

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁA-
HANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF.
SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MA-
JEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA
SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNA-
BURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Kwiecień.
Maj.

— ROCZNIK DWUNASTY. —

1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego (*papillitis*).

Napisał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

A. Graefe wprowadził podział zapaleń n. wzrokowego na wstępujące i zstępujące (*neuritis optica ascendens et neuritis optica descendens*), przypuszczał on bowiem, że każde zapalenie nerwu wzrokowego albo postępuje od siatkówki do mózgu, albo od mózgu do siatkówki.

Podział ten nie dał się utrzymać, ponieważ w bardzo wielu wypadkach nie udaje się rozpoznanie, czy mamy do czynienia ze sprawą wstępującą czy zstępującą; a ponieważ najczęściej zapalenie nerwu wzrokowego daje się rozpoznać z wyglądu tarczy, więc zaczęto wszystkie wypadki zapalenia n. wzrokowego wyrażające się stanem zapalnym na tarczy oznaczać zapaleniem tarczy — *papillitis*.

W krótkim jednak czasie porzucone zostało i miano — *papillitis*, w wielu bowiem wypadkach oznaki zapalenia występujące na tarczy są tylko odczynem sprawy zapalnej poza gałkowej w nerwie wzrokowym; obecnie więc prawie ogólnie zarzucone zostało miano *papillitis*, używają zaś miana *neuritis*

optica, dodając dla odróżnienia różnych postaci tego zapalenia określniki *peri (neuritis)*, *axialis*, *retrobulbaris*, *disseminata*, *oedematosa*, *simplex*. A jednak miano *papillitis* należałoby zachować dla tych wypadków, w których zapalenie nerwu wzrokowego ściśle zostaje ograniczone do samej tylko tarczy nie zajmując ani ku przodowi siatkówkę, ani nerw wzrokowy poza gałką, jak to ma miejsce przy *neuritis retrobulbaris*.

Jakkolwiek niektórzy autorowie zaprzeczają istnieniu tak ściśle ograniczonego zapalenia n. wzrokowego (Leber), niemniej są dwa rodzaje zapalenia n. wzrokowego, zajmujące samą tylko tarczę, są to: *papillitis nervi optici convexa et papillitis nervi optici concava*.

Papillitis n. optici convexa, zwykle oznaczana mianem tarczy zastoinowej, występuje przy powiększeniu ciśnienia w czaszce; *papillitis n. optici concava*, inaczej wgłobienie tarczy n. wzrokowego (*excavatio papillae nervi optici*), występuje przy powiększeniu ciśnienia w gałce ocznej.

Nerw wzrokowy od wyjścia swego z gałki oka aż do wejścia do czaszkojamu *) okryty jest dwiema pochwami: zewnętrzną i wewnętrzną. Koniec przedni pochwy zewnętrznej przechodzi w utkanie twardówki gałkowej, koniec tylny przechodzi w oponę ponadomózną (*dura mater*).

Pod ściśłem utkaniem pochwy zewnętrznej leży cienka i wiotka warstwa włóknista, ciągnąca się tu od opony nadomózgnej (*arachnoidea*), pochwa bowiem zewnętrzna n. wzrokowego jest dwuwarstwowa. Jednowarstwowa pochwa wewnętrzna nerwu wzrokowego jest dalszym ciągiem opony omózgnej (*pia mater*).

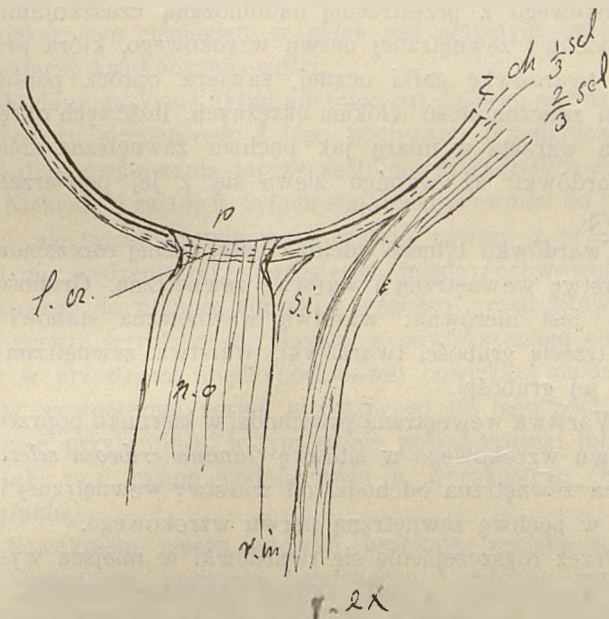
Pochwa wewnętrzna przylega ściśle do nerwu wzrokowego, pochwa zewnętrzna oddzielona jest od pochwy wewnętrznej przestrzenią międzypochwową (*spatium intervaginale*), która przechodzi w przestrzeń nadomózną czaszkojamu.

Niekiedy warstwa nadomózgna pochwy zewnętrznej oddziela się od jej warstwy ponadomózgnej — znajdujemy

*) Redakcja P. O. pozostawia p. autorom zupełną swobodę wyrazownictwa.

wówczas przestrzeń międzypochwową, podzieloną na dwie przestrzenie przez warstwę nadomózną pochwy zewnętrznej.

Liczne przerwy w utkaniu warstwy nadomóznej łączą te przestrzenie.



p — papilla n. optici;
n. o — n. opticus;
l. cr — lamina cribrosa;
r — retina;
ch — chorioideae;

$\frac{1}{3}$ *scl.* — $\frac{1}{3}$ część twardówki;
 $\frac{2}{3}$ *scl.* — $\frac{2}{3}$ części twardówki;
v. i — vagina interna;
v. ex — vagina externa;
s. i — spatium intervaginale.

Podział przestrzeni międzypochwowej występuje bardzo wyraźnie u zwierząt przeżuwających, u których warstwa nadomózna pochwy zewnętrznej leży bliżej do pochwy wewnętrznej niż do zewnętrznej.

Przez połączenie przestrzeni międzypochwowej nerwu wzrokowego z przestrzenią nadomózną czaszkojamu każde powiększenie cieczy mózgodzeniowej w czaszkojamie przenosi się do przestrzeni międzypochwowej n. wzrokowego. Przy wejściu do czaszkojamu w otworze wzrokowym czaszki (*infora-*

mine optico) nerw wzrokowy przylega do pochwy zewnętrznej, a wraz pochwą do górnej ściany tego otworu, ale od dołu i z boków pomiędzy nerwem wzrokowym i pochwą zewnętrzną pozostaje przestrzeń wolna łącząca przestrzeń międzypochwową n. wzrokowego z przestrzenią uadomózną czaszkojamu. Ta część pochwy zewnętrznej nerwu wzrokowego, która przechodzi w twardówkę gałki ocznej, zawiera oprócz podłużnych włókien znaczną ilość włókien okrężnych. Ilość tych okrężnych włókien wzrasta w miarę jak pochwa zewnętrzna zbliża się do twardówki, aż wkońcu zlewa się z jej powierzchnią warstwą.

Twardówka tylnego odcinka gałki ocznej rozczepiona jest na warstwę wewnętrzną i warstwę zewnętrzną. Grubość tych warstw jest nierówna: warstwa wewnętrzna stanowi tylko jedną trzecią grubości twardówki, warstwa zewnętrzna dwie trzecie jej grubości.

Warstwa wewnętrzna przechodzi w kierunku poprzecznym do nerwu wzrokowego w sitówkę (*lamina cribrosa sclerae*); — warstwa zewnętrzna odchodzi od warstwy wewnętrznej i przechodzi w pochwę zewnętrzną nerwu wzrokowego.

Przez rozszczepienie się twardówki w miejscu wystąpienia n. wzrokowego z gałki ocznej powstaje szczelina, która bezpośrednio przechodzi w przestrzeń międzypochwową nerwu wzrokowego. Warstwa wewnętrzna twardówki przechodzi po przez pochwę wewnętrzną nerwu wzrokowego w sitówkę; przytem włókna podłużne pochwy wewnętrznej odchodzi od niej i wstępują do twardówki; — w ten sposób na tylnej powierzchni odszczepionej warstwy wewnętrznej twardówki pochwa wewnętrzna nerwu wzrokowego zlewa się z pochwą zewnętrzną i zamyka od przodu przestrzeń międzypochwową.

Przez rozszczepienie twardówki na dwie warstwy, ściana gałki w okolicy tarczy n. wzrokowego utworzona jest z samej tylko warstwy wewnętrznej twardówki. Cienka ta warstwa podatna jest na ucisk śródgałkowy i rozciągliwa szczególnie w kierunku skroniowym, skóra bowiem mięśni średniowych przy patrzeniu z bliska coraz to bardziej oddziera warstwę

wewnętrzną od zewnętrznej; sama zaś warstwa wewnętrzna staje się coraz to cieńszą i coraz bardziej ku tyłowi wygarbioną. — Tak powstaje w tym miejscu garbiak tylny twardówki (*staphyloma posticum*).

Cienkość i rozciągliwość tylnego odcinka twardówki wraz ze zwiększonym ciśnieniem w gałce jest głównym czynnikiem postępującej królkoogniskowości.

Podany powyżej układ anatomiczny tylnego odcinka gałki oka i nerwu wzrokowego z jego pochwami ma doniosłe znaczenie dla powstawania tarczy zastoinowej (*papillitis convexa*).

Niekiedy i zastój w żyłach siatkówki prowadzi do obrzęku tarczy, ale tarcza zastoinowa powstaje zawsze z przenikania cieczy mózgodzeniowej z przestrzeni międzypochwowej nerwu wzrokowego do utkania siótki i leżącego przed siótką odcinka nerwu wzrokowego. Razem z powiększaniem się ilości cieczy w przestrzeni międzypochwowej powiększa się odległość pochwy wewnętrznej nerwu wzrokowego od jego pochwy zewnętrznej przyjmującej w tym stanie postać gruszki lub lejka. Stan taki nosi miano wodopochwia n. wzrokowego (*hydrops subvaginalis*).

Nasiąknięta cieczą siótkka brzęknie, zaciska przechodzące przez nią naczynia krwionośne i włókna wzrokowe i wstrzymuje potok cieczy chłonnej, płynącej od siatkówki do czaszkojamu przez przewód osiowy w nerwie wzrokowym. Wszystko to razem spowoduje olbrzymi obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Przy obrzęku tarczy żyły wewnątrz gałki ocznej są przepełnione, a tętnice próżne; przeciwnie poza gałką w nerwie wzrokowym: tu żyły są próżne, a tętnice przepełnione.

Pochodzi to stąd, że krew tętnicza z trudnością przenika przez obrzękłą tarczę do wnętrza gałki, a krew żylna z gałki do nerwu poza gałką. Bywa tak jednak tylko wtedy, gdy obrzękła tarcza jest już nieprzenikliwa dla potoku krwi tętnicznej do gałki, a żylniej z gałki.

Jeżeli jednak obrzęku tarczy jeszcze nie ma, a ciśnienie w czaszce zostaje znacznie wzmożone w porównaniu z ciśnieniem w gałce oka, to krew tętnicza z łatwością wstępuje do

wnętrza gałki, ale krew żylna z trudnością do czaszkojamu i tylko podczas rozkurczu serca. Tak powstaje tętno żylnie, czyli tętno jednoczesne z rozkurczem serca.

Jeżeli ciśnienie w gałce jest większe od ciśnienia w czaszce, ale nie tak wielkie, żeby aż zaciskało naczynia w miejscu ich przejścia przez tarczę, krew tętnicza z trudnością będzie wstępowała do wnętrza gałki, a w wypadkach większej różnicy pomiędzy ciśnieniem w gałce i czaszce, tylko podczas skurczu serca, sprowadzając tętnienie w tętnicach siatkówki. Przeciwnie, krew żylna z łatwością będzie się wlewała do czaszkojamu, jako do przestrzeni znajdującej się pod mniejszym ciśnieniem; więc i żyły tu nie będą rozszerzone kręte, krew żylna będzie świątłą i barwą mało się różniąca od krwi w tętnicach.

Stan taki trwać będzie tak długo jak długo różnica pomiędzy ciśnieniem w czaszce i ciśnieniem w gałce nie przestąpi pewnych granic; wówczas bowiem występuje zastój żylny i obrzęk tarczy.

Różnica pomiędzy obrzękiem tarczy przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w czaszce a obrzękiem tarczy przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w gałce, wyraża się w położeniu sitówki (*lamina cribrosa*); mianowicie w cofaniu się jej w drugim wypadku i posuwaniu się naprzód w pierwszym. Wraz z sitówką i sama tarcz wypukła się przy nadmiernem ciśnieniu w czaszce i zagłębia się przy nadmiernem ciśnieniu w gałce.



W sprawie wykazów statystycznych o czynności zakładów okulistycznych w Polsce.

Dwanaście lat mija, odkąd jedyne polskie czasopismo okulistyczne, wydawane staraniem Profesora Wicherkiewicza, zebrało w swych łamach wiele porozrzucanych dotychczas po ogólnych czasopismach lekarskich prac okulistycznych i w ten sposób uprzyściplniło okulistom polskim wiadomości o rozwoju polskiego piśmiennictwa okulistycznego.

Nie ulega wątpliwości, że pismo to mogłoby dać obraz zupełny czynności naukowej i lekarskiej na polu okulistyki w Polsce, gdyby je popierali i podtrzymywali bez wyjątku wszyscy okuliści polscy. »Postęp okulistyczny« usiłował stworzyć pewien obraz pracy naukowej polskiej, natomiast o czynności i przydatności naszych klinik i zakładów ocznych z »Postępu« niczego się nie dowiadujemy. Zajmującą byłoby jednakże rzeczą, gdybyśmy z polskiego czasopisma okulistycznego mogli się dowiedzieć o czynności praktycznej i przydatności publicznej i leczniczej licznych w Polsce zakładów okulistycznych przez stałe, okresowo się powtarzające sprawozdania. Mamy pismo okulistyczne, a nie wiemy, co się dzieje w pierwszorzędnym polskim zakładzie okulistycznym, jak np. w zakładzie im. ks. Lubomirskiego w Warszawie, lub w zakładzie okulistycznym w Wilnie, w którym Polacy od długiego szeregu lat są tak chlubnie czynni. Także i w Galicyi mamy obok dwóch klinik uniwersyteckich dwa wielkie oddziały oczne, osobny oddział oczny w Rzeszowie, wiemy, że w szpitalach w Stanisławowie, Przemyślu i Kołomyi są czynni dzielni okuliści. Niewątpliwie zaś każdy okulista polski pragnąłby się corocznie dowiedzieć, jaką jest czynność zakładów okulistycznych w Warszawie, Poznaniu*), jaką czynność okulistyczna szpitali na prowincyi i oddziałów ruchomych w Królestwie Polskiem, jaką wreszcie jest czynność władzy sanitarnej galicyjskiej.

Byłoby tedy wskazane, aby »Postęp okulistyczny« zorganizował statystyczne wykazy roczne, któreby dały obraz czynności lekarskiej okulistycznej. Byłyby one zarazem zachętą do energiczniejszej systematycznej pracy leczniczej i naukowej, ponadto przyczyniłyby się mogły także do rozwoju geografii okulistycznej.

Myśl, którą obecnie poruszam, bynajmniej nie jest nową. Jeszcze przed powstaniem »Postępu okulistycznego« umieszczała »Gazeta lekarska« w latach: 1872, 73, 74, 75 i t. d. obszernie »sprawozdania lekarskie z Instytutu oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego«, opracowane przez Dr Narkiewicza-Jodko, a także drukiem ogłaszane sprawozdania ze szpitali powszechnych w Galicyi zawierały wyczerpujące wykazy z działalności oddziałów ocznych. Wydane osobno przez Prof. Macheka sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie zawiera wykazy statystyczne za czas od r. 1892—1898. Również jeszcze przed okazaniem się »Postępu okulistycznego« w wydanych z powodu otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie »Wiadomościach z kliniki okulistycznej« umieszcza

*) Od roku 1877 ogłaszałem corocznie lub co dwa lata aż do r. 1892 sprawozdania z mego zakładu okulistycznego w Poznaniu, streszczane w Nagels Jahresbericht.

Prof. Wicherkiewicz wykaz statystyczny za rok 1896 i 1897. Pojawianie się jednakże dalszych wykazów statystycznych zapoczątkowane w »Wiadomościach« nie weszło w życie w wydawanym od roku następnego »Postępie okulistycznym«. Dopiero w r. 1904 przesyła Dr Łuniewski sprawozdanie z ruchu chorych na oczy leczonych w r. 1903 w szpitalu kołomyjskim.

Wspólną cechą wszystkich dotychczasowych sprawozdań była ich rozwlekłość. Redakcja »Postępu okulistycznego« zwraca się też w przypisku do artykułu Łuniewskiego »do przyszłych sprawozdawców z działalności stacji okulistycznych, aby zechcieli ujmować swe sprawozdania dla P. O. w jak najkrótszą formę, unikając o ile możliwości tablic statystycznych, pociągających znaczniejsze koszta, a często mało budzących zajęcie«.

Tablicom jednak statystycznym wartości odmówić nie można, stanowią one bowiem najkrótszy sposób, w jaki rzecz jakąś można przedstawić, a pozatem mają tę dogodność, że ujęte w pewne formy mogą się stale powtarzać co roku. Zbyteczne natomiast w rzeczywistości jest opisywanie co roku sposobów operacji zaćmy, stosowanych w danym zakładzie lub opowiadanie o mniejszych zabiegach leczniczych lub stosowanych środkach lekarskich, co zresztą jest rzeczą osobnych artykułów naukowych.

Przeprowadzenie pewnej systematyczności i jednolitości takich wykazów statystycznych, ułożenie szematów, odpowiadających właściwościom i potrzebom naszym, byłoby może rzeczą przyszłego zjazdu okulistycznego.

Narazie może najbardziej nadawałaby się forma wykazów, przyjęta w corocznie pojawiającem się dziele p. t. »Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophtalmologie« (Nagel), w którym mamy wykazy czynności klinik i większych zakładów Rzeszy niemieckiej oraz także wielu zakładów nie niemieckich, pomiędzy którymi od lat 20 są wykazy z zakładów, które prowadzi Prof. Machek. Zajmującym i pouczającym byłoby zebranie według tego wzoru wykazów statystycznych ze wszystkich polskich zakładów okulistycznych i zestawienie porównawcze wydajności ich czynności leczniczej.

Zapewne, że nie odrazu możnaby wykazy takie przeprowadzić w sposób zadowalający, lecz prawdopodobnie z każdym rokiem byłyby wykazy liczniejsze i dokładniejsze.

Narazie więc dla zapoczątkowania tej działalności ogłaszam za porozumieniem się z Prof. Machekiem daty statystyczne za rok 1908 i 1909 z kliniki okulistycznej i oddziału ocznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie, według wzoru, przyjętego we wspomnianych wyżej sprawozdaniach rocznych Nagla.

I. Ruch chorych.

	Zakład			
	Klinika okulist. Uniwers. lwow.		Oddział oczny szpitala powsz.	
	(Prof. Dr Machek)			
	Rok			
	1907/8	1908/9	1908	1909
Ogólna ilość chorych. . .	6787	7375	1547	1407
Ilość stale leczonych. . .	569	530	1321	1407
Ilość dni leczenia.	10322	10743	24527	26311
Średnio dni	18.1	20.2	18.6	19.0

II. Ruch chorych według miesięcy.

	Klinika oczna				Oddział oczny	
	1907/8		1908/9		Rok	
	ambul.	stale	ambul.	stale	1908	1909
Styczeń	414	63	500	46	121	147
Luty	491	57	439	53	93	81
Marzec	620	64	569	54	111	108
Kwiecień.	498	49	556	57	72	124
Maj	1056	86	1061	65	205	129
Czerwiec.	739	70	737	73	123	163
Lipiec.	552	21	488	26	129	130
Sierpień	417	—	507	—	93	127
Wrzesień	452	—	432	—	109	128
Październik	628	59	628	59	82	102
Listopad	510	54	509	51	103	87
Grudzień.	410	47	419	46	80	81
Razem	6787	569	6845	530	1321	1407

III. Operacje.

	Klinika oczna		Oddział oczny	
	1907/8 r.	1908/9 r.	1908 r.	1909 r.
Ogólna ilość operacji wykonanych na soczewce	—	346	—	10
Wydobycie zaćmy	200	—	14	—
Wydobycie zaćmy z irydektomią	161	—	12	—
» » bez irydektomii	17	—	2	—
Wydobycie zwichniętej soczewki	3	—	—	—
Wydobycie zaćm powikłanych	19	—	—	—
Szluczne dojrzenie (częścią irydektomia z masowaniem, częścią przecięcie soczewki)	120	—	—	—
Przecięcie zaćmy wtórzędnej	26	—	1	—
Ogólna ilość operacji wykonanych na tęczówce	107	157	—	24
» » irydektomii	67	—	—	11
Irydektomia z powodu jaskry	—	—	13	—
Irydotomia	—	—	—	—
Cyklodyaliza	—	—	—	—
Sklerotomia	4	—	—	—
Operacje narządu łzowego	—	5	—	—
» na powiekach	—	2	—	—
» » spojówce	—	92	—	—
» » rogówce	—	17	—	—
» » mięśniach	—	55	—	—
» » mięśniach	—	16	—	—
Wyłuszczenie gałki	—	18	—	—
Wydobycie ciał obcych z gałki	—	7	—	—
Wyaproszenie oczodołu	—	5	—	—
Ogólna ilość większych operacji	720	763	178	121

II. STRESZCZENIA.

Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie Nr 27. (Ref. K. W. Majewski).

Sposób działania sklerektomii prostej i wskazania do tej operacji. (Mode d'action et indications de la sclérectomie simple). M. Bettremieux (Roubaix).

W przeciwieństwie do Lagrange'a, który za jedyny środek zdolny powstrzymać postępy jaskry uważa operacyjne wytworzenie twardówkowej blizny przesączającej i w tym celu poleca swoją irydosklerektomię, — Bettremieux broni zapatrywania, że do trwałego obniżenia napięcia wśródocznego wystarcza zupełne ścięcie na pewnej przestrzeni powierzchniowej warstwy twardówki w okolicy przewodu Schlemma i przykrycie tego ubytku spojówką gałki wraz z tkanką podspojówkową. Na tem też polega podana przez niego już przed dwoma laty *sclerectomia simplex*. Niema tu zatem tej fistulizacji, którą Lagrange uważa za *conditio sine qua non*, ale niema też obawy wypadnięcia tęczówki, zabieg nie grozi żadnem niebezpieczeństwem, w razie potrzeby może być powtórzonem w innym miejscu twardówki przyrogówkowej, a nadewszystko zaleca się z tego powodu, że jest skuteczny. Świadczą przynajmniej o tem przypadki operowane przez B. i następnie przez czas dłuższy kontrolowane, w których uzyskana poprawa wzroku utrzymuje się bez zmian i objawy jaskry nie powracają, mimo, że się nie zapuszcza ani ezeryny, ani pilokarpiny. Jeden z takich przypadków został przedstawiony przez B. na posiedzeniu towarzystwa w listopadzie r. z. Autor jest zdania, że istota jaskry, w szczególności jaskry niezapalnej prostej, polega przedewszystkiem na utrudnionym odpływie żylnym. O przeciążeniu dróg odpływowych świadczy tak często spostrzegane w jaskrze rozdęcie przednich żył rzęskowych. Otóż sklerektomia wykonana w wyżej opisany sposób otwiera koryta żyłne, przebiegające w średnich warstwach twardówki, przez co powstaje nawet przy operacji dość znaczny nieraz krwotok. Gdy następnie ubytek zostanie przykryty spojówką gałkową, przecięte naczynia żyłne głębokie, wytwarzają anastomozy z przeciętymi żyłami spojówki i w ten sposób wytwarzają się nowe drogi odpływowe i poprawia się krążenie wśródgałkowe. Na tej drodze sklerektomia usuwa główną przyczynę podniesienia ucisku wśródocznego i w ten sposób tłumaczy Bettremieux jej skuteczność w jaskrze.

Wpływ na poprawę krążenia czyni sklerektomię zabiegiem, po którym można się spodziewać dobrych skutków nie tylko w jaskrze, ale i w zgoła odmiennych stanach patologicznych oka. I tak wykonuje ją B. w przypadkach oderwania siatkówki. Z ośmiu operowanych przypadków w sześciu siatkówka po sklerektomi przylgnęła, w jednym operacja sprowadziła zmniejszenie oderwania i poprawę wzroku, a w jednym pozostała bez wpływu.

Ślepotą lewego oka w następstwie lekkiego stłuczenia lewej kości ciemieniowej. (Amaurose de l'oeil gauche survenue à la suite d'une contusion légère du pariétal gauche). Rutten (Leodyum).

Pewien młody górnik, pracujący w kopalni węgla, doznał urazu w głowę w okolicy lewej kości ciemieniowej i chwilowego zamroczenia, po którym jednak przyszedł prędko do siebie i nie przypisując urazowi większego znaczenia, pracował dalej w kopalni do wieczora. W domu dopiero zaczął mu dokuczać ból głowy, a nazajutrz zauważył, że lewym okiem nie widzi. Lekarze towarzystwa eksploatacyjnego uważali go za symulanta, zwłaszcza, że doznanego urazu nie mógł udowodnić z powodu braku naocznych świadków wypadku i braku jakichkolwiek zmian na skórze głowy. Uważali go za symulanta, a co najmniej ślepoty lewego oka nie uważali za następstwo wypadku przy pracy. Chory zgłosił się do autora, który stwierdził brak bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło, przy zachowanym odruchu współczulnym i na razie brak zmian wziernikowych. Po dwóch tygodniach jednak wystąpiły na tarczy wyraźne znamiona zaniku nerwu wzrokowego. Nie ulega wątpliwości, że w tym przypadku chodzi o uszkodzenie nerwu wzrokowego wskutek złamania podstawy czaszki.

Zranienie oka odpryskiem stali długim na 18 milimetrów. Wyleczenie. (Blessure de l'oeil gauche par corps métallique intraoculaire de 18 millimètres. Guérison). Rutten (Leodyum).

Igiełkowaty odprysk stali długości 18 mm przebił sam środek rogówki, zranił brzeg tęczówki, przeszedł na wskrós przez soczewkę i ugrzązł w ciele szklistem. Ponieważ długość odprysku przekraczała o trzy milimetry odległość soczewki od siatkówki, trzeba więc przypuścić, że tkwiąc końcami i w soczewce i w siatkówce, tworzy on rodzaj metalicznego mostka rozpiętego w ciele szklistem. Autor wydobył to ciało obce wyprowadziwszy je przez kanał w soczewce i przez ranę w rogówce zapomocą elektromagnesu Hirschberga. Pęczniejąca zaćma uległa samoistnemu wessaniu.

Drżenie gałek ocznych wywołane urazem. (Névrose nystagmique provoquée par un traumatisme). Rutten.

Nawiązując do przypadku drżenia gałek ocznych, które wystąpiło u górnika, bezpośrednio po doznanym urazie w głowę, zestawia autor wszelkie dane, aby udowodnić, że tak często zdarzający się *nystagmus fossorum*, jest tylko jednym z objawów ogólnej nerwicy, która rozwija się u nich pod wpływem niekorzystnych warunków zdrowotnych panujących w kopalniach, zwłaszcza w kopalniach węgla. Na powstanie takiej nerwicy składają się: brak światła, podwyższona temperatura (24—30° C) w głębokich galeryach i częstokroć panująca tam wilgoć, zepsuta atmosfera kopalni, powietrze zanieczyszczone nie tylko bezwodnikiem węglowym, ale i innymi derywatami węgla kamiennego, jak: amylen, tolnylen, anilina, benzyna, fenol etc. Oprócz wyczerpania fizycznego i znacznej nieraz niedokrewności, warunki powyższe stwarzają stan takiego nadwątlenia systemu nerwowego, że bez przesady można mówić o szczególnej postaci zawodowej nerwicy górników. Na tle tej nerwicy, między innymi objawami, występuje skutek nadmiernego i stałego wyczerpania mięśni unoszących gałki oczne ku górze, przy pracy w pozycji leżącej, drżenie gałek ocznych jako objaw znużeniowy, jako kloniczny skurcz zawodowy, coś w rodzaju np. skurczu pisarskiego. Do wystąpienia takiego objawu może przyczynić się także i uraz doznany, który odgrywa wtedy rolę bodźca bezpośredniego.

Jednostronny trzeszcz gałki ocznej lewej. (Exophtalmie unilatérale gauche). Rutten.

Wybitny przypadek choroby Basedowa u 36-letniej kobiety z tak znacznym trzeszczem gałki ocznej lewej, że autor podejrzewał istnienie guza oczodołowego. Chora umarła, a badanie pośmiertne wykazało istotnie bardzo znaczne zgrubienie górnej, kostnej ściany oczodołu, zgrubienie, którego natury niestety bliżej nie określono.

Przybłoniak powiek wyleczony zapomocą formolu. (Cancroïde des paupières guéri par les applications de formol). Cusner (Bruksela).

Autor uzyskał zupełne zabliźnienie rakowego owrzodzenia powiek w kąciку wewnętrznym, przechodzącego też na mięsko łzowe zapomocą przyżegań rozczyntem formolu. Zaczynał od rozczyntów 5% i stopniując ich stężenie doszedł wreszcie do czystego formolu. Do zagojenia owrzodzeń potrzeba było 46 przyżegań. Przypadek jednak jest świeży, czy nie będzie nawrotu, przyszłość dopiero okaże.

Tablice do badania wzroku, przyjęte na zjeździe okulistów w Neapolu. (Présentation des échelles d'acuité adoptées au Congrès de Naples). Coppez (Bruksela).

Autor przedstawia tablice do badania bystrości wzroku w celu międzynarodowego ujednostajnienia mierzenia i zapisywania wyników badania wzroku, co ma ułatwić porównywanie dat kazuistycznych lub statystycznych, pochodzących z różnych klinik i od różnych autorów. Tablice te, obmyślane i ułożone przez Hessa, przyjął kongres na wniosek komisji międzynarodowej, w skład której wchodzili: Charpentier, Dimmer, Epéron, Jessop, Nuel, Reymond i Hess. Nadto uchwalił kongres ujednostajnić zapisywanie położenia głównych południków astygmatyzmu, a tem samem osi szkieł walcowatych, dzieląc górne półkole oprawy okularów na 180 stopni łukowych w ten sposób, że 0° umieszczone jest dla obydwóch oczu po stronie nosa, 90° na górnym końcu średnicy pionowej, a 180° od strony skroni w średnicy poziomej.

Dwa przypadki hydrorrhea nasalis. (Deux cas d'hydrorrhée nasale). Coppez.

Autor przypomina dwa przypadki *hydrorrhea nasalis*, przedstawione w zeszłym roku belgijskiemu Towarzystwu oftalmologicznemu. Jeden przypadek odnosił się do kobiety, której stan do tej pory nie uległ żadnej zmianie. W drugim przypadku chodziło o młodego człowieka, który zniecierpliwiony nieustannym wypływem cieczy surowiczej z nosa, udał się do jednego z poważnych rynologów i ten, stwierdziwszy w zatoce klinowej obecność nieprawidłowych wybujałości, wykonał jak najostrożniej wyskrobanie ostrą łyżeczką wnętrza tej zatoki. Badanie mikroskopowe wydobytych cząstek wykazało tkankę śluzakowatą, a brak jakichkolwiek składników przysadki mózgowej. Wyciekanie płynu mózgowo-rdzeniowego po wyskrobaniu ustało zupełnie, ale już po kilku godzinach chory popadł w śpiączkę, z której się więcej nie obudził. Śmierć nastąpiła po 24 godzinach. Niestety sekcji nie było. Brak również badania okulistycznego z ostatniego okresu życia nie pozwala na rozwiązanie zagadki, czy i o ile sprawa chorobowa zajmowała przysadkę mózgową lub jej otoczenie.

O zapisywaniu krzywych drżenia gałek ocznych. (La nystagmographie). Coppez.

Wiadomo, że *nystagmus* może być nie tylko następstwem pewnych zmian w oczach, ale może być także wywołany przez pewne zaburzenia w błędniku. Taki *nystagmus vestibularis*, różni się znacznie od drżenia wrodzonego, pozostającego w związku z wrodzo-

nem, lub we wczesnem dzieciństwie nabytem niedowidzeniem. Różnicę tę poznano dopiero w najnowszych czasach, gdy dzięki zastosowaniu przyrządów zapisujących poszczególne drgania oczu, t. zw. nystagmografów, możemy bliżej analizować i porównywać między sobą różne typy krzywych nystagmograficznych. Autor opisuje przyrząd Buys'a, który za pośrednictwem małej pelotki, przyślawionej do gałki ocznej rejestruje na okopconym walcu wirującym w postaci linii krzywej najłżejsze drgania badanego w ten sposób oka. Ogólnie dają się rozróżnić dwa typy drżenia oczu: drżenie wahadłowe, gdzie ramię wstępujące i ramię zstępujące poszczególnej fali drgania okazują prawie dokładną symetrię i drżenie skaczące (*nystagmus à ressort*), przy którym ramię wstępujące podnosi się nagle i stromo, ramię zaś zstępujące opada zwolna i łagodnie. Według badań Bielschowsky'ego zestawionych w najnowszym podręczniku Axenfelda *nystagmus* błędnikowy należy do tego ostatniego typu. Drżenie zaś wrodzone gałek a także nabyte, jak np. *nystagmus fossorum*, ma być z reguły typu wahadłowego (*n. oscillatorius*). Autor występuje przeciw temu ostatniemu typowi i wykazuje na całym szeregu zdjęć nystagmograficznych, że i w tych przypadkach, drżenie wykazuje bardzo często typ skaczący. W szczególności odnosi się to do drżenia gałek u górników. Te na pozór rozbieżne wyniki badań dają się pogodzić o tyle, że Benoît, Stassen, Sébilleau i inni wykazali zależność drżenia gałek ocznych u górników od zmian w labiryncie. Zaburzenia są następstwem szybkiej zmiany ciśnienia barometrycznego, wynoszącej 43—44 mm rtęci na dnie głębokich szybów, w głębokości przekraczającej 600 metrów. Przy szybkim spuszczeniu się lub wyjeżdżaniu windą, błona bębenkowa nie ma czasu przystosować się do tych zmian w ciśnieniu, które wywołują ostatecznie także zadrażnienie błędnika. Oprócz innych objawów tego zadrażnienia występuje często także typowy *nystagmus vestibularis*. Jako leczenie zalecają zazwyczaj w tych wypadkach uwolnienie robotnika od pracy w kopalni i zajęcie go jakakolwiek pracą na powierzchni. Zdaniem autora, to nie wystarcza, potrzebny jest dłuższy zupełny wypoczynek.

Śródbłonek czy przybłonek? (Endothèle ou épithèle?)

Van Duyse (Gandawa).

Autor usunął sposobem Krönleina nowotwór umieszczony w głębi oczodołu. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: mięsak pochodzenia prawdopodobnie śródbłonkowego. Badanie zaś histologiczne wyjątego guza skłoniło autora do określenia jako *chondro-myxoperithelioma*. W obecnym artykule omawia Van Duyse szczegó-

łowo technikę barwienia i wnioski, jakie z uzyskanych preparatów możnaby wysnuć co do anatomicznego pochodzenia tego rodzaju pozagałkowych nowotworów. Przytacza on zdania różnych autorów, z których jedni przypuszczają możliwość tylko śródbłoniaków (Lagrange) z wyjątkiem dermoidów, z natury swej pochodzenia przybłonkowego, inni zaś (Malassez) dowodzą istnienia przybłoniaków powstających w głębi oczodołu, podobnie jak powstawać też mogą wśród tkanki gruczołów ślinowych. Van Duyse skłania się do tego ostatniego zapatrywania i przypuszcza w wyżej wspomnianym przypadku również nie śródbłonkowe, lecz przybłonkowe pochodzenie tkanki nowotworowej.

Przypadek szybkiego oślepięcia po silnym urazie oczodołowym. (Un cas d'amaurose précoce de l'oeil gauche par trauma violent de l'orbite). Marbaix (Tournai).

Wskutek uderzenia końcem parasola w okolicę powieki dolnej wystąpiła bezpośrednio zupełna utrata poczucia światła ze zniesieniem odruchu źrenicy, która oddziaływała tylko współczulnie. Dno oka. a w szczególności tarcz nerwu wzrokowego nie okazywała na razie żadnej zmiany. Już po czterech dniach zaczęła jednak tarcz blednąć, a dnia dziesiątego zanik jej był zupełny. Badanie zglębniakiem rany powieki dolnej wykazało, że nie sięgała ona głęboko. Sam krwotok pozagałkowy, o którym świadczył mierny trzeszcz gałki w pierwszym dniu po wypadku, możeby przez ucisk nie zdołał do tego stopnia, przynajmniej w tak krótkim czasie, nerwu wzrokowego uszkodzić. Trzeba więc przypuścić poprostu zmiążdżenie tego nerwu przygniecionego chwilowo okutym końcem parasola do kostnej ściany oczodołu. Możliwość również myśleć o pęknięciu podstawy czaszki w okolicy *canalis opticus*, natomiast krwotok do pochewek nerwu wzrokowego, wobec braku wzziernikowych objawów zastoju, należy wykluczyć.

Skazy ogólne a stożek rogówkowy. (Etats dyscrasiques et kératocône). M. Wibo (Bruksela).

O ile symptomatologia rogówki stożkowatej jest nam dobrze znaną, o tyle nic prawie nie wiemy o właściwej przyczynie powstania tej zmiany. Znane doświadczenie Elschniga, który wywoływał u królików sztucznie *keratokonus* przez rozdarcie od wewnątrz błony Descemeta zapomocą zakrzywionej igielki, przemawia poniekąd za przypuszczeniem, że i u człowieka pierwotną zmianą jest jakieś uszkodzenie, a raczej samoistne schorzenie tej błony. Jeśli tak jest, to należałoby się zastanowić, co wywołuje to schorzenie i jakiego jest ono rodzaju, czy mamy tu do czynienia

z czysto miejscowym stanem zapalnym, czy może, jak przypuszcza Rampoldi, z pewnem upośledzeniem odżywienia głębokich warstw rogówki w związku z ogólnymi zaburzeniami przemiany materii. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiają dwa spostrzeżenia, które w powyższym artykule opisuje Wibó. W obu przypadkach miał on sposobność spostrzegać pierwsze zaczątki tworzenia się stożka rogówkowego u osób, z których jedna okazywała objawy przypominające chorobę Basedowa, a w każdym razie objawy wzmożenia czynności gruczołu tarczycowego (hypertyreoidyzacya) u drugiej zaś wybitny obraz obrzęku śluzakowego, zwłaszcza na twarzy i kończynach świadczył o osłabieniu czynności tego gruczołu (hypotyreoidyzacya). W obu przypadkach udało się autorowi powstrzymać rozwój stożka rogówkowego, w pierwszym przez zastosowanie surowicy Moebiusa, w drugim przez podawanie tyreoidyny. Dodać trzeba, że tu i tam jedno oko okazywało wybitny i rozwinięty już zupełnie *keratokonus* i że na stan tych rogówek zupełnie już zmienionych leczenie ogólne nie wywarło żadnego wpływu. Chodziło tylko u obojga chorych o ocalenie rogówki drugiego oka, na którem stożkowatość zaczynała się wytwarzać. Autor nie twierdzi wcale, że wyłącznie tylko zaburzenia czynności gruczołu tarczycowego mogą powodować schorzenie błony Descemeta i sprowadzać w następstwie stożek rogówkowy, lecz, że w każdym przypadku *keratokonus* należy szukać przyczyny ogólnej i w razie istnienia jakiegokolwiek skazy ustrojowej, takową w leczeniu uwzględnić, a może nieraz nam się powiedzie rozwój stożka stłumić w samym zarodku. Za przyczyną ogólną przemawia i ta okoliczność, że w największej liczbie przypadków stożek rogówkowy występuje obustronnie.

Utrata wzroku jednego oka, wskutek silnego utarcia nosa. (Perte d'un oeil par un effort brusque fait pour se moucher). Tacke (Bruksela).

U młodego człowieka, ogólnie zupełnie zdrowego, który nie przebywał ani kiły, ani żadnej innej ogólnej choroby zakaźnej, wystąpiła bezpośrednio po silnem utarciu nosa zupełna ślepotą prawego oka. Źrenica tego oka miernie rozszerzona, oddziaływa na światło tylko współczulnie. Badanie wziernikiem wykazuje małą plamkę krwotoczną na tarczy nerwu wzrokowego, a pozatem obraz, przypominający nieco embolię tętnicy środkowej siatkówki. Po przystawieniu pijawek na skroń i zastosowaniu środków przeczyszczających poczucie światła nazajutrz wróciło, a potem powoli, przy wewnętrznem używaniu jodu, podniósł się wzrok do $\frac{1}{10}$. Pole widzenia okazywało z góry obwodowe zwężenie, a w środku *scot-*

toma absolutum, które jednak z biegiem czasu znikło zupełnie. Autor przypuszcza, że w tym wypadku, pod wpływem nagle wzmożonego parcia pękła cienka jak papier ścianka kostna, która oddziela zatokę klinową od *canalis opticus*, w którym przebiega nerw wzrokowy. Stąd powstał krwotok kapilarny wśród włókien nerwu i zrazu przerwał zupełnie przewodnictwo wrażeń wzrokowych. W miarę postępującego wessania krwi znaczna część włókien nerwowych odzyskała zdolność czynnościową.

Oczne przerzuty rzeżączkowe i próba leczenia ich surowicą przeciwonokokową. (*Métastases oculaires blennorrhagiques. Essai de traitement par le vaccin antigonococcique*). Rubrecht (Bruges).

W przypadku rzeżączki uogólnionej z zajęciem licznych stawów, gorączką, a nawet z objawami ogólnej septycemii, przyszło również do przerzutowego zapalenia spojówek. Po zupełnem ustąpieniu wydzieliny ropnej i innych objawów zapalnych ze strony spojówek, potworzyły się najpierw na jednym, potem na drugim oku liczne przybrzeżne, wieńcem ułożone nacieki w rogówce, bez owrzodzenia. Gdy ze względu na groźny stan ogólny zastosowano podskórnie surowicę przeciwonokokową, nacieki rogówkowe, które dotąd mnożyły się i powiększały, zaczęły szybko goić się i znikać. Po trzecim zastrzyknięciu obie rogówki oczyściły się zupełnie. Na stan ogólny leczenie to wywarło również wpływ decydujący. Chory przestał gorączkować, a powikłania ze strony stawów ustąpiły w stosunkowo krótkim czasie.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1909. Nr 38, 39, 44, 45 i 46. R. 1910. Nr 1, 3, 4, 6, 7 i 9. (Ref. Dr W. Reis).

O wrodzonym obustronnym braku gałek ocznych. (*Über kongenitalen doppelseitigen Anophthalmus*). Durlacher.

Przypadek kazuistyczny wraz z omówieniem dotyczącego piśmiennictwa.

O „ciałach jagliczych“. (*Ueber die »Trachomkörperchen«*). Heymann.

Na podstawie badania 119 przypadków rozmaitych postaci nieżyłtów spojówkowych (wśród których było 10 przypadków jaglicy świeżej, 20 jaglicy już leczonej, w okresie zbliżowacenia, a 8 przypadków śluzoropotoku wywołanego dwóinkami wiewiórowemi)

doszedł H. do następujących wniosków: Opisane przez Greeffa postaci podwójnych ziarenek, wolno leżących poza obrębem komórek, spotyka się bardzo często przy różnych nieżytych spojówkowych i nie posiadają one żadnej znamiennej cechy dla jaglicy. Ciałka zaś Prowazka spotyka się daleko rzadziej, a z 9 przypadków, w których obecność ich stwierdzono, tylko pięć przypadków było świeżej jaglicy, a 4 przypadki śluzoropotoku noworodków. Między ciałkami jagliczemi, stwierdzonemi w obu tych postaciach nieżytych spojówek, nie można było odnaleźć żadnej różnicy, tak że wobec tego faktu nie można mówić o swoistości ciałek jagliczych dla sprawy chorobowej przy jaglicy.

Przypadek zbiorowego sztucznego rozszerzenia źrenicy w jednej rodzinie. (Ein Fall von gehäufter künstlicher Mydriasis in einer Familie). Asher.

Patologia i leczenie zapalenia współczulnego. (Die Pathologie und Therapie der sympathischen Ophthalmie). Horstmann.
Wykład kliniczny.

Serodyagnostyka kiły w okulistyce wraz z uwagami o stosunku gruźlicy do kiły przy chorobach ocznych. (Die Serodiagnose der Syphilis in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Tuberkulose zur Syphilis bei Augenleiden).

Autor stosował próbę Wassermann'a przy rozmaitych schorzeniach oka i doszedł do następujących wniosków:

1. W znacznej ilości przypadków wątpliwych oddaje serodyagnostyka znamienne usługi; nietylko dodatni lecz także ujemny wynik odczynu może czasami mieć swoje znaczenie.

2. Przy kile dziedzicznej jest odsetka dodatniego odczynu bardzo niską w tych przypadkach, w których nigdy lub też od dawnego czasu nie przyszło do ostrych objawów w przebiegu choroby.

3. Przy schorzeniach oka na tle dziedzicznej kiły może się rozwinąć gruźlica wewnętrznych części gałki ocznej.

4. W przypadkach, w których kiła i gruźlica stanowią równoczesne tło dla cierpienia ocznego, jest wskazaniem połączone leczenie obu chorób podstawowych.

O stosunkach ilościowych przechodzenia niweczników do rogowki przy uodpornieniu biernem, przyczynek do seroterapii w okulistyce. (Ueber die quantitativen Verhältnisse des Antikörper-Uebertritts in die Cornea bei der passiven Immunisierung, ein Beitrag zur Serumtherapie in der Augenheilkunde). Römer.

R. stara się w dalszym ciągu uzasadnić postępowanie lecznicze stosowane przez niego przy wrzodach pełzających rogowki.

Przedewszystkiem stwierdza R. doświadczalnie przy zastosowaniu toksyn i antytoksyn, że niweczniki zawarte w surowicy przedostają się do rogówki przy uodpornieniu ogólnem i że dla wywarcia leczniczego działania potrzebne są większe dawki surowicy. Ponadto wskazanem jest także leczenie miejscowe surowicami pneumokokowemi, bądź to w postaci proszku lub też jako wstrzykiwania podspojówkowe lub śródrogówkowe. Te ostatnie wykonuje się w ten sposób, że w pobliżu rąbka rogówkowego wkłuwa się poziomo cienką igłę w miąższ rogówki i wstrzykuje około 0,1 cm surowicy o odpowiedniem rozcieńczeniu. Rogówka pęcznieje, chwilowo zaćmiewa się, lecz po wessaniu wstrzykniętego płynu wraca do stanu prawidłowego.

Ślepotą z zatrucia po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej. (Toxische Erblindung nach Genuss von verfälschtem Kinderbalsam). N a t a n s o n.

Autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ślepoty po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej i omawia dane statystyczne z literatury.

Najlichnieszą statystykę zatruc po spożyciu zafałszowanej wódki karmelickiej (*Spiritus aromaticus v. spiritus Melissae compositus*) wykazują Stany Zjednoczone z Kanadą, drugie zaś miejsce w statystyce zajmuje Rosya. W obu tych państwach bardzo często napoje wysokokowe zafałszowane są znacznie tańszym wyskokiem drzewnym, a w Rosyi używa się tego środka nietylko do sporządzania leków zewnętrznych, lecz i do lekarstw, przeznaczonych do wewnętrznego użycia. Głównym szkodliwym czynnikiem w przypadkach zatrucia jest właśnie wyskok drzewny t. j. alkohol metylowy oraz aceton. W przeciągu 5-u lat opisano w rosyjskich czasopismach lekarskich 80 przypadków zatrucia, wśród tych zaś kilka spostrzeżeń zatrucia zbiorowego. Dawka trująca wynosi 8 gr, śmiertelna 30 gr — prawie 50% przypadków kończy się śmiertelnie. Objawy zatrucia dotyczą głównie przewodu pokarmowego, poczem występuje nagła utrata wzroku 2-go lub 4-go dnia. W następnych dniach może bystrość wzroku nieco się poprawić, poczem następuje drugi spadek bystrości wzroku i nieuleczalna już ślepotą wskutek następowego zaniku nerwu wzrokowego. Brak objawów zapalnych na dnie oka i zmian chorobowych w tarczy nerwu wzrokowego przemawia za istnieniem pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Leczenie w przypadkach zatrucia wyskokiem drzewnym jest bezskuteczne — jedynie zarządzenia sanitarno-policyjne, ograniczające sprzedaż wyskoku metylowego mogłyby w tych krajach zmiejszyć wysoką liczbę zatruc.

Rozpoznanie i leczenie jaskry. (Die Diagnose und Therapie des Glaukoms). Heine.

Wykład kliniczny.

Rozpoznanie i leczenie jaskry. (Diagnose und Behandlung des Glaukoms). Haab.

Wykład kliniczny.

Przypadek tętniącego wysadzenia oka. (Ein Fall von pulsierendem Exophtalmus). Schaefer.

U 74-letniej kobiety wystąpiły nagle wymioty i bóle głowy, a w kilka dni potem wystąpiło opadnięcie powieki górnej i wysadzenie gałki ocznej. Spojówka gałkowa była obrzękła, ucisk śródoczny podwyższony. Siatkówka niedokrwiona, o żyłach nieco bardziej wypełnionych, tarcza nerwu wzrokowego blada. Zupełna ślepotą. Trzeszcz gałki coraz bardziej się wzmagał, oczodół wypełniony guzem wielkości jaja kurzego. Czuć wyraźne tętnienie w prawej gałce oraz szelest dmący po stronie skroni prawej. Podwiązanie *vena ophthalmica superior et inferior* z powodu znacznego krwotoku nie udało się. Bóle i szmery w głowie ciągle się utrzymywały i ustępywały tylko przy uciśnięciu wspólnej tętnicy szyjowej. Wysadzenie oka coraz bardziej się powiększało tak, że w końcu przystąpił autor do wyluszczenia gałki ocznej i podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej. Zabieg ten chora zniosła dobrze i przez rok cały nie miała żadnych dolegliwości. Po tym czasie miała zachorować na grypę; lekarz stwierdził jednakże objawy krwotoku mózgowego po stronie prawej, który spowodował śmierć w przeciągu kilku dni.

Niedomoga mięśniowa i jej leczenie. (Die muskuläre Augenschwäche und ihre Behandlung). Heimann.

Za przykładem angielskich i amerykańskich okulistów (Worth, Maddox) poczęto w ostatnich czasach baczniejszą zwracać uwagę na zachowanie się zbieżności i równowagi mięśniowej oczu. H. mógł się bardzo często przekonać, że liczne objawy chorobowe, jak: łzawienie, pieczenie, bóle w oczach i głowy, niemożność wykonywania pracy z bliska przez czas dłuższy, zależne są wprost od wspomnianych zaburzeń mięśni ocznych. Badania zbieżności wykonywał H. zapomocą oftalmodynamometru Landolta. Zasada tego przyrządu polega na tem, że w ciemnym pokoju zbliża się do oka punkt świecący tak długo, dopóki nie wystąpią obrazy zdwojone. Odległość tego punktu od oka stanowi punkt pobliża dla zbieżności. Punkt ten powinien się znajdować w $\frac{1}{3}$ odległości,

która odpowiada danej pracy. Gdy ktoś czyta np. w 30 cm, to punkt pobliża dla zbieżności powinien wynosić 10 cm. Oprócz tego przyrządu posługiwał się H. badaniem zbieżności przez zakrywanie na przemian jednego oka i doświadczeniem Graefego za pomocą pryzmatów. Jako leczenie stosuje autor w przypadkach lżejszych pryzmaty (podstawą ku nosowi), w przypadkach bardziej uporczywych przełożenie ku przodowi mięśnia wewnętrznego prostego.

W sprawie leczenia chorób ocznych pochodzenia limfatyczno-żółtowego. (Zur Behandlung der lymphatisch-skrofulösen Augenkrankheiten). Eisenstein.

W cierpieniach ocznych pochodzenia żółtowego oraz w jaglicy, występującej u osobników żółtych, stosuje E. sproszkowany kwas borowy z wyłączeniem zupełnem kalomelu. Proszkiem tym posypuje E. odwinięte powieki i wykonuje następnie słabsze lub energiczniejsze mięsienie przez powieki na gałkę oczną. Przy wrzodach rogówkowych stosowane jest także znane leczenie miejscowe. Pozatem leczenie ogólne cierpienia podstawowego.

W sprawie oceny arsacetyny (Ehrlich) i jej działania na nerw wzrokowy. (Zur Beurteilung des Arsacetins (Ehrlich) und seiner Einwirkung auf den Sehnerven). Hammer.

Arsacetyna stosowana w zastępstwie atoksylu wydawała się przez jakiś czas mniej szkodliwą. Tymczasem autor przytacza jeden przypadek z literatury, a jeden przez siebie spostrzegany, w którym po stosowaniu wspomnianego środka nastąpiła zupełna utrata wzroku, najprawdopodobniej w następstwie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego.

Olśnienie od słońca wskutek nowej dentystycznej metody leczenia. (Sonnenblendung durch eine neue zahnärztliche Behandlungsmethode). Feilchenfeld.

Z powodu schorzałego nerwu w jednym z zębów siecznych poddał się chory działaniu ześrodkowanego światła, które przez niebieską soczewkę skupiającą skierowane było na ząb. Ponieważ to naświetlanie miało trwać trzy godziny, przeto chory musiał stosownie do kierunku światła przyrząd regulować w ten sposób, że jednym okiem spoglądał przez lejek przyrządu i nastawiał go na słońce. Zaraz wieczorem tego samego dnia wystąpiły znamienne objawy olśnienia, które znikły po kilkunastu dniach leczenia ciemnicą. Następnie przytacza autor jeszcze dwa przypadki olśnienia, spowodowane spostrzeżeniem balonu Zeppelina, przelatującego po nad Berlinem w jasny, słoneczny dzień.

O podobnem do adrenaliny działaniu surowicy krwi chorych na Beriberi na oko żaby. (Ueber adrenalinähnliche Wirkung des Blutserums von Beriberikranken auf das Froschauge). Shimazono.

W 16-u przypadkach Beriberi ze wzmożoną czynnością serca i obrzękami na kończynach stwierdził S. w surowicy krwi i w płynie wysiękowym istnienie istot rozszerzających źrenicę na wyłuszczonych gałkach żabich. Rozszerzenie źrenicy występowało już po 5 — 25 minutach, a po trzech godzinach osiągało swe *maximum*. W jednym przypadku wystąpiło rozszerzenie źrenicy nawet przy użyciu surowicy.

Przyczynę do wiadomości o zmianach chorobowych w siatkówce przy gnilcu. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Netzhautveränderungen beim Skorbut). Kitamura.

Autor miał sposobność spostrzegania przypadku gnilca u 28-letniej kobiety, która na dzień przed śmiercią poczęła się skarżyć na mgliste widzenie. Gałki oczne po wyłuszczeniu poddano badaniu drobnowidowemu, które wykryło istnienie obrzęku siatkówki i licznych świeżych wybroczyn krwawych, umiejscowionych głównie na tylnym biegunie gałki. Zmian tych nie można uważać za swoiste dla siatkówki, podobnie jak w innych częściach ciała taksamo i w oku przyszło pod wpływem zadziałania toksyn do rozległych wybroczyn.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1910. T. LXXIII. Z. 1.
(Referent Dr T. Kleczkowski).

Serodyagnostyczne badania nad przymiotem i gruźlicą oka. (Serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis und Tuberkulose des Auges). A. Leber — Berlin.

Na podstawie badań klinicznych, przeprowadzonych w klinice Prof. Michela w Berlinie, stwierdza autor, że odczyn Wassermanna należy do bardzo ważnych sposobów badania służących do rozpoznania, czy dane schorzenie oka jest na tle luetycznym, czy nie. Odczyn dodatni przemawia z bezwzględną pewnością za zakażeniem ustroju, czy to dającym pewne objawy kliniczne poza okiem położone, czy też zakażeniem ukrytem. Procentowo w równej wysokości odczyn Wassermanna był dodatni w przypadkach przymiotu nabytego czy też dziedzicznego. W pewnych przypadkach jest możliwem, że aczkolwiek próba W. wypadnie

dodatnio, to jednak dane schorzenie oka wystąpiło nie na tle ogólnego zakażenia. Wynika z tego, że mimo próby W. należy zawsze badać przyczynowo klinicznie, a również nie zapominać o sposobach mających za cel stwierdzenie, czy może dane schorzenie oka nie jest natury gruźliczej. Odczyn W. ujemny nie przemawia bezwzględnie przeciw zakażeniu, bo jak z przypadków autora widać, odczyn ten może być ujemnym w czasie wylęgania się choroby, t. j. w czasie, gdy jeszcze się jady nie uogólniły, następnie w przypadkach wyczerpania ustroju, a więc w stanach, gdy organizm na jady w nim krążące, nie jest w możności odpowiadać wytwarzaniem charakterystycznych ciał odpornościowych, wreszcie w okresie utajenia po niedawno przebytem leczeniu i w przypadkach wyleczenia. Co do gruźlicy doszedł autor do przekonania, że w całym szeregu przypadków gruźlicy oka można w surowicy krwi wykazać obecność antituberkuliny. Taksamo jak w *lues*, tak też i tu próba ujemna nie dowodzi z całą pewnością braku gruźlicy, dla tego też i tu do badania tego należy dołączyć ściśle badanie kliniczne. Autor przytacza przypadki, w których próba tak na gruźlicę jak i na *lues* była dodatnią — w tych razach ostateczny wynik leczenia przechyła rozpoznanie w jedną, lub drugą stronę.

Anatomia patologiczna oftalmoreakcyi. (Die pathologische Anatomie der Ophthalmoreaktion). G. Stanculeanu i D. Michail — Bukareszt.

Zakroplenie tuberkuliny wywołuje wzmożone wydzielanie komórek nabłonka spojówki. Wydzielanie to tem jest charakterystyczne, że działa przyciągająco na ciała białe wielojądrzaste, które wnikają w komórki nabłonkowe spojówki i tam częściowo ulegają rozpadowi. Pewna część ciałek tworzy charakterystyczną dla odczynu spojówkowego wydzielinę ciągnącą. Warstwy spojówki pod nabłonkiem położone oddziałują wzmożonem wydzielaniem wielkich komórek jednojądrzastych, już fizyologicznie się tutaj znajdujących. Wydzielanie to działa przyciągająco na limfocyty i w mniejszej części na komórki tuczne.

O zaburzeniach w przystosowaniu się do ciemności. (Über Störungen der Dunkeladaptation). K. Stargardt — Strassburg.

Tak jak teoretycznie, tak również i klinicznie musi się odzielić od siebie z jednej strony badanie aparatu oka odczuwającego światło, od badania aparatu odczuwającego ciemność.

Do badania pierwszego używa się badania bystrości wzrokowej, pola widzenia, zdolności rozróżniania barw, ewentualnie rów-

niez progu pobudliwości i progu możności rozróżniania (tablice Segel'a, płyty Masson'a, Maxwell'a).

Do drugiego badania służą dwa sposoby:

Pierwszy, to badanie przebiegu adaptacji oka i stwierdzenie jego największej wrażliwości po trzech kwadransach pobytu w ciemności zapomocą adaptometru Nagla lub Pipera; drugi, to badanie pola widzenia przy pomocy światel leżących poniżej progu pobudliwości dla oka przystosowanego do światła zapomocą perymetru, podanego przez autora (Dunkelperimeter).

Wiadomem jest, że przebieg adaptacji jest tego rodzaju, że wrażliwość oka zwiększa się nieznacznie w pierwszych 10-u min., podnosi się wybitnie w następnych 20—25 min. nie zwiększając się potem, lub też bardzo nieznacznie, zupełnie. Regułę tę, podaną przez Pipera, można również, według Stargardtu, przenieść na stany chorobowe oka. Ponieważ już fizyologicznie granice zwiększania się pobudliwości oka adaptowanego przez 45 min. są bardzo chwiejne i szerokie, określenie, czy adaptacja jest już chorobowa, czy nie, jest bardzo niepewne. Pewniejszego znaczenia nabiera badanie dopiero wtedy, gdy się porównuje oko chore z drugiem okiem zdrowem.

Badania autora wykazały, że gdy łamliwość obu oczów jest równa, to i szerokość adaptacji dla obu oczów jest jednakowa. Zaburzenia w adaptacji spostrzegał autor w krótkowzroczności, niezborności mieszanej, nerwach rdzeniowych siatkówki w przypadkach starych krwotoków śródgątkowych, *siderosis bulbi*, *retinit. albumin.*, *pigment.*, *chorioiditis*, *neuritis et atrophia n. opt.*, *neur. retrobulb.*, *glaucoma* i zaćmień ośrodków łamiących oka. Badanie adaptometrem ma tą wyższość nad dawnymi sposobami badania, że pozwala na wykrycie zaburzeń w adaptacji już małego stopnia i że następnie szerokość jej można oznaczyć w liczbach, a przebieg jej rysunkiem w krzywych. Już adaptometrem można wykazać, że w stanach patologicznych zdolność adaptacyjna w różnych miejscach siatkówki jest rozmaita. Dokładniej się można o tem przekonać, badając perymetrem Stargardta. Perymetrem tym, wykazał autor, że część odczepionej siatkówki nie posiada zdolności adaptacyjnej. Przy *retin pigment.* może być w poszczególnych miejscach siatkówki adaptacja zupełnie prawidłową, a mimo to są objawy kurzej ślepoty. Perymetrem autora można również wykazać po przebytej *neur. retrobulb. scotoma centrale*, które zwykajnym perymetrem jest już niewykonalne.

Bliższe doniesienia o stałem drenowaniu dróg łzowych odpływowych i o wytworzeniu się stałego połącze-

nia worka łzowego z jamą nosową powyżej dolnej muszli. (Nähere Mitteilungen über die permanente Drainage der Tränenabfluswege und über die Bildung einer bleibenden Kommunikation des Tränensackes mit der Nase, oberhalb der unteren Concha). W. Koster — Leiden.

Okazało się, że wprowadzanie cienkich nitok jedwabiu przy sposobie stałego drenowania przewodu noso-łzowego podanego przez autora jeszcze w r. 1907 (Arch. f. Ophthalm. T. LXVII. str. 87) jest dla początkujących połączone z pewnemi trudnościami. Trudność tę usuwa autor przez wprowadzenie nitki jedwabnej, nasiąkniętej poprzednio gumą arabską do przewodu noso-łzowego wzdłuż sondy rowkowanej. Nitkę wprowadza autor tak długo, aż 10—15 cm jej przedostanie się do jamy nosowej, następnie przez silny wydech nosowy nitka z łatwością wydostaje się na zewnątrz. Stałe drenowanie okazało się tak dobrem, że w żadnym z przypadków autor nie potrzebował operacyjnie usuwać worka łzowego.

O „chlamydozoach“ albo „ciałkach jaglicowych“ i innych charakterystycznych ciałkach w komórkach nabłonka. (Über die »Chlamydozoen« oder »Trachom-Körperchen« und andere eigenartige Körperchen-Epithelzelleneinschlüsse). C. Pascheff — Zofia.

W 2-ym przyp. *conj. catarrhal. ac.* znalazł autor typowe ciałka v. Prowazka i Greeffa. Prócz nich spostrzegł autor w tych samych komórkach nabłonka ziarna różnej wielkości i twory przypominające prątki dorosłe. Ciała te barwiły się sposobem Giemsa na niebiesko, albo ciemno-fioletowo. Doświadczenia z niemi przeprowadzono w celu przekonania się o ich jadowitości wypadły ujemnie. Na podstawie badania drobnowidowego spojówki pierwszy przypadek i z innego punktu widzenia jest ciekawy, bo jeżeli ciałka Greeffa są dowodem jaglicy, to jaglica może występować jako choroba spojówki, powodująca w niej rozległy naciek limfocytów bez wytwarzania się foliкулów. W 3-ym przyp. autora spojówka była zajęta przez charakterystyczne blizny po jaglicowej, a badanie wykazało prócz ciałek Greeffa, również powyżej opisane twory autora. Podobne twory spotykał autor w *conj. eczematosa* i *conj. vernalis*.

O fluorescencji soczewki. (Über die Fluorescenz der Linse). F. Schanz i K. Stockhausen — Drezno.

W celu badania fluorescencji soczewki autorzy użyli sposobu Newtona, a mianowicie skrzyżowanych widm, przy czem światło fluorescencyjne, odbite od mas soczewkowych przed przyzna-

tem ustawionych, zostaje widmowo rozłożone. Doświadczenia wykazały, że podczas fluorescencji soczewki przychodzi do przemiany światła krótkofalowego w długofaliste, przy której to przemianie biorą udział nie tylko promienie pozafioletkowe, lecz również promienie niebieskie i fioletowe. Główny udział biorą promienie pozafioletkowe, a przede wszystkim promienie 385 $\mu\mu$ długości.

O włóknach elastycznych rogówki ludzkiej zabarwionych sposobem Helda. (Über die elastischen Fasern der menschlichen Cornea dargestellt nach der Färbemethode von Held).

Badania autora dowiodły, że barwiąc sposobem Helda t. j. hematoksyliną molybdenową rogówkę ludzką można w niej wykazać gęstą syncytialną sieć włókien elastycznych. Budowa jej histologiczna jest takasama, jaką dawniej opisali już Tartuferi (metodą impregnacyjną srebrem) i Lieto Vollaro (metodą Weigerta). Prócz tego stwierdził autor obecność warstwy włókien elastycznych poziomo przebiegających tuż ponad błoną Descemeta. Warstwę tę nazywa autor *lamina elastica corneae*. W rogówkach rozwiniętych spostrzegał autor niejednokrotnie bezpośrednią łączność komórek stałych rogówki z włóknami elastycznymi. Łączność ta była wybitniejsza w rogówce zarodka ludzkiego 4-miesięcznego.

Klinische Monatsblätter f. Ak. R. 1909. R. XLVII. grudzień i R. 1910. R. XLVIII. styczeń i luty. (Referent Dr Liebermann).

O rozpoczynaniu się zaćmy w dolnej części soczewki. (Über den Beginn des Alterstares in der unteren Linsenhälfte). Dr M. Handmann — Döbeln.

W przeważnej ilości przypadków zaćmy starszej pierwsze jej ślady występują w dolnej części soczewki, z wyjątkiem przypadków zaćmy wśród i około jądrowej.

Początki zaćmy w dolnych częściach soczewki tłumaczą się opadaniem wytworów patologicznych ku dołowi na podstawie działania siły ciężkości. Nadto szkodliwie działać mają i promienie świetlne, pod wpływem których dolna część soczewki cierpi więcej niż górna, osłonięta powieką. *Cataracta glaucomatosa i diabetica* tem się odznaczają, iż rozpoczynają się w któremkolwiek miejscu soczewki.

O znaczeniu dyagnostycznym odczynu Wassermanna i tuberkuliny [AT] w przypadkach mięszowego zapalenia rogówki. (Ein Beitrag zur Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion und der diagnostischen Alt-tuberkulininjektion für die Erkenntnis der Aetiologie der Keratitis parenchymatosa). Dr R. Kümel — Erlanga,

Reakcyi Wassermanna i tuberkulinowej nie można, zdaniem autora, przypisywać bezwzględne znaczenia dyagnostycznego, gdyż nawet w przypadkach zapalenia mięszowego rogówki, napewno przez gruźlicę spowodowanych — reakcyja Wassermanna wypadła dodatnio.

Na 11 przypadków, z których 7 było napewno *lues*, a trzy gruźlica, we wszystkich reakcyja Wassermanna dała wynik dodatni, z drugiej jednakże strony u 9 z pośród tych w jednym na stu chorych i reakcyja AT wypadła dodatnio.

Pierścieniowate zmętnienie przedniej powierzchni soczewki powstałe skutkiem postrzału w skroń. (Ringförmige Trübung der vorderen Linsenfläche nach Schussverletzung der Orbita). Dr L. Steiner — Surabaga na Jawie.

U chorego tego powstało skutkiem postrzału, niszczącego tkanki po za gałką oczną położone, pierścieniowate zmętnienie przedniej powierzchni soczewki, odpowiadające promieniem swoim średniej wielkości źrenicy. Zmętnienie to powstać musiało w ten sposób, iż wzmożone ciśnienie śródgałkowe, istniejące w chwili, gdy kula wniknęła do oczodołu, przyparło tęczówkę i soczewkę do tylnej ściany rogówki.

Przyczynek do leczenia jaglicy. (Beitrag zur Trachomtherapie). Dr Marczel Falta — Szeged.

W przypadkach, gdzie wszelkie inne zabiegi lecznicze zawodzą radzi autor wyciwanie całej chrząstki powieki górnej.

Kliniczne i doświadczalne badania nad działaniem czerwieni na schorzenia rogówkowe. (Experimentelle und klinische Erfahrungen über die Wirkungsweise des Scharlachrot bei Hornhauterkrankungen). Dr Richard Cords — Lipsk.

Na czyste wrzody działa 4—10% maść z czerwieni, gojąca nabłonek, który bardzo szybko pokrywa ubytek w rogówce. Na zarazki barwik ten nie działa zupełnie.

Doświadczenia z „ionoterapią“. (Experimentelle und klinische Erfahrungen mit der Iontherapie). Dr Erwin Zahn — Tybinga.

Jony jodu, chloru i cynku wprowadzone do rogówki działają antyseptycznie, jednakże równocześnie i zdrowy miąższ rogówkowy,

znacznym ulega zmianom. Badanie drobnowidowe oka wyjętego wkrótce po elektryzacji, wykazuje zcieńczenie rogówki w miejscu działania prądu. Zcieńczenie to polega na utracie wody. Wprost przeciwne zmiany widać na oku wyjętem w 24 godzin po elektryzacji. W miejscu zcieńczenia widać zgrubienie i rozpułchnienie tkanek. W miejscu zadziałania prądu wytwarza się blizna mętna, a zmętnienie ustępuje dopiero po dosyć długim czasie.

Mimo to wyniki leczenia, zwłaszcza w przypadkach wrzodu pełzającego były zadawalniające. Czas trwania elektryzacji wynosił przeciętnie $2\frac{1}{2}$ —4 minut, a natężenie prądu $2\frac{1}{2}$ —4 miliamp.

Zanik nerwu wzrokowego skutkiem krwotoku zastoinowego. (Sehnervenatrophie nach »Stauungsblutungen« Beitrag zur Genese der pathologischen Excavation). Dr Hennig Rönne — Kopenhaga.

Robotnik, jadąc liftem, dostał się skutkiem własnej nieostrożności pomiędzy podłogę liftu a obramowanie drzwi i został tak mocno przyciśniętym poniżej klatki piersiowej, iż cała górna część ciała zesiniała i pokrytą była wybroczynami. Badanie dna ocznego na drugi dzień po wypadku daje wynik ujemny. Dopiero w kilka dni później widać na tarczy wzrokowej lewej małą wybroczynkę, która wkrótce znika. Powoli rozwija się jednakże obustronny zanik nerwu wzrokowego, a jego tarcz daje obraz zupełnie podobny do tego, jaki zazwyczaj widzimy przy jaskrze. Autor obraz ten na podstawie przebiegu choroby tłumaczy tem, iż krwotok miąższowy do nerwu wzrokowego spowodował następowo jego zanik.

Retinitis punctata albescens. (Die sogenannte Retinitis punctata albescens), Doc. Dr H. Lauber — Wiedeń.

Cierpienie to znamionuje się drobnymi, białymi punktami rozsianymi po całym dnie ocznem i okazuje częstokroć cały szereg przejść do *retinitis pigmentosa*. Chorobę tę napotyka się zazwyczaj u ludzi pochodzących z małżeństw pomiędzy krewnymi. W lekkich stopniach choroby objawia się ona tylko zwięzieniem pola widzenia przy osłabionem oświetleniu, w cięższych zaś przypadkach przyłączają się i inne zaburzenia wzrokowe. Rokowanie w takich przypadkach jest złe, gdyż choroba potęgując się zamienia się w *chorio-retinitis* i *atrophia flava n. optici*.

Dwa przypadki gruźlicy tylnego odcinka ocznego we wczesnym wieku dziecięcym. (Zwei Fälle von solitärer Tuberkulose des hinteren Augenabschnittes im frühen Kindesalter). Dr A. N. Natanson II.

Opis dwu przypadków gruźlicy na dnie oka umiejscowionej. Dyagnoza kliniczna wahała się pomiędzy gruźlicą a *glioma*. Ba-

danie mikroskopowe wykazało gruźlicę. W jednym wypadku naciek przeszedł na nerw wzrokowy mimo, iż twardówka nie była nigdzie przebitą.

Zaćma wskutek uderzenia prądem elektrycznym. (Katarakt bildung nach elektrischem Schlay). Komoto.

Wysoko napięty prąd może spowodować obok oparzelin wewnętrznych, także i zmiany w soczewce. Zmiany te usadowione są w zewnętrznych warstwach soczewki i to albo istnieje jedna plamka, lub też plamki rozsiane są po całej powierzchni. Zmiany te zazwyczaj rozszerzają się później na całą soczewkę. Na poprzecznym przekroju soczewki widać rozstępy pomiędzy włóknami mięszowemi. Zaćma niekoniecznie rozwija się bezpośrednio po doznanym urazie, lecz powstać może nawet po upływie całego szeregu miesięcy, chociażby prąd nie działał bezpośrednio na oko lecz w skroń, jak tego jeden przez autora opisany przypadek dowodzi. Najślabszy prąd, jaki dotychczas wywołał zaćmę miał napięcie 500 volt.

Münchener med. Wochenschr. R. 1910. Nr 7, 8, 9, 12 i 15. (Ref. Dr E. Rosenhauch).

O wartości leczenia dioniną chorób ocznych. (Ueber den Wert der Dioninbehandlung bei Augenerkrankungen). Adam.

Autor badał szczególnie zachwalane dwie własności dioniny: własność kojenia bólu i resorpcyjną. Dochodzi do wniosku, że działanie kojące ból jest wyraźne w powierzchownych zmianach rogówki jak np. podrapanie jej lub *herpes*, przy zapaleniu tkanki twardówkowej lub nadtwardówkowej. Przy jaskrze w każdym razie nie podnosi napięcia, raczej je obniża. Jako *resorbens* działa dobrze w przypadkach podspojówkowych krwawień na tle urazowym u młodych osobników. W krwawieniach na tle miażdżycy lub zapalenia nerek może doprowadzić do znaczniejszych krwi wylewów. Co się tyczy wpływu na plamy rogówkowe, to jest on, zdaniem A., nie większy od dawniej stosowanych środków (maść żółta, mięsienie).

O zachowaniu się źrenic u noworodków i w pierwszym roku życia. (Das Verhalten der Pupillen beim Neugeborenen und im ersten Lebensjahre). Gudden.

Znaną jest rzeczą, że źrenice człowieka we śnie są wąskie, a w chwili obudzenia się *ad maximum* się rozszerzają. Badanie

autora na dość znacznym materiale dziecięcym przekonały go wbrew zapatrywaniom Bartelsa, że u noworodka źrenice we śnie są o wiele mniej zwężone, niż u dorosłego. Miały one przeważnie 2·2—2·5 mm średnicy. Rozszerzenie źrenic podczas budzenia się postępuje bardzo powoli i z reguły nie przekracza 3—3·5 mm średnicy. W 6—7 miesiącu zwężenie dochodzi do 1·5 mm. Jednak rozszerzanie podczas budzenia się nawet z końcem pierwszego roku życia nie następuje tak szybko, jak u dorosłego.

Partactwo lecznicze „rozpoznawanie chorób z tęczęwki“ przed forum naukowej krytyki. (Die Kurpfuschermethode »Angendiagnose« vor dem Forum der wissenschaftlichen Kritik). Salzer.

Znaną jest metoda pastora Felkego o rozpoznawaniu chorób ogólnych na podstawie zmian w tęczęwce. Sądzi on, że:

1. Pewne pola tęczęwki odpowiadają pewnym narządom, z którymi pozostają w szczególnym związku.

2. Schorzenia tych narządów powodują występywanie charakterystycznych znaków na odpowiednich polach tęczęwki.

Dziwnem wydaje się, że sprawę tę traktowano seryo i trzeba było spostrzeżeń wielu autorów, ażeby metodę tę obalić. Garré, Köhne, Cossman, Napp, Müller, Helpup i cały szereg innych autorów dowiedli, że twierdzenia Felkego nie mają żadnych podstaw. Mimo to istnieją lekarze-fantastyci (Dr Schlegel, Dr Dircks-Paderborn), którzy są zwolennikami tego »rozpoznawania z tęczęwki«.

W sprawie techniki opatrunków ocznych i w małej chirurgii. (Neues zur Verbandtechnik am Auge und in der kleinen Chirurgie). Wolffberg.

Po operacji zaćmy używa autor opatrunku pustego, składającego się z płatka gazy, który przyklepia do skóry zapomocą kleju opatrunkowego, z dodatkiem 0·5% kwasu karbolowego. Do opatrunków pełnych używa spongidyny (wata papierowa) pokrytej warstwą gazy, którą przyklepia do skóry zapomocą plastra »klebro«. Plaster ten ma mieć tę wyższość nad leukoplastem, że silnie do skóry przylega, a mimo to z łatwością daje się usunąć. Autor używa nadto opatrunków papierowych t. zw. jedwabnego papieru pergaminowego, który napojony wodą, po wyschnięciu silnie do skóry przylega. Aby opaski gazowe do zwojowych opatrunków używane po założeniu nie przesuwaly się, umacnia je przez smarowanie klejstrem opatrunkowym. Klejster ten jest nie drażniący i opaska pod jego wpływem nie traci na elastyczności. W arty-

kule swym podaje autor źródła, skąd wszystkie te przetwory sprowadzić można.

Glioma corporis callosi. Hauenschild.

U 23-letniego zresztą zdrowego mężczyzny występowało zaćmienie pola widzenia z razu 1—2 dziennie, potem co 10—15 min. Badanie ogólne nie wykazało żadnych zmian, odczyn Wassermann'a ujemny. Badanie oczu zewnętrzne wykazuje stosunki prawidłowe. napięcie normalne. Wziernikiem: tarcz zastoinowa (c + 3 D). Bystrość wzrokowa zrazu prawidłowa, z dniem każdym słabła, mimo jodu i leczenia napotnego. Badanie jamy nosa wykazuje stosunki prawidłowe. Roentgenogram okazuje prawą jamę Highmora zniekształconą. Operacja napotyka na stosunki prawidłowe. *Exitus.* Sekcyja stwierdza guz *corporis callosi* i bocznej komory mózgowej prawej. Drobnowidem stwierdzono: *glioma*. Ciekawy jest w przypadku tym brak prawie wszelkich objawów z wyjątkiem tarczy zastoinowej, przy znacznym guzie (wielkości dłoni, 1—1.5 cm grubości).

Hydrargyrum jodaturn pultiforme i Hydrargyrum bijodaturn pultiforme w okulistyce. Ammon.

Maść rtęciowa żółta zyskała szerokie zastosowanie w okulistyce dopiero wtedy, kiedy Pagenstecher zwrócił uwagę na to, że środek ten na drodze wilgotnej przyrządzany jest o wiele delikatniejszy i *eo ipso* mniej drażniący od dawniej używanych. Z tej zasady wychodząc A. przygotował podobnie na drodze wilgotnej *Hg. jod.* i *Hg. bijod.* Pierwsze stosuje w maści 1%, drugie 0.3—0.5%. Maście te mają być jeszcze delikatniejsze od maści Pagenstechera. Stosuje je w przypadkach wszelkich zapaleń t. zw. skrofulicznych spojówki, rogówki i brzegu powiekowego. Nie należy równocześnie podawać jodu wewnątrznie*).

O uszkodzeniu oczu w celu uchylenia się od służby wojskowej. (Ueber Verstümmelungen der Augen zum Zwecke der Militärdienstentziehung) Günter.

Autor opisuje dwa przypadki uszkodzenia oka u młodych mężczyzn, poddanych rosyjskich. Udali się oni do felczera, który zranił rogówkę jakimś ostrem narzędziem (w jednym przypadku odłamkiem szkła), poczem do rany wprowadził jakiś płyn drażniący, może nawet zakaźny. U obu wskutek tego przyszło w końcu do jaskry następowej, co spowodowało zupełną utratę bystrości wzrokowej dotkniętego oka. Autor opisuje tylko te dwa przypadki, lecz sami chorzy podają, że kilkunastu równocześnie zgłosiło się do

*) ?

felczerów przed poborem. Można z tego wyobrazić sobie jak wiele podobnych manipulacji w Rosyi się odbywa, które nie prowadzą do tak zgubnych skutków, i dla tego do ogólnej wiadomości nie dochodzą. Zaznaczyć jeszcze warto, że za taką »przysługę« felczer liczy sobie około 700 koron.

W sprawie leczenia zranień soczewki odłamkami żelaza. (Zur Therapie der Eisensplitterverletzungen der Linse). E. sch n i g.

Autor spostrzegł kilka przypadków zranienia soczewki odłamkiem żelaza. Soczewki te zrazu przezroczyste, zachowywały przezroczystość tę przez pewien tylko czas, a jako ślad zranienia pozostawała tylko blizna w rogówce i przedniej torebce. Można było sideroskopem obecność żelaza wykazać. Po pewnym jednak czasie soczewki te zaćmiewają się i powstaje zaćma. Dlatego zdecydował się raz E. do usunięcia ciała obcego z przezroczystej soczewki. Grotem Graefego naciął rogówkę i przednią torebkę soczewki w kierunku promienistym, a następnie wydobyl magnese odłamek żelaza. Skutek był bardzo dobry. Soczewka nie uległa zaćmieniu, zaraz bowiem po wydobyciu ciała obcego zakroplono pilokarpinę, aby pokryć tęczęwką ranę torebki. Nadto operował E. kilka zaćm po zranieniu soczewki żelazem, zaćmy te były miękkie mimo, że dwóch chorych miało już powyżej lat 30, i wszystkie operował cięciem grotem bez irydektomii.

The Ophthalmic Review. R. 1909. listopad i grudzień. R. 1910. styczeń, luty i marzec. (Ref. Dr J. Matusewiczówna)

Wypłukiwanie przedniej komory po operacji zaćmy. (Irrigation of the anterior Chamber after Cataract Extraction). Bishop Harman.

Z wielkim uznaniem wyraża się autor o tym zabiegu stosowanym według metody M'Keown'a. »Niema słów, pisze, na opisanie przepięknej prostoty, z jaką łagodny strumień wody, wpuszczony do przedniej komory zabiera ze sobą resztki, zasłaniając źrenicę. Chwila i szara chmura resztek została usunięta, pozostawiając czystą czarną źrenicę«. Natomiast wypłukiwanie, poprzedzające cystotomią, wydaje się autorowi, szczególnie przy dojrzałej zaćmie niepotrzebną komplikacją.

Również i przyrząd M'Keown'a jest zdaniem autora zbyt złożony. Sam autor używa w tym celu 100 gramowej undyny,

krótko zakończonych, którą 6 cali długa rurka gumowa łączy z dzióbkiem płaskim od strzykawki Anel'a dawnego fasonu. Jako płynu używa fizyologicznego rozczynu soli*).

Reklinacja zaćmy. (Reclination of Cataract). Somertow-Clark — Indy.

Przypadek zaćmy, operowany przez indyjskiego >hakima<, a dowodzący, że wyniki nie są zawsze tak złe, jakby się należało spodziewać.

Autor miał sposobność widzieć chorego w dwa lata po operacji. Bystrość wzrokowa wynosiła zarówno na tem oku jak i na drugim, operowaniem zwykłą metodą przez europejskiego lekarza — $\frac{6}{18}$. Zwichniętą soczewkę można było widzieć z łatwością, leżała ona w dolnej części skroniowej, ograniczając odpowiednio pole widzenia.

Śródoczne wstrzykiwanie i wypłukiwanie w leczeniu niedojrzałej zaćmy. (Intraocular Injection and Irrigation in the Treatment of unripe Cataract). Marcus Killen — Belfast.

Jako asystent M'Keown'a miał sposobność autor stosować jego metodę.

Zabieg składa się z 2 aktów. Pierwszy ma na celu zamienienie niejako niedojrzałej zaćmy na dojrzałą, drugi ułatwia usunięcie resztek.

Głównymi warunkami są: bezwzględna jałowość użytego rozczynu (fizyologiczny rozczynek soli kuchennej ciepłoty mniej więcej krwi), unikanie zbytniego ciśnienia, wreszcie wybór odpowiednich przypadków. Najodpowiedniejszymi są przypadki niedojrzałej zaćmy korowej, szczególnie tam, gdzie płytkość przedniej komory wskazuje na pęcznienie.

Najmniej wymagają tego zabiegu czysto jądrowe zaćmy bursztynowe i brunatne odmiany, gdzie należy podejrzewać sklerozę kory. Przyrząd składa się z butelki florenckiej o płaskim dnie; przez szczelnie przylegający korek, najlepiej gumowy, przechodzą dwie rurki szklane, zgięte pod prostym kątem, jedna dłuższa dochodzi prawie do dna butelki, zewnętrzne zaś jej ramię łączy się z pomocą rurki gumowej z igłą wydrażoną, względnie z dzióbkiem; druga krótsza, ma na ramieniu poziomem rozszerzenie w postaci bańki, do której kładzie się nieco waty wyjałowionej jako sącdek dla powietrza, ramię to łączy się z balonikami do pompowania.

*) Od przeszło ćwierć wieku przez nas do okulistyki wprowadzone i praktykowane z najlepszymi skutkami postępowanie.

Pierwsze stadyum: po cięciu rogówkowem i irydektomii, przed cystotomią, wprowadza się igłę przez ranę i wkłwa się powierzchownie w torebkę. Jeżeli kora jest miękka, to igła przechodzi łatwo, płyn przenika przez torebkę — przezroczysta kora staje się mętną. Wkłwać należy igłę nawpół drogi między cięciem rogówkowem, a środkiem źrenicy, aby nie dostać się do brzegu soczewki lub do wiązadełka Zinn'a. Po cystotomii i uwolnieniu jądra zamiast igły nasadza się dzióbek, wyjmuje się rozwórkę z oka, rozsuwa się lekko powieki palcami i wprowadza się dzióbek w ranę. Lekkie mięsienie pomaga rozchodzeniu się płynu w gałce ocznej. Dłuższe wypłukiwanie znosi oko bez szkody.

Co się tyczy wyników, to są one naogół dobre. Ważną korzyścią jest możność wczesnego operowania i mniej częsta wtórna zaćma. Powikłania przy operacyi i w przebiegu pooperacyjnym nie są częstsze niż przy innych sposobach operowania. Nie przemilcza autor jednak pewnego niebezpieczeństwa tej metody, jakkolwiek jest jej gorącym zwolennikiem.

Oto, zdarzają się przypadki, gdzie na razie wynik jest doskonały, po pewnym czasie jednak chory przybywa ze znacznie obniżoną bystrością wzrokową i badanie wykazuje zmętnienia w ciałku szklistem lub inne poważne zmiany. Być może, są one wywołane przez uszkodzenie ciałka szklatego w czasie operacyi, jakkolwiek ogólny stan zdrowia, dotkniętych zaćmą, może też te zmiany objaśnić. Sumienne zbadanie i porównanie wyników różnych metod operacyjnych może dopiero te wątpliwości rozstrzygnąć. W każdym razie metodę wypłukiwania poleca autor tylko doświadczonym operatorom.

Rozpoznanie i mierzenie słabych stopni oczopląsu.

(The Recognition and Measurement of low Degrees of Nystagmus).

E. Jackson — Denver-Colo.

Nie nadaje się do streszczenia.

Nowy prosty wziernik. (A new simple Ophthalmoscope).

Priestley Smith — Birmingham.

Wrodzona zupełna ślepotą na barwy wraz z dzienną ślepotą. (Congenital total Colourblindness with day blindness). F.

A. Jules — Londyn.

Troje rodzeństwa ze 7-miu dotknięte było tą wadą. Bystrość wzrokowa znacznie obniżona, oczopląs, światłowstręt. Dno oka nie przedstawia żadnych zmian. *Scotoma centrale*, spostrzeganego w podobnych przypadkach, nie udało się autorowi wykazać wobec

wczesnego wieku chorych. Reszta rodzeństwa, matka i ciotka mają wzrok i wrażliwość na barwy prawidłowe. Rodzice nie są między sobą spokrewnieni i w licznej ich rodzinie niema więcej podobnych wad wzroku.

Zdaniem autora teoria Grunerta — wrodzony brak czopków — tłumaczy wszystkie objawy, jak: niedowidzenie, *scotoma centrale*, ślepotę na barwy. Oko takie należy uważać, jako mniej więcej stale zaadaptowane na ciemność, zwężenie więc szpary powiekowej (światłowstręt) zdąża do zmniejszenia natężenia światła, a tem samem ułatwienia czynności pręcików. Określenie — dzienna ślepotą — oddaje zdaniem autora wiernie olśnienie, jakiego doznają chorzy, patrząc na jasno oświetlony przedmiot.

Więstnik Oftalmologii. R. 1910. Marzec i Kwiecień. (Ref. Dr M. Szafnicki).

Przypadek promienicy woreczka łzowego. Dr med. N. F. Tiumiancew.

U chorego mężczyzny l. 39, skarżącego się na wrzód w kąciku wewnętrznym oka prawego, znalazł autor obrzmienie wielkości dużego orzecha laskowego, okrągłe, nieściśle ograniczone, bez zmian ostrych zapalnych. Skóra nad wyniosłością barwy brązowej z odcieniem żółtawym. Łzawienie, zapalenie spojówek oka prawego. Przy ucisku na ten guzek ropa się nie wydobywa ani do worka spojówkowego, ani do nosa. Po nacięciu wypływa nieznaczna ilość cieczy przezroczystej, poczem w głębi widać masę białą, dość twardą, która się wypłukać nie daje. Wyjęta łyżeczką tępą przypomina kształtem soczewkę, na przekroju widać układ warstwowy. Ścianki woreczka pokryte granulacjami. Ropy nigdzie śladu. Pod mikroskopem przy barwieniu różnemi metodami widać wyraźnie grzybek promienicy. Wypadek ten jest ciekawy z tego względu, że sprawa rozwijała się w samym worku łzowym, gdy dotychczas w literaturze opisywano tylko promienię kanalików łzowych.

Przyczynek do kazuistyki samopowstających pęknięć rogowki z krwotokiem ekspulsywnym. K. A. Judyn.

Autor przytacza 18 odnośnych przypadków z literatury, a następnie opisuje własny, dotyczący kobiety 70-letniej, która zgłosiła się z krwotokiem z oka prawego. Wywiady świadczyły, że tem okiem nie widzi od 6 lat, a w ostatnim roku nawet światła nie

rozpoznaje. Bólów w oku nigdy nie miała. Przed 3-ma dniami oko prawe i głowa po prawej stronie silnie zaboląła, a obecnie zgłasza się z powodu krwotoku, który powstał nagle bez powodu. Krwi wypłynęło około 250 cm³. *St. praesens*. Oko prawe zalane krwią. Silne nastrzyknięcie spojówek powiek i gałki. Rogówka pęknięta w kierunku poziomym na przestrzeni prawie całego przekroju, z rany wydobywa się skrżep krwawy wielkości orzecha laskowego, prócz tego kroplami sączy się krew. L. o. rozpoczynająca się katarakta, zrosty tylne. Dna nie widać. T. n. Wykonano *evisceratio bulbi*. Brzegi rogowki zupełnie gładkie, niema śladu owrzodzenia. Badanie mikroskopowe wykazało: silne rozszerzenie naczyń naczyniówki, na rogowce nabłonka miejscami zupełnie brak, nacieczenie drobnokomórkowe *membr. propriae* na całej przestrzeni, między jej włókienkami dużo ciałek czerwonych krwi. Błona Descemeta odlepiona i poukładana we fałdy. Wypadek ten zdaje się świadczyć o zupełnie samoistnie powstałym pęknięciu rogowki. Długotrwała ślepotą pozwala przypuszczać obecność na tem oku absolutnej jaskry, pęknięcie zaś rogowki — jako skutek ostrego napadu tej choroby. Wobec tego jednak, że dotąd w literaturze nikt nie wspomina o samoistnym pęknięciu prawidłowej rogowki, wobec doświadczeń Houdart'a, autor przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniej i w jego przypadku musiało być owrzodzenie, które, na oku z podniesionem wskutek jaskry ciśnieniem, spowodowało pęknięcie rogowki.

Przypadek wrodzonego zwicnięcia soczewki. A. G. Trubin.

Mężczyzna, l. 18, zgłosił się do autora ze skargą, że od urodzenia źle widzi. V. p. 0·02, c + 13 = 0·3. V. l. 0·03, c + 14 = 0·4. Zewnętrznie: *strabismus concomitans divergens* małego stopnia. Jeśli chory, po zamknięciu drugiego oka, zasłoni wewnętrzną połowę oka, to bystrość wzroku podnosi się w każdym oku do 0·09. Pole widzenia pr. l. prawidłowe. Badanie przy bocznem oświetleniu i wzziernikowanie wykazuje zwicnięcie soczewki w obu oczach ku wewnątrz. Ogólne badanie żadnych zmian w ustroju nie wykryło. Wykonano zabieg operacyjny celem usunięcia soczewek, ale bezskutecznie, gdyż soczewka za każdym razem zesuwiała się z pętli i zrostów prawdopodobnych, na których się trzymała, rozzerwać się nie udało. Po pewnym czasie soczewki zmętniały, a w źrenicy widać było białe pasemka naciągniętej *zonula Zinni*. Następowo wykonano dyscyzęę, lecz masy pęczniejącej soczewki b. mało uległy wessaniu. Po założeniu + 13 V prl. = 0·5.

Przypadek monokularnej diplopii pochodzenia historycznego. Dr med. K. N. Kardo Sysojew.

Żołnierz, l. 21, przysłany do autora, z rozpoznaniem hysterii, z powodu podwójnego widzenia w oku lewym. Zewnętrznie oczy bez zmian, źrenica l. o. nieco szersza i leniwiej oddziałuje na światło, oczy nieco zbaczają ku zewnątrz. 6°. V. p. 20/20, lo. 20/60, o. p. n. Pole widzenia u obu oczu zwężone do punktu fiksacyjnego. Rozpoznawanie barw lewym okiem bardzo upośledzone (objawy hysterii: osłabienie całej lewej połowy ciała, obniżenie czucia wszelkiego rodzaju bez zmian anatomicznych i bez widocznego powodu). Przy patrzeniu oboma oczami dwojenia brak, tylko przedmioty mienia się, dwojenie występuje przy zamykaniu oka prawego. Kąt rozchodzenia się obrazków zdwojonych 10°. Autor przypuszcza, że wobec tak znacznego zwężenia pola widzenia, dwojenie powstaje wskutek załamania się promieni na zaginającej się powierzchni siatkówki przy przejściu jej w *fovea centralis*.

Retinitis pigmentosa w połączeniu z jaskrą. Dr med. M. A. Isupow.

Chory, l. 38, dziedziczności wykazać nie można, chorób ogólnych nie przechodził, rodzeństwo i rodzice zdrowi na oczy. Mając trzy lata stracił nagle wzrok, poczem wzrok powoli się poprawiał, lecz zawsze wieczorami widział znacznie gorzej. Przed 6 laty dostał silnego bólu w oku prawem i głowy po prawej stronie; bóle te powtarzały się co trzy miesiące i przed rokiem na oko prawe całkiem zaniewidział. Przed 1½ rokiem podobny atak miał na oku lewym. Badanie oka prawego wykazało typowe zmiany dla jaskry, a prócz tego dno usiane licznymi złogami barwika czarnego, pokrywającymi naczynia, lecz nie dochodzącymi do plamki żółtej i tarczy. V. p. O. L. o. zewnątrznie prawidłowe, źrenica dość duża, oddziałuje na światło, p. K. płytka, T. n. o. tarcz nieco wyłobiona, barwik również pokrywa cały obwód siatkówki. V. 6/200. Autor, przytoczywszy różne zdania z literatury, ma to przekonanie, że między temi dwoma schorzeniami musi zachodzić jakiś dotąd bliżej nie dający się określić związek. Wypadek ten jest o tyle charakterystyczny, że dotychczas *retinitis pigmentosa* opisywano w połączeniu z *glaucom simplex*, gdy tutaj występowały objawy *glaucom acutum*.

Przypadek błony szklistej w przedniej komorze. N. A. Filippow.

Autor wywołał sprawę ropną w oku króliczem zapomocą wprowadzenia do przedniej komory hodowli gronkowca. Powstało

ropne zapalenie tęczówki z nacieczeniem ropnem i wrzodem rogówki. Po 6-ciu tygodniach oko było wyjęte, gdy zmiany zapalne przeszły, a powstało bielmo prawie całej rogówki zrosnięte z tęczówką przy zupełnym braku przedniej komory. Badaniem mikroskopowym stwierdzić było można tylko wąską szparę w dolnej części po za zbliżowaciałą rogówką, a cała przednia komora wypełniona tkanką łączną bliznowaciejącą o charakterze świeżej lub starej. W tej małej przestrzeni wypełnionej masą białkową, barwiącą się silnie eozyną, widać cienki pasek bezpostaciowy, pokryty z obu stron śródbłonkiem. Na powierzchni tęczówki również taki pasek, tylko znacznie szerszy. Oba te paski niepostrzeżenie zaczynają się i giną w otaczającej tkance łącznej. Początkowo w tych paskach można odróżnić budowę włóknistą, komórki wrzecionowate. Te ostatnie, lecz w mniejszej ilości, spotkać można i w dalszej już zupełnie bezpostaciowej części tych pasków. Barwiąc preparaty różnemi metodami, autor przychodzi do wniosku, że paski te powstały z tkanki łącznej, która pod działaniem czynników dotąd nieznanych straciła całkiem swą budowę i stała się masą bezpostaciową. Autor jest tego samego zdania co i Ziegler, że zmiany te w tkance łącznej powoduje działanie otaczającego ją wysięku białkowego. Następnie autor opisuje obraz mikroskopowy drugiej gałki króliczej, na której działaniem tego samego czynnika wywołał również zmiany podobne do wyżej opisanych. Obraz mikroskopowy ten sam, tylko okres zmian nieco wcześniejszy: paski nie zatraciły całkiem swej budowy, a mają wyraźnie włóknisty charakter.

Przypadek gruźlicy powiek leczony tuberkuliną. Dr med. P. K. Fajnicki.

Uwzględniwszy bardzo szczegółowo odnośną literaturę autor opisuje przypadek spostrzegany w klinice Prof. Szymanowskiego, dotyczący dziewczyny 16-letniej, która od kilku lat cierpi na gruźlicę powiek oka lewego. Stosowano podskórnie starą tuberkulinę Kocha w przeciągu 6-ciu miesięcy, w odstępach 7-dniowych, w ilości (1:1000) jednego cm sześć., a jednocześnie wkraplano co kilka dni ten sam przetwór do oka chorego. Leczenie to nie wywołało najmniejszego skutku. Przyczynę tego autor przypuszcza w nieścisleń zwiększaniu ilości wstrzykiwanej tuberkuliny i w jednoczesnem wkraplaniu jej do oka.

Ropień pod spojówką gałki. A. P. Władyczewski.

Przypadek dotyczył mężczyzny 27-letniego, leczonego przez autora z powodu *iritis plastica*. Podczas leczenia zauważył autor

górną zewnątrz 3 mm od rąbka rogówkowego ograniczone przekrwienie spojówki, a pośrodku małą wyniosłość żółtawą, która w przeciągu 3 dni miała średnicę około 4 mm i kształt stożkowaty. Po nacięciu wydobyło się nieco ropy, jednak po 2 dniach naciek znów powstał. Wtedy powtórnie nacięto, wyłóżczkowano i sprawa w kilka dni się zagoiła. Bakteryologiczne badanie wykazało gronkowca złotego i drożdże różowe (Rosahefe), którym autor przypisuje nieco przewlekłe trwanie tego ropnia. Przyczyny sprawy wy badać się nie udało.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Belgijskie Towarzystwo oftalmologiczne.

[Referent K. W. Majewski].

Posiedzenie z dnia 25-go kwietnia 1909.

Cusner (Bruksela). Przypadek wydobycia zaćmy powikłanej z oka dotkniętego zapaleniem współczulnym z dobrym wynikiem optycznym.

Zajmującą stroną tego spostrzeżenia były przedewszystkiem wątpliwości, jakie podniesiono w dyskusyi co do słuszności rozpoznania zapalenia współczulnego. Chory doznał postrzału śrutem. Jedno ziarno przebiło rogówkę lewego oka tuż przy brzegu powodując wkleszczenie tęczówki i przeszyło następnie na wylot gałkę oczną w okolicy plamki żółtej, aby utkwieć w tłuszczu oczodołowym w miejscu odpowiadajacem zwojowi rzęskowemu. Odczyn zapalny był małego stopnia i trwał zaledwie 8 dni. Irydektomia wkrótce potem przez Cusnera wykonana zaledwie nieco poprawiła bystrość wzroku (palce 50 cm). W cztery lata potem wystąpiło zapalenie tęczówki na oku drugim i doprowadziło do zarosnięcia źrenicy i do następowego zaćmienia soczewki. Ani jedno ani drugie oko nie okazywało bolesności samoistnej lub na dotyk. Chorego obserwowało w tym czasie kilku okulistów: Rogman, Cusner, Van der Straeten i Coppez i zdania ich co do dyagnozy były podzielone. Już wówczas był on przedstawiony w belgijskiem Towarzystwie oftalmologicznem. Następnie Cusner, wkrótce po ustąpieniu objawów zapalnych na oku prawem, wykonał ekstrakcję powikłanej zaćmy. Przebieg gojenia był pomyślny i krótki,

a wynik optyczny stosunkowo bardzo korzystny (w dal V $\frac{1}{3}$ z bliska drobny druk przy odpowiedniej korekcyi). Cusner nie odstępuje od swego pierwotnego rozpoznania, uważając przebyte na lewem oku zapalenie tęczówki za następstwo współczulnego wpływu ze strony oka zranionego.

W dyskusyi Van der Straeten, Nuel, Coppez, Speleers występują przeciw temu twierdzeniu, uważając zapalenie tęczówki w tym wypadku za zwyczajną *iritis plastica*, z przyczyny coprawda nieznaney, ale nie na tle sympatyi. Powołują się oni na fakt, na który Panas pierwszy zwrócił uwagę, że rany zadane oku ziarnami śrutu zwłaszcza przeszywające gałkę na wylot, prawie nigdy nie wzbudzają zapalenia współczulnego w drugim oku. Zapatrywanie to potwierdzają dotąd spostrzeżenia wielu innych autorów. Przeciw zapaleniu sympatycznemu przemawia dalej w tym przypadku brak bolesności rzęskowej tak na jednym, jak i na drugim oku (Coppez), a przedewszystkiem pomysłny wynik ekstrakcyi, która w razie gdyby sprawa była istotnie przyrody współczulnej, byłaby niewątpliwie wywołała zaostrenie przygasłej sprawy zapalnej i ponowne zarośnięcie źrenicy.

Van Lint. Przypadek przypuszczalnego nowotworu nerwu wzrokowego.

U 49-letniego stolarza stwierdza autor trzeszcz prawej gałki ocznej wynoszący 8 mm, mierzonych egzoftalmometrem Hertla, prawie zupełne zniesienie poczucia światła, źrenicę szeroką, oddziaływającą tylko współczulnie. Ruchomość gałki ku górze i ku dołowi prawidłowa, ku wewnątrz bardzo upośledzona, ku skroni zupełnie zniesiona. Tarcz nerwu wzrokowego biała, tętnice zwężone, żyły natomiast rozszerzone. Skóra twarzy po prawej stronie znieczulona w całym obrębie zaopatrzonym przez drugą gałąź nerwu trójdzielnego. Czucie rogówki utrzymane. Na podstawie objawów tych i dotychczasowego przebiegu cierpienia przypuszcza autor nowotwór wychodzący z nerwu wzrokowego, ale nie kilak, ponieważ próba Wassermanna wypadła ujemnie. Autor zamierza wykonać operacyę sposobem Krönleina.

Bettremieux (Roubaix). Leczenie zeza polegające na operowaniu oka niezezującego.

Występując wbrew zdaniu tych operatorów, którzy uznają tylko antypozycyę za jedynie usprawiedliwiony i uzasadniony zabieg operacyjny w leczeniu zeza, przemawia autor w obronie tenotomii, którą radzi wykonywać odrazu na oku niezezującym. Przyznaje, że nie jest to myśl nowa, bo oddawna wykonywano już tenotomię na

drugim oku, ilekroć operacya na oku zezującym dała wynik niedostateczny. Idzie mu tylko o to, aby rozpocząć leczenie od oka niezezującego, wykonując w razie zezą zbieżnego ostrożną tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego, w razie zaś zezą rozbieżnego wydatną tenotomię mięśnia odwodzącego. Wychodząc z założenia, że wszelki zez towarzyszący polega na zaburzeniu nerwowego mechanizmu konwergencyi, nie obawia się, żeby tenotomia taka mogła wywołać upośledzenie ruchomości, lub zmianę ustawienia oka operowanego. Ustawia się ono nadal prawidłowo, ale tylko dzięki temu, że równocześnie zboczenie drugiego, zezującego oka znacznie się zmniejsza lub nawet zupełnie znika. Autor od szeregu lat operuje w ten sposób i jest zadowolony ze swych wyników. Zazwyczaj rozpoczyna leczenie od środków optycznych, jak ćwiczenia stereoskopowe, noszenie odpowiednich szkieł i prowadzi je przez przeciąg pół roku, a gdy zez nie ustępuje, nie czekając dłużej, przystępuje do operacyi. Częstość zatem operuje dzieci poniżej 10 roku życia.

Dyskusya:

Van der Straeten występuje przeciwko wywodom prelegenta i krytykuje zalecaną przez niego metodę. Przedewszystkiem sprzeciwia się operowaniu oka niezezującego, ponieważ rzadko kiedy uda nam się uzyskać na to przyzwolenie chorego. Nie widzi zaś żadnej szczególnej korzyści w tem postępowaniu. Następnie uważa za niewłaściwe operowanie zezą zwłaszcza zbieżnego przed 10 rokiem życia, gdyż wiadomo, że odpowiednie szkła, oraz ćwiczenia stereoskopowe i monokularne, przeprowadzane nie przez miesiące, lecz przez lata całe, mogą zupełnie usunąć zez, przywrócić widzenie obuoczne i uczynić wszelki zabieg operacyjny zbytecznym. Z drugiej strony we wielu przypadkach zez ustępuje bez żadnego leczenia. W tych razach przedwczesna tenotomia sprawdziłaby niechybnie następwy zez rozbieżny.

Coppez zapytuje, co właściwie rozumie Bettremieux przez tenotomię wykonaną w sposób umiarkowany. Tenotomia, zdaniem jego, jest zawsze jednaka, ścięgnu musi być przecięte w całości, bo jeśli się jedno włókienko pozostawi nieprzecięte, wtedy skutku nie ma żadnego i całe ścięgnu przyrasta w tem samym miejscu. Ze swej strony dodaje uwagę, że zapadnięciu się mięska łzowego łatwo zapobiedz, jeśli się przecina spojówkę tuż przy rąbku rogówkowym, a następnie po przecięciu ścięgna zakłada zwywy poziome.

Bettremieux odpowiada, że przez umiarkowaną tenotomię rozumie taką operacyę, przy której prócz samego ścięgna nic więcej się nie przecina. Nie należy przecinać bocznych wypustek

ścięgną, ani powięzi, która się z tem ścięgnem łączy. Tak ostrożnie wykonana tenotomia nie ograniczy ruchomości oka niezezującego, a zmniejszy nieraz znakomicie kąt zezą oka drugiego.

Gauthier na podstawie własnego doświadczenia oświadcza się za sposobem operowania zalecanym przez prelegenta.

Ridder (Bruksela). Zniedołużnienie umysłu (*dementia*) i tarcz zastoinowa w przebiegu nowotworów mózgu.

Przez wyraz *dementia* określa prelegent nie jakąś odrębną chorobę umysłową, lecz stan umysłu, mający tylko znaczenie objawu. Stan ten polega na przytępieniu wszystkich władz umysłowych i moralnych i stanowi, jak wiadomo, główny rys wielu chorób różnego pochodzenia: i tak spotykamy się z nim w przypadkach ognisk rozmiękczykowych, albo też krwotocznych w mózgu, w przypadkach padaczki, histeryi, uwiadu starczego, różnych przewlekłych zatruc, zwłaszcza przy zatruciu alkoholem, w porażeniu postępowem, a wreszcie w przypadkach nowotworów w mózgu. Te ostatnie dają przeważnie dość ściśle określony zbiór objawów, zależnych przedewszystkiem od zwiększenia ucisku wśródczaszkowego. Są to w pierwszym rzędzie bóle głowy, nudności, wymioty, zwolnienie tętna i tarcz zastoinowa. W dalszym rzędzie przyłączają się objawy ogniskowe, zależne od zniszczenia przez nowotwór pewnych ośrodków lub dróg nerwowych. Do tej kategorii objawów zalicza prelegent także i wzrastające niedołużstwo umysłu. Cza-tem występuje ono do tego stopnia na plan pierwszy, że sądzić można, iż się ma do czynienia z jedną z chorób umysłowych. Nieraz dopiero stwierdzenie zapomocą wziernika tarczy zastoinowej naprowadza nas na myśl, że może zachodzić nowotwór wśródczaszkowy. Tak się stało w dwóch przypadkach spostrzeganych przez prelegenta. Wynika z tego, że w przypadkach demencyi, której nie towarzyszą żadne wyraźne objawy wzmocnienia ucisku wśródczaszkowego, nie należy nigdy zaniedbać zbadania dna oczu. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, a po części i oględzin pośmiertnych Gallemaerts, Dureta, Gianello, Neumayera i własnych twierdzi Ridder, że demencya towarzysząca nowotworom mózgowym ma ważne znaczenie rozpoznawcze dla określenia umiejscowienia guza. Występuje ona najczęściej w przypadkach nowotworów usadowionych w białej istocie płatu czołowego lub skroniowego, lub w przedniej części spoidła wielkiego. W miejscach tych krzyżuje się niezmierną ilość włókien nerwowych assocyacyjnych, przebiegających bądźto z półkuli jednej do drugiej, bądź łączących ze sobą różne ośrodki tej samej półkuli. Przerwanie i zniszczenie tych połączeń assocyacyjnych sprowadza rychło głę-

bokie zaburzenia władz umysłowych. Odnosi się to w najwyższym stopniu do płatów czołowych, które, jak to już dziś po nad wszelką wątpliwość wykazano, są głównem siedliskiem inteligencji, pamięci, uświadamiania wrażeń i kojarzenia wyobrażeń. Nowotworom rozwijającym się w tych okolicach towarzyszy, częściej może niż innym, tarcz zastoinowa, wiadomo jednak, że niema ona sama przez się żadnego znaczenia rozpoznawczego dla określenia lokalizacyi nowotworu.

Van Schevensteen (Antwerpia). **Przypadek wpadnięcia gałki ocznej na tle urazu.**

Autor opisuje przypadek robotnika portowego, któremu spadła na głowę deska z wysokości około 5 metrów. Stracił przytomność i dostał silnego krwotoku nosowego. W kilka dni po tym wypadku badanie wykazywało jeszcze silny obrzęk w okolicy rany tłuczonej nad prawym łukiem brwiowym i mimo silnego obrzęku powiek, łatwo dający się zauważyć *enophthalmus*, który mierzony przyrządem Hertla wynosił 4 mm. Ruchomość oka we wszystkich kierunkach prawie zniesiona i w następstwie tego podwójne widzenie. Mierne współśrodkowe zwężenie pola widzenia, przy prawidłowej bystrości wzroku i niezmienionej akomodacyi. Nadto stwierdzono upośledzenie czucia w zakresie prawego nerwu nadoczodołowego. Badanie radiograficzne wykazało z wielkiem prawdopodobieństwem złamanie podstawy czaszki w okolicy prawego skrzydła kości klinowej. Nawiązując do tego spostrzeżenia omawia autor obszernie liczne teorye z mechanizmu powstania *enophthalmus* w swoim przypadku za najprawdopodobniejszą przyczynę wpadnięcia gałki ocznej uważa powiększenie jamy oczodołowej wskutek złamania kości.

Vauden Bergh (Bruksela). **Kontrola okulistyczna w szkołach miasta Anderlecht.**

Prelegent przedstawia w dłuższym wywodzie szczegóły wzorowej pod każdym względem organizacyi okulistycznej inspekcji zaprowadzonej w szkołach belgijskiego miasta Anderlecht.

De Waele (Gandawa). **Asthenopia nervosa wywołana światłem elektrycznym. Zapobiegawcza wartość żółtych szkieł ochronnych.**

Wobec coraz większego rozpowszechnienia oświetlenia elektrycznego, mianowicie łukowych lamp elektrycznych we fabrykach, na ulicach i placach, w wielkich salach restauracyjnych, a nawet w niektórych publicznych zakładach naukowych, coraz częściej

zdarzają się przypadki zaburzeń wzrokowych, wywołanych olśnieniem przez rażące światło tych lamp. Objawy tej astenopii są dobrze znane: bóle w gałkach ocznych, niewydolność wzroku przy pracy z bliska, chwilowe mroczki, a nawet erytropsya. Prelegent zdaje sprawę z 6 podobnych spostrzeżeń własnych, które wybrał z pośród znacznie większej liczby przypadków takiejże astenopii, ponieważ w tych 6 przypadkach, badanie przedmiotowe wykazywało prawidłowe stosunki refrakcyi i akomodacyi oraz prawidłową równowagę mięśni ocznych i wogóle nie wykazywało nic poza olśnieniem światłem lamp elektrycznych, do czego możnaby było odnieść podmiotowe dolegliwości chorych. Ponieważ nie wszyscy ludzie, którzy narażają się na rażący blask lamp elektrycznych, podpadają tym zaburzeniom, należy przypuścić, że ulegają im tylko ci, których układ nerwowy odznacza się większą wrażliwością odziedziczoną po przodkach lub nabytą przez chorobę. Badania Schanza i Stockhausena wykazały, że widmo światła lamp łukowych okazuje poza krańcem widzialnych jeszcze promieni fioletowych, ogromną część krótkofalowych promieni niewidzialnych, silnie działających na płytę fotograficzną. Lampa Nernsta daje również rozległe widmo pozafioletowe sięgające daleko poza granicę tych promieni, które jeszcze chłonie i zatrzymuje zwyczajne szkło bezbarwne. W każdym razie i takie szkło stanowi już dla oczu pewną ochronę przed niewątpliwie zgubnym działaniem promieni ultrafioletowych, ponieważ chłonie wszystkie promienie, których długość fali nie przekracza 300 μ . Szkło matowe mleczne jest pod tym względem korzystniejsze, najkorzystniejszym zaś jest żółte szkło zwane *Euphos* i z niego powinny być wyrabiane klosze do lamp łukowych.

Światło lamp łukowych jest wprawdzie nie pod względem natężenia, ale pod względem jakości o wiele zgubniejsze od bezpośredniego światła słońca, a szkodliwy jego wpływ objawia się tem częściej z tego właśnie powodu, że gdy oczy nasze mimowiednie unikają spojrzenia w słońce, obawiając się jego nadmiernego blasku, to przeciwnie z bezpośrednim światłem nieprzeliczonych lamp łukowych zwłaszcza w wielkich miastach spotykają się na każdym kroku. Prelegent przedstawia w końcu następujące postulaty:

1) Lamy łukowe powinny być zawsze opatrzone kloszami ze szkła, chłonnącego możliwie najwięcej promieni pozafioletowych.

2) Gdzie to tylko możliwe, powinny być one rozmieszczone w ten sposób, żeby światło ich nie dostawało się bezpośrednio do oka, lecz dopiero po odbiciu od powierzchni białej, o której wiadomo, że zatrzymuje w sobie część promieni szkodliwych.

3) Jeżeli warunki te spełnione być nie mogą, w takim razie

osoby skłonne do zaburzeń wzrokowych, o których mowa, powinny używać żółtych szkieł ochronnych.

Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie w lipcu 1910 r.

W ostatnim czasie zgłosili:

Doc. Dr Lewicki z Odessy referat: Torebka Tenona, jej anatomia i patologia.

Dr Żurkowski z Humania: Ile mamy sposobów wyrównania As. mp.-hp. i jakie.

Z Dr Fukalą z Wiednia, dotychczas 3-ch zamiejscowych prelegentów! Za mało materiału na ucztę naukową pierwszego zjazdu towarzystwa okulistów polskich.

Widocznie pora nie wygodna dla praktyków. Z wielu zaś stron objawiono życzenie, aby zjazd okulistyczny połączyć z najbliższym zjazdem lekarzy i przyrodników polskich. To też skłaniając się do tego życzenia zwłaszcza wobec małego udziału, jaki dotychczas zgłoszono, jesteśmy zniewoleni **zapowiedziany już pierwszy kongres towarzystwa okulistów polskich odroczyć do czasu zjazdu lekarzy i przyrodników polskich**, jaki odbędzie się w Krakowie w roku przyszłym w lipcu.

Prosimy jednak usilnie czcigodnych Kolegów, aby zechcieli wcześniej zgłaszać i wolne odczyty i demonstracye, a zwłaszcza referaty, którebyśmy mogli drukiem ogłosić i uczestnikom zjazdu przyszłego rozesłać, a nastąpi to, jeżeli rękopisy będą nam dostarczone do końca roku bieżącego.

Komitet przygotowawczy:

R. dw. Prof. Wicherkiewicz,
przewodniczący.

Prof. K. W. Majewski,
sekretarz.

Spis pp. współpracowników i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

Dr Bałłaban, Archiv für Augenheilkunde.

Prof. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique, Medycyna Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.

Dr T. Berezowski, Zeitschrift für Augenheilkunde.

Prof. Dr Chlumsky, pisma czeskie.

Dr Eberson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aertzliche Zentralzeitung i Przegląd lekarski.

Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek., Czasopismo lek.

Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.

Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.

Dr Kleczkowieki, Graefego Archiv f. Ophthalmologie.

Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.

Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.

Prof. Dr Majewski, Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmology Milwaukee.

Dr Matuszewicz, Wracz i Ophthalmic Review.

Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.

Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophthalmologie.

Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.

Dr Szafnicki, Wiestnik oftalmologii.

Prof. Dr Szulistański, czasopisma higieniczne, Vierteljahrschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.

Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie odnośnych czasopism.

Redakcja.

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincyi 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszystkich wybitniejszych pracowników na polu filozofii, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnie polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny wogóle.

Każdy zeszyt zawiera

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 5. Autoreferaty |
| 2. Przegląd nauk szczegółowych | 6. Sprawozdania |
| 3. Przegląd krytyczny | 7. Przegląd czasopism |
| 4. Przegląd systematów współczesnych | 8. Wiadomości bieżące i notatki |
| | 9. Bibliografię |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcja otwarta od godz. 4-ej—7-mej.

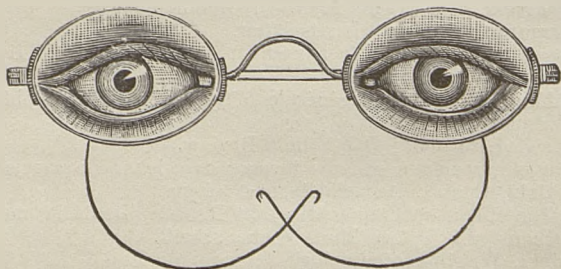
K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

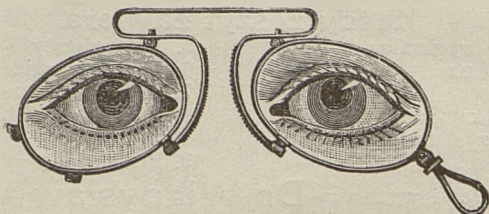
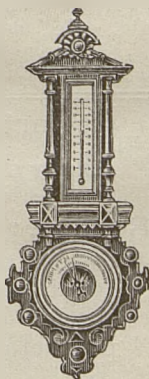
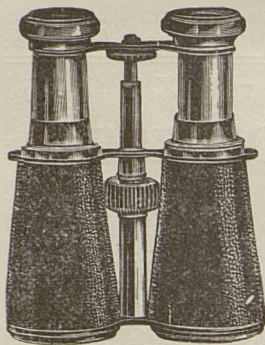
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę, szlifiernię szkieł optycznych, urządzoną podług systemu metrycznego z popędem motorowym.

Jako specjalność szlifuje wszelkie **soczewki kombinowane** z szkła białego, dymnego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn, obficie zaopatrzony we wszelkiego rodzaju wyroby optyczne, aparaty elektryczne lekarskie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.