych radzi zwracać uwagę na jamy nosowe w wielu przypadkach uporeczywych i pod względem etyologicznym zagadkowych cierpień narządu wzrokowego.

I nie w tem dziwnego, jeżeli się zwróci uwagę na fakt, że jama oczodołowa z trzech stron otoczona jest jamami nosowymi, oraz zatokami bocznymi, od których jedynie oddzielona jest cienkimi jak papier ścianami. Prócz tego naczynia i nerwy z jam nosowych przechodzą do oczodołu i odwrotnie.

Zwłaszcza wyraźnie występuje ten związek w cierpieniach dróg łzowych, spojówki i rogówki, jakoteż w pewnych nerwobólach oczodołowych, bardzo często będących pochodzenia nosowego.

Również ma to miejsce w przypadkach guzów górnej szczęki, oraz jam bocznych nosa, które z czasem przechodzą na oczodół, wywołując w tym ostatnim na drodze mechanicznej, lub zapalnej zmiany chorobowe.

Jeden tego rodzaju przypadek sekeyjny (*cylindroma maxillae sup. dex.*) autor przytacza bardzo szczegółowo (rozpoznanie kliniczne — *gumma*).
Dr Jan Sędziak: (Warszawa).

III. ROZMAIYOŚCI.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

XVII. Sekeya okulistyczna. Gospodarz: Prof. Dr E. Machek (Akademicka 11). Sekretarz: Doc. Dr A. Bednarski (Akademicka 5).

I. Tematy oficjalne: 1. »Uszkodzenia narządu wzrokowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austryackiej«. Ref. Prof. Machek. 2. »Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego«. Ref. Prof. Wicherkiewicz.

II. Wykłady zgłoszone: 1. Dr Kramsztyk (Warszawa): »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy«. 2. Dr Ziemiński Br. (Warszawa): »Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych wydziału »Walki ze ślepotą« warszawskiego towarzystwa higienicznego«. 3. Dr Noiszewski (Dynaburg): »Zmiany w odczuwaniu światła w stanach zapalnych siatkówki«. 4. Dr Zajdenman (Lublin): »O jaglicy jako klęsce społecznej«. 5. Dr Górski Romuald (Piotrków): »O niesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskiem«. 6. Prof. Wicherkiewicz (Kraków): »O przemieszczaniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyłuszczeniu gałek chorych«. 7. Tenże: »O znaczeniu tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych pod względem leczniczym, zapobiegawczym i kosmetycznym«. 8. Tenże: »O zwiotczeniu skóry powiek (*blepharochalasia*) i tegoż leczeniu«. 9. Tenże: »Wyższe stopnie niezborności po operacyi zaćmy pod względem etyologii pochodzenia i leczenia«. 10. Dr Witaliński (Kraków): »Zaćma czarna pod względem etyologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym«. 11. Dr Berezowski (Kraków): »Zaćma spowodowana długiem karmieniem«. 12. Rosenhauch Kraków): »Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko. Część doświadczalna«. 13. Dr Matusewicz (Kraków): »Znaczenie przetworów nadnercza pod względem terapii okulistycznej. Część kliniczna«. 14. Dr Bałaban (Lwów): »Wartość zastrzykiwań podspojówkowych i ich teoria«. 15. Dr Zion (Lwów): »Przypadek ruchomego ciała w przedniej komórce oka«. 16. Dr Burzyński (Lwów): »O patogenezie zaćmień rogówkowych i dzisiejszem ich leczeniu«. 17. Tenże: »Krytyczny pogład na dzisiejszy stan leczenia jaglicy«. 18. Dr Dybuś-

Jaworski (Lwów): »Związek chorób dróg łzowych z chorobami jamy nosowej«. 19. Prof. Machek (Lwów): »Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej«. 20. Doc. Szulistański (Lwów): »Utrata oka w rozumieniu § 156a. austr. ust. karnej«. 21. Doc. Bednarski (Lwów): »Uwagi nad zaćmą wieku dziecięcego«. 22. Tenże: »O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscyzę«. 23. Dr Markowski (Lwów): »O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy«. 24. Tenże: »O cyklodyalizie«. 25. Dr Reis W. (Lwów): »Uodpornienie Rōmera w przypadkach wrzodu sierpowego rogówki«. 26. Tenże: »Całkowite zwichnięcie gałki ocznej z rozległemi zmianami krwotocznymi w gałce i nerwie wzrokowym«.

III. Demonstracye: 1. Dr Noiszewski (Dynaburg): »Chromofotometr«. 2. Tenże: »Szczypczyki dla ręcznego leczenia skrzydlika«. 3. Doc. Bednarski (Lwów): »Przedstawienie preparatów anatomicznych«. 4. Dr Bałłaban (Lwów): »Nowy przyrząd własnego pomysłu do naparzania ócz«. 5. Dr Zion (Lwów): »Nowe hebrajskie wzory do badania bystrości wzroku według zasady Snellena. 6. Dr Reis W. (Lwów): »Fotografie stereoskopowe przypadków chorobowych i preparatów anatomicznych, sporządzone w klinice okulistycznej«. 7. Tenże: »Przekroje gałek ocznych ludzkich i zwierzęcych z zachowaniem przezroczystości środków łamiących«. 8. Tenże: »Preparaty mikroskopowe z zakresu histologii patologicznej oka«.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Laqueur w Strasburgu ustępuje z katedry z powodu wieku podeszłego, jego miejsce zajmie prof. Wagenmann z Jeny.

Dr Cirincione w Palermo mianowany nadzw. prof. okulistyki.

Prof. Hess w Wyrzburgu otrzymał tyt. tajnego radcy.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Wrocławiu prof. dr H. Magnus, znakomity okulista i autor wielu cennych dzieł zwłaszcza z dziedziny historii medycyny, umarł w końcu kwietnia b. r.

W Wilnie dr Ignacy Strzemiński, nasz współpracownik, um. dn. 22/IV. z powodu gruźlicy płuc i krtani.
