

# 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. MACHIEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANN, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Wrzesień

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

## I. PRACE ORYGINALNE.

**Przecięcie mięśni prostych  
dla zapobieżenia objawom zapalenia sympatycznego  
i dla względów kosmetycznych\*).**

Podał

**BOL. WICHERKIEWICZ.**

Wychodząc ze założenia, iż przy zanikaniu chorej gałki ciśnienie mięśni prostych wywołuje owe charakterystyczne wręby, które z gałki mniej więcej kulistej robią postać podobną do paki przewiązanej, przypuszczając dalej, że ucisk mięśniowy na gałkę sprawia podrażnienie nerwowe, które przy sprzyjających okolicznościach może przenieść się odruchowo na oko drugie i wywołać wzgl. podtrzymywać zapalenie sympatyczne, postanowiłem wyzyskać ten pogląd praktycznie w razie wskazania antisypatycznego, gdyby enukleacja była przez chorego lub rodzinę chorego wzbroniona.

Sposobność do zastosowania tej operacji zastępczej nie

\*) Wedle odczytu, wygł. na X. zjeździe lek. i przyr. we Lwowie.

dała też długo na siebie czekać, bo przedstawił mi się w dn. 10. XI. 1902 wieśniak, Jan Jaćmierski, 66 l., który przed 4-a laty stracił przez uderzenie lewe oko a od kilku tygodni coraz silniejszą miał mgłę przed okiem prawem.

Stan ócz był następujący:

Lewe gałka cała zanikła do połowy, na dotyk bolesna, z rogówki pozostały zaledwo ślady, a w kierunkach mięśni prostych znamienne widać wręby podłużne.

Prawe oko przedstawia stan przewlekłego zapalenia tęczówko rzęskowego ze zrostami tylnymi i drobnopyłkowem zaćmieniem ciała szklistego, uniemożliwiającem osiągnięcie obrazu wyraźnego z dna oka. Wpro.  $\frac{6}{18}$  Mp. 1-75 Sn. 1 przez 3 na 22 cm. Chorego przyjęliśmy do kliniki i rozpoczęliśmy kurację energiczną przeciw sympatycznemu zapaleniu prawej gałki a po bezskutecznem poleceniu, by chory pozwolił sobie wyjąć gałkę zanikłą. Gdy jednak mimo to zapalenie uietylko nie ustępowało ale nawet wżmagało się a wzrok tak dalece podupadł, iż chory już tylko palce na metr mógł rozpoznawać ponownie wyjęcie gałki zanikłej poleciliśmy.

Nie mogąc chorego jednak nakłonić do poddania się operacyi wyłuszczenia gałki zaproponowałem mu przecięcie wszystkich czterech prostych mięśni, przedstawivszy choremu ważność zabiegu zupełnie wykluczającego niebezpieczeństwo wszelkie a usuwającego ból zanikłej gałki.

Po należytem kokainowaniu przeciąłem mięśnie w zwykły sposób praktykowany przy operacyach zezu. Spojówka pomiędzy pojedynczemi mięśniami pozostała oczywiście nienaruszona, a po przecięciu wszystkich mięśni prostych założyłem tyleż szwów spojówkowych. Otóż bezpośrednio po operacyi oko zaraz więcej wystąpiło ku przodowi, a wręby twardówki przez mięśnie spowodowane zmniejszyły się, by później zupełnie zniknąć, a nadto, bolesność gałki niebawem się zmniejszyła, by po kilku dniach zupełnie ustąpić. W miarę zaś lepszego stanu gałki operowanej i oko sympatyzowane lepiej reagowało na środki zastosowane, tak, że nietylko przedmiotowo stwierdzić to było można, ale i chory sam ze zadowoleniem podnosił

lepszy wygląd oka i poprawę wzroku, który oczywiście wobec zmian w ciałku szklistem nie mógł szybko się podnieść. Jednak objawy sympatyzowane zapalne ustępowały z każdym dniem, a po kilku tygodniach, gdy oko zbiełało i wzrok do tego podniósł się stopnia, iż chory rozpoznawał palce na 4—5 m, mogłem go wypuścić z opieki.

Co chorego zaś przedewszystkiem cieszyło, to ustąpienie bólu w lewem oku i lepszy tegoż wygląd. Gałka nie była ani tak zmniejszona ani tak wpadnięta, a niewątpliwie później wykonane zabarwienie pozostałej rogówki więcej jeszcze do upiększenia gałki przyczyni się. Winieniem jeszcze zaznaczyć, iż ruchy operowanej gałki wcale nie były upośledzone.

Przypadek ten względnie korzystny zachęcił nas do dalszych prób tam, gdzie do tego nawinęła się sposobność. Oczywiście na razie nie śmieliśmy ani zachęcać chorych do poddania się tej operacyi, gdzie nie było do tego absolutnego wskazania, ani też zastąpić nią enukleacyi, gdzie taż zdawała nam się koniecznie potrzebną. Tem się tłumaczy, że mimo ogromnego materiału, jakim rozporządzamy w naszej klinice, względnie w niewielu przypadkach operacyę tę wykonać mieliśmy należytą sposobność.

Operowaliśmy prócz powyżej przytoczonego przypadku jeszcze sześć innych, już to dla zaniku gałkowego z utratą pojedynczych gałki składników (*phthisis*), już to z powodu zanikania całej gałki, utrzymanej jako takiej, o ile tylko owe wręby mięśniowe i bolesność gałki, czy to na dotyk czy samoistnie występująca, dawały się we znaki. Nie będę nużył czytelników szanownych przytaczaniem szczegółów owych przypadków a ograniczę się tylko do określenia jednego bardzo znamienego pod względem kosmetycznym, u młodej osoby, gdzie właśnie ten wzgląd nie małą odgrywał rolę.

Panna, J. F., 16 l., zgłosiła się do mnie w lutym bieżącego roku z powodu bólu w obu oczach, zwłaszcza zaś w lewem, które straciło wzrok w czasie, gdy jako małe dziecko miała jakąś ogólną chorobę gorączkową. Badanie wykazało co następuje: Lewe oko o  $\frac{1}{4}$  mniejsze od prawego, górą i dołem

wybitne wręby mięśniowe, przednia komora głęboka, gdyż tęczęwka atroficzna wraz z białą błoną, zasłaniającą źrenicę, cofnięta ku tyłowi. Napięcie gałki obniżone znacznie (bo—3) a gałka na dotyk bolesna.  $W = 0$ .

Prawa gałka prawidłowa, ale z wybitnemi znamionami gałki krótkowzrocznej.  $W_{pro} = \frac{6}{36}$  Mp. 16·5.

Dn. 21. II. wykonałem tenotomię wszystkich prostych mięśni. Nazajutrz gałka nieco więcej od prawej wystawała, co jednakże w następnych dniach wyrównało się. Wręby znikły, to samo bolesność tak tej jak i drugiej gałki, a ruchomość operowanej gałki nie pozostawiała nic do życzenia.

Gdy dn. 11. V. po raz ostatni chorą widziałem, dobry skutek utrzymał się, jak to fotografia wykazuje, z której nawet trudno rozpoznać, które oko było operowanem.

I w innych przypadkach wynik był zadawalniającym, lubo może mniej wybitnym aniżeli w dwóch powyżej przytoczonych.

Pod względem techniki operacja jest łatwą do wykonania, a w ostatnim czasie zaprowadziliśmy małą odmianę, która nam się praktyczną być zdaje.

Po kokainowaniu wzgl. zastrzyknięciu pod spojówkę nowokainy z adrenaliną obcinamy spojówkę tuż przy rogówce wzgl. jej pozostałości i podminowawszy ją należyte przecinamy ścięgna mięśniowe jedno po drugim tuż przy twardówce, a także i boczne wPOCHWlenia, tak by cały mięsień był należyte cofnięty ku tyłowi. Następnie zakładamy przez brzeg odłączonej spojówki szew kaptuszkowy, który jednak tylko o tyle ściągamy, o ile tego potrzeba, by spojówkę zbliżyć do rogówki. Opaskę zakładamy na kilka dni, a następnie jednym przecięciem nitki szew usuwamy.

Przebieg gojenia, jak dotychczas, bywał zupełnie dobrym, ruchliwość gałki operowanej w niczem nie ucierpiała, a nawet tam, gdzie było zboczenie gałki (zez) takowe równocześnie dało się usunąć.

Jakiż więc skutek, jaka korzyść tego zabiegu?

W pierwszej linii niewątpliwie kosmetyczny, gdyż gałka występuje ku przodowi nieraz wyrównując się z drugą pod tym względem, a ruchliwość gałki staje się prawidłową i o ile dotychczas osądzić było można zanik dalej nie postępował, a nawet jak w dwóch przypadkach pozostałe poczucie światła stało się pewniejszym i projekcyja światła lepszą. Wynik więc czynnościowy lubo zaledwo dostrzegalny jednak dopuszczający nadzieję, że w korzystniejszych przypadkach może i tu da się więcej coś osiągnąć.

Skutek kosmetyczny zamierzony już był przez Weckera (La clinique ophthalm. Nr 10, 1902) i zdaje się również z dobrym wynikiem.

Nam chodziło o rzecz nie równie ważniejszą, t. j. o usunięcie wpływu ujemnego na drugą gałkę. I tu widzimy, że wręby mięśniowe tak w gałce skurczonej (*phthisis bulbi*) jako też zanikającej (*atrophia*) wyrównują się, a bolesność ustępuje.

Dwie okoliczności, które stanowczo ujemny na drugie oko miewają wpływ.

Widzimy w jednym przypadku, jak rzeczywiście sympatya wywołana i rozwinięta silnie, przestaje się rozwijać i jak oko pod wpływem dalszego leczenia uspakaja się. Czy to *post hoc ergo propter hoc*, któżby śmiał wnioskować z jednego przypadku, ale rzucamy myśl, zachęcając do dalszych doświadczeń i spostrzeżeń, bo tylko szereg wielki takich długo spostrzeganych przypadków może nam pod tym względem dać wskazówkę czy przypuszczenie tak, zdaje się, zrozumiałe, jest uzasadnione.

Że nie wszystkie enukleacye zastąpić będziemy mogli tenotomią wieloraką to się samo przez się rozumie, bo gałki zawierające narośl, lub ciało obce wzgl. pasożyta będziemy musieli poświęcić, ale pozostanie nam jeszcze bardzo wiele takich, które uda nam się zachować, choćby one nie były już nic warte pod względem czynnościowym, a jednak niebezpieczne ze względu na sympatyczny wpływ.

Operacya ta ważną będzie zawsze tam, gdzie mamy do

czynienia z przesądem czy uprzedzeniem a tam ona właśnie najczęściej będzie wskazaną.

Oby przyczyniła się do zmniejszenia cierpień fizycznych i często z nimi złączonych moralnych naszych bliźnich.

---

## II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

---

### Czasowy nystagmus, wywołany przez polipa w uchu.

Przed kilku laty w miesięczniku okulistycznym rosyjskim\*) opisałem porażenie nerwu odwodzącego lewostronne, spowodowane wyłącznie zapaleniem lewego ucha zewnętrznego: przypadek, o ile mi się zdaje, jedyny w literaturze.

Obecnie podaję do wiadomości czytelników przypadek *nystagmus* czasowego obu gałek ocznych, wywołany polipem prawego ucha.

Wprawdzie kilka takich wypadków już poprzednio opisano. Między innymi Schwartz\*\*) w roku 1878 opisał *nystagmus* lewostronny przy ropnem zapaleniu lewego średniego ucha, Kipp widział 3 przypadki, Burkner spostrzegał *nystagmus* przy przemywaniu ucha, Urbantschitsch także opisuje jeden przypadek, trwający nawet kilka lat po wyleczeniu ucha.

Przypadek, jaki spostrzegałem w tym roku, zasługuje na szczególną uwagę: *nystagmus* obu gałek ocznych mógł być wywołany dowolnie, jak to niżej opiszę i zupełnie ustąpił wraz z usunięciem przyczyny.

Uczenica niżnenowogrodzkiego instytutu, Z. T., 12 lat, wątłej budowy, blada, zwróciła się do mnie 1-go marca r. b z powodu ropnego wysięku z prawego ucha. Choroba trwa

---

\*) Wiest. Oftalm. 1899, str. 16.

\*\*) Handbuch der Ohrenh. t. XVII, str. 459.

już 4 lata i bierze początek od czasu skarlatyny, jaką chora przechodziła w dość ciężkim stopniu, mając lat 8. Do tego czasu jednak ucha nie leczyła wcale.

Ostatnich kilka tygodni uczuwa silne bóle głowy z prawej strony, w karku i w wyrostku sutkowym prawym; prócz tego od czasu do czasu uczuwa strzykające bóle w chorem uchu, miewa czasami zawroty głowy.

Przy badaniu wziernikiem w zewnętrznym uchu — spora ilość cuchnącej ropy gęstej, po usunięciu której stwierdziłem twór polipa wielkości ziarnka grochu. Widzialna część bębenka blado-czerwona, mało zgrubiała i znacznie wypukła. Chłodną petlą usunąłem polipa tuż przy samym bębenku. Otwór w *membr. tymp.* — mały. Zapomocą kwasu chromowego, natopionego na cienki zgłębnik przypaliłem pozostałą część polipa, widzialną przez otwór i naznaczywszy leczenie ucha, zamówiłem chorą po kilku dniach do siebie. Po tygodniu znowu stwierdziłem ropy w uchu dużo, polip znowu wyrósł po nad powierzchnię bębenka. Siostra miłosierdzia, z którą chora przyszła do mnie, zakomunikowała mi, że u mej pacjentki, gdy chora ucho zatka szczelnie palcem, zjawiają się jakieś dziwne ruchy w obu oczach: gałki oczne skaczą. Rzeczywiście, gdy tylko chora, na moje żądanie, zatkała szczelnie prawe ucho, obie gałki oczne zaczęły się dość prędko i miarowo poruszać w kierunku poziomym od linii środkowej na prawo i napowrót. Ruchy te trwały cały czas, póki ucho było zatkane i odrazu znikały po odetkaniu ucha. Gdy ucho nie było zatkane żadnych zmian w oczach nie zauważyłem. Zrenice dość duże, zupełnie jednakowej wielkości, na światło reagują prawidłowo. Ruchy oczne zupełnie prawidłowe: ani jawnego ani ukrytego zezania niema  $\text{Visus} = 1$ . Na dnie oka żadnych zmian. *Refr. emtp.* Tylko *nystagmus* powstawał za każdym razem, gdy chora szczelnie zatykała ucho.

Ponieważ polip był już dość znacznej wielkości, znowu go usunąłem chłodną petlą i, jak to uczyniłem poprzednio, przypaliłem kwasem chromowym pozostałe resztki ziarniny. Gdy chora znowu, po usunięciu polipa, zatkała mocno ucho,

*nystagmus* już nie wystąpił mimo ponownych prób. Kilka razy jeszcze polip odrastał i zawsze, po zatkaniu chorego ucha, powstawał *nystagmus*; po usunięciu zaś polipa *nystagmus* nie mógł być wywołanym najszczelniejszym zamknięciem.

W końcu kwietnia bóle w uchu się wzmogły, zjawilo się znaczne nasilenie bólów w głowie, karku i *proc. mast. dex.*, wskutego czego usunąłem całego polipa, wyskrobałem łyżeczką wszystką ziarninę w jamie bębenkowej i wyjąłem zczerniały zupełnie młoteczek. Od tego czasu polip nie odrastał, drżenia oczu nie można było wywołać przez najszczelniejsze zatkanie ucha. Zupełnie ustały bóle w uchu, jak również i bóle głowy i karku. Niewielki wysięk ropny jeszcze trwał jakiś czas, lecz i ten wkrótce znikł zupełnie, otwór w bębenku zarósł, dziewczynka wyzdrowiała.

Niżnijnowogród, 25. VIII. 1907.

Dr med. *Edward Szymański*.

### III. STRESZCZENIA.

#### Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde T. LVI. Z. 3. (Referent dr Bałaban).

*Anatomiczne i mikrochemiczne badania nad zmętnieniami rogówki przez wapno i ołów.* (Anatomische und mikrochemische Untersuchungen über Kalk und Bleitribungen der Hornhaut). Dr Guillery.

Autor sprowadzał na rogówkach królików oparzenia ołowiem i wapnem i badał następnie histologicznie i mikrochemicznie działanie obu tych środków. Postępował on przy tem w ten sposób, że pocierał powierzchnię rogówki pędzelkiem umaczanym w świeżo przygotowanym roztworze wapna. Przy tem uważał, aby nabłonek nie został uszkodzonym. Przekonał się, że powstała przez oparzenie wapnem plama jest trwała, a w jej miejscu jest rogówka zupełnie znieczuloną i skłoną do powstania wrzodu.



Autor stara się obalić przestarzałe zapatrywanie, które w nowszych czasach było popieranem także przez Neddena, jakoby przyczynę zmętnienia powstałego na rogówce wskutek oparzenia wapnem, było tworzenie się t. z. *Calcium carbonatum*.

Badał on dokładnie odnośnie w tym kierunku spostrzeżenia Neddena i przekonał się, podobnie jak Andreae, że zmętnienia rogówki, powstałe wskutek oparzenia wapnem, tworzą się przez połączenia organiczne. A mianowicie, podczas gdy nie powiodło się nigdy wykazać mikrochemicznie wapna w postaci kryształów gipsowych, badania histologiczne uwydatniły, że tak wapno jak i ołów bardzo szybko rozprzestrzeniają swe działanie przez rogówkę w głąb oka. Przybliżonek rogówki jest o wiele więcej odpornym dla wchłaniania rozczyńców solnych ołowiu, aniżeli dla wapna, które przez rogówkę z łatwością się przedostaje w głąb oka. Szczególnie uwydatniało się to przy badaniu histologicznem rogówki nadżartej przez nasycony rozczyzn octanu ołowianego, przyczem błona Descemeta była miejscami czarną, miejscami zaś brunatną lub też żółtawą. Gdy także niebarwione preparaty poddał autor działaniu kwasu solnego, powstawały kryształy chlorku ołowianego, które się rozprzestrzeniały w głąb, przez całą rogówkę aż do błony Descemeta. Że te kryształy nie były węglanami ołowiu (*Bleicarbonate*), to wynika z braku powstawania przy tem gazu. Inne odczyny, służące do wykazania ołowiu, dały również odczyny dodatnie (siarkan amonowy, kwas chromowy. Najczęstszą przyczyną powstania zmętnień w rogówce wskutek ołowiu, są nadżarcia w przybliżonku rogówki, przy równoczesnem działaniu ołowiu. Przy tem przedostaje się ołów w wielkiej ilości i bardzo rychło w głąb rogówki. A także przy oparzeniach powstałych przez zwykłe pocieranie pędzlem zamaczanym w rozczyźnie ołowiu pojawiały się bez poprzednio istniejącego nadżarcia głębokie białe blizny. W 3 dni po takim zabiegu można było w cieczy wodnej wykryć ołów. Te i tym podobne badania wykazały, że jakkolwiek przybliżonek rogówki przy podobnych próbach zmniejsza swoją odporność, to jednak w każdym razie jest on pewną ochroną przeciwko przedostaniu się ołowiu i wapna w głąb oka.

*O jednym przypadku zatkania obu naczyń środkowych.* (Über einen Fall von Verschluss beider Centralgefässe).  
Dr Gross.

Autor opisuje przypadek zakrzepu żyły środkowej siatkówki, w którym, po upływie 3 tygodni, znikły wszystkie charakterystyczne objawy tego cierpienia, natomiast dał się spostrzegać zator środkowej tętnicy siatkówki.

*Zapalenie siatkówki i naczyńiówki u człowieka, powstałe wskutek działania naftaliny.* (Chorioretinitis beim Menschen, durch die Einwirkung von Naphthalin). Dr van der Hoeve.

Wskutek zatrucia naftaliną wystąpiło u pewnego chorego, badanego przez autora jednostronne zapalenie siatkówki i naczyńiówki z upośledzeniem bystrości wzroku ( $\frac{5}{30}$ ) i ograniczeniem pola widzenia, w którym powstał przyśrodkowy brak. Na dnie oka znajdował się w okolicy żółtej plamki mały białawy zółg, który był podobny do kryształu. W innym znowu przypadku spostrzegał autor z tej z tej samej przyczyny początkową zaćmę i pasemkowaty krwotok na dnie jednego oka.

*Pręgi siatkówkowe.* (Striae retinales). Dr Kröner.

Autor znalazł u pewnego chorego liczne bardzo długie i równomiernie szerokie, białawe pręgi, powstałe na dnie oka, jako następstwo uleczonego oderwania siatkówki. Pręgi te przebiegały bądź to równoległe do siebie, bądź to łączyły się wzajemnie, a okolone były nie licznym barwikiem.

*O anatomicznej podstawie ociemnienia przy ropniu oczodołowym.* (Über Anatomische Grundlage der Erblindung bei Orbitalphlegmonen). Dr Bartels.

Autor opisuje wynik badania anatomicznego zawartości oczodołu i początkowej części nerwu ocznego w jednym przypadku ropnia płata skroniowego i obustronnego ropotoku oczodołu, które to zmiany powstały w następstwie zakrzepu zatoki jamistej.

Znalazł on przy tem zaczopowanie żyły środkowej siatkówki powstałej po zapaleniu tej żyły. Czop tkwił 3·5 mm po za blaszką siłową nerwu wzrokowego. Tętnica środkowa była zaczopowaną wskutek świeżego zapalenia i to na długość 0·8 mm, a zaczopowanie to poczynało się 2·7 mm po za blaszkę siłową. Następnie znalazł on nekrozę nerwu wzrokowego po za blaszką siłową, odpowiadającą właśnie miejscu, w którym nastąpiło zaczopowanie obu tych naczyń. Przy tem nie rozchodziło się o nekrozę drobnoustrojową lub ropną, lecz o zamarcie samej tkanki, powstałe przez niedostateczne jej odżywienie, właśnie wskutek zatkania naczyń krew doprowadzających i odprowadzających. W siatkówce znachodziły się małe zaczopowane naczynia, po za czem nie dawały się spostrzegać żadne ważniejsze zmiany w naczyniach środkowych.

W obrazie klinicznym uważa autor za dziwne, że pomimo, iż zakrzep w przetoce jamistej powstał prawdopodobnie pierwotnie, to na dnie oka nie było objawów tarczy zastoinowej, a powstała

ona dopiero równocześnie z ropniem płatu skroniowego. Na podstawie swych badań przychodzi autor do następujących wniosków:

1. Przy ropniu oczodołowym może nastąpić ściemnienie wskutek pozagałkowej nekrozy nerwu wzrokowego, która jest spowodowaną przez zakrzep naczyń błony pajęczej i częściowe zaczopowanie naczyń śródowych.

2. Wskutek powstania ubocznego krążenia może po za miejscem zaczopowaniem i przed niem istnieć drożność w obu naczyniach. Wskutek tego mogą na tarczy wzrokowej oba naczynia, pomimo zatkania mieć prawidłowy wygląd.

3. Zewnętrzne mięśnie i nerwy gałki ocznej mogą pomimo długotrwałego ropnia oczodołowego pozostać nienaruszonymi.

*Przyczynki do znajomości powstania pęknięć naczyńniówki.* (Beitrage zur Kenntnis der Entstehung der Aderhautrupturen). Dr Beck.

Autor robił doświadczenia na 150 oczach u zwierząt świeżo ubitych, przy czem poddawał on oczy te urazowi wedle różnych teoryj o powstaniu pęknięcia naczyńniówki. Wynik tych badań był następującym. Pęknięcia samej naczyńniówki bez powikłań nie dało się nigdy osiągnąć. Jeżeli uraz był za gwałtowny, to pękała gałka oczna i to najczęściej na granicy rogówko-twardówkowej. Po większej części powstawało przy tem równocześnie pęknięcie naczyńniówki i korneosktery i to od przodu ku tyłowi. Naczyńniówka pęka zazwyczaj w tem miejscu, gdzie tylne naczynia rzęskowe przechodzą z twardówki do naczyńniówki.

*Spostrzeżenia nad zwichnięciem zwiotczalego jądra soczewki do przedniej komory.* (Mitteilungen über Luxation des reklinirten Linsenkernes in die Vorderkammer). Dr Fischer.

Po upływie dwóch lat po operacji zaćmy, przy której jądro soczewki w głąb ciała szklistego zwichniętem zostało, pojawiło się jądro soczewki w przedniej komorze i spowodowało powstanie następowej zaćmy. Wydobyte jądro zostało poddanem badaniu drobnowidowemu, przy czem było ono równomiernie zabarwionem i było pokryte licznymi rozmiękłemi cząstkami kory.

Z. 4.

*Okaleczenie rogówki przy wyjęciu płodu kleszczami, z opisem anatomicznym.* (Eine Verletzung der Hornhaut durch Zangenentbindung mit anatomischem Benud). Dr Peters.

U noworodka, o którym autor donosi, spostrzegał on poprzeczne przerwanie lewej dolnej rurki łzowej. Rogówka tego oka była

jednostajnie zmętniała, w jej środku i to w głębokich warstwach znajdowały się 2 więcej zmętniałe pasemka, odległe od siebie o 4 mm i prawie równoległe przebiegające.

W 3 tygodnie później nastąpił *exitus letalis* wśród drgawek i wymiotów. Przedsiębrane badanie anatomiczne dało następujące wytłómaczenie powstania tych pasemek: Wskutek silnego przyparcia gałki ocznej do górnej ściany oczodołu został poziomy jej południk silnie napiętym, przez co powstały pionowe pęknięcia błony Descemeta w tkance rogówki. Pęknięcia te odpowiadały właśnie spostrzeganym klinicznie zmętniałym pasemkom.

*Do znajomości wrodzonego położenia i zmian w postaci soczewki.* (Zur Kenntnis angeborener Lage und Formveränderungen der Linse). Dr Beck.

Po poprzednim omówieniu odpowiedniej literatury, opisuje autor zwichnięcie i nieprawidłowe zmniejszenie soczewki, które spostrzegł u 27-letniej kobiety. A mianowicie była soczewka na oku prawem przesunięta ku dołowi i na wewnątrz, zaś na oku lewym na zewnątrz i ku górze. Obustronnie zaś był ucisk śródoczny zwiększonym, a tarczce wzrokowe wyżłobione. Na oku prawem projekcyja była niepewną, na oku lewym rozeznawała badana ruchy ręki tuż przed okiem. Autor zrobił na próbę na oku prawem iridektomię. Wkrótce po operacyi, przy której ciało szkliste wypadło, wystąpił napad jaskry z wymiotami, wreszcie wypadło ciało szkliste i soczewka.

*O spostrzeganiu robaków w oku.* (Ueber das Vorkommen von Würmern im Auge). Prof. Greef.

Autor spisał wszystkie spostrzeżenia o obecnym stanie naszej wiedzy co do pojawiania się robaków w oku. Dzieli on te spostrzeżenia na następujące grupy i opisuje znane i najważniejsze momenty co do morfologii i biologii tych pasożytów.

### 1. *Trematody.*

Nordmann i Gescheidt znaleźli w soczewce ludzkiej następujące pasorzyty: *Monostoma lentis* i *Distoma oculi humani*. Były one 0,3—1 mm długie. Autor zwrócił już oddawna na to uwagę, że pojawiające się u ryb częste zmętnienia w soczewce i ciała szklistem powstają prawie wyłącznie wskutek żyjących trematodów, Fuhrmann opisał taką epidemię zaćmy u pstrągów, powstałą wskutek larw trematodów należących do grupy holoktonidów. Przy badaniu zaćmy u pewnego rybaka, znalazł autor w korze soczewki dwa białe punkceiki, które zdaniem autora wedle przedsiębranego badania drobnovidowego były trematodami. Sulzer

potwierdził spostrzeżenia autora co do pojawiania się trematodów w soczewkach zwierząt własnymi badaniami u pstrągów (*Monostoma lentis*).

## 2. *Cestodes* (Tasiemcy).

a) *Taenia solium*. Pierwotne siedlisko tasiemca znajduje się po większej części pomiędzy siatkówką a naczyniówką. Stąd dostaje się on do ciała szklistego i tutaj może pierwotnie powstawać i to z naczyń ciała rzęskowego. Wskutek nowoczesnej budowy rzeźni i wskutek oględzin mięsa znikł ten pasorzyt u nas w ostatnich czasach.

b) *Taenia alimococeni*. Wbrew dotychczasowemu zapatrywaniu udowodnił Werner na pewno istnienie echinokokka w głębi gałki ocznej. W ogóle spostrzegano dwa takie przypadki.

## 3. *Nematodes* (Nitkowce).

Tutaj należy *trichina spiralis*. Powoduje ona charakterystyczny obrzęk powieki, który powstaje przez dostanie się trychiny do mięśnia oczodołowego. W głębi gałki ocznej spostrzegano nitkowce nadto i to pod spojówką, w przedniej komorze, w soczewce i w ciałku szklistem. Zdaje się, że w oku pojawia się tylko *filaria loa*. Kuhn obserwował wziernikiem filarię na dnie oka i wyjął ją żywą. Nitkowce pojawiają się często pod 3-cią powieką u ptaków szczególnie zaś u kur. Jeżeli się nie leczy takiego oka przez wkrapianie 1—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu kreoliny, to często następuje utrata gałki ocznej. Robak ten jest biały i pół cala długi.

## O utrwaleniu postaci soczewki zapomocą zmrożenia.

(Ueber Fixierung der Linsenform mittels der Gefriermethode). Dr Fischer.

Wedle wskazówek Pflugka przesiębrał autor próby na oczach gołębi, chcąc się przekonać o ile w zmarzniętych oczach da się wykazać dokładny kształt soczewki oka żywego. Przesiębrane badania na 55 oczach dały następujące wyniki: Autor nie mógł przekonać się o stałym pojawianiu się stożka na tylnej ścianie soczewki (*accomodative Conusbildung*), jak to Pflugk twierdził.

Zdawało się też autorowi, że zmrożona soczewka przybierała prawie zawsze postać kuli. Autor przychodzi w końcu do następujących wniosków:

1. Metodą mrożenia nie można wykazać kształtu soczewki przy różnorodnym stanie skurczu mięśnia rzęskowego.

2. Otrzymane tą metodą spostrzeżenia nie mogą służyć jako dowód, że w oku gołębia akomodacja odbywa się przez zwiększone napięcie się wiązadła Zinniusa.

*Przypadek kiłowego zapalenia chrząstki powiekowej.*  
(Ein Fall von Tarsitis syphilitica). Dr Feilchenfeld.

Autor wyciął i badał kawałeczek chrząstki powiekowej u chorego na kiłę, przy czem nie mógł wykazać *spirochaet*. Cała chrząstka była zajęta drobnokomórkowymi naciekami a częściowo też naciekami ograniczonymi.

*Doświadczenia z tuberkuliną Kocha.* (Erfahrungen mit dem Koch'schen Tuberculin). Dr Brückner.

Autor opisuje 38 przypadków, w których stosowano 53 zastrzykiwań tuberkuliny Kocha i 152 zastrzykiwań T. R. W poszczególnych przypadkach występowały miejscowe nic nie znaczące objawy podrażnienia, których przyczynę przy T. R. należy szukać w glicerynie, którą się używa do rozrzedzenia tej tuberkuliny. Z pomiędzy 35 przypadków, w których stosowano tuberkulinę, wystąpiło w 26 przypadkach zapalenie tęczówki lub tęczówki i ciała rzęskowego, 2 przypadki były powikłane z zapaleniem naczyńki, podczas gdy w 2 przypadkach wystąpiło zapalenie nerwu wzrokowego. U 17 osobników wystąpiły objawy ogólne z gorączką. Na podstawie badania sądzi autor, że pojawienie się ogólnego odczynu przy niezdecydowanej chorobie ocznej co do jej etyologii, niczego nie dowodzi, a mogłoby ono być tylko poparciem klinicznego rozpoznania. Pewnym dowodem jest tylko pojawienie się miejscowego odczynu. Reasumując objaśnia autor w kierunku rozpoznawczym, że na 26 przypadków zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, w 13 przypadkach, t. j. w 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, dała się wykazać reakcja ogólna lub miejscowa. Z tych 26 przypadków było 15 podejrzanych klinicznie na gruźlicę. W 11 przypadkach dało się udowodnić na pewne tło gruźlicze. W kierunku leczniczym wstrzymuje się autor od wydania sądu, gdyż doświadczenia z T. R. są za szczupłe.

---

Archives d'Ophthalmologie. R. 1907. Nr 7. (Referent K. W. Majewski).

*Skuteczny sposób leczenia zakaźnych wrzodów rogówki.* (Un traitement efficace des ulcères infectieux de la cornée). Eperon (z Lozanny).

Sposoby leczenia zakaźnych wrzodów rogówki są liczne, ale w przypadkach złośliwych skuteczność ich jest przeważnie wątpliwa. Autor w szczególności wykazuje braki, jakie przedstawia galvano-

kaustyka wrzodów. Keratotomia sposobem Saemisch'a również we wielu razach zawodzi. Podano bardzo wielką liczbę środków antyseptycznych i żrących, które autor kolejno na poliklinicznym materiale wypróbował, żadnego jednak bez zastrzeżeń skutecznym nazwać nie może. Przypadek zrządził, że przez pomyłkę dostarczono mu z apteki zamiast 20% roztworu chlorku cynkowego, takiegoż roztworu siarkanu cynku. Autor roztworu tego użył do przypalenia powierzchni i postępującego brzegu uporeczywego i szybko się szerzącego wrzodu rogówki. Skutek był tak uderzający, że gdy się pomyłka wyjaśniła, pozostał już przy siarkaniu cynku i zastosował go z równie pomyślnym skutkiem w szeregu innych przypadków. Radzi on przed zastosowaniem siarkanu cynku znieczulić rogówkę kokainą, a następnie małym tamponikiem waty nawiniętej na koniec sondy i umaczanym we wzmiankowanym roztworze wymaczać dno i brzegi wrzodu. Prócz tego należy stosować atropinę i ciepłe okłady, a w razie nagromadzenia się większego hypopyou wykonać paracentezę.

*Leczenie jaskry przewlekłej zapomocą sklerotomii połączonej ze irydektomią.* (Traitement du glaucome chronique par l'iridectomie et la sclérectomie combinées). Lagrange.

Na wstępie zaznacza autor swe stanowisko wobec ścierających się poglądów na istotę tak zwanej jaskry prostej (*glaucoma simplex*). Zdaniem jego na miano jaskry zasługują tylko te przypadki, w których istnieje choćby zaledwie wykazać się dające wzmożenie ucisku śródocznego, lub nawet w których to wzmożenie występuje tylko przemijająco. Jeśli jednak tego kardynalnego objawu brak zupełnie, wtedy zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego należy uważać za zanikowe i w tych przypadkach nie można wymagać skuteczności od leczenia operacyjnego, które autor przeciw przewlekłej jaskrze stosuje. Operacja, którą już w dawniejszych pracach swych zalecił i opisał, polega na połączeniu irydektomii ze sklerotomią. Autor zbija zarzuty, które go spotkały, zwłaszcza ze strony Abadie'go, a następnie uzupełnia dawną knzuistykę siedmiu nowemi spostrzeżeniami. Z tych 27 przypadków operowanych metodą skombinowaną cztery nie mogły być spostrzegane przez czas dostatecznie długi. W trzech przypadkach skutek zabiegu operacyjnego był niedostateczny. Z pozostałych 20 w 12 przypadkach bystrość wzroku po operacji się podniosła, a w 8 pozostała stałą nie pogarszając się już dalej. Zdaniem autora jedynie połączenie irydektomii ze sklerotomią daje nam możność stworzenia trwałej blizny przesączającej, bez której o wyleczeniu jaskry mowy być nie może.

*Uwagi o krwotokach naczyńiówkowych po urazie i po operacyi zaćmy.* (Remarques sur les hémorragies sous-choroïdiennes traumatiques et sur les hémorragies expulsives) Terson.

W pracy tej zestawia autor porównawczo wyniki swych badań mikroskopowych w przypadku krwotoku naczyńiówkowego na tle urazu z przypadkami takiegoż krwotoku po operacyi zaćmy. Terson to właśnie jest autorem powszechnie już dziś przyjętej nazwy pooperacyjnego krwotoku naczyńiówkowego: *haemorrhagia chorioidealis expulsiva*. Przypadek urazowy odnosił się do pewnego handlarza wina, który uderzył się z wielką siłą w oko lewe końcem kija bilardowego. Przyszło do pęknięcia twardówki łukiem ponad rogówką, a przez ranę tę szeroko rozwartą sterczała w postaci krwią sączącego skrzepu wyciowana treść gałki ocznej. Obraz kliniczny zatem przypominał wielce krwotok naczyńiówkowy, jaki się zdarza w wyjątkowych razach po operacyi zaćmy lub po innych operacyach połączonych z otwarciem gałki ocznej. I pod względem mikroskopowym, oko bowiem zostało wyjęte, dały się wykazać daleko idące analogie. Jako jedyną różnicę podnosi autor zachowanie się samej naczyńiówki. W przypadku urazowym dało się wykazać w naczyńiówce jedno miejsce rozdarte, jako właściwe źródło krwotoku. Jest to właśnie miejsce, które najbardziej było na siłę urazu narażone. W przypadkach krwotoku pooperacyjnego badanie mikroskopowe poucza, że naraz w wielu miejscach naczyńiówka wskutek wylewającej się krwi ulega oderwaniu, czyli, że ogniska krwotoczne powstają naraz w większej liczbie. Różnicę tę tłumaczy ta okoliczność, że *haemorrhagia expulsiva* występuje u osób ze zmianami miażdżycowymi w układzie krwionośnym. Nagłe zatem zmniejszenie ciśnienia przez pęknięcie ścian gałki ocznej wywołuje naraz pęknięcie wielu naczyń naczyńiówkowych. Gwałtowny uraz spotkać może osobę z naczyńiami zupełnie zdrowymi bez żadnej szczególnej skłonności do krwotoku, jasną jest więc rzeczą, że krew wylewa się tylko z miejsca bezpośrednio uszkodzonego.

*Przyczynek do znajomości nieżyty wiosennego.* (Contribution à l'étude de la conjonctivite periodique végétante, catarrhe printanier). Antonelli.

W pewnym przypadku wybitnego nieżyty wiosennego przeprowadził autor szczegółowe badanie histologiczne bardzo znacznych wyrosli, usadowionych na brzegu rogówki i wkraczających nawet, zwłaszcza u lewego oka, aż prawie w obręb wąskiej źrenicy. Na podstawie tych badań uważa on to cierpienie za rodzaj okresowej sprawy zapalnej, która kończy się przerostem, względnie hyper-



plazją błony śluzowej. Wszystkie części składowe tej błony, a także i warstwa podśluzowa, a więc *stratum episclerale* w postaciach gałkowych, a *stratum epitarsale* w postaciach powiekowych ulegają sprawie przerostowej, jakkolwiek w niejednakim stopniu. Unacyznienie części przerostłych bywa bardzo obfite. O przyrodzie zapalnej cierpienia świadczy znaczne miejscami nacieczenie drobnokomórkowe. Obecność glikogenu i zwyrodnienie szkliste, oraz tworzenie się rzekomych torbieli, wszystko to spotyka się często w wyrostkach znamiennych dla nieżytku wiosennego, jak wogóle w nowo utworzonych tkankach pochodzenia zapalnego.

### *Oko bielców.* (L'oeil des albinos). Lagleyze.

Jest to ostatnia część dużej monografii o bielactwie oka. Tu zajmuje się autor pewnemi jeszcze szczególnemi postaciami wrodzonych zmian barwиковych oka, omawia różne rodzaje heterochromii, a wreszcie wspomina o niektórych ciekawych spostrzeżeniach tak zwanej arytmografii tęczówki, chociaż zboczenie to nie należy ściśle do przedmiotu, a stanowi raczej przeciwieństwo do albinizmu. Cyfry i litery, jakie spostrzegali na tęczówce: Geynst, Deneffe, Van Duyse, Cornaz, Rognetta, Giraldès, Wilde, Tenon, Borelli i inni nie są niczem więcej, jak nagromadzeniem barwika na przedniej powierzchni tęczówki w postaci figur, przedstawiających pewne przypadkowe podobieństwo do znaków piśmiennych, Potrzeba jednak pewnej dozy fantazyi, ażeby dopatrzeć się na tęczówkach takich napisów, jak: *Napoléon, Empereur* (Giraldès), lub *Loué soit Dieu*. Na końcu pracy zestawiona jest bardzo dokładnie obszerna literatura przedmiotu (168 publikacyj).

*Przypadek pierwotnego raka spojówki gałkowej.* Note sur un cas d'épithelioma primitif de la conjonctive bulbaire). Debève.

Autor podaje opis przypadku odnoszącego się do 40-letniego ogrodnika z zawodu, u którego wystąpił na oku prawem guzek na brzegu rogówko-twardówkowym. Gdy chory po raz pierwszy guzek ten zauważył, nie przekraczał on wielkości ziarna prosa, w chwili zaś wyłuszczenia gałki posiadał już wielkość monety 50 centymowej. Guzek był całą podstawą do gałki przyrośnięty, w części twardówkowej okazywał owrzodzenie o brzegach twardych. Badanie mikroskopowe skrawków wykazało, że utkanie nowotworowe przenikało powierzchowne warstwy rogówki i twardówki. Błona Bowmana była przeżartą. Czopy przybłonkowe wnikały głęboko, zwłaszcza w okolicy przestrzeni Fontany i kanału Schlemma.

Jest to miejsce przez które, jak wykazał Lagrange najczęściej nagałkowe nowotwory przedostają się w głąb oka. Przypadek autora zasługuje głównie z tego względu na uwagę, że punktem wyjścia przybłoniaka była spojówka gałkowa, co należy do mniej częstych zdarzeń.

Berl. klin. Wechschrift. 1907. Nr 15. (Referent Dr W. Reis)

*O istnieniu nerwowych włókien rdzennych w ludzkiej siatkówce i ich znaczeniu ze stanowiska neurologicznego.* (Über Vorkommen und Bedeutung markhaltiger Nervenfasern in der menschlichen Netzhaut vom neurologischen Standpunkt). Bernhardt.

U niektórych zwierząt (szczupak, węgorz, królik) są włókna rdzenne w siatkówce zjawiskiem zwykłym, u człowieka napotyka się je tylko wyjątkowo. Większość autorów nie przypisuje istnieniu tych włókien żadnego klinicznego znaczenia. Leber uważa tę nieprawidłowość za wrodzoną, mimo, że nie udało się dotychczas zauważyć istnienia tych włókien u noworodków. Ważną jest jednakże wzmianka, że często oczy, w których takie włókna znaleziono, nie są prawidłowe. Kölliker podaje, że na 52.180 chorych spostrzegał tę nieprawidłowość w 59 przypadkach, a więc w 0.11%, Tervelp na prawie taką samą ilość chorych 122 razy, Caspar na 14.000 cztery razy. Niektórzy z autorów (Hawthorne, Cosmetatos) spostrzegali odosobnione wysepki włókien rdzennych w pewnym oddaleniu od tarczy nerwu wzrokowego i bez związku z tą ostatnią. Ewersbusch (1885) przypisuje powstanie włókien rdzennych niedorozwojowi częściowemu blaszki sitowej, która w prawidłowych warunkach ma powstrzymywać posuwanie się osłonki rdzennej włókien nerwu wzrokowego w kierunku ku tarczy. Manz (1890) na 113 w tym celu badanych osobników znalazł włókna rdzenne u 4-ch osobników ze zбочeniami umysłowymi. W r. 1894 przytacza M. dalsze trzy przypadki pojawienia się tej nieprawidłowości u osobników pod względem umysłowym nieprawidłowych. Praca Westphala (1897) objaśnia tworzenie się osłonek rdzennych włókien nerwowych w nerwach mózgowych, poczem W. doświadczalnie stwierdza wpływ światła na szybkość dojrzewania osłonek rdzennych. Hippel zaś utrzymuje, że włókna rdzenne w siatkówce bynajmniej nie są wrodzone, wrodzonym jest tylko usposobienie do ich rozwoju. Edinger upatruje w czynności nerwu jeden z czynników powodujących dojrzewanie osłonek rdzennych.

Po zestawieniu historycznym poglądów na znaczenie włókien rdzennych w siatkówce przyłącza B. pięć przypadków przez siebie spostrzeganych. Z tych jeden dotyczył chorego na wiał rdzenia, drugi osobnika historycznego, trzeci ciężko nerwowo chorego z objawami kurczu twarzowego, a czwarty chorej głuchoniemej z rozsia-  
nem stwardnieniem mózgu i rdzenia.

Nr 20.

*Przypadek wrodzonej, jednostronnej, odosobnionej szpary w górnej powiece.* (Ein Fall von angeborener, einseitiger, isolierter Spaltbildung im oberen Augenlid (Blepharochisis). Meyer.

Autor stwierdził u dziecka 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-letniego w górnej powiece lewego oka szparę o wysokości <sup>3</sup>/<sub>4</sub> cm a szerokości <sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm, którą usunął zapomocą operacyi plastycznej. Do powstania tego zboczenia przyczynia się nieprawidłowy rozwój poszczególnych wyrostków twarzowych w życiu płodowym. Odosobnione szczeliny powiekowe, bez powikłań z niekształtnościami twarzowymi należą do rzadkich przypadków.

Nr 29.

*O niemożności czynnego zamykania powiek.* (Über Apraxie des Lidschlusses). Lewandowsky.

Chory 64-letni z lewostronnem porażeniem połowiczem i lekkim niedowładem w dolnej gałęzi nerwu twarzowego leży w łóżku z otwartymi oczyma i nie jest w stanie dowolnie oczu zamknąć. Mimowolne mruganie istnieje, odruch rogówkowy wstrzymany przy zbliżaniu ręki do oka, występuje także silnie przy opukiwaniu czoła lub dotknięcia okolicy między nosem a okiem. Chory wezwany do zamknięcia jednego oka, wypowiada słowa »jak gdybym chciał strzelać«, poczem udaje mu się zamknąć osobno oko prawe. W nocy sypia chory z zamkniętymi oczyma. Oprócz niemożności czynnego zamknięcia powiek, nie jest chory także w stanie wstrzymać dowolnie odruchowego zamknięcia powiek. Tło anatomiczne tego schorzenia nie jest na razie wyjaśnione. Prawdopodobnie muszą w tym przypadku być przerwane skojarzone połączenia ośrodkowego dla górnej części nerwu twarzowego z innymi miejscami kory, z których wychodzi bodziec do zamykania powiek i tylko skojarzenie niezwykłych wyobrażeń może na drodze pośredniej wywołać zamknięcie powiek.

Deutsche med. Wchschrift. 1907. Nr 11. (Ref. Dr W. Reis).

*Rzadki przypadek wyjęcia zaćmy.* (Ein seltener Fall von Star-Ausziehung). J. Hirschberg.

Po omówieniu w krótkości wyników wyjęcia zaćmy u osób w podeszłym wieku przytacza H. przypadek następujący. W maju 1905 r. zgłosił się do autora starzec 85-letni z zaćmą dojrzałą na oku prawem, podczas gdy lewe oko z zaćmą początkującą posiadało jeszcze bystrość wzroku prawidłową. Chory — homeopata — chcąc zapobiedz powstaniu zaćmy na oku lewym wykonywał na temże oku miesienie, które wywołało skutek wprost odwrotny. W sierpniu 1906 wykonał H. wyjęcie zaćmy na oku prawem z wynikiem bardzo dobrym. W miesiąc potem stwierdzić było można na dnie oka prawego drobne krwotoki w następstwie silnego kaszlu. W grudniu 1906 zgłosił się do H. chory ów zupełnie ślepy. W listopadzie miał przebyć grypę — prawdopodobnie jednak ostry napad jaskry na lewym oku, który równocześnie spotęgował cierpienie na oku prawem i spowodował zgubny wylew krwawy do ciała szklistego. Po wycięciu szerokiego kawałka tęczówki chory odzyskał na oku lewym względnie użyteczną bystrość wzroku.

Nr 19.

*Połowiczny ból głowy z porażeniem mięśni ocznych i okresowe porażenie nerwu okoruchowego.* (Ophtalmoplegische Migräne und periodische Oculomotoriuslähmung). Paderstein.

U chorej dziedzicznie nie obciążonej istnieją od wczesnego dzieciństwa napady połowicznego bólu głowy, do których w 14 roku życia przyłącza się opadnięcie powieki, później rozszerzenie źrenicy, w końcu porażenie całego nerwu okoruchowego i to w ten sposób, że napady bólu głowy występują naprzemian albo odosobnione albo razem z porażeniami mięśni ocznych.

Organiczne jakieś schorzenie należy w tym przypadku wykluczyć, porażenia ustępują bowiem po kilku dniach. O naturze tego cierpienia nie można nic pewnego powiedzieć wobec braku liczniejszych danych z materiału sekcyjnego.

Nr 20, 21 i 22.

*Zewnętrzne choroby oka i ich stosunek do chorób nosa.* (Aeussere Augenerkrankungen in ihrer Beziehung zu Nasenleiden). Gutmann.

Przewód łzowy stanowi połączenie między jamą nosową a workiem spojówkowym. Stosunki anatomiczne tego przewodu, w szcze-

golności jego ujścia nosowego mają pewne znaczenie dla przenoszenia się spraw zapalnych z jamy nosowej. Istnienie zastawki Hasnera powoduje przy ostrym niezycie nosa ciągłe łzawienie przez zatkanie ujścia nosowego, pozatem jednak także i postać ujścia nie pozostaje bez wpływu na powstanie powikłań ze strony oczu. Przy pionowo - owalnej postaci ujścia trudniej przychodzi do jego zamknięcia, aniżeli, gdy ujście ma kształt szpary. Przy tej ostatniej postaci ujścia już nieznaczny obrzęk spowodować może jego zamknięcie.

Obok zmian anatomicznych, które umożliwiają przenoszenie się sprawy chorobowej *per continuitatem*, istnieje jeszcze drugi sposób rozprzestrzeniania się drogą odruchową.

W fizyologicznych warunkach można już wywołać łzawienie odruchowe przy drażnieniu błony śluzowej nosa.

Naodwrot u osób ze światłowstrętem przy zapaleniu pryszczykowem oka występuje często odruchowe kichanie przy otwarciu powiek.

Do czuciowych nerwic odruchowych zaliczyć należy bóle rzęskowe, występujące przy schorzeniach jamy nosowej i znikające po ustąpieniu przyczyny wywołującej, do nerwic zaś naczynioruchowych obrzęki powiek i tkanki okołoooczodołowej. Znane są także w literaturze przypadki choroby Basedowa z wytrzeszczem gałki, które wyleczone zostały po wykonaniu operacyi w jamie nosowej.

Z drobnoustrojów napotykaných w wydzielinie nosowej, część można stwierdzić także w worku spojówkowym przy ostrym niezycie spojówki. Przyjąć należy, że czasami odbywać się może bezpośrednio przenoszenie drobnoustrojów drogą kanału noso-łzowego.

Autor zastanawia się następnie nad stosunkiem poszczególnych schorzeń oka do chorób nosa. W 100 badanych przypadkach zapalenia pryszczykowego spojówki w 93% istniał równocześnie przewlekły niezyt nosa a w 50% przypadków przerost migdałków. Ostry i przewlekły niezyt spojówki oraz śluzoropotok woreczka łzowego są bardzo często zależne od zmian chorobowych w jamie nosowej. Także jaglica znajduje tło podatne u osobników cierpiących na przewlekłe schorzenia nosowe. Gruźlica spojówki powstaje często w przyczynowym związku z gruźlicą przewodu noso-łzowego oraz jam nosowych i migdałka. Znane są także przypadki pęcherzycy spojówki przy równoczesnych zmianach pęcherzycowych na błonie śluzowej nosa i gardzieli.

Nr 23.

*Wyleczenie śluzoropotoku woreczka łzowego w przebiegu róży.* (Heilung der Tränensackblennorrhoea durch interkurrentes Erysipel). Feilchenfeld.

Chora 51-letnia cierpiała od dłuższego czasu na śluzoropotok woreczka łzowego ze znaczną ropną wydzieliną. W kilka dni po przecięciu przewodki i wprowadzeniu zgłębnika wystąpiło po tej samej stronie twarzy róża. Po wyleczeniu róży ustąpił także śluzoropotok woreczka łzowego. Po 9-ciu miesiącach nie było jeszcze żadnego nawrotu.

Nr 24.

*O symulacji cierpień ocznych i ich wykryciu.* (Über Simulation von Augenleiden und deren Entlarvung). Groenouw.

Autor przytacza znane sposoby służące do wykrycia ślepoty lub niedowidzenia wysokiego stopnia na jednym oku lub też osłabienia wzroku na obu oczach.

---

Ophthalmology. (Milwaukee). Vol. III. Nr 4. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

*Zaćma warstwowa i jądrowa. Leczenie niechirurgiczne zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań dioniny.* (Lamellar and Nuclear Cataract. Non-Surgical Treatment. Treated by Subconjunctival Injections of Dionin). Bernstein (Kalamazoo).

Autor dalekim jest od twierdzenia, jakoby mogło regułę stanowić inne leczenie zaćmy niż operacyjne. Przypomina nawet orzeczenie oftalmologicznej sekcji północno-amerykańskiego towarzystwa medycznego, zredagowane przez Schweinitza i Risleya, że każde zaćmienie soczewki może się tylko powiększyć, lub pozostać bez zmiany, ale w żadnym razie nie może się zmniejszyć, a tem mniej ustąpić. Co prawda orzeczenie to wydane przez poważne ciało naukowe i ogłoszone także i w pismach nielekarskich miało raczej cel taktyczny, niż naukowy, chodziło bowiem o położenie tamy rozwielniającej się w Ameryce szarlataneryi w kierunku leczenia zaćmy bez operacji. W rzeczywistości nie ulega wątpliwości, że zachodzą przypadki samoistnego wyjaśnienia się zaćmień w soczewce. I tak znane są opisy, dobrowolnego z biegiem lat wessania się zaćmy starczej, oraz cofnięcie się, a nawet zupełne zniknięcie klinowatych smug zaćmy rozpoczynającej się. Tożsamo opisane zostały przypadki znikania zaćmień urazowych przy zra-

nieniach soczewki, gdzie ranka w torebce była nieznaczna i szybko się zamknęła. Na podstawie takich i podobnych spostrzeżeń można mieć nadzieję, że istnieją i znajdują się środki, które zdolne będą w korzystnych warunkach ułatwić zaćmionej soczewce odzyskanie utraconej przezroczystości. Autor wykonywał w tym kierunku próby i przekonał się, że wstrzykiwanie głęboko pod torebkę Tenona  $\frac{1}{2}\%$  roztworu dioniny jest właśnie takim zaćmienia soczewkowe wyjaśniającym środkiem. Ponieważ zabieg jest bolesny należy oko poprzednio znieczulić 10% kokainą. Autor powtarza zastrzyknięcia raz tygodniowo, a prócz tego poleca raz dziennie zapuszczać roztwór dioniny 5% z atropiną 1%. Nakoniec podaje kilka spostrzeżeń, z których wynika skuteczność takiego sposobu leczenia zaćmy warstwowej, oraz rozpoczynającej się zaćmy starczej. Wstrzykiwania podspojówkowe dioniny stanowią, zdaniem autora, cenny nabytek terapeutyczny, bo niejednokrotnie zdarzają się wypadki, w których z tego lub owego powodu operować nie można, gdzie zatem skuteczny sposób nieoperacyjny bardzo jest pożądany.

*Dwa przypadki wrodzonego skrzydlika powieki górnej (Epitarsus).* (Two Cases of Congenital Pterygium of the Upper Lid [Epitarsus]). Wradziński (Kijów).

Pierwszy przypadek odnosi się do 17-letniej dziewczyny, która zgłosiła się do autora z powodu wrodzonego opadnięcia górnej powieki prawego oka. Oprócz tej nieprawidłowości zauważył autor drugą w postaci błony rozpiętej nad spojówką powieki górnej, zaczynającej się w załamku górnym i dochodzącej na brzegu powieki górnej tuż do wylotów gruczołów Meiboma. Po pod tę błonę gładką, lśniąca i bledszą cokolwiek od spojówki można było z łatwością wprowadzić zgłębnik.

W drugim przypadku u 32-letniego mężczyzny dotkniętego na obu oczach typową jaglicą, powodującą lekki stopień *ptosis* widać było po odwróceniu górnych powiek podobną, jak w poprzednim przypadku napiętą błonę w postaci trójkąta, podstawą sięgającego do załamka, a wierzchołkiem do środka brzegu górnej powieki. I tu można było przeprowadzić sondę po pod te błony.

Autor uważa zmiany w obu tych przypadkach za wrodzone. Ze względu na ich wejrzenie przypominające *pterygium* nazywa on je *pterygium congenitum palpebrae superioris*.

*Trudności praktyczne w przypadkach wad refrakcyi.* (The Cause of difficulties in Refraction Work). Levis Dixon (Boston).

W niektórych przypadkach uciążliwej astenopii zależnej zwłaszcza od hypermetropii i nadmiarowego astygmatyzmu stosuje

autor oryginalny sposób leczenia, polegający na hyperkorekcji t. j. wytworzeniu zapomocą zbyt silnych szkieł wypukłych refrakcyi krótkowzrocznej. Wychodzi on z tego założenia, że niskie stopnie myopii nietylko nie wywołują nigdy prawie żadnych dolegliwości, ale przeciwnie, zwłaszcza u ludzi skazanych na pracę z bliska, stanowią pewnego rodzaju naturalne przystosowanie wzroku do tejże pracy. Stwarzając zapomocą szkieł, które poleca hypermetro-pom i astygmatykom o ile możności używać stale, taki niski stopień myopii, uzyskuje autor u nich po dłuższym czasie trwałą poprawę pod względem astenopii i towarzyszących jej objawów, jak bóle, zawroty, ciśnienie w oczach i w czole etc. Szklą takie sprawiają z początku wiele trudności, zwłaszcza przy patrzeniu na większą odległość, a więc po za domem. Po pewnym czasie jednak oko nietylko się do nich przyzwyczaja, ale nawet widzi przez nie w dal co raz lepiej, co autor przypisuje zupełnemu i trwałemu zwolnieniu akomodacyi, jakie w innych warunkach niełatwo daje się uzyskać. Przytacza on szereg przypadków, w których uzyskał w powyższy sposób bardzo dobre wyniki lecznicze, jakichby się zdaniem jego nie dało osiągnąć przez zapisanie szkieł wyrównawczych wedle zwyczajnych prawideł.

*O zaburzeniach ocznych pochodzenia nosowego.* (Ocular Diseases of Nasal Origin). J. A. Patterson (Colorado Springs).

Autor przytacza cały szereg spostrzeżeń, aby wykazać, jak często zachodzi związek przyczynowy między cierpieniami nosa i oka. Zwraca on uwagę, że jak długo nie liczono się z zależnością różnych chorób ucha od zmian w nosie, otologia żadnych prawie nie czyniła postępów. Dla okulistyki pomoc rynologii nie ma wprawdzie tak walnego znaczenia, nie mniej jednak we wszystkich przypadkach zwłaszcza jednostronnych chorób ocznych o niepełnym pochodzeniu badanie jamy nosa jest konieczne.

*Czynnościowe zaburzenia oczne w przebiegu ropnego otoku jamy Highmora.* (Functional Eye Disturbance caused by Disease of Antrum of Highmore). R. H. Johnston (Baltimore).

W ostatnich czasach literatura zmian chorobowych w zatokach bocznych oka i ich wpływu na zaburzenia oczne wzbogaciła się wielką liczbą prac kazuistycznych. Niektórzy autorowie jak np. Fist posuwają się w tym kierunku do przesady, odnosząc wszystkie bez mała choroby oczne do widocznych lub ukrytych, a więc przypuszczalnych tylko zmian w zatokach bocznych, zwłaszcza w zatoce czołowej. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa za-



palna, zwłaszcza ropna w jamach tak blisko z okiem sąsiadujących nie może być dla oka obojętną.

Ziem wykazał, że w przypadkach otoku ropnego jamy Highmora często stwierdzić można zwężenie pola widzenia od góry. Autor przytacza przypadek odnoszący się do mężczyzny 43-letniego, który od lat 20 cierpiał na częsty wypływ ropny z nosa po stronie prawej. W ostatnich czasach dopiero zaczął doznawać dolegliwości ze strony oka prawego, jak zamglenie wzroku przy czytaniu, objawy zmęczenia, wreszcie chwilowe jednooczne widzenie podwójne, a nawet potrójne. Okulista, którego rady zasięgnął po zbadaniu przyznał otwarcie, że w oku nie znajduje żadnej podstawy dla wyjaśnienia tych podmiotowych objawów. Wtedy chory zgłosił się do autora, który również w oku żadnych zmian podmiotowych nie mógł wykazać, ale zwrócił uwagę na jamę nosa. Wypływ z prawego nozdrza wskazywał na otok ropny w jamie Highmora. Nakłucie igłą Steina potwierdziło to przypuszczenie. Autor wyciął przednią część dolnej muszli nosowej i zapomocą elektrycznej trefiny zrobił trwałą otwór w dolnej części nosowej ścianki kostnej tej zatoki. Następnie przez czas dłuższy przepłukiwał chorą jamę dwa razy dziennie ciepłym roztworem kwasu borowego. W miarę jak stan zatoki Highmora zaczął się poprawiać, ustępowały objawy ze strony oka prawego i w krótkim stosunkowo czasie doczekał się chory zupełnego wyleczenia i choroby nosa i zaburzeń wzroku.

---

Revue générale d'Ophthalmologie. R. 1907. Nr 8. (Referent K. W. Majewski).

*Torbiel gruczołu łzowego.* (Kyste de la glande lacrymale). H. Dor.

Torbiele gruczołu łzowego są rzadkością. Wystarczy wspomnieć, że Desmarres mimo swej ogromnej praktyki przyznaje, że przypadku takiego nie widział. Autor operował guz w powiece górnej u 2-miesięcznego dziecka. Przystępując do operacji przypuszczał, że ma do czynienia z nowotworem pozagałkowym, przygotował nawet rodziców na ewentualne wyluszczenie oka. Za tem rozpoznaniem przemawiał znaczny trzeszcz gałki oprócz przemieszczenia ku dołowi. Wśród operacji okazało się jednak, że guz był torbielem, wychodzącym z gruczołu łzowego wielkości orzecha laskowego, mocno napięty i wypełniony cieczą wodnistą. Po wyluszczeniu oko wróciło do położenia prawidłowego, pozostała tylko

lekka *ptosis*. Badanie mikroskopowe wykazało w ścianach torbiela tkankę włóknistą, posażną we włókna sprężyste. Na wewnętrznej powierzchni jamy torbiela można było wykazać spore cząstki tkanki gruczołowej, po części uległej zwyrodnieniu tłuszczowemu.

*Gruczoł łzowy u człowieka i u zwierząt ssących.* (La glande lacrymale de l'homme et des mammifères). G. Dubreuil.

Nasze wiadomości o histologicznej budowie gruczołu łzowego pochodzą z czasów ostatnich. Poprzednio utartem było mniemanie, że gruczoł łzowy posiada budowę zupełnie takąsamą jak przyuszna ślinianka i zanim bliżej prawidłową histologię gruczołu tego opracowano, pojawiły się liczne prace kliniczne opisujące zmiany chorobowe tak makroskopowe, jak mikroskopowe. Nie dziw przeto, że musiały się zakraść liczne usterki i niedokładności, skoro anatomia patologiczna wyprzedziła anatomie prawidłową. Dopiero prace Zimmermanna, Nolla, Puglisi' Allegry, a wreszcie autora wyświetliły w drobnych szczegółach histologiczne stosunki prawidłowego gruczołu łzowego.

W obecnej pracy autor streszcza wyniki tych badań, podając je jako ustęp prawidłowej anatomii mikroskopowej, napisany jasno i treściwie *ad usum scholarum* i ilustrowany rycinami preparatów histologicznych.

#### IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

##### Z sekcji okulistycznej X. zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie.

W lipcu 1907 r.

(Ref. Dr Rosenhauch).

(Dokończenie).

4) R. Dw. Prof. Wicherkiewicz: »O przemieszczeniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyłuszczeniu chorych gałek«.

Dla osiągnięcia i lepszej ruchliwości protezy a przede wszystkim dla lepszego złudzenia, osiąganego tem, iż szpecący i protezę zdradzający rowek powiekowo-oczodołowy wyrównuje się więcej, przemieścił prelegent w licznych przypadkach królicze oko rogówką ku tyłowi do woreczka Tenona z bardzo dobrym skutkiem idąc za przykładem Lagrange'a i wedle techniki udoskonalonej przez siebie. Rychłozrost następuje prawie zawsze szybko a na 32 przypadki raz tylko z powodu

nawrotu narodziło nastąpiło przerośnięcie gałki transplantowanej i konieczność wyłuszczenia jej przy wypaproszeniu oczodołu, a w drugim przypadku nastąpiło zropienie gałki wskutek zakażenia.

Gałka implantowana maleje mniej więcej, ale i po roku pozostaje zawsze dostateczna gałka, by na niej protezę mózdz osadzić.

Bez dyskusyi.

5) Tenże: »O znaczeniu tenotomii wszystkich mięśni prostych pod względem kosmetycznym czynnościowym i zapobiegawczym co do sympatyi«. Ogłoszone w całości w niniejszym numerze P. O.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Górski pyta, czy po tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych sympatyczne zapalenie ustępuje i czy działa tu sam zabieg operacyjny a nie dodatkowe leczenie.

Prof. Machek uważa efekt kosmetyczny za znakomity. Sam fakt, że gałka się nie zmniejsza, lecz przeciwnie powiększa się i że ból ustępuje — to już bardzo wiele.

Dr Koliński radzi podjąć w tym względzie doświadczenia na królikach, bo gdyby się udało tym sposobem usunąć zapalenie sympatyczne, gdyby nie trzeba było enukleować, to byłoby faktycznie dobrodziejstwem.

Dr Górski sądzi, że w przypadkach np. *corpus alienum in bulbo* musi się dokonać enukleacyi, tu sama tenotomia nie wystarczy.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że zabieg ten nie ma na celu usunąć enukleacyę w zupełności, a uważa ją jedynie tam za wskazaną, gdzie np. chory nie chce się zgodzić na wyjęcie oka. Obecność ciała obcego oczywiście wymaga wyłuszczenia.

6) Doc. dr Bednarski (Lwów) przedstawia ciekawe preparaty anatomiczne oka. W jednym po ciele obcym, które utkwiało w oku, wystąpiły na tęczówce gruzełki, podobne do gruźliczych.

Nadto preparaty gałek ocznych zatopione przez dra Reisa w żelatynie, i cały szereg fotografii stereoskopowych.

7) Dr Zion (Lwów) demonstrowa: Nowe hebrajskie wzory do badania hystrości wzroku według zasad Snellena:

Wzory różnią się od dawnych wzorów hebrajskich tem, że pod każdą literą jest umieszczone brzmienie jej po polsku, co umożliwia kontrolę nad chorym nawet lekarzom nie znającym języka hebrajskiego.

8) R. Dw. Prof. Wicherkiewicz: »Wyższe stopnie niezborności po operacyi zaćmy pod względem etyologii, pochodzenia i leczenia«.

Na podstawie kilku przypadków szczegółowo opowiedzianych wykazuje prelegent, iż pęcznienie kory pozostałej w obwodowych częściach, to znowu cofnięcie się pod wpływem działania atropiny torebki z tęczówką ku obwodowi, mogą dać powód do powstawania jaskry przez utrudnienie odpływu cieczy śródgałkowej. W jednym przypadku odnoś-

nym niezbornosc wynosząca skutek takiej jaskry 25 D. zmniejszyła się pod wpływem środków, zwężających źrenicę i opaski w przeciągu kilku dni do 8 D. równocześnie z ustąpieniem objawów jaskrowych i wygładzeniem torebki, która poprzednio zmarszczona chowała się obwodowo poza tęczęwką. Prelegent zwraca uwagę na ważność prawidłowego cięcia, na konieczność badania napięcia gałki, gdy przednia komora pozostaje płytka, omawia sposoby wyrównywania wysokich stopni niezborności, a w końcu tłumaczy, dlaczego w pewnych przypadkach mimo niezborności regularnej szkła walcowate poprawy nie sprowadzają.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Koliński. Astygzmatyzm po operacyi zaćmy jest bardzo częsty, kto wie czy powodem tego nie jest fakt, że po operacyi nie bandażuje się oka.

Doc. Bednarski radzi również używać po operacyi zaćmy opaski ochronnej. Kto wie, czy astygzmatyzmu nie usunęła opaska uciskowa, a nie *miotica*.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz podaje, dlaczego zniósł opaskę po operacyi zaćmy i zastąpił ją papierem:

- 1) Siatki Fuchsa i opaski powodowały częste krwotoki wewnętrzne.
- 2) Infekcyje są obecnie rzadkie.
- 3) Pęknięcie przedniej komory coraz rzadsze pod papierową opaską.
- 4) Opaska papierowa jest bardzo przyjemna dla chorych.

W odpowiedzi doc. Bednarskiemu sądzi, że głównie *miotica* usunęły astygzmatyzm przez zwolnienie dróg odpływowych pośrednio, przez usunięcie ucisku wśródocznego, a opaska miała tylko drugorzędną rolę.

Dr Bałłaban sądzi, że na klinice da się papier stosować, ale nie w prywatnej praktyce, gdzie chory nie jest pod stałą opieką lekarza.

Posiedzenie V. dn. 24. VII. godz. 4 po poł.

Przewodniczący dr Koliński z Łodzi.

Wykłady wygłosili:

Dr Markowski (Lwów): »O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy«.

Prelegent stosował je w 5 przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej.

Bystrość wzroku podnosiła się z  $\frac{6}{12}$  na  $\frac{6}{8}$  w 4-ch przypadkach, w 1 tylko przypadku obniżyła się z  $\frac{5}{10}$  na  $\frac{5}{15}$ .

Zaćmienia tylko bardzo nieznacznie się wyjaśniały.

Przed wstrzykiwaniem zakraplał do worka spojówkowego kokainę; gdy wstrzykiwania były bolesne dodawał do płynu zastrzykiwanego akoinę lub kokainę.

Skład płynu zastrzykiwanego był następujący:

Rp.	<i>Kali jodati</i> . . .	0,2.
	<i>Natrii chlorati</i> . . .	0,2.
	<i>Aq destill.</i> . . . .	10,0.

Dr Kozłowski: Czy zachodziło tu istotne polepszenie, czy też było to złudnem, bo może chory przyzwyczajał się dzięki częstemu badaniu i dlatego potem więcej liter czytał. Jak sobie bowiem wytłomaczyć dysproporcję między minimalnem wyjaśnianiem się zaćmień, a niestosunkowo wielką poprawą bystrości wzrokowej.

Prof. Machek. Injekcye te wstrzymują rozwój katarakty, ale mowy niema, aby jej zupełnie zapobiedz. Ale i to jest ważnym nabytkiem np. w psychozie, gdy nie można operować.

2) Prof. Machek (Lwów): »Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej«.

Już dawniej znanym był fakt, że przy rozpoczynającej się zaćmie, może się refrakcyja oka zwiększyć. Są jednakże pewne postacie zaćmy, przy których się wytwarza mniejsze załamywanie światła, t. zn. jeśli chory był myopem, myopia ta się zmniejsza, jeśli była emmetropia powstawała hyperopia, a jeśli już była hyperopia to takowa się zwiększała. Opisuje pewnego chorego, który przed 20 laty miał bystrość wzrokową

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{pr. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. } 3. \\ \text{l. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. } 3. \end{array}}$$

Po 18 latach od pierwszego badania :

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{pr. } \frac{6}{12} \frac{6}{6} \text{ Mp. } 1. \\ \text{l. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. } 3. \end{array}}$$

Zmniejszenie się to myopii na oku prawem zastanowiło prelegenta. Co mogło być tego powodem? Zachodzą tu dwie ewentualności, albo zaszła przy pierwszym badaniu pomyłka, albo się refrakcyja zmniejszyła. Badanie wziernikowe wykazało w oku prawem rozpoczynającą się kataraktę obwodową podtorebkową, zresztą żadnych zmian nie było. Katarakta postępowała.

Po  $\frac{1}{2}$  roku była już dojrzała,

Od tego czasu chory zgłaszał się do prelegenta, co 3 miesiące.

Badanie dokonane po 3 latach:

$$\sqrt{\text{l. o. } \frac{6}{12} \frac{6}{6} \text{ Mp. } 1.}$$

czyli refrakcyja zmniejszyła się tu zupełnie tak samo, jak swego czasu na oku prawem.

I w tem oku nie znalazł żadnych innych zmian prócz rozpoczynającej się obwodowo zaćmy podtorebkowej.

Zdarza się to niewątpliwie częściej, tylko zbyt mało zwraca się uwagi na ten szczegół podczas badania.

Na tej podstawie dochodzi prelegent do przekonania, że przy rozpoczynającej się zaćmie, o sprychach lub obłoczkwatych zmętnieniach obwodowych, może przyjść do zmniejszenia się refrakcyi danego oka.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Koliński zauważył podczas wywoływania sztucznej katarakty naftalinowej u zwierząt, że soczewki się spłaszczają, być może, że podobna sprawa zachodzi w przypadku prof. Macheka i że to tłumaczy nam owo zmniejszenie się refrakcyi.

3) Dr Maciesza (Płock): »Polskie podręczniki szkolne z punktu widzenia higieny oka.

Prelegent badał podręczniki polskie używane w Rosyi. Pomiedzy tymi 68 typów nie odpowiadało zasadom higieny oka z wielu względów. Ale nie tylko podręczniki w Rosyi używane, po przeglądnięciu podręczników używanych w Galicyi, okazało się, że i tu przeważna ich ilość nie odpowiada wymogom higieny. Na tej podstawie stawia wniosek o ustanowienie stałej kontroli nad książkami szkolnymi i o wybranie z łona sekcyi Komisyi, któraby się sprawą tą zajęła.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz popiera ten wniosek, lecz odsyła go do sekcyi higienicznej.

Prof. Machek jest tegosamego zdania.

Doc. Szulisławski stawia wniosek: Sekcja okulistyczna X. zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie poleca sekretaryatowi zwrócić się do towarzystw higienicznych w Krakowie, Lwowie i Warszawie z tą sprawą.

Doc. Bednarski radzi przedstawić sprawę tę, jako wniosek sekcyi okulistycznej na ogólnem posiedzeniu.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przychyła się do wniosku doc. Szulisławskiego, poczem wniosek ten uchwalono.

4) Doc. dr Bednarski (Lwów): »O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dysczyzę«.

Do sztucznego dojrzenia zaćm dysczyza jest zwłaszcza przy dzisiejszym stanie aseptyki zabiegiem niebezpiecznym i wogóle bardzo dobrym. Sposób Förstera również jest niezły, ale czasem działa zbyt powolnie.

W zeszłym roku wykonał prelegent 26 takich dysczyzi. W 2-ch przypadkach wystąpiła jaskra, czyli mniej więcej w 8%; w 6-u wystąpiło wybitne pęcznienie, w 2-ch średnie, w reszcie przypadków pęcznienie było tylko miejscowe. Ekstrakeya następową, której dokonywano w pierwszych 2-ch tygodniach po dysczyzi dała wynik dobry. Pacjenci byli

w wieku od 20—65 lat, połowa chorych miała poniżej 45 lat. Bystrość wzrokowa po operacyi wynosiła  $\frac{5}{10}$ ,  $\frac{5}{15}$  lub  $\frac{5}{30}$ .

Wobec takich wyników zachodzi pytanie, czy należy wykonywać dyscyzyę? Na podstawie tych 26 wypadków dochodzi prelegent do wniosku, że dyscyzya nie jest zabiegiem niebezpiecznym. Bo jaskra powstała po dyscyzyi ustępuje natychmiast po ekstrakcyi pęczniejącej soczewki.

Jednakże, co się tyczy pytania, czy zabieg ten w wybitnym stopniu przyspiesza operacyę, to tego z pewnością rozstrzygnąć nie można.

W dyskusyi zabierają głos:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz starał się wywołać przyspieszenie dojrzewania katarakty metodą Förstera, ale nie miał dodatnich wyników po tym zabiegu. Lepiej działa stanowczo dyscyzya powierzchowna bardzo mała. Zresztą niejednokrotnie taka dyscyzya w przypadkach twardej zaćmy jądrowej nie powoduje pęcznienia a wtenczas niezwłocznie przystąpić można do zwykłej ekstrakcyi. Gdy zaś po dyscyzyi socz. pęcznieje widocznie, mamy do czynienia z zaćmą miękka, a zabieg był koniecznym.

Prof. W. dokonywa dyscyzyi nie przez przekłucie rogówki (*keratonyxis*), ale przebija twardówkę (*scleronyxis*). Ostatnimi czasy podał Vignis w Lucernie sposób przyspieszania dojrzewania zaćm, przez wstrzykiwanie roztworu soli kuchennej do soczewki.

Prof. Machek otrzymywał niejednokrotnie wcale niezłe wyniki sposobem Förstera. Jednakże lepsze wyniki daje rzeczywiście dyscyzya, zwłaszcza w zaćmach starczych, gdzie jaskra po dyscyzyi należy do rzadkości. Ale i u młodych osobników taka jaskra, nie jest niebezpieczną, bo ustępuje równocześnie z ekstrakcyą zaćmy.

5) Doc. Bednarski demonstruje przyrząd służący do badania obrazków zdwojonych.

Jestto zwykłe czarne pudełko z tektury, wykazujące na przedniej powierzchni wąską szparę. Pudełko to ma w dolnej i górnej podstawie otwór. W ten sposób można je nasadzić na lampę. Prelegent sądzi, że instrument ten jest o tyle wygodnym, iż daje nam równy nie migocący (jak świeca) obraz świetlny. Możemy nadto posadzić chorego i badać przechylając jedynie jego głowę w dół, w górę i na boki.

6) Prof. Machek odczytuje wniosek postawiony przez dra Kramsztyka, znajdujący się na końcu artykułu: »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy«.

Wniosek ten brzmi:

»Wydział okulistyczny X. zjazdu lekarzy i przyrodników wyznacza Komisję złożoną z pięciu członków dla ułożenia projektu mianownictwa i układu chorób oczu. Projekt będzie przedstawiony wydziałowi okulistycznemu następnego zjazdu«.

Na wniosek prof. Macheka uchwalono następującą rezolucję:

Sekcya okulistyczna X. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich poleca projekt ten wypracować wnioskodawcy i przedstawić sekcji okulistycznej następnego zjazdu.

Na tem obrady ukończono.

---

## V. SPRAWY OSOBOWE.

---

Prof. Heine przenosi się z Gryfii do Kilonii.

Prof. dr Roehmer, asystent prof. Hessa w Wyrzburgu, powołany został do Gryfii na miejsce Heinego.

Doc. dr Max zur Nedden w Bonn otrzymał tytuł prof.

Dr Barnbachew w Charkowie mianowany prof. nadzwyczajnym.

*Habilitowali się:* Dr Meller w Wiedniu, dr Ugo Biffi Gentili w Bolonii.

---