

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Październik.

—* ROCZNIK JEDENASTY. *—

1909.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek guza gruzliczego naczyniówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

W pracy mej o guzach gruzliczych naczyniówki, ogłoszonej w 3-cim zeszycie »Postępu okulistycznego« za rok 1905, zebrałem wszystkie uprzednio opisane przypadki, w których sprawa gruzlicza w naczyniówce występowała w postaci nierozlanej, lecz samotnego gruzełka, czyli guza gruzliczego. Pierwszy taki przypadek spostrzegał już A. v. Graefe (Arch. f. Ophthalm. II., str. 225) i u człowieka, pierwszy opisał go Manfredi (Annali di Ottalm. III., str. 439) w r. 1874. W późniejszej literaturze do roku 1905 znalazłem opisy 24 takich przypadków, które streściłem szczegółowo, dodając nadto własne spostrzeżenie. Odtąd w literaturze opisów podobnych, stwierdzonych przez badanie anatomiczne lub też przynajmniej przez obecność sprawy gruzliczej, w innych narządach nie na-

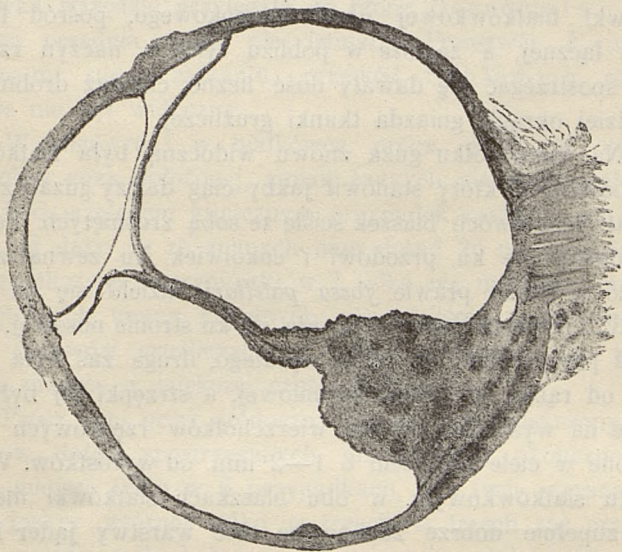
potkałem. W zeszłym roku spostrzegałem nowy przypadek, opiszę go też ze względu, iż do częstych bynajmniej nie należy.

10. I. 1908. 2-letnie dziecko. Prawe oko zupełnie prawidłowe. W lewym oku powieki, spojówka, rogówka i soczewka zupełnie prawidłowe. Komora przednia bardzo płytka, żrenica cokolwiek rozszerzona. Widoczny odbłask bladożółtawy z dna oka, który rodzice dostrzegli dopiero przed miesiącem. Siatkówka odklejona, ułożona w fałdy, lecz nieruchoma. $T+1$, $V=0$. Stan ogólny dziecka nic nie pozostawiał do życzenia, rodzice zupełnie zdrowi, 3 innych dzieci również. Gdy po miesiącu przyniesiono mi znowu dziecko, znalazłem: nastrzyknięcie naczyń głębokich dokoła rogówki, komora przednia niewidoczna. $T+2$. Od 2 tygodni dziecko cierpi na bezsenność. Przypuszczając glejaka siatkówki, 16. II. 1908 wyłuszczyłem gałkę.

Po ustaleniu w 10% formalinie odciąłem w kierunku poziomym górną $\frac{1}{8}$ gałki, poczem widocznem było, że we wnętrzu gałki w stronie skroniowej znajduje się guz, mający kształt czopka, którego brzeg wewnętrzny był odległy od tarczy nerwu wzrokowego o 2 mm. Na cięciu przez środek nerwu wzrokowego dokonaniem znalazłem: długość osi 21 mm., średnicy strzałkowej 23 mm., średnicy podstawy guza i wysokość jego 4 mm. Wierzchołek guza przechodzi na cięciu w powrozek z siatkówki utworzony.

Badanie drobnowidowe wykazało: W nerwie wzrokowym bardzo nieznaczny rozrost tkanki łącznej, dokoła naczyń środkowych nacieczenie drobnokomórkowe. Przystwory między pochawkami nerwu zupełnie prawie wypełnione przez tkankę, w której prócz komórek okrągłych, znajdowały się liczne bardzo komórki śródbłonkowe i nieliczne komórki olbrzymie. Tarcza nerwu wzrokowego przykrywa od brzegu nosowego zupełnie odklejona siatkówka już w skroniowej połowie wyraźnie z 2 blaszek ściśle ze sobą spojonych złożona. Udaje się ona do strony skroniowej gałki. Tu jest ona widoczną na przestrzeni tylko 2 mm., a oddzieloną od naczyniówki znaczną przerwą, poczem przechodzi do istoty guza. Wewnętrzna błona graniczna siatkówki jest widoczną w istocie guza na dość zna-

cznej przestrzeni. W nosowej połowie podstawy guza błona naczyńiówkowa jako taka wcale nie istnieje, widoczne są tylko wolne ziarnka barwika niekiedy w pasemko ułożone. Inaczej rzecz się ma w stronie skroniowej guza. Tu do brzegu jego przytyka znacznie zgrubiała wskutek nacieczenia drobno-komórkowego naczyńiówka, która jest widoczną, chociaż co prawda na bardzo nieznacznej przestrzeni w podstawie guza.



Guz składa się z bardzo licznych okrągławych, mniejszych utworów, te zaś z komórek okrągłych i epiteloidalnych, w środku gruzełków i obok obwodu ich znajdują się liczne komórki olbrzymie. Guz posiada bardzo mało naczyń krwionośnych, znajdują się w nim nadto również pomiędzy gruzełkami bardzo liczne o niezwykle licznych jądrach komórki olbrzymie, w których często bardzo znajdowały się prątki gruzlicze. Nadto w samej istocie guza, szczególnie zaś w częściach obwodowych widoczne były zupełnie dobrze zachowane obie warstwy jąder siatkówki. Częściowo były również zachowane obie war-

stwy splotowate, natomiast pozostałe warstwy jej zupełnie były niewidoczne. W podstawie guza tkanka gruczlicza przeważnie wzdłuż tylnych naczyń rzęskowych wstępowała do białkówki, tworząc w niej liczne, bardzo płaskie i szerokie, a połączone ze sobą gniazda, które zajmowały przeszło $\frac{2}{3}$ części jej grubości, przez co granica pomiędzy guzem a białkówką zupełnie była niewidoczną. Tkanka gruczlicza oszczędzała tylko najbardziej zewnętrzne warstwy białkówki, chociaż w pobliżu pochewki białkówkowej nerwu wzrokowego, pośród luźnej tkanki łącznej, a zawsze w pobliżu tylnych naczyń rzęskowych spostrzegać się dawały dość liczne, chociaż drobniejsze i bardziej okrągłe gniazda tkanki gruczliczej.

Na wierzchołku guza znowu widoczną była siatkówka, jako powrozek, który stanowił jakby ciąg dalszy guza i znowu składał się z dwóch blaszek ściśle ze sobą zrosniętych. Powrozek udawał się ku przodowi i cokolwiek ku zewnątrz i tu dopiero w samej prawie *fossa patellaris* dzielił się na dwie blaszki, z których jedna udawała się ku stronie nosowej, gdzie się też przyczepiała do rąbka zębatego, druga zaś była oderwaną od rąbka w stronie skroniowej, a strzępki jej były widoczne na wysokości prawie wierzchołków rzęskowych luźno położone w ciełe szklistem o 1—2 mm. od wyrostków. W powrozkowi siatkówkowym, w obu blaszkach siatkówki nietylko były zupełnie dobrze zachowane obie warstwy jąder i obie warstwy splotowate, lecz nadto w niektórych miejscach nawet komórki zwojowe. Również w kilku miejscach jeszcze przed podziałem na dwie blaszki składowe, a w jednym miejscu w części nosowej nawet na dość znacznej odległości od miejsca podziału znajdowały się drobne gruzełki typu Schüppela, ułożone w warstwie wewnętrznej splotowatej.

Co się tyczy zmian w częściach gałki poza obrębem guza położonych, to w błonie naczyniówkowej, prócz części jej bezpośrednio do brzegu skroniowego guzu przyległej, zmian żadnych nie było tylko w dwóch miejscach przeszło o 4 mm. od brzegu guza położonych przybliżonek barwikowy był wznie-
siony nad poziom przez utwory półkuliste prawie 0.2 mm.

średnicy mające, a utworzonych przez drobne komórki okrągłe, pomiędzy którymi widoczne były nieliczne bardzo podługowate jądra. Prawdopodobnie mieliśmy tu nowopowstające drobne ogniska gruźlicze.

W ciele rzęskowem i w tęczówce mieliśmy wyraźne zmiany zanikowe. Wyrostki rzęskowe były spłaszczone, a wierzchołki ich ku przodowi skierowane. Nawet mięsień rzęskowy i zwieracz źrenicy bardzo znacznemu uległy zanikowi. Nadto tęczówka wszędzie przylegała do błony Descemeta, przeto komora przednia wcale nie istniała. Przeszwór Fontany zupełnemu uległ zatkanie, przewód Schlemma również nigdzie nie był widoczny.

W rogówce i w białkowie, prócz części tej ostatniej w okolicy guza położonej, zmian żadnych nie spostrzegłem.

Pod względem klinicznym przypadek zasługuje na uwagę już z tej daty, że ze znanych nam dotąd 25 przypadków guzów gruźliczych naczyniówki, w 7 tylko nie mieliśmy żadnych zewnętrznych zmian zapalnych; nie mieliśmy nadto żadnych zgoła objawów gruźliczych w innych narządach, co jednak miewa miejsce w większej części przypadków.

Prócz tego ucisk śródoczny bardzo był zwiększony, a jednak w dotąd spostrzeganych przypadkach okoliczność ta miała miejsce tylko w 6 przypadkach, a z tych wyraźne objawy jaskry wtórnej tylko w trzech, w trzech zaś przypadkach napięcie gałki było nawet znacznie zmniejszone.

W wymienionej już pracy mojej zwróciłem uwagę na okoliczność, że często bardzo guzy gruźlicze naczyniówki¹⁾ mają wszelkie cechy nowotworów śródgałkowych, mianowicie mięsaków naczyniówki, rzadziej glejaków siatkówki i tylko wiek chorego, a przede wszystkim przebieg cierpienia dopomagają rozpoznaniu różniczkowemu. W literaturze znajdujemy nadto jeszcze kilka opisów przypadków guzów gruźliczych,

¹⁾ Do przypadków tych zaliczyłem również drugi przypadek Emanuela (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.) 1902, str. 210, w którym guz znajdował się tylko w białkowie, a to ze względu na zupełne podobieństwo kliniczne do guzów naczyniówki.

powstałych w tarczy nerwu wzrokowego. Te ostatnie bardzo przypominają mięsaki przedtarczowe. Przytaczam tu pokrótce te przypadki. Brailey (Med. Times and Gazette 1882, str. 512) spostrzegał u 27-letniego guz gruczliczy, który wyrastał z tarczy nerwu wzrokowego do ciała szklanego. O'Sullivan i Story (Transactions of the Royal Academie of med. in Ireland 1899 dol. XVII., str. 457) opisali przypadek guza, który w okolicy tarczy powstawał z siatkówki i przechodził również na naczyniówkę. U Knappa (Arch. f. Ophthalm. XXXII., January 1903, str. 22) u 2-letniego dziecka oko miało wygląd glejaka. Po wyłuszczeniu znaleziono na dnie odklejonej lejkowato siatkówki guz gruczliczy, który z siatkówki też powstawał, ku tyłowi przechodził jednak w części na nerw i pochewki jego, a ku zewnątrz na naczyniówkę. Hancock (Ophtalm. Hosp. Reports Part. 1. 1905, str. 10) spostrzegał u 19-letniego w okolicy plamy żółtej guz wydalny, który szybko się powiększał. Przy badaniu drobnowidowem stwierdzono gruczlę siatkówki. Coats (Ophtalm. hlorp. Reports XVI. 1906) w oku 1 $\frac{1}{2}$ -letniego dziecka spostrzegał *keratoiritis*, po wyłuszczeniu jednak gałki przekonał się, że w tarczy znajdował się guz wydalny ku ciału szklanemu. Ostatni wreszcie Vorderame (klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLVI., str. 401. 1908) opisał jeszcze jeden przypadek samotnego gruzełka w tarczy nerwu wzrokowego u 36-letniej kobiety, która cierpiała na zapalenie wysiękowe opłucnej. W tęczówce miały miejsce objawy zapalne, jednocześnie, widoczny był szary odblask z dna oka. Guz przedtarczowy miał wydatność 6 mm. ku ciału szklanemu, siatkówka była odklejoną o typowej budowie gruczliczej ku tyłowi guz dochodził do blaszki sitowatej, nadto tworzył gniazdo w siatkówce. W naczyniówce również miała miejsce rozlana sprawa gruczlicza. Udowadnia jednak, że początkowo sprawa powstała w tarczy. Słusznie nadto Vorderame zwraca uwagę na okoliczność, że inaczej niż przy prawdziwych guzach, przy guzach gruczliczych rzadko spostrzegać się daje jaskra. Axenfeld (Ueber solitäre Tuberculose der Aderhaut. Medizin. Klinik 1905 Nr 16) i zur Nedden tłumaczą

to wczesnem wciągnięciem do sprawy białkówki. Vordera me słuszną robi uwagę, że w przypadkach gruzlicy tarczy jaskrę spostrzegano tam, gdzie znacznie była porażoną przednia część gałki. Co się tyczy stosunku gruzlicy tarczy do organizmu, to ulegają jej osobniki przeważnie w bardzo młodym wieku, następnie w żadnym przypadku niepodobna było stwierdzić pierwotnego pochodzenia sprawy.

Co do guzów gruzliczych naczyńiówki w wymienionej pracy mojej przytoczyłem, że z 25-ciu zebranych przezemnie przypadków, w 64% osobniki nie przekraczały 20-go roku życia. Dalej w 10-ciu chorzy zmarli później na gruzlicę innych narządów. W 7-miu innych przypadkach, w których zejście pozostało niewiadomem, w jednym miała miejsce dziedziczność, w innym żona chorego cierpiała na gruzlicę. Dla dwóch przypadków wywiady wcale nie były podane. Oczywiście wypada, że samotny gruzełek naczyńiówki, a najprawdopodobniej również i tarczy uważać należy jako sprawę bynajmniej nie miejscową, lecz będącą tylko jednym z objawów ogólnego zakażenia ustroju.

W innej pracy mojej (O gruzlicy przedniej części gałki ocznej, »Postęp okulist.« 1907) przytoczyłem dane dla gruzlicy przedniej części gałki ocznej. Wypada, że do 20-go roku życia cierpienie powstaje w 64% wszystkich przypadków; dalej, że w 43% jednocześnie dają się spostrzegać wyraźne zmiany swoiste w innych narządach. Powtarzam — wyraźne, bo wiemy przecież jak dalece często sprawa gruzlicza jest ukrytą w organizmie. Dalej w przypadkach, które dłuższej podlegały obserwacyi, mimo na razie zupełnego braku zmian w innych narządach, również po dłuższym czasie, chorzy umierali jednak na gruzlicę innych narządów, niekiedy coprawda bardzo nieprędko, jak to na przykład miało miejsce w przypadku Liebrecht'a (Arch. f. Aphthalm. XXXVI., str. 241). Mianowicie śmierć nastąpiła po upływie przeszło 10-ciu lat po wyłuszczeniu gałki gruzliczej, wskutek uogólnienia sprawy. Mamy coprawda dwa spostrzeżenia, które zdają się przemawiać za tem, że gruzlica w gałce powstać może pierwotnie. Jedna

z nich — przypadek Sam m e l s o h n'a — (Sitzungsberichte d. Ophthalm. Gesellschaft Heidelberg 1879, str. 7) dotyczy gruźlicy tęczówki, która powstała w niej zupełnie pierwotnie i ustąpiła po dwóch miesiącach. Lecz niebawem powstał gruzełek samotny w naczyniówce, objawy mózgowe, a po upływie 10-ciu dni zejście śmiertelne wskutek gruźlicy opon mózgowych. A jednak najbardziej drobiazgowo badanie wszystkich narządów nie wykryło w nich żadnych zgoła zmian gruźliczych. Drugie spostrzeżenie dotyczy naczyniówki właściwej (Schultz-Zehden »Sitzungsber. d. Berliner Ophthalm. Gesellschaft Pos. z d. 16 marca 1905). Znajdowało się w niej obszerne ognisko gruźlicze, w innych zaś narządach gruźlicy nigdzie stanowczo nie było. Lecz natomiast we wszystkich innych, a bardzo już licznych i dokładnie opisanych przypadkach gruźlicy rozmaitych części gałki co do pierwotnego pochodzenia sprawy zawsze zupełnie poważne zachodzą wątpliwości, a przeto przyznać w nich wypada sprawę li tylko wtórną.

Że przy gruźlicy spojówki rzecz się ma wręcz inaczej, wykazałem to już dawniej (»Postęp okulist.«, grudzień 1903).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXII. Z. 4. (Referent Dr Bałłaban).

Rozprzestrzenianie się raka w pochewkach chłonnych oczodołu. (Die Verbreitung des Krebses in den Lymphscheiden der Nerven der Orbita). Dr K ü m m e l l.

Raki rozprzestrzeniają się bardzo chętnie drogami systemu chłonnego, a niekiedy, jak to opisany przypadek wskazuje szlakami chłonnymi, okalającymi nerwy.

86 lat mężczyzna cierpiał na raka, który był umiejscowionym na górnym lewym brzegu oczodołowym, a rak ten wnikał głęboko do oczodołu, uniemożliwiając w całości poruszenia gałki ocznej. Rogówka była zropiałą, tożsamo przednia komora była ropą wypełniona, oko było ociemniałe bez pocucia światła. Po wypatroszeniu oczodołu wykazało badanie drobnowidowe raka głównie o płaskich przybłonkach, wszystkie mięśnie gałki ocznej zanikłe zaś w pochewkach nerwowych oczodołu znajdowały się bardzo liczne komórki rakowate. w krótkich i długich nerwach rzęskowych i to głównie w okolicy nerwu wzrokowego były widoczne liczne komórki rakowe, ułożone w kilku warstwach, które wzdłuż przegród tkankolącznowych wciskały się w głąb nerwów. Komórki te okalały nerwy aż do ich wejścia do twardówki, gdzie nagle znikały, tak że w tem miejscu były nerwy nienaruszone.

Rozprzestrzenianie się raka przedstawia sobie autor w ten sposób: Pierwotnym był kankroid łuku oczodołowego, który wzrastał w kierunku do oczodołu. Ciężkie zaburzenia oka zostały spowodowane przedostaniem się komórek nowotworu w głąb systemu chłonnego nerwów oczodołowych, które przez to zanikły. W następstwie tego powstało nerwowe, porażenne zapalenie rogówki. Wskutek zaniku nerwów powstało całkowite unieruchomienie gałki ocznej, a prawdopodobnie była także porażona żrenica i akomodacja, a za tem całkowita oftalmoplegia podobna do opisanej przez *Elschniga*, a powstała przez przerzutowy nowotwór w zatoce jamistej.

W sprawie odkażania rąk przy operacjach ocznych.
(Zur Frage der Händedesinfection bei Augenoperationen). Dr
Nehrlin.

Przedsiębrane w tym kierunku badania bakteryologiczne i doświadczenia wykazały, że używane dotychczas sposoby odkażania rąk i ramion nie usuwają niebezpieczeństwa zakażenia oka i narzędzi, gdyż przy użyciu rąk nieosuszonych należyce mogą po rękach spływać do oka nie zabite zarazki. Dlatego po należytem odkażeniu rąk należy ręce i ramiona osuszać wyjałowionymi ręcznikami, a także i narzędzia muszą być wycierane podobnie na sucho *).

*) Zdaje mi się, że uwaga ta autora jest o tyle bezprzedmiotową, że jak wiadomo nowoczesny operator nie wyjaławia narzędzi w płynach odkażających, ale tylko przez wygotowanie. Sądzę, że w ten sposób postępując zmniejsza się o wiele więcej możliwość zakażenia oka nawet w razie spłynięcia po narzędziu kropli wygotowanej wody, aniżeli przez wycieranie narzędzi nawet najbardziej odkażonymi ręcznikami.

Naczynia nerwu wzrokowego i siatkówki u konia. (Die Gefäße der Sehnerven und der Netzhaut beim Pferde). Prof. Bach.

Badania drobnowidowe wykazały, że u koni przebiega wzdłuż osi nerwu wzrokowego grubsza tętnica i żyła. Naczynia te wchodzi do nerwu wzrokowego 11—19 mm. po za tarczą wzrokową i to albo w łączności lub też oddzielnie, zawsze jednak rozchodzą się one i rozpadają tuż po za tarczą wzrokową. Naczynia siatkówki u konia powstają po większej części ze systemu naczyń rzęskowych. Nerw wzrokowy i jego błonka siatkowa otrzymują naczynia z naczyń pochwowych i twardówkowych.

Tonometria (Tonometrie). Schiötz.

Opisane w tym archiwie (T. I II. 4) linie krzywe, które ustalone zostały przez mierzenie ciśnienia śródocznego wprost na gałce ocznej, nie nadaje się do zastosowania przy mierzeniu ciśnienia przez powiekę, gdyż krzywe te leżą o wiele niżej. Przyrząd Schiötza okazał się bardzo dokładnym i pewnym. Przy użyciu ośrodków zwężających źrenicę (ezeryna $\frac{1}{2}\%$ pilokorpiną 2% , ciśnienie śródoczne zmniejszało się pod wpływem tych ośrodków ale nie wskutek zwężenia się źrenicy, jak to dawniej mylnie sądzono, gdyż wynik ten osiągnano także przy braku tęczy. Atropina nie wywołuje w oczach prawidłowych zwiększenia się ucisku śródocznego, natomiast bardzo znacznie w oczach do tego skłonnych. Kokaina nie posiada wydatnego wpływu na ucisk śródoczny, jakkolwiek zdaje się, że w oczach do tego skłonnych może ona spowodować wzmożenie się ucisku śródgałkowego. W oczach prawidłowych ucisk śródoczny nie zmienia się wśród dnia. Przy prodromach jaskry zwiększa się on bardzo znacznie. Przy oderwaniu siatkówki i przy przewlekłym zapaleniu tęczy i ciała rzęskowego występuje hypotonia. Dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy nowotworem a oderwaniem siatkówki nie jest miarodajnym zachowanie się ucisku śródocznego. Mierzenia przeciętne przedsiębrane tuż po śmierci wykazały $T = 0$.

Badania nad porównawczą fizyologią i morfologią akomodacyi. (Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie und Morphologie des Accomodationsvorganges). Prof. Hess.

Dokładnie przeprowadzone następujące badania udowodniły, że akomodacja u ptaków i gadów jest inną, aniżeli dotychczas sądzono, a także całkiem inną, aniżeli u człowieka. Skurcze mięśnia rzęskowego sprawdzano przez stosowanie prądu elektrycznego i przy stosowaniu $\frac{1}{2}\%$ nikotyny. Przy tem pokazało się, że przy dra-

znieniu ciała rzęskowego wypustki rzęskowe powodują czynny ucisk na obwódce części przedniej powierzchni soczewki, przy czym żreniczne jej części bardziej się wypuklają.

U ptaków i gadów znajduje się soczewka podczas akomodacyi pod zwiększonym ciśnieniem i jest ona mniej wypukłą podczas spoczynku. Przeciwnie u człowieka znajduje się soczewka przy akomodacyi pod zmniejszonym ciśnieniem i jest więcej wypukłą.

Stałe zdrenowanie gałki ocznej przez przemieszczenie naczyń krwionośnych do gałki ocznej. (Dauer — drainage des Augapfels durch Blutgefäßstransplantation in den Bulbus). Dr Halben.

Prof. Payer drenuje komory mózgowe zapomocą przemieszczania naczyń. Autor posługuje się podobną metodą przy jaskrze, przyczem przy jaskrze wszywa wgłąb ciała szklistego naczynie i tworzy w ten sposób komunikację pomiędzy tem naczyniem a przestworem podspojówkowym. Tak samo przy cyklolizie stwarza on komunikację pomiędzy komorą przednią a przestworem nadnaczyniówkowym lub też podspojówkowym. Jeżeli otwór naczynia pozostanie otwartym, to musi przyjść do zmniejszenia się ucisku śródocznego, które to zmniejszenie całkowicie stosuje się do szerokości otworu naczynia. Obok jaskry należałoby metodę tę stosować przy oderwanej siatkówce, przy obliteracyi naczyń siatkówkowych, w celu zapobieżenia powstaniu krótkowidzenia i t. p. Gdyby nawet przemieszczone naczynie w ten sposób się zatkało, to mimo tego powstaną około brzegu błony, które są do uleczenia korzystniejsze, aniżeli torbielowata blizna. Przy zbyt niem przepełnieniu worka spojówkowego zarazkami można to przemieszczenie uskutecznić po za spojówką. W ostatnich czasach posługiwał się Payer w miejscu odpowiednich naczyń tętnicami cieląt, stwardnionemi w formalinie i te przemieszczał do mózgu. Autor zamierza i w tym kierunku robić doświadczenia, a ich wyniki ogłosić.

Berl. klin. Worchenschrift. R. 1908. Nr. 38, 42, 47 i 57. R. 1909. Nr. 21 i 30. (Ref. Dr W. Reis).

Znaczenie schorzeń nerwu wzrokowego we wczesnym okresie stwardnienia rozsianego. (Die Bedeutung der Sehnervenerkrankungen im Frühstadium der multiplen Sklerose). Schley.

Na podstawie danych z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń stwierdza autor, że zmiany chorobowe w nerwie wzrokowym

przy stwardnieniu rozsianem występują dość często i że mogą pojawiać się na krótszy lub dłuższy czas przed wystąpieniem właściwych objawów cierpienia podstawowego. Fakt ten przemawia za tem, jak niezmiernie ważnem są dla pewnego rozpoznania stwardnienia rozsianego zaburzenia chorobowe nerwu wzrokowego. Ponadto przytacza S. historię spostrzeganego przez siebie przypadku, w którym stwierdzone przy pierwszym badaniu niezupełne skroniowe widzenie połowicze przeszło następnie w bezwzględny środkowy ubytek w polu widzenia.

W sprawie powstania jaskry. (Zur Entstehung des Glaukoms). *Levinsohn*.

Przed kilku laty na podstawie anatomicznie badanego przypadku świeżej jaskry wypowiedział autor twierdzenie, że powiększenie ciała rzęskowego może stanowić przyczynę wywołującą powstanie większości jaskier pierwotnych. Powiększenie ciała rzęskowego polega głównie na przeroście tkanki łącznej, w mniejszym stopniu samych włókien mięsnych, który to objaw często spotyka się w wieku starszym (przerost gruczołu krokowego). Powiększony mięsień rzęskowy spotykano prawie we wszystkich histologicznie badanych przypadkach świeżej jaskry. Przerost ciała rzęskowego powoduje przesunięcie jego krawędzi pionowej w położenie poziome, a w dalszym ciągu przemieszczenie podstawy tęczęwki i znaczne zmniejszenie przedniej komory. Obecny przypadek jaskry prze-wlekłej również przez autora histologicznie badany przyczynić się może do wyjaśnienia sposobu, w jaki przychodzi do zamknięcia dróg odpływowych w oku skłonnem do jaskry. Kanał Schlemma i przestrzenie Fontany założone są wprost cząsteczkami barwika. Naciek barwika szczególnie wyraźnie występuje w sieci wiązadła grzebieniastego.

Znamienne w tym przypadku nagromadzenie barwika dotychczas rzadko było spostrzeganem. Być może, że przy badaniu nie zwracano uwagi na zachowanie się barwika lub badano gałki w okresie późniejszym, w którym cząsteczki barwika pochłonięte przez leukocyty, już się dostały do obiegu krwi. Nacieczenie barwikowe pochodzi z komórek przybłonka barwikowego wyrostków rzęskowych. Przerosły mięsień rzęskowy powoduje uciskowe zmiany odżywcze w przybłonku barwikowym, oddzielenie jego od podstawy i rozpad. Rozpadłe cząsteczki przybłonka barwikowego dostają się do przedniej komórki i przetworów Fontany i utrudniają odpływ cieczy wodnej.

Podrażnienie wywołane przywędrowanym barwikiem powoduje wystąpienie wysięku zapalnego, które jeszcze tamuje odpływ

cieczy wodnej. Nieuniknionem następstwem tych zmian musi być jaskra.

Oftalmodiafonoskop i jego zastosowanie w rozmaitych gałęziach medycyny. (Das Ophthalmodiaphanoskop und seine Anwendung in den verschiedenen Zweigen der Medicin). Hertzell.

W przyrządzie sporządzonym dla prześwietlania dna oka od strony jamy nosowo-gardłowej*) wprowadził autor szereg ulepszeń. By mógł zastosować jaknajwiększą siłę światła, zaopatrzył H. swój przyrząd zbiornikiem chłodnej wody, która przepływając koło lampki elektrycznej znosi działanie ciepła i umożliwia trzymanie przyrządu w jamie ustnej przez czas dłuższy. Zasada tego przyrządu różni się całkowicie od oświetlenia dna oka wzornikiem, idzie tu bowiem tylko o prześwietlenie oka od tyłu, przyczem z rozmaitych stanów przeźroczystości osłon oka można wnosić o ich zmianach chorobowych. Nadaje się więc ten przyrząd w szczególności do stwierdzenia nowotworów gałki i do wynalezienia ciał obcych. Ciała obce ułożone na dnie oka zarysowują się ostro jako ciemne miejsca na jasnym tle, ciała zaś położone po za gałką rzucają odpowiedni cień. Przyrząd ten może także służyć do celów dydaktycznych, dla oglądania dna oka przez studentów nieobznajomionych jeszcze z wzierkowaniem.

Przyrząd skonstruowany przez H. może być także użyty po zastosowaniu odpowiednich nasadek do prześwietlania przedniej części gałki lub do oświetlenia ogniskowego. W innych działach medycyny również może mieć zastosowanie: do badania ruchów żrenicy (żrenica występuje jasno na czerwonym tle), do prześwietlania jam szczękowych, w ginekologii do różniczkowego rozpoznania torbieli i zbitych guzów przydatków.

Załączone do pracy ryciny objaśniają dokładnie sposób użycia tego przyrządu.

O doświadczeniach z nowymi połączeniami arsenu przeciw Trypanosoma i spostrzeganym przy tem utratą wzroku. (Über Versuche mit neuen Arsenverbindungen gegen Trypanosomen bei Ratten und dabei beobachtete Erblindungen). Wandelstadt.

Autor stosował rozmaite połączenia arsenu jako środek leczniczy przeciw trypanosoma u szczurów. Najlepsze wyniki lecznicze osiągnięto przy stosowaniu preparatu »arseno, phenylglicin«. W kilku przypadkach nastąpiła utrata wzroku, wywołana zmianami chorobowymi w nerwie wzrokowym.

*) Porów. refer. w »Postępie okul.« 1909 r. Str. 36.

Działanie pozafioletkowych promieni świetlnych na oko. (Die Wirkung der ultravioletten Lichtstrahlen auf das Auge). Schanz i Stockhansen.

Autorowie omawiają szkodliwe działanie promieni pozafioletkowych na oko i stosowane dotychczas środki ochronne. Z doświadczeń przeprowadzonych przez autorów wynika, że elektryczne światło łukowe obfituje bardzo w promienie ultrafioletowe o długości 400—375 $\mu\mu$., że wszystkie szkła do okularów, szkła niebieskie lub szare w części tylko niweczą ich działanie, najlepiej zaś chroni jeszcze przed nimi szkło żółto-zielone Euphros. Zachowanie się widma najlepszy daje obraz o wartości ochronnej poszczególnych szkieł. Autorowie występują z wnioskiem, by wszędzie w miejscach przeznaczonych do pracy lampy posiadały osłonę ze szkła żółto-zielonego, niepotrzebnem by wówczas było noszenie szkieł ochronnych. Dotychczas przemysł elektro-techniczny nie uczynił zadość tym wymaganiom.

Wyniki operacji krótkowidztwa. (Die Erfolge der Myopie-operation). Vossius.

Na podstawie operacji dokonanych na oczach podaje autor szczegółowe dane statystyczne dotyczące bezpośrednich wyników operacji i po dłuższym przeciągu czasu i wyciąga z nich następujące praktyczne wnioski: Operacji krótkowidztwa zupełnie zaniechać nie należy, najbardziej nadają się do operacji wyższe stopnie krótkowidztwa powyżej 18₀ dioptryi. Rozcięcie soczewki z następowem wyjęciem zaćmy stosuje autor chętniej niż pierwotne wyjęcie soczewki przeźroczystej, tę ostatnią operację wykonuje tylko u krótkowidzów w starszym już wieku. Nie należy sądzić, że wraz z usunięciem soczewki jest się w stanie usunąć wszystkie powikłania chorobowe oka niedomiarowego; sprawy zapalne w naczyniówce i oderwanie siatkówki wystąpić mogą niezależnie od dokonanej operacji.

O barwieniu żywych ludzkich oczu dla celów fizjologicznych i rozpoznawczych. (Über das Färben lebender menschlicher Augen zu physiologischen und zu diagnostischen Zwecken). Hamburger.

Fluoresceina, w handlu znana pod nazwą »uraniny« stosowaną była w okulistyce jako środek rozpoznawczy przy powierzchownym braku przybliżonka rogówkowego. Miejsca na rogówce z przybliżonkiem opadłym zabarwiają się zielono. Do celów fizjologicznych wprowadził ten barwik po raz pierwszy Ehrlich w roku 1882. Fluoresceina wprowadzona królikowi podskórnie wywoływała

w oku powstanie jasno-zielonej linii, która w kilka minut po wstrzyknięciu pojawiała się w komórce przedniej i ostro odcinała się na tle czarnej źrenicy. Dalsze doświadczenia przeprowadzał Ehrlich nad sposobem odnawiania się cieczy wodnej po poprzednio wykonanem przekłuciu rogówki i doszedł do wniosku, że przy odradzaniu się cieczy wodnej czynne są głównie wyrostki rzęskowe. Doświadczenia te jednak przeprowadzone na zwierzętach; u ludzi fluoresceiny wewnątrznie nie zastosowywano. Autor przekonał się jednakże doświadczalnie na zwierzętach i ludziach, że fluoresceina podana wewnątrznie nie wywołuje żadnych objawów trujących. Środek ten rozpuszcza się w ciepłej wodzie, a dla zniesienia nudnego i nieprzyjemnego smaku podaje się go do picia w czarnej kawie dobrze ocukrzonej; kawałek chleba zjedzony po wypiciu usuwa całkiem nudności. Przy pełnem działaniu staje się skóra wybitnie żółtą jak przy prawdziwej żółtaczce, ślina i łzy stają się zielone, mocz silnie czerwony. Zabarwienie skóry przy małych dawkach znika po 8—12 godzinach, po większych najpóźniej do 24 godzin. Zabarwienie moczu utrzymuje się dłużej. Dawka 1 grama barwika na 30 funtów ciała jest zupełnie wystarczająca. Dorosły zażyłby 6—8 gramów, chłopak dziewięcioletni 3—5 gr. a małe dziecko $1\frac{1}{2}$ —2 gramów. Barwik powyższy nie przechodzi zupełnie do zdrowego oka lub z trudnością po 2—3 godzinach i to w bardzo małej ilości, podczas gdy oko chore już w przeciągu pół godziny zabarwia się świecąca zieloną barwą, Różnica w zabarwieniu występuje wybitnie, gdy tylko jedno oko sprawą chorobową jest zajęte. Zabarwienie zielone występuje tylko przy głębokich sprawach zapalnych oka ze współudziałem jagodówki; zapalenia spojówek o znacznej nawet wydzielinie, obrzęk spojówki gałkowej wywołany dioniną nie są w stanie spowodować zabarwienia. Lekarz praktyczny może więc w tym barwiku mieć środek do rozpoznania różniczkowego między nieżytem spojówki a rozpoczynającym się zapaleniem tęczówki, okulista zaś z dobrym skutkiem będzie się mógł posługiwać fluoresceiną przy podejrzeniu na rozpoczynające się zapalenie współczulne.

To odmienne zachowanie się względem barwika oka chorego i zdrowego nie jest także bez znaczenia dla celów fizyologicznych, pozwala ono bowiem poznać dokładniej stosunki wydzielnicze ciała rzęskowego i tęczówki.

Ctrblatt f. Augenheilkunde. R. 1909. Z. 6 (czerwiec) i 7 (lipiec). (Ref. Dr Gruder).

Zur Kasuistik der Sinus cavernosus Trombose. Dr J. Ginzburg w Kijowie.

Autor opisuje trzy przypadki zaccopowania *Sinus cavernosus*, które spostrzął w własnej praktyce.

1. Chory 19-letni wykazuje obrzęk, zajmujący okolicę czoła i kości nosowej. Stan ten zaczął się przed sześciu miesiącami, powieki mało obrzmiały, *protrusio bulbi* silnego stopnia obustronnie, ponadto po lewej stronie spojówka załamka górnego silnie obrzmiała, ruchy gałki obustronnie ograniczone, śródkci łamiące przezroczyste, źrenice szerokie, bez oddziaływania, obustronna tarcz zastoinowa. Od dwóch miesięcy silne bóle głowy. Kilka dni przed śmiercią utrata przytomności.

Sekcja wykazała *osteosarcoma*, wychodzące z kości siłowej, a sięgające do *sella turcica*. Objawy oczne były więc wywołane przez ucisk na sąsiedni *sinus cavernosus*.

2. Typowy obraz zaccopowania *sinus cavernosus*. Za punkt wyjścia zaccopowania bez wątpienia autor uważa miejsce nekrotyczne z wewnętrznej części górnej powieki, powstałe przy wygniataniu i ucisk palcami z powodu *hordeolum*; miejsce to zostało przy tej sposobności zanieczyszczone. Przeszkody krążenia na górnej powiece przed operacją były do tego stopnia rozwinięte, że, mimo usunięcia przyczyny, nie można było powstrzymać dalszego postępowania zaccopowania w *sinus cavernosus*. W miarę rozwoju zaccopowania naczyń gałki występowały objawy zastoju, zrazu na spojówce, następnie w oczodole; gdy czop osiągnął *sinus cavernosus*, rozwinął się cały zbiór objawów także i na drugim oku w krótkim czasie. Stan taki trwał prawie 6 tygodni i zakończył się śmiercią.

3. Trzeci przypadek przedstawiający się jako *Phlegmone reprobularis* w dalszym rozwoju okazał się pod postacią *Thrombophlebitis, septica* wywołana wstąpieniem streptokoków do żył oczodołowych. Przez rozszerzenie zaccopowania ku tyłowi przyszło do septycznego zatkania w *sinus cavernosus* z wtórorzędnem zapaleniem ropnem opon mózgowych i do rozwoju tarczy zastoinowych na obu oczach.

Przebieg leczenia obustronnej tarczy zastoinowej. (Ueber den Heilungsverlauf einer doppelseitigen Stauungspapille). Dr Juliusz Fejer w Peszcie.

Robotnik 33 letni dostał nagle silnych bólów głowy; wzrok silnie był upośledzony, po dwóch dniach zupełnie ociemniał. Chory

zdrów, bez jakichkolwiek objawów ze strony nerwów, moczu. Silne bóle głowy, puls 60. Żrenice szerokie, leniwie oddziałują na dnie oka objawy tarczy zastoinowej. Tarcze obustronnie obrzmiałe na $\frac{3}{4}$ mm. wystające.

Na podstawie tych faktów rozpoznano *tumor cerebri*, którego główne objawy zwolnienie tętna i bóle głowy. Chociaż chory wypierał się kiły, zarządzono wcierki 3 gr., po tygodniu wzrok zaczął się poprawiać, a po 60 gramach bystrość wzroku podniosła się do $\frac{5}{7}$, bóle głowy rzadkie, tętno wynosiło już 90. Tarcz zastoinowa ustępowała zwolna, zewnętrzna połowa nieco odbarwiona; chociaż pola widzenia były nieco zwężone, chory widział $\frac{5}{7}$.

Chociaż chory wypierał się kiły, *ex juvantibus* przypuszcza, iż tumor rozwijał się na tle luetycznem i znikł po zastosowaniu Hg. Tylko energiczne i rychłe zastosowanie odpowiedniego tutaj środka ocaliło chorego od niechybnej ślepoty, ponieważ najprawdopodobniej po dłuższej chorobie nerw oczny skutek nacisku musiałby uleść zanikowi.

Rzadki przypadek operacji magnezem. (Ein seltener Fall von Magnetoperation). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor opisuje trudny przypadek operacji magnezem jako zabieg w celu wydobycia drobnego odłamka żelaznego, leżącego w okolicy ciała rzęskowego. Wyjęty odłamek był 1 mm. długi, $\frac{1}{2}$ mm. szeroki a ważył ledwie 1·4 mg.

Leczenie tarczy zastoinowej za pomocą trepanacji. (Zur Behandlung der Stanungspapille mittels der Trepanation) Dr Fehr w Berlinie.

Jako zabieg paliatywny przy tarczy zastoinowej robi się trepanację w wypadkach, gdzie nie jest możliwem usunąć przyczynę choroby; chodzi o to, czy przez zmniejszenie ucisku wśródczaszkowego usunąć bolesne objawy wzmożonego ucisku na mózg, a przede wszystkim, aby usunąć grożącą ślepotę.

Chora 16-letnia, zresztą zdrowa; obustronny obrzęk powiek i spojówki, obustronne porażenie mięśnia odwodzącego, zresztą funkcjonują inne mięśnie prawidłowo. Odruch rogówki prawidłowy, żrenice oddziałują dobrze. V pr. = $\frac{5}{7}$ tak samo i lewe oko. Pole widzenia prawidłowe, podwójne widzenie. Wziernikiem widać tarcz zastoinową, obustronnie jednakową na 1·5 mm. sterczącą. Badanie całego systemu nie wykazuje nic patologicznego, pominąwszy wyż wymienione porażenie mięśni odwodzących i schorzenie nerwu wzrokowego. Nos i jamy sąsiednie normalne. Żadnych objawów luetycznych.

Gdy mimo KJ i wcierań stan się nie polepszył, a nawet przyłączyły się bóle głowy, wymioty, niepewny chód i chwianie się przy zamkniętych oczach, które stopniowo się powiększały, przedsięwzięto szereg operacyj: *Punctio lumbalis*, *Punctio ventriculi* wedle *Neissera* i dwuczasową trepanację czaszki.

Dopiero trepanacja stanowczo wpłynęła na przebieg choroby korzystnie; z całego przebiegu choroby pokazało się, że z pewnością można było wykluczyć *tumor cerebri* i że powodem wszystkich objawów patologicznych była *Meningitis serosa*.

Wogóle przypadek ten wykazywał że: 1) przy tarczy zastoinowej można nawet znacznie rozwinięte upośledzenie wzroku powstrzymać za pomocą trepanacji 2) że *punctio lumbalis*, *ventriculi*, i trepanacja bez otwarcia twardych opon mózgowych nie są równoważycielskimi zabiegami, i 3) że trepanacja przy *meningitis serosa* może spowodować zupełne wyleczenie.

Wynik operacji zawisłym jest też w wysokim stopniu od czasu choroby, albowiem im wcześniej się operuje, tem lepsze wyniki.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1908. Nr 34, 37, 38, 42, 44, 46 i 48. R. 1909. Nr 7, 8 i 10. (Ref. Dr W. Reis).

Obecny stan leczenia wrzodu pełzającego surowicą pneumokokową. (Der gegenwärtige Stand der Pneumococcenserumtherapie des Ulcus serpens). Römer.

W odpowiedzi Hippelowi który zaleca stosowanie nieswoistej surowicy Deutschmana w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki, przedstawia autor dodatnie wyniki swoistego leczenia wrzodu pełzającego surowicą przy równoczesnem oznaczeniu jadowitości poszczególnych szczepów pneumokokowych. Po za wartością leczniczą posiada surowica pneumokokowa jeszcze większą wartość jako środek ochronny.

O stosunku schorzeń nosa, jam dodatkowych i jamy nosowo-gardłowej do chorób oka. (Über die Beziehungen der Erkrankungen der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes zu denen des Auges). Kuhn t.

Autor stwierdza na samym wstępie, że we wzajemnym stosunku chorób nosa do chorób oka zawsze pierwotne ognisko chorobowe znajduje się w nosie i przydatkach, a dopiero następnie ulega schorzeniu oczodół i gałka oczna. Drogą, któremi sprawa

chorobowa nosa przenieść się może do oka, są następujące: 1) *per continuitatem*, drogą przewodu łzowego 2) przez ucisk mechaniczny sprawdzony zmianami zapalnymi w jamach dodatkowych lub nowotworami 3) na drodze odruchowej przez nerwy czuciowe 4) przez zaburzenia odżywcze wzgl. przez przeniesienie zarazków chorobowych na drodze naczyń krwionośnych lub limfatycznych. W tych ramach uwzględnia autor całą patologię nosa, jam dodatkowych i jamy nosowo-gardłowej i przytacza powikłania ze strony oczodołu i gałki ocznej — rzecz, która nie nadaje się do streszczenia w krótkim sprawozdaniu.

Obecny stan leczenia surowicą pneumokokową wrzodu pełzającego. (Der gegenwärtige Stand der Pneumococcenserumtherapie des Ulcus serpens.) Hippel.

Artykuł polemiczny jako odpowiedź na poprzednio w tem samem czasopiśmie umieszczony artykuł Rømera Autor kończy swe wywody następującemi zdaniami: 1) że dotychczas otrzymywana surowica Rømera posiada bardzo nieznaczną wartość leczniczą, 2) skuteczność zaś nowej surowicy Ruppel'a należy dopiero wypróbować, skoro dla zastosowania tejże u człowieka opracowane będą przepisy, których dotychczas brak.

Drzewo rodowe rodziny chorej na zaćmę obok metodologicznych uwag o opisie drzew rodowych dla celów medyczno-biologicznych. (Stammbaum einer Starfamilie nebst methodologischen Bemerkungen über die Darstellung von Stammbäumen für medicinisch biologische Zwecke). Crzelitzer.

Prawa dziedziczności dziś nie są jeszcze wyjaśnione, na razie trzeba zbierać jak najwięcej danych aby na podstawie olbrzymiego materiału móc z czasem przystąpić do ustalenia jej praw. Schematyzowane drzewa rodowe ułatwiły znacznie pracę w tym kierunku. Na przykładzie jednej rodziny obserwowanej przez siebie a wykazującej zaćmę w poszczególnych pokoleniach podaje autor praktyczny sposób sporządzenia takiego schematycznego drzewa rodowego. Mężczyźni oznaczeni są kwadratem, kobiety kółkiem, połączenie linią poziomą oznacza małżeństwo, pionowe linie łączą dzieci z rodzicami.

Osobniki obarczone chorobą oznacza się przez pola kreskowane. Drzewo rodowe sporządzone dla celów lekarskich musi zatem zawierać osobniki męskie i żeńskie, i to wszystkie bez wyjątku zdrowe i chore; ponadto już w samym sposobie przedstawienia musi zaznaczać się różnica między płcią osobników i między osobnikami zdrowymi a chorymi.

Niezwykły przypadek nieżytu spojówki Parinauda. (Ein eigenartiger Fall von Parinaudscher Conjunctivitis). Oppenheimer.

Przypadek opisany przez autora dotyczy dziecka 5-cio miesięcznego, u którego równocześnie z obrzękiem lewego gruczołu przyusznego wystąpił na lewym oku obrzęk powieki górnej i spojówki gałkowej a w kątach powiek mierna wydzielina śluzoworopna. Spojówka powieki dolnej pokryta cienkim włóknistym pokładem, pod którym znajdowały się mieszki o wielkości ziarna prosa. Załamek spojówki powieki dolnej nacieczony, o wejrzeniu słoninowatym. W przeciągu dalszych kilku tygodni przeniósł się proces chorobowy także na spojówkę powieki górnej. W drugim miesiącu trwania choroby wykazać można było śledzionę i wątrobę powiększoną, którego to objawu dotychczas nie spostrzegano jeszcze w przeciągu schorzenia Parinauda.

Swoista lub nieswoista surowica przy zakażeniu pneumokokowem ludzkiego oka (ulcus serpens)? (Spezifisches oder nicht-spezifisches Serum bei der Pneumococceninfection des menschlichen Auges (Ulcus serpens)? Römer.

Na podstawie szeregu doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach przychodzi R. do wniosku, że tylko swoista surowica pneumokokowa jest w stanie wywołać działanie lecznicze w zakażeniu pneumokokowem rogówki.

O niezdolności do służby kolejowej tak zwanych nieprawidłowych trichromatów odczuwających wszystkie barwy). (Über die Untauglichkeit der sogenannten Trichromaten zum Eisenbahndienst). Schlotmann.

Po teoretycznych wywodach omawiających fizyologię i patologię zdolności rozróżniania barw stwierdza autor, że do pewnego oznaczenia barw dla służby kolejowej nie wystarcza próba Holmgrena zapomocą moteczków bawełny, lecz bardziej do tego celu nadają się tablice Nagela. W szczególności wymaga metoda Nagela odróżniania słabo nasyczonego koloru zielonego od rozmaitych odcieni barwy szarej, co jest bardzo ważnem i koniecznem dla praktycznej służby kolejowej.

Swoista organoterapia początkującej zaćmy starczej. (Spezifische Organotherapie des beginnenden Altersstares). Römer.

W nowszych czasach usiłowano już środkami leczniczymi powstrzymać rozwój początkującej zaćmy lecz bez dodatnich wyników. Autor opiera się na najnowszych badaniach nad odporno-

ścią ustroju i przyjmuje, że zaćma starcza powstaje wskutek działania na protoplazmę soczewki pewnych szkodliwych czynników zawartych w surowicy krwi. Podkorowa zaćma starcza powstaje tak samo wskutek zaburzeń w przemianie materii soczewki, jak zaćma cukrowa. W wieku starszym mogą powstać w ustroju jady komórkowe, swoiście oddziałujące na komórki soczewkowe, zwane lentotoksynami. R. ömer stara się więc przez podawanie preparatu z soczewek zwierzęcych, (*lentocalin*) wywołać w ustroju produkcję ciał, któreby bądź to przez odchylenie bądź też przez zniweczenie tych soczewkowych jadów komórkowych ochroniły soczewkę przed szkodliwym działaniem tychże. Lentokalinę podaje R. drogą przewodu pokarmowego. Środek ten stosował R. u stukilkudziesięciu chorych z początkującą zaćmą i nie tylko, że nie występowało pogorszenie wzroku lecz stwierdzić było można przedmiotową poprawę bystrości wzroku. Czas obserwacji tych przypadków jest jednakże jeszcze za krótki, by w tej sprawie orzec coś stanowczego.

Postępy w zakresie oftalmologii. (Fortschritte auf dem Gebiete der Ophthalmologie). Herzog.

Fotografia dna oka — czynnościowe zaburzenia zdolności rozpoznawania barw, przepisy szkieł, krótkowidztwo, zez, zakaźne choroby spojówki i rogówki, leczenie naświetlaniem, przeszczepienia spojówki gałkowej, odczyn Wolf-Eisnera i Calmettea, oparzenia spojówki i rogówki, swoiste leczenie rozpoczynającej się zaćmy starczej, stosunek tężyczki do tworzenia się zaćmy.

Osada ślepców „Vatra luminosa“ w Bukareszcie. (Die Blindenkolonie »Vatra luminosa« in Bukarest). Toff.

Rumunia posiada według pobieżnego obliczenia przeszło 20.000 ślepców, którzy dotychczas pozbawieni byli wszelkiego zaopatrzenia. Staraniem królowej Rumunii, znanej pod nazwiskiem Carmen Sylvi, założono w r. 1906 osadę ślepców, której nadano nazwę »*vatra luminosa*« (świecące się ognisko) w tej myśli, by rzuciła światło duchowe w zaćmiony umysł bliźnich rzeczywistego światła pozbawionych. Osada powstała prywatną ofiarnością, a do jej utrzymania i powiększenia przyczyniają się licznie po kraju rozrzucone towarzystwa dobroczynne, które za wkładką w pewnej oznaczonej wysokości mają prawo utrzymywać w tej osadzie jednego ślepego. Dziś zamieszkuje osadę 130 ślepców, którzy pracują w dwunastu warsztatach. Obok pracy fizycznej, polegającej na wytworach przemysłu koszykarskiego, szczerbaskiego i t. p. stara się także zarząd osady o wykształcenie umysłowe swych mieszkańców.

Arsenophenylglizyna przy zewnętrznych schorzeniach oka. (Arsenophenylglizin bei äusseren Augenerkrankungen). Grütter.

Autor stosował ten preparat arsenu w postaci 5% maści i otrzymał dodatnie wyniki w leczeniu łuszczeni rogówkowej przy zapaleniu pryszczycowym. Główną zaletą tego środka jest działanie silnie wessające, wskutek czego oddaje takie dobre usługi i przy łuszcze jagliczej, chociaż już w mniejszym stopniu.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1909. T. LXXI. Z. 2 i 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Znamie spojówki gałki i naczyńówki i jego stosunek do nowotworów barwиковych. (Der Naevus der Bindehaut des Augapfels und der Aderhaut und seine Beziehungen zu den melanotischen Tumoren). Dr M. Wolfrum (Lispk).

Badanie autora lupą dwuokularową Zeissa, wykazało, że obecność barwika w spojówce u człowieka jest objawem b. częstym. Barwa barwika jest brązowa, aż do barwy żółtej w najrozmaitszych odcieniach. Klinicznie odróżnia W. 2 rodzaje pigmentacji spojówki: 1) albo barwik może być nagromadzony ściśle w rąbku spojówki, obejmując sierpowato brzeg rogówki, albo barwik znajduje się w większej lub mniejszej odległości od rąbka spojówki. Na podstawie obfitszego nagromadzenia się barwika w zakresie szpary powiekowej, wypowiada autor zdanie, że na silniejsze wytworzenie się pigmentacji wpływa prócz przyrodzonej zdolności komórek nabłonkowych wytwarzanie barwika światło (Birch-Hirschfeld) i ciągłe drażnienie pyłem, który oczywiście najwybitniej może na tą część spojówki działać. We wszystkich przypadkach autora, w których drobnowidowo można było wykazać nagromadzenie się barwika w nabłonku spojówkowym, zauważał autor stałą obecność ognisk kom. barwиковych pod nabłonkiem położonych. Na podstawie więc tego sądzi W., że każdej pigmentacji spojówki można nadać miano znamienia (*naevus*). Ogniska komórek barwиковych podnabłonkowo położone były różnej wielkości a prawie w nich wszystkich można było odróżnić część środkową ogniska (jądro), złożone z kom. ściśle obok siebie położonych polygonalnych, a nawet czasem wrzecionowatych i część obwodową ogniska (korową), z komórkami luźniej koło siebie leżącymi, postaci więcej okrągłej. Barwienie metodą Mallory'ego na włókna klejorodne i metodą Weigerta na włókna elastyczne wykazało, że

ilość tych obu rodzajów włókien, stoi w odwrotnym stosunku do ilości komórek znamienia, i tak, że włókien tych było najmniej, (lub nawet był zupełny brak) w częściach środkowych znamienia, więcej ich było w częściach korowych, a w otoczeniu można było ich nawet w bardzo obfitej ilości spotykać. Zachowanie się włókien tych w zakresie znamienia było charakterystyczne, bo gdy zazwyczaj przebiegają one w liniach prostych, lub lekko falistych, to w tym przyp. były one pozwijane w kłębki nitek gęsto ze sobą splecionych. Barwiły się one również mniej żywo na niebiesko, niż włókna prawidłowe. Ilość ziarenek barwika zazwyczaj okrągłych, była w komórkach znamienia różna, nigdy jednak barwika w zupełności nie brakowało. Główne usadowienie się ziarenek barwika w bliskości jądra komórek, w jego mianowicie zatokach, przemawia według autora za twierdzeniem Meirowsky'ego, że barwik powstaje z wydzieliny jądrowej (*substantia nucleolaris*) wydalonej do pierwoszczy komórek. Na podstawie swoich dawnych badań twierdzi W. wspólnie z Rahlmannem, że pierwotnym miejscem powstania barwika jest nabłonek, podczas gdy w mezodermie jeszcze zupełnie śladów barwika nie ma, to już w nabłonku pewną ilość ziarenek można wykazać. Komórki znamion spojówki nie powstają według autora z chromatoforów, jak sądzi Ribert, a ich postaci okrągłej nie można uważać za młode chromatofory. Najmłodsze kom. znamion mają postać okrągłą, a jeżeli występują komórki postaci wydłużonej, to zawsze wydłużone one były w jednym kierunku, czyli był objaw komórek będących w ruchu. Zdawało się również, że kom. stały ze sobą w łączności za pomocą wypustek, a mianowicie w tych okresach, w których podczas rozmnażania się komórek, jądra już uległy podziałowi. Na podstawie histologicznego badania, znamion b. młodych, twierdzi W., że komórki barwika znamion powstają z nabłonka. Inaczej się rzecz ma ze znamionami naczyńiówki, których komórki (na podstawie 2 przypadków autora) powstają nie z nabłonka barwikowego, ale właśnie z chromatoforów. Twierdzenie to opiera W. na podstawie zupełnego braku łączności komórek znamiona z komórkami nabłonka. Rozwój znamion spojówkowych z kom. nabłonka spoj., przedstawia W. w następujący sposób. Oglądając nabłonek spojówki nad ogniskiem komórek zauważyć można zanikanie włóknikowej budowy pierwoszcza komórek, a potem i włókienek łączących komórki obok siebie leżące między sobą. Według autora dzieje się to dzięki zdolności absorbcyjnej komórek mających się później stać komórkami znamienia. Przez dalszy zanik międzykomórkowych połączeń, poszczególne kom. nabłonka leżą zupełnie wolno w przestrzeni naokoło komórki płynem wypełnionej. Przez

nagromadzenie się coraz większej ilości tego płynu, błona podstawowa nabłonka wypukła się coraz bardziej w kierunku ku tkance łącznej, wreszcie pęka i komórka nabłonka dzięki swoim własnym ruchom ma wolny dostęp do tkanki łącznej pod nabłonkiem leżącej. Jest rzeczą znaną, że ze znamion mogą się rozwinąć barwikowe złośliwe nowotwory; znamiona więc należy uważać za stan przejściowy między tkanką prawidłową, a nowotworem złośliwym. Autor zadaje sobie pytanie, czy można na podstawie badania histologicznego stwierdzić, że ze znamienia zaczyna powstawać nowotwór złośliwy, czy nie? Tak na podstawie znikania włókien elastycznych i klejnorodnych w obrębie znamienia, jak i na obecności ich wewnątrz komórkowej, a również na podstawie znikania połączeń włókienkowych między komórkami, należy według W. przypisać komórkom znamion własność histolityczną. Komórki rakowe (Blumenthal) oznaczają się podobną własnością. Drugą cechą kom. znamion zupełnie podobną do komórek nowotworów złośliwych, jest ich ruchomość czynna. Komórki więc znamienia mają tylko cechy różne od nowotworów co do stopnia, a nie co do jakości. Różnica tylko zasadnicza leży w tem, że kom. nowotworowe mają zdolność rozmnażania się i wzrostu w okolicę w nieskończoności, podczas gdy rozwój kom. znamion jest ograniczony. W myśl Krompechera idąc, który cały szereg nowotworów zalicza do grupy nowotworów powstających z komórek podstawowych, uważa autor również znamiona spojówki i nowotwory barwikowe złośliwe spojówki, również do tej grupy.

Krótkowzroczność jako zniekształcenie dziedziczne i prawa wzrostu oka. (Die Myopie als Belastungsdeformität und die Wachstumsgesetze des Auges). R. Halben.

Tak jak tylko mechanicznymi czynnikami można według autora wytłómaczyć sobie powstawanie krótkowzroczności (Graefe's Arch. T. 71. Z. 1), tak również ta mechaniczna analiza jest wystarczająca do wytłómaczenia, dlaczego tylko jedne oczy, a drugie nie, pomimo tych samych warunków, stają się krótkowzrocznymi. Od samego początku życia na oko noworodka, któremu co do jego wielkości i masy można schematycznie dać wartość jedności, działają podczas wzrostu jego dwie siły, mające wpływ na jego późniejszą postać. Są to tak nazwane przez H. *philektenia* i *aleksetenia*. Pierwsza nazwa odpowiada sile wpływającej na rozdęcie gałki ocznej, a działającej dzięki wpływowi ciśnienia śródocznego, druga zaś sile działającej wprost w pierwszym kierunku, nie pozwalającej na zbyt silne rozdęcie gałki, której obecność znowu wynika z oporu twardówki (względnie rogówki) stawianego ciśnieniu

śródgąłkowemu. Ciśnienie śródgąłkowe (T) może być albo ciśnieniem statycznym (*T. stat*) t. j. ciśnieniem jakie jest podczas spoczynku mięśni ocznych i dynamicznem (*T. dyn.*) t. j. podczas roboty z blizka, a więc podczas pracy mięśni ocznych. Wysokość T stat. zawisła jest od wysokości ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych ciała rzęsk. i kanału Schlemma (a więc zawisła jest od tętna i oddechu), a następnie od wielkości otworów filtracyjnych w kącie komorowym i od wielkości ich w miejscu wytwarzania płynu śród-ocznego, a więc w nabłonku c. rzęskowego. Ciśnienie statyczne działa we wszystkich kierunkach z równą siłą, wpływać więc musi podczas wzrostu oko na wytworzenie się postaci oka kulistej (*sphaerobryosis*). Ciśnienie dynamiczne wpływać może jedynie tylko na postać oka podłużną (*dolichobryosis*), a działa tylko przy działaniu mięśni ocznych, a więc przy pracy z blizka (vide Gr. Arch. T. 71. Z. 1. Halben w refer. »Postęp. okul.« sierpień 1909 r.). Wzrost twardówki jest wprost proporcjonalny do filektenii, a odwrotnie proporc. do aleksektenii. Gdy wielkość gałki noworodka oznaczy się przez f_0 to postać jej można określić zawsze przez następującą formę: F_t (postać gałki w danym czasie) $= f_0 \frac{+ T_0 - t}{aleko - t}$

Reguła ta jednak jest prawomocną tylko do czasu wzrostu oka — po jego ukończeniu bowiem staje się filektenia równa zeru, alekstenia zaś równa nieskończonej wielkości. W tym czasie więc, gdy tylko działać może filektenia, wyniknąć z tego może jedynie tylko postać gałki podłużna (*dolichobryosis*). Podczas życia płodu śródłonowego, aż do jego urodzenia, wzrasta gałka oczna do 17 mm. długości osi długiej oka, a podczas wzrostu tego działa jedynie tylko ciśnienie statyczne. W pierwszych 7-miu latach życia pozapłodowego dochodzi długość gałki ocznej do 21 mm. przeciętnie; do 24 roku życia dochodzi gałka do dług. zaś przeciętnej 25 mm. Dopiero w tym drugim okresie można ciśnieniu dynamicznemu pewne działanie dolichobryotyczne przypisać. Aleksektenia w okresie tym jest już dużo większa, więc ciśnienie dynamiczne ma w tym okresie większy opór do pokonania. Autor sądzi, że można przypuścić, że podczas tego okresu wpływ T dyn. przy prawidłowej aleksektenii i prawidłowem ciśnieniu statycznym, wydłuży gałkę oczną o 3 mm. Rzeczywiście najwyższy stopień krótkowzroczności szkolnej wynosi około 9 D. Jeżeli dolichobryotyczny wpływ pracy z blizka, będzie działać na gałkę oczną, która przy prawidłowem ciśnieniu stat., jednak z powodu zbyt wysokiej wrodzonej aleksektenii w pierwszych 7-miu latach życia nabyła długości jedynie tylko 20 mm, a w drugim okresie nabyła długości tylko 22 mm w takim razie długość się jej zwiększy jeszcze o 2 mm. i musi

wyniknąć z tego postać gałki ocznej o »prawidłowej« długości 24 mm, o dolichobryozie jednak 2 mm. W zachowaniu się więc aleksektanii należy upatrywać według H. przyczyny, dlaczego jedne oczy mimo tej samej pracy z bliska stają się krótkowzrocznymi, drugie zaś nie. Powstawanie krótkowzroczności u ludzi nie umiejących czytać, ani pisać, jak również u ludzi dzikich, tłumaczy sobie autor wrodzoną niską aleksektanią. Nizkiego stopnia aleksektania umożliwia powstanie nadmiernie wielkiej sphaerobryozy. Jeżeli oko jest sphaerobryotyczne, można przypuścić, że i przestrzenie filtracyjne w kątkach komorowych będą szersze, a następstwem tego i ciśnienie statyczne musi się zmniejszyć. W przypadkach takich, mniejszy już skurecz i mniej długo trwały mięśnia zewn. oka jest potrzebny, aby ciśnienie dynam. swój wpływ dolichobryotyczny wywarło. Dlaczego właśnie ten rodzaj mp. u analfabetów jest szczególnie dziedzicznym łatwo sobie wytłumaczyć, że u ludzi takich o sposobie życia z pokolenia na pokolenie zupełnie podobnym, muszą większego znaczenia nabierać jedynie tylko właściwości tkanek. Według H. można przeprowadzić porównanie między krótkowzrocznością a zniekształtnieniem systemu kostnego (*rachitis*) i naczyń krwion. Tak jak samo chodzenie u dzieci zdrowych nie spowoduje wykrzywienia się rachitycznego nóg, tak i krótkowzroczność nie rozwinię się w oku do tego nieusposobionem. Autor mówi, że wysoka mp. jest następstwem prawidłowego obciążenia »szkieletu« zbyt podatnego, (twardówki o mniejszej aleksektanii) mp. zaś szkolna następstwem nadmiernego obciążenia prawidłowego »szkieletu« (twardówki).

O stosunku kory mózgowej u małp do ruchów oka.

(Über die Beziehungen der Grosshirnrinde bei Affen zu den Bewegungen des Auges). G. Levinsohn.

Autor przeprowadził badania na 15 małpach (*macacus Rhesus*) robiąc trepanację czaszki w nakrozie po przebudzeniu się z której, drażnił odpowiednie okolice mózgu prądem faradycznym. Czas obserwacji zwierzęcia po dokonanej operacji wynosił do 51 dni. W doświadczeniach swoich stwierdził autor, że wogóle cała kora mózgowa ma wpływ na ruchy gałek ocznych, ale że szczególniejszą wrażliwością odznaczają się pewne okolice kory mózgowej, przy drażnieniu których można wywołać skurcze mięśni ocznych. Miejscami temi są: tylnia połowa płata skroniowego, płat potyliczny i *gyrus angularis*.

Przy drażnieniu tych miejsc jednak nigdy nie przychodziło do skurczu pojedynczych mięśni, ale zawsze do ruchu skojarzonego, wywołanego działaniem przynajmniej 4 mięśni. Do tego więc czasu

nie są znane centra dla ruchów skojarzonych. Drażnienie wyżej wspomnianych okolic mózgu sprowadzało, albo tylko same ruchy gałek, lub też ruchy te występowały w połączeniu z ruchem obrotnym głowy i zamykaniem powiek. Same tylko ruchy towarzyszące ruchom gałek udało się autorowi wywołać przez drażnienie strzałkowej odnogi *sulcus praecentralis*. Tuż do tyłu od odnogi poprzecznej *sulcus praecentralis* znajduje się ściśle dające się określić centrum dla zamykania się powiek. Wycięcie płata potylicznego powodowało połowicze widzenie, *gyrus angularis* obniżenie czucia u oka i jego otoczenia po przeciwnej stronie położonego — wypadnięcie zaś w obu razach ruchów oczów ku bokowi było zawsze tylko natury przejściowej.

O działaniu atoksylu na oko. (Über die Wirkung des Atoxyles auf das Auge). I. Igersheimer.

Na podstawie 37 przypadków częściowo ogłoszonych przez innych autorów, częściowo I. do jego pracy odstąpionych stwierdza autor, że w zatruciu atoksylem zawsze występują zaburzenia ze strony aparatu nerwowego oka. Po objawach wstępnych ogólnych, jak osłabienie, szum w uszach, zawroty, występują objawy wzrokowe w postaci mroczków i zaciemnień w polu widzenia. Prócz ograniczenia pola widzenia od strony nosa, wzrostkiem początkowo żadnych zmian spostrzegać nie można. Środkowego ubytku w polu widzenia żaden z autorów nie stwierdził. Z biegiem czasu przychodzi do zwykłego zaniku tarczy n. wzrok. Rokowanie jest w zupełności złe, a leczenie bezsilne. Objawy zatrucia szczególnie często występowały, jeżeli atoksyl podawano codziennie chociażby w małych dawkach, lub jeżeli podawano raz w tydzień, ale dawka przekraczała 0.4—0.5 gr. Autor przeprowadził badania doświadczalne z atoksylem na królikach, psach i kotach. W doświadczeniach tych zauważył I. różnicę co do zmian, wywołanych atoksylem, zależnie od tego, czy atoksyl wstrzyknięto podspojówkowo, czy do p. kom. nie wywoływał żadnych zmian w tylnym odcinku oka, to następstwem wstrzyknięcia jego do c. szklist. było zwyrodnienie wewn. warstw siatkówki i n. wzrokowego. Podspojówkowo podany atoksyl u królików wywołał powstanie odczynu Marchi'ego u psów i kotów zaś również zwyrodnienie wewn. warstw. siatkówki. U kotów prócz zmian w narządzie wzrokow. rozwijały się zwyrodnienia w mózgu i rdzeniu i to w najsilniejszym stopniu w *thalamus opticus*. Zmiany te doskonale zgadzają się z objawami nerwowymi dającymi się przy zatruciu atoksylem spostrzegać u królików, a polegającymi głównie na zaburzeniach ataktycznych, kureczach klonicznych, a w wielu przypadkach na spastycznych porażeniach. Wspólnie z Dr Rothmannem wykazał autor, że główna część

atoksylu wprowadzonego krąży we krwi niezmienioną, i jako taka zostaje z niego wydalona, ale że również oddzielają się od atoksylu we krwi niewielkie ilości nieorganicznego arsenu. Nierozłożony atoksyl działa albo jako taki, albo ewentualnie zostaje w komórkach ustroju przez które został związanym, zamieniony na jego produkt utlenienia. Produkta te, jak autor wykazał, są jeszcze bardziej trującymi. Komórki narządu wzrokowego i to szczególnie kom. nerwowe odznaczają się szczególnem powinowactwem do drobin atoksylu i tem sobie należy tłumaczyć szczególnie częste schorzenie narządu wzrokowego przy zatruciu atoksylem.

O obecności podwójnie łamiącego lipoidu w siatkówce w retinitis albuminurica, wraz z uwagami o anatomii patologicznej tego schorzenia. (Über das Vorkamen von doppelbrechendem Lipoid in der Nilzhaut bei Retinis albuminurica nebst Bemerkungen über die pathologische Anatomie dieser Erkrankung). H. Lauber i V. Adamük.

Do odpowiedzi na pytanie, czy *retinitis albuminurica* jest tylko jednym z objawów zapalenia nerek, czy też tylko jego następstwem i czy ten proces toczący się w siatkówce jest obrazem jej zwyrodnienia, czy zapalenia, użyli autorzy nowego sposobu badania, a mianowicie mikrochemicznego. Badania ostatnich lat wykazały, że w nerce zapalnej (Kaiserling) stale znajduje się ciało podobne do tłuszczów t. zw. lipoid. Lipoid różni się od tłuszczów podwójnem załamywaniem w mikroskopie polaryzacyjnym i zachowaniem się względem odczynników na tłuszcz. Przy skrzyżowanych ninolach lipoid przedstawia się jako substancja biała lśniąca; podczas gdy części tkanek pojedynczo załamujące, ciemno się przedstawiają. Przy pierwszym osmowaniu barwi się lipoid szaro (tłuszcz czarno), a dopiero po dłuższem działaniu alkoholu (wtórne osmowanie), staje się czarnym, traci już jednak zdolność podwójnego załamywania. Jako płyn ustalający można używać w celu wykazania tylko formalinę, bo tylko ona nie niszczy lipoidu i badać trzeba jedynie preparaty mrożone, bo alkohol, eter, chloroform i benzyna lipoid rozpuszczają. W czterech przypadkach badanych przez autorów na obecność lipoidu, zawsze lipoid został wykazany tak poleryzatorem, jak też barwikami na skrawkach. Badaniem tem stwierdzili, że znane wziernikowe obrazy białych plam siatkówki są następstwem zwyrodnienia t. zw. ganglionowego i zwyrodnienia tłuszczowego i obecności lipoidu. Tak jak nie zgadzają się autorowie z Leberem, jakoby obraz tych białych plam był następstwem t. zw. ciałek tłuszczowych, tak również i na to, jakoby komórki nabłonka barwikowego uruchomiały się i były przenośnikiem tłuszczu.

szezu do warstw. wewn. siatkówki. Ich zdaniem przenośnikiem tłuszczu są leukocyty, które przedstawiały różnego nasilenia obraz zwyrodnienia. Schorzenie siatkówki z zapaleniem nerek jest zwyrodnieniem i obrazem współzrędnym z zapaleniem nerek, wywołanem temi samemi czynnikami szkodliwymi. Pytanie skąd lipoid powstaje w siatkówce pozostaje u autorów bez odpowiedzi. Do stałych objawów schorzenia białkomoczowego siatkówki (we wszystkich 14 przyp.) należy głównie przy schyłku życia występujące, choćby nieznacznego stopnia spowodowane wysiękiem odczepienie siatkówki.

O momentach przyczynowych neuritis-retrobulbaris. (Die ätiologische Momente der retrobulbären Neuritis). Prof. Schieck (Getynga).

Mimo dużych braków w spostrzeżeniach klinicznych, które sam autor przyznaje wypowiada S. zdanie, że żadne *neuritis retrobulbaris* nie przedstawia schorzenia pierwotnego, ale że zawsze jest objawem albo częściowym lub następowym innych procesów toczących się w organizmie. Twierdzenie to uzasadnia autor tem, że schorzenie nerwu wzrok. może nawet na kilka lat wyprzedzić późniejszą chorobę ogólną systemu nerwowego (*sclerosis disseminata*) i że z drugiej strony badanie schorzeń jam bocznych nosa, które często stają się przyczyną *neuritis retrobulbaris*, napotyka się jeszcze na dość znaczne trudności techniczne. W czterech przyp. autora, *neuritis retrobulbaris* była objawem częściowym *sclerosis disseminata* i to dwa razy jednostronnie, a dwa razy obustronnie. W przeciwieństwie do spostrzeżeń Uthofa, częstszem było *scotoma relativum* (3 razy), aniżeli *absolutum* (1). W połowie przypadków schorzenia nerwu wzrok. towarzyszył charakterystyczny tępy ból w głębi oczodołu usadowiony. W następnym przyp. przyszło po influency do *neuritis retrobulbaris* bez środkowego ubytku w polu widzenia oka lewego, a w rok potem z ubytkiem środkowym w polu widzenia oka prawego. Sekcya w 1½ roku wykazała *myelitis*. Zasługującym na uwagę w tym przypadku jest to, że pierwsze *neuritis* oka lewego była bez *scotoma centrale*, a po drugie, że zazwyczaj oba oczy równocześnie zostają tem schorzeniem zajęte. Co do pierwszego zgadza się autor z zapatrywaniem Elschniga, że w przyp. *neuritis retrobulb.* chronicznie przebiegających często *scotoma* wykazać nie można. Na podstawie swego przypadku i krytycznie przejrzanych przypadków z literatury, uważa autor za charakterystyczne dla przebiegu *neuritis retrobulb.* z *myelitis*, silne wahanie się w natężeniu objawów klinicznych podczas przebiegu choroby. Badanie anatomo-patologiczne tego przypadku przemawiało na podstawie obecności rozsiaanych ogniskowych

okrągło-komórkowych nacieków w tkance łącznej pomiędzywiązsowej rdzenia i nerwu wzrokowego zatem, że schorzenie zostało wywołane zakażeniem. W trzech przypadkach autora *neuritis* wywołana została schorzeniem komórek sitowych. W 3-im z tych 3 przyp. mogłaby zachodzić wątpliwość, czy była wogóle *neuritis retrobulb.* bo nie było *scotoma centr.*, na podstawie jednak chmurowego wysięku przed samą tarczą nerwu wzrokowego, boleśności odczuwanej w głębi oczodołu i obniżenia b. wzrokowej po stronie skroniowej autor rozpoznanie to postawił. Ważnem jest w tych przypadkach, że zapalenie błony śluzowej, komórek sitowych nigdy nie było ropne, a polegało jedynie na obrzęku błony śluzowej z jej następstwami. Powstanie następowe *neuritis* tłumaczy sobie autor obrzękiem nerwu wzrokowego, w którego następstwie szczególnie łatwo muszą uleść uciskowi, a potem rozpadowi włókna zdążające do plamki żółtej, jako najbardziej na czynniki szkodliwe wrażliwe. Anatomo-patologicznie autor przypadków tych, jak wogóle dotąd nikt, nie badał.

O rodzimem postępującem zwyrodnieniu w okolicy plamki żółtej oka. (Über familiäre, progresive Degeneration in der Maculagegend des Auges). H. Stargarth (Strassburg).

Autor podaje historię choroby dwóch rodzin, w których przyszło do schorzenia postępującego plamki żółtej w obu oczach. Pomimo braku pokrewieństwa między rodzinami, braku lues i chorób ocznych w rodzinie schorzeniu uległo w pierwszej rodzinie 5-cioro dzieci (wszystkie), a w drugiej z pięciorga rodzeństwa troje. Choroba zazwyczaj rozpoczynała się między 12, a 15 rokiem życia, a z początku nie towarzyszyły jej żadne objawy czynnościowe. Na podstawie historii choroby w 8-miu przypadkach, które miał S. sposobność badać w różnych jej okresach rozwoju, przebieg choroby, przedstawia sobie autor w następujący sposób. W najwcześniejszym okresie choroby, prócz małego stopnia nieregularności w ubarwieniu plamki żółtej, nic nieprawidłowego na dnie oka spostrzegać nie można. W innym przypadku już bardzo wczesnie wystąpiły małe szaro-żółtawe plamki, w plamce żółtej widzialne jedynie tylko w obrazie prostym. W dalszym przebiegu pojawiają się plamki w plamce żółtej, barwy żółto-pomarańczowej, przyczem zauważyć można małe kępki barwika. Równocześnie znika refleks, wywołany obecnością plamki żółtej. Następnie plamki te stają się brudno-szaremi i obwiedzionemi barwikiem, albo przychodzi do wytworzenia się plamy ostro od samego środka plamki żółtej oddzielonej, ku obwodowi zaś ograniczonej szarą o niewyraźnych zarysach linią. Obraz ten ostatni przypominał autorowi wytworzenie

się otworu w plamce żółtej, z powodu zupełnego w tem miejscu zniszczenia siatkówki. We wszystkich przypadkach w początkowych okresach zauważał autor obecność białych plamek w plamce żółtej pod naczyniami krwionośnymi leżących, a przypominających swoją postacią obraz *retin. punctata albesc.* Czynnościowo rozpoczyna się choroba z początku nieznacznem osłabieniem widzenia naosiowego potęgującego się, aż do zupełnego jego zniesienia tak, że tylko obwodowo w polu widzenia chorzy liczą palce. Już bardzo wczesnie stwierdzić można *scotoma centrale* dla barwy zielonej i czerwonej. Barwa biała i niebieska jeszcze w późniejszych okresach była rozpoznawana. Bardzo charakterystycznym było to, że pomimo osłabienia b. wzrokowej, do liczenia palców na 3 m zachowaną była zdolność pisania. Z objawu tego wyciąga autor wniosek, że chorzy nauczyli się czytać, gdy jeszcze mieli b. wzr. naosiową prawidłową, następnie zaś z powodu powolnego postępowania choroby, przyzwyczaili się do nowego stanu swego wzroku. Zmiany w plamce żółtej nie uważa autor za wrodzone ale, że musi być pewne usposobienie, tak może jak się to dzieje w *retinitis pigment.* Podobieństwo między *retinitis pigment.* leży i w tem, że obie choroby jednakowo rozpoczynają się w drugiej dziesiątce lat życia. Jaka jest przyczyna tej nowo ściśle określonej choroby i czy ona jest dziedziczna i jakiego rodzaju anatomo-patologicznie rzecz biorąc są zmiany w siatkówce, autor nie opowiada. S. stawia przypuszczenie, że tak jak *retinitis pigment* pierwotnem jest schorzenie pręcików (*hemeralopia*) tak w tej chorobie pierwotną sprawą jest schorzenie słupków (brak hemeralopii). Możliwe, że słupki ulegają zniszczeniu pod wpływem krążących we krwi cytotoksyn.

O odczepieniu pars. ciliaris retinae i o oderwaniu siatkówki przy ora serrata. (Über die Abhebung der Pars ciliaris retinae und das Abreißen der retina an der Ora serrata). R. Bergmeister. (Wiedeń).

Na podstawie zestawienia przypadków kliniki wiedeńskiej Prof. Fuchsa twierdzi autor, że odczepienia części rzęskowej siatkówki nie należą do spraw chorobowych tak ogromnie rzadkich, jak to dotąd przypuszczano. Odczepienia tego rodzaju mogą wystąpić: 1) w następstwie surowiczego przesięku (pierwotne odczepienie siatkówki, nowotwór), 2) w następstwie wysięku z powodu ostrego lub chronicznego zapalenia części rzęskowej lub otaczającej naczyniówki, 3) w następstwie krwotoków w naczyniówce, 4) z powodu wypłynięcia ciała szklanego (skaleczenia) i ciągnącego działania na siatkówkę ściągających się bliznowato wysięków na po-

wierzchni siatkówki leżących. Odosobnione odczepienia *pars plana* części rzęskowej siatkówki, mogą przedostawać się jako cysty. W pierwszym przypadku cysta rozpoczynała się ściśle w *ora serrata*. Nabłonek cylindryczny części rzęskowej był podniesiony w następstwie nagromadzenia się pod nim płynu bogatego w białko. Oko to wyłuszczone z powodu mięsaka naczyńiówki. Drugi przypadek cystowatego odczepienia części rzęskowej, powstał w następstwie rany twardówki. Na 12 przypadków mięsaka naczyńiówki, które były powikłane odczepieniem siatkówki, zawsze odczepiony był nabłonek cylindryczny części rzęskowej i to zawsze po tej stronie po której się znajdował nowotwór. Charakterystycznym było bardzo częste w przypadkach nowotworów oderwanie się siatkówki przy *ora serrata*. Odczepienie części rzęskowej w następstwie ostrego lub chronicznego zapalenia ciała rzęskowego, wystąpiło w 3 przypadkach. W pierwszych 2 przyp. *iridocyclitis* wystąpiło po operacji zaćmy, w 3 odczepienie powstało w następstwie chronicznego zapalenia ciała rzęskowego natury gruźliczej. Krwotoki naczyńiówki, które następowo doprowadziły do odczepienia, powstały raz w następstwie rany twardówki, drugi raz po irydektomii. Dwa następne przypadki autora zawdzięczają powstanie odczepienia części rzęskowej *iridocyclitis plastica*, powstałej po ranie rogówki i twardówki. W dwóch innych przyp. przyszło prócz oderwania części rzęskowej siatkówki, również do oderwania siatkówki przy *ora serrata*. Oderwanie to było następstwem ciągnącego działania organizujących się wysieków w ciałku szklistem.

Dalsze doniesienie o obecności komórek plazmatycznych w spojówce. Conjunctivitis plasmacellularis. (Weitere Mitteilungen über die plasmacellularen Bildungen der Bindehaut). C. Pascheff (Zofia).

Jeszcze dawniej (Graef. Arch. T. LXVIII. Z. 1) opisał autor nową postać chorobową spojówki, a polegającą mikroskopowo na obecności licznych komórek plesmatycznych (plasmonów) w spojówce. Do opisu tego dodaje P. teraz nowy przypadek. U dziewczynki 8 lat liczącej, żadnych chorób prócz przebytej *rachitis* wykazać nie było można. Spojówka dolnej i górnej powieki obu oczów była mięsisto zgrubiała o powierzchni nierównej. W odróżnieniu od granulacyi trachomatycznych, przy ucisku nie można było nic wycisnąć. Zgróbień spojówki przechodziło również na spojówkę gałki na okolice zmarszczki półksiężycowej, najwyższego jednak stopnia było w obu załawkach. Histologicznie spojówka przedstawiała budowę adenoidalną i spostrzegać było w niej można przerost tkanki łącznej, rozwój nowych naczyń krwionośnych i obe-

ność wielkiej ilości komórek plasmatycznych. W odróżnieniu do trachoma brak jest zupełny folikulów z ich środkami rozrodczymi. Choroba jest chroniczną; przyczyna tego nowego schorzenia spojówki jest ciemną. Badanie bakteryologiczne wykazało niechorobotwórczego bakcyła gram ujemnego.

Zmiany w przednim odcinku oka w następstwie częstego naświetlania światłem krótkofalistem. (Die Veränderungen im vorderen Abschnitte des Auges nach häufiger Bestrahlung mit kurzwelligem Lichte). A Birch-Hirschfeld (Lipsk).

Autor naświetlał u królików spojówkę powieki odchylonej na zewnątrz, lampą uwiol Schotta, przez 10 minut z odległości 10 cm. Widmo tego światła sięga do 253 μ długości fali, a w promieniach świecących, głównie zawarte są promienie najkrótsze niebiesko-zielone, niebieskie i fioletowe. W 4—6 godzin po jednorazowym naświetleniu, spojówka była przekrwiona, nabrzękała i pokryta wydzieliną śluzowo-ropną. Po 3—4 dniach trwania tego podrażnienia, spojówka wracała do prawidłowego stanu. Badanie mikroskopowe z tego okresu ostrego, wykazało obfity naciek tkanki podnabłonkowej limfocytami, komórkami plazmatycznymi i leukocytami. W wydzielinie znajdowały się liczne komórki eozynofilne. Po przejściu stanu podrażnienia, w spojówce, również drobnowidem żadnych zmian wykazać nie można. Po 20—30 naświetleniach powtarzanych albo co drugi dzień, lub w dłuższych między sobą przerwach, spojówka staje się nierówną, twardą, barwy jakby mlecznej. W rogówce, w soczewce i w siatkówce, częste naświetlanie żadnych zmian nie wywołały. Zmiany drobnowidowe spojówki często naświetlanej polegały z jednej strony na proliferacyi elementów składowych spojówki, z drugiej zaś strony na zwyrodnieniu. Bujaniu ulegał głównie nabłonek, który w następstwie tej żywej proliferacyi układał się w zmarszczki. Powierzchnowy nabłonek ulegał często zrogowaceniu. Objawy zwyrodnienia spostrzegał autor, głównie na komórkach nabłonka, które podczas swego rozmnażania wysunęły się z łączności z innymi komórkami nabłonka i wolno leżały pod nabłokiem, w tkance łącznej. Zwyrodnienie to polegało na chromatolizie i następownem rozpadzie tych komórek. Charakterystycznym było zwyrodnienie szkliste włókien klejnorodnych i wakuolizacya komórek śródnabłonka naczyń krwionośnych. Włókna elastyczne pozostawały prawidłowymi. Zmiany te wszystkie anatomiczne, wywołane częstem naświetlaniem światłem krótkofalistem, prawie zupełnie odpowiadają zmianom napotykanym w *conj. vernalis*. Ponieważ jednak zmiany te zupełnie nie występowały, gdy autor naświetlał przez powiekę, więc światła krótkofalistego zawartego w świetle słońca nie można uważać za przy-

czynę powstawania *conj. vernalis*. Światło słońca może wpływać na nawroty choroby, nie może być jednak bezpośrednią przyczyną *conj. vernalis*. Kliniczną różnicę między *conj. vernalis*, a schorzeniem wywołanem doświadczalnie przez autora jest brak stanu ostrego w *conj. vernalis*.

W sprawie glejaka i rozetek. (Zur Gliom und Rosettenfrage). E. Wehrli. (Frauenfeld).

W dawniejszej swojej pracy wypowiedział autor zdanie (Gr. Arch. f. Oph. T. LX), że w siatkówkach prawidłowych, ludzi dorosłych znajdują się niejednokrotnie komórki, które albo należy uważać za przemieszczone komórki glei, lub też za niezróżnicowane gangliony. Wtedy jeszcze wypowiedział autor przypuszczenie, że właśnie z tych komórek następowo rozwijają się glejaki. Przypuszczenie to nabrało prawdopodobieństwa dzięki późniejszym badaniom Ogawa'y stwierdzającym obecność tych komórek w glejakach. Autor stwierdził bardzo częstą obecność tworów postaci rozetek a powstałych w siatkówce dzięki charakterystycznemu ułożeniu się kom. nabłonka. Twory te nie posiadają żadnej łączności z obecnością nowotworów złośliwych, a są częstym objawem w procesach natury zapalnej i zwyrodnieniach siatkówki. Wehrli wspólnie z Ogawa sądzą, że komórki rozetek powstają dzięki przemianie komórek glei w nabłonek naokoło mas nekrotycznych w siatkówce położonych, W glejakach twory te też się spotyka (w 2 przyp. autora) różnią się jednak one od tamtych, że światło rozetek jest w glejakach wytworzone przez szklisto-zwyrodniałe naczynia krwion. a nie przez zwyrodniałą część siatkówki Autor polemizuje następnie z Sefelderem, który na podstawie badań drobnowidowych siatkówek płodów 6—8 mies. przypuszcza, że znajdujące przez niego w tych siatkówkach niezróżnicowane kom. należy uważać za komórki, z których następowo rozwijają się glejaki. Według W. jednak obecność komórek niezróżnicowanych w siatkówce płodów przedwcześnie urodzonych jest częstą i nie można przesądzać jakiegoś z nich potem części składowe siatkówki rozwinęły, a więc też nie można tych komórek uważać również za pierwotną formę glejaków. Powstanie glejaków autor tłumaczy sobie w następujący sposób: Momentem wyzwalaającym jest wraz podczas porodu, który jeżeli dotyczy siatkówki, w której są kom. embryonalne, niezróżnicowane, wtedy przychodzi do reakcyjnego bujania ich z następowym wytworzeniem glejaków. Za drugą przyczynę, działającą na na tego rodzaju komórki uważa autor, z pewnem prawdopodobieństwem działanie światła na siatkówkę po porodzie.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

XVI międzynarodowy kongres lekarski w Budapeszcie.

(od 28 sierpnia do 4 września 1909 r.)

Sekcja okulistyczna.

(Ref. Dr E. Rosenhauch).

I. posiedzenie przed południem.

1. V. Morax (Paryż). Przyczyny podostrych i późnych zakażeń pooperacyjnych.

Na podstawie obszernej statystyki i badań bakteryologicznych dochodzi autor do wniosku, że przyczyną tych zakażeń są mikroby dotąd nieznane, które wprowadzamy w ranę podczas zabiegu operacyjnego. Należą one do tej samej kategorii mikrobów, do których zaliczyć przypadnie również na razie nieznane mikroorganizmy powodujące zapalenie sympatyczne.

2. Elschmig (Praga). Profylaktyka zakażeń podczas operacji ocznych.

Znaczenie zakażeń wewnętrznych jest bardzo nieznacznem w porównaniu z zakażeniami zewnętrznymi, które dostają się z worka spojówkowego. Należy w wątpliwych przypadkach badać bakteryologicznie przed operacją worek spojówkowy, opłukiwać go pyocyjanazą i roztworem Hg. *oxycyanati*. Przy operacji zaćmy cięcie płatowe z płatem spojówkowym. Zabiegi uodparniające dotąd nie mają większego znaczenia. Zwracać uwagę na stan ogólny chorego. (Diabetes).

3. Angelucci (Neapol). Zapalenia pooperacyjne spowodowane samozakażeniem.

Starczy białkomocz nie ma wielkiego wpływu na przebieg leczenia pooperacyjnego, natomiast ostre lub chroniczne zapalenie nerek. Cukrzyca zazwyczaj nie przyczynia się do zakażeń ocznych. Dna tylko wtedy, jeśli zachodzą komplikacje z przewodem pokarmowym. Często występuje zapalenie tęczówki po operacji u osób, które cierpią na ropienie dziąseł, katar pęcherza, furunkuły lub influenzę.

4. Wicherkiewicz (Kraków). Moje doświadczenia z wypłukiwaniem komórek ocznych przy operacjach zaćm.

Autor zaznacza, że od 25-u lat wypłukuje przednią komorę oka po operacji zaćmy za pomocą odpowiednio zmienionego przy-

rzędu. Przyrząd ten uzupełnił o tyle, że łączy undynę z podwójnym kauczukowym balonem, aby otrzymać silniejszy prąd płynu, aby jednakże prąd ten nie był za silny, aby go można nałychmiastowo zmniejszyć lub usunąć, do tego służy otworek wentylowy w undynie.

Jakichkolwiek szkodliwych wpływów prelegent nie zauważył, z wyjątkiem chyba nieco dłużej się utrzymującego czasem zmętnienia pasemkowatego na tylnej powierzchni rogówki.

Natomiast rzadziej przychodzi do zaćm drugorzędnych, o wiele rzadziej, aniżeli nawet zdarza się to po operacyi zaćm dojrzałych operowanych bez przepłukiwania. Ale przyrząd ten przynosi i inne jeszcze korzyści. Można w sposób najdelikatniejszy usunąć krew z przedniej komory oka zarówno przed, jak i po wypuszczeniu soczewki. Można nim usunąć powietrze wnikaające do wnętrza gałki przy silnej hypotonii a brzegi ranki lepiej się układają i sfinktery na właściwe dostają się miejsce. W razie ewentualnego zakażenia po operacyi uda się jeszcze czasem gałkę uratować i uchronić od zropienia, jeśli się sztylcikiem ranę operacyjną otwiera, a następnie komorę pyoktaniną przepłukuje (1:500). Płyn ten niema ujemnego wpływu na śródbłonek rogówki, podczas gdy, według badań Nuela i Cornila już bardzo słabe roztwory sublimatu, a nawet woda dystylowana na nabłonek ten szkodliwie działają.

Dyskusja:

Schirmer uważa wszelkie zapalenia pooperacyjne (z wyjątkiem krwotoków silnych, które są urazowego pochodzenia), za zakażenia mikrobami.

Antonelli i Jessop opisują kilka spostrzeżeń z praktyki.

Axenfeld sądzi, że nie zawsze można czekać, aż na kulturach wyrosną mikroby. W tych wypadkach wystarczy przygotować preparat z wydzieliny wziętej z kącika wewnętrznego. Jeśli tam niema dwoinek zapalenia płuc ani łańcuszkowców, można śmiało operować.

Lagrange uważa za najczęstszy powód zakażeń pooperacyjnych niedostateczne oczyszczenie przedniej komórki. Prelegent płucze przednią komorę zapomocą strzykawki *Chibreta à double courant*, za pomocą której wstrzyknięty płyn (sztuczny płyn komorowy 37^o) potem wyciąga.

Wicherkiewicz uważa aspiracyę płynu za niebezpieczną ze względu na tęczówkę i ciało szkliste. Ważną jest profilaktyka przed każdą operacyą zaćmy. Bada chorych cierpiących na katar spojówki bakteryologicznie. Jeśli wynik co do zarazków chorobow-

twórczych jest ujemny, przystępuje do operacyi, jeśli nawet wydzielina niezupełnie ustąpiła.

Sulzer sądzi że zakażenia powstają wskutek nieprzyjemnych przypadków podczas zabiegu, mikroby mogą dostać się z zewnątrz lub z krwiobiegiem.

I. posiedzenie po południu.

5. Gołowin (Odessa). **Exenteratio orbitosinualis.**

Zasada operacyi polega na otwarciu zatok nosowych i wydobyciu z tamtąd nowotworu rozrastającego się. Olbrzymi czasami ubytek można pokryć płatem skórnomięsnym z czoła i policzka.

6. Marquez (Madryt). **O nowym sposobie operacyjnym stosowanym w przypadkach distichiasis.**

Sposób Jaesche Arlta. Jeśli jest drugi szereg rzęs źle ustawionych, to odcina je od przedniego płata przed transplantacją.

7. Blaskovics (Budapeszt). **Usunięcie opadnięcia powieki przez skrócenie tylnego płata powiekowego i mięśnia unoszącego powiekę.**

Znieczulenie nowokainą 2% z adrenaliną. Cięcie przez chrząstkę powiekową 3—5 mm. od górnego brzegu. Wprowadzenie 3 szwów w mięsień unoszący. Wycięcie chrząstki z mięśniem i spojówką (3—5 mm szerok.). Ściągnięcie szwów na zewnętrznej stronie powieki.

8. Marquez F. A. (Madryt). **Kodeina w lecznictwie okulistycznym.**

Prelegentka poleca 5% roztwór kodeiny (*chlorhydrate de codeine*) jako *analgeticum*.

9. Wicherkiewicz (Kraków). **Wrodzony brak gałki ocznej a cysty powiekowe.**

Ukaże się w całości w »Postępie okulistycznym«.

Snellen (Utrecht). **Nerw oczny a jamy boczne nosa.**

Zapalenie nerwu ocznego lub tarcz zastoinowa wskutek schorzeń jam bocznych nosa przychodzą do skutku przez bezpośrednie przedostanie się mikrobow z ogniska ropnego. Radzi wykonać radykalną operację.

11. Alessandro (Messyna). **Rozpuszczające się fermenty w gruczole łzowym.**

Przesącz emulsyi gruczołu łzowego w soli fizyol. zawiera dwa

fermenty, jeden podobny do trypsyny, drugi do fermentu trzustkowego. A. sądzi, że mają one znaczenie w patologii oka.

12. Antonelli (Paryż). Patologia noso-łzowa w dziedzicznej kile.

Do znamion kily dziedzicznej należy często egzostoza w okolicy kości łzowej. Często zdarza się też zapalenie worka łzowego.

13. i 14. Renny (Dijon). Rola plamki żółtej w anomaljach dwuocznego widzenia.

Diploskop.

II. posiedzenie.

15. Uhthoff: Objawy oczne przy schorzeniach przysadki mózgowej i przy akromegalii.

Na podstawie 238 sekcji przypadków spostrzeganych za życia zestawia U. objawy oczne podczas przebiegu powyższych cierpień. Skroniowe widzenie połowiczne występuje najczęściej, stosunek do zwykłego równoimiennego jak 9:1, tarcz zastoinowa i zapalenie n. wzrokowego 5%, zanik nerwu ocznego 20%, skotoma centralne rzadkie, porażenia mięśni 10%, nystagmus 6%. Następuje badanie anatomiczne nowotworów hypofyzy i stosunek tej zmiany do ogólnych objawów ustroju.

W dyskusji zabierają głos Axenfeld i Coppez.

16. Weeks (New-York). Leczenie surowicą i szczepionkami w okulistyce.

W. opisuje sposób przyrządzania i stosowania tuberkulin, surowicy Behringa, Deutschmanna i w. i. Tuberkulina T. O. oddaje dobre usługi w rozpoznawaniu gruźlicy, odczynom ocznym Calmette'a jest przeciwny. Surowicę dyfterytyczną zaleca stosować w okulistyce. Szczepionki gonokokków, bez znaczenia. Preparaty z łańcuszkowców, zdania podzielone.

17. Römer (Greifswald). Leczenie surowicą w okulistyce.

R. obserwował w ostatnich dwóch latach 40 przypadków wrzodów pełzających, leczonych surowicą. Należy wcześniej wstrzykiwać, częścią i w rogówkę w okolicy brzegu postępującego.

18. Leber (Berlin). Serodyagnostyka chorób ocznych.

Nowsze metody serodyagnostyki mają i dla okulisty wielkie znaczenie, zwłaszcza metoda Wassermanna.

19. Mijashita: Stosunki odpornościowe w przedniej komorze.

Autor stwierdził w płynie wodnym pewną ilość hemolitycznego amboceptoru, nie stwierdził natomiast wbrew Rōmerowi i Wessely'emu komplementu.

Dyskusya.

Jessop: zaleca tuberkulinę T. R., przeciwnik odczynu.

Axenfeld: zwraca uwagę, na drobną rolę, jaką rogówka odgrywa w odporności organizmu.

Wicherkie wicz nie ma zamiaru zabrać stanowiska krytyka leczenia surowicą owrzodzenia pełzającego. Cierpienie to zdarza się w Krakowie dość często zwłaszcza w porze letniej. Niestety przychodzą przypadki te późno do leczenia, może to właśnie jest powodem, że z wyjątkiem nielicznych przypadków, wynik leczenia surowicą jest bardzo nieznaczny. Natomiast wspomnieć musi o leczeniu pyoktaniną na podstawie liczego szeregu przypadków, przyczem wspomnieć należy, że zakropienie musi się odbyć w odpowiedni sposób, poczem należy stosować dyoninę. W. używał też często elektrałgolu do wstrzykiwań podspojówkowych, podskórnych ew. wśródżylnych z pomyślnym skutkiem. O jednym nie należy zapominać przy wrzodach pełzających, t. j. o leczeniu ropnego zapalenia woreczka łzowego. Często zdarzyło mu się spotkać to cierpienie tam, gdzie je przeoczano. Po odpowiednim leczeniu tego często podstępного cierpienia, leczenie owrzodzenia przebiega pomyślniej. Jeżeli grozi niebezpieczeństwo ze strony woreczka, a wydzielina ropna mimo leczenia nie ustępuje, W. przystępuje do wyłuszczenia woreczka.

Elschnig: odczyn Calmette'a zły, odczyn Wassermana, niepewny.

Schirmer nie widział wpływu dodatniego po wstrzykiwaniach surowicy Rōmera.

Morax sądzi, że należy owrzodzenia wprzód bakteriologicznie badać, bo nie zawsze są pneumokokki. W tem trudność dla lekarzy praktycznych w stosowaniu surowicy Rōmera.

Gradle wspomina o dobrym wyniku leczenia flikten szczepionką gronkowców.

Kuhnt ostrzega przed wstrzykiwaniem surowicy w rogówkę.

Bloch nie uważa odczynu Wassermana za swoisty.

II. posiedzenie popołudnin.

20. Gołowin (Odessa). *Sclerosis orbitae inflammatoria progressiva.*

Obraz chorobowy i *exophthalmus* spowodowany bujaniem

tkanki łącznej włóknistej. Operacją Kroenlenia nie napotkał żadnego ropienia w głębi oczodołu.

21. Onodi (Budapeszt). **Stosunek jam bocznych nosa do nerwu wzrokowego i innych ocznych.**

Na podstawie wyraźnych preparatów przedstawia O. wpływ budowy kości sitowej i klinowej na zaburzenia w sąsiedztwie.

22. Pannz (Budapeszt). **Dodatek do śluzowicy (mukocela jamy czołowej i jam sitowych).**

Spostrzegał kilka przypadków. Operował z dobrym wynikiem łącząc szerokim otworem zajęętą zatokę z jamą nosową.

Dyskusya :

Wicherkiewicz: miał dobre wyniki w kilku przypadkach spraw ropnych w jamach bocznych oczodołu po następujących zabiegach: Wyciągnięcie płynu strzykawką i wprowadzenie roztworu pyoktaniny (1—500). Badaniem bakteriologicznem stwierdzono w kilku przypadkach prątki grupy.

Pannz uważa aspirację płynu za niebezpieczną.

23. di Nola (Rzym). **Osteoma orbitae.**

(Dok. nast.).

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Mianowania: Dr Imre prof. w Koloswarze na miejsce prof. Hóra, powołanego do Budapesztu, Dr Standish mian. prof. oftalm. uniw. Harvard w Bostonie.

Prof. Dimmer podobno nie przyjął katedry we Wiedniu po Schnablu z powodu złych urządzeń klinicznych wiedeńskich.

Katedrę tę, przez zimowe półrocze, prowadzi zastępczo doc. Dr Lauter.

Habil. się dla oftalm.: Dr H. Lauber we Wiedniu, Dr Rob. Hesse w Gracu, Lenz we Wrocławiu, Borsello w Padwie, Neuschueler w Rzymie i Baslini w Medyolanie.

Odznaczenia: Prof. Grosz w Budapeszcie, jen. sekretarz XVI międzyn. kongresu lek. tamże, otrzymał tytuł Radcy dworu.

Dr Chaluppecky w Pradze i Dr Zimmermann w Zgorzelicach otrzymali tytuł profesora.