

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

WYCHODZI z końcem każdego miesiąca w objętości 2 do 3 arkuszy.

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska l. 15. — Administracya i ekspedycya: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Zgoda l. 4; tamże przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz petlitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 12 kor. — W Niemczech 12 mrk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Francyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1*20 kor.

PRZEDPŁATE przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitzgera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń.

ROZNIK DWUNASTY.

1910.



KRAKÓW.

CECJONKAMI DRUKARNI UNIwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1910.

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

- Dr Bałtaban, 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 Ebersson 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 Kleczkowski, Graefego Archiv f. Ophthalmologie.
 Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
 Dr Łuniewski w Kołomyi. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges
 Prof. Dr Majewski, Archives d'Ophth., Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmologische Klinik, 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, Vierteljahrsschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.

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

T R E Ś Ć.

	Str.
I. Prace oryginalne.	
Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki (keratomalacia) w następstwie wadliwego odżywienia. Prof. Wicherkiewicz	1
II. Spostrzeżenia z praktyki.	
Zaćma pochodzenia urazowo-chemicznego. Dr Stanisław Halicki	9
III. Streszczenia.	
Przyczynek do patologii dróg wzrokowych w mózgu ze szczególnem uwzględnieniem jej wyników dla anatomii i fizjologii. G. Lenz (Wrocław)	13
Badania nad jaskrą krwotoczną. R. KümmeI (Erlangen).	14
Mięsak śródgałkowy i zapalenie sympatyzujące. J. Meller	15

(Dalszy ciąg na 3-ej stronie okładki).

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Styczeń.

—* ROCZNIK DWUNASTY. *—

1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki (*keratomalacia*) w następstwie wadliwego odżywienia.

Napisał

Prof. WICHERKIEWICZ.

Że niedostateczne pożywienie, zwłaszcza brak pokarmów azotowych, wywołuje znamienne zeschnięcie nabłonka spojówki przy rogówce w postaci białawych, lśniących plam Bitota, aż nazbyt wiadomą jest rzeczą, jak niemniej, że w parze z tem występuje także hemeralopia. Jest ona wyrazem tego, że niedożywienie upośledza także wymianę materii w siatkówce a tem samem tworzenie się szkarłatu siatkówkowego. Wiemy dziś również, że znalezione przez Kuschberta i Neissera na zeschniętej spojówce prątki kserotyczne nie stanowią, jak pierwotnie sądzono, swoistych tej choroby drobnoustrojów. Widocznie w takich spojówkach znajdują one tylko korzystne do większego rozwoju warunki. Jako o rzeczach znanych dalej rozwodzić się nad tem nie mamy więc powodu*).

*) Obszerniejszą pracę pod tym względem na podstawie spostrzeżeń kliniki naszej ogłosi niebawem Dr Rosenhauch w Przegl. lek.

Powyższy objaw spojówkowy w niezwykłych warunkach ogarnia i rogówkę i doprowadza ją do rychłego rozpadu zwanego keratomalacją czyli rozmiękczeniem rogówki. Ta sprawa jednak pod względem klinicznego znaczenia wymaga jeszcze oświetlenia.

Pierwotnie spostrzegano taki rozpad u dzieci. W r. 1864 Fischer¹ odnosił go do odry ukrytej, Graefe² w r. 1866 uważał go za wynik zapalenia mózgu u noworodków, inni widzieli keratomalację u dzieci chorujących na *bronchitis capillaris*, sam³ zaś miałem sposobność widzieć ten rozpad rogówki u noworodków z ciężkimi objawami *lues congenita*, a w dwóch z nich swoiste leczenie (kąpiele sublimatowe) i dobre sztuczne odżywianie utrzymało dzieci przy życiu i proces rogówkowy powstrzymało.

Zdawało się pierwotnie pierwszym spostrzegaczom, iż keratomalacja to choroba najmłodszego wieku, przeważnie niemowląt, tymczasem dalsze spostrzeżenia i doświadczenia pouczyły, że ni wiek ni rodzaj nie mają wyłącznego do tej choroby przywileju.

Sam przed wielu laty (20) u dziecka starszego bo 10-letniego śledziłem keratomalację obustronną z kserozą spojówki, powstałą w następstwie ciężkiego zapalenia wątroby z żółtaczką. Obie rogówki były bliskie zupełnego rozpadu, gdy na szczęście śmierć zakończyła cierpienia dziecka i oszczędziła mu smutnego losu zupełnej ślepoty.

Wiadomo, że opisana przez Gama Lobo⁴ choroba, zwana „*ophthalmia brasiliensis*“, występująca u murzynów, tak u dzieci jak i dorosłych, gdy w niewoli źle się odżywiają, nie jest niczem innym jak szeregiem objawów, mających to samo tło, a kończących się rozpadem rogówek, silnem rozwolnieniem, śpiączką i śmiercią, jeżeli nie zapobiegnie tej ostatniej, stosowne podniesienie odżywienia racjonalnego.

Podobna choroba ma, wedle Inouye⁵, występować także w Japonii, nazwana tamże „*Kamme*“, a Thalberg⁶ opisuje liczne jej występowanie tak u dzieci jak i osób starszych w Petersburgu w czasie cięższego postu.

Z tego co powyżej przytoczyłem wynikałoby, że z jakiegokolwiek powodu powstałe wybitniejsze obniżenie odżywiania się organizmu do tych zmian prowadzi. Zachodzi wszakże pytanie, czy nie współdziałają przy tem jeszcze inne czynniki. Związku przyczynowego między rozpadem rogówki a kiłą przyrodzoną wprawdzie domyślano się, bo nawet owa *encephalitis* Greefego miała być rzekomo pochodzenia takiego, ale nie stwierdzono żadnego przypadku dowodem. Moje trzy pod względem tym były klinicznie niewątpliwe, gdy i amneza i objawy syfilityczne, a także skuteczność kuracji za tem przemawiały.

Dziś, gdy posiadamy możność stwierdzenia mikroskopem kiły, wykazanie związku z nią rozpadu rogówki nie powinno przedstawiać trudności. To też Sydney Stephenson⁷ w czterech przypadkach niemowlęcego rozpadu rogówki wykazał obecność krętka bladego (*spirochaeta pallida*).

Rozpad rogówki u dzieci znamionuje się tem, że występuje u noworodków charłacznych zazwyczaj poniżej 1—2 roku wieku. Dalej wysychaniem spojówki i szybkim rozpadem rogówki w obrębie zwłaszcza szpary powiekowej. Dziecko apatyczne zaledwo porusza oczy, a powieki niedomknięte, co wszystko przypomina podobny stan w ostatnim okresie cholery azjatyckiej. Lubo nie ulega wątpliwości, iż do zmian tych prowadzi najwyższy stan charłactwa, to jednak nie umiano sobie wytłumaczyć właśnie samego rozpadu rogówki i przypuszczano już to neuroparalityczny wpływ, przeciw czemu brak znieczulenia przemawia, już to zatory w naczyniach przyrogówkowych, których jednak nie stwierdzono, już to drobnostrój. A jednak te, które napotykamy przeważnie i to w pierwszej linii t. j. prątki kserotyczne nie są swoistemi, lubo dawniej za takie uważane, a doświadczalnie przez wszczepienie nie wywołują podobnego procesu. Inne jak streptokokki, stafylokokki czy pneumokokki znajdują korzystne podłoże w już rozpadającej rogówce.

Z konieczności trzeba więc przyjąć wpływ neurotroficzny, spowodowany wyłącznie do najwyższego stopnia obniżonem

odżywieniem organizmu, a ten stan mogą najrozmaitsze spowodować okoliczności. Raz ogólne choroby jak *encephalitis*, *bronchitis*, *syphilis* u noworodków, tyfus, cholera, zapalenie wątroby u dzieci starszych i dorosłych. Ale i brak dostatecznego pożywienia w azot obfitującego czy to z konieczności przypadkowej czy też dobrowolnie powstały ten sam lubo mniej wybitny miewa skutek.

Tu chciałbym przytoczyć przypadek, który ciekawy i z tego powodu, iż stan ten chorobowy rogówki powstał u człowieka dotkniętego pewnem zboczeniem umysłu i że forsowna naprawa odżywienia spowodowała równocześnie powstrzymanie rozpadu i ocalenie przynajmniej jednego oka.

Paszyna Walenty, tkacz z Lipnika (Śląsk austr.) 31 lat mający, zgłosił się 12. VII. 1904 r. do kliniki uniwersyteckiej skarżąc się, iż źle widzi wieczorem. Stwierdzono wtenczas, jak w książce protokołowej czytałem, *Xerosis epithelialis Hemeralpia oc. utr. Fibrae medull. oc. dex.* Wzrok obuocznie $\frac{6}{6}$ Em. Sn. 0·5 pr. 20 cm.

Choremu zapisano maść Pagenstechera do masowania a później do zapuszczania w oko sol. strychn. Badanie fotometrem Foerstera wykazało niemożność rozpozn. znaków nawet przy największem otworze świetlnym. O oznaczaniu szczegółowem ani o polu widzenia nie znajduję wzmianki.

Chory po raz drugi przedstawił się w dwa lata później i to 21 kwietnia, w czasie mej nieobecności z tą samą skargą; przytem anamneza o tyle została uzupełnioną, iż zapisano »że chory w dzieciństwie przechodził tyfus, a dalej, iż rodzice i rodzeństwo zdrowi i dobrze widzą«. Wzrok badanego okazał się niezmienionym, rozpoznanie stawiono to samo. Przepisano maść, jod i dyoninę. Badanie pola widzenia miało być prawidłowe.

W r. 1908 dn. 23. VI. chory zgłasza się po raz trzeci z powodu, iż od dwóch tygodni prawe oko go boli, ropyje co połączone z silnym bólem głowy. Leczony w Bielsku. Chory został mi przedstawiony, przyczem stwierdziłem co następuje:

Pro. powieka dolna nieco podwinięta. Spojówka powiekowa i załamek przejściowy przekrwione i rozpulchnione, spojówka gałki zaś silniej przekrwiona z odcieniem fioletowym. Naokoło rogówki włącznie rąbka spojówkowego pierścień zeschniętego nabłonka najszerszy w obrębie szpary powiekowej, a cała spojówka mniej od prawidłowej gładka. Na rogówce dołem tak po stronie nosa jak i skroni dwa ubytki łączące się ze sobą, o spodzie gładkim. Środek rogówki natomiast zwłaszcza w głębi zmętniały, szaro zielonkowaty.

Lo. spojówka mniej silnie przekrwiona zwłaszcza gałkowa, nabłonek spojówki gałki zeschnięły przeważnie naokoło rąbka, a przechodzi także pasem 1 mm szerokim na samą rogówkę, która zresztą jest czystą, a tylko od góry kilka na niej widnieje naczyń powierzchownych. W dolnej zaś jej połowie wysepki zeschniętego nabłonka wkraczające nawet w obręb źrenicznej części wskutek czego badanie oka wzornikiem utrudnione zwłaszcza przy wężkiej lecz na światło dobrze oddziałującej źrenicy. Dno oka przedstawia się jednak prawidłowe. *W. pro.* i l. św., projekcja wadl. *W. lo.* $\frac{0}{18}$. Hp. 0 8. Sn. 1 5. c. + 1.

Mając przed sobą niewątpliwy przypadek *keratoconj. xerotica* obu ocz ze znacznie posuniętym rozpadem rogówki prawego, nie wiedząc przytem, że chory dawniej już na klinice przedstawiał się, począłem badać szczegóły anamnestyczne, które wykazały co następuje: Już przed rozpoczęciem się choroby ocznej obecnej, bo od dzieciństwa gorzej widział wieczorem. »Miałem, zauważył, kurzą ślepotę zawsze w maju, gdy zaś maj minął, mijała i kurza ślepotą«. Odpowiedzi chorego były jednak jakieś tajemnicze, jakby krępowane obecnością lekarzy, tak, że wziętem go do osobnego pokoju celem szczegółowego badania na osobności. Tu wyznał mi: że mu się Pan Jezus objawił i kazał mu za ciężkie grzechy pokutować na ziemi, jadać tylko chleb suchy, ziemniaki i pijać wodę a ciężko pracować«. To też od 10 lat jest jarozsem, a od roku zjada dziennie tylko za 10 centów chleba i pija zimną wodę, a przy tem pracuje wiele, a w nocy przepędza sporo czasu na modlitwie.

Chory blady, niedokrewny, o słabem tętnie, robi wrażenie psychicznego i dla tego poprosiłem o zbadanie pod tym względem kolegę prof. Piltza, który był łaskaw następujące przysłać mi orzeczenie co do stanu umysłowego: »Rozpoznaję *paranoiam*. Badanie wykazuje usystemizowanie urojenia treści religijnej z omamami zmysłów. Urojenia wielkości, które chory skupia i urojenia prześladowcze«.

Wobec groźnego stanu prawego oka przyjąłem chorego na mój oddział krajowego szpitala św. Łazarza. Tu poleciłem chorego dobrze odżywiać, co jednak napotykało na wielki ze strony chorego opór; udało mi się wszakże wmówić w niego, że to co dostaje są leki. Spożywał więc dobrowolnie chleb, ale pił także mleko, jadał twarde żółtka, jako lekarstwo, a nadto w większych ilościach podawałem mu lecytynę.

Bakteryologiczne badanie z treści rogówki rozpadającej się zrobione wykazało: *staphyloc. albus*, *streptococcus* i *bac. xeroticus*. W płucach miano stwierdzić *tuberculosis pulmonum* na oddziale chorób wewn. szpitala. Do oka stosowano masę żółtą, *colargol*, później jodoform i dyoninę. W miarę lepszego odżywiania się chorego stan oczu poprawiał się coraz więcej.

Prawe oko zagoiło się wytworzeniem się spłaszczonego bielma całej rogówki, gdy na lo. powstały powierzchowne plamki dołem do środka prawie sięgające. *Xerosis* spojówki w obu oczach znikła i chory z daleko lepszym ogólnym wyglądem opuścił szpital dn. 11. VII.

Dn. 3. X. powrócił podając, że przez 6 tyg. leczył się środkami poleconymi (*ung. flav.*, *dionina*) jadał mięso nawet już $\frac{1}{2}$ kilo od razu i pijał 3 razy mleko. Zgłasza się dla prawego oka, na którym pragnąłby odzyskać utracony wzrok.

Cała rogówka prawa przedstawia bliznę płaską z punkcikiem wdrażonym ciemniejszym w samym środku (przetoka) natomiast górny skrawek rogówki jeszcze przeświecający a do niego przylega tęczówka.

W. pro. il. św. proj. wadliwa. *W. lo.* $\frac{6}{6}$ Sn. 0.5. *T. pro.*
—2. *lo. n.*

Fotometr *lo.* przy otworze 3 mm, a zatem $L = \frac{4}{9}$.

Gdy po 4 tyg. stan o tyle się zmienił, iż chory przewieziony do kliniki narzekał na błyski w prawym oku, które wyraźne już miało wręby, odpowiadające ciśnieniu mięśni prostych, wykonałem przesunięcie ku tyłowi wszystkich mięśni prostych (*reclinatio*) z dobrym skutkiem.

Dalszych szczegółów, dotyczących tego przypadku, jako nie należących do rzeczy, nie przytaczam.

Pouczajacem w historyi tego przypadku jest to, że ciekawe przy zboczeniu umysłowem przeprowadzane wadliwe odżywianie zrazu spowodowało tylko kserozę spojówkową i hemeralopię. Już Foerster w wielkich ilościach przypadków spostrzegał te objawy w domach sierot, więzieniach i innych internatach, a odnosił je właśnie do wadliwego odżywiania. Dziś obserwacje takie może nie powtarzają się lub nie w tym stopniu przy racjonalniejszym żywieniu takich dobrowolnie lub za karę internowanych osób.

I potrzeba było u naszego chorego wieloletniego dalszego podkopywania zdrowia, by organizm usposobić do dalszych zmian odgrywających się już na rogówce. A dalej zasługuje na uwagę skuteczność forsownego i z niemałym trudem przeprowadzonego racjonalnego żywienia chorego.

Ale podejmując znowu tok naszych myśli, przerwanych opisem szczegółowym powyższego przypadku, pozostaje nam jeszcze odpowiedzieć na pytanie, na czym właściwie polegają owe zmiany w skutkach tak złowrogie dla chorego odgrywające się przy keratomalacyi na, względnie w rogówce.

Horner przypuszcza, że bezpośrednią przyczyną rozpadu jest zeschnięcie nabłonka rogówkowego. Co go powoduje? To ubytek właśnie składników wodnych ciała sprowadza zeschnięcie nabłonka, a dalej rozpad tegoż z całym następstwem, popartem złem odżywieniem organizmu a temsamem i gałki wystawionej na działanie rozmaitych zewnętrznych szkodliwości.

Horner⁸ sam wprawdzie przyznaje, iż w 5-u przypadkach widział ten rozpad rogówki u dzieci, dotkniętych kiłą

odziedziczoną, jednak zaprzecza, aby zboczenie konstytucyjne można obwiniać o bezpośrednie spowodowanie zmiany rogówkowej. Tu raczej kiła wywołuje ciężkie zaburzenie w odżywieniu, które dopiero w następstwie prowadzi do zmian ocznych.

W przypadku badanym przez siebie anatomicznie *post mortem* stwierdził Horner następujący stan oka noworodka: Wrzód rogówkowy otoczony jest w częściach najbliższych rąbka nekrotyczną tkanką, włókna rogówkowe, o ile jeszcze nie zniszczone, rozpadają się, a w głębszych warstwach zapalny naciek. Ku środkowi wnikanie grzybicze. Nie jest ono objawem pośmiertnym, gdyż części tkanki już rozpadniętej nie posiadają żadnych bakterii. Znajdują się one najliczniej w tkance jeszcze dość zbitej, powodują zaś infiltrację ciałek białych poprzedzającą rozpad. Bakterie stanowią ten »pył«, który przez szpary rozpadniętego nabłonka rogówkowego wnika i tkankę do rozpadu doprowadza. Nie są więc one niczem pierwotnym, ale tylko przez zeschnięcie nabłonka rogówkowego zyskują na znaczeniu.

Że tu w podobnych przypadkach samo zesychanie nabłonka rogówkowego nie stanowi wyłącznego czynnika chorobowego, nie chciał niewątpliwie i tak bystry badacz, jakim był Horner, twierdzić. Wiadomo przecież, że bardzo silne zesychanie występuje po stosowaniu kokainy, co prawda tylko krótkotrwałe, ale i dłużej trwające, występuje np. w niektórych przypadkach zejścia ciężkiego zapalenia trachomatycznego, a jednak nie przychodzi ni tu ni tam do rozpadu rogówkowego. Oczywiście warunki podatne do tego przygotowuje wzgl. tworzy złe odżywienie całego ustroju, dające się również we znaki i oku przez upośledzone krążenie soków. A to złe odżywienie może mieć, jak wykazaliśmy, najrozmaitsze powody i może być nawet dowolnie wywołanem. Wszystkie one spowodują równie ciężkie zmiany w oku, nawet bez miejscowych czynników specjalnych, jak obrażenie oka lub zakażenia np. treścią woreczka łzowego.

Literatura.

1. Fischer. Lehrbuch der entzünd. und organ. Krankheiten des Auges. 1864, pag. 275.
2. Von Graefe. Hornhautverschwaerung bei infantiler Encephalitis. Arch. f. Ophthalm. 1866. t. XII p. 2.
3. Wicherkiewicz. Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków. P. O. 1899 styczeń.
4. Gama Lobo. Annales brasilienses de med. 1865; t. XXV i Brazilian. Augentz Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1867. K. 4.
5. Inouye. Sprawozdanie z prywatnej kliniki. Tokio 1884.
6. Thalberg. Zur Kasuistik der durch Inanitionszustaende bedingten Hornhautgangraen Arch. f. Augenhk. 1883, t. XII.
7. Sydney Stephenson. A series of four cases of infantile gangrene of the cornea etc. The Ophthalmoscop 1908, p. 628.
8. Horner. Krankheiten des Kindesalters w Gerharda-Hadbuch der Kinderkrankheiten, p. 327 i następne.

II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Zaćma pochodzenia urazowo-chemicznego.

Podał

Dr STANISŁAW HALICKI.

Do wypadku, opisanego przez kol. Łuniewskiego w »Początku okulistyki« z r. 1906 (czerwiec, str. 173) o »zranieniu rogówki żądłem pszczoły«, pozwalam sobie, jako ciekawy przyczynek do kazuistyki zranień oka, dodać wypadek, spostrzegany i leczony przeze mnie, dotąd niespostrzegany i nie wzmiankowany w (dostępnej dla mnie) literaturze okulistycznej.

24-go sierpnia r. z. zgłosił się do mnie włościanin, ze wsi Jerechy, powiatu Wilejskiego, gubernii Wileńskiej, Symon Zarychda, lat 50, podając na wstępie, że dwa dni temu został »ukąszony« w oko przez pszczołę, gdy zbliżył się do ula, aby przyjrzeć się robocie, nastawiając kołnierz, aby mu owady nie weszły pod ubranie, jedna lecąc z dużym pędem, »jak strzała«, dźgnęła go w lewe oko. Żądło zostało jakoby wkrótce usu-

nięte przez otaczających. Stosował zimne okłady i na trzeci dzień po wypadku zgłosił się do mnie.

Łzawienie i ból od chwili wypadku wzmagały się, zajmując całe pół głowy.

Stan obecny 24-go sierpnia:

Górna powieka lewego oka nieco opadnięta, skóra mało zmieniona, zlekka zaczerwieniona, oko silnie łzawi, światłowstręt, spojówka gałkowa silnie przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe b. znaczne, również bolesność okolicy rzęskowej przy dotykaniu, T—n. Na rogówce, trochę niżej środka ku zewnątrz nieznaczne zmętnienie wielkości łebka od szpilki, zresztą rogówka przezroczysta, przednia komórka prawidłowo głęboka, źrenica zlekka rozszerzona, nierówna, tęczówka przekrwiona, o silnych objawach zapalnych (*iritis*), przyczepy tylne (*synechiae*), ciecz wodnista przedstawia się zmętniałą. Spadek wzroku tak znaczny, że chory zaledwo rozróżnia ruchy ręki, przy pełnym Vis ($\frac{20}{20}$) oka zdrowego. Szczegółów dna ocznego niepodobna rozejrzeć, z powodu rozlanego zmętnienia, jaki przedstawia cały obszar źreniczny.

Zalecono *Atrop. cum Cocaino*.

W parę dni potem:

Obraz oka prawie ten sam, źrenica rozszerza się nieprawidłowo, wskutek częściowych tylnych zrostów, odbłask dna ocznego zaczyna przybierać szarawo-zielonkawy odcień, nastrzyknięcie naokoło rogówki nie zmniejsza się, *iritis* bardzo znaczna, jak również bolesność okolicy rzęskowej.

Dalszy przebieg w ciągu paru tygodni (chory, z powodu zajęć rolnych nie mógł pozostać na stałe, zjawiał się regularnie co parę dni) następujący:

Injectio episcleralis ustępuje, bolesność przy dotyku okolicy rzęskowej słabnie, stan zapalny tęczówki zmniejsza się, oko bieleje. Źrenica ciągle nierówna, przyczepy trwają, dno oczne górą wewnątrz zaczyna dawać różowy odbłask, odpowiednio dołem zewnątrz chory zaczyna liczyć palce. Przy bocznem oświetleniu zmętnienia na rogówce odnaleźć nie można, natomiast na torebce soczewkowej wyraźne zmętnienie.

W ciągu następnych kilku tygodni coraz wyraźniejsze zmętnienie soczewki — wytwarzanie się zaćmy, począwszy od górno-zewnętrznej części, gdzie przy bocznem oświetleniu, widzialny był jakby coraz głębiej drążący ubytek miąższu soczewkowego z idącymi doń promieniami zmętniałej torebki.

W połowie września liczył chory palce na pół metra, przez niezajętą zmętnieniem część soczewki.

Wreszcie w pierwszych dniach listopada badany przedstawia taki obraz:

Oko blade, komórka dostatecznie głęboka, źrenica regularna ruchoma, T — n, projekcyja światła zupełnie dobra, V — $\frac{1}{3}$, katarakta uformowana, zmętnienie zajęło całą soczewkę.

Mamy przed sobą obraz powstania zaćmy pochodzenia urazowego poprzedzony silnym stanem zapalnym: tęczówki, ciała rzęskowego, a nawet naczyńówki; wygląd oka w przebiegu kilkotygodniowego stanu zapalnego był typowym, jaki widzujemy w ciężkich wypadkach *irido-chorioiditis*.

Błaha przyczyna wywołała w danym wypadku następstwa dla oka bardzo poważne, z groźnym przebiegiem, pozbawiając wzroku do czasu usunięcia zaćmy.

Kol. Łuniewski przychodzi w swym artykule do wniosku, że pozostałe zmętnienie rogówki, jakie po usunięciu żądła stwierdził jeszcze po 6-ciu tygodniach, oraz silny odczyn zapalny — są zależne, oprócz urazu t. j. zranienia, od działania chemicznego t. j. sparzenia rogówki kwasem mrówczanym, jako środkiem żrącym.

W moim wypadku wyraźnie występuje ta druga przyczyna nie mechanicznego zranienia, a chemicznego działania jadu. Jad, czyli kwas mrówczany, w moim wypadku dostał się bezpośrednio do przedniej komórki, zastrzyknięty silnem uderzeniem żądła, które musiało przebić całą rogówkę; wywołał bezpośrednio swem działaniem nie tylko odczyn zapalny wszystkich tkanek oka, na które działał, ale spowodował jeszcze obumarcie nabłonka torebkowego i następne utworzenie się zaćmy.

O chemicznem działaniu jadu pszczoł na nabłonek so-

czewki znalazłem wzmiankę w »Wiestniku oftalmologii« z r. 1905 (lipiec—sierpień) w streszczeniu pracy Huwald'a, umieszczonej w Graef. Archiv LIX 1, 1904 (*Klinische und Histologische Befunde bei Verletzung der Cornea durch Bienenstiche*). Autor badał wypadek ukąszenia w oko przez pszczołę; nazajutrz wystąpiło rozlane zmętnienie rogówki, hypopyon, na miejscu ukłucia zmętnienie, od którego szły także promieniowate zmętnienia (zapewne *lymphangoitis*?). Po powrocie rogówki do stanu prawidłowego na przedniej torebce jasno zarysowała się *cataracta polaris*.

Chcąc wyjaśnić przyczynę zmętnienia soczewki Huwald robił doświadczenia na oczach żywych królików, poddając takowe ukąszeniom pszczół; następnie badając oczy, otrzymywał kliniczne objawy podobne, lecz bez promieniowatych zmętnień rogówki. Wokoło miejsca ukąszenia otrzymywał obumarcie tkanki i inwazyę leukocytów. Nabłonek i śródbłonek rogówki były w stanie przerostu; na soczewkowej torebce przedniej spostrzegał częściowe obumarcie i przerost torebkowego nabłonka. Takie zmętnienia otrzymał wtedy, gdy jad przenikał aż do przedniej komórki; stąd Huwald przypuszcza toksyczne działanie jadu na nabłonek torebki.

W moim wypadku nie mogę sobie również wytłumaczyć tak szybkiego zmętnienia całej soczewki inaczej, jak tylko swoistem działaniem jadu na nabłonek torebki, który szybko zaczął ulegać zniszczeniu i w dwa tygodnie niecałe, po wypadku można było stwierdzić ubytek miąższu soczewkowego w górno zewnętrżnej części i promienisto doń zbliżające się typowe zmętnienia torebki (*cataracta capsularis*). Ze względu na rzadkość, jaką dany wypadek przedstawia, — chory dla usunięcia zaćmy będzie wkrótce poddany operacji w lecznicy okulistycznej wileńskiej; soczewka zaś badaniu drobnowidemu; o ile badanie takowe coś nowego wskazać nam będzie mogło — nie omieszkać podzielić się z czytelnikami.

III. STRESZCZENIA.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1909. T. LXXII. Z. 1.
(Referent Dr T. Kleczkowski).

Przyczynek do patologii dróg wzrokowych w mózgu ze szczególnem uwzględnieniem jej wyników dla anatomii i fizyologii. (Zur Pathologie der cerebralen Sehbahn unter besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse für die Anatomie und Physiologie). G. Lenz (Wrocław).

Kliniczno - anatomiczne badania przypadków, w których następował obraz połowiczego widzenia, są najważniejszym środkiem pomocniczym w dojściu do pewnych wyników co do dokładnego umiejscowienia i czynności dróg wzrokowych w mózgu przebiegających. Autor opiera się częściowo na przypadkach zebranych z literatury, częściowo na podstawie własnego materiału. W całym szeregu przypadków sekcyonowanych, w których były uszkodzone pierwsze osrodki wzrokowe, względnie początek radyacji Gratioleta, linia połowiąca pole widzenia na część, w której wrażenia wzrokowe były odczuwane i na część z wypadniętem polem widzenia, przebiegała przez punkt odpowiadający w projekcyi plamce żółtej. W mniejszości przypadków okolica plamki żółtej, jednak nie w charakterystyczny sposób, nie była przez ubytek w polu widzenia zajęta. Kliniczny materiał więc przemawia za tem, że przy schorzeniu wyżej wspomnianych części dróg wzrokowych linia połowiąca pole widzenia przechodzi przez plamkę żółtą. Typowe zachowanie pola widzenia przy połowiczem widzeniu w okolicy plamki żółtej spostrzegać jedynie można przy zmianach chorobowych umiejscowionych w części drogi wzrokowej najbardziej dośrodkowo położonej (tylna część rozbiegu włókien potyliczno-wzgórkowych i zakończenia ich korowe). Granica wśród dróg wzrokowych, odkąd idąc dalej dośrodkowo w razie uszkodzenia włókien nerwowych, występuje typowe zachowanie pola widzenia w zakresie plamki żółtej, leży według autora mniej więcej w środkowej, trzeciej części płata potylicznego. Uszkodzenie kory i substancji podkorowej tak płata potylicznego, jakoteż płata skroniowego bez uszkodzenia rozbiegu włókien Gratioleta, nie pociąga za sobą trwałego wypadnięcia połowiczego pola widzenia. Na mocy tego objawu, przypuszcza autor wspólnie z Henschenem, że główny ośrodek wzrokowy, biorąc pod uwagę jedynie płat potyliczny, musi się znajdować jedynie tylko na powierzchni medyalnej, względnie centro-medyalnej.

Położenia głównego ośrodka wzrokowego dotychczas ściśle określić nie można. Autor sądzi, że położenia jego nie można ściśle ograniczyć, jedynie tylko do *fiss. calc.*, ale, że granice jego należy rozszerzyć do dolnej części *cuneus gyrus ling.*, a może nawet i *gyr. fusif.* Uderzającym jest, że właśnie ta okolica wyżej wspomniana, którą z objawów kliniczno-anatomicznych, możnaby uważać za okolicę głównego ośrodka wzrokowego, również i ułożeniem architektoniczem warstw korowych, różni się od innych miejsc kory mózgowej (Brodmann). Plamkę żółtą korową należy według autora umiejscowić na tylnym końcu *fiss. calcar.* Połowicze widzenie dla barw ma szczególne znaczenie dla nauki o odczuwaniu barw i dla umiejscowienia ściśle określonego ośrodka dla barw. Znajduje się według większości autorów w okolicy *g. fusif.* Autor sprzeciwia się obecności osobnego rodzaju ośrodka. Fizjologicznie nie ma odczuwania barw w tych przypadkach, gdzie niema odczuwania jasności, a z drugiej strony przy uszkodzeniach *g. fusiformis* nigdy nie ma zaburzeń w rozpoznawaniu barw. Autor wraz z Behrem sądzą, że odczuwanie barw jest tylko wyższą czynnością tychsamych elementów, które światło odczuwają; czynność ta jednak przez lżejszego stopnia czynniki szkodliwe zostaje zniszczona. W przypadkach połowiczego widzenia przychodzi prawie w $\frac{1}{3}$ części przypadków do halucynacji wzrokowych w połowie pola widzenia, zajętej przez ubytek w polu widzenia. Zazwyczaj dzieje się to przy schorzeniach bocznej powierzchni płata potylicznego. Według Wilbranda miejsce to odpowiada polu pamięciowemu wrażeń wzrokowych w mózgu.

Badania nad jaskrą krwotoczną. (Untersuchungen über das hämorrhagische Glaukom). R. K ü m m e l (Erlangen).

Spostrzeżenia kliniczne i następowe badania drobnowidowe gałek ocznych wyłuszczonej, doprowadziły autora do wysnucia wniosku, że powstanie jaskry krwotocznej poprzedzają w typowych przypadkach zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, prowadzące następnie do krwotoków w siatkówce umiejscowionych. We wszystkich przypadkach zmienione były tak naczynia siatkówki, jakoteż naczynia rzęskowe. Najwybitniejsze jednak zmiany umiejscowione były w naczyniach poza gałką oczną leżących. Drogi odpływowe nie zawsze były zatkane — często jednak zatkanie to było, jednak było wtedy pochodzenia następowego. Za ostateczną przyczynę jaskry uważa autor obrzęk tylnego odcinka oka, powstałego w następstwie zmian w naczyniach krwionośnych. Badania autora wykazały następnie, że jaskra krwotoczna stoi w ścisłym związku ze schorzeniami całego systemu krwionośnego, względnie z ner-

kami i że można ją uważać za następstwo ogólnego schorzenia naczyń. Rokowanie co do oka jest niepomyślne, a w 20% przypadków zapada na jaskrę i oko drugie. Rokowanie jest również niepomyślne z powodu ogólnej choroby i dla życia.

Mięsak śródgąlkowy i zapalenie sympatyzujące. (Intraokulares Sarcom und sympathiesierende Entzündung). J. Meller.

M. przytacza przypadek, w którym w oku poprzednio zajętem przez mięsak naczyńiówki rozwinęło się zapalenie sympatyzujące. Z powodu braku przetoki łączącej, wewnątrz gałki ocznej z zewnątrzniemi częściami należy przyjąć, że zapalenie to rozwinęło się dzięki zakażeniu endogenetycznemu. Autor sądzi, że zakażenie endogenetyczne może mieć miejsce nietylko w tych nielicznych przypadkach nowotworów złośliwych oka, w których rozwinęło się zapalenie sympatyzujące, ale że ono częściej w grę może wchodzić. Można przypuścić, że nieznanne dotychczas jady, krążące we krwi, w prawidłowych warunkach, nie są w możności wywołać zapalenia sympatyzującego, ale że potrzeba do tego poprzedniego uszkodzenia naczyńiówki innymi czynnikami. Pierwszym takim czynnikiem szkodliwym jest zapalenie plastyczne naczyńiówki, drugim nowotwory złośliwe. Ze również zapalenie sympatyczne powstaje dzięki zakażeniu endogenetycznemu przemawiają za tem przypadki, w których zapalenie sympatyczne wystąpiło dopiero po całym szeregu lat, i że we wszystkich tych przypadkach nacieki sympatyzujące były bardzo świeże (Fuchs). Za endogenetycznem zakażeniem przy zapaleniu sympatycznym przemawiają również przypadki, w których oko sympatyzujące było zupełnie zanikłe i bez podrażnienia.

Klinische Monatsblätter f. Ak. R. 1909. R. XLVII. wrzesień i październik. (Ref. Dr Liebermann).

Przypadek zapalenia guzkowego rogówki. (Ein neuer Fall von knötchenformiger Keratitis). Dr E. Wehrli.

Jak dotychczasowa, dosyć skąpa statystyka wykazuje, choroba ta występuje zazwyczaj podczas 2 lub 3 dziesiątka życia.

Bakteryologicznie wykazać można zmodyfikowaną metodą Grama prątki ziarniste, które, zdaniem autora, nie przedstawiają degeneracyi, lecz specjalną postać wegetatywną drobnoustroju.

O rzadszych przyczynach wrzodu rogówkowego. (Über Hypopyon-Keratitis mit seltenen bakteriologischen Befunden). Dr E. Rosenhauch — Kraków.

1) Opis wrzodu rogówkowego, spowodowanego przez *Diplobacillus liquefaciens* Petit (10 przypadków).

2) Opis wrzodu, spowodowanego przez *Staphylococcus pyogenes sarciniformis* (1 przypadek).

3) Opis wrzodu, wywołanego przez gram - negatywne prątki (1 przypadek).

Opis histologiczny i anatomiczny przypadku wyrwania nerwu wzrokowego. (Ein Fall von Sehnervenausreissung aus dem Auge bei Schläfenschuss mit anatomischem Befunde). Dr K. Liebrecht — Hamburg.

Autor miał sposobność badania przypadku samobójstwa przez postrzał w prawą skroń nieco powyżej prawego łuku brwiowego. Kula przeszła skośnie ponad nerwem wzrokowym i utkwiała w lewej jamie szczękowej. W oczodole prawym wykazano przy sekcji liczne odłamki kostne. Nerw wzrokowy był zupełnie wydarty z oka i cały krwią przepojony. Zdaniem autora wyrwanie nerwu nastąpiło skutkiem prężności gazów, które zepchnęły gałkę na zewnątrz i ku dołowi, jakoteż skutkiem ucisku wspomnianych powyż odłamków kostnych.

Spostrzeżenia okulistyczne podczas ostatniej epidemii duru powrotnego. (Augenärztliche Erfahrungen aus der gegenwärtigen Rekurrens-Epidemie mit Berücksichtigung der Unfallsfrage). Doc. Dr Natanson Alexander — Moskwa.

W przebiegu wyż wspomnianego cierpienia, zdarzają się bardzo często powikłania ze strony oka, a mianowicie zapalenia jagodówki. Jednym z pierwszych objawów jest pogorszenie wzroku, skutkiem zaćmień w ciałku szklistem. Dopiero później, nieraz w 2—3 tygodni występuje bolesność i to czasami w jednym ściśle określonym miejscu gałki, a nadto światłowstręt. Wziernikiem widać pływające w ciałku szklistem pyłki i płatki o charakterystycznej blade-niebieskiej barwie.

Cierpienie to daje dobre rokowanie. Pod wpływem atropiny, dioniny i gorących okładów choroba ustępuje.

Ciężej przebiega zapalenie jagodówki, jeżeli zjawi się na wysokości napadu duru powrotnego, natomiast daleko łagodniej, jeżeli wystąpi w okresie rekonwalescencji.

O implantacji tkanki tłuszczowej do głębokich blizn kostnych. (Ueber Felttransplantation bei adhaerenten Knochennarben am Orbitalrand). Dr Ph. Vederame, Fryburg w Bryzgowii.

Wstrzykiwania parafiny do tkanki bliznowatej połączone są z wieloma niedogodnościami, zwłaszcza, operując w pobliżu oka. Często wstrzykując pod skórę nosa zdarzało się, iż parafina dostała się pod powiekę, powodując deformację, lub też drobne kuleczki parafiny powodowały zakrzepy w żyłach oczodołu i ślepotę. Wszystkich tych niedogodności uniknąć można, wszczepiając do ubytku kostnego, po odpreparowaniu od blizny, odpowiedniego kawałka tkanki tłuszczowej, wyciętej z powłok brzusznych. Autor operował w ten sposób z pomyślnym skutkiem kilka przypadków blizen po wrzodach guzliczych kości jarzmowej.

Badania nad jaglicą w preparatach wziętych z powierzchni i w skrawkach. (Trachombefunde im Ausstrich und Schnitt). Doc. Dr Wolfrum — Lipsk.

Badania te doprowadzają do wniosku, iż ciała Proważka, uważane obecnie za jad jaglicowy, gnieźdzą się przeważnie w powierzchniowych warstwach przyblonka spojówkowego. Badania preparatów, sporządzonych na szkiełku nakrywkowym, mają jednak tę ujemną stronę, że nie dają pojęcia o dokładnem rozmieszczeniu drobnoustroju. Rozcierając bowiem kroplę, wydobytą z worka spojówkowego, przemieszcza się w sposób zupełnie nieregularny wszystkie części składowe. Niedogodności tej unika się, badając skrawki wyciętej spojówki. Okazuje się wówczas, że wspomniane ciała leżą częściowo po za komórkami, częściowo w ich obrębie. Gdzienigdzie widać pęcherzyki, wypełnione drobnymi ziarenkami; są to resztki zniszczonych komórek.

Revue Générale d'Ophthalmologie. R. 1909. Nr 11 i 12.
(Ref. K. W. Majewski).

Przyczynek do patogenezy zaćmy starczej. (Contribution à l'étude de la pathogénie de la cataracte sénile. Les lésions du corps ciliaire). J. Mawas.

Przytoczywszy zapatrywania różnych autorów na istotę i sposób powstawania zaćmy starczej, zdaje Mawas sprawę z mikroskopowego badania gałki ocznej, wyłuszczonej w klinice Rolleta z powodu rozpoczynającego się mięsaka naczyniówki. W chwili

wyłuszczenia soczewka oka tego okazywała początki zaćmy starczej. Badanie histologiczne wykazało przede wszystkim zmiany w ciele rzęskowym, polegające głównie na daleko posuniętej sklerozie naczyń, oraz na zwyrodnieniu warstwy przybłonkowej (*pars ciliaris retinae*) okazującej liczne wakuole. Wyniki te, podane przez autora, zbliżają się najbardziej do wyników badań Petersa 1902 i Sali 1903. Początkową przyczyną zaćmiewania się soczewki jest, zdaniem autora, to zwyrodnienie warstwy przybłonkowej, która wydziela ciecz wodną. Porządek przejawów patologicznych byłby zatem następujący:

1) Zmiany w naczyniach i w tkance właściwej ciała rzęskowego z przyczyny ogólnej (naftalina, tężyczka, białkomocz, cukrzyca etc.) albo miejscowej (nadmiar światła, wpływ gorąca np. u szklarzy etc.).

2) Następowe zwyrodnienie rzęskowej części siatkówki.

3) Wydzielanie nieprawidłowej pod względem składu cieczy wodnej.

4) Wynikające stąd zmiany chorobowe torebki i przybłonka soczewkowego.

5) Zaćmiewanie się kory soczewkowej, polegające w swej istocie na procesie hydratacji.

Leczenie jaglicy. (Le traitement du trachome). P. Gorse.

Autor miał sposobność jako lekarz wojskowy w Algierze i w Egipcie leczyć wielką liczbę chorych na jaglicę i dzieli się zdobytym w ten sposób doświadczeniem ze swymi kolegami we Francji, którzy z jaglicą we Francji bardzo mało mają do czynienia. Na ogół używał on tych samych metod leczniczych, jakie stosują dziś lekarze powszechnie we wszystkich krajach, gdzie jaglica grasuje. Jest gorącym zwolennikiem galwanokaustyki ziarn jaglicowych, natomiast stanowczo polepia wycinanie górnych załamek. Po operacji tej, której autorstwo niesłusznie przypisuje Gałęzowskiemu, gdyż została ona, jak wiadomo, podana przez Heisratha, a którą wykonał w 27 przypadkach, widział tylko złe następstwa. Wprawdzie z tej liczby tylko ośmiu chorych miał sposobność widzieć jeszcze we dwa lata po operacji, ale z tych dwaj okazywali *symblepharon*, a u sześciu pozostałych bardzo silne podwinięcie powiek górnych wymagało nowego zabiegu. Zachodzi tylko pytanie, czy autor stosował technikę operacyjną bez zarzutu, czy nie wycinał zbyt szerokiego pasa spojówki, czy zakładał szwy wedle przepisu Heisratha, przeważna bowiem część operatorów nie miewa złych wyników po tej operacji. Przeciw wrostowi rzęs i podwinięciu powiek zaleca w pierwszym rzędzie operację Pa-

n a s a. Łuszczkę leczy chętnie zapomocą perytonii galwanokaustycznej, a w przypadkach zadawnionych ucieka się też do jekwirytołu.

The Ophthalmic Review. R. 1909. wrzesień i październik.
(Ref. Dr J. Matusewiczówna).

Zniekształcenie rogówki w przypadkach kiły dziedzicznej. (Malformation of the Cornea in Cases of inherited Syphilis). Prof. E. Fuchs — Wiedeń.

Fuchs zwraca uwagę na spostrzeganą przez siebie zmianę w postaci rogówki w przypadkach kiły dziedzicznej.

W przeciągu roku zebrał 28 przypadków, w których rogówka przedstawiała się w postaci owalu stojącego.

Połowa z tych przypadków dotyczyła osobników, dotkniętych mięszowem zapaleniem rogówki, 5 było z przewlekłym zapaleniem tęczówki, 1 z jednostronną wrodzoną zaćmą, 2 ze zmętnieniami rogówki, prawdopodobnie pozostałymi po zapaleniu mięszowem. Pozostałych 6 przypadków tyczyło się osobników ze zaćmą starczą; autor wyklucza je ze statystyki, ponieważ z wiekiem wzrasta trudność stwierdzenia kiły dziedzicznej. Z pozostałych 22-ch w 8-u były wyraźne oznaki tej choroby, w 8-u pewne dane co do niej, a tylko 3 nie okazywały żadnych objawów w tym kierunku.

Zniekształcenie występuje zazwyczaj na obu oczach, tylko w 6-u przypadkach dotyczyło jednego oka.

Z góry nasuwa się przypuszczenie, że postać rogówki wywiera wpływ na jej krzywiznę i rzeczywiście oftalmometr wykazał w większości przypadków niezborność odwrotną, wahającą się między 3—5 D.

Zależność niezborności od postaci rogówki uwidoczniła się w przypadku, w którym prawa rogówka okrągła wykazywała niezborność prawidłową 0,5 D, a lewa owalna niezborność odwrotną 5 D.

Tylko 3 przypadki okazały fizyologiczny stopień niezborności

Operacye na gałce ocznej przy przewlekłym zapaleniu worka łzowego. (Operation on the Globe in Presence of chronic Dacryocystitis). Johnson Taylor.

W przypadkach, gdzie usunięcie chorego worka przed operacyą na gałce napotyka na trudności (podeszły wiek chorego, wycieńczenie, w przypadkach zaćmy, jaskra, wymagająca pośpiechu), radzi autor zamknięcie kanalików łzowych, które w następujący sposób wykonuje: po zakokainizowaniu należytem (kokaina w proszku), wprowadza do kanalika ciekłą sondę, którą trzyma asystent,

poczem pod nią wprowadza cienką, mocno zgiętą igłę, zaopatrzoną w podwójną nitkę jedwabną, przyczem chwytą tylko nieco więcej tkanki poza kanałem. Po wyjęciu sondy zawiązuje się mocno nitką. Dokładność zamknięcia da się sprawdzić wyciskaniem zawartości. W jednym ze swych przypadków, gdy mu się nie udało dokładnie zamknąć dolnego kanalika, autor wprowadził w punkt łzowy galwanokauter i przypalił ścianki.

Zaraz po założeniu nitek, wymywa się worek spojówkowy rozczyntem sublimatu i przystępuje się do operacji. Dla uniknięcia zbyt silnej *mydriasis* po kokainie, autor na kilka minut przed jej zastosowaniem zakrapla nieco ezeryny do worka spojówkowego.

Pożądanem jest przeprowadzenie nitek blisko punktów łzowych, aby mieć miejsce do powtórzenia zabiegu w razie potrzeby. Odczyn jest niewielki, nitki przecinają się same lub można je wyjąć po kilku dniach, kiedy już rana jest zagojona. Opatrunki i leczenie pooperacyjne nie wymagają żadnej zmiany od przyjętych zwykle. W trzech przypadkach zaćmy, które autor w tych warunkach operował, wynik był zupełnie zadawalniający, jakkolwiek w jednym z przypadków sam na parę miesięcy przedtem przeciął ropień worka łzowego, a we wszystkich było dużo ropy.

Więstnik oftalmologii. R. 1909. Październik i listopad.
(Ref. Dr M. Szafnicki).

O chorobach ócz przy zniekształceniu czaszki. S. W. Oczapowski.

Zmiany chorobowe kości tworzących oczodół, mogą być powodem schorzenia narządu wzrokowego.

Pierwszy opis choroby ócz, spowodowanej wadliwą budową czaszki, podał w r. 1873 Michel. Czaszka w przypadku tego autora miała postać silnie wydłużoną, przypominającą głowę cukru. Gałki były dość silnie wytrzeszczone. Wziernikowanie wykazało: *atrophia n. opt. o. u.* Na sekcji znaleziono: silne zwężenie *for. opt.*, hyperostozy i zarośnięcie prawie wszystkich szwów (wypadek dotyczył młodego chłopca). Za pracą Michela zjawia się cały szereg prac innych autorów tak, że Groenou w mógł, na podstawie zebranego materiału, stworzyć specjalny typ chorobowy, który znajdujemy w drugim wydaniu podręcznika Graefe-Saemisch'a. Charakterystyczne znamiona tej choroby: zniekształcenie czaszki, zapalenie nerwu wzrokowego, przechodzące w zanik, często *exophthalmus*, rzadziej *nystagmus*, zmniejszona ruchomość gałek. Porażenie n. wzrokowego spotykamy niejednokrotnie już u noworodków,

częściej jednak rozwija się ono po przyjsciu na świat, w każdym razie w dzieciństwie, zwykle postępuje naprzód i prowadzi do zupełnej ślepoty. Zniekształcenie czaszki nie odpowiada ściśle żadnemu z typów podstawowych. Autorzy niemieccy nazwali tę formę »Turmschädel« — czaszka w kształcie baszty. Wymiar podstawy takiej czaszki jest zwykle prawidłowy, częściej nieco skrócony, czasami przedłużony, poprzeczny wymiar mniejszy. We wszystkich wypadkach tej deformacji autorzy stwierdzali przedwczesne zarosnięcie szwów, zwłaszcza strzałkowego, co uważają za główną przyczynę nieprawidłowego rozwoju czaszki. Pod wpływem prac Groenou w'a, liczba odnośnych spraw chorobowych, spostrzeganych przeważnie w Niemczech, szybko wzrasta. Enslin w r. 1904 zebrał 42 wypadki, w następnym roku Patry w dokładnej pracy rozpatruje już 60 wypadków. Pomiaru dokonane przez Enslina na czaszkach żywych osób i na zwłokach, doprowadziły go do wniosku, że w odnośnych wypadkach mamy do czynienia ze specjalnym typem czaszki synostotycznej o właściwych cechach. Przyczynę tej deformacji widzi autor w zarosnięciu szwu wieńcowego. Francuzi, np. Patry, opisując podobny obraz chorobowy, wprowadzają termin »oxycephalia«. Co do przyczyny powstania tej deformacji, są tego samego zdania, co niemieccy autorzy. Samo jednak zniekształcenie czaszki nie powoduje zmian chorobowych w oczach, gdyż spotykamy ludzi o wadliwej budowie czaszki z zupełnie zdrowymi oczami. Musi więc być jeszcze inny czynnik, wywierający działanie na narząd wzrokowy. Badanie rozwoju i wzrostu czaszki rzuca pewne światło na ten czynnik. Wszyscy autorzy są tego zdania, że wskutek wczesnego zarastania szwu strzałkowego i wieńcowego, czaszka nie może się rozwijać prawidłowo. Mózg, szybko zwiększając swą objętość wskutek oporności sklepienia czaszkowego, uciska i odpowiednio zniekształca podstawę czaszki. Kanały i szczeliny kostne, służące do przechodzenia naczyń i nerwów, zostają mniej lub więcej zwężone, kierunek ich zmieniony. Wobec tego zupełnie zrozumiałe, że nie każde zniekształcenie czaszki wywołuje zaburzenie w oczach. Jeśli mózg znajduje dość miejsca w kompensacyjnie rozszerzonym sklepieniu czaszkowym — zmian w oczach nie spotkamy, natomiast mogą powstać i bez deformacji czaszki przy innych schorzeniach kości czaszkowych, mózgu i opon. Na podstawie prac niemieckich i francuzkich autorów należy przyjść do wniosku, że: 1) istnieje specjalna postać chorobowa, znamionująca się nieprawidłową budową czaszki i zmianami chorobowymi w oczach, z których najgłówniejsze: *neuritis n. opt. in atrophiam vergens* i *exophthalmus*; 2) zniekształcenia czaszki przytem mogą być różne, najczęstsze jednak: *Turmschädel*

i *oxycephalia*; 3) zaburzenia w narządzie wzrokowym, szczególnie *exophthalmus*, są spowodowane przemieszczeniem i zniekształceniem kości podstawy czaszki, wskutek niedostatecznego rozwoju sklepienia czaszkowego i zastępczego rozszerzenia przedniej i środkowej jamy czaszkowej.

Przypadek własny. Chłopiec 6-letni od 4 lat nie widzi, jak ojciec podaje, po silnym krwotoku z nosa. Badanie wykazało: *exophthalmus* (według podania od urodzenia), *neuritis n. opt. in atrophiam verg. o. u.* Czaszka o wyraźnym typie wieżowym. Wymiary następujące: *diam. fronto occip.* 145 mm, *bipariet.* 127, odległość od *meat. aud. ext.* do wierzchołka ciemienia 123, szerokość czoła 115, szerokość twarzy w okolicy łuków jarzmowych 115, największy rozmiar czaszki (od podbródka do ciemienia) 212, objętość czaszki u podstawy 465, rozmiar strzałkowy (taśmą po środkowej linii czaszki) 320, rozmiar poprzeczny od *meat. aud. ext.* jednej strony do tegoż miejsca drugiej strony (taśmą przez ciemię) 360. V. prl. o. Chorób żadnych nie przechodził. Dziedziczności wykazać nie można. Na kościach długich ślad krzywizny.

Wracając do przyczyn opisywanej sprawy chorobowej, widzimy, że zdania autorów są podzielone.

Najwięcej jednak stronników mają dwa obozy, z których jeden widzi przyczynę zniekształcenia czaszki w krzywicy wewnątrzmacicznej, drugi zaś — w zapaleniu opon mózgowych. *Exophthalmus* łatwo daje się wytłumaczyć zmianą w budowie oczodołu. Przyczynę zmian w nerwie wzrokowym jedni autorzy widzą w podniesionem ciśnieniu wewnątrzczaszkowym, drudzy w zwężeniu *for. opt.*, inni w zapaleniu opon mózgowych.

Przyczynek do neuralgii ocznej. Markow.

O neuralgii ocznej pisze się b. mało, a o niektórych rodzajach tego cierpienia, mianowicie, *neuralgia ciliaris*, panują między okulistami bardzo liczne zdania: jedni nazywają tym mianem schorzenie rogówki, drudzy — ciała rzęskowego, inni pod tą nazwą rozumieją chorobę *gangl. ciliaris*. Rozróżniamy kilka rodzajów neuralgii, odpowiednio do zajętych nerwów, a więc: *neuralgia supra-orbitalis*, *lacrymalis* i *nervi ciliaris* (*resp. neuralgia corneae*), w tym ostatnim wypadku sprawa chorobowa umiejscawia się w *nn. ciliar. long. et. brev.* Główną przyczyną, wywołującą neuralgię, jest zimnica, rzadziej nieco — *anaemia*, *neurastenia* i *hysteria*; również wywołać to cierpienie może przeziębienie i reumatyzm, wreszcie choroby zakaźne, jak tyfus, influenza. Płeć, klimat, pora roku nie wpływają na częstość tego cierpienia. Najczęściej występuje ono w wieku dojrzałym. Co do oddzielnych typów neuralgii, to najczęstsza jest

neuralgia *supraorbitalis*, najrzadsza zaś neuralgia *corneae*. Tę ostatnią przeważnie spotykamy przy zimnicy — choroba zwykle rozpoczyna się lekkim gniotącym bólem pod powieką górną, małego stopnia światłowstrętem i łzawieniem; ból stale się wzmacnia, jak również i inne objawy. Przy ucisku na miejsce wyjścia *n. supraorbit.* chorzy odczuwają silny ból. Przy schorzeniu rogówki charakterystyczny jest nadzwyczaj silny ścisk powiek, przyczem silne bóle w całym *n. trigemin.* Bóle ku wieczorowi wzmagają się. Żadnych zmian przedmiotowych z wyjątkiem przekrwienia, łzawienia, ścisku powiek nie spotykamy. Przy zimnicy często spotykamy na rogówkach powierzchowne zapalenie z objawami podmiotowymi jak przy neuralgii, odróżnić jednak jedno od drugiego łatwo wobec braku przy tej ostatniej jakichkolwiek zmian na rogówkach.

Kalt utrzymuje, że neuralgia może powodować zapalenie tęczówki, ciała rzęskowego, a nawet odczepienie siatkówki. Najprawdopodobniej w tych wypadkach neuralgia była tylko objawem owych cierpień.

Leczenie neuralgii — miejscowe i ogólne. W wypadkach lekkich wystarczy okład, kokaina, morfina, mięsienie i galwanizacya. Jednocześnie można stosować chininę, arsenik, preparaty salicylowe, jod, nawet rtęć, w postaci wcierek w skroń, odpowiednio do etyologii. Jeśli trudno zbadać przyczynę, to podajemy antypirynę, fenacetylę i t. p. W przypadkach o podkładzie zimniczym prof. Hirschmann radzi wkraplać do worka spojówkowego obficie 2⁰/₀ roczyn chininy, przygotowany bez kwasu; wprawdzie nieco piecze, ale prędko uśmierza ból. W ciężkich wypadkach wcieramy w skroń maść kokainową z morfiną, często dobrze robi galwanizacya, w niektórych razach środki napotne (przy przeziębieniu).

Naczyniak oczodołu. Isupow.

Według statystyki Bilotth'a nowotwory oczodołu spotykamy rzadko, mianowicie 0·8⁰/₀ ogólnej liczby. Naczyniaki oczodołu należą do rzadkości, gdyż dotychczas opisano dopiero 110 wypadków. Nowotwór ten rozwija się w oczodole pierwotnie, przytem najczęściej wewnątrz lejka mięśniowego.

Przypadek własny. Kobieta, l. 45, zgłosiła się z powodu *exophthalmus* i ślepoty oka prawego. Przed pięciu laty zauważyła, że oko prawe rośnie i słabiej widzi. Bólów w oku ani głowie nie miała. *Luem negat.* Urazu nie doznała. Skłonności do krwawień brak. *Menses* prawidłowe. Badanie wykazało wytrzeszcz oka prawego na 2·25 cm, ruchy zachowane, może nieco ograniczone. Dotyk niebolesny. Powieki domykają się. Poza okiem przy patrzeniu ku górze i zewnątrz daje się z trudnością wybadać elastyczny, bezbo-

lesny, wyraźnie ograniczony guz, którego postaci ani wielkości oznaczyć nie można. Tętnienia brak, jak również szmerów. V pr. o. $\frac{1}{200}$, l. o. $\frac{20}{20}$. O. media czyste. Tarcz prawego oka w części skroniowej blada, żyły rozszerzone, pokręcone, tętnice prawidłowe. Naogół chora wygląda dobrze, gruczoły limfatyczne prawidłowe. Postawiono rozpoznanie nowotworu łagodnego, znajdującego się wewnątrz lejka mięśniowego i będącego prawdopodobnie w związku z nerwem wzrokowym. Ze względu na pewną bystrość wzrokową i prawidłowy wygląd tętnic siatkówki, postanowiono oko pozostawić, a nowotwór usunąć sposobem Krönleina. Po otwarciu oczodołu, tuż za *m. rect. ext.* znaleziono guz, który został z łatwością usunięty palcem, przyczem w jednym miejscu ścianka jego pękła i wylało się trochę cieczy brązowawej. Guz ciemno-brązowego koloru, kształtu jajowatego, elastyczny, o powierzchni nierównej, wielk. 3— $2\frac{1}{2}$ cm. Guz ten leżał między *m. rect. int.* i *n. opt.* zupełnie z otoczeniem nie zrosnięty. *Exophthalmus* od razu się zmniejszył. Dwa tygodnie po operacji. V pr. o. $\frac{4}{200}$ *ophth.* granice tarczy wyraźne, żyły zwężone, tarcz sama pozostała bez zmian. Ruchy gałki zupełnie prawidłowe. Badanie mikroskopowe guza wykazało budowę naczyniaka jamistego z dość dużym rozwojem tkanki łącznej.

O działaniu tlenu na kulturę gronkowca złotego i o leczeniu zapalenia rogówki u królików za pomocą tlenu. Władyczewskij.

Cały szereg doświadczeń dowiódł, że tlen przy zwykłym ciśnieniu nie działa na kulturę gronkowca złotego. Rozwój młodej, dopiero co sporządzonej, kultury staje się energiczniejszym; na kulturę starszą tlen nie działa w ten sposób. Siła działania tego drobnoustroju pod wpływem tlenu znacznie się obniża. Przy leczeniu ropnego zapalenia rogówki u królików, wywołanego wstrzykiwaniem pewnej ilości czystej kultury gronkowca, stosowano tlen albo zewnątrz, lub też podspójkowo w ilości 0·2—1 sz. cm. Leczono tym sposobem wypadki ciężkie, gdzie wrzód rogówkowy miał więcej niż 3 mm średnicy, lżejsze zaś wypadki dla porównania leczono konserwatywnie. Doświadczenia te dowiodły, że działanie tlenu na ropne zapalenie rogówki jest minimalne, chociaż w niektórych wypadkach zauważyć można było dość wybitne polepszenie, naogół jednak leczenie tlenem nie daje lepszych wyników, niż konserwatywne. Jako środek zupełnie nieszkodliwy można go używać dodatkowo przy innych sposobach leczenia spraw ropnych na rogówkach.

Zeitschrift für Augenheilkunde. R. 1909. T. XXII. Z. 3.
(Referent Dr T. Berezowski).

Całkowite opadnięcie powieki wskutek urazu, połączone z odwróceniem jej, wyleczone zapomocą operacji Kuhnta i szwów Pagenstechera. (Totale traumatische Ptosis mit Ectropium geheilt durch Kuhntsche Ectropium-Operation und Pagenstechersche Suturen). Dr E. Asmus.

Gospodyni wiejska, l. 58, przed 4-ma miesiącami uderzona rogiem kozy w górną powiekę prawego oka. Wskutek uderzenia przerwane wewnętrzne kątowe więzadło powieki, która zupełnie się odwróciła, a błona śluzowa wypadła ku przodowi. Po znieczuleniu mieszaniną kokainy z adrenaliną wycięto, według Kuhnta, klinowaty kawałek błony śluzowej z chrząstką i ranę zeszyto 4-ma szwami. Przy wewnętrznym kącie odświeżono ranę skórą, założono szwy, które jednak puściły. Odwrócenie powieki mało się jednak zmniejszyło. W dwa tygodnie potem założono szwy Pagenstechera; dwie pętle grubego jedwabiu założono pod skórę powieki, dwie drugie objęły wypadniętą spojówkę, końce nitki związane ponad brwiami. Po tem odwrócenie powieki stało się większem, a po wyjęciu szwów wypadnięta spojówka pokrywała źrenicę. Ostatecznie założono trzy grube szwy z pętlami przez wierzchołek kulisto wypadniętej spojówki i związane ponad brwiami. Szwy te codziennie były przyciągane. Prawie w miesiąc usunięto szwy, a wynik operacji był zadowalniający, tylko chora przy patrzeniu poziomo musiała marszczyć czoło. Przy operacjach nie było ropienia, które uważa się zwykle za korzystne dla wytworzenia się zrostów utrzymujących powiekę w odpowiednim położeniu. W końcu jeszcze podaje autor jeden przypadek opadnięcia powieki, wyleczonego zapomocą metody Pagenstechera.

Przypadek podskórnego przerwania chrząstki górnej powieki. (Ein Fall von subcutaner Zerreißung des Tarsus palpebrae sup). Dr Dutoit.

Uczeń techniki przy rzucaniu kulą śniegu uderza się o palek drewniany ostro zakończony, od bramki ogrodowej, w okolicę prawego oka. Doznaje silnego bólu głowy i oka, a krew ścieka po policzku. Na razie robi zimne okłady, a w kwadrans potem stawia się u lekarza. Górna powieka lekko zwisa, ledwie daje się podnieść, a oko nie domyka się. Skóra powieki obrzmiała i krwawo zabarwiona szczególnie środkiem, gdzie pionowo przebiega linia koloru niebiesko-czerwonego. Po odwróceniu powieki zauważyć można prawie poziome przerwanie chrząstki górnej powieki. Brzegi rany

gładkie, jakby nożem cięte, lekko broczące. Szczelina pęknięcia rozciąga się na tkanki ponad chrząstką leżące, bezpośrednio do skóry. Dwie połowy chrząstki odstają od siebie podobnie jak otwarte wrota. Na rogówce w nosowej połowie zdarty nabłonek, tu rogówka zmętniona, brak spojówki w nosowej części gałki. *Caruncula* obrzmiała krwawo zabarwiona, ponad nią z załamka górnego z rany sączy się krew i zwisają strzępy spojówki. Żrenica zniekształcona nie oddziaływa na światło, szeroka; przednia komora głębsza. Soczewka nie drga. Wziernikiem rozpoznać można zmętnienie Berlina na całej części nosowej siatkówki. Wewnętrzny krwotok niema. Autor najpierw pokrywa obnażone miejsce twar-dówki, spojówkę, następnie wykonuje poziome cięcie na skórze powiekowej i przez ranę zeszywa chrząstkę szwem ciągłym. Skórnej rany nie zeszywa, lecz tamponuje wioformową gazą i zakłada aseptyczny opatrunek. Czwartego dnia wyjęto szwy spojówkowe, piątego szew chrząstki, a po odświeżeniu brzegów rany skórnej zeszyto skórę powiekową. Rana skórna goi *per primam*. Po 10-ciu dniach lekkie ślady przekrwienia spojówki gałki w części nosowej. Rogówka gładka, lśniąca, czysta. Żrenica dobrze oddziaływa. Autor przypadek ten uważa za szczególny, ponieważ uraz zadziałał tu ze strony worka spojówkowego spowodowawszy przerwanie chrząstki.

Dodatek do trwałego drenowania dróg odprowadzających łzy. (Zur Danerdrainage der abführenden Tränenwege). Dr Krusius.

Autor używa cienkiej sondy rurkowej, którą, jako mandrynę, wsuwa po płaskiej sondzie nr 2 do kanału noso-łzowego. Czasami przecina przewodkę łzową. Po założeniu tych dwóch sond wyciąga pełną sondę, a do rurkowej, którą lekko pociąga ku górze, wsadza suchą, twardą nitkę katgut i wsuwa do jamy nosowej; nitka po silnym nosowym wydechu dostaje się na zewnątrz. Do górnego końca nitki ketyntowej umocowuje się nitkę jedwabną, którą następnie przeciąga się przez kanał noso-łzowy otworem nosowym i oba końce wiąże się ze sobą w pętlę. Nitka jedwabna może pozostawać w kanale łzowym 3–4 tygodni. Po jej wyjęciu otrzymuje się drożność kanału noso-łzowego.

Dodatek do spostrzeżeń o zakażeniach gałki ocznej po operacjach (Róża). (Beitrag zu den Erfahrungen über Augapfelinfectionen nach Operationen [Erysipel]). Dr Ehrenfried, Cramer.

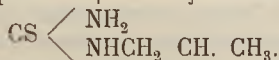
Przypadek dotyczy 37-letniego robotnika, z miernem opadnięciem powieki górnej lewego oka. Wykonano operację według Hessa, tworząc zmarszczkę powiekową, po odpreparowaniu skóry

powieki i przesunięciu jej ku górze. Szwy założone i umocowane na przeciekach drewnianych utrzymują skórę w żądanem ułożeniu. Trzeciego dnia po operacyi wystąpił obrzęk przy ranie, w okolicy brwi, silne bóle głowy, ciepłota 38·9°. Górna powieka coraz więcej brzęknie, tak iż zapomocą rozwórki ledwie można zobaczyć dalszą część rogówki. Obrzęk robi się twardy i dochodzi do wielkości pięści dorosłego człowieka. Przyczyną zakażenia róża, która się rozwinęła z małego ropnia około lewego otworu nosowego.

Dalszem następstwem jest ropne nacieczenie i zniszczenie rogówki i grozi zapalenie ogólne gałki. Powstaje wrzód twardówki około zewnętrznego brzegu rogówki, drażący w głąb. Część twardówki zajętej wrzodem wycięto i rana wnet się zgoiła. Ubytek rogówki, po wypuszczeniu soczewki, odcięciu wypadłej tęczówki i po przypaleniu prądem elektrycznym, pokrywa autor płatem naciągniętej spojówki gałki. Powstaje odwrócenie powieki górnej i zrost powieki z górną połową gałki. Autor wykonuje teraz plastyczną operacyę odwróconej powieki, po pewnym czasie oddziela zrosty powieki z gałką, płat spojówkowy, pokrywający rogówkę od dołu, oddziela od niej i zapomocą szwu przykłada do tylnej powierzchni powieki górnej. W ten sposób otrzymał ruchomość gałki, prawie zupełną, a górna powieka uzyskała prawidłowe położenie. Przy zamknięciu powiek u lewego pozostawała bardzo wązka szparka. Oko bez podrażnienia, blade, żadnej wydzieliny. Chory oddaje się swoim zajęciom, a wzrok lewego oka ogranicza się do poczucia światła z dobrą projekcyą. W opisanym przypadku, przy tak groźnem powikłaniu z różą udało się autorowi zachować gałkę oczną z poczuciem światła, co zawdzięcza pokryciu ubytku rogówki spojówkowym płatem.

Stosowanie thiosinaminy przy niektórych schorzeniach nerwu wzrokowego i siatkówki. (Über die Anwendung des Thiosinamin bei einigen Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut). Dr K. A. Judin.

Thiosinamina, produkt pochodny mocznika:



Środka tego używał pierwszy Hebra w przypadkach wilka z dobrym wynikiem. Podaje on, że zmętnienie rogówki wyjaśniało się przy użyciu tego środka. Thiosinamina ma wpływać na wessanie gruźliczych nacieków gruczołów i ma zwiększać blizny. Te spostrzeżenia mieli między innymi potwierdzić Unna, Lewandowski, Hertz. Niektórzy autorowie używali zamiast thiosinaminy jej soli sodowo-salicyłowej fibrolizyny.

Pierwsze spostrzeżenia co do działania thiosinaminy w chorobach oka podał Grunert 1906 r. Dobrem okazało się leczenie bliznowatego wywrócenia powieki po wilku. Opisuje on jeszcze 13 przypadków zaniku nerwu ocznego, gdzie w 9-ciu przypadkach otrzymał dobre wyniki.

Schleimer używał tego środka bezskutecznie w celu wyjaśnienia rogówki, Uththoff przy bliznowatych zmianach przy jalgicy, również bez skutku.

Bruno Dominico zauważył w pięciu przypadkach stosowania thiosinaminy wyjaśnienie zmętnień rogówki, wessanie wyśięku w przypadku przymiotowego zapalenia tęczówki i w przypadku zapalenia naczyńki. Brandenburg chcąc przekonać się o działaniu skutecznem tego środka, stosuje go w rozmaitych przypadkach, lecz zawsze bez dodatniego wyniku.

1907 r. podają Prof. Dołgunow i Dr Lewicki swoje spostrzeżenia: »O działaniu thiosinaminy w chorobach ócz«.

Ten środek był stosowany w dziewięciu przypadkach zaniku nerwu ocznego, w dwóch przypadkach początkowego zaniku pozapalnym nerwu, w przypadku zapalenia nerwu pozagałkowem, w sześciu przypadkach barwikowego zapalenia siatkówki i w czterech przypadkach zapalenia naczyńkiowo siatkówkowego po kile. Dodatnie działanie tego środka miało się objawiać przez rozszerzenie pola widzenia, poprawę naosiowej bystrości, rozszerzenie pola widzenia choć bez poprawy centralnego widzenia, przez lepszy wzrok. Dobre wyniki leczenia po zaprzestaniu używania tego środka trwały dwa do trzech tygodni, żadnych ujemnych działań tego środka nie zauważono.

Gałęzowski podaje dobre wyniki stosowania thiosinaminy przy plamach rogówkowych, używał on tego środka w postaci kąpieli ocznych. Murmilton opisuje przypadek zarośnięcia źrenicy, gdzie stosując thiosinaminę otrzymał znaczne polepszenie, po następnem leczeniu atropiną.

Judin przeprowadza swoje badania thiosinaminą w 20-u przypadkach w postaci wstrzykiwań podskórnych od $\frac{1}{3}$ całej strzykawki Prawatza. Chorzy otrzymywali 30—40 wstrzykiwań. Prócz thiosinaminy często chorzy dostawali także jod.

Leczone były przypadki zaniku i zapalenia nerwu wzrokowego, zapalenia siatkówki. Autor tu nie zauważył rozszerzenia pola widzenia, owszem raczej częściej zwężenie pola, wogóle nie spostrzegł polepszenia po stosowaniu thiosinaminy.

Prawie równocześnie z ukończeniem badań Judina pojawiła się praca Oczapowskiego, który wątpi w skuteczność działania thiosinaminy w chorobach oka.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo oftalmologiczne paryskie.

Posiedzenie z d. 6-go lipca 1909 r.

Lagrange: **Wypłukiwanie resztek kory po operacji zaćmy.**

L. jest zwolennikiem wypłukiwania resztek korowych, a przyczyny małego zaufania u wielkiej części operatorów do tego zabiegu upatruje w tem, że do wypłukiwania używają częstokroć niewłaściwego płynu. Za jedyny płyn, nadający się do tego celu i nie wywołujący żadnego zadrażnienia, uważa L. roztwór składem swym jaknajdokładniej naśladowujący ciecz wodną przedniej komory, a więc zawierający odpowiednie ilości chlorku sodu, siarkanu potasowego i chlorku wapniowego.

Chevallereau uważa wypłukiwanie za niewystarczające. Sam używa aspiratora Redarda, za pomocą którego udaje mu się zawsze wydobyć najbardziej nawet ściśle masy korowe.

Morax sądzi, że wypłukiwanie jest zbyt ciężkie, bo nie może usunąć torebki, z której powstaje potem zaćma wtórorzędna, a co do resztek kory, to one i tak ulegają z biegiem czasu samoistnemu wessaniu.

Terson gdyby sam miał być operowany, domagałby się ekstrakcyi z irydektomią i nie pozwoliłby sobie przedniej komory ani wypłukiwać, ani resztek kory aspirować, nie zgodziłby się wreszcie na żaden szew rogówkowy, który stale zakładają Kalt i Chevallereau.

Sauvineau zarzucił w ostatnich czasach metodę wypłukiwania i kładzie większy nacisk na inne szczegóły poprawnej techniki operacyjnej.

Lagrange w przemówieniu końcowem broni sposobu wypłukiwania, do którego używa przyrządu Chibreta zmodyfikowanego przez Aubaret'a, a przy sposobności podnosi zalety cięcia płatowego ku dołowi, przy którym wrośnięcie tęczówki między brzegi rany należy do prawdziwych rzadkości.

Dubois de Lavigerie: przedstawia 13-letniego chłopca z urazem pęknięciem naczyniówki i maksymalnym rozszerzeniem źrenicy, która nie zwężała się mimo kilkakrotnego zapuszczenia ezeryny.

Rochon Duvigneaud: wobec bezskuteczności ezeryny przypuszcza tu pęknięcie zwieracza żrenicy.

Sauvinean: Atypowy glejak siatkówki.

Sprawa przedstawiała się zrazu jako *iridochoroiditis*, gdy jednak wobec bezustannych postępów choroby oko wyjęto, badanie wykazało glejaka siatkówki. W 14 dni po enukleacyi pojawiła się recydywa nowotworu w oczodole w miejscu odpowiadającym położeniu guza w gałce. Pomyłka rozpoznawcza wynikła z powodu niezwyklej hypotonii, którą S. tłumaczy zajęciem przez nowotwór okolicy ciała rzęskowego.

Lagrange podnosi, że jednym z klasycznych objawów nowotworu wśródgalkowego jest podniesienie ucisku wśródocznego, ale objaw ten może być przemijającym i może w pewnych wypadkach ustąpić miejsca hypotonii.

Rochon Duvigneaud przemawia za punkcją próbną, która może wydobyć znamienne składniki anatomiczne nowotworu, a temsamem wcześniej rozstrzygnąć o rozpoznaniu. Natychmiastowa enukleacya, lub podspojówkowe wypatroszenie oczodołu zapobiegnie niebezpieczeństwu rozwleczenia lub przeszczepienia nowotworu za pośrednictwem igły strzykawkowej.

Terrien przedstawia synoskop, przyrząd służący do ortoptycznego leczenia zezów.

Przyrząd ten posiada dwa odrębne modele, jeden dla zezów zbieżnych, drugi dla rozbieżnych i służy najpierw do usunięcia, względnie do zmniejszenia amblyopii oka zezującego, a następnie do wzbudzenia widzenia równoczesnego i obuocznego. Gdy ten cel zostanie osiągnięty, należy przejść do ćwiczeń zapomocą dyplomskopu Remy'ego.

Terson: Nierozpoznane duże ciała obce w górnym załamku.

T. okazuje dwa ciała obce, z których jedno (ziarno owsa z długą ością) przez trzy tygodnie, a drugie (kolec ostu 18 mm długości) przez cztery tygodnie pozostawało pod górną powieką u dwóch chorych, którzy w pierwszej chwili po zaproszeniu oczu zgłosili się do swych lekarzy. Ciała obce zostały przeoczone z powodu niedokładnego odwinięcia górnego załamka. T. przedstawia przyrząd własnego pomysłu, służący do dokładnego odwijania górnej powieki w przypadkach, gdzie tego palcami w zwykły sposób nie można skutecznie. Ilekroć po jakimkolwiek urazie utrzymuje się uporczywe ropienie spojówkowe zwłaszcza na jednym tylko oku, dokładne przeszukanie górnego załamka, jest konieczne wskazane.

MORAХ: Wnioski w sprawie rozpowszechnienia sposobu oznaczania niezborności przyjętego na XI. międzynarodowym zjeździe okulistów.

Paryskie Towarzystwo oftalmologiczne zawiadamia fabrykantów, że:

1. W razie braku jakichkolwiek bliżej określonych życzeń, przy zamówieniach obowiązują zasady oznaczania astygmatyzmu zalecone przez ostatni kongres.

2. Przyrządy służące do oznaczania niezborności, ramki okularów próbnych, tarcze oftalmometrów i astygmometrów mają być opatrzone, o ile zamawiający nie poda wyraźnie innego życzenia, podziałką odpowiadającą przepisom przez kongres wydanym.

Cabannes: Keratitis neuroparalytica syphilitica.

Dotąd ogłoszono 33 przypadków, w tej liczbie 3 na tle kiły dziedzicznej. C. przedstawia nowy przypadek. Tło anatomiczne jest znane. Zachodzi tu zwykle na podstawie mózgu *meningitis sclerogummosa*, która często zajmuje zwój Gassera, lub gałęzie nerwu trójdzielnego, a także inne nerwy mózgowie. Energiczne leczenie swoiste powstrzymuje szybko sprawę rogówkową i prowadzi do trwałego wyzdrowienia.

Lapersonne radzi odróżniać *keratitis neuroparalytica* od neuroparalitycznych objawów ocznych w przebiegu chorób mózgowych. W wielu przypadkach nawet mimo tła napewne kiłowego wskazana jest wczesna *tarsorrhaphia totalis* lub *mediana*.

Jacovides przedstawia preparat wielkiego brodawczaka rogówki.

Polack okazuje tarczę promienistą do oznaczania osi astygmatyzmu.

Tarczę otacza szeroki pierścień w górnej połowie pomalowany czerwono, w dolnej zielono (barwami ściśle dopełniającymi). Czarne promienie tarczy są przeciągnięte na ów pierścień, w jego części czerwonej barwą zieloną, a w części zielonej barwą czerwoną. Urządzenie to ułatwia dokładne oznaczenie osi, ważne zwłaszcza w przypadkach niezborności wyższego stopnia.

[Wedł. Kl. Monatsbl. f. Aghk.].

K. W. Majewski.

V. RÓZMAITOŚCI.

Profylaktyka śluzoropotoku spojówek u noworodków.

Cragin podaje bardzo obszerną statystykę porównawczą różnych sposobów używanych celem zapobiegania rzeżączkowemu zapaleniu spojówek u noworodków, względnie różnych rozczyńw soli srebrowych w tym celu stosowanych (Surgery, Gynecology and Obstetrics 1909, Vol V. nr 2). Statystyka ta obejmuje 8000 porodów i streszcza się w następujących cyfrach:

1) Na 1000 przypadków, w których noworodkom zapuszczano zapobiegawczo 1% rozczyń azotanu srebra, wystąpiło w 24 przypadkach zapalenie rzeżączkowe.

2) Na 2000 przypadków, w których używano protargolu 5%, śluzoropotok spojówek wystąpił 53 razy = 26,5‰.

3) Na 2000 noworodków, którym zapuszczano argyrol 20%, dostało zapalenia 43 = 21,5‰.

4) Na 1000 przypadków, leczonych zapobiegawczo 2% azotanem srebra, było 18 przypadków śluzoropotoku.

5) Na 2000 porodów, w których stosowano u noworodków 10% argyrol wystąpiła rzeżączka spojówki 34 razy = 17‰.

Jak widać z tego zestawienia najskuteczniejszym środkiem zapobiegawczym byłby zatem argyrol 10%, najmniej zaś pewnym 1% azotan srebra. Jak jednak wszelkie zestawienia statystyczne trzeba brać ostrożnie, wynika z porównania liczb powyższych z wynikami statystyki Scipia d e s a, również na tysiącach przypadków opartej, ogłoszonej w Zeitschr. f. Gynäkologie, nr 3 i 4, 1909. Wykazuje on wyższość 1% octanu srebrowego nad azotanem srebra, protargolem, argyrole i sofolem. Częstość śluzoropotoku, który występował w 2‰ przypadków po 2% azotanie srebra, obniżyła się przy użyciu octanu srebrowego 1,1‰.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr Dimmer w Gracu przyjął katedrę okulistyki po prof. Schnabl u w Wiedniu.

Doc. Dr Landolt w Strasburgu otrzymał tytuł profesora.

Dr R. Schneider w Mnichowie habilit. się dla okulistyki.
