

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 SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Październik.

—* ROCZNIK TRZYNASTY. *—

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków łamiących światło.

Podał

Dr med. BRONISŁAW ZIEMIŃSKI,

ordynator Instytutu oftalmicznego w Warszawie.

Skoro środki oka tak się zaćmiły, że na siatkówce nie mogą powstawać obrazy przedmiotów ze świata zewnętrznego, gdy zatem wziernikowanie staje się niemożliwem — jak to bywa przy *Leucoma corneae*, *Occlusio pupillae*, *Cataracta*, *Haemorrhagia profusa corp. vitrei* — to nieraz zachodzą trudności poważne, jeśli chcemy się przekonać, czy i o ile części narządu wzroku czułe na światło prawidłowo się zachowują.

Już w drugiej połowie 16-go stulecia Jerzy Bartisch z Königsbrück pod Dreznem — ów chirurg niemiecki, który pierwszy w Niemczech zaczął naukowo traktować okulistykę — pisze w swem dziele klasycznym „Augendienst“ (r. 1583),

że o ile chory, dotknięty zaćmą, twierdzi, że nie doznawał bólów głowy ani oka, a przytem oko zaćmione odczuwa światło, to rokowanie jest pomyślne, co do przywrócenia wzroku. W połowie 18-o stulecia słynny St.—Yves zwrócił uwagę, że, przy rokowaniu wobec zaćmy, należy przedewszystkiem baczyć na ruchomość tęczówki. Zgadza się na to i współczesny mu Maître Jean, dodaje jednak, że operował z wynikiem pomyślnym zaćmy w oczach o nieruchomej źrenicy, nawet gdy ta nieruchomość nie była następstwem tylnego zrostu tęczówki.

Aż do połowy 19-go stulecia klinicyści tej miary, co Demours, Beer, Middlemore, Mackenzie, Himly, Arlt zgodnie głoszą, że, gdy oko zachowało czucie świetlne odpowiednie do zapory optycznej, która w niem powstała i gdy przytem źrenica dobrze oddziaływa na światło, to części narządu wzroku czułe na światło, prawdopodobnie nie doznały upośledzenia, natomiast utrata tych czynności z jeszcze większem prawdopodobieństwem przemawia za schorzeniem odpowiednich części tego narządu.

Dopiero Albrecht von Graefe i jego uczniowie posunęli znacznie naprzód sprawę badania czynności oka przy zaćmieniu jego środków łamiących i doprowadzili owo badanie do tego stopnia rozwoju, na jakim niemal dotąd stoimy.

To badanie obecnie uskuteczniamy w ciemnym pokoju za pomocą lampy gazowej czy też elektrycznej (lub płomienia świeczki woskowej, albo stearynowej czy lampy naftowej).

Wtedy, chcąc wykazać, o ile oko jest czułe na światło, polecamy choremu, który zasiadł przed płomieniem światła, aby nieruchomie przed się patrząc, oznaczył, przy jakiej sile płomienia odczuwa blask światła lub czy odczuwa różnicę, gdy na przemian zasłaniamy ręką i odsłaniamy płomień. W tych warunkach badania odróżniamy czułość świetlną okolicy plamki żółtej przy najmniejszej, przy średniej i przy większej sile płomienia (gazu — wreszcie świeczki czy lampy elektrycznej lub naftowej), albo wykazujemy zupełną ślepotę (*Amaurosis*).

Mówimy, że »czynność oka« jest »dostateczna«, gdy odczuwa światło przy najmniejszym płomieniu. Jest to taki stopień jasności, przy którym badacz zaledwie jeszcze poznaje cień swej ręki na twarzy pacyenta.

Następnie, chcąc się przekonać, jak się zachowuje władza czucia świetlnego części obwodowych siatkówki, badamy zdolność rzutowania (projekcyi) czuć świetlnych a to w ten sposób, że światło płomienia, odbite od zwierciadła ocznego płaskiego, wreszcie wklęsłego, kierujemy z różnych stron (przynajmniej z góry, z dołu, od skroni i od nosa). a chory, zawsze nieruchomie wprost przed się patrząc, powinien za każdym razem ściśle wskazać kierunek rzutu światła. Oko, które nie podlega badaniu, powinno być szczelnie zasłonięte.

Należy baczyć, aby promieniowanie ciepła i szmer, wywołany przez ruchy badacza, nie ułatwiał choremu oryentowania się. Skoro w ten sposób nie osiąga się wyniku pewnego, to przesuwamy płomień świeczki w polu widzenia w różnych kierunkach, przytem osoba badana powinna oznaczyć każdorazową zmianę położenia świeczki. Aby badany nie mógł wnioskować z przesuwania świeczki, skąd światło dochodzi, zasłaniamy płomień świecy, gdy ją przesuwamy z jednego położenia w drugie.

Można też uzupełnić badanie i w ten sposób, że, zasłoniwszy jedno oko, trzymamy w odległości $\frac{1}{2}$ m. przed pacjentem dwie płonące świeczki, jedną tuż obok drugiej, tak blisko, aby się zlały w jedno wrażenie świetlne. Potem oddalamy obie świeczki i określamy, o ile trzeba je oddalić od siebie, aby wywołały dwa odrębne wrażenia świetlne. Wreszcie zbliżamy obie świeczki i określamy wzajemną ich odległość, przy której oba wrażenia świetlne zlewają się w jedno.

Nakoniec można, po szczelnem zasłonięciu jednego oka, przybliżyć do drugiego arkusze papieru, mocno zabarwione (zielone, czerwone), bacząc, aby światło dobrze na nie padało, a to, aby się przekonać, czy oko badane wskazażą mu barwę dokładnie za każdym razem odczuwą. Jeżeli odróżnia

barwę zieloną i czerwoną, to prawdopodobie niema poważniejszych zmian chorobnych w nerwie wzrokowym.

Lecz wynik ujemny tego badania niekoniecznie dowodzi, że dno oka jest chore, gdyż zaćmienie środków przez właściwe sobie zabarwienie może uniemożliwić trafne odróżnienie barwy mu wskazanej.

U małych dzieci musimy poprzestać na badaniu odruchu źrenicznego: jeżeli, po zasłonięciu drugiego oka, ruchy tęczówki w oku badanem są zwinne i szybkie, to można, np, wobec zaćmy, spodziewać się, że operacya da wynik pomyślny.

Aczkolwiek w większości przypadków powyższe metody badania pozwalają rokować o stanie dna oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków, jednak w szeregu licznych przypadków nieraz się zdarza, że te metody zawodzą i dają wyniki mylne; spotyka się bowiem przypadki, w których, mimo wyraźnie upośledzonych czynności oka nie zaszło poważne schorzenie tych części jego, które odczuwają światło, skądinąd zaś się zdarza, że, mimo zupełnie dobrego stanu czynności oka, mogą tkwić poważne zmiany na dnie ocznem. Tylko zupełny zanik czucia świetlnego, tylko zupełna ślepotą dowodzi, że stan oka jest beznadziejny; natomiast, gdy chory odczuwa tylko światło większego płomienia lub gdy mylnie rzutuje (mylna projekcyja) światło w jednym lub w kilku kierunkach, nie zawsze ma się prawo do twierdzenia, że części oka czułe na światło są poważnie uszkodzone.

Dawno już wiadomo, że przy obfitszym wylewie krwi do ciała szklanego i przy zaćmach zastarzałych czucie świetlne bywa znacznie przytępione, a z czasem można się przekonać, iż w częściach oka czułych na światło nie zaszły trwałe zmiany poważniejsze.

Schirmer — (Graefe-Saemisch. Handbuch der Augenheilkunde, t. VI), spostrzegając toż samo w wielu innych cierpieniach ocznych, wielokrotnie ponawiając badanie u osób inteligentnych. Schirmer spotykał to, np, przy *Leucoma adhaerens centrale cum Cataracta*, przy stłuczeniach z obfitym wylewem krwi do komórki przedniej, a szczególnie

przy urazowych sprawach zapalnych przedniego odcinka gałki, dalej przy *Hypopyonkeratitis* i przy *Iridocyclitis fibrinosa*. W tych przypadkach, po ustąpieniu objawów zapalnych lub po usunięciu zapory optycznej, nieraz udaje się przywrócić zupełnie dobrą siłę widzenia.

Natomiast zdarzają się przypadki, w których, gdy, przy zupełnie dobrze zachowanym rzutowaniu światła, udanie wy dobyto zaćmę, wynik operacyi nie okazał się pożądanym, a to z powodu obecności zmian zapalnych lub starczych w okolicy plamki żółtej lub z powodu poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego, kiedy pole widzenia jeszcze nie doznało znacniejszego upośledzenia.

Spostrzeżenia własne, które niżej podaję, zebrane w ciągu szeregu lat w moim oddziale — w Warszawskim Instytucie Oftalmicznym — oraz w praktyce prywatnej, poniekąd zobrazują twierdzenia powyższe.

1) M. W., l. w. 35, zamężna, zgłosiła się do mnie po raz pierwszy 10. I. 1890. Rozpoznanie: *Myopia o. d.* — 5,50D *oc. sinistri* 7,0D. *Visus o. d.* $\frac{6}{24}$; *o. sin.* $\frac{8}{8}$, *opacitates corp. vitrei o. utr.* *Amotio retinae in parte inferiori bulbi dextri.* 7. X. 1906. W oku prawem: *Cataracta matura, Amaurosis, (Amotio retinae)*. W oku lewem: od kilku lat wzrok stopniowo słabnie, obecnie chora odróżnia tylko światło od ciemności, bólów oczu nigdy nie doznawała; zewnętrznie oko wygląda prawidłowo, przednia komora dosyć płytka. Źrenica (lewa) słabo oddziaływa na światło. *Cataracta maturescens*. Przy prześwietlaniu niema odblasku czerwonego z dna oka.

Wobec wywiadów i słabego oddziaływania źrenicy zachodzi prawdopodobieństwo oderwania siatkówki w oku lewem, chociaż badanie staranne wykazało, że rzutowanie (projekcja) światła, nawet przy małym płomieniu gazowym, jest prawidłowe.

15. X. 1906. Uprzedziwszy chorą, że rokowanie jest niepomyślne, wykonałem *Extractio cataractae o. sinistri cum iridectonia*. Przebieg operacyi i doleczenia był prawidłowy.

3. XI. 1906. Badanie: Kilka cienkich zrостów tylnych

tęczówki lewej. Męty ruchome w ciałku szlistem. Oderwanie siatkówki w dolnej części obwodu dna oka. Przez soczewkę sph. + 8 D chora liczy palce w odległości 4 metrów.

2) A. S., zamężna, ma 55 lat wieku. Twierdzi, że odkąd pamięta, była krótkowidzem; od lat kilkunastu znacznie gorzej zaczęła widzieć o zmierzchu, od lat kilku i za dnia, od lat 3 ociemniała na oko prawe. Badanie d. 3. III. 1901 wykazało zaćmienie obu soczewek; przy wziernikowaniu nie dostrzega się odbłasku czerwonego od dna oka. O. prawem nie odróżnia ruchów ręki, pozostało tylko uczucie światła przy większym płomieniu gazowym, rzutowanie światła zupełnie mylne.

O. lewem: odróżnia ruchy ręki. Uczucie światła przy najmniejszym płomieniu gazowym dobre, rzutowanie prawidłowe, ale przytem chora przez czas dłuższy się rozgląda, zanim da odpowiedź trafną.

10. III. 1901. *Extractio cataractae o. sin. c. iridectomy.* Badanie 25. III. 1901: wygląd oka prawidłowy. Liczne ogniska zanikowe w naczyniówce, obficie rozlane po całym dnieniu oka. Przez soczewkę sph. + 10 D liczy palce na 2 m.

3) J. N., 12 l. wieku. Zgłosiła się 4. V. 1898. Matka jej twierdzi, że przed kilku godzinami dziecko trzymając nożyczki w rękę, biegło po pokoju i potknąwszy się, rozcięło sobie oko lewe.

Badanie: prawe oko zdrowe. Lewe oko: dokoła rogówki nastrzyknięcie naczyń spojówki gałki i naczyń rzęskowych. Rogówka rozcięta podłużnie od dołu ku górze, na całej rozciągłości, niemal ściśle odpowiednio do południka pionowego. Przednia komora płytka, wypełniona krwią.

Ranę całkowicie powleka wypadła część tęczówki, która ma barwę prawidłową. Soczewki nie widać. Gałka miękka. Uczucie światła zachowało się, ale tylko przy dużym płomieniu gazowym. Rzutowanie mylne.

Tego dnia po odcięciu wypadłego płatka tęczówki, ranę zeszyłem w 2 miejscach. Po 48 godzinach (6. V.) zdjęto opaskę. Nastrzyknięcie mniejsze, obrzęku spojówki gałkowej niema.

Krew w przedniej komorze się wessała, rana się zasklepiła. W okolicy szwów lekki naciek. Barwa tęczęwki nieco zmieniona. Szwy usunięto.

Po 6 dniach (12. V) nastrzyknięcie dokoła rogówki bardzo słabe. Nacieczenie rogówki znikło. Barwa właściwa tęczęwki wraca. Wziernikiem dostrzega się odbłask czerwony z wnętrza oka. Dziecko liczy palce na 2 m.

W ciągu następnych 10 dni (22. V.), pod opaską i maścią atropinową, objawy zapalne stopniowo ustępują. Rana dobrze zamknięta, tęczęwka w paru miejscach jest z nią sklejoną. Męty ruchome w ciałku szklistem. Po upływie dalszych 8 dni (30. V.) pozostał tylko niewielki przyczep przedni w dolnej części rany i kilka zrostów tylnych. Po 3 tygodniach (20. VI.) gałka jest niepodrażniona. Mętów w ciałku szklistem nie widać. Dno oka prawidłowe.

Przez soczewkę sph. $+10D$ chora liczy palce na 6 m.

3) A. B., lat 10, przed 8 dniami została uderzona w oko prawe bryłą błota zmarzłego.

Badanie 19. XII. 1895. Oko prawe: W zewnątrznodolnej ćwiartce rogówki znaczny ubytek z naciekiem ropnym, nagromadzenie ropy w komórce przedniej, ciecz wodna mętna, komórka płytka. W polu źrenicznym wysięk szaro-żółty, źrenica wązka, barwa tęczęwki zmieniona, brudna. Uczucie światła zachowało się, ale dopiero przy większym płomieniu gazowym się stwierdza. Rzutowanie mylne. — Oko lewe zdrowe i prawidłowo czynne.

Hypopyonkeratitis oc. dextri, leczone za pomocą przyżegań Trjodi oraz maści kseroformowej z atropiną, stopniowo się zmniejszyło, pozostała blizna w rogówce i liczne zrosty tylne tęczęwki. Po 6-iu tygodniach oko prawe mylnie rzutuje. Po dalszych 4 tygodniach nastąpiło znaczne wessanie zaćmionej soczewki.

$$\text{W} \frac{\text{o. prawego (ze sph. } +12D > \frac{1}{8})}{\text{o. lewego} = 1.}$$

W dwa lata po tem *iridectomia et dilaceratio* dały wynik pożądaný — W. o. prawego (ze sph. $+12D, > \frac{1}{8}$.

5) J. A., 39 lat, oddawna miała skłonność do łzawienia i czerwienienia się oczu. Przed 3 dniami ukłuła się gałązką krzaku agrestowego w oko lewe.

Badanie 7. IX. 1902: *Blennorrhoea sacci lacrymalis utr. Hypopyonkeratitis o. sinistri (Ulcus paracentrale corneae+Iritis*. Trzecia część przedniej komory wypełniona ropą. Ciecz wodna bardzo mętna. Tkliwość na dotyk c. rzęskowego znaczna.

W. o. prawego = 1; okiem lewym odczuwa światło nawet najmniejszego płomienia gazowego, dobrze je rzutuje (*projectio bona*). Mimo leczenia sprawa zakaźna czyni szybkie postępy tak, że 9. IX. ropa zajęła już prawie połowę komórki przedniej. Oko lewe odczuwa wprawdzie światło, ale dopiero większego płomienia gazowego, natomiast wyraźnie mylnie rzutuje (*projectio falsa*).

Po przekłuciu rogówki i wypuszczeniu ropy nacieczenie wrzodu znika.

20. IX. 1902. Uczucie światła nawet przy najmniejszym płomieniu gazowym. Zdolność prawidłowego rzutowania przywrócona.

22. IX. 1902. Pozostała blizna po wrzodzie i kilka tęgich zrostów tylnych. W. o. lewego = liczy palce na 5 m.

Lecz nietylko przy urazach oraz sprawach zapalnych, ale nieraz i przy zaćmach zdarza się,—że mimo niepomierne upośledzonych czynności oka — można przywrócić wzrok choremu. Spostrzegałem to przy zaćmie powikłanej przez oddawna istniejący garbiak z wrośnięciem tęczówki (*Leucoma adhaerens*.

6) B. S., 62 l., przed 8 laty przebyła zapalenie oka prawego, poczem doznała znacznego osłabienia wzroku tego oka. Oko lewe chore od 14 dni.

Badanie 7. X. 1898. Oko prawe: *Leucoma adhaerens centrale*. (Zrost tęczówki niemal całkowity, tylko w górze mała cząstka tej błony jest wolna). T. n. Uczucie światła zupełnie dobre. Rzutowanie zwłaszcza w górze i od nosa oraz w dole i od skroni mylne.

Oko lewe: *Hypopyonkeratitis* z dużą ilością ropy w komórce przedniej; po 6 tygodniach doprowadzono sprawę do zablźnienia.

Wtedy wycięto kawałek górnej części tęczówki oka prawego, poczem chora mogła tem okiem liczyć palce w odległości tylko $\frac{1}{2}$ m., gdyż istniała zaćma, częściowo wessana; po 8 tygodniach usunięto zaćmę — a po 10 dniach W. o. pr. ze sph. $+13D = \frac{1}{8}$.

7) K. K., l. 60. Od 5 lat wzrok oka lewego znacznie słabnie, od roku jakoby nie widzi tem okiem. Wzrok oka prawego słabnie dopiero od kilku miesięcy.

Badanie 2. VI. 1899. *Cataracta incipiens o. dextri*. $V = \frac{1}{8}$. *Cataracta fere matura o. sinistri* — uczucie światła dobre, zdolność rzutowania światła w stronę nosa wyraźnie upośledzona. Dwie świecek rozróżnia jako przedmioty odrębne dopiero gdy są od siebie oddalone o 15 cm.

6. VI. 1899. *Extractio cat. o. sin. c. isidect.* 15. VI. 1899 ze sph. $+11D$ $W = \frac{1}{2}$, dno oka prawidłowe.

8) M. B., l. 89. Odkąd zapamięta miała wzrok krótki, od kilku lat ma zaćmę na oku prawem; dopiero przed rokiem gdy zaczęła gorzej widzieć okiem lewym, musiała przestać zajmować się szyciem, którem całe życie się trudniła.

Badanie 3. IV. 1902. Oko prawe: *Cataracta matura*. Odczuwa światło przy najmniejszym płomieniu gazowym, rzutowanie światła niepewne przy badaniu wziernikiem płaskim i przy średnim płomieniu gazowym, natomiast trafnie rzutuje przy największym płomieniu, przy zastosowaniu wziernika wklęsłego. Dwie świecek odróżnia, jako takie, gdy je oddalimy o 10 cm. i gdy je do siebie zbliżymy aż do 8 cm.

Oko lewe: *Cataracta incipiens*. sph. — $9D$. $W = \frac{1}{8}$.

5. V. 1902. *Extractio cataractae oc. dextri c. iridectomia.* 15. V. 1902. Badanie po zagojeniu oka: *Staphyloma posticum* dokoła tarczy na znacznej przestrzeni. Ze sph. — $4,5D$ $W = \frac{1}{4}$.

W tym przypadku wadliwe rzutowanie wynikło wskutek szereg lat trwającej nieczynności siatkówki.

W 2 następujących przypadkach nie można objaśnić zmniejszonej sprawności oczu przez dłuższe trwanie zaćmienia soczewki.

9) A. P., l. 70. Od 2 lat nie odróżnia przedmiotów okiem prawem, od 2 miesięcy znacznie gorzej widzi na oko lewe. Badanie d. 3. VI 1897: Oko prawe. *Cataracta matura*. Uczucie światła dobre. Rzutowanie mylne. Odróżnia barwy czerwona i zieloną. Oko lewe — *Cataracta incipiens*, $V = \frac{1}{4}$. — 7. VI. 1897. *Extractio cataractae o. d. sine iridectomia*. 20. VI. 1897. *Cum sph.* + 12 D. $V = \frac{1}{2}$.

10) J. N., l. 47. Od 3 lat słabnie wzrok oka prawego, a od 2 lat i w oku lewym.

Badanie 17. I. 1899. Oko prawe: *Cataracta matura*.

O. lewe: *Cataracta maturescens*, $V = \text{digit}^i \text{ in } \frac{1}{2} \text{ m.}$ W oku prawem: Uczucie światła i rzutowanie niedostateczne, 2 świeceki odróżnia w odległości 12 i 6 cm. okiem prawem, lewym zaś okiem w odległości 5 i 1 cm. 21. I. 1899. *Extractio catar. o. dextri cum iridectomia*. 30. I. 1899. *Extractio cat. o. sin. cum iridect.* 15. II. 1899. Ze sph. 11 D. W. każdym okiem z osobna = $\frac{1}{2}$.

W obu tych przypadkach (8 i 9) nie można wykazać przyczyny osłabienia oczu.

Aczkolwiek względem tych badań możnaby uczynić zarzut, że odpowiedni chorzy bezwiednie lub z umysłu dawali zeznania błędne, rzecz dziwna jednak, że bez przyczyny ujawnionej mylnie zeznawali tylko przy badaniu jednego oka, gdy przy badaniu drugiego, dawali odpowiedzi trafne, chociaż starannie badano i wielokrotnie powtarzano to samo badanie — zawsze z równym wynikiem.

Powyższe spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że — przy zaćmieniu środków oka — dotąd znane sposoby badania nie w każdym przypadku pozwalają na trafną ocenę stanu części oka odczuwających wrażenia świetlne.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dr Machek).

O plamach barwиковych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy*).

Podał

Doc. Dr WIKTOR REIS,

asystent kliniki.

Plamy barwиковe spotykane w spojówce oka podzielić można na dwie zasadnicze grupy: są one albo wrodzone albo nabyte. Zmiany wrodzone umiejscowione są zwykle w spojówce gałkowej i występują pod postacią mniej lub więcej rozległych znamion barwиковych, znanych pod nazwą *naevi pigmentosi. melanosis v. cyanosis bulbi*.

Do tego rodzaju wrodzonych plam barwиковych należy zaliczyć wymienione przez Steinera plamy barwиковe spotykane bardzo często w spojówce gałkowej u osobników rasy żółtej np. Malajczyków.

Złogi barwиковe nabyte umiejscowiają się również najczęściej na spojówce gałkowej. Mogą one powstać w następstwie podspojówkowego wylewu krwawego, który nie wessany całkowicie dał powód do powstania barwika i te przypadki nie należą do rzadkości, albo też mogą powstać po urazach, które spowodowały pomieszczenie przybłonkowych komórek barwиковych tęczówki i ciała rzęskowego pod spojówkę gałkową. (Bohn, Leonhardt).

Plamy zaś barwиковe nabyte, umiejscowione w spojówce powieki górnej, opisane były dotychczas przez Steinera w dwóch czasowo od siebie odległych publikacjach (1898 i 1906), oraz przez Küssela w r. 1907.

*) Rzecz przedstawiona na posiedzeniu naukowem Sekcyi okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 19-go lipca 1911r.

Zanim jednakże przejdę do bliższego omówienia prac tych autorów, przedstawię przypadek przezemnie spostrzegany, w którym stwierdzono istnienie plam barwиковych w spojówce powieki górnej przy jaglicy w okresie zbliznowacenia.

Przypadek dotyczył kobiety 40 letniej (B... Zofia z Chmielówki, p. Trębowla) przyjętej na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie dnia 23 marca 1907 r.

W krótkości podam wyciąg z historyi choroby:

Chora podaje, że od niewielu lat choruje na oczy. Nigdy nie leczyła się — nie była u doktora ani nie miała kropli zapisanych. Widziała wprawdzie, że jej gorzej, ale o poradę lekarską nie zgłaszała się. Rzęsy nieprawidłowo ustawione wyrwała jej córka szczypczykami. Od roku wystąpiło znaczne pogorszenie.

Oko prawe: Na spojówce powieki górnej blizny. Rogówka prawie w całości pokryta naczyniami i plamkami. Brzeg powieki górnej wraz z bardzo krótkimi rzęsami zawinięty ku gałce. V = liczy palce w 30 cm.

Oko lewe: Spojówka powieki dolnej lśniaca. Po stronie skroniowej ciągnie się od spojówki aż do dolno-zewnętrznego odcinka rogówki zrost spojówkowy. Podstawa zrostu około $\frac{1}{2}$ cm szeroka, wierzchołek i szyjka cienkie przechodzą nieznacznie na rąbek. Drugi cienki zrost po stronie nosowej dochodzi tylko do środka spojówki gałkowej.

Naczynia na spojówce powiekowej przekrwione, na spojówce gałkowej również naczynia porozszerzane. Brzeg powieki górnej, szczególnie po stronie skroniowej zawinięty ku gałce. Rzęs brak, gdyż wyrwane. Przez środek spojówki powieki górnej ciągnie się cienka, połyskująca blizna. Przy zewnętrznym kącie powiek, bliżej brzegu powiekowego kilka drobnych ziarenek, pozatem spojówka powiekowa gładka, lekko przekrwiona. W samym środku powieki górnej, na granicy załamka na przestrzeni około 4 mm², ciemne, nierównomierne nasilone zabarwienie. W środku tego barwиковego kwadracika jakby litera V silnie ciemno zabarwiona, dokoła zaś rozlane zabarwienie słabsze, złożone z punkcików. Spojówka

ponad plamką nie jest przesuwalna; tuż do plamki przytyka cienka biaława blizna. Przy oglądaniu plamy barwikowej pod lupą stwierdzić można, że naczynia spojówkowe przechodzą ponad plamą barwikową. V = liczy palce w 40 cm.

Rozpoznanie opiewało: *Trachoma cicatriceum. Pannus. Maculae corneae. Trichiasis palp. sup. oc. utr. Symblepharon. Pigmentatio conjunctivae palp. super. os. sin.*

Podczas pobytu chorej w szpitalu oprócz wycięcia kawałka spojówki z plamą barwikową, wykonano także częściowe wycięcie chrząstki powieki górnej na obu oczach.

Dnia 9 kwietnia opuściła chora na własne żądanie szpital — przy odejściu stwierdzić można było jeszcze lekki obrzęk powiek, mierną wydzielinę, rzęsy zaś prawidłowo ustawione.

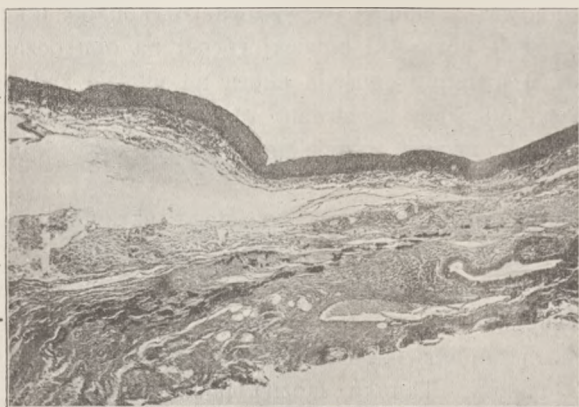
Badanie drobnovidowe wyciętego skrawka spojówki wraz z plamą barwikową dało wynik następujący:

Nabłonek wielowarstwowy płaski, o budowie warstw prawidłowej, nie okazuje zrogowacenia w warstwach powierzchniowych. Ziaren barwika w komórkach przybłonkowych stwierdzić nie można. Tkanka łączna podnabłonkowa, o dobrze rozwiniętej grubo-włóknistej budowie, z niejednostajnym nacieczeniem limfoidalnych komórek jednojądrzastych. Prócz tego w warstwach głębszych stosunkowo nieliczne fibroblasty oraz porozrzucane u podstawy komórki tuczne, wykazane zapomocą metody barwienia Unny. W głębi tkanka staje się mniej jędrna, a silniej występuje jej grubowłóknista budowa.

Wśród tej skąpojądrowej i grubowłóknistej tkanki spotyka się warstwowe roznieszczenie prawie czarnego barwika drobniutko ziarnistego, zlewającego się jednakże w ziarna grubsze. (Rycina 1-sza) Barwik ten nagromadzony jest zbiecie śródkomórkowo i wypełnia całe pierwszocze komórki tak, że cała komórka przedstawia się jako ciemna, ziarnista masa, wśród której leży jądro. W niektórych komórkach widać jeszcze na obwodzie delikatny jasny rąbek wolny od barwika. Miejscami zlewają się owe barwikowe komórki po 4—5, tworząc w miejscu zetknięcia smugi czarne.

Granice tych komórek zaznaczają się w miejscach zetknięcia rowkowatymi wcięciami.

Oprócz śródkomórkowego ułożenia barwika spotykamy zaledwie gdzieniegdzie grudki barwika ułożone pozakomórkowo, zawsze jednakże w pobliżu komórek, co robi wrażenie, jak gdyby te grudki barwika dopiero przez rozpad komórki zostały uwolnione i wydostały się poza obręb komórki. Jakiegoś



(Rycina 1-sza).

Przekrój przez zbliżowaciałą spojówkę powieki górnej.

e — przybłonek wielowarstwowy płaski;

b — tkanka bliznowata;

p — pigment;

n — naczynia. (Mikrofotografia).

swoistego ułożenia tych grudek barwиковych względem naczyń zauważyć nie można.

Komórki barwиковe mają kształt przeważnie wydłużony, rzadziej wielokątny. Jądra komórek ułożone przeważnie w środku są owalne, budowy ich jednakże dobrze spostrzegać nie można z powodu nagromadzonego w komórkach barwika. Jednakowoż kształtem swym przypominają rozrzucone wśród tkanki jądra komórek nie barwиковych.

Badanie skrawków parafinowych metodą Perlsa i metodą Hornowskiego nie wykazało obecności żelaza w złogach barwиковych.

Przypadek powyżej opisany byłby poza pracami Steinerja i Küsela w piśmiennictwie okulistycznym trzecią z rzędu publikacją o złogach barwиковych w spojówce powieki górnej przy jaglicy.

Steiner opisując w r. 1898 plamy barwиковe w spojówce powieki górnej przy jaglicy u Małajczyków zaznacza, że plamy te umiejscowiają się tylko w środku spojówki górnej powieki, nigdy zaś nie można spotkać tych plam na spojówce gałkowej. Barwik ten umiejscowiony jest przeważnie w przybłonku. Komórki przybłonkowe barwik zawierające są powiększone, o kształtach nieregularnych, czasami tworzą pigmentowane wypustki, które z innymi komórkami łączą się w całą sieć barwиковą. Skoro przybłonek z barwikiem zagłębia się w tkankę podprzybłonkową, barwik również w głąb podąża. W tkance podprzybłonkowej zwykle barwika się nie spotyka lub tylko w bardzo skąpej ilości i to w sąsiedztwie przybłonka. W głębi tkanki podprzybłonkowej bardzo rzadko tylko spotkać można grupy komórek barwиковych, lecz w tych przypadkach zdołał Steiner stwierdzić zawsze obok komórek barwиковych np. odcięte części gruczołu z przybłonkowymi komórkami barwиковymi, tak, że zawsze sąsiedztwo przybłonka było zaznaczonym.

W późniejszej pracy z roku 1906 stwierdza Steiner w dalszym ciągu, że plamy barwиковe spotyka się dość często na zbliżowaciących spojówkach powieki górnej przy jaglicy i twierdzi, że owe plamy barwиковe są utworzone przez sprawę jagliczą. Głównym powodem skłaniającym Steinera do przyjęcia związku przyczynowego między temi dwiema sprawami chorobowymi, jest wspólne występowanie plam barwиковych i jaglicy. Steiner przeprowadza analogię pomiędzy procesem jagliczym toczącym się w spojówce powiekowej a innymi procesami zapalnymi np. wrzodami podudzia, które u Małajczyków bardzo często po wygojeniu otaczają się pier-

ścieniem barwnym. Podobnie przy procesie jagliczym komórki barwikowe spojówki tz. chromatofory, stwierdzone w warunkach prawidłowych wśród spojówki osobników rasy żółtej mogą bujać przy jagliczym procesie zapalnym i dać powód do powstania plam barwikowych. W okresie tworzenia się plamy barwikowe umiejscowione w powierzchniowych komórkach przybłokowych łatwo dają się zetrzeć, a badanie drobnovidowe stwierdza w rzeczywistości istnienie złogów barwikowych zewnątrz komórek przybłonkowych.

Küsel w r. 1907 opisuje również dwa klinicznie spostrzegane przypadki złogów barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy; w jednym przypadku po wycięciu plamy barwikowej przeprowadził Küsel badanie drobnovidowe, które stwierdziło odrębne zachowanie się barwika niż w przypadkach Steinera. Barwik nie znajdował się bowiem w komórkach przybłonkowych lecz w komórkach wrzecionowatych zbitej tkanki łącznej, zdala od przybłonka.

Z przypadkami opisanymi przez Steinera ma przypadek Küsela tylko to wspólne, że tak tu jak i tam plamy barwikowe na spojówce powieki górnej wystąpiły przy jaglicy w okresie zbliźnowacenia.

Odmienne też do zapatrywań Steinera tłumaczy Küsel powstanie plam barwikowych w swoim przypadku. Küsel przypuszcza, że plamy barwikowe w przypadku przez niego spostrzeganym powstały w następstwie wybrczyny podspojówkowej. W prawidłowych warunkach wybrczyna podspojówkowa z łatwością zostaje wessana przez zdrową spojówkę. W przypadku spostrzeganym przez Küsela podłożem dla wybrczyny była zbliźnowaciąca tkanka — wybrczyna więc zamiast uleść wessaniu, uległa rozkładowi i dała powód do powstania plamy barwikowej. Tak więc nie jaglica jako taka wywołała pigmentację, lecz zbliźnowaciąca podłoże przyczyniło się do tego, że wybrczyna powstała może wskutek mechanicznych zabiegów leczniczych nie uległa wessaniu, lecz przemianie w barwik.

W zapatrywaniach Steinera i Küsela odnajdujemy

właściwe dwa zasadnicze poglądy na powstawanie barwika w ustroju.

Küsel przyjmuje w swoim przypadku pochodzenie barwika z krwi, mimo że próba na żelazo wypadła ujemnie. Barwik znaleziony przez Küsela mógłby odpowiadać hemosiderynie, występującej w postaci żółtych lub brązowych ziarenek zamkniętych w komórkach.

Tłumaczenie Steinera odpowiada znowu sposobowi patologicznego tworzenia się barwika w tych tkankach, które i w warunkach prawidłowych posiadają komórki barwikowe. Istnienie barwikowych komórek w ludzkiej spojówce powiekowej stwierdził także niedawno np. Herbert, który na zjeździe międzynarodowym okulistów w Lucernie, przedstawia chromatofory ze spojówki mieszkańców Indyi, które umiejscowione były nie tylko w warstwie przybłonkowej ale także w błonie właściwej spojówki.

Przypadek przez nas opisany na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania mikroskopowego bardziej zbliżonym jest do przypadku opisanego przez Küsela. W naszym przypadku przybłonek spojówkowy również zupełnie nie zawierał barwika, natomiast barwik ten, zamknięty w komórkach, znajdował się głęboko w błonie właściwej spojówki. Barwik ten również nie dawał odczynu na żelazo.

Jeżeli zaś uwzględnimy tę okoliczność, że prawidłowa ludzka spojówka osobników należących do rasy białej nie zawiera chromatoforów, wówczas z konieczności będziemy musieli zarzucić tłumaczenie Steinera, a zwrócić się bardziej ku przypuszczeniu wypowiedzianemu przez Küsela.

Küsel przypuszcza — jak wyżej wspomnieliśmy — że wskutek zabiegów leczniczych, być może wyciskania ziaren, przyszło do znaczniejszego krwotoku, który nie wessany wskutek blizny, przemienił się w barwik. W naszym przypadku jednakże taki zabieg leczniczy najprawdopodobniej nie miał miejsca — chora w wywiadach podała, że nigdy się nie leczyła i nie była u lekarza. Ponadto gdyby w rzeczywistości to powstanie plam barwikowych miało być zależnem od wy-

broczyn powstałych przy zabiegach leczniczych, to przy tak rozpowszechnionem mechanicznem leczeniu jaglicy powinniśmy owe plamy barwikowe w spojówce powieki górnej spostrzegać częściej niż dotychczas. Tymczasem nawet w obszernych podręcznikach omawiających schorzenia spojówek nie ma wzmianki o podobnej możliwości.

Nie mając więc uzasadnionych danych dla wytłumaczenia powstawania plam barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy, uciec się musimy do przypuszczeń.

Wspomnieliśmy poprzednio o dwóch sposobach powstawania barwików, z których sposób hemoglobinerodny w odniesieniu do powstawania barwika zw. melaninem, w ostatnich czasach nie da się powszechnie zastosować.

Badania Nenckiego stwierdziły, że melanina może powstać bezpośrednio z produktów rozpadu ciał białkowych. Dombrowski w pracy swej nad chemiczną naturą swiostego barwika moczu, również udowadnia, że twierdzenie, jakoby pochodzenia uromelaniny należało szukać we krwi, nie wytrzymuje krytyki, a wszystko raczej przemawia za tem, że melaniny wywodzą się bezpośrednio z białka.

Zastanowić się więc warto nad tem przypuszczeniem, czy podobny proces bezpośredniego wytwarzania się barwika z rozpadającego się białka, nie mógł mieć miejsca w przypadku jaglicy przez nas spostrzeganym. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że na spojówce powieki górnej tam, gdzie obecnie widnieje blizna, były przedtem ziarna jaglicze i że ziarna te nieleczone, nie wyciskane na zewnątrz (gdyż chora podaje, że nigdy nie leczyła się), uległy przy dalszym przebiegu choroby rozpadowi i że w następstwie przyszło do ich wessania i wytworzenia się blizny, wówczas odrzucić nie można przypuszczenia, że właściwie w tym przypadku znajdował się podatny materiał dla powstania barwika. Łatwo więc być może, że obumierające pierwociny komórkowe ziaren jagliczych, przy powolnym rozpadzie, jak to zwykle bywa w przypadkach nieleczonych, wśród jakichś swoistych nieznanych nam warunków, stały się w myśl teorii Nenckiego źródłem dla wytworze-

nia melaniny i że po ustąpieniu okresu rozpadu ziaren jagliczych, barwik pozostał następnie w wytworzonej błźnie.

Piśmiennictwo.

1. Bohn: Inaug.-Dissert. Giessen 1902.
2. Dombrowski: Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 54, 1997.
3. Herbert: X. Congrès intern. d'Ophthalmologie. Lucerne: 1904.
4. Leonhardt: Archiv. f. Ophalm. Bd. 68, 1908.
5. Küsel: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 45 Jahrg. I. 1907.
6. Steiner: Centr. f. prakt. Augenh. 1898.
7. — — : Annal. d'Oculistique. T. 135. 1906.

II. STRESZCZENIA.

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

Przyczynek do anatomii jaskry krwotocznej. (Zur Anatomie der Glaucoma haemorrhagicum). Dr. Stäli.

T. z. krwotoczną jaskrę oddzielano dotychczas zazwyczaj od ogólnego pojęcia jaskry i to z przyczyny, że we wszystkich tego rodzaju przypadkach zachodzą bardzo znamienne zmiany wsteczne naczyniach. Autor opisuje obraz histologiczny trzech wyłuszczonych gałek ocznych, w których ucisk śródoczny był podniesionym, a na siatkówce znajdowały się krwotoki. We wszystkich tych 3 przypadkach dały się wykazać olbrzymie zmiany tak w tętnicach jakoteż i w żyłach. A mianowicie t. z. intima tętnic była bardzo zgrubiałą, a komórki jej rozmiękłe. Natomiast ściany żył były bardzo stwardniałe, bez istnienia zakrzepu w ich świetle. Podobne zmiany wykazywały naczynia siatkówki, naczyniówki, tęczówki, i ciała rzęskowego. Ponieważ ściany naczyń nie są nigdzie przerwane, więc krwotoki na siatkówce mogły powstać li tylko przez dyapedezę.

Przyczynek do etyologii pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. (Zur Aetiologie der Neuritis retrobulbaris). Dr. Dutoit.

Przy *neuritis retrobulbaris*, powstałej wskutek zmian w przewodzie nosowym, przechodzą zmiany te z nosa wprost na mięsz nerwu wzrokowego. Znane są jednak przypadki, gdzie takie pozagałkowe zapalenie nerwu może powstać nie tylko wskutek ropy zebranej w jamach okalających n. wzrok., ale także przez ucisk obrzękłej okostnej lub wskutek innej choroby kości sąsiadujących. Autor opisuje dwa przypadki, w których podobne cierpienie powstało wskutek choroby zęba, przyczem przeszło zapalenie okostnej jednej alweoli do górnej szczęki, a stąd żyły ocznej. Zewnętrznie istniał obrzęk oczodołu i środkowe braki w polu widzenia. Leczenie należy rozpocząć usunięciem chorego zęba i to co rychlej.

Przypadek wywinięcia blaszki barwikowej tęczówki. (Ein Fall von Eversion der Pigmentblätter der Iris). Dr. Hack.

Przy badaniu oka u pewnego mężczyzny, spostrzegł autor przypadkowo barwikową nitkę, która poczynała się na brzegu rzęskowym tęczówki w miejscu, gdzie była przednia przyczepina. Nitka ta wolno zwieszała do przedniej komory. Przy badaniu lupą dało się rozpoznać, że nitka ta składała się z kilku razem ze sobą spowitych niteczek i poruszała się równomiernie z ruchami oka. Oko było blade, o prawidłowem napięciu. Wywiady wykazały, że w 15 r. życia mężczyzna ten ukłuł się słomką w oko, w następstwie tego powstał stan zapalny. Powstanie tej zmiany tłumaczy autor w ten sposób, że słomka przebiła rogówkę, przez tak powstałą ranę tęczówka wypadła, a jej blaszka barwikowa okaleczała. Następnie została blaszka ta odwróconą przez ciecz wodną i umiejscowioną w przedniej komorze. Prześwietlenie lampą Sachs'a wykazało w odpowiednim miejscu tęczówki brak na niej barwika.

O różnych przyczynach jednoocznego dwojenia się. (Über die verschiedenen Ursachen der monoculären Diplopie). Dr. Wölfflin.

Autor poddaje krytyce poszczególne przykłady tej zmiany, wzięte z literatury i wedle przyczyny powstania dzieli je na następujące grupy:

1) Przypadki bez podłoża fizykalnego, które dają się wytłumaczyć wytworzeniem sztucznej jamki w żółtej plamce (Pseudofovea — Javal, Koster, Bielschowsky). Są to przypadki, w których oko zezujące po utracie oka przedtem widzącego, obejmuje widzenie i ustalenie przedmiotów. W przypadkach tych przeważa wreszcie skłonność ustalenia anatomicznej jamki i dwojenie się ustępuje.

2) Przypadki z podłożem fizykalnem:

a) Dwojenie wskutek istnienia kilku źrenic.

(Iryododializa, miejsce zanikłe w tęczęwce).

b) Największą ilość dwojenia się dostarczają przypadki nieobecności tęczęwki i soczewki.

c) Przez zmiany w akomodacyi (mydryaza, płonica).

W tych przypadkach dwojenie rychło przemija.

d) Histerya.

e) Przypadki powstałe przez uraz. (Najczęstszą przyczyną zdaje się w przypadkach podobnych być uraz w ośrodku akomodacyjnym).

f) W oczach prawidłowych powstaje także jednostronne dwojenie czasami przez podwójne odbijanie się promieni od rogówki (Snellen).

Twory rozetowate w nowopowstałej siatkówce żaby.

(Rosettenbildung in der neugebildeten Netzhaut des Frosches). Dr Fujita.

Przy sposobności badania nowopowstałej siatkówki u żaby, która w 40—50 dniach po przecięciu nerwu wzrokowego i zniszczeniu starej siatkówki się wytworzyła i posiadała prawidłową swą grubość, spostrzegął autor w zewnętrznej warstwie ziarnistej siatkówki twory, jakie to opisywał Wintersteiner w głąkach, a Dötsch i Ginsberg w gałkach przy mikroftalmii. Prócz tego znajdowały się nieprawidłowo wytłoczowe półkrażki, które były częściowo wgłębione.

Powstanie tych zmian daje się w ten sposób wytłumaczyć, że zewnętrzne warstwy siatkówki rychlej rosną od warstw wewnętrznych, a tem samem muszą się zewnętrzne warstwy ziarniste zawiąć ku środkowi. Dla naszego zrozumienia udowadnia autor stanowczo, że rozety te nie powstają z przemieszczonych zarodków a tylko wskutek wgłębienia. Wbrew twierdzeniu Wintersteiner'a, że rozety te są nerwowym przybłonkiem, sądzi Ginsberg, że są one niedokładnie rozwiniętymi komórkami cylindrowymi części rzęskowej, które się nie zróżniczkowały na sporogiblasty i neuroblasty.

Nowe spostrzeżenia i badania nad brodawkami rogówki i jej brzegu. (Neue Beobachtungen und Untersuchungen über die Papillome des Limbus und der Hornhaut). Dr. Contino.

Na podstawie dokładnych badań klinicznych i mikroskopowych brodawczaków różnej wielkości, zestawia je autor w dwójaki typ.

Do pierwszej grupy należą takie brodawki, w których przybłonek bardzo znacznie wybijał, a tkanka łączna jest bardzo ni-
kłą; do drugiej natomiast należą te przypadki, w których przeci-
wnie tkanka łączna jest bardzo wybijała a przybłonek nie liczny.

Do pierwszej kategorii należy największa część obserwowanych i opisywanych nowotworów, a są one łagodnej natury. (*Plaques épithéliales*). Klinicznie są one nacechowane budową bez-
płatową i tem, że pojawiają się pojedynczo. Są one o gładkiej
powierzchni i ostro ograniczone. Z wyglądu są podobne do
zapalanej spojówki, umiejscawiają się w okolicy szpary powieko-
wej, są na spojówce przesuwalne i niebolesne. Czasami dają się
one spostrzec na główce skrzydłiska.

Nowotwory drugiej grupy są nacechowane wyglądem podobnym do ożyny, składają się z liczniejszych małych płatków
brodawkowatych o barwie bardziej miedzianej i wciskają się bez
ostrego ograniczenia w okalającą je tkankę. Są nieruchome,
a po dłuższem istnieniu przyjmują postać kalafioru. Zdaniem au-
tora oba te typy przechodzą w siebie wzajemnie.

Co się tyczy odróżnienia ich od raka to charakterystycznym
jest dla nich brak nekrozy, gdyż nawet największe brodawczaki
nie podlegają jej nigdy.

Tkanka łączna w przeciwieństwie do raka jest dojrzała i sil-
nie unaczyniona. W środkowych warstwach brodawczaka daje się
spostrzec zrogowacenie, a komórki pomnażają się przez podział
jądra a nigdy przez karyokinezę. Zdaje się, że brodawczaki po-
wstają przez przerost przybłonka, który prowadzi następnie do re-
akcyi tkanki łącznej. Przyczyny ich powstania należy szukać w dra-
żnieniu spojówki w obrębie szpary powiekowej, a zdarzają się one
najczęściej u ludzi po 40 r. życia. W ogólności są brodawczaki
łagodnymi nowotworami, a leczenie polega na wycięciu i przy-
paleniu ich podłoża, czem niszczy się ich pozostałe resztki, ma-
jące wielką dążność do nawrotów.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXIX. Z. 1, 2 i 3. Ref.
Dr T. Kleczkowski.

**O nieprawidłowem ułożeniu względem siebie linii
wzrokowych przy zezie zbieżnym.** (Über anomale Sehrichtungs-
gemeinschaft bei Strabismus convergens). F. Mügge (Giessen).

Na podstawie materiału prof. Vossiusa dochodzi autor do
przekonania, że nieprawidłowe ułożenie linii wzrokowych przy ze-

zie zbieżnym jest jednym z celów dla uniknięcia podwójnego widzenia. Przyczyną tej nieprawidłowości jest wada wzrokowa dotycząca prawidłowej korespondencji obu siatkówek. Jako dowód tego twierdzenia uważa autor, że 1) ćwiczenia amblyoskopijne nigdy nie są w możności wytworzyć prawidłowych stosunków co do lokalizacji, 2) nawet po operacji długo nieraz lokalizacja nie jest prawidłową, 3) po uzyskaniu nawet dobrej lokalizacji widzenie obuoczne nigdy nie jest zupełne. Widzenie obuoczne tem jest lepsze, im wcześniej objaw nieprawidłowego ułożenia linii wzrokowych został rozpoznany.

Wytwarzanie się otworu we fovea centralis. (Lochbildung in der Fovea centralis). E. Fuchs (Wiedeń).

Na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń wytworzenie się otworu w zakresie fovea centralis powstać może z następujących przyczyn:

1) Samoistne zapalenia jak *iridochorioiditis* (Coats), *retinitis albuminurica* (Reis), *neuroretinitis* (Küsch).

2) Zaburzenie w odżywianiu przy *retinitis pigment.* (Noll), przy *idiotismus amauroticus familiaris* (Parson), przy miażdżycy tętnic (Haab, Ulrich), przy działaniu promieni Roentgena (Birch-Hirschfeld).

3) *amotio retinae* (Krusius).

4) operacja oczna (*discisio, cataracta*), wrzód rogówki (terenniejszy przypadek autora).

5) przyczyna niejasna (zmiana starcza?).

W większości przypadków według F. bezpośrednią przyczyną powstania otworu jest obrzęk miejscowy (Berlina) poczem przychodzi do zaniku siatkówki w tem miejscu. Rzadziej przyczyną jest zadziałanie jądów (podczas zapalenia) prowadzące do zwyrodnienia składników fov. centr. i następowego ich wessania z pozostawieniem otworu po sobie.

O wewnętrznem pęknięciu twardówki. (Über innere Skleralruptur). E. Fuchs. (Wiedeń).

Co do sposobu pęknięcia twardówki, czy ona pęka od strony zewnętrznej ku wewnątrz, czy odwrotnie zdania są podzielone. 2 przypadki F dowodzą, że twardówka pęka od wewnątrz. W przypadkach F. twardówka pękła tylko w swej wewnętrznej połowie — zewnętrzna część była nienaruszona. W pęknięcie wkleszczona była tęczęwka.

O trachomatycznej zmianie spojówki twardówkowej. (Über trachomatöse Veränderung der Scleralbindehaut). K Ichi-
kawa a. (Kyoto).

Badania drobnowidowe autora wykazały, że spojówka twardówki pomimo swego bardzo często prawidłowego wyglądu klinicznego wykazuje zmiany jaglicowe podobnie jak spojówka powiek i rogówka. Zmiany te anatomicznie odpowiadają łuszczyce jaglicowej, a charakterystyczną cechą ich jest naciek komórek plazmatycznych pod nabłonkiem w cienkiej warstwie ułożonych. Autor przypuszcza, że możliwe jest, iż naciek ten dla jaglicy jest patognomonicznym. Łuszczyca rogówki bezpośrednio powstaje z nacieku spojówki twardówkowej.

Doświadczalne badanie nad działaniem indarsolu na n. wzrokowy i siatkówkę. (Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des Indarsol auf Sehnerv und Netzhaut). A. Birch-Hirschfeld i Nobuo Inouye. (Lipsk-Tokio).

Doświadczenia na królikach wykazały, że indarsol jest ciałem silnie trującym, powodującym po kilku dawkach śmierć zwierzęcia. Przy dłuższem zatrutowaniu mniejszemi dawkami (0.05) występuje przyzwyczajanie się do trucizny. Trucizna powoduje, podobnie jak atoksył, zwyrodnienie w 1. 2 i 3 neuronie siatkówki, a potem nawet zanik n. wzrokowego (reakcyja Marchiego).

Ciśnienie śródoczne, jaskra i krótkowzroczność. (Augendruck, Glaucom und Myopie). E. Zirm. (Ołomuniec).

Naczyniówce jako tkance budowy jamistej dużo krwi żyłnej zawierającej, przypada według autora w udziale rola czynnika czuwającego nad prawidłową zawartością (ciśnieniem śródocznem) gałki ocznej. Ciśnienie śródoczne jest wynikiem zmiennej zależności między ciśnieniem krwi w tętnicach, a elastycznością twardówki. Regulatorem jest naczyniówka. Na ilość krwi w naczyniówce wpływają czynniki naczynioruchowe; wpływy te są dla oka samoistne, a ośrodki ich też w samym oku są położone. Dowodzi tego to, że zaburzenia w krążeniu (podniesienie się ciśnienia krwi) tylko chwilowo na wysokość ciśnienia śródocznego mogą wpływać. Jak długo czynność nn. naczynioruchowych w oku jest prawidłowa, tak długo również ciśnienie oka się nie podnosi. Przez patologiczne zadrażnienie ośrodków naczynioruchowych śródocznych przychodzi do zastoju krwi i przekrwienia w naczyniówce — po ustąpieniu podrażnienia zastój pod wpływem elastyczności twardówki znika (Stad. prodromorum). Przy dłuższem trwaniu podrażnienia zastój się wzmacnia, a odpływ krwi żyłnej jest coraz trudniejszy przez

zwężenie światła vv. *vorticosae* przy emisaryach. W następstwie tych momentów ciśnienie śródoczne wzrasta, a przekrwienie naczyńki staje się stałe. (napad jaskry). Rozszerzenie źrenicy tłoczy sobie autor zadrażnieniem ośrodka naczynioruchowego w oku leżącego.

Po kilku napadach coraz dłużej trwających (z powodu utraty elastyczności tęczówki) przychodzi do zmian zapalnych oka (*glaucoma complicatum*), w następstwie których odpływ limfy coraz bardziej staje się utrudnionym. Wreszcie ostatnim jest okres zwyrodnienia (*gl. degenerativum*).

Oko krótkowzroczne rzadko bardzo zapada na jaskrę, bo naczyniówka w niem jest słabiej rozwinięta, a twardówka więcej rozciągliwa.

O etyologii chronicznych chorób oka. (Über die Aetiologie der chronischen Augenkrankheiten). L. K. Wolff. (Amsterdam).

Za gruźlicą przemawia w rozpoznaniu:

- 1) Chroniczny przebieg,
- 2) usposobienie gruźlicze (skrofuliczne), odczyn v. Pirqueta
- 3) Odczyn miejscowy oka na tuberkulinę,
- 4) Częsty dobry wynik leczenia tuberkuliną,
- 5) Odczyn ujemny Wassermanna,
- 6) Zmiana współczynnika opsonicznego po wpuszczeniu do

oka dioniny (Stock).

Przeciw gruźlicy przemawia:

- 1) brak prątków,
- 2) ujemny wynik szczepienia zwierzęciu,
- 3) patologia anatomiczna.

Różnice między Kerat. tbc. aluetica:

Gruźlica:

- 1) rogówka częściowo zajęta,
- 2) naczynia głębokie Hirschberga nigdy nie występują, często inne głębokie albo powierzchowne,
- 3) często scleritis guzkowata,
- 4) równie często przed jak po 30 r. ż.,
- 5) częste syn. poster.

Lues:

- 1) Cała,
- 2) naczynia Hirschberga, rzadko powierzchowne,
- 3) rzadko, nigdy guzkowata,
- 4) przed 30 r. życia,
- 5) rzadko.

O zakażeniu rogówki przez bacillus pyocyaneus. (Über Hornhautinfektion durch bac. pyocyaneus). H. E. Pagenstecher (Strasburg).

Wyhodowany bac. pyocyan. z wrzodu rogówki, który spowodował całkowite jej zniszczenie nie wytwarzał pyocyjaniny; wytwarzał ją dopiero po przeszczepieniu na rogówkę zwierzęcia, u którego prócz zniszczenia rogówki wywołał ropień c. szklanego.

Wyniki prześwietlania oka przez twardówkę silnym światłem. Wykazanie wrodzonych szparowatych ubytków ku dołowi skierowanych siatkówkowego barwika tęczęwki. (Ergebnisse diaskleraler Augendurchleuchtung mit starker Lichtquelle. — Nachweis angeborenen spaltförmigen Mangels des Irispigmentes nach unten rudimentärste Form des Iriscolobons). Langenhahn (Berlin).

Autor używał oftalmodiafanoskopu Hertzella (siła 80—100 świec).

Prześwietlanie tęczęwki zależy:

- 1) od ilości barwika (tem lepiej prześwietlać, im jego w tęczęwce mniej).
- 2) Od siły światła.
- 3) Od szerokości źrenicy (tem gorzej, im źrenica szersza).

Prześwietlając można widzieć dokładnie brzeg soczewki; źrenica jednak musi być wąska, dlatego też jako środka znieczulającego przy prześwietlaniu należy używać holokainy lub alypiny. Przy prześwietlaniu widzieć można zakres *ora serrata* w postaci pierścienia czarnego, a bardziej od niego ku środkowi znaczy się drugi pierścień, zależny od musc. cil. + proc. cil.

Między tymi pierścieniami widoczny jest jasny pas (niejednokrotnie drugi czarny wykazujący) powstały przez prześwietlenie *parsinon plicata corp. ciliar.* Diafanoskopem Hertzella wykrył autor bardzo często dające się spostrzegać *colob. iridis* tyjące jedynie tylko barwika siatkówkowego tęczęwki.

Badanie nad jaskrą i ciśnieniem krwi. (Untersuchungen über Glaukom und Blutdruck). R. KümmeI (Erlangen).

Autor badał ciśnienie krwi u 30 chorych na jaskrę i przekonał się o znacznym jego podwyższeniu, szczególnie w okresie skurczu serca.

Jaskra według autora przedstawia się jako zchorzenie oka w ustroju ze zmianami chorobowymi narządu krążenia i nerek.

Doświadczalno-histologiczne badania nad odczepieniem siatkówki i działaniem leczenia operacyjnego. (Experimental-histologische Untersuchungen über Netzhautablösung und die Wirkung operativer Therapie). A. Birch-Hirschfeld. (Lipsk).

Badania anatomiczne przeprowadzone przez autora na 13 gałkach ocznych królików, u których wywołane zostało odczepienie siatkówki przez wypuszczenie nieco ciała szklistego wykazało słuszność twierdzenia Lebera, że odczepienie najczęściej spowodowane jest przez wytworzenie się przedsiatkówkowych zrostów.

Bujanie neuroglii wywołuje zrastanie się zmarszczek odczepionej siatkówki, która często z powodu skrócenia się swojej powierzchni pęka. Leczenie punkcją samą, przypaleniem, lub elektrolizą tylko w tych przypadkach może wywołać trwały wynik, gdzie zmiany wyżej opisane są nieznaczne. Kauteryzacja twarówki nie daje również trwałych wyników; po elektrolizie spostrzegł autor zmiany w naczyniówce w postaci nacieków i wakuol. Przeprowadzenie nitki katgutowej przez przestrzeń podsiatkówkową dawało najlepsze wyniki, podczas gdy przecięcie Deutschmana tylko w jednym wypadku dało wynik pomyślny.

Rzadka pozagałkowa cysta (wychodząca z przemieszczonej błony śluzowej nosa). Eine seltene retrobulbäre Cyste (ausgehend von versprengter Nasenschleimhaut). K. Heilbrunn. (Halle).

W przypadku autora usadowiony był guz ponad okiem w oczodole powodujący trzeszcz gałki ocznej z całkowitem prawie zniesieniem ruchów gałki ocznej ku górze. Rozpoznanie było trudne z powodu skuteczności (przemijającej) jodu, środków napotnych, dalej z powodu przebytej kiły przemawiało za *periostitis gummosa*. Przeciwno temu przemawiał Wassermann ujemny. Operacja wykazała obecność cysty, posiadającej grube ściany wyścielone wielowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, odpowiadającym nabłonkowi górnych dróg oddechowych. Przez wykluczenie mukokole i cysty dermoidalnej uważa autor cystę w swoim przypadku za powstałą z wrodzonego przeniesienia błony śluzowej nosa.

O dotychczasowo uzyskanych wynikach z tonometrem Schiötza (według własnych i obcych badań). (Über bis her mit dem Schiötzschen Tonometer erzielte Resultate (nach eigenen und fremdem Untersuchungen). K. Heilbrunn (Halle).

Ciśnienie śródoczne ócz prawidłowych mierzone tonometrem Schiötza waha się między 12—27 mm. Hg. (mierzone 64 przyp.).

Zależności ciśnienia od wieku badanego autor nie mógł stwierdzić, również różnice w łamliwości oka nie wpływają na wysokość ciśnienia. Holokaina nie wpływa na wysokość ciśnienia, również 1% skopolamina; kokaina obniża o 1·5—5 mm.

Atropina też nie wpływa na wysokość ciśnienia, tylko raz jeden w przypadku Schiötza.

Ezeryna i pilokarpina po chwilowem podniesieniu ciśnienia obniża je do 8 mm. Hg.

Morfina podnosi ciśnienie — dionina zaś obniża. Wstrzyknięcia podspojówkowe soli podnoszą ciśnienie oka znacznie na przeciąg 12 godzin. Operacye mięśni ocznych obniżają nieznacznie ciśnienie, również choroby rogówki, o ile niema zapalenia tęczówki, które często powoduje podniesienie ciśnienia.

W 2 przypadkach sparzenia wapnem ciśnienie znacznie było podwyższone. *Cataracta incipiens* tylko w jednym przypadku (na 9) powodowała podniesienie się ciśnienia. Ciekawe są spostrzeżenia autora dowodzące, że przy odcięciu siatkówki może być czasem ciśnienie podniesione, przy nowotworach zaś śródocznych obniżone. Ważne usługi oddaje tonometr przy badaniu jaskry, gdzie czasem stwierdzić się daje, że pomimo tego, że w danym przypadku ciśnienie nie przechodzi granic prawidłowych — ciśnienie może być wzmożone, a mianowicie gdy fizyologiczna wysokość ciśnienia prawidłowego nisko leżała. Badania tonometrem dowodzą niemożliwości istnienia *glaucoma simplex* bez podniesienia ciśnienia.

Przypadek naczyniaka naczyniówki. (Ein Fall von Angiom der Chorioidea). R. Bergmeister. (Wiedeń).

Cały tylny odcinek naczyniówki zajęty był przez naczyniaka, który anatomicznie dał się określić jako *angioma simplex cum telc-angiectasia*. Prócz tego spostrzegł autor w tym przypadku *endarteriitis nodosa* tylnych krótkich naczyń rzęskowych. Zmianę tę uważa autor za *endarteriitis compensatoria* w myśl Thomm'y mającą za cel zmniejszenie szybkości dopływu do naczyniaka.

Uwagi do statystyki zapalenia sympatycznego. (Bemerkungen zur Statistik der sympathischen Ophthalmie). A. Du-toit (Lozanna).

Statystyki zapalenia sympatycznego powinny być robione na zasadzie *duplicitas* (oznaczenie czystości zapalenia sympatyzującego i sympatycznego. W statystykach uwzględniać się powinno wiek i płeć chorych.

Szpara naczyńiówki i siatkówki z brakiem wrodzonym nerwu wzrokowego. (Ein Colobom der Aderhaut und Netzhaut mit Aplasie der Sehnerven). W. Meisner.

Prawidłowej prawie wielkości gałka oczna 3-ech tyg. dziecka wykazywała wszystkie części i błony wtórnego pęcherzyka wzrokowego zupełnie rozwinięte. Nerwu wzrokowego zupełnie nie było (mózg prawidłowy), siatkówka zaś i naczyńiówka w zakresie coloboma wykazywały znacznego stopnia niedorozwój polegający na braku zupełnym ganglionów, włókien nerwowych i naczyń krwionośnych.

Przyczynek do działania salwarsanu na syfilityczne zchorzenia oka. (Beitrag zur Frage der Salvarsanwirkung aufluetische Augenkrankheiten). E. Seidel (Heidelberg).

Z 12 przypadków *kerat. parenchymat.* w 9 zapalenie było ostre w 3 zaś okres zapalny już minął. Z 9 ostrych zapaleń w 7 wynik był bardzo dobry; w 4 przypadkach z 7 drugie oko nie uległo zchorzeniu, w 3 pozostałych zapalenie drugiego oka wystąpiło, lecz przebieg był znacznie łagodniejszy.

Podobnież dobre wyniki uzyskano w klinice prof. Wagenmanna w przypadkach *iritis acuta et iritis recidivans*. 2 porażenia mięśni ocznych nie wyleczyły się pod wpływem salwarsanu, również wpływu nie było przy *oedema pap. n. opt.* i *chorioiditis disseminata*.

Anatomiczna podstawa opisanego przezemnie „bardzo rzadkiego zchorzenia siatkówki“. (Anatomische Grundlage der von mir beschriebenen »sehr seltenen Erkrankung der Netzhaut«). E. v. Hippel (Halie).

Opisane przez autora w r. 1904 na podstawie spostrzeżenia klinicznego »bardzo rzadkie zchorzenie siatkówki« przedstawia się anatomicznie jako *angiomatosis retinae* z następowem zchorzeniem naczyń siatkówki, zanikiem jej elementów nerwowych, bujaniem gleji i krwotokami podsiatkówkowymi.

Wziernikowe rozpoznanie jest łatwe, a polega na stwierdzeniu obecności kulistych czerwonawych tworów i silnem pokręceniu tętnic i żył siatkówki. Choroba jest chroniczna, rokowanie *quoad visum* złe, a kończy się objawami *glaucoma secundarium*. Momentem przyczynowym jest podkład wrodzony.

W sprawie unerwienia tęczówki u królika. (Zur Frage der Irisinnervation beim Kaninchen). Wera Kirpiczwa-Leontowicz (Kijów).

Autorka zabarwiwszy tęczówkę błękitem metylowym odróżnia w niej następujące typy siatek nerwowych:

- 1) na przedniej powierzchni tęczówki jądra zawierająca siatkę Remak'a.
- 2) Siatka leżąca w zakresie zwieracza tęczówki przechodząca we włókna rdzenne i siatkę międzymięśniową.
- 3) Siatka drobnooczkowa okołonaczyniowa przechodząca w siatkę Remak'a.
- 4) Siatka okołonaczyniowa grubooczkowa też na przedniej powierzchni tęczówki.
- 5) Siatka tylnej powierzchni tęczówki.
- 6) Komórki ganglionowe.

O niektórych rodowodach i użyciu prawideł Mendla w okulistyce. (Ueber einige Stammbäume und die Anwendung der Mendelschen Regeln auf die Ophthalmologie). A. Lutz (Zurich).

W pracach swoich przechodzi autor rozwój pojęć o prawach dziedziczności Mendla z r. 1860, a rozwiniętych i wyświetlonych szczególnie przez de Vries'a, Correns'a i Tschermaka.

W krótkości prawa te polegają na następujących zasadach: Jeden rodzaj posiada różne odmiany. Odmiany te różnią się od siebie jedną lub więcej różnicami i w czystej hodowli zawsze się dziedziczą.

Każda różnica taka spowodowana być może jedną lub różnymi jednostkami dziedzicznymi (t. zw. geny). Geny są od siebie niezależne, każda z nich bowiem osobno się może dziedziczyć. Często niektóre geny są w związku ze sobą, tak, że dziedziczą się razem (tworzenie t. zw. korrelacji).

Niejednokrotnie jedna gena dopiero wtedy się uwydatnia, gdy jest w towarzystwie z drugą; w tych samych warunkach jedna z nich może być w utajeniu. Dziedziczenie gen odbywa się według ścisłych prawideł.

Osobniki z pierwszego skrzyżowania homozygotów (w odróżnieniu od heterozygotów czyli bastardów) są jednopostaciowe (uniform). Co do różnic między sobą to osobniki z tego F₁ pokolenia odznaczają się następującymi znamionami:

Zazwyczaj góruje jedna cecha rodzicielska ponad innymi, lub spostrzegać można jedną cechę rodzicielską przy braku innych, lub wreszcie cechy rodzicielskie są zmieszane w postaci mozajki, lub mogą przez zmieszanie się pewnych »gen« powstać nowe cechy. Osobniki te z F₁ pokolenia są bastardami. Ze skrzyżowania się osobników F₁ powstaje pokolenie F₂, w którym znowu pewna ilość będzie homozygotami, druga zaś bastardami.

Dziedziczenie cech chorobowo nabytych może się odbywać według Bollingera, albo:

- 1) Drogą bezpośrednią (matka lub ojciec chora);
- 2) Przez dziedziczenie skombinowane (matka i ojciec cierpią na tę samą chorobę).
- 3) Dziedziczenie pośrednie (chorzy dziadkowie lub wujowie lub ciotki).
- 5) Dziedziczenie kollateralne (chore córki w pokoleniu, rodzice i dziadkowie zdrowi).

Według autora pracy drogą bezpośrednią przenoszą się *distichiasis, ptosis, coloboma, glaucoma, cataracta senilis et congenita, kerat. striata*, kurza ślepotą. Drogą kollateralną przenoszą się *retinitis pigmentosa, albinismus, daltonismus, chorioretinitis familiaris*. Prawa Mendla według L. szczególnie dobrze wyjaśniają, dlaczego małżeństwo między krewnymi jest dla pokolenia niebezpieczne. Lekarze powinni zwracać uwagę na następujące momenta:

- 1) Wywiedzieć się, jakie były pokolenia męskie, a jakie żeńskie.
 - 2) Jaki związek jest między płcią a daną chorobą.
 - 3) Jaki jest w pokoleniu stosunek liczbowy między zdrowymi a chorymi.
 - 4) Jaki wpływ na ilość chorych wywarło ewentualne małżeństwo między krewnymi.
 - 5) W jakiej szerokości dadzą się zastosować prawa Mendla.
- Sprawy te, według autora, aczkolwiek mniejsze mają znaczenie dla terapeuty, dużej wagi jednak nabierają dla higienisty, lekarza domowego i prawodawcy.

Studia nad zapaleniem sympatycznym, IV. Antygenetyczne działanie barwika oka. (Studien zur sympatischen Ophthalmie. IV. Antigene Wirkung der Augenpigmente). A. Elschmig R. Salus (Praga).

Badania wykazały, że chemicznie czysty barwik oka wstrzyknięty śródzylnie działa silnie antygenetycznie. Aczkolwiek barwik jest tylko organowo specyficzny, a nie rodzajowo, to jednak działanie antygenetyczne barwika rodzaju obcego silniejsze jest, aniżeli z tego samego rodzaju.

Leczenie odzepienia siatkówki przez operacyjne wypuszczenie płynu podsiatkówkowego i wstrzyknięcie powietrza do ciała szklistego. (Über die Behandlung der Netzhautablösung durch operative Entleerung der subretinalen Flüssigkeit und Einspritzung von Luft in den Glaskörper). J. Ohm. (Bottrop).

Autor leczył swoim sposobem 2 przypadki odzepienia siatkówki. W pierwszym przypadku V z 4 m. podniosła się na $\frac{4}{18}$,

w drugim poprawa była przejściowa (z $V^{6/36}$ na $6/6$). Wstrzyknięcie powietrza nigdy nie działało drażniąco.

O teorii zapalenia sympatycznego Elschniga. (Über Elschnigs Theorie der sympathischen Ophthalmie). E. v. Hippel (Halle).

Jak wiadomo według teorii Elschniga do powstania zapalenia sympatycznego dwa są potrzebne czynniki, uczulenie naczyńkowe (*anaphylaxia*) przez jej rozpad i samozatrucie organizmu (*autointoxicatio*). H. nie wyobraża sobie miejscowego zapalenia z powodu uczulenia bez ogólnych objawów. Co do drugiego czynnika Elschniga to sądzi H, że na pytanie, dlaczego przyjmuje E. ogólną anomalię ustroju, nie można znaleźć odpowiedzi, chyba zaś dlatego E. jest ogólne schorzenie potrzebne, że z teorią jego nie zgadzałyby się doświadczenia kliniczne i że rzeczywiście w każdym przypadku skaleczenia oka, kiedy jest dana sposobność wessania antygeny, musiałoby się zapalenie sympatyczne rozwinąć.

Klinika uczy, że dużo jest przypadków, w których barwik się rozpada (tępe urazy oka, *chorioretinitis* np) i można ulegać wessaniu, a zapalenia sympatycznego niema. Z drugiej strony obecność samozatrucia ustroju nie została przez E. stwierdzona, bo sama obecność indykanu w moczu niczego nie dowodzi (Schmidt). Również E. nie robił badań kontrolnych co do indykanu u innych chorych.

Badania nad chorobami n. wzrokowego i siatkówki. Przyczynek do znajomości związku chorób ocznych do chorób nosa. (Studien über Opticus- und Retinaleiden. Beitrag zur Kenntnis des Zusammenhanges von Augen- und Nasenleiden). A. de Kleijn (Utrecht).

Spostrzeżenia autora wykazują, że schorzenia tylnych bocznych jam nosa są najbardziej niebezpiecznymi dla n. wzrokowego i siatkówki.

Schorzenie nerwu połączone wtedy jest zawsze z powiększeniem plamy Mariotte'a. Choroby przednich bocznych jam nosa wyjątkowo tylko prowadzą do zapalenia nerwu. Schorzenie tylnych jam niekoniecznie musi być natury ropnej, sam bowiem przerost błony śluzowej jam powodować może zajęcie nerwu.

Autor nie jest zwolennikiem operacji jam bocznych nosa sposobem Kiliana, spostrzegał bowiem po niej rozwinięcie się *neuritis optica*, podwójne widzenie, a raz naciek ropny pozagałkowy. Choroby tylnych jam nosa prowadzić mogą czasem mimo braku zmian na dnie oka do zwężenia pola widzenia na barwy i barwę

białą. W 4 przypadkach spostrzegął autor powstanie w następstwie schorzenia tylnych jam nosa *retinitis pigment.* Przyczyną tego według K. jest może miejscowe zaburzenie w krążeniu.

Do patogenezy zapalenia sympatycznego. Część II. (Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. Teil II). F. Deutschmann (Hamburg).

Tak w pierwszej, jak i w drugiej części swej pracy donosi autor o 19 doświadczeniach na zwierzętach (małpy, króliki), u których udało mu się przez zaszczepienie części oka ludzkiego (naczyniówka, n. wzrokowy, ciało szkliste) cierpiącego na zapalenie sympatyczne, wywołać zapalenie sympatyzujące oka pierwszego i następnie sympatyczne oka drugiego. Mikroskopowo prócz zmian zapalnych określonych w myśl Fuchsa, spostrzegął zawsze autor zmiany zapalne w zakresie puchewek n. wzrokowego i ograniczoną *meningitis* (tak w 1 jak w 2 oku).

Z 18 przypadków tylko w 2 *meningitis* ta dała powód do objawów ogólnych. Zmiany nerwu i opon dowodzą przenoszenia się zapalenia sympatycznego temi właśnie drogami.

Doświadczenia nad zapaleniem sympatycznym. (Experimentelles zur sympathischen Ophthalmie). R. KümmeI (Erlangen).

Autor wywoływał u królików zapalenie podobne bardzo do sympatycznego przez wywołanie miejscowej względnie ogólnej anafilaksyi. Ponieważ do wstrzykiwań krwi do ciała szklistego, względnie surowicy śródzylnej, za pomocą czego organizm został uczulony, użyty był materiał ściśle jałowy, doświadczenia te przemawiają za powstawaniem zapalenia sympatycznego na drodze niebakteryjnej, ale tylko dzięki rozpadowi białka.

O prawie odosobnionem zwyrodnieniu ganglion retinae. (Über eine nahezu isolierte Degeneration des Ganglion retinae). E. v. Hippel (Halle).

Gałka oczna wyluszczona była z powodu *carcinoma epibulb. conj. et corn.* Badanie drobnowidowe wykazało w siatkówce na około tarczy n. wzrokowego w średnicy 12–14 mm. odosobnione schorzenie zewnętrznych tylko warstw siatkówki; wewnętrzne warstwy i naczyniówka były prawidłowe. H. przypuszcza, bo chory nie mógł być z powodu raka wziernikowany, że przypadek ten należy do tego rodzaju, gdzie pomimo wyglądu prawidłowego wziernikiem dna oka, byłby ubytek w polu widzenia, badanie zaś dopiero anatomiczne wykryłoby tego przyczynę.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad
Polskiego Towarzystwa Okulistycznego Warszawskiego
za rok 1910.

Podał

Dr med. ANTONI PARADOWSKI.

Protokół ogólnego rocznego posiedzenia dnia 20 stycznia 1910 roku.

Obecnych 14-tu członków.

Sekretarz odczytuje sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1909-ym.

Z wyborów zaproszono do Zarządu Towarzystwa dotychczasowych członków. Przewodniczący: kol. Ziemiński; zastępca przewodniczącego: kol. B. R. Gepner; sekretarz-skarbnik kol. Endelman.

Komisya rewizyjna, sprawdzwszy rachunkowość Towarzystwa znalazła ją w porządku i spisała odpowiedni protokół.

Endelman pokazuje chorego, l. 18, dotkniętego obustronnem przewlekłym zapaleniem pozagałkowem nerwów wzrokowych (*Neuritis retrobulbaris*). Chory od 6 miesięcy zauważył osłabienie wzroku, stopniowo się wzmagające, które wreszcie zmusiło go do porzucenia zajęcia. Z zawodu jest t. zw. osmarowywaczem w warsztacie tkackim; zajęcie to, któremu zmuszony był się oddawać w ciągu 12—14 godzin na dobę, wymaga nieustannego wysiłku wzroku, gdyż taki robotnik musi stale mieć na uwadze przeszło setkę cieniutkich kolorowych włókienek. Poza tem żadnych szkodliwych czynników z wywiadów nie udało się ustalić. Przy pierwotnem badaniu stwierdzono: prawe oko $W=0,5$, lewe $W=0,4$; pole widzenia: środkowe ubytki bezwzględne na kolor biały i na inne barwy. Wziernik wykazuje wyraźną bladość skroniowych odcińków tarcz n. wzrokowych. Badanie narządów wewnętrznych i neurologiczne nie wykazało żadnych zбочeń.

Po 12 zastrzyknięciach podskórnych strychniny w okolicy skroniowej bystrość wzroku obecnie wynosi:

Pr. oko = 0,8; lewe = 1,0 (prawie); niema ubytków środkowych. Ten przypadek powinien interesować, gdyż tu brak ustalonych już w piśmiennictwie czynników etyologicznych w powstawaniu pozagałkowego zapalenia n. wzrok., jako to zatrucie prze-

wlekłe wysokiem, nikotyną i t. p. Jeśli schorzenie n. wzr. położyć na karb zajęcia chorego, świadczył by ten przypadek za teorią Edingera (t. zw. Abnutzungs-Theorie), która dowodzi, że pęczki nerwowe narażone na pracę zbyt wytężoną mają się wyczerpywać szybciej.

B. R. e p n e r w imieniu komitetu organizacyjnego przyszłej wystawy Towarzystwa Hygieny Praktycznej im. Prusa zaprasza Towarzystwo do czynnego w niej udziału. Godłem wystawy jest walka z brudem.

Protokół posiedzenia d. 17 lutego 1910 r.

Obecnych 18 tu członków.

B. R. G e p n e r pokazuje chorego z wiosennym nieżytem spojówki Osobliwością tego przypadku jest:

- 1) powstanie cierpienia w dość późnym wieku (chory ma lat 26), obecnie po raz pierwszy jest chory na ten nieżyt;
- 2) brak wszelkich zmian na rąbku rogówki przy zupełnie znamiennej obrazie na spojówce tarczki.

W dalszym ciągu dyskusji nad referatem kol. Mutermilcha z grudnia 1909 roku zabiera głos Kamocki. Zdaniem jego pogląd M-a na istotę jaglicy w rzeczywistości niczem się nie różni od zapatrywań obecnie panujących w okulistyce.

Oryginalny jest pogląd M-a na łuszczkę jagliczą, lecz trudno z referentem się zgodzić, gdyż fakty anatomiczne i kliniczne zaprzeczają twierdzeniu M-a, że łuszczka powstaje jedynie skutkiem utraty nabłonka spojówki i że jest zjawiskiem wtórnem. Preparaty K-go (demonstrowane na posiedzeniu) niezbitnie świadczą, że jeśli nie we wszystkich przypadkach, to bardzo często, zwłaszcza w przypadkach t. zw. *pannus crassus*, zmiany w rogówce mają zupełną analogię ze zmianami w spojówce i są sprawą swoistą. Jeśli nie zawsze można stwierdzić tworzenia się ziaren w rogówce, zależy to wyłącznie od odmiennej anatomicznej budowy rogówki (wielowarstwowy nabłonek, brak tkanki adenoidalnej). K. polemizuje z poglądem M-a, co do nieswoistości jaglicy z jego mniemaniem, że każda postać ostrego zapalenia spojówki w odpowiednich warunkach (brak zupełny lub niedostateczność leczenia, niezachowanie zasadniczych wymagań higieny ciała w ogólności, a oczu w szczególności i t. d.) przejść może w stan przewlekły, czyli jaglicę. Aczkolwiek w praktyce nie często spotykamy ostre granulacye, jednak K. zna parę przypadków niewątpliwych, gdzie u osób najzupełniej zdrowych nadzwyczaj szybko wystąpił obraz kliniczny rozwiniętej jaglicy, a cały następny przebieg również przemawiał

za tem. Nie może się również zgodzić K. ze zdaniem M-a, że jaglica nie jest zaraźliwa jako taka i że od chorego na jaglicę można się tylko zarazić ostrem zapaleniem spojówki. Ujemny wynik przenoszenia wydzieliny chorego na jaglicę lub zawartości ziaren jagliczych do zdrowego worka spojówki nie przekonywa o niezaraźliwości jaglicy, gdyż podobny sposób zakażenia daje wyniki również ujemne przy wielu innych chorobach niewątpliwie zakaźnych. Zgadza się z M-em, że od chorego na jaglicę można zarazić się zwykłym ostrem zapaleniem spojówki, lecz zależy to od t. zw. infekcyi mieszanej, którą bardzo często spotykamy u chorych na jaglicę. Streszczając poglądy M-a, zawarte w jego pracy, K. jest zdania, że autor nie posunął naprzód naszych wiadomości o jaglicy i nie wyświetlił zagadnień oczywiście jeszcze niezupełnie jasnych w tej dziedzinie, zwłaszcza dotyczących etyologii jaglicy.

Lorentowicz, jako gość, zabiera głos dla sprostowania niektórych niedokładności z dziedziny ginekologii, zawartych w pracach M-a. Zdaniem L-a Mutermilch mylnie mniema, że błony śluzowe, pokryte wielowarstwowym nabłonkiem, nie mogą być siedliskiem zapaleń przewlekłych. Na dowód przytacza szereg zapaleń błony śluzowej pochwy, lak *colpitis adhaesiva*, *colpitis catarrhalis granulosa*, które z punktu widzenia anatomo-patologicznego stanowią typowy przypadek zapalenia przewlekłego. Również jako ginekolog, obeznany z badaniem tkanek, musi zaprotestować przeciwko twierdzeniu M-a, że t. zw. *psoriaris uteri*, czyli zmiana nabłonka macicy na skórzasty, jako skutek przewlekłego zapalenia słuźówki, jest zjawiskiem częstym. W piśmiennictwie ginekologicznem ostatniej doby ta nazwa prawie nie jest uwzględniona, gdyż ściśle badania anatomiczne wykazały bezpodstawność zachowania tej jednostki chorobnej.

Mutermilch w odpowiedzi Kamockiemu zaznacza, że jego pogląd na istotę jaglicy jest odmienny od poglądu większości badaczy, gdyż dotąd jeszcze follikuł stanowi dla wielu integralną część obrazu klinicznego jaglicy, gdy dla niego grudki (follikuły) nie mają w sobie nic patognomonicznego dla jaglicy. Jego pogląd na łuszczkę jagliczą ugruntowany na badaniu wielu przypadków jaglicy pod względem histologicznym, również nie był dotychczas przez nikogo wypowiedziany, a że jest słuszny, każdy może się przekonać, kto zbada drobnowidzem spojówkę w przypadku jaglicy powikłanym przez łuszczkę. Nie może się zgodzić z poglądem na jaglicę, jako na postać chorobną swoistą, gdyż zna wiele przypadków ropotoku spojówki (tryprowego) u dzieci i noworodków, które spostrzegł od chwili powstania choroby, a które w następstwie da-

wały klasyczny obraz rozwiniętej jaglicy, więc znamienne blizny spojówki, podwinięcie rzęs, skrzywienie tarczki, łuszczkę itd.

Protokół posiedzenia d. 17 marca 1910 r.

Obecnych 15-u członków.

Przewodniczący odczytuje list prof. Wicherkiewicza, zapraszający Towarzystwo do udziału w zamierzonym zjeździe okulistów polskich w Krakowie w lipcu r. b.

Endelman przedstawia chorą po przebytej *embolia arteriae centralis retinae* jednego oka. Chora, lat 20, ma od paru lat wadę serca po przebytych reumatyzmie.

Przed dwoma laty — niedowład lewych kończyn z utratą mowy (*Embolia art. fossae Sylvii*). Wkrótce nastąpiła zupełna poprawa. Przed czterema niespełna tygodniami chora po przebudzeniu się zrana spostrzegła, że utraciła zupełnie wzrok w oku prawem. Jednocześnie wystąpił obrzęk powiek tego oka i dotkliwy ból gałki, zwłaszcza na lekki choćby ucisk. Przy pierwszym badaniu, w 48 godzin po ociemnieniu, stan oka był następujący: obrzęk powiek, nieco przechodzący na czoło i policzek, spojówka gałki obrzękła, z przymkniętej szczeliny powiekowej wystaje wał spojówki. Żrenica rozszerzona, na światło nie oddziaływa. Ruchy gałki zniesione we wszystkich kierunkach, gałka nieco wysadzona ku przodowi i nazewnątrz, pozostała pewna ruchomość nazewnątrz, ale przy tym ruchu chora odczuwa silny ból. Ucisk na gałkę nadzwyczaj bolesny. Poczucia światła niema. Wziernik wykazuje znamienne obraz zatoru tętnicy środkowej i tętnice nitkowate, okolica tarczy na znacznym obszarze zbielała, w plamce żółtej plama ciemno-czerwona. Prócz zupełnego przerwania krwioobiegu w tętnicach, w żyłach na tarczy w wielu miejscach widać zatamowanie krążenia, gdyż światło naczyń w wielu miejscach jest wypełnione przerywanymi słupkami krwi. Ten obraz można najlepiej porównać z przerywanymi słupkami rtęci w zepsutym termometrze.

W przebiegu choroby obrzęk skóry, wysadzenie gałki i bolesność szybko znikły, ruchy gałki wróciły do stanu prawidłowego, pozostała ślepotą. Obecnie obraz wziernikowy zmienił się o tyle, że zaćmienie części siatkówki, przyległej do tarczy, ustąpiło miejsca zmianom wstecznym w postaci nieprawidłowo rozsianych mniejszych i większych grudek barwnika, przypominających zmiany, które zachodzą w siatkówce przy *retinitis pigmentosa*. Tętnice są widoczne, aczkolwiek wąskie, w nich zmiany, jakie napotykamy przy *endo- i peri-arteriitis*, w żyłach w niektórych miejscach wi-

dać jeszcze słupki krwi, przerywane przestrzeniami niewypełnionymi krwią.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: powikłanie *emboliae arteriae centralis* sprawą zakrzepową w naczyniach oczodołu, co wywołało wysadzenie i unieruchomienie gałki, bóle i obrzęk powiek, powtóre, z tego względu, że świadczy dowodnie, jak szybko wytwarzają się zmiany wsteczne w siatkówce, pozbawionej zwykłego dopływu krwi.

Endelman odczytuje referat: »Leczenie cierpień dróg nosowołzowych za pomocą drenowania stałego (metoda Kostera)«. Ogłoszono w »Medycynie i Kronice Lekarskiej« 1910 r. Pokazuje dwie chore, leczone metodą Kostera z wynikiem bardzo zachęcającym do dalszych prób w tym kierunku. Na trzeciej chorej E. pokazuje sposób wprowadzenia nitki jedwabnej przez dolny przewódzik łzowy i przewód nosołzowy do nosa.

Protokół posiedzenia d. 21 kwietnia 1910 r.

Obecnych 18 członków.

Ziemiński pokazuje chorą, której usunięto wągra z pod siatkówki w okolicy plamki żółtej.

Bychowski zabiera głos: »W sprawie nierówności źrenic«. Było ogłoszone w Postępie Okulistycznym. (1910, N. 10 i 11).

W dyskusji zaznacza Ziemiński:

W pewnym przypadku wybitnej nierówności źrenic, dla której nie mógł znaleźć wytłomaczenia w warunkach miejscowych oka, B y c h o w s k i, do którego Z. skierował chorego, odnalazł stare blizny na szyi po sprawie zapalnej w gruczołach, najprawdopodobniej gruźliczego pochodzenia.

Endelman zwraca uwagę, że nierówność źrenic niewątpliwie zależy może jedynie od rozmaitej budowy obu gałek, że różnomierność oczu (*anisometropia*) stosunkowo często może być przyczyną nierówności źrenic.

Dlatego też nierówności źrenic nie należy przypisywać szerszego znaczenia rozpoznawczego przy dobrze zachowanej czynności odruchowej.

B. R. Gepner widywał przypadki nierówności źrenic w oczach z dawnymi zmianami w siatkówce lub naczyniówce. Na zasadzie własnego doświadczenia przypisuje wielkie znaczenie niekształtnieniu przy nierówności źrenic dla rozpoznania przymiotu mózgu.

Wulffson również jest zdania, że nierówność źrenic zdarzać się może na gruncie anisotropii.

Bychowski w odpowiedzi oponentom zaznacza, że nie odrzuca embryogenetycznej nierówności źrenic, zależnej od rozmaitej budowy gałek, pragnął jedynie swoim odczytem zwrócić baczniejszą uwagę na różne możliwości, jakie wpływać mogą na nierównomierność źrenic i pobudzić do badań dokładnych w tym kierunku.

Protokół posiedzenia d. 19 maja 1910 r.

Obecnych 14 członków.

Endelman przedstawia chorą 12-tetnią z *ophthalmoplegia interna et paralysis convergentiae*. Chora jako 6-o miesięczne dziecko przechodziła jakąś ciężką, bliżej nie dającą się określić, chorobę mózgową. Dziecko rozwija się słabo pod względem umysłowym; matka nie zauważyła u dziecka zaburzeń ze strony układu nerwowego. Badanie oczu wykazuje: źrenice kształtu prostokątów z zaokrąglonymi kątami, prawa nieco szersza, zupełna nieruchomość źrenic na wszelkie bodźce.

W. pr. o. (cyl. \pm 30 D \dagger) = 0.4; W. l. o. (cyl. \pm 20 D \dagger) = 0.4 - 0.5. Czyta druk Weckera N. 3 tylko w odległości 17 cm.; zbliżenie, choćby najnieznaczniejsze, pozbawia chorą możliwości czytania. Ruchy skojarzone gałek zachowane we wszystkich kierunkach, natomiast brak zupełny ruchów zbieżnych. Przy badaniu szklami barwnymi niekiedy i chwilowo występują skrzyżowane obrazy podwójne przy nieznacznej odległości, zwykle, jednak chora dwojenia nie doznaje.

Matusewiczówna przedstawia chorego z wrodzonym guzem nagałkowym. W związku z opisem tego przypadku podaje krótki rys dotychczasowych wiadomości w tej sprawie. W przypadku pokazanym umiejscowienie, zewnętrzny wygląd i inne cechy pozwalają przypuszczać, że chodzi tu o *lipodermoid* lub *teratoid* gałki. W dyskusji tyczącej się po części pochodzenia, a głównie sposobu operowania narośli nagałkowych, zabierają głos: Ziemiński, Gepner (syn), Endelman i Wulffson.

Protokół posiedzenia d. 20 października 1910 r.

Obecnych 17 członków.

Kopczyński przedstawia chorą, wyleczoną z ostrego wodogłowia wewnętrznego przez trepanację paliatywną. Rozpatrując istotę tego przypadku, mowca podkreśla szereg wybitnych punktów:

1o. zaznacza związek zniekształtnienia czaszki (*exycephalia*) z zanikiem nerwów ocznych. Związek ten podkreślają lekarze,

którzy badali ociemniałych w zakładach specjalnych. Do 15% ślepych od urodzenia lub ociemniałych w pierwszych latach dzieciństwa wykazuje ostrogłowie (Turmschädel) z wytrzeszczem, zezem, ślepotą, utratą powonienia, zwykle z zachowaną inteligencją. Zapewne chodzi tu o *meningitis* na tle krzywicy, obarczenia neuropatycznego lub innych przyczyn.

Stopniowe nagromadzenie się płynu w komorach mózgowych, drażniące kości czaszki, wywołało przedwczesne skostnienie szwów, stożkowatość czaszki, a ciśnienie wzmożone wewnątrzczaszkowe, nie mogąc się wyładować ku górze, zwróciło się ku dołowi i przez ucisk spowodowało zanik nerwów wzrokowych i węchowych.

Jeżeli już w dziecięctwie nastąpił zanik nerwów wzrokowych, to takie osobniki z czasem ulegają zapaleniu komór mózgowych i ślepną, co też zaszło u przedstawionej chorej.

2o. Mówca zwraca uwagę na objawy psychiczne, powstałe u chorej tuż po wystąpieniu ślepoty: dezorientacja, patologiczna wesołość, halucynacje wzrokowe.

Wprawdzie samo wzmożenie ciśnienia wystarcza do powstania u chorego psychoz (np. psychozy przy nowotworach mózgu), tu jednak powstanie zaburzeń psychicznych bezpośrednio po oślepieniu świadczy o związku genetycznym pomiędzy temi sprawami, fakt notowany przez klinicystów, przyczem chorzy nie zdają sobie sprawy z istniejącej u nich ślepoty lub twierdzą, jak nasza chora, że widzą.

3o. Mówca podkreśla ważność stosowania zabiegu operacyjnego w podobnych przypadkach, kiedy ciśnienie wewnątrzczaszkowe wzrasta, a choremu grozi ślepotą. Jaskrawem świadectwem tego jest przedstawiona chora, której trepanacja paliatywna po dwóch tygodniach zupełnej ślepoty przywróciła wzrok częściowo choć na prawem oku, a dokonana wcześniej zapewne przywróciłaby i na lewym.

Mówca rozszerza swe wskazania do trepanacji paliatywnej i zaleca dokonywanie jej we wszystkich przypadkach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, tem bardziej, że nigdy nie jesteśmy bezwzględnie pewni, czy chodzi o nowotwór mózgu, czy o sprawę, symulującą nowotwór (*pseudotumor Nonnego*, ostry obrzęk mózgu Reinharda, *meningitis serosa*). Nawet w pierwszym przypadku zabezpieczenie chorego od ślepoty choć na parę miesięcy przed śmiercią stanowi wskazanie do zabiegu, w drugim zaś gwałtowne objawy często same ustępują, a powstaje po przebytej chorobie kalectwo-ślepotą, o ile się temu zawczasu nie zapobiegło na drodze trepanacji paliatywnej.

Protokół posiedzenia d. 17 listopada 1910 r.

Obecnych 17 członków.

B. R. Gepner przedstawia chorego po urazie ocznym. Mężczyzna 48-letni uległ uderzeniu młotem w okolicę oka lewego: nastąpił silny ból, krwotok z oka i nosa, puchlina powiek, a wzrok odrazu osłabł. W kilka dni potem wymioty i pogorszenie stanu oka. 9-go dnia w ambulatoryum Instytutu stwierdzono obrzęk powiek, wysadzenie i unieruchomienie gałki, błądź tarczy nerwu wzrokowego. Rozpoznano krwotok oczodołu.

G. widział chorego na 11-ty dzień: skóra powiek wysadzonych przez gałkę, napięta, czerwona, gorąca, okolica kości twarzowych bolesna; rozsnać powiek nie można; bardzo silne bóle, stan gorączkowy. Chory przybył do Instytutu Oftal. dopiero w 3 dni potem z ropniem dolnej powieki już samoistnie otwartym. Po paru dniach można było rozchylić powieki; gałka okazała się mocno wysadzoną, zupełnie nieruchomą, nieznacznie tylko przekrwioną; wybroczyn podłącznicowych nie było; u wewnętrznego kąta powiek niewielki obrzęk łącznicy. Źrenica średnio szeroka, nieruchoma; tarcza nerwu biała, naczynia tętnicze cienkie, ledwie widoczne, żyłne niewiele rozszerzone; liczne wybroczyny w siatkówce; pęknięcia naczyńki nie ma. W. = O.

Po miesiącu trzeszcz gałki minął, ruchy jej powróciły do normy. Tarcze nerwu wzrokowego, stosunki naczyniowe jak wyżej. G. zastanawia się nad tem, jak powstały opisane objawy i czy należy je przypisać samemu krwotokowi, wywołanemu przez uderzenie z jednoczesnem, być może, pęknięciem ścian oczodołu, czy też następczemu ograniczonemu zapaleniu tkanki oczodołowej, składając się do pierwszego przypuszczenia.

B. R. Gepner pokazuje rentgenogram z przypadku postrzału śrutem obu oczów; w obu gałkach widać cienie śrucin. W każdym oku było po jednej ranie na granicy rogówki i twardówki, symetrycznie u zewnętrznych końców południka poziomego. W oku lewym odrazu nastąpiło całkowite odklejenie siatkówki. W oku prawym tęczówka od strony zewnętrznej była na przestrzeni $\frac{1}{4}$ obwodu oderwana. Soczewki w obu oczach nie uszkodzone. Na dzień w miejscu, przeciwnielem ranie, wybroczyna na siatkówce od wewnątrz i dołu ograniczone oderwanie siatkówki.

Po wessaniu się wylewów do ciała szklistego bystrość widzenia wynosiła 0.25, stopniowo jednak w miejscu wybroczyny na siatkówce powstała szaro-biała plama i widać było taśmowaty męt, idący od tej plamy ku dołowi i wewnątrz w kierunku oderwanej siatkówki. Wzrok zaczął słabnąć, oderwanie siatkówki rozszerzało się coraz dalej.

Chory (13-letni chłopiec) wyszedł z Instytutu, licząc obwodowo palce na 3 metry.

B. R. Gepner przestawił chorego, któremu usunął lipodermoid gałki, przedstawiony na jednym z poprzednich posiedzeń. Wynik kosmetyczny zadawalniający.

B. R. Gepner pokazał kawałek żelaza wagi 22 mlgr., wydobyty elektromagnesem Hirschberga przez cięcie w twardówce. W dwa tygodnie po operacji — bystrość widzenia = 0,25. Wybroczyny do ciała szklistego.

Endelman pokazuje 3 chorych:

1) Chłopca, lat 15, na jednym z zeszlórocznych posiedzeń już przedstawionego z wiosennym nieżytem spojówek.

Po 8-io miesięcznym, obojętnym leczeniu, spojówka lewego oka odzyskała wygląd prawidłowy, natomiastna spojówce tarczki górnej prawego oka powstały twory wydłużone w kształcie brodawek o barwie mleczno-różowej.

2) Chorą, lat 30, z silnie rozwiniętą gruźlicą płuc z iridocyclitis obu oczu, ślepotą lewego oka i zarośnięciem prawej źrenicy. W ciągu 2 lat dokonano na oku prawem 2-ch irydektomii i 2-ch irydotomii; zwykle po każdej operacji siła widzenia się polepsza, lecz po pewnym czasie następuje zaostrenie sprawy zapalnej i zarośnięcie sztucznie wytworzonej źrenicy. Obecnie wobec dobrego poczucia światła i prawidłowego rzutowania, a zupełnej bezskuteczności wszelkich zabiegów operacyjnych, E. ma zamiar poddać chorą leczeniu zastrzykiwaniami podskórnymi tuberkuliny Kocha.

3. Chorą, lat 29, dotkniętą odklejeniem siatkówki, które przy leczeniu t. zw. pokojowem (»friedliche Behandlung«), polegającym na leżeniu w łóżku, lekkiej opasce, KJ i kuracji napotnej uległo znacznej poprawie i przedmiotowo i podmiotowo. Bystrość widzenia dawniej = ruchy ręki przed okiem, obecnie wynosi niespełna 0,1, a wziernik wykazuje, że siatkówka przykleiła się w miejscach, gdzie przedtem było dość znaczne odklejenie.

Br. Ziemiński odczytuje pracę p. t.: »Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków, łamiących światło«.

IV. ROZMAITOŚCI.

Śmiertelność w przypadkach retinitis albuminurica.

Doświadczenie powszechne stwierdza, że pojawienie się zmian

w siatkówce w przebiegu choroby Brighta należy uważać za *signum pessimi ominis quoad vitam*. W ostatnim listopadowym zeszyte „Journal Médical Français» podaje Brunetière zestawienie cyfrowe dwunastu wykazów statystycznych z prac różnych autorów, odnoszących się do tego przedmiotu. Cyfry te są aż nadto wymowne i potwierdzają w zupełności rolę *retinitis albuminurica* jako zwiastuna rychłej śmierci. W liczbie 933 przypadków *retinitis albuminurica* stwierdzono zejście śmiertelne choroby Brighta w 709 przypadkach (79·1%). Z tego w pierwszym roku po wystąpieniu zmian w siatkówce zmarło 59·2%, w drugim roku 18%, a w latach następnych 2·6%. Brunetière przypuszcza, że cyfry te leżą jeszcze poniżej rzeczywistości, bo wszyscy autorowie, których sprawozdania objął powyższem zbiorowem zestawieniem przyznają, że pewną liczbę chorych stracili z oczu i nie mogli potem o nich zasięgnąć żadnych wiadomości. Niewątpliwie i w tej kategorii chorych śmierć zebrała jeszcze plon obfity.

K. W. M.

Już Nettleship, Hirschberg i inni zwracali uwagę na złowrogie przewidywanie, powstające dla życia chorego z chwilą, gdy objawia się *retinitis albuminurica*.

Sam przed laty ciekawe zrobiłem spostrzeżenie, wykazujące, że chorzy o stanie swym nie mieli wyobrażenia, a dopiero przypadkowy przeze mnie stwierdzony obraz wziernikowy dał powód do zwrócenia im uwagi na poważny stan zdrowia. Chodziło o dwóch braci, z których jeden był lekarzem, cierpiących na bóle głowy. Pacjent-lekarz odnosił je do wadliwego stanu oczu, przeciw któremu miałem mu szkła przepisać. Śmierć obu braci, mimo podjętego starannego leczenia, nastąpiła, po rozpoznaniu stanu nerkowego z oczu, w przeciągu trzech miesięcy.

Wicherkiewicz.

Z oftalmologii porównawczej. Stargardt miał sposobność stwierdzić u małpy w rodzaju *Macacus Rhesus* dość znaczną myopię na jednym oku 5,°D, na drugim 5,5 D. Pozatem oczy były zupełnie prawidłowe: Krzywizna rogówki, przednia komora, soczewka nie okazywała żadnych zmian. Była to krótkowzroczność osiowa *mp. axialis*, oś przednio-tylna 21 mm, oś poprzeczna 18 mm.

K. W. M.

Towarzystwo opieki nad ociemniałymi zawiązało się w Warszawie. Wobec tego, że w Królestwie samem naliczono aż 7 tysięcy ociemniałych akcyja, jaką rozpoczęli założyciele tego to-

warzystwa — Róża hr. Czacka, Wanda hr. Krasińska, Antoni Górski, Bolesław Gepner, Aleksander Jackowski i Stanisław Bukowiecki — jest bardzo na czasie, a nowo powstałemu towarzystwu życzymy z całego serca, by się rozwijało dla ulżenia losu pozbawionych najcenniejszego zmysłu.

W.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W chwili zamknięcia numeru dowiadujemy się o śmierci nagłej z udaru sercowego prof. Adama Szulisławskiego, naszego długoletniego współpracownika na polu praktyki okulistycznej i literackiej.

Bliższe szczegóły z życia ś. p. prof. Szulisławskiego podamy w następnym numerze.

W.

VI. OD REDAKCYI.

O bezpłatnem wysyłaniu P. O. jako też o wymianie z innymi czasopismami decyduje nie **Administracya** lecz **Redakcyja**, do której z odnośnemi wnioskami prosimy się zwracać.