

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.

Marzec.
Kwiecień.

→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

O południkach miarowych oczu niezbornych.

Napisał

Dr J. ŻURKOWSKI,

(Humań, g. kijowska).

W swojej pracy: »Ile mamy sposobów wyrównywania niezborności mieszanej (As. M. H.) i jakie«, zamieszczonej w Post. okul. w nr 8 i 9 roku 1910, wspomniałem o tem, że na rogówce oka, obarczonego As. M. H., można wykazać obecność dwóch południków o miarowej refrakcyi i nawet ściśle oznaczyć umiejscowienie ich.

Tutaj zajmę się rozpatrzeniem miarowych południków na niezbornych oczach rozmaitych rodzaj.

Rozpatrzmy najpierw oko, mające niezborność mieszaną; taki rodzaj niezborności jest najogólniejszą postacią niezborności prawidłowej, ponieważ zawiera w sobie jakby kombinację rozmaitych rodzaj astygmatyzmu prawidłowego. Zwróćmy przytem uwagę, że rogówka oka niezbornego wszelkich rodzaj niezborności prawidłowej ma postać bardzo zbliżoną do po-

staci soczewki torycznej, odciętej od zewnętrznej strony bryły torycznej; w jednym z kierunków swej powierzchni owa powierzchnia toryczna rogówki ma największą krzywiznę (najczęściej w kierunku pionowym), powodującą największą łamliwość; w oku o As. M. H. ona przewyższa prawidłową łamliwość oka i daje myopową refrakcyę; w drugim kierunku prostopadłym do pierwszego, łamliwość jest najmniejsza i oko o As. M. H. ma tam refrakcyę słabszą od prawidłowej, t. j. hyperopową.

Przypuśćmy, iż fig. 1 oznacza rogówkę oka, w którym mamy As. M. H., że mm jest południkiem myopowy, mający A dyoptryi myopii, zaś hh jest południkiem hyperopowym, mającym B dyoptryi hyperopii. Punkt przecięcia się tych dwóch południków jest biegunem przednim oka.

Zacznijmy obracać linię, przechodzącą po południku myopowym mm dookoła bieguna rogówki w kierunku ruchu wskazówek zegarowej i zwracajmy uwagę na zmianę, jaka zachodzi w sile refrakcyi kolejnych jej pozycyi; przy takim badaniu widzimy, że wraz z obrotem linii ilość dyoptryi myopii stopniowo się zmniejsza, dochodzi do 0 w pozycyi ee , a później zaczynają się południki z hyperopią, która stopniowo wzrasta i dochodzi do B dyoptryi hyperopii; będzie to wówczas, gdy badana linia ułoży się na południku hh . Obracając dalej badaną przez nas linię w tymże kierunku, zauważymy, że ilość dyoptryi hyperopii się zmniejsza, dochodzi do zera w pozycyi e, e , po której zaczynają się południki mające już myopię, zwiększającą się w pozycyach, następujących po e, e , i dochodzącą do *maximum* w pozycyi mm . Badanie zmian refrakcyi przy dalszem obra-

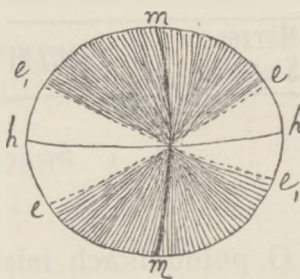


Fig. 1.

Skrócenia: mm — południk myopowy; hh -- południk hyperopowy; ee i e, e , — południki miarowe; część zakreślona = część myopowa rogówki; część niezakreślona = część hyperopowa.

caniu nie da nam nic nowego, a raczej wskaże powtórzenie tychże kolejnych zmian w refrakcyi następujących po sobie południków; widzimy więc, że przy obrocie rozpatrywanej przez nas linii dookoła bieguna rogówki na 180° ona przechodzi 1 raz przez *maximum* myopii 1 raz przez *maximum* hyperopii i 2 razy przez południki, w których refrakcja jest miarowa; takie dwa południki nazywamy *miarowymi* (*emmetropowymi*).

Ażebymy znaleźć położenie południka miarowego w oku, mającemu niezborność mieszaną, wyobraźmy, że mamy oko całkiem miarowe i zamieńmy go sztucznie na oko o niezborności mieszanej, przy którejby w południku pionowym była myopia o sile A dyoptryi, a w południku poziomym hyperopia o sile B dyoptryi; dlatego trzeba przed okiem miarowym postawić walec wypukły o sile A dyop. z osią leżącą poziomo i oprócz tego drugi walec wklęsły o sile B dyoptr. z osią pionową; wówczas oko miarowe zamieni się na oko mające

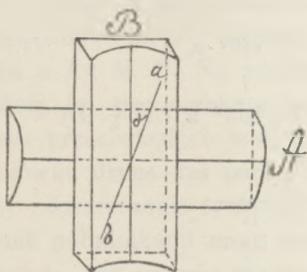


Fig. 2.

niezborność mieszaną, a walce nadające oku taką niezborność będą ułożone, jak na fig. 2. Na kombinacyi tych dwóch walców łatwo wyszukać ukośny kierunek ab , w którymby refrakcja = 0 (zeru). Rozumujemy tak: w walcu wklęsłym kierunek ab jest odchylony o kąt α od jego osi, a w walcu wypukłym tenże kierunek ab odchylony od osi jego o kąt $90 - \alpha$. Wiemy rów-

nież, że siła refrakcyi w kierunkach ukośnych w walcach = maksymalnej refrakcyi walca pomnożonej przez kwadrat wstawy kąta, jaki tworzy ten ukośny kierunek z osią walca; znaczy:

$$\begin{array}{l} \text{Refrakcyja w } ab \\ \text{w walcu wypukłym} \end{array} = + A \sin^2 (90 - \alpha)$$

$$\begin{array}{l} \text{Refrakcyja w } ab \\ \text{w walcu wklęsłym} \end{array} = - B \sin^2 \alpha$$

Dodając obydwa równania, otrzymamy:

$$\text{Refrakcja w } ab \text{ w kombinacji walców} = A \sin^2 (90 - \alpha) - B \sin^2 \alpha$$

Potrzebujemy wyszukać na kombinacji walców taki kierunek, ażeby:

$$A \sin^2 (90 - \alpha) - B \sin^2 \alpha = 0$$

wówczas:

$$A \sin^2 (90 - \alpha) = B \sin^2 \alpha.$$

Ponieważ $\sin (90 - \alpha) = \cos \alpha$, więc zamiast ostatniego równania możemy napisać:

$$A \cos^2 \alpha = B \sin^2 \alpha$$

Ponieważ $\cos^2 \alpha = 1 - \sin^2 \alpha$, więc wstawiając tę wartość zamiast $\cos^2 \alpha$, otrzymamy:

$$A (1 - \sin^2 \alpha) = B \sin^2 \alpha$$

albo:

$$A - A \sin^2 \alpha = B \sin^2 \alpha$$

czyli:

$$A = A \sin^2 \alpha + B \sin^2 \alpha = \sin^2 \alpha (A + B)$$

skąd:

$$\sin^2 \alpha = \frac{A}{A + B}$$

znaczy:

$$\sin \alpha = \pm \sqrt{\frac{A}{A + B}} \dots (1)$$

Ta ostatnia formuła (1) określa położenie miarowego południka i dając dwie odpowiedzi, wyrażone znakami \pm , pokazuje jednocześnie, że takich miarowych południków jest dwa; przytem widocznem jest, że one są ułożone symetrycznie do południków głównych.

Zwróciwszy uwagę na ilość stojącą pod znakiem pierwiastku, zauważymy, że zależnie od tego, czy $A < B$, czy $A = B$, czy $A > B$, otrzymamy albo ułamek $< 1/2$, lub $= 1/2$,

lub $> 1/2$; znaczy kąt, którego wstawę będzie wyrażać pierwiastek z tego ułamku, będzie albo $< 45^\circ$, albo $= 45^\circ$, albo $> 45^\circ$; z tego wysnuwamy prawidło o pozycji południków miarowych oka z As. M. H., które brzmi:

Jeżeli ilość dyoptryi południka krótkowzrocznego jest równą ilości dyoptryi południka nadwzrocznego, to południki miarowe oka o As. M. H. przebiegają na jednakowej kątowej odległości od obydwu głównych południków, t. j. pod 45° od nich; jeżeli zaś południki krótkowzroczny i nadwzroczny mają niejednakową ilość dyoptryi, to południki miarowe zbliżają się do tego z głównych, który ma mniejszą ilość dyoptryi.

Widzimy także z tego, że tylko wtedy południki miarowe są prostopadłe względem siebie, gdy główne mają jednakową ilość dyoptryi; gdy zaś niejednakową, to kąt między nimi nie jest prosty.

Stąd wynika zupełna analogia pomiędzy południkami obojętnymi toryku dwuznakowego i południkami miarowymi oka o As. M. H. Na rogówce takiego oka południki miarowe dzielą jej powierzchnię na cztery wycinki, z których jedna para przeciwległych wycinków stanowi część krótkowzroczną rogówki, druga zaś para — część dalekowzroczną (fig. 1); znaczy odgraniczenie tych dwóch części rogówki jest ściśle określone południkami miarowymi; w zależności od tego, czy hyperopia, czy myopia ma więcej dyoptryi, przeważa na rogówce część nadwzroczna, lub część krótkowzroczna.

Wyżej określona pozycja południków miarowych oka odnosi się tylko do wypadku, gdy oko znajduje się w stanie zupełnego zwolnienia nastawczości. Takie położenie południków miarowych, zależne tylko od stanu refrakcyi oka bez udziału nastawczości, nazwijmy pierwotnem. Teraz rozważmy, co się stanie z temi południkami, gdy oko zacznie się nastawiać (akomodować); wiemy, że każdy stopień nastawczości, możemy zastąpić wypukłą soczewką odpowiedniej siły, postawioną przed okiem nie akomodującym; wiemy także, że

jeżeli stawimy soczewkę wypukłą przed okiem dalekowzrocznym, to stopień jego hyperopii zmniejszy się o siłę soczewki; jeżeli zaś stawimy ją przed okiem krótkowzrocznym, to stopień krótkowzroczności powiększa się o siłę soczewki; jeżeli zaś soczewkę wypukłą postawimy przed okiem o As. M. H., to nastąpi i jedno i drugie zjawisko, t. j. zmniejszy się hyperopia i powiększy myopia; przytem, jeżeli siła postawionej soczewki wypukłej lub napięcia nastawczości będzie się równać ilości dyoptryi hyperopii, to hyperopia będzie wyrównaną, t. j. zniknie, znaczy południk hyperowy zrobi się miarowym; co się tyczy południka myopowego, to wskutek napięcia nastawczości, wynoszącego pewną ilość dyoptryi, myopia powiększy się o tę ilość (jak w naszym przykładzie o B dyoptryi). Ostateczny wynik jest ten, że otrzymamy jakby oko, mające prostą krótkowzroczną niezborność (As. M.); ta zmiana nastąpiła wskutek przesunięcia się południków miarowych z ich pierwotnego położenia do pozycji południka hyperopowego, do którego miarowe podeszły z dwóch stron i złąły się z nim.

Nazwijmy każde ustawienie południków miarowych, zależne od napięcia nastawczości, wtórnem.

Przy takim przesuwaniu się południków miarowych do pozycji wtórnych istnieje zupełna ciągłość tego zjawiska, polegająca na tem, że przy stopniowym przejściu akomodacyi ze stanu zupełnego zwolnienia do stanu napięcia wynoszącego np. B dyoptryi, południki miarowe także stopniowo zbliżają się do hyperopowego, a przy osłabieniu napięcia akomodacyi znowu oba powracają do dawnej pozycyi i przytem każdemu stopniowi napięcia nastawczości odpowiada pewna ściśle określona pozycya południków miarowych.

Gdybyśmy mogli widzieć te miarowe południki i ruchy ich zależne od napięcia i zwolnienia nastawczości, to nam by się wydawało, że to szczęki nożyc odmykają się i zamykają.

Przy dalej wzmagającym się napięciu nastawczości mamy następne zmiany: ponieważ to napięcie porównujemy z przystawianiem coraz silniejszych wypukłych soczewek, przez co wzmagą się krótkowzroczność we wszystkich kierunkach, więc

i na południku miarowym, który, jak mówiliśmy wyżej, utworzył się od zlania dwóch miarowych i ułożenia się ich na hyperopowym. robi się także myopia, a ponieważ na innych południkach jest jeszcze silniejsza myopia, więc jak widzimy, przy napięciu akomodacyi większem, aniżeli ilość dyoptryi hyperopii, miarowy południk już znika, hyperopowy staje się myopowym, a myopowy otrzymuje jeszcze większą myopię, słowem oko o As. M. H. staje się okiem o niezborności złożonej krótkowzrocznej (As. M. M.).

Widzimy więc, że chociaż istnieje zupełna analogia pomiędzy południkami obojętnymi toryku dwuznakowego i południkami miarowymi oka o As. M. H., jednakże jest i różnica między nimi, polegająca na tem, że południki toryku są nieruchome, ich położenie jest niezmienne, zaś południki miarowe oka o As. M. H. wykonują ruchy dookoła bieguna rogówki: przy napięciu akomodacyi w kierunku od pierwotnego swego położenia do południka hyperopowego i odwrotnie — przy zluźnieniu akomodacyi. Po drugiej stronie od pierwotnego położenia, t. j. w kierunku do południka myopowego ruchy południków miarowych przy naturalnych warunkach nie odbywają się, t. j. południki miarowe nie wkraczają na część krótkowzroczną rogówki; tylko sztucznie można by było wywołać ten ruch, stawiając przed okiem soczewkę wklęsłą. Prawda i na toryku dwuznakowym można zmienić położenie południków obojętnych, przystawiwszy do niego soczewkę wklęsłą lub wypukłą, lecz to będzie ruch południków, ale jednorazowe ustawienie ich w nowej pozycji.

Widzimy więc, że na rogówce oka o niezborności mieszanej są dwa miarowe południki, ułożone symetrycznie względem głównych południków i wykonujące w zależności od napięcia lub zluźnienia nastawczości symetryczne ruchy po nadwzrocznej części rogówki na podobieństwo to rozwierających się to znów się zamykających szczęk nożyczek; biegun przedni oka jest jakby ćwiekiem, łączącym obie szczęki.

Teraz rozpatrzmy oko mające niezborność prostą nad-

wzroczną (As. H.). W takim oku zwykle południk pionowy ma miarową refrakcyę, inne zaś południki mają refrakcyę hyperopową, stopniowo się zwiększającą aż do poziomego, mającego *maximum* hyperopii. Tak się rzecz przedstawia podczas stanu zupełnego zwolnienia akomodacyi rozpatrywanego oka. Teraz wyobraźmy, że takie oko zaczyna akomodować i że stopień napięcia akomodacyi jest narazie mniejszy, aniżeli stopień niezborności, czyli — co na jedno wychodzi — mniejszy, aniżeli stopień hyperopii południka poziomego; taki stopień napięcia nastawczości możemy zastąpić soczewką wypukłą odpowiedniej siły, a jak w naszym przypadku, soczewką o sile mniejszej, aniżeli stopień hyperopii południka poziomego; taka więc soczewka nie wyrówna całkiem hyperopii w południku poziomym, część jej zostanie w niem. a przytem oko otrzyma i pewien stopień krótkowzroczności, która ujawni się najpierw w południku pionowym, który stanie się myopowym; znaczy oko zrobi się jakby mającem niezborność mieszaną; a wiemy, że takie oko ma dwa miarowe południki; przed akomodacją więc oko posiadało jeden miarowy południk (pionowy). obecnie zaś dwa; znaczy skutek akomodacyi pionowy miarowy południk jakby się rozdzielił i utworzył dwa inne miarowe, które odchyliły się symetrycznie od pionowego na dwie strony i utworzyły między swoimi ramionami część krótkowzroczną rogówki.

Przy dalszem napięciu nastawczości nowo utworzone miarowe południki zaczęją się coraz dalej odchyłać od pionowego, a jednocześnie zbliżać do poziomego i, kiedy stopień napięcia nastawczości stanie się równym stopniowi hyperopii południka poziomego, to wtedy miarowe południki zleją się z poziomym i z sobą, t. j. utworzą jeden miarowy, ale już poziomy południk; na pozostałej części rogówki będzie refrakcyą krótkowzroczna; przy jeszcze większem napięciu nastawczości znika już miarowość i w południku poziomym i zostaje zastąpiona refrakcyą krótkowzroczną. Przy złuźnieniu akomodacyi wszystkie wyżej opisane zjawiska powtórzą się w porządku odwrotnym.

Jeżeli będziemy rozpatrywać południki miarowe oka, mającego niezborność nadwzroczną złożoną (As. H. H.), to stosując wyżej podane rozumowanie, dojdziemy do wniosku, że w takim oku przy stopniowo wzmagającej się nastawczości zjawiska następują w takim porządku:

a) brak południków miarowych;

b) zjawia się południk miarowy, ułożony wzdłuż południka pionowego;

c) pionowy miarowy południk rozdwa się i nowo utworzone dwa miarowe południki odchylają się symetrycznie od pionowego, a zbliżają się do poziomego;

d) obydwa miarowe, doszedłszy do poziomego, tworzą jeden poziomy miarowy południk;

e) zniknięcie poziomego miarowego i zastąpienie go krótkowzrocznym.

Wszystkie tylko co wyszczególnione zjawiska przy zluźnieniu akomodacji powtórzą się w porządku odwrotnym.

Teraz rozpatrzmy oko z niezbornością krótkowzroczną prostą (As. M.). Takie oko posiada jeden miarowy południk, zwykle poziomy. Przy najśłabszem napięciu nastawczości ten południk znika i zostaje zastąpiony przez myopowy; przy zluźnieniu zaś nastawczości znowu się zjawia.

W oku o niezborności myopowej złożonej (As. M. M.) niema wcale miarowych południków i zjawienie się ich w zależności od akomodacji także jest niemożliwym, ponieważ napięcie akomodacji wywołuje tylko powiększenie stopnia krótkowzroczności we wszystkich południkach.

Poznawszy pozycję południków miarowych i granice ich ruchów dookoła bieguna przedniego oka, będziemy mogli stworzyć sobie pojęcie o wartości metody badania refrakcyi rozmaitych południków oka przy pomocy szczelinki. Przez szczelinkę oko niezborne widzi na odległość dobrze wówczas, gdy ustawi przed nią jeden ze swoich miarowych południków; a ponieważ przy niektórych rodzajach niezborności, mianowicie przy As. H. i As. H. H., miarowe południki, jak widzie-

liśny wyżej, mogą być ustawione we wszystkich dowolnych kierunkach, byleby sprawność akomodacyi była dostateczną, więc szczelinka, izolując miarowy południk od reszty niemiastrowych, przyczynia się znakomicie do wyraźnego widzenia bez względu na to, w jakiej pozycyi jest ustawiona. Przy As. M. H. na całej przestrzeni nadwzrocznej części rogówki znajdujemy przez szczelinę wyraźne widzenie; na części zaś krótkowzrocznej gorsze; tu możemy skorzystać z tego faktu i, rozdzielwszy po połowie ką, na przestrzeni którego otrzymujemy dobre widzenie, znaleźć pozycję południka nadwzrocznego. Przy As. M. otrzymujemy jedyną pozycję szczelinki, przy której siła widzenia na odległość jest dobra. Przy As. M. M. możemy rozróżnić dwa prostopadłe południki, w których siła widzenia będzie najlepsza i najgorsza.

Teraz zrozumiałym jest powszechnie znany fakt, że najczęściej bywa, iż oko niezborne najlepiej widzi przy poziomo ustawionej szczelinie.

Widzimy przeto, jak wogóle mało danych można osiągnąć ze stosowania metody badania refrakcyi rozmaitych południków przy pomocy szczelinki, szczególnie, gdy się bada bez zastosowania atropiny; słusznie więc ta metoda została zarzuconą.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVI. Z. 1. (Referent Dr Bałlaban).

Uwagi kliniczne co do leczenia ócz zezowatych amblioskopem. (Klinische Bemerkungen zur Amblyoskoptherapie bei Schielenden). Krusius.

Konserwatywna metoda leczenia zezów ma na celu osiągnąć zapomocą ćwiczenia stereoskopem równoległe ustawienie się ócz. Działają przytem dwa czynniki, a mianowicie optyczno-fizyologiczny i motoryczny. Stosownie do tego, jak te składniki działają, można

przez wywołanie silniejszej tendencji fuzyjnej ustawić oczy równolegle. Przy tych ćwiczeniach można spostrzedz, że oczy aż do miejsca, w którym obrazy mają się przykrywać zmierzają do ustawienia osi widzenia w kierunku równoległym, samo zaś to miejsce unikają one i przechodzą w zbieżność lub rozbieżność. Ten »*horror fusionis*« wyzyskuje autor i stara się nie przechodzić z wolna ze względnego równoległego ustanowienia osi ocznych w kierunku skrajnej zbieżności lub rozbieżności ócz, lecz stara się osiągnąć nagle zbieżności lub rozbieżności osi ocznych, a następnie znowu z wolna równoległe ich ustawienie, po częstszych takich codziennych ćwiczeniach daje się spostrzegać dłużej trwałe równoległe ustawianie się ócz. Następnie osiągnięty ten stan należy utrzymywać ćwiczeniami stereoskopowymi. Autor jest zdania, że jednak ćwiczenia stereoskopowe, bez poprzedniego leczenia amblioskopem są zupełnie bez wartości.

O drodze, którą w oku przebywa zarazek wścieklizny. (Über den Weg der Lyssa im Auge). Königstein i Holbut.

Poprzednie badania Krausa i Fukahary stwierdziły, że obok zakażenia zarazkiem wścieklizny przestworu subduralnego, najprawdopodobniejszą jest teoria zakażenia, przez przedostanie się zarazka do rogówki. Doświadczenia przeprowadzone przez autorów mają na celu wyjaśnić, w jakim kierunku zakażenie się rozszerza, jak długo ono trwa zanim zarazek dostanie się z rogówki do mózgu i kiedy zniszczenie zakażonej rogówki może powstrzymać wybuch wścieklizny. Zakażenie postępuje przez ciecz wodną i posuwa się wzdłuż nerwu wzrokowego tak, że przecięcie nerwu tego przed ogólnem zakażeniem wstrzymuje wybuch wścieklizny, a w 6—10 godzinach po zakażeniu rogówki może zniszczenie lub wycięcie rogówki wstrzymać wybuch wścieklizny. Zarazek wdiera się tak przy zakażeniu rogówkowem, jak też subduralnem wgłąb nerwu wzrokowego a roztynem otrzymanym z takich nerwów można wywołać wściekliznę.

O przeszczepianiu tłuszczu po wypatroszeniu i wyluszczeniu gałki ocznej. (Über Fettransplantation nach Evisceratio und Enucleatio bulbi). Marx.

Dotychczas nie brak prób, które miały na celu po wyluszczeniu i wypatroszeniu gałki ocznej osiągnąć możliwie największy kikut, na którym mogłaby gałka oczna swobodnie się poruszać. W r. 1885 próbował Mules przemieszczać sztuczne ciało szkliste, następnie używano w tym celu gałek szklanych a także

kości słońowej, szklisłą bawełnę, agar, bez, parafinę, wreszcie oczy psów i królików. Wszystkie te ciała albo nie były przez worek spojówkowy znoszone, albo też powodowały zapalenia i zadrażnienia. Pierwszym był Baraquez, który zalecał przeszczepianie tłuszczu z poślądków. W kilku przypadkach przeszczepiał on kawałki tłuszczu z uda. Najważniejszym było przytem zadaniem starać się, aby kawałek tłuszczu mającego być przeszczepionym był nie zmacerowanym i tak utrwalonym szwami, aby nie występował z jamy oczodołowej. Po założeniu szwów spojówkowych leczenie następowało bez reakcyi, a kikut był silnym elastycznym i dobrze się poruszał. Niestety, najdłuższa obserwacya w tym kierunku trwa dopiero $\frac{3}{4}$ roku. Przeprowadzone drobnowidowe badania po zastosowaniu tej metody u królików wykazały, że w przeciągu 10—14 dni nastaje silny wzrost pomiędzy twardówką a tłuszczem, przyczem wciskają się w głąb kikutu wypustki z tkanki łącznej twardówki. Przeszczepiona tkanka tłuszczowa zachowuje się w podobny sposób, jak każde ciało obce, a z czasem zostaje zastąpioną tkanką łączną, która jednak ma tendencję do kurczenia się. Obecnie należy wyczekiwać, jakie będą wyniki tego przeszczepiania po upływie kilku lat.

600 operacyi zaćmy przy stosowaniu obwodowej irydektomii. (600 Extraktionen von Altersstar mit peripherer Iridectomie). Wittmer i Nagano.

Przy wszystkich w ten sposób podjętych operacyach wskazanem do zabiegu było zachowanie się bystrości wzroku, to znaczy upośledzenie w widzeniu, a nie stan, w jakim się zaćma znajdowała. Sam zabieg przedstawia się następująco. Po zrobieniu cięcia łukowego, otwiera się torebkę szczypcykami Förstera i wyjmuje się soczewkę, zaś pozostałe cząstki łyżką Hessa. Następnie tęczęwkę umiejscawia się w dawnym jej położeniu i wycina się z górnego jej bieguna możliwie najmniejszy kawałeczek. Po należytem zreponowaniu tęczówki łyżką Daviela i uporządkowaniu płatu spojówkowego pokrywa się oko kapsłą aluminiową, w której znajduje się środkowy otwór. Po 14 dniach wypuszcza się zazwyczaj chorego z kliniki. Okazuje się, że takie wycinanie tęczówki u jej podstawy jest bardzo korzystnem, gdyż w ten sposób pozostaje źrenica okrągłą i oddziaływa należycie. Wypadnięcia tęczówki z ranki prawie nie spostrzegano, a także nie było nigdy zakażenia ranki. Niezborność oka jest przy tym zabiegu mniejszą, aniżeli przy robieniu szpary tęczęwkowej w zwykły sposób. Następową operacyę musiano wykonać w 3·5⁰/₀, a wskazaniem do podjęcia operacyi była bystrość wzroku mniejsza aniżeli 03. Przy zaćmach

powikłanych z jaskrą osiągnano tym zabiegiem całkowicie dodatni wynik.

Przyczynę do wrodzonych torbieli tęczówki. (Beitrag zu den angeborenen Iriszysten). Bergemann.

W przytoczonym przypadku chodzi o wynik badania drobnowidowego torbiela tęczówki, który usunięto u 9 miesięcznego zdrowego dziecka przez irydektomię. Ściana torbiela była wyściełoną jedno i więcej warstwowym przybłonkiem, który posiadał okrągłe i podłużne jądra. Na zewnętrznej ścianie torbiela daje się spostrzegać bardzo ścięczała tkanka tęczówki. Zawartość torbiela wypłynęła, a pozostały tylko włókna z nielicznymi leukocytami. Sama tęczówka była przepelnioną naczyniami i komórkami. Pokazało się, że twór ten był surowiczym przybłonkowym torbielem, który się rozwinął w tkance tęczówki i zdaje się, że był wrodzony, gdyż żadnej przyczyny jego powstania nie dało się wykazać.

O objawach ocznych przy chorobie Basedowa. (Über Augensymptome bei Morbus Basedovii). Ohlemann.

Obok znanych już objawów ocznych przy chorobie Basedowa a' opisanych przez Greefego, Stellwaga i Moebiusa opisuje autor nowe, oparte na swych spostrzeżeniach.

Autor sądzi, że przyczyną rozszerzenia żył spojówkowych i twardówkowych nie jest zatrucie, jak to twierdzi Topolański, ale zastoina. Zastoina ta powstaje także wtedy, gdy powiększenie gruczołu tarczycowego jest tak nieznaczne, że spostrzegać się ono nie daje. Następstwem zastoiny jest także obrzęk powiek, brwi i chrząstki powiekowej. W każdym razie nie chodzi nigdy o wielkość przerostu gruczołu tarczycowego, ale o jego położenie. Jako początkowe objawy spostrzegał autor ruchy płasawicze, po drażnieniu, zięczenie, następnie przyśpieszenie tętna i bicie serca. Przedmiotowo dawał się spostrzegać przerost lewego serca. Następnie pojawiały się porażenia mięśni ocznych i trzeszczu gałki ocznej. Przyczyny oftalmoplegii szuka autor w porażeniu jądrowym, powstałym przez zmianę w ścianach naczyń. Co się tyczy leczenia, to najkorzystniejszym okazało się podawanie małych dawek jodku potasu, lub zażywanie po kropli nalewki jodowej przed obiadem i wieczrą. W początkach choroby zaleca się długo trwające leżenie w łóżku. Autor jest przeciwnikiem stosowania tyreoidyny.

O leczeniu chorób ocznych tuberkuliną. (Zur Tuberkulinbehandlung bei Augenleiden). Hummelsheim.

W niniejszej pracy opisuje autor tylko sposób leczenia tuberkuliną i czas trwania wyniku leczniczego. Wedle wskazówek

Hippela, który dotychczas stosował te zastrzykiwania, należy najwyżej stosować przy 1 mg TR, 1.5 mg roztworu drobnoustrojowego. Przy takim stosowaniu występuje jednak często podniesienie ciepłoty, które wprawdzie nie jest szkodliwym, jednak wcale nie pożądanym. Co się tyczy trwania tych zastrzykiwań, to zaleca się starać o zniszczenie zarazka gruźliczego, przez dawanie coraz większych dawek. Autor poleca postępować wedle wskazówek Saathoffa, który znalazł, że odczyn powstały w miejscu zastrzykiwania odpowiada wysokości gorączki. Saathoff postępuje w ten sposób, że robi poprzednio próbne zastrzykiwanie z tuberkuliną i to w ilości $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{5000}$ tuberkuliny. W przerwach 5—7-dniowych robi on następnie wstrzykiwania o wyższym lub niższym procentowym stężeniu stosowanie do odczynu, jakie te zastrzykiwania miejscowo wywołują i to aż do wysokości $\frac{5}{10}$ mg. Postępując w ten sposób osiągnął autor w trzech przypadkach polepszenie, względnie uleczenie.

Badania nad t. zw. „ciałkami jaglicy“. (Untersuchungen über die sogenannten »Trachomkörperchen«). Flemming

Z dodatniego wyniku badań i znalezieniu ciałek jaglicy przy śluzoropotoku spojówki wnioskuje Heymann, że przyczyną jaglicy nie są znane dotychczas t. zw. ciała jaglicy. Nedden uważa, że powstają one wskutek odczynu jadu. Na podstawie 300 badań poleca podział ciałek jaglicy na 4 kategorie: 1) pojedyncze ziarnka wielkości koków, 2) jądro o kształcie czapki, 3) czerwono fioletowe ziarnka bardzo małe, 4) poszczególne gromady takich ciałek w środku lub po za obrębem komórki nie mające żadnego związku z jądrem. Wedle ogłoszonych badań znajdują się ciała nie tylko w śluzoropotoku, lecz i w innych nieżytach spojówki. W śluzoropotoku dają się one jednak wykazać dopiero po ustaniu wydzieliny. Bardzo znamienne jest ta okoliczność, że przy leczeniu jaglicy, ciała te znikają już w bardzo krótkim czasie leczenia, pomimo, że choroba sama trwa jeszcze dalej tygodniami. Fakt sam, że ciała te spostrzegać się dają często przy różnorodnych nieżytach spojówki dowodzi, że dla jaglicy nie mają one żadnego swoistego znaczenia. Dotychczas nie robiono nigdy szczepienia samymi ciałkami jaglicy, a zawsze tylko z wydzieliną i cząstkami tkanki. Z przeprowadzonych badań na zwierzętach wypływa, że »ciałka jaglicze«, które się spostrzegać dają w różnych cierpieniach spojówki nie są przyczyną tych schorzeń, ani też nie są wytworami zwyrodnienia komórek, a tylko są pasożytami*).

*) Wyniki i końcowe wnioski tych badań nabierają tem większego

Tymczasem drobnoustrój ten, który rzekomo zdaniem Greeffa przez niego odkrytym został i ma być powodem powstawania jaglicy, *de facto* został znalezionym przez Provaszka i Clausena i jak się obecnie okazuje jest niewinnym pasożytem.

Wynika więc z tego, że ze składaniem kart wizytowych u kolumny wielkich wynalazków należy być powściągliwym. A Greeff ?!

Berl klin. Wochenschrift. R. 1911. Nr 5, 6, 8. (Referent Dr W. Reis).

O nowem zakaźnem schorzeniu spojówki. (Ueber eine neue infektiöse Bindehauterkrankung). (Epitheliosis desquamativa conjunctivae). Leber i Provaszek.

W pracy powyższej zdają autorowie tylko tymczasowe sprawozdanie z badań przedsięwziętych podczas podróży na wyspy Samoa nad nagminnie tam od szeregu lat panującym zapaleniem spojówek. W obrazie klinicznym tego schorzenia odróżnić można trzy okresy: w okresie pierwszym stwierdzić można spojówkę powiekową obrzękłą, przy zachowanej gładkiej powierzchni, a wydzielina, nie bardzo obfita, wykazuje mleczne zabarwienie, pochodzące od licznych złuszczonych komórek przybłonkowych. Dlatego też autorowie określają to cierpienie nazwą *epitheliosis desquamativa conjunctivae*. Gruczoły przyuszne nie są powiększone. W dalszym ciągu trwania choroby spojówka powiekowa coraz bardziej grubieje i przybiera wejrzenie aksamitu, a czasami powstaje obraz podobny do nieżytu mieszkowego. W okresie drugim ustępują objawy zapalnego przerostu spojówki powiekowej, natomiast spojówka gałkowa staje się nastrzykniętą, a jako powikłania występują płytkie, przewlekłe wrzody na rogówkach. W okresie końcowym przychodzi do zaniku przybłonka spojówkowego. Na spojówce powiekowej tworzą się z początku małe, później powiększające się białe przestrzenie zanikowe, które w następstwie sprowadzić mogą skrócenia powieki i powikłania jak wzrost rzęs, podwinięcie powieki, zrost spojówki gałkowej z powiekową. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy w pierwszym okresie jaglicę, w końcowym zaś pęcherzycę oka.

znaczenia, że pochodzą z zakładu Greeffa — a zatem z zakładu tego autora, który nie dawniej, jak przed rokiem, chlubił się po wszystkich czasopismach, jako odkrywca drobnoustroju jaglicy, a nawet kazał umieszczać tamże swe fotografie.

Jako przyczynę wywołującą to cierpienie uważają autorowie istnienie w komórkach przybłonkowych tworów wewnątrzkomórkowych, przypominających pod względem morfologicznym i rozwojowym twory opisywane jako ciała jaglicze.

Leczniczco stosowali autorowie pyoktaninę (1:1000 lub 1:100), która już po kilkurazowym wkropleniu zmniejszyła ilość wtrętów komórkowych; azotan srebrowy stosowali tylko w przypadkach zakażenia mieszanego, a po ustąpieniu okresu zapalnego stosowali środki ściągające. Powstałe powikłania w końcowym okresie leczono operacyjnie.

Działanie rozszerzające źrenicę wyciągów i płynów z narządów. (Mydriatische Wirkung von Organextrakten und Fltissigkeiten). C a t a p a n o.

Autor starał się na drodze doświadczalnej zbadać czy wyciągi z rozmaitych narządów nie posiadają również własności rozszerzających źrenicę i doszedł do następujących wniosków: 1) z nadnercza i przysadki otrzymuje się wodne i alkoholowe wyciągi, które posiadają wybitne działanie rozszerzające źrenicę. 2) Wyciągi z innych narządów, jak grasica, nerki, trzustka, wątroba, jajniki, jądra, mięśnie posiadają podobne lecz mniej wybitne własności. Natomiast ujemne działanie wykazują wodny wyciąg gruczołu tarczycowego, wodny i alkoholowy wyciąg mózgu i wodny wyciąg śledziony. 3) Istota działająca i powodująca rozszerzenie źrenicy znajduje się w poszczególnych narządach; nie znajduje się zaś w surowicy krwi. Nieuzasadnionem jest więc przypuszczenie, że własności rozszerzające źrenicę, stwierdzone w moczu i surowicy osobników chorych na nerki zależą tylko od nadmiaru czynności nadnercza. Badania autora bowiem wykazały, że oprócz nadnerczy i inne narządy posiadają własności rozszerzające źrenicę, brak zaś tych własności w niektórych narządach również przemawia za tem, że działanie rozszerzające źrenicę nie jest zależnem od istot w ustroju krążących.

O zepchnięciu zaćmy. (Ueber die Reklination des grauen Stars). L e w i n s o h n.

Obecnie zepchnięcie zaćmy (*reclinatio*) stosuje się tylko w przypadkach wyjątkowych, jak np. u osobników z wybitną krwawiczką, u chorych umysłowo lub u osób w podeszłym wieku bardzo niespokojnych. Autor miał sposobność wykonać tę operację u dwóch kobiet 80-letnich, cierpiących na *dementia senilis*, przy czem użył klasycznej metody Scarpy-Himly'ego (*scleronyxis posterior*). Iglę lekko zakrzywioną wkłул L. w twardówkę w odle-

głości 4 mm od rąbka nieco poniżej południka poziomego, następnie przesuując igłę między tęczęwką a soczewką doprowadził koniec igły aż do przeciwnego brzegu źrenicznego tęczęwki, i ucisnął lekko wklęsłą powierzchnię igły samą soczewką. Soczewkę trzeba było kilka razy zepchnąć, a w drugim przypadku był autor zmuszony końcem nożyka poprzecinać równocześnie włókienka wiązadełka Zinna. W szczególności na ten ostatni pomocniczy zabieg zwraca L. uwagę, gdyż zupełne zepchnięcie soczewki do ciała szklistego mniej usposabia do powstania następnej jaskry lub zapalenia ciała rzęskowego niż zwichnięcie soczewki niezupełne. Przywrócenie obu umysłowo chorym kobietom zdolności widzenia wpłynęło uspokajająco na ich stan ogólny.

Działanie rozszerzające źrenicę wyciągów z narządów. (Mydriatische Wirkung von Organextrakten). Bittorf.

Odwołując się na pracę Catapano*) zaznacza autor, że niezależnie od C. stwierdził również własności rozszerzające źrenicę w wyciągach z niektórych narządów (gruczoł tarczycowy).

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 1, 2, 3, 6 i 9. (Referent Dr W. Reis).

Dalszy przypadek porażenia mięśni ocznych po zakażeniu. (Ein weiterer Fall von Augenmuskellähmung nach Salvarsan). Stern.

Autor opisuje przypadek, w którym u chorego leczonego przez rok po zakażeniu wcieraniami zastosował podskórne wstrzyknięcie salwarsanu. W dwa miesiące potem wystąpiło na oku lewym porażenie górnego mięśnia skośnego i niedowład mięśnia odwodzącego. Także pole widzenia na oku prawym było ścieśnione na barwy. Autor uważa powstanie tych zmian chorobowych jako następstwo wstrzyknięcia salwarsanu.

Patologia i leczenie uszkodzeń oka. (Die Pathologie und Therapie der Verletzungen des Auges). Elschmig.

Trzy wykłady kliniczne.

*) Porówn. refer. na str. 68.

Opaska oczna z guzikiem zatraskowym. (Augenklappe mit Druckknopf). Oppenheimer.

Wiązanie opaski ocznej ma swoje ujemne strony; opaska wiązana łatwo się przesuwana, niektórzy chorzy niechętnie ją znoszą, skarżąc się na ucisk wstążek i t. p. Autor dostosował do zwykłej muszlowej opaski ochronnej zamknięcie zapomocą guzików zatraskowych. Jedną połówkę guzika przeprowadza się przez otworek w przylepcu, który przymocowuje się do czoła i policzka, a druga połówka znajduje się przy krótkich tasiemkach, umieszczonych z obu stron opaski.

Leczenie oderwania siatkówki. (Die Behandlung der Netzhautablösung). Deutschmann.

Odpowiedź na artykuł Horstmann'a, umieszczony w jednym z poprzednich zeszytów czasopisma. D. zaleca swe metody operacyjne leczenia oderwania siatkówki: podwójne nacięcie siatkówki w okolicy rąbka zębatego lub też w okresie późniejszym cierpienia wstrzykiwania ciała szklстого królików.

O znaczeniu gruźlicy w etyologii śródgąlkowych krwotoków i rozrostowych zmian w siatkówce, w szczególności o siatkówkowym zapaleniu okołożylnem u gruźliczych. (Ueber die Bedeutung der Tuberkulose in der Aetiologie der intraokularen Hämorrhagien und der proliferirenden Veränderungen in der Netzhaut, besonders über Periphlebitis retinalis bei Tuberkulösen). Axenfeld i Stock.

Na podstawie spostrzeganych kilku przypadków chorobowych dochodzą autorowie do wniosku, że krwotoki śródgąlkowe do ciała szklстого u osobników młodych i zapalenia siatkówki z rozrostem tkanki łącznej przynajmniej w części stoją w genetycznym związku z gruźlicą. U chorych gruźliczych stwierdzić bowiem można mniej lub więcej przemijające zmiany chorobowe dokoła naczyń siatkówkowych, w szczególności dokoła żył, które to zmiany występują pod postacią białawych smug wzdłuż naczyń, często bez równoczesnego istnienia jakichkolwiek ognisk gruźliczych w jagodówce. Autorowie przypuszczają, że zmiany powyższe nie należy uzależnić od istnienia prątków gruźliczych w siatkówce, mogą one być raczej wynikiem wpływów toksycznych, podobnie jak inne >tuberkulidy<.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1910. T. LXXVII. Z. 1, 2, 3. (Referent Dr T. Kleczkowski).

Anatomo-patologiczne badania nad niedowidzeniem w następstwie zatrucia alkoholowego. (Pathologisch - Anatomische Untersuchungen über Alkoholische Intoxikationsamblyopie). H. Rönne — Kopenhaga.

Przy anatomicznem badaniu dróg wzrokowych znalazł autor na 38 przypadków ciężkiego alkoholizmu 11 przypadków, w których pęczek tarczowo-plankowy był zwyrodniały, Zmiany w siatkówce usadowione były w warstwie ganglionów, a położenie ich w zupełności odpowiadało położeniu środkowego względnego ubytku w polu widzenia. Możliwość zbadania w seryi 6 *chiasma n. optici* dało sposobność autorowi do badania przebiegu włókien nerwowych. Poszukiwania te stwierdziły, że pęczek włókien nieskrzyżowany leży w środku n. wzrokowego, a w *chiasma* również nie zmienia swego położenia. Pęczek skrzyżowany leży początkowo w środku n. wzrokowego tuż koło nieskrzyżowanego, potem jednak w części nerwu śródczaszkowej oddziela się od niego i leży więcej grzbietowo od nieskrzyżowanego pęczka. W *chiasma* leży całkiem grzbietowo, a po za niem znówu koło pęczka nieskrzyżowanego. Badanie *corp. genicul. extern.* wykazało obecność zwyrodnienia małych komórek ganglionu, podczas gdy wielkie komórki były zupełnie prawidłowe. Również żadnych zmian nie było w płacie potylicznym. Obraz drobnowidowy zwyrodnienia włókien nerwowych nie przemawia za *neuritis interstitialis*. Zwyrodnienie to, według autora, należy uważać za zwyrodnienie ganglionów siatkówki z następoweni wtórnem zwyrodnieniem włókien. W jednym przypadku barwił autor Weigertem na gleję i znalazł obraz typowy Spielmeiera spotykany przez tego autora przy *tabes*.

Zmiany nabłonka tęczówki i ciała rzęskowego po punkcyi przedniej komory. Przyczynek do badań nad mechanizmem wytwarzania się płynu wodnego. (Die Veränderungen des Iris- und Ciliarepithels nach Punction der Vorderkammer. Beitrag zum Studium des Produktionsmechanismus des Humor aqueus). V. Carlini — Livorno.

Autor nie mógł wykazać w nabłonku ciała rzęskowego ani ziarn wydzielniczych ani wakuoli. Badania wykonywał autor na komórkach żyjących w surowicy izotonicznej metodami barwienia Manna, Altmanna, Galeottiego i Heidenhaina. Postaciowe zmiany spostrzegane przez autora w nabłonku po punkcyi

uważa autor nie za dowód wzmożonej czynności komórek, lecz za objaw szybkiego rozpadu pierwoszczy. Zmiany te polegają na powstawaniu wakuoli w pierwoszczy. Jako wniosek z tych badań wyciąga autor twierdzenie, że płyn wodny należy uważać za produkt filtracyjny nabłonka, a nie wydzielniczy.

O naturze kurczów przy zaćmie okołojądrowej. (Über die Natur der Krämpfe bei Schichtstar). E. Frank — Heidelberg.

Autor przytacza 36 przypadków z kliniki prof. Lebera. W większości przypadków skurcze były toniczne, w dwóch tylko przypadkach kloniczne. Z tych 36 przypadków, w 24 można było wykazać *rhachitis*, z tych zaś w 15 notowano w historii choroby kurcze. Ze zmian rachitycznych najczęstszą zmianą były zmiany w zębach.

Ciekawy obraz w ropniu ciała szklistego. Ein merkwürdiger Befund in einem Glaskörperabscess). A. Purtscher — Wiedeń.

W przypadku autora po ranie drażącej rogówki przyszło do wytworzenia się ropnia ciała szklistego. Drobnowidowo wykazać w nim było można obecność ogniskowego nagromadzenia się komórek, wykazujących w swym środku lipid i leukocytów naokoło ciał niebiesko się barwiących. Ciała te uważa autor za rozpadające się drobnoustroje.

O charakterystycznym dotychczas nieopisanem zmętnieniu rogówki [wskazówka co do prawidłowej budowy rogówki]. (Über eine eigenartige bisher nicht bekannte Hornhauttrübung [ein Hinweis auf die normale Struktur der Hornhaut]). Prof. Fleischer — Tübingen.

Autor spostrzegł charakterystyczne zmętnienie rogówek obu oczów u osoby cierpiącej na *sclerosis multiplex*. Zmętnienie rogówek leżało w warstwie powierzchniowej, zajmowało całą jej powierzchnię, a składało się z pęczków szarawych promienisto z poniżej środka rogówki falisto nieco się rozbiegających. Rodzaj tego zmętnienia, którego powstanie autorowi nie jest jasnym, daje pewną wskazówkę na rodzaj ułożenia się elementów rogówki w stanie prawidłowym.

Nowy przyrząd do stałego drenowania dróg łzowych. (Ein neues Instrument zur Herbeiführung permanenter Drainage der Tränenabflusswege). T. Frieberg — Stockholm.

Nowy przyrząd polega na użyciu sondy pustej w środku z mandrynem kulką zakończonym.

O endogenetycznych wiewiórowych schorzeniach rogówki i skóry. (Ueber endogene, gonorrhoeische Hornhaut- und Hautaffektionen). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

Przypadki spostrzegane przez siebie, a zawsze będące w łączności z *conj. epibulbaris* dzieli autor na 4 grupy, a mianowicie:

- 1) *Keratitis vesiculosa (phlyetaenulosa)*.
- 2) *Keratitis parenchymo-vesiculosa*.
- 3) *Keratitis parenchymatosa*.
- 4) *Keratitis marginalis progrediens*.

Po rozważeniu danych anatomicznych, fizyologicznych i klinicznych (przebieg choroby) dochodzi autor do przekonania, że jady w rogówce rozchodzą się drogą włókien jej nerwowych. Chorzy przy ogólnem zakażeniu wiewiórowem często wykazywali objawy skórne, polegające na powstawaniu *dermatitis*, wytwarzaniu się pęcherzyków i krwotoków podskórnych. Schorzenia te często poprzedzane bywały bólami reumatoidalnymi. Objawy »nerwowe«, występujące również przy schorzeniach skóry, przemawiają i tutaj również za przenoszeniem się jadów drogą nerwów.

Przyczynek do wiadomości o ciałkach jaglicowych i ich obecności. (Beitrag zur Kenntnis der Trachomkörperchen und ihres Vorkommens). M. Zade — Jena.

Na 25 przypadków jaglicy, badanych na ciałka jaglicowe, w 10-u znalazł autor typowe chlamydozoa; w 5-u przyp. wynik był niepewny, w 10-u przyp. wynik zupełnie ujemny. Autor potwierdza badanie dawnych autorów, że leczenie wpływu na to, że ciałka są mniej następowo liczne. W skrawkach nigdy autorowi nie udało się wykazać ciałek jaglicy. Ciałka jaglicowe spostrzegał autor jedynie przy jaglicy.

Badania nad etyologią i anatomią patologiczną chronicznych urazowych śródocznych zapaleń, jak również nad patogenezą zapalenia sympatycznego, (Untersuchungen über die Aetiologie und pathologische Anatomie der schleichenden traumatischen intraokulären Entzündungen, sowie über die Pathogenese der sympathischen Ophthalmie). W. Gilbert — Monachium.

Badania autora wykazały, że wielkie aseptyczne rany przedniego odcinka gałki ocznej wywołują wysokiego stopnia *papillitis*, która prawdopodobnie powstaje dzięki wwdrowaniu produktów zapalnych przez zranione ciałko szkliste do tarczy. Mniej-zego stopnia *papillitis* spostrzegać można również przy septycznych zapaleniach. Ropienie otaczające kawałki żelaza w ciałku szklistem składa się początkowo z leukocytów, które następnie zostają za-

stąpione przez limfocyty. Przy *iritis serosa traumatica* spostrzegał autor czasem silniejsze zapalenie plastyczne, a nawet naciek naczyńki podobny do nacieku przy *endophthalmitis septica*. Jeżeli zapalenie śródoczne pourazowe zostało wywołane gronkowcami, to charakteryzowało się zawsze obecnością ropy na powierzchni błon oka, w ciałku szklistem, miejscami w siatkówce i mniej lub więcej znacznym naciekiem naczyńki. Charakter nacieku naczyńki odpowiadał naciekowi, spostrzeganemu przez Fuchsa przy *endophthalm. septica*. Naciek naczyńki głównie składa się z limfocytów; leukocytów jest znacznie mniej, a całkiem brak jest leukocytów eozyno-chłonnych. W naczyńkowie znajdują się eozyno-chłonne komórki w tem większej ilości, im mniejszy jest wysięk na powierzchni; w ciałku szklistem przeważają wtedy leukocyty neutro-chłonne. Wogóle komórki neutro-chłonne przedstawiają typ zapalenia ropnego, eozyno-chłonne są dowodem chronicznego naciekowego zapalenia. W oku można spostrzegać powstawanie komórek eozyno-chłonnych przy rozpadzie krwi. Komórki te jednak rozróżnia się od innych komórek eozyno-chłonnych nieregularną ziarnistością. Komórki plazmatyczne spostrzegał autor przy *uveitis chron.* z różnej przyczyny powstałej. Charakter komórek wysiękowych w zapaleniach pourazowych oka zależy, według autora, głównie od stopnia nasilenia zapalenia, a nie od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących zapalenie. W dwóch przypadkach udało się autorowi wychodować z oczów skaleczonych *bac. xerosis*, które przeszczepione do c. szklistego królika jeszcze po 5-u tygodniach dały się wychodować. Zachowanie się to dowodzi, że nie wszystkie w c. szkl. znajdowane *bac. xerosis* można uważać za saprofyty. Większego znaczenia jednak autor drobnoustrojom tym nie przypisuje. Na pytanie, czy dane oko skaleczone zostało zakażone czy nie, nie można, według G., w pierwszych dniach zaraz odpowiedzieć, czasem nawet klinicznie potem nie można stwierdzić. Autor radzi w każdym niejasnym przypadku skaleczenia robić zdjęcie Roentgenem, czy niema ciała obcego. Przy urazowych zapaleniach oka i zapaleniu sympatycznym często można spostrzegać we krwi wzmożenie się ilości limfocytów przy zmniejszeniu się ilości komórek neutro-chłonnych. Jediną stałą postacią komórek przy *uveitis* sympatyzującej są limfocyty. Oprócz nich najczęściej znajdują się komórki epiteloidalne i eozyno-chłonne; komórek olbrzymich i plazmatycznych często jest brak. Z obrazu drobnowidowego jedynie nie można postawić jeszcze rozpoznania, czy dane zapalenie jest sympatyzujące. Pomocą jest zawsze obserwacya kliniczna. Przeniesienie zapalenia sympatycznego drogą połączeń żylnych między dwoma oczodołami możliwe jest trojaka drogą: przez

grzbiet nosa, przez żyły przegrody nosowej i przez *sinus circularis*. Kataralne stany błony śluzowej nosa, przelotne przekrwienia oka drugiego, ból głowy przed i po wybuchu zapalenia sympatycznego można sobie, według autora, tłumaczyć zastojem krążenia oczodołowego i międzyoczodołowego. Objawy te, według G., mogą przemawiać z pewnym prawdopodobieństwem za powstawaniem zapalenia sympatycznego przez przeniesienie się jego drogą naczyń krwionośnych żylnych.

O mięsaku naczyńiówki wraz z uwagami o nekrozie naczyńiówki. (Über Sarcom der Aderhaut nebst Bemerkungen über Nekrose der Uvea). E. Fuchs — Wiedeń.

W pierwszej części swojej obszernej pracy, opartej na doświadczeniu uzyskanem z badań drobnowidowych 150 mięsaków naczyńiówki zajmuje się autor sposobem układania się komórek nowotworowych. Komórki mięsaków nie leżą bezładnie obok siebie, ale można zauważyć pewne typy ułożenia charakterystyczne, które dały możność F. ułożenia mięsaków w pewne grupy. Typ pierwszy odznacza się ułożeniem komórek w pasy, typ drugi w linie łukowate, trzeci znamionuje się ułożeniem w okrągłe gniazda komórkowe. *Sarcoma tubulosum* cechuje się zachowaniem pasów komórkowych do naczyń, które zazwyczaj w środku pasów przebiegają. Przeciwstawieniem tego ostatniego typu jest nazwany przez F. *sarcoma femiculatum* zbudowany z pasów komórek okrągłych, pomiędzy którymi przebiegają naczynia krwionośne. Druga część pracy poświęcona jest barwikowi mięsaków. Komórki mięsakowe naczyńiówki mają zdolność metaboliczną wytwarzania barwika. Ta zdolność polegająca na wytwarzaniu barwika z ciał niebarwnych surowicy krwi (a więc nie z hemoglobiny) przemawia zatem, że komórki mięsakowe pochodzą z komórek barwikowych naczyńiówki. Jak należy jednak tłumaczyć to, że w mięsakach naczyńiówki jedne komórki posiadają barwik, drugie zaś nie? F. podaje dwie możliwe na to odpowiedzi: 1) Komórki barwikowe powstają z chromatoforów naczyńiówki, bezbarwikowe zaś z komórek przybłonka. 2) Wszystkie komórki powstają z chromatoforów i wszystkie mają potencjalną siłę wytwarzania barwika, nie we wszystkich komórkach siła ta staje się kinetyczną. Pewne światło co do powstawania barwika rzuca oglądanie części nekrotycznych mięsaków naczyńiówki. F. wykazał, że komórki mięsakowe, otaczające miejsca nekrotyczne, stają się fagocytami, niszczącymi części nekrotyczne, przyczem posiadają zdolność wytwarzania barwika. Drobnowidowo część nekrotyczna otoczona jest kilkoma warstwami, a mianowicie: 1) warstwa limfocytów, 2) nowowytworzona warstwa barwikowa

i 3) warstwa tkanki łącznej. Powstawanie tych nowych pierścieni barwikowych spostrzegł autor również naokoło tkanki nowotworowej nieobumarłej. Wytwarzanie się barwika z nekrotycznych części niebarwikowego mięsaka dowodzi obecności w komórkach, obumierających melanogenu. Bliskie jest więc twierdzenie autora, że melanogen musi się również znajdować we wszystkich komórkach niebarwikowych mięsaka. Przemiana bezbarwnego melanogenu w barwik (melanina) powstaje dzięki czynności komórek leżących na granicy części nekrotycznych nowotworów. Działa tutaj proces fermentatywny (wpływ melano-eozynu). Na proces ten wpływają różne czynniki: W stanach fizyologicznych prawidłowy rozwój komórek, w stanach zaś patologicznych podniety działające na komórki, a więc zetknięcie się komórek z częściami nekrotycznymi mięsaka. Częstym, lecz nie stałym składnikiem mięsaków są t. zw. wolne komórki barwikowe, leżące między gniazdami komórek nowotworowych. Są one, według autora, pochodniami komórek mięsaków, a nie komórek nabłonka, jak przypuszcza Leber. Leżą one najczęściej w okolicy naczyń, a zdolność ich wędrowania, silnego wzrostu i obfitość zawartego w nich barwika dowodzi wielkiej ich żywotności. Później komórki te ulegają rozpadowi. W ostatniej części swej pracy zastanawia się autor nad przyczyną nekrozy w nowotworach i przychodzi do przekonania, że brak miejscowy tlenu jest jej pierwszą przyczyną — drugą następową to wytwarzanie się jądów w komórkach rozpadających się.

O anafylaktycznych objawach na oku. (Über anaphylaktische Erscheinungen am Auge). R. Kümme l — Erlangen.

Autorowi udało się przez wstrzykiwanie pod-kórne surowicy heterogenetycznej znieczulić oko, tak że potem lokalnie można było wywołać objawy anafylaktyczne. Z drugiej strony można z oka znieczulić cały organizm i w ten sposób wywołać ogólne objawy anafylaktyczne. *Iridocyclitis* wywołana przez wstrzyknięcie jednorazowe surowicy do oka lub wywołana przez wywołanie miejscowej anafylaksyi, niejednokrotnie po wstrzyknięciu śródżylnem lub podskórnem surowicy ulegało zaostreniu. Oko można miejscowo znieczulić i anafylaksję można na temsamym oku wywołać. Jeżeli nadezłość została przygotowana na jednym oku to można ją następnie wywołać na oku drugim. Objawy anafylaktyczne oka polegają na zapaleniu naczyńki.

Analityczne badania nad literami i liczbami w celu zastosowania ich do badania bystrości wzrokowej. (Analy-

lische Studien an Buchstaben und Zahlen zum Zweck ihrer Verwertung für Sehschärfeprüfungen). L. Wolffberg — Wrocław.

Sprawność wzrokowa, według autora, jest wyrazem możności rozpoznania punktu na powierzchni (*minim. separabile*) pod kątem widzenia $1'$ przy czarno-białym kontraście i dobrym oświetleniu. Przez bystrość wzrokową rozumie zaś autor sprawność wzrokową dyoptryjnie prawidłowego, lub dyoptryjnie wyrównanego oka. Jedynym przedmiotem, dla którego dokładnej widoczności jest miarodajnym, najmniejszy kąt widzenia jest powierzchnia koła czarnego na białym tle (lub odwrotnie), tylko bowiem w takim razie kąt widzenia jest we wszystkich kierunkach jednakowy. Chociaż wyżej wspomniana powierzchnia koła jest najlepszym przedmiotem do badania bystrości wzrokowej, to jednak nie dowodzi to tego, żeby innych nie można było używać. W każdym razie wymiary powinny się zawsze dać określić wielkością kąta widzenia. Ostatni kongres w Neapolu (1909) uchwalił za międzynarodowe optotypy znane pierścieniem Landolta. Autor zastanawia się nad stosunkiem pierścieni do liter i liczb. W pierścieniach L. za »zasadę« (*basis*) należy uważać ciągłość linii za »wskaźnik« (*index*) przerwę w ciągłości pierścienia. Miarodajnym dla bystrości wzrokowej jest wskaźnik, zasada może być dowolna. Doświadczenie i obrachunki przeprowadzone przez autora wykazały, że pierścieniowi Landolta odpowiada taki sam pierścień, lecz składający się z 12 punktów czarnych z wypuszczeniem jednego z nich w celu uzyskania przerwy na wzór Landolta. Pierwsze to odkrycie pozwoliło W. użyć kilku już liter jako optotypów. Następnie wykazał autor, że zamiast koła można użyć owalu i prostokąta. Do uzupełnienia swych optotypów dodaje autor szereg kolistych figur z białym w ich środku *minim. separabile* Drugim rodzajem optotypów są optotypy obrazkowe (czarne na białym tle) dla dzieci i analfabetów.

O kilku przypadkach schorzenia nerwu wzrokowego i o wyspowatej postaci pola widzenia przy tych schorzeniach. (Über einige Fälle von Opticusleiden und die inselförmige Gestaltung des Gesichts-Feldes bei diesen Erkrankungen). J. M. Kovy i A. de Kleijn — Utrecht.

Badanie pola widzenia zazwyczaj perymetrem a nie kampimetrem jest według autorów przyczyną, dlaczego dotychczas nie opisano zachowania się pola widzenia przy schorzeniach n. wzrokowego, spostrzeganego w 11-u przypadkach kliniki w Utrechcie. Pole widzenia cechowało się obecnością wysp, któremi chorzy widzieli, oddzielonych od siebie częściami niewrażliwej siatkówki.

O szybkości dodatnich i ujemnych ruchów zbieżnych. (Über die Geschwindigkeit der positiven und negativen Konvergenzbewegungen). N. Inouye — Lipsk.

Czas trwania symetrycznych dodatnich i ujemnych ruchów zbieżnych oka przy wielkości kąta $1^{\circ}, 47' 35''$ do $11^{\circ} 47' 35''$ wynosił między 0.180 do 0.260 sekund. Czas trwania ruchów tem był dłuższy, im kąt zrobiony był większy. Ruchy dodatnie zbieżne krócej trwają niż ujemne. Jeżeli oczy robiły ruchy zbieżne (o jednakowej wielkości) z rozmaitych położeń zbieżności — to ruchy te tem były silniejsze, im silniejsza była początkowa zbieżność.

O regulacyi położenia oczów przez narząd słuchowy. Zez i narząd słuchowy. (Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat. Schielen und Ohrapparat). M. Bartels — Strasburg.

Objaw Gradeniga, polegający na porażeniu *n. abducens* przy *otitis acuta media*, tłumaczony jest zazwyczaj odruchem z ucha. Autor udowadnia, że odruchu takiego doświadczalnie nie można otrzymać, a tylko odruchowo może wystąpić zbieżność oka przeciwnego lub hyperforia oka równoimiennego. Objaw Gradeniga trwa tygodniami — wszelkie zaś odruchy z ucha są chwilowe. Objaw należy tłumaczyć jako następstwo *neuritis n. abducentis*. Następnie na podstawie badania dzieci zezujących dochodzi autor do przekonania, że przy braku zdolności fuzyi obrazów i wadzie umiejscowionej w jednym z uszów zez (*strab. concomitans*) może być następstwem odruchu ze strony narządu słuchowego.

Przyczynek do znajomości nowotworów rąbka rogówki. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Neubildungen am Limbus corneae). K. Heilbrun — Halle.

Na podstawie materiału z kliniki prof. Hippla dzieli autor nowotwory na następujące grupy: 1) łagodne guzowate przerosty nabłonka; 2) przerosty nabłonka z częściowym przerostem tkanki łącznej; 3) *papillomata* i 4) pierwotne raki.

Ophthalmology. R. 1911. Vol. VII. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Tablica do badania bystrości wzrokowej z literami nie dającymi się spamiętać do użytku w marynarce wojennej. (An »Unlearnable« Vision Test Card for Use in the Naval Service). E. J. Grow — Waszyngton).

Autor wykazuje, że tablice t. zw. Snellenowskie do badania wzroku, jakie się w handlu znajdują, a przynajmniej te, które są

w Ameryce sporządzane prawie nigdy nie odpowiadają ani postacią, ani wymiarami, ani układem liter zasadzie przez Snellena postawionej. Przeprowadził on ściśle pomiary na różnych tego rodzaju tablicach, jakimi się posługują amerykańscy okuliści i przekonał się, że wyjątkowo tylko wielkość liter z przepisanej odległości odpowiada kątowni widzenia 5', a grubość pałeczek i odstępów pomiędzy poszczególnymi częściami liter odpowiada kątowni 1'. Pochodzi to zapewne stąd, że jedni biorą za podstawę obliczenia łuk kąta 5', inni wstawę tego kąta, inni znów styczną tego kąta, a są zapewne i tacy wydawcy, którzy nie wdają się wcale w tak drobiazgowo obliczenia. Tymczasem wielkość liter powinna odpowiadać 2 tang. 2'5". Aby zapobiedz temu brakowi, sporządził autor nowe tablice ściśle na zasadzie Snellenowskiej oparte i przeznaczone głównie do celów poboru rekrutów do wojska i do marynarki wojennej. Zwłaszcza przy marynarce zdarza się nietylko symulacya, ale u kandydatów pragnących dostać się do służby dysymulacya w razie obniżenia wzroku stanowiącego przeszkodę do przyjęcia. Kandydaci uczą się poprostu na pamięć tych niewielu liter, które stanowią ostatnie rozstrzygające o przyjęciu rzędki tablicy Snellena. Aby temu nadużyciu zapobiedz tablice przez autora wydane posiadają bardzo wielką ilość liter ułożonych w rzędy o stopniowo, wedle zasady Snellena, malejących rozmiarach. Tablicę tę zasłania pokrywa przesuwalna w kierunku pionowym i poziomym i posiadająca prostokątną szczelinę, przez którą lekarz może, przesuwając mechanicznie pokrywę, pokazywać badanemu coraz to inne szeregi liter. Wobec takiego urządzenia badany porządku i następstwa liter nie może ani przewidzieć, ani wykombinować, ani tem mniej spamiętać.

Cykloforia. (Southport). Bradburne.

Zdaniem autora zaburzenia równowagi zewnętrznych mięśni ocznych zależne od niedomogi mięśni skośnych i objawiające się dążnością do skręcania się gałek dookoła osi przednio-tylnej, zdarza się częściej, niżby się to na pozór wydawać mogło. Stan taki nazywamy cykloforją. Przedewszystkiem pamiętać należy, że i w prawidłowych stosunkach skręcenie takie gałek ocznych przychodzi do skutku zawsze, ilekroć oczy z równoległego ustawienia osi w płaszczyźnie poziomej przenoszą wzrok na przedmiot blizki, przytem osi widzenia ustawiają się zbieżnie i pochylają się naprzód ku dołowi. To też przy zapisywaniu szkielec walcowatych trzeba pamiętać, że osie niezborności, znalezione przy badaniu wzroku na odległość 6-ciu metrów, zazwyczaj nie odpowiadają wcale osiom przebiegającym inaczej, gdy oczy ustawione są zbieżnie, np. przy

czytaniu lub pisaniu. Jeśli w okularach do pracy z bliska przeznaczonych nie uwzględni się w ustawieniu osi szkieł walcowatych zachodzącego tu skręcenia gałek, wtedy przy używaniu ich powstają nieraz dokuczliwe objawy astenopii mięśniowej. Po za tą cykloforją do pewnego stopnia fizyologiczną, zdarzają się nierzadko przypadki cykloforyi towarzyszącej różnym wadom refrakcyi, anizotropii i dające również powód do objawów znużenia i niedomogi wzroku. Autor opisuje sposoby wykrywania istnienia cykloforyi (*torsio latens*) i oznaczania jej stopnia.

Etyologia, patologia i leczenie towarzyszącego zezą zbieżnego. (The Etiology, Pathology and Treatment of Concomitant Convergent Squint). Linn Emerson — Orania.

Autor skarży się, że zbyt często nietylko sami rodzice, ale i lekarze nie specjaliści, a zwłaszcza lekarze domowi lekceważą zez zbieżny u dzieci i przypadków takich nie odsyłają do leczenia okulistom. Pochodzi to niewątpliwie stąd, że jeden tylko objaw choroby bierze się za całą chorobę. Każdy okulista dobrze to rozumie, że sam zez jest tylko zewnętrznym objawem głęboko sięgających i od objawu tego bez porównania ważniejszych zaburzeń w całym narządzie wzrokowym. Autor szkicuje patogenezę zezą zbieżnego i gromadzi dowody przemawiające za istnieniem osobnego ośrodka zdolności jednoczenia obrazków siatkówkowych. Zdolność ta w przypadkach zezą bądź to nie istnieje wcale, bądź jest w mniejszym, lub większym stopniu upośledzona. Pod względem leczenia zezą zbieżnego wyraża przekonanie, że nigdy nie jest zawczasie na jego rozpoczęcie, czyli, że go nigdy nie należy odkładać, aż dziecko będzie starsze. Zaleca zgodnie z powszechnie przyjętymi zasadami ćwiczenia ortoptyczne, stereoskopowe i monokularne. Co do szkieł posuwa się do tego, że zapisuje je dzieciom 16—18-miesięcznym, a w niektórych razach nawet w pierwszym roku życia (!). W pewnej mierze stosuje też atropinizację oka nie zezującego. Tam gdzie może się spodziewać, że ćwiczenia ortoptyczne i inne przepisy lecznicze będą wykonywane sumiennie i wytrwale odkłada operację do lat szkolnych, o ile byłaby jeszcze potrzebną. W innych razach operuje znacznie wcześniej. Operuje własnym sposobem (*Split-tendon-Operation*). Po nacięciu spojówki ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego, odsłania to ścięgno, nakłada na haczyk tenotomijny i przeprowadza przez nie dwie pętli nitek jedną blisko górnego, drugą blisko dolnego brzegu. Następnie odcina ścięgno tuż przy twardówce i rozcina je wzdłuż, między pętlami nitek aż do mięśnia. Jedną z nitek górnej pętli przeciąga igłą pod spojówką popod podminowane ścięgno mięśnia

prostego górnego, poczem wykluwa igłę na zewnątrz i związując obie nitki pętli, przyciąga górny jęczyzek ścięgną pod spojówką aż do mięśnia prostego górnego. W ten sam sposób zapomocą dolnej pętli dolny jęczyzek przyczepia pod spojówką do ścięgną mięśnia prostego dolnego. Jako zaletę tej metody podnosi to, że bezpośredni efekt, jaki daje, potem się już nie zmienia i może być uważany za wynik ostateczny. Jeżeli efekt ten nie jest wystarczający, to natychmiast przystępuje do wykonania takiej samej operacyi na mięśniu prostym zewnętrznym drugiego oka. W wyjątkowych razach, gdzie i to nie wystarcza dodaje tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego po jednej lub nawet po obu stronach (!).

Sprawozdanie z 60 przypadków jaglicy leczonych według sposobu Coover'a. (A Report on Sixty Cases of Trachoma Treated after the Coover Method). Martin — Sawanna.

Sposób leczenia Coovera*) polega na wycieraniu spojówek, pokrytych ziarnami, szorstkim papierem piaskowym. Wyjaławia się papier ten poprzednio w ten sposób, że nalewa się nań absolutnego alkoholu i zapala takowy, ażeby się wypalił doszczętnie. Autor nie robi tej sterylizacyi powierzchni papieru, natomiast po wytarciu spojówki, wyciera ją rozczyntem sublimatu 1:10000, co zupełnie zapobiega wszelkiemu zakażeniu. Następnie, podczas gdy Coover na jednorazowym wytarciu kończy całe leczenie, to Martin leczy jeszcze następnie przez kilka tygodni zapuszczaniem wysyconego rozczyntu siarkanu miedzi. Na 60 spostrzeganych przypadków leczył 15 ściśle według przepisów Coover'a, a 45 tymże sposobem w powyższy sposób przez siebie zmienionym. Badanie chorych po roku wykazało w pierwszej grupie 18⁰/₀, w drugiej zaś tylko 13⁰/₀ nawrotów. Autor poleca zatem sposób Coover'a, jednakowoż z zastosowaniem następnego leczenia rozczyntem siarkanu miedzi.

Niezwykła przyczyna niedowidzenia. (An Unusual Factor in Amblyopia). Fred Mc Kenny Ruby — Union City.

Autorowi przyprowadzono 7-letniego chłopca z powodu znacznego niedowidzenia. Badanie wykazało na obu oczach bystrość wzroku do $\frac{1}{5}$ obniżoną, przyczem oczy zewnętrznie żadnych zmian nie okazywały, a badanie wziernikiem wykazywało objawy przewlekłego przekrwienia żylnego tarczy i naczyń siatkówkowych. Przy wywiadach pokazało się, że chłopak, który miał sposobność w cyrku przypatrywać się różnym ćwiczeniom akrobatycznym, popadł w pra-

*) Wycieranie spojówki trachomatycznej szorstkim liściem już starożytnym było znane, przed 25-u laty Mamolescu polecał szczotkowanie.
W.

wdziwają manię naśladowania akrobatów i nauczył się chodzić na rękach z głową na dół spuszczoną, a nogami do góry wzniesionymi. Przestrogi, ani upominania rodziców, nie odnosiły skutku i chłopak przez długi okres czasu codziennie godzinami oddawał się tym niezdrowym ćwiczeniom. Gdy wreszcie, dzięki energicznemu dozorowi, udało się rodzicom zupełnie oduczyć chłopca tego chodzenia do góry nogami. bystrość wzroku szybko zaczęła się podnosić i w krótkim czasie wróciła do prawidłowego stanu. Nie ulega zatem wątpliwości, że stałe przekrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego, spowodowane nienaturalnem położeniem głowy i ciała, było w tym wypadku wyłączną przyczyną niedowidzenia.

Leczenie zapalenia woreczka łzowego. (Treatment of Dacryocystitis). Golds eth — Jamestown.

Artykuł nie przynosi zgoła nic nowego. Autor podaje szczegółowy opis typowej operacji wyłuszczenia woreczka łzowego.

Urazowe zwichnięcie zaćmy w zamkniętej torebce pod spojówką. (Traumatic Subconjunctival Dislocation of Cataractous Lens in its Capsule). Maynard — Kalkuta.

U 48-letniego Hindusa, wskutek silnego uderzenia, doznanego przez lewe oko, przyszło do podspojówkowego pęknięcia twardówki i zwichnięcia zaćmy, jaką miał na tem oku. pod spojówkę gałki. powyżej rogówki. Krwotok do przedniej komory był bardzo nieznaczny, rana twardówkowa wkrótce się wygoiła, a zaćmę autor przez nacięcie wydobyl z pod spojówki, przyczem okazało się, że była ona zwichnięta w całości w zamkniętej torebce. Ponieważ uraz żadnych innych zmian głębszych w oku nie spowodował, przeto chory, w następstwie tego wypadku, odzyskał na tem oku wzrok utracony. Przypadek ten przypomina historję dziwną, opisaną przez Fuchsa o owym wieśniaku, któremu krowa rogiem wybiła z oka kataraktę i przywróciła wzrok temu oku, a co dziwniejsza, że tenże sam człowiek w rok później przez drugie, również szczęśliwe uderzenie krowiego rogu, pozbył się katarakty z drugiego oka. Badanie wykazywało na obu oczach regularne *coloboma* w tęczówce i zupełny brak soczewek, które widocznie przez pękniętą twardówkę w całości z oka zostały wyrzucone. Wzrok, po wyrównaniu afakii, miał być weale dobry na obu oczach.

Obecność niezapalnych wysięków w cieczy wodnej. (On the Presence of Non-inflammatory Exudates in the Aqueous Humor). Burton Chance — Filadelfia.

U szeregu chorych okazujących zaburzenia w narządzie trawienia z objawami samozatrucia jelitowego, spostrzegal autor męty cieczy wodnej przedniej komory, osadzające się następnie bądź to

na dnie przedniej komory, bądź na tylnej ścianie rogówki. W żadnym przypadku nie było ani śladu objawów zapalnych ze strony tęczówki, lub ciała rzęskowego. Chorzy ci byli nadto poprzednio poddawani atropinizacyi w celach oznaczenia refrakcyi. Autor stara się wprowadzić w związek przyczynowy powstawanie osadów w cieczy wodnej, z jednej strony ze zmianami w ścianach naczyń tęczówki, zależnemi od ogólnej autointoksykacyi, z drugiej zaś strony z silnem rozszerzeniem źrenic i wyraźnym przez to uciskiem na te naczynia. Pod wpływem tego ucisku, miałyby się przez ścianę tych naczyń wypacać białko z osocza krwi i strącać następnie w cieczy wodnej. Dalej dopatruje się autor pewnej analogii między patogenezą tego wydzielania się białka do cieczy wodnej a patogenezą pewnych postaci białkomoczu.

Przybrzeżny wrzód pierścieniowaty rogówki. (Marginal Ring Ulcer of the Cornea). S. H. Brown — Filadelfia).

Opis przypadku wrzodu rogówkowego w postaci sierpa przybrzeżnego, oddzielonego od rąbka paskiem przezroczystej rogówki, a obejmującego całą zewnętrzną połowę obwodu rogówki. Badanie bakteryologiczne dało wynik zupełnie ujemny. Leczenie zaś zapomocą maści jodoformowej, atropiny i ciepłych okładów, sprowadziło zupełne zabliznienie owrzodzenia. Sprawa robiła początkowo wrażenie nacieku rakowego, przebieg jednak mimo ujemnego wyniku bakteryologicznego wyłączył tę wątpliwość.

Przypadek wrzodziejącego zapalenia twardówki. (A Case of Ulcerous Scleritis). Rönne — Kopenhaga.

We wszystkich podręcznikach powtarza się twierdzenie, że jednym z głównych znamion zapalenia twardówki jest brak skłonności do owrzodzenia. Odnosi się to zwłaszcza do *scleritis rheumatica* występującej w postaci sino-czerwonych guzów coraz to w innych miejscach twardówki w pasie przyrogówkowym. W literaturze znalazł autor przypadek opisany przez Hirschberga w roku 1874, gdzie właśnie w takiej postaci zapalenia twardówki powstające guzy zapalne rozpadały się tworząc mniej lub więcej głębokie, kraterowate owrzodzenia. Drugi podobny przypadek ogłosił autor przed trzema laty, a obecnie ogłasza trzeci, odnoszący się do 35-letniej kobiety, u której obraz kliniczny i przebieg tem tylko się różnił od zwyczajnego typu, że w obrębie nacieków twardówkowych stale powstawały owrzodzenia. Owrzodzenia te goiły się w miarę ustępywania nacieków, pozostawiając blizny, najpierw barwy sinej, potem szaro-łupkowej, nie różniące się od śladów, jakie *scleritis* zazwyczaj po sobie zostawia. Wiadomo, że do owrzodzeń twar-

dówki może dać powód gruźlica, kiła, lub sprawa nowotworowa. Jednakowoż, ani w przypadku Hirschberga, ani w obu spostrzeżeniach autora o żadnej z tych trzech spraw chorobowych nie było mowy. W ostatnim przypadku część zajętej tkanki twar-dówkowej została wycięta i badana mikroskopowo. Badanie to nie wykazało ani utkania gruźliczego, ani obecności prątków gruźli-czych. Badania anatomiczne przeprowadzone przez innych autorów, w niektórych przypadkach zwyczajnej *scleritis*, wykazały w obrębie nacieku nietylko ogniska zupełnie nekrotyczne, ale nawet pewnego rodzaju odsłoję obumarłej tkanki (Friedland). Wobec takich spostrzeżeń nietrudno wyłumaczyć sobie powstanie owrzodzeń. Przychodzą one widocznie do skutku wtedy, jeżeli nekroza rozpo-czynająca się w środku, w głębi guzów naciekowych obejmie za-razem warstwy powierzchowne i gdy po oddzieleniu się części obumarłej powstanie mniej lub więcej głęboki ubytek.

Leczenie atonicznych wrzodów, oraz przetok rogówki zapomocą elektrolizy. (Electrolysis in the Treatment of Indo-lent Ulcers and Fistulae of the Cornea). Cornwall — San Fran-cisco.

Na wstępie wywodzi autor, że myśl stosowania galwanokau-tera do leczenia wrzodów rogówki nie powstała w Europie, lecz w Ameryce i przypisuje pomysł ten Drowi Martinasche z San Francisco. Sam jednak od szeregu lat, zamiast galwanokaustyki używa do tego celu elektrolizy, wychodząc z przekonania, że sku-tek leczniczy uzyskiwany zapomocą elektrolizy jest conajmniej taki sam jak po galwanokaustyce, ale zniszczenie tkanki zdrowej w oto-czeniu ogniska ropnego o wiele mniejsze. Elektrolizę stosuje on przeważnie w przypadkach trudno gojących się wrzodów atonicz-nych, jakoteż w celu pobudzenia, zadawnionych przetok rogówki, do zamknięcia się i zablźnienia. Siła prądu nie powinna przekra-czać $\frac{1}{2}$ miliampera. Elektrode dodatnią przykładą się gdziekol-wiek do twarzy, elektrodę zaś ujemną w postaci zgiętego na końcu drucika platynowego dotyka brzegów i dna wrzodu, względnie brze-gów i ścian przetoki, przyczem mają się wywiązywać drobne pęcherzyki gazu.

Uwagi o wypłukiwaniu przedniej komory po opera-cyi zaćmy. (A Note on Anterior Chamber Irrigation after Cata-ract Extraction). E. T. Smith — Queensland, Australia).

Autor sądzi, że wypłukiwanie przedniej komory nie jest dość powszechnie używanym sposobem przy operacyach zaćmy, a przed-stawienie tej metody, jakie przeczytał w monografii Herberta

o *Cataract Extraction* z powodu skomplikowanego *instrumentarium* i potrzeby fachowej asysty, odstraszyło go z początku od stosowania jej w praktyce prywatnej. Dopiero artykuł Harmana w listopadowym zeszytcie »*Ophthalmic Rewiew*« zachęcił go do wypróbowania tego sposobu. Podaje szczegółowy opis wypłukiwania sposobem zalecanym przez Harmana, który zaczął w praktyce stosować od czasu, jak w jednym przypadku zaćmy niedojrzałej całą niemal godzinę strawił na usuwaniu zapomocą masażu i łyżeczki Daviela resztek zalegających źrenicę. Sposobu od dawien dawna wykonywanego i zalecanego przez Wicherkiewicza, ani Harmana, ani Smith widocznie nie znają, skoro undinę swoją łączą ze srebrną kanką, którą wprowadzają między brzegi rany zapomocą rurki gumowej 8 cali długości. Trudność wyjąłowania kauczuku przedstawia poważne niebezpieczeństwo zakażenia wnętrza oka i stanowi słabą stronę Harmanowskiego sposobu.

Pęknięcie naczyniówki. (Rupture of the Choroid). George F. Reiper — La Fayette, Indiana.

Opis przypadku typowego pęknięcia naczyniówki wskutek uderzenia w oko piłką tenisową. Ogłoszenie przypadku usprawiedliwia autor tem, że w obrazie wziernikowym uderzało, jako szczególnie niezwykły, dość obfite nagromadzenie czarnego barwika dookoła półksiężycowatej białej szczeliny odpowiadającej pęknięciu naczyniówki. Zdaniem referenta takie nagromadzenie barwika nie należy w podobnych przypadkach wcale do objawów wyjątkowych

Przypadek skurczu tętnic siatkówkowych. (A Case of Spasm of the Retinal Arteries). Henry Dickson Bruns — Nowy Orlean.

W kwietniu 1908 r. przyprowadzono do autora 14 letnią dziewczynę smukłą, szczupłą, źle odżywioną, bladą na twarzy i okazującą niezwykłą pobudliwość naczynio-ruchową, z powodu nagłego upośledzenia wzroku, które miało nastąpić bezpośrednio po napadzie ogólnych drgawek. Badanie na oczach nie wykazało żadnych zmian zewnętrznych, natomiast wziernik wykazywał nadmierne zwężenie tętnic siatkówkowych, które były nitkowate, a miejscami ledwie dostrzegalne, żyły zaś rozdęte i ciemną krwią wypełnione. Tarcze nieco bledsze, a w ich otoczeniu zamglone, jakby od obrzęku siatkówki pochodzące. Prawem okiem liczyła chora palce na odległość 4 stóp, a lewem na odległość 15 stóp. Interniści i neuropatologowie, którzy ją badali, orzekli, że zachodzi histerya ciężkiego stopnia z napadami drgawek i autor skłania się do przekonania, że bardzo silny skurez tętnic siatków-

kowych pozostawał tu w związku z ogólną nerwicą i z nadmierną pobudliwością naczynio-ruchową. Nadmienić jednak wypada, że ten skurcz naczyń okazał się w tym wypadku bardzo uporeczywym, bo trwał cały szereg miesięcy i na jednym oku doprowadził nawet do częściowego zaniku nerwu wzrokowego. Prócz tego badanie moczu przez dłuższy czas wykazywało obecność małych ilości białka, jednak bez składników upostaciowanych. Wobec tych danych autor sam przyznaje, że zarówno rozpoznanie w tym przypadku nie jest całkiem pewne, jak i etyologia niezupełnie jasna.

Autor przytacza z literatury opisy podobnych spostrzeżeń podane przez Soeberga Wellsa pod nazwą *epilepsia retinae*, przez Noyesa, Burcharda, Schweinitza i innych. W dziele Wilbranda i Sängera zestawiona jest etyologia skurczu tętnic siatkówkowych. W szeregu przyczyn wyliczają oni: migrenę, w szczególności t. zw. migrenę oczną, *helminthiasis*, urazy, słu-
czenia, wstrząs ogólny, zakażenia ogólne (zimnica), zatrucia (anty-
febryną, bromkiem potasu, a zwłaszcza chininą, a także prze-
wlekłe zatrucie ołowiem), nakoniec miażdżyca tętnic pośrednio
może być przyczyną o tyle, że powoduje częściowy zator tętnicy
środkowej siatkówki. a ten obecnością swą podrażnia ściany tę-
tnicy do silnego i długo trwałego skurczu. Skurcz ten sprowadza
ostateczne zamknięcie światła tętnicy i zupełne odcięcie dowozu
krwi do siatkówki, która szybko ulega obumarciu.

Pomiędzy przyczynami zestawionemi przez Wilbranda i Sängera nie widzimy histeryi, która wedle przypuszczenia autora, mogła odegrać pewną rolę w przypadku przez niego opi-
sanym.

Przypadek samoistnego zakrzepu środkowej żyły siatkówki w następstwie porodu. (A Case of Spontaneous Thrombosis of the Central Vein of the Retina Following Parturition). Aaron Brav — Filadelfia.

Zakrzep środkowej żyły siatkówki zdarza się najczęściej u osób w wieku podeszłym. I tak przypadki ogłoszone przez Lebera, Michela, Angelucciego, Schoebła odnoszą się do chorych między 50-ym a 70-ym rokiem życia. Ammann zesta-
wił z kliniki Haaba z ogólnej liczby 20.000 chorych 20 przy-
padków zakrzepu środkowej żyły siatkówki. W tem było 15 cho-
rych w wieku między 50—80 lat. Większość autorów za główną
przyczynę zakrzepu uważa sprawę miażdżycową. Amman wska-
zuje jako na czynnik usposabiający rodzaj zajęcia, zazwyczaj cięż-
kiej pracy fizycznej, zniewalający do częstego schylania się. W li-
czbie ogłoszonych przez niego wypadków 13 odnosiło się do wie-

śniaków pracujących na roli, a pozatem byli jeszcze 2 kowale. U młodych osób *thrombosis venae centralis* zdarza się rzadko. Autor spoztrzegał u 19-letniej kobiety dotkniętej niewyrównaną wadą zastawkową serca (*stenosis et insufficientia mitralis*) w dziesięć dni po ciężkim porodzie nagłą utratę wzroku lewego oka. Badanie wziernikiem wykazało typowy obraz zakrzepu środkowej żyły siatkówki nie pozostawiające co do rozpoznania żadnych wątpliwości. Chora zmarła w tygodniu po wystąpieniu tej trombozy. Sekcyi nie było.

Szczepienie i surowicze leczenie gruźlicy ocznej. (*Vaccine and Serum Therapy in Ocular Tuberculosis*). G. S. Derby — Boston.

Od czasu jak Robert Koch na kongresie w Berlinie w r. 1890 ogłosił swe odkrycie surowicy przeciwgruźliczej, sprawa leczenia gruźlicy na tej zasadzie opartego przeszła zmienne koleje. Pierwotny entuzjazm ustąpił miejsca rozczarowaniu, a przynajmniej znacznemu otrzeźwieniu, potem zapatrywania na wartość leczniczą tuberkuliny rozeszły się dyamentalnie, wreszcie zaczęto preparować nowe wytwory tuberkulinowe, których dziś już jest cały szereg i które różnią się pomiędzy sobą nieraz bardzo znacznie tak pod względem działania, jak i pod względem sposobu użycia. Autor poświęca obszernie zestawienie różnych przypadków gruźlicy ocznej, leczonych przez siebie różnymi rodzajami tuberkuliny. Dochodzi on do wniosku, że stosunkowo najlepiej działa leczenie tuberkuliną w przypadkach gruźlicy tęczówki i rogówki (*keratoiritis tuberculosa*). Wyniki są mniej pewne przy gruźlicy naczyńówki (*tuberculoma chorioideae*), a zupełnie niepewne wyniki daje tuberkulina w przypadkach gruźlicy powiek i spojówki. Tę szczególną uporczywość gruźlicy spojówki objaśnia tem, że są to najczęściej pierwotne ogniska zakażenia. Na końcu pracy znajduje się dla orientacji bardzo pożyteczne zestawienie i charakterystyka używanych obecnie różnych przetworów tuberkulinowych. Autor wymienia następujące przetwory:

1) Stara tuberkulina (TA). Jest to przesącz hodowli prątków gruźliczych wyrosłej w bulionie zaprawionym gliceryną i przez ogrzanie zagęszczonej do $\frac{1}{10}$ części pierwotnej objętości. Tuberkulina ta jest właśnie pierwotnym przez Kocha podanym przetworem. W okulistyce nie jest używana, chyba wyjątkowo do celów rozpoznawczych.

2) Tuberkulina TR sporządza się z wysuszonych hodowli prątków, rozpuszczonych następnie w fizyologicznym roztworze soli i rozdzielonych następnie w centryfudze na dwie warstwy, z któ-

rych dolna zawiera wylwory bakteryjne nierozpuszczalne w glicerynie. Tuberkulina ta, dotąd jeszcze w oftalmologii często używana. Dawka początkowa $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{500}$ mg.

3) Tuberkulina BE (*bacillus emulsion*) jest zawiesiną jednej części wysuszonych i roztartych prątków gruźliczych w stu częściach przekroplonej wody zmieszanej z taką ilością gliceryny. Dawka początkowa $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{500}$ mg.

4) Tuberkulina BT (*bouillon filtrate*) (Denys) jest przetworem podobnym do TA z tą różnicą, że nie została poddana zagęszczeniu przez ogrzanie. Oprócz toksyn wydzielanych przez żyjące prątki, zawiera ona istoty białkowe, które przechodzą do roztworu w płynnych hodowlach, nie zawiera zaś istot nierozpuszczalnych, które pozostają w ciałach prątków. Dawka początkowa $\frac{1}{10000}$ — $\frac{1}{10000}$ mg.

5) Tuberkulina TBK (Beraneck) zdobyła sobie w ostatnich czasach szczególne wzięcie u okulistów. Zawiera ona oprócz pozakomórkowych jądów z bulionowych hodowli prątków gruźliczych, także jady wśródkomórkowe wytrawione z ciał samychże prątków 1% roztworem kwasu fosforowego. Teoretycznie zatem powinna ta tuberkulina posiadać w sobie w przybliżeniu wszystkie istoty uodparniające. Nie przedstawia zaś niebezpieczeństwa emulsji tuberkulinowych, w których mogą się znaleźć także prątki żyjące. Dawkowanie tuberkuliny Beranecka jest o tyle ułatwione, że bywa ona dostarczana w 15 roztworach tak ponumerowanych, że każdy roztwór następny posiada stężenie, a zatem i działanie lecznicze dwa razy silniejsze od roztworu poprzedniego.

Prócz wymienionych wyżej istnieje jeszcze nieskończony szereg innych na różny sposób przyrządzanych przetworów tuberkulinowych, które nie doznały dotąd jednak znacniejszego rozpowszechnienia.

The Ophthalmic Review. R. 1910. Czerwiec, lipiec, wrzesień, październik i listopad. (Ref. Dr J. Matusewiczówna).

Drażąca rana gałki i następcza panophthalmitis wywołana przez drobnoustroje wydzielające gaz. (Penetrating injury of the Globe with panophthalmitis due to a gasforming microorganism). R. James.

Na drugi dzień po urazie wystąpiły początkowe objawy *panophthalmitidis*. Z rany wydobywały się pęcherzyki gazu. Z usuniętej gałki udało się autorowi wyodrębnić hodowle *bacilli aerogeni*

capsulati. Drobnoustroje te opisane po raz pierwszy przez *Welcha* spotykają się w przypadkach ostrej zgorzeli, ropnicy wyrostka robaczkowego i w ciekawem pośmiertnem zjawisku pienienia się wątroby. *James* sądzi, że opisywany przez autorów francuskich *bacillus aerogenes capsulatus* są identyczne.

Prosty obraz dna przy oftalmoskopowaniu w t. zw. odwrotnym obrazie. (An erectimage of the fundus by indirect ophthalmoscopy). *F. Aleksander*.

Jeżeli zamiast wypukłej soczewki weźmiemy wklęsłą tej samej siły, to otrzymamy obraz dna prosty i odpowiednio do tego duży. Warunki do tego potrzebne są: należyte rozszerzenie źrenicy badanego, aby dno było dostatecznie oświetlone; bliskość soczewki od oka badanego; oko badającego musi również znajdować się niedaleko, ponieważ więc akomodacya może okazać się niewystarczającą we wzorniku należy użyć soczewki wypukłej.

Przewlekłe gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. (Chronic tuberculons Irido-cyclitis). *Elmore Brewerton*.

Dwa przypadki zakończone ślepotą na obu oczach. W pierwszym przypadku nie stosowano wcale tuberkuliny, w drugim dopiero po schorzeniu drugiego oka. Autor dochodzi do wniosku, że w tych przypadkach, gdzie ma się do czynienia z przewlekłym zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, nasuwając za podejrzenie co do gruźlicy, a gdzie reakcyja *Wassermana* wypada ujemnie, należy od początku stosować tuberkulinę.

Oczopląs górników a kwas mrówczany. (Miners nystagmus and formic aciel). *Archibald Stanley Percival*.

Okoliczność, iż niedawno kwas mrówczany stosowano przy *paralysis agitans* nasunęła autorowi myśl zastosowania go w oczopląsie górników. W 2-ch przypadkach wynik był zdumiewający i po upływie paru tygodni oczopląs znikł pomimo, że górnicy pracowali dalej w podziemiach. Stosowano 25% roztwór po 5—10 kropeł trzy razy dziennie.

Przypadek opóźnionego wytworzenia się przedniej komory po operacyi zaćmy. (A case of delayed Reformativum of the anterior chamber after Cataract Extraction). *Harrison Butler*.

Przypadek operowany dwuczasowo, z przygotowawczą irydektomią. W nocy po ekstrakcyi chory, przestraszony jakimś hała-

sem, siadł na łóżku. Przednia komora wytworzyła się dopiero po 17-u dniach. Po następnych dwóch tygodniach znowu przednia komora znikła, w ranie przetoka, hypotonia. Po kilkunastu dniach silne bóle, T + 1, obniżenie bystrości wzrokowej, poczem poprawa, małe torbielowate obrzmienie na miejscu przetoki. Po paru następnych tygodniach znowu hypotonia, przetoka. Choremu zaproponowano kauteryzację, ale sprawa wreszcie samoistnie się zagoiła — końcowy wynik Tn. Visus $\frac{6}{6}$.

Autor przypisuje to długie niezamykanie się rany temu, że przy gwałtownym ruchu wypłynęła cząstka torebki i umieściła się w ranie. Rana była tak długo otwarta, że kiedy się wreszcie zamknęła, warunki równowagi między sekrecją i ekskrecją zostały zachwiane i stąd wynikł przejściowy napad jaskry. Leczenie polegało na opasce uciskowej i spokoju w łóżku.

U drugiego chorego po wymiotach ranka nie zamykała się przez 4 dni wskutek, jak się okazało uwężgnięcia tęczówki bez wypadnięcia. Wbrew zdaniu Widmarka, który podobne przypadki przypisuje cięciu rogówkowemu i zaleca ściśle trzymanie się granicy rogówko-twardówkowej, autor uważa, że główną winę ponosi tęczówka względnie resztki i że w tym kierunku należy przeciwdziałać.

Wrodzony ropotok worka łzowego. (Congenital Blepharorrhoea of the lacrimal sac). John Foster.

W pierwszym przypadku u 3-tygodniowego dziecka, na razie były tylko objawy kataru spojówkowego. Stosowano cynk, masowanie worka. *Argentum nitricum*. Po pięciu miesiącach objawy ustąpiły.

W drugim przypadku, który wystąpił w 10-m dniu życia, odrazu przy ucisku na worek wydobywała się wydzielina śluzowopropna. Leczenie kroplami i przez wyciskanie dało dobry wynik w 16-m miesiącu. Autor jest wogóle za leczeniem tych przypadków bez nacięcia i sondy.

Krótkowzroczność, rozwijająca się w 26-roku życia. (Myopia developing at 26 Years of Age). Campbell Munro-India.

Przypadek dotyczył krajowca żołnierza, który poprzednio badany odznaczał się wyjątkową bystrością wzrokową. Obecnie Visus $\frac{6}{18}$. Przy badaniu dna Mp. 3 D — 2.75 D. Visus $\frac{6}{6}$ c — 2.75 D < cyl. — 0.5 D, oś prostopadła.

Zagadnienia dotyczące się jaskry. (Glaucoma problems). Priestley-Smith. (d. c. n.).

Leczenie operacyjne wysokiej krótkowzroczności. (The operation treatment of high Myopia). Thompson Hugh.

Na podstawie doświadczeń swych (20 operowanych ocz) dochodzi autor do następujących wniosków:

Ponieważ refrakcja po usunięciu soczewki przeciętnie wynosi $\frac{Mp.}{2} + 105$, przeto — 16 D jest granicą, powyżej której operacja jest usprawiedliwioną.

Co do wieku, to dzieci znoszą operację bardzo dobrze (najmłodszy chory autora miał 6 lat, powyżej lat 30-u lepiej nie ryzykować: 1) soczewka źle się resorbuje, stąd może być potrzebna ekstrakcja z niebezpieczeństwem utraty ciała szklanego, 2) częstsze są w tym wieku powikłania ze strony naczyniówki i plamki żółtej. Operacja sama przez się nie wpływa na przyspieszenie wydłużania się osi podstawy gałki, należy przytem pamiętać, że całkowity wynik refrakcyi w oku bezsoczewkowym jest o połowę mniejszy.

Zmiany na dnie lub męty w ciałku szklanym stanowią przeciwwskazanie do operacyi, w lekkich przypadkach zresztą nie absolutne, w każdym razie jednak należy pamiętać, że właśnie na oczach ze zmianami temi występuje odczepienie siatkówki. O ile zmian w oku nie ma operacja niema wpływu na ich powstawanie.

Tam, gdzie oba oczy są dotknięte, wybiera się do operacyi bardziej krótkowzroczne. Przy miarowości jednego oka operacyi robić nie warto.

W przypadkach, gdzie jedno oko dotknięte jest odczepieniem siatkówki, należy pamiętać, że i drugie może być do tego skłonne. Autor za najlepszy sposób operowania uważa: dyscycyę, następnie wypuszczenie napęczniałych resztek, w razie potrzeby powtórna dyscycyę zaęmy wtórnej.

Co do wyników operacyi to ze 20 ocz na 3-ch, operacya się nie udała — 1 raz wskutek odczepienia siatkówki.

Z powikłań autor dłużej omawia odczepienie siatkówki i dochodzi do wniosku, że jednym z momentów doń usposabiających jest utrata ciała szklanego podczas operacyi, aby tego uniknąć należy być ostrożnym przy usuwaniu resztek.

Przypadek widzenia połowiczego. (A case of Hemiopia). James.

Rzadki przypadek równomiernego widzenia połowiczego dotyczył kobiety, która upadła ze znacznej wysokości na prawą połowę ciała. Autor sądzi, że dotknięte zostały drogi wzrokowe poza ciałami czworacemi, być może w samym zrazie potyliczym.

Oczopląs górników i kwas mrówczany. (Miners nystagmus et formic acid). Ohlemann — Wiesbaden.

Idąc za radą Percivala (Ophthalmic Review, sierpień) próbował autor w 12-u przypadkach zarówno starych, jak i świeżych kwasu mrówczanego i nigdy nie zauważył żadnego skutku. Tylko wstrzymanie się od pracy w podziemiach i odpoczynek mogą być skuteczne. Strychnina również nie oddziaływa na przebieg cierpienia.

Więstnik Oftalmologii. R. 1911. Styczeń — luty. (Ref. Dr M. Szafnicki).

O zmianach kiłowych ciała rzęskowego. W. P. Fiałow.

Ponieważ klinicznie trudno odróżnić w ciałku rzęskowym zmiany kiłowe drugo- od trzecio-rzędnych, autor jest zdania, że wogóle ograniczone zmiany, wywołane kiłą, należałoby nazwać ogólnem mianem *syphiloma*. Następnie podaje dwa przypadki z własnej praktyki, które nie oryginalnego nie przedstawiają. W końcu autor bardzo szczegółowo uwzględnia odnośną literaturę opisując dokładnie każdy ogłoszony przypadek zmian kiłowych ciała rzęskowego.

Mięsak górnego prostego mięśnia ocznego. K. A. Judin.

Dotąd w literaturze ogłoszono cztery odnośne przypadki (Lopes i Piquero. Antigneau, Napp, Maruo). W tak obszer-nych podręcznikach, jak Graefe-Saemisch, Panas'a, Vossius'a, autor nie znalazł zupełnie wzmianki o podobnej sprawie chorobowej. Wobec tego, pozwolę sobie nieco szczegółowiej odnośny przypadek autora streścić. Mężczyzna, lat 48, został przyjęty do kliniki z powodu podwójnego widzenia i guza oka lewego. Dwojenie zauważył chory przed trzema miesiącami. W miesiąc poczem spostrzegł niewielki guzek w górnej części oka lewego, który stale rósł ku przodowi. W 15-roku życia przechodził jakąś chorobę gardła, która trwała dwa lata. Wówczas wystąpiło bliżej nie dające się określić porażenie oka lewego. Badany miał 8 dzieci, z których 5 żyje. Na ogół zdrow. Bólu głowy i łamania po kościach nigdy

nie miewa. *St. praesens*. Po. *membrama pupillaris perseverans*. *Astg. hp.* Bystrość wzroku z korekcyą 0·9. Lo. Skóra, brzeg i spojówka powiek prawidłowa. Ruchy powiek dostateczne. Przy zamkniętej szparze powiekowej i zwróconej wprost gałce, powieki wypuklają się ku przodowi. Ruchy gałki ku górze ograniczone, w innych kierunkach prawidłowe. W górnej połowie gałki widać guz — przedstawiający odcinek kuli, podstawa której leży na twardówce, a powierzchnia wypukła zwrócona ku przodowi, szerokość podstawy 3 cm. Guz dochodzi do rąbka rogówkowego, od tyłu i boków, ginie w oczodole. Spojówka nad guzem lekko przekrwiona i obrzęknięta, z silnie rozszerzonymi żyłami, szczególnie w wewnętrznym i zewnętrznym kąci oka, z guzem, nie zrosnięta, silnie napięta. Nad częścią guza najwięcej wypukłą spojówka ma odcień żółtawy. Guz o konsystencji niezmiernie zbitej, powierzchni zupełnie gładkiej, nie wykazujący chębotania, do twardówki szczelnie przyrośnięty i przesuwany tylko wraz z gałką. Zresztą oko zmian nie przedstawia. Przy wznięciu żyły może nieco szersze. Bystrość wzroku z korekcyą 0·7 (również jak w pro. *astg. hp.*). Ponieważ u chorego stwierdzono zmiany trzeciorzędne kręgowo w krtani, więc zaordynowano jodek potasu i wśródmięśniowe wstrzykiwania salicylanu rtęciowego. Pomimo to sprawa w oku nie tylko nie ustąpiła, ale się nawet wzmogła. Leczone jodem i rtęcią trzy tygodnie. Następnie wycięto kawałek tkanki dla badania mikroskopowego, które wykazało utkanie mięsaka drobno-komórkowego, z bardzo małą ilością tkanki łącznej. Wycinając kawałek — autor równocześnie stwierdził, że guz ten zrosnięty jest z twardówką w miejscu przyczepu górnego mięśnia prostego. W kilka dni potem wykonano *exenteratio orbitae*, przyczem z górnej ściany oczodołu zdjęto okostną. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Badanie histologiczne wykazało, że cały mięsień górny prosty był nacieczony komórkami okrągłymi z dużym jądrem. Chory zgłosił się w 17 miesięcy po operacji do kliniki, przyczem nawrotu autor nie stwierdził.

Ciekawy przypadek powtarzającego się zapalenia tkanki podskórnej powiek. (Trophoedema?). E. G. Łazarew.

Autor badał w przeciągu 8-u miesięcy dziewczynę 24-letnią, w której neuro-patolodzy rozpoznali *lues cerebri*. Chora ta, zgłosiła się z powodu guza wielkości migdała na górnej powiece oka lewego, który miał powstać nagle po urazie. Guzek ten ze skórą nie był połączony, lecz zdawało się, że jest zrosnięty z chrząstką. Skóra nad guzkiem zaczerwieniona. Stawiono rozpoznanie *tarsitis syphilitica*

Zaordynowano wcierki i ciepłe okłady z sublimatu (1:2000). Po kilku dniach cierpienie zupełnie ustąpiło. Jednak już po tygodniu nagle obrzękły powieki lewego oka. Skóra napięta — czerwona, fałdy powiekowe wygładzone, a pod skórą można wyczuć twarde guzy wielkości dużego migdała — na każdej powiece po jednym. Związku z chrząstką wykazać nie było można. Brzegi kostne oczodołu bez zmian, i nie bolesne. Ucisk na guzy lekko tkliwy, spojówka powiek, gałki nieco przekrwione, trzeszczu niema, ruchy gałki prawidłowe, *media* i dno bez zmian. Gruczoły, przyuszny i podszczękowy nie powiększone. Ciepłota prawidłowa. Tutaj wahano się już z rozpoznaniem, ale zastosowano również wcierki i sublimatowe okłady. Zmiany ustępowały bardzo powoli, to słabnąc, to nasilając się i dopiero po 2-ch tygodniach ustąpiły, lecz powieki pozostały nieco obrzęknięte. Po dwóch tygodniach nowy napad, lecz już znacznie silniejszy. Chora zupełnie nie mogła otworzyć lewego oka. Obrzęk rozszerzył się na czoło, skroń, nos i szczękę dolną. Pod skórą już cztery guzy: dwa na górnej powiece, jeden na dolnej, a jeden na grzbiecie nosa, przyczem znacznie większe, jak poprzednio. Gałka sama bez zmian. Chora ciągle robiła wcierki i piła jod. Podczas trzeciego napadu wcierki zastąpiono wstrzykiwaniami wśródmięśniowemi sublimatu 2⁰/₀. Chwilami miała się chora lepiej, to znów gorzej. I stan taki trwał sześć miesięcy. Guzy zmieniały swoją postać, wielkość i miejsce, lecz zupełnie nigdy nie znikwały. Autor stracił nadzieję wyleczenia chorej. Guzków mikroskopowo badać nie było można, gdyż chora stanowczo opowiadała przeciw wycięciu. W 8-m miesiącu autor postanowił wstrzykiwać sublimat w roztworze 1:1000 do samych guzków, od 0·3 do 0·8 cm co drugi dzień. Po trzecim zastrzyknięciu już można było zauważyć znaczną poprawę, a po 8-iu sprawa zupełnie ustąpiła. Od tego czasu minęło 1½ roku i chora ma się zupełnie dobrze. Autor przytacza następnie różne podobne sprawy chorobowe. Opisywane w literaturze, lecz nie znajduję ani jednej, któraby przypominała spostrzeganą przez niego. Przypuszcza, że należy tu myśleć o ścisłym związku tej sprawy ze schorzeniem mózgu.

Bacterium coli jako przyczyna hypopyon keratitis.

N. T. Zajciew.

Przypadek dotyczył 34-letniego mężczyzny, który od szeregu lat cierpiał na jaglicę. Autor widząc chorego pierwszy raz, stwierdził jaglicę w okresie bliznowacenia; obie rogówki pokryte były licznymi naczyniami, a prócz tego na lewej wrzód naciekły sierpowaty $\frac{3}{4}$ obwodu zajmujący. Pomimo odpowiedniego leczenia po sześciu tygodniach powstała *applanatio corneae*, *atrophia bulbi si-*

nistri; badanie wydzielin z worka spojówkowego i z dna owrzodzenia wykazały prócz nielicznych gronkowców białych bardzo obfite grube, krótkie łaseczki, które po odpowiedniej dyagnostyce bakteriologicznej okazały się *bacterium coli*. Jest to czwarty przypadek w literaturze, a przytem najcięższy. może dla tego, że wystąpił na oku dotkniętem poprzednio jaglicą.

O zmianach chorobowych ocz wywołanych przez dżumę. Doc. przyw. T. K. Wernke.

Autor spostrzegał trzy przypadki dżumy, gdzie wystąpiły schorzenia oczne. W dwóch: *iritis serosa o. u.*, a w jednym *neuritis n. opt.* We wszystkich przyszło do zupełnego wyleczenia. Na podstawie własnych przypadków i odpowiedniej literatury autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Dotychczas opisano w literaturze sześć przypadków, gdzie pierwsze ognisko choroby było w oczach. W pięciu przypadkach choroba wystąpiła pod postacią ostrego zapalenia spojówek, przypominającego *blennorrhoea*, tylko z nieco mniej obfitą wydzieliną, lecz z małą domieszką krwi, a w jednym w postaci ostrego zapalenia woreczka łzowego. (Lekarz Jakota). 2) Z tych ognisk przychodzi łatwo do ogólnego zakażenia organizmu nawet bez żadnych zranień. 3) Jako powikłanie ze strony ocz przy dżumie zauważono dotychczas *panophthalmitis*, *iridocyclitis*, *iritis*, *keratitis*, *ulcus corneae*, *conjunctivitis* i *neuritis*. 4) We wszystkich przypadkach, gdzie przyszło do zniszczenia oka znajdowano zarazek dżumy. 5) *Neuritis*, *iritis*, *iridocyclitis* i *keratitis* najprawdopodobniej powodowane są przez toksyny i dają dobre rokowanie. 6) Powikłania ze strony ocz występują zwykle na 2—5 dzień choroby. 7) Schorzenia oczne zdarzają się w 4·3⁰/₁₀ ogłoszonych przypadków dżumy. 8) Przekrwienie spojówek nie jest stałym i charakterystycznym objawem dżumy.

O jaglicy w Samarskiej gubernii. I. E. Markow.

Autor z polecenia władzy badał ludność kilku kolonii niemieckich w Samarskiej gubernii, wśród których nie było prawie wcale zdrowych na oczy mężczyzn w wieku 20—22 lat. Ścisłe badanie wykazało, że 85⁰/₁₀ ludności cierpi na jaglicę; nawet u dzieci kilkumiesięcznych stwierdził autor w kilkunastu przypadkach drugi okres jaglicy, a pięć razy spotkał blizny po przebytej jaglicy u dzieci od 1—5 roku. Jako przyczynę podaje autor zaniedbanie potrzeb higienicznych wśród ludności i bardzo małą ilość lekarzy w odnośnej okolicy.

Leczenie jaglicy zapomocą acid. jodicum w porównaniu ze zwykłym sposobem. Dr med. Wasiutinskij.

Na podstawie 36-u przypadków, leczonych zapomocą *acid. jodicum* w różnych postaciach tego przetworu, przychodzi autor do następujących wniosków. Przy jaglicy ziarnistej (bez wyraźnego nacieczenia) zwykły sposób leczenia działa również dobrze, jak i przypalanie *c. acido jodico in substantia*. Przy formie nacieczonej zwykłe sposoby są pewniejsze niż stosowanie *ac. jodici*. Przy podostro przebiegającej wycieranie *c. 5%*, *ac. jodico* działa również dobrze, jak i inne środki. Tuszowanie *c. ac. jod. in subst.* i kombinowany sposób Schiele'ego działa w takich formach bardzo źle. W trzecim okresie krople 1% *ac. jod.* znoszone są bardzo dobrze. Wogóle *ac. jodicum per se* działa bardzo żrąco. Powstają strupy, a następnie znaczne blizny. Słabe rozczynty 1% nie działają tak energicznie i mogą mieć szerokie zastosowanie. *Ac. jodicum in stilo* można z korzyścią stosować przy jaglicy ziarnistej szczególnie na spojówce gałki załamka półksiężycowego i mięska. Sposób kombinowany należy zupełnie zarzucić i jedynie można go wtedy stosować, gdy wszystko inne zawodzi. Wycieranie spojówek i wkraplanie *c. ac. jodico* ma tę korzyść, że mogą to leczenie wykonywać sami chorzy.

III. ROZMAITOŚCI.

Wedle wyniku wymiaru gałek, dokonanego przez siebie na najrozmaitszych oczach, zapomocą osobnego przyrządu, dochodzi Wesely do przekonania, że gałka w późniejszym wieku w całości ulega zmniejszeniu, co by tłumaczyło jej skłonność do jaskry.

Wedle spraw. Tow. fizykałno-lekarskiego w Wyreburgu z d. 16-go lutego b. r.

Polskie Towarzystwo okulistyczne warszawskie z siedzibą w instytucie oftalmicznym, istniejące od r. 1908, liczy 40 członków, a mianowicie: 37-u z Warszawy, a 13-u z miast Królestwa Polskiego.

Prezesem na dorocznem zebraniu wybrany Dr Br. Ziemiński, wiceprezesem Dr Gepner, sekretarzem i skarbnikiem Dr Paradowski.

Towarzystwo okulistów polskich odbywać będzie swe posiedzenia jako sekcya okulistyczna XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który mimo wieści o odroczeniu odbędzie się stanowczo w czasie od 18—22 lipca b. r. w Krakowie.

Czas już niedługi dzieli nas od tego terminu, dlatego jeszcze raz zwracamy się do Szanownych Kolegów z usilną prośbą o wzięcie jaknajliczniejszego udziału i zgłoszenie referatów i komunikatów na ręce kierownika biura sekcji okulistycznej zjazdu, Dr Rosenhaucha (klinika okulistyczna).

Dotychczasowy program naukowy naszej sekcji przedstawia się jak następuje:

Temat ogólny:

Etyologia i postacie kliniczne zapalenia jaglicowego. Sprawozd. R. dw. Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Zgłoszone odczyty:

Doc. Dr Noiszewski z Petersburga: O jaskrze niezapalnej.

Dr W. Witaliński z Krakowa: Przypadki jaskry po operacji zaćmy.

Dr Edm. Rosenhauch z Krakowa: Cataracta e lactatione.

Dr Kleczkowski z Krakowa: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego.

Dr Szafnicki z Krakowa: Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Tenże: Ulcus serpens w uniwersyteckiej klinice krakowskiej w latach 1900--1909.

Dr Lewicki z Krakowa: Pyocyjanaza w okulistyce,

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego.

Tenże: Niezwykle ciężki przypadek choroby Basedowa.

Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe.

Prof. K. W. Majewski z Krakowa: Nowy refraktometr, demonstracya przyrządu i objaśnienie metody badania.

Dr Kamocki z Warszawy: Z kazuistyki śródbłoniaków naczyńki.

Dr Ziemiński z Warszawy: Zaburzenia psychiczne a operacje oczne.

Prof. Dr Adam Bednarski ze Lwowa: Uwagi o zapaleniu przyszczykowem spojówki i rogówki.

Dr Bałłaban ze Lwowa:

Prof. Dr Machek ze Lwowa:

Dr Kramsztyk z Warszawy:

Dr Wulffson z Warszawy:

Dr Fukała z Wiednia:

Dr Kuropatwiński: Demonstracya umywalni dla okulistów praktyków.

Temat zastrzeżony.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilit.: Dr G. Samperi w Turynie.

Prof. Dr Helfreich w Wyrzburgu obchodził 5-go marca r. b. 25-letni jubileusz profesorski. Przesyłamy czcigodnemu Koledze życzenie: *ad multos annos.*

Otwarta prenumerata na rok XIV (1911)

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
2. Przegląd nauk szczegółowych
3. Przegląd krytyczny
4. Przegląd systematów współczesnych

5. Autoreferaty
6. Sprawozdania
7. Przegląd czasopism
8. Wiadomości bieżące i notatki
9. Bibliografię

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcyja otwarta od godz. 4-ej—7-mej.

