

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Sierpień,
Wrzesień.

—*— ROCZNIK TRZYNASTY. —*—

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Wągr wśródgalkowy i jego zwalczanie.

(Krytyczne uwagi oparte na własnem doświadczeniu).

Skreślił

Prof. BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(Dwa rysunki).

O tym pasożycie zagnieżdżającym się niezbyt rzadko w oku, choć często w sposób dla nas na razie niedostrzegalny, pisano wprawdzie już niemało, ale nie wyczerpano przedmiotu. Każdy zresztą przypadek zawiera coś dla nas niezwykłego, a zarazem doświadczenie nabyte przez jednych winno stać się wskazówką dla przyszłych spostrzegaczy, a zwłaszcza operatorów — czy to w kierunku dodatnim, czy ujemnym, to znaczy, czego unikać, a co naśladować wypada.

Z tych to względów postanowiłem podzielić się z czytelnikami uwagami nasuwającymi się co do przypadków przedewszystkiem przezemnie w ostatnich latach spestrzeganych, względnie operowanych, tem bardziej, iż one same przez się nie są pozbawione pewnych odrębności.

Dnia 10 stycznia 1903 przybył do mnie po radę p. Wiktor P. lat 26, podając, iż od pierwszej klasy realnej ma krótki ale przy tem dobry wzrok, tak samo jak jego rodzice. Dopiero od lipca 1902 r. zauważył, że linia widziana lewem okiem przedstawia się przerwana. Udał się do jednego z okulistów miejscowych, który stwierdził odczepienie siatkówki i leczył chorego 3 miesiące bezskutecznie, dopiero potem podejrzywał węża, którego obecność potwierdził prof. Fuchs we Wiedniu w grudniu 1902, o czem chory dopiero później, gdy sam stawidem rozpoznanie, wspomnieć mi uważał za właściwe. L. Tn. W. l. = 1 m bokiem.

W miarę dłuższej obserwacji węża zmienia się i obraz kliniczny, a rozpoznanie staje się utrudnionem z powodu zaćmień ciała szklanego. Tak też było z moim chorym, u którego sam również zrazu wiele nie widziałem. Dla dokładnego zbadania jednak atropinowałem oko i znalazłem dnia 12 stycznia co następuje: W ciałku szklanym siatka zmętnień, wśród których silniejsze, ruchome dno oka więcej zasłaniające. Tarcza wzrokowa bardzo niewyraźnie się przedstawia, otoczona białymi plamami nie ściśle określonymi. Od tarczy począwszy siatkówka ku przodowi wysunięta, ku górze lejkowato rozszerzając się stromo przechodzi na wyniosłość pęcherzykową pigmentem obrąbioną. Najwięcej zaś tych pigmentowych plam na samym trudno dostrzegalnym obwodzie. Lejkowate wzniesienie siatkówki ma mniej więcej szerokość odpowiadającą szerokości tarczy, długość zaś od brzegu tarczy aż do początku właściwego pęcherza wynosi dwie szerokości tarczy. Na lejkowatym odczepieniu siatkówki rozgałęzia się *art. temp. sup.*, gdy *inferior* okrąża pęcherz od dołu, a jedna jej odnoga kończy się wybroczyną. Pęcherz dobrze napięty sterczy silnie ku wnętrzu gałki, co nie tylko z zagiętych poznać można naczyń, ale więcej jeszcze oznaczając refrakcyę,

Badania te jednak często powtarzane nie dawały wyników jednostajnych z powodów, o których zaraz wspomnę.

I tak na tarczy samej stwierdziłem myopię około 6 D., na lejku pomiędzy tarczą a pęcherzem około 3 D., najsilniejsza

refrakcja na pęcherzu samym i to + 6, dolna granica wykazuje — 4 do 5. Górno-zewnętrzna zaś granica ustawicznie zmienia się tak, że tutaj prawie niepodobna refrakcyi oznaczyć z powodu ruchu pęcherza zasłaniającego często białą plamę naczyńiówkową, w obwodzie się znajdującą. Później udało mi się dostrzedz obwodowe naczynie prawdopodobnie ciliarne, które na tę plamkę wznosi się i na pęcherz i dichotomicznie dzieląc się biegnie w stronę tarczy. Na rysunku nie jest to uwydatnionem, bo rysownik nie umiał tego dostrzedz. Gdy następnego dnia znowu chorego badałem zapuściwszy mu skopolaminę, przekonałem się, że oznaczenia refrakcyi z poczynionemi dnia poprzedniego nie zgadzały się ściśle, ale nawet tegoż dnia po półgodzinnej przerwie znowu do innych dochodziłem wyników. Badając długo, gdy chory oko mocno ku górze zewnątrz zwracał dostrzegłem, że nagle ścianą pęcherza zwraca się więcej ku przodowi, przy czem ową białą na połowie prawie wyniosłości często i w górnej części uwydatniającą się plamę przypominającą *scolex* nagle przekręca się ku tarczy, to znowu ku tyłowi, ginąc na chwilę dla oka badającego.

Przy ruchach częstych wahadłowych główki i szyjki z przodu ku tyłowi zdaje się pęcherz przesuwac się ku górze, co powoduje spłaszczenie dolnej części. Powstaje więc wrażenie, że pęcherz węgą tkwi w podsiatkówkowem przestworze powstałym przez przesuwanie się węgą, który może przy tarczy wzrokowej rozpoczął swoją pielgrzymkę, za czem przemawiają zmiany w otoczeniu tarczy znajdujące się, a okrążywszy tarczę począł dalej swą pielgrzymkę pod siatkówką ku górze na zewnątrz.

Badając ponownie, zapisałem dnia 21 stycznia co następuje: odczepienie siatkówki rozpoczyna się wewnątrz górą przy tarczy, której naczynia są nieco rozdęte. Po przez siatkówkę przy tarczy widnieje zanikła naczyńiówka, której naczynia zdają się być rozszerzone. Dalej wynosi się wrażenie, jakoby w pęcherzu ściśle ograniczonym siatkówkowym znajdował się w górno-zewnętrznej części drugi pokryty więcej naczyniami naczyńiówki, przebijający tą swą plamą białą zmie-

niającą często swe położenie przez odczepioną siatkówkę. Refrakcja na siatkówce samej, a także na ścianie pęcherza za nią leżącego w miejscu owej szyjki jest różną, z czego wnosić można, że pomiędzy siatkówką a właściwym pęcherzem istnieje warstwa płynu.

Uwzględnivszy wszystkie te okoliczności i wynik badania wzornikowego, zniewolony byłem oczywiście przyjąć obecność węgry i to w zewętrznogórny kwadrancie, blisko równika.

Zachodziłoby pytanie uprawnione, czy siedziba pąsożyty znajduje się poza siatkówką czy też poza naczyńiówką? O siedlisku ostatniem autorzy nie wspominają zazwyczaj nic, a jednak, jak się później przekonałem z przebiegu operacyjnego jako też w innych przypadkach, gdzie węgry po przecięciu twardówki wydobył się w pęcherzu, sądziłoby wypadało, że tylko mógł on pozostawać poza naczyńiówką lub pomiędzy jej warstwami. W każdym razie owa zmiana refrakcyi powyżej zaznaczona pomiędzy ścianą siatkówki odczepionej a ścianą pęcherza przemawiałyby za tem, iż węgry siedział za naczyńiówką, a siatkówka w części była odczepiona następowo. Może i dopuszczalnem byłoby przypuszczenie, iż naczyńiówka w znacznej części zanikła w miejscu rozgoszczenia się pąsożyty, a od twardówki oddzielała ją tylko cienka błonka, pozostałość naczyńiówki, jak to później po opisie operacyi wykażemy. Oznaczvwszy więc przez ponowne długie badanie siedlisko pąsożyty przystąpiłem dnia 29. I. do operacyi, którą w obecności asystentów wszystkich i kilku innych lekarzy wykonałem w następujący sposób:

Raz jeszcze bezpośrednio przed operacyą zorientowavszy się co do południka, w którym węgry mógł się znajdować, a był nim poł. 45 temp., i co do miejsca położenia w stosunku do tarczy, doszedłem do przekonania, że dostęp znajdę mniej więcej tuż za równikiem w części zewętrznogórnej. Ostatnie naznaczywszy sobie pyoktaniną na spojówce zapuściłem kokainę 3% do worka spojówkowego, rozciąłem tkankę podspojówkową w kierunku południka na 10—12 mm, a ostrymi ha-

ciągać, sam dalej rozcinając błonę Tenona w rozciągłości około 8 mm, a potem wkłuwszy ostry haczyk dalej ku tylnemu biegunowi, a drugi w twardówkę obok zewn. wargi spojówkowej i oddawszy go asystentowi, gałkę więcej jeszcze przesunąłem ku dołowi i ostrożnie nożykiem Graefoskim prowadziłem cięcie południkowe przez twardówkę. Niebawem pokazał się w ranie pęcherz blado szary; teraz przedłużyłem jeszcze ku przodowi cięcie na 3 mm, a oto po odpłynięciu nieznacznej ilości cieczy żółtej, ale bez najmniejszego ubytku ciała szklatego krwi lub jakiegokolwiek płynu odrazu wążr wyskoczył. Wydobyszy z twardówki haczyki związałem w węzeł nitkę poprzednio przeprowadzoną przez brzegi rany spojówkowej i dodałem jeszcze trzy szwy jedwabne.

Chory nie odczuwał bólu podczas operacji, która ze wszystkim nie dłużej trwała nad 3—4 minut. Zaznaczam, że w przedniej komorze nie pokazała się krew. Założono opaskę lekko uciskową papierową po włożeniu maści ichtyolowej do worka spojówkowego. Zachodzi pytanie, czem mógł być pęcherz po przecięciu twardówki w ranę wciskający się? była li to naczyniówka, czy siatkówka?

Wobec tego, że prawie ani kropeleczka nie odpłynęła krwi łatwo przypuścić, że wążr usadowił się między twardówką a naczyniówką. Gdy jednak przy wzniernikowaniu zbyt wyraźnie można było części pasożyta rozpoznawać i odczepioną siatkówkę przed nim wyróżnić, wypada chyba przypuszczać, iż wążr siedział podsiatkówkowo, a to co się po cięciu twardówki prezentowało była może zanikła naczyniówka z której pozostała tylko nieznaczna warstwa tkanki łącznej. Ona to dawała wygląd szary wychylającemu się pęcherzowi, tenże mógł po jej pęknięciu swobodnie opuścić swą kryjówkę wraz z wążrem. Brak krwawienia tłumaczy właśnie zanik zupełny naczyni w odnośnej części naczyniówki, co zresztą późniejszy obraz wzniernikowy potwierdził.

Przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy. Chory najmniejszych nie doznawał przykrych objawów. Ranka spojów-

kowa i twardówka zagoiły się gładko. Po kilku dniach wyjęto szwy, a szczegółowemu badaniu poddano chorego.

10. II. oko bez najmniejszego podrażnienia. V lo: palce bokiem na 2 m.

Chory doznawał wrażeń następujących: Gdy zamknie powieki widzi w środku pola widzenia plamę jasną świetlną 2 cm o ostrych konturach — czasami drobne punkciki znikające na tej plamie większe i mniejsze, każdy okrążony jaskrawą obwódką. Gdy oko otworzy, widzi plamę czarną odpowiadającą wielkością i postacią plamie widzianej przy zamkniętem oku. Wziernikiem stwierdzam, że zaćmienie c. szklistego stało się słabsze; tarcz, której granic nie było można absolutnie dopatrzyć się, już wyraźniej się znaczy, otoczona garbcem dość szeroko zachodzącym ku żółtej plamie. Ostatnia wśród białawych plam nie bardzo ściśle określonych ginie zupełnie. Cała dawniejsza przestrzeń zajęta przez odczepioną czy obrzękłą siatkówkę, a wyżej przez pęcherz wągra przedstawia tło szaro żółte plamiste, miejscami obrąbane pigmentowymi plamkami, przez płaszczyznę tę przebiegają naczynia siatkówkowe mało zmienione, a najwyższe wypuklenie odpowiadające miejscu, gdzie wypuklenie wynosiło około 6 D., obecnie wynosi tylko najwyżej 1 diopt. Dalej ku obwodowi już tylko 0.5. Granica miejsca, gdzie pęcherz wągra uwydatniał się, okazuje lekkie złogi pigm., a tylko bardzo obwodowo górą i zewnątrz cały szereg plamek białych okrągłych, z których jedna widocznie większa wychylała się połową z poza pęcherza, jak to na pierwszej figurze zaznaczono.

Chory po wypuszczeniu z kliniki przedstawiał się od czasu do czasu. Poprawa wzroku nieznaczne tylko robiła postępy, ale zato objawy subiektywne ustąpiły.

W dn. 23. VI. pojawiając się chory zaznacza, iż lepiej widzi, a badanie wzroku stwierdza W = palce 3 m Mp. 5 J. 20 na 20 cm.

Perimetr wykazuje znaczne zmniejszenie się środkowego braku pola widzenia, wziernikiem stwierdzamy zupełne przyleganie siatkówki. Tarcz uwydatnia się, otoczona dawnym

garbcem, a raczej białą plamą. Największa jednak zajmuje przy tarczy górną część okolicy żółtej plamy. Tu znowu wyróżniamy górą zewnątrz owalną figurę, której brzeg lekko pigmentowany jako wyraz cięcia twardówkowego.

Wynik, jak widzimy, nader korzystny umożliwiony dzięki ściśłemu oznaczeniu siedliska wągra i celnie zrobionemu nacięciu twardówki.

Położenie wągra pod siatkówką wogóle korzystniejsze przedstawia warunki do usunięcia go, bo i zmiany w ciałku szklistem nie bywają jeszcze zbyt rozwinięte i wągr sam po niekąd uwięziony na mniejszej przestrzeni łatwiej dostaje się w zasadzkę i ciśnieniem wśródgałkowym zostaje wyciśniętym na zewnątrz.

Inaczej sprawa stoi, gdy wągr pojawi się w ciałku szklistem.

I pod tym względem miałem prócz dawniejszych już opisanych przypadków*) sposobność kilka pouczających spostrzegać względnie operować.

Pierwszy, który mi się nawinął i to w dwa lata po powyższym tak szczęśliwie operowanym dotyczył 16-letniej panny X. z Z.

Ponieważ przypadek ten z wielu względów budzi ciekawość wykazując genezę choroby, jej przebieg i trudności nasuujące się w leczeniu, niech mi wolno będzie kilka podać o nim szczegółów. Chora zjawiła się u mnie dn. 14. X. 1904. Dowiedziałem się przy tem, iż od roku chorowała na dolegliwości żołądkowe. Przypadkiem spostrzeżono w odchodach części solitera. Kuracją odpowiednią usunięto kilka łokci tasiemca. Przed kilku miesiącami zauważyła przy czytaniu nagle plamkę przed okiem lewym. Pierwszy lekarz badający przepisał cynk na dolegliwości, późniejsi atoli inni lekarze rozpoznali wągra w ciałku szklistem, ale operacji podjąć się nie chcieli, o czem

*) Postęp okulistyczny r. 1900 nr 12.

dowiedziałem się dopiero wtenczas, gdy sam stwierdziłem obecność wągra tuż przy tarczy oka lewego. Zbadawszy wzrok, który wynosił pro: $\frac{6}{6}$ Em a lo. = $\frac{6}{6}$ Hp. 1,0 Sn. 0,5, stwierdziwszy nadto brak w polu widzenia przy plam. Mariotta zupełny mniejszy, a względny większy górą wewnątrz tuż przy punkcie wziernym, zabrałem się do powtórnego wziernikowania po rozszerzeniu źrenicy atropiną i znalazłem: pęcherz szary, silnie wypukłony wielkości podwójnej średnicy tarczy n. wzrokowego tuż przy nim, dołem zewnątrz mniej więcej nad *art. temp. inferior*. Granice pęcherza błyszczące, w środku zaś pęcherza widać ciemniejszy punkt otoczony trzema wyrostkami. Przy dalszem często powtarzanem wziernikowaniu stwierdzałem nieraz nagle występujące undulowanie i przedłużanie się pęcherza, który jednak zawsze do tego samego powracał miejsca, nigdy przy tarczy miejsca swego nie zmieniając. Różnica refrakcyi między tarczą a przednią częścią pęcherza wynosiła około 5 D.

Ciało szkliste czyste i reszta dna oka prawidłowa.

Rozpoznanie więc było łatwe: Wągr w ciałku szklistem prawdopodobnie przytwierdzony do pochwy nerwu wzrokowego.

Gościa nieproszonego zostawić nie było podobna, bo w swym dalszym pochodzie niechybnie prowadziłby oko do zguby. Z drugiej zaś strony świadom byłem trudnego zadania wobec umiejscowienia się wągra w ciałku szklistem i wobec położenia najniekorzystniejszego pod względem topograficznym.

Rodzina, zwłaszcza lękliwa matka, życzyła sobie wydobycia pasożytu. Zabrałem się więc dn. 20. X. do operacji, którą z przebiegiem następującym wykonałem.

Kokaina do worka spojówkowego i pod spojówkę. Oznaczenie pyoktaniną mniej więcej południka, w którym wągr mógł być znajdować się. Przecięcie spojówki, dotarcie do twardówki, którą haczykami ostrymi ująwszy w tymże południku 5 mm przed nerwem wzrokowym stopniowo warstwę po warstwie przecinałem. Nagle wypływa płyn rzadki, lekko żółtawy.

Pęcherz nie pojawił się, ale łyżką Pagenstechera udało się go wydobyć wraz z główką pasożyta. Mierny ubytek ciała szklistego, szybkie spojenie rany spojówkowej jak w poprzednim przypadku i założenie opaski zwojowej obuocznej.

Wieczorem na opasce pokazało się trochę krwi, spojówka lekko przekrwiona i nabrzmiała, zwłaszcza dołem zewnątrz. Ruchy gałki prawidłowe.

W następnych dniach słaba reakcja oka, która jednak pod wpływem zimnych okładów ustąpiła. Ruchy gałki stały się prawidłowe, ale chora rozpoznaje tylko palce na 1 metr, a to z powodu znacznych wybroczyn krwawych w ciałku szklistem zasłaniających dno oka. Pod wpływem dioniny, ilość krwi nieco się zmniejszyła, ale zmętnienie pozostało tak silne, że przy dobrym zresztą wyglądzie oka chora rozpoznawała niem w dn. 18. XI. tylko palce na 50 cm.

W dalszym rozwoju sprawy bardzo cierpliwą chorą ukrywającą zresztą przed matką swe troski, poczęły trapić błyski, które pod wpływem atropinowania znowu ustępowały. Jednak zaćmienia ciała szklistego już nie znikły. Po roku gałka zmniejszyła się cała, a po kilku latach soczewka zaćmiła się tak, że dla kosmetycznych względów zrobić musiałem tatuację rogówki w środku, gdy operacja zaćmy nie była wskazaną z wielu względów. Gałka nie bolesna, nawet i na dotyk, a ostatnio kiedy widziałem chorą t. j. w końcu roku 1908, a zatem w cztery lata po operacji zapisałem w protokole uwagę, iż »oko nie zmieniło się, może nieco lepiej wygląda«. Prawe oko pozostawało dobre z bystrością wzrokową nawet 10. VI. Hp. o. 5.

Wynik przypadku tego oczywiście pod żadnym względem nie mógł zadowolić ani wyrozumiałych i na taki obrót rzeczy przygotowanych rodziców, ani też operatora samego. Prawda, że oko bez interwencji z czasem i tak byłoby straconem, a na domiar złego, mogło drażnieniem pasożyta spowodować sympatyczne objawy drugiego oka, zachodzi jednak pytanie, czy w podobnych razach nie lepiej czekać, aby gość wśródoczny nie ulokował się korzystniej, boć tylny odcinek gałki nietylko

częściej przedstawia trudności wydobycia pasożyta, ale niebezpieczeństwa z powodu zawartości naczyń silniejszych, których przecięcie powoduje wewnątrzgałkowy do ciała szklatego krwotok, zwłaszcza przy tegoż choćby nieznacznym ubytku. Prawda, że dziś posiadając adrenalinę, możemy pod tym względem ułatwić sobie i mniej uczynić niebezpiecznym zabieg, ale zdaniem mojem w podobnym przypadku należałoby jednak na razie powstrzymać się od operacyi w nadziei, że dłuższa obserwacja pozwoli korzystniejszą upatrzeć ku temu chwilę. Czy ona będzie korzystniejszą pod względem wyniku ostatecznego, to inna rzecz.

W każdym razie przypadek tak ważny pod względem wieku chorej, położenia społecznego, stanu oka na razie prawie że dobrego, nie łatwy do rozstrzygnięcia może poraż drugi nie nadarzy się piszącemu, ale niechajby był powodem do zastanowienia się dla każdego przyszłego operatora.

Że wągra wśródocznego można atakować, że można go usunąć, to nie ulega wątpliwości, ale chodzi o to kiedy, z jakiego miejsca, i w jaki sposób.

Że czekanie zbyt długie pod względem wzroku nie wyda wyników dodatnich, o tem chyba nie będzie dwóch zdań, a przemawia za tem i przypadek następny, ciekawy i z tego względu, iż wągr pierwotnie ukryty wśród zaćmień ciała szklatego przedstawiał badającemu z dostateczną uwagą i pilnością niezwykłą a wielce ciekawą grę ruchów.

Jdt Konrad, żołnierz Rosyanin, z Warszawy, stawił się 7. III. 1906 skierowany do mnie rzekomo przez zarząd szpitala wojskowego, gdzie się dłuższy czas leczył. Silny rosły mężczyzna podaje co następuje: Przed 9 miesiącami począł widzieć czarne punkty przed okiem lewem; to wzmagало się coraz więcej, a od 4 miesięcy nic już tem okiem nie rozpoznaje. Od 2 miesięcy także muszki przed pr. okiem. Nigdy wogóle, ani na oczy, dawniej nie chorował.

Badanie ocz wykazuje co następuje. Pr. oko o dnie prawidłowem ma W. $\frac{6}{5}$ Mp. 1.5 Sn. 0.5 Lo. = ∞ , św. od góry i wewnątrz. Gałka zbacza nieco na zewnątrz. Wziernik:

zaćmienia ciała szklatego gęste, ciągnące się prawie pionowo od góry ku dołowi; najliczniejsze górą wewnątrz, gdzie łączą się z błoną ruchomą pionowo ułożoną dolnej części gałki. Po przez te zaćmienia z trudnością rozpoznaję szare dno oka, a dołem jakąś plamę białą. Górą wewnątrz zaś pozorne od-czepienie siatkówki silnie napięte, barwy ciemno - szarej, o zawartości płynnej lekko undulującej; łączy się górą ze zaćmieniem gwiazdzistym leżącym na siatkówce. Zmiany te najlepiej widoczne przez T + 1.

Na razie było można tylko owe zmętnienie ciała szklatego i od-czepienie siatkówki rozpoznać. Wobec wzmożonego napięcia gałki trzeba było jednak ściślej określić przyczynę od-czepienia siatkówki.

Stawiwszy rokowanie wogóle niepomysłne, poleciłem środki napotne i jodek potasowy. Od czasu do czasu bada-łem chorego, ale dla mętów ciała szklatego nie mogłem nic szczegółowego rozeznąć, nie mogąc zreszłą dla braku czasu, zbytnio badania przedłużać.

Dn. 30. III. zabrałem się znowu do ściślejszego wzierni-kowania, przy czem, gdy chory wykonał kilkakrotnie silniejsze ruchy, co sprawiło opadnięcie mętów, udało mi się podglądając dno oka od dołu ku górze i wewnątrz dostrzedz wypuklenie żół-tawe, z którego wychylała się raz po raz główka kulista z 4 smoczkami, a między nimi widać było ryjek i szyjkę. Główka wyciągała się na dłuższej szyjce zwracając się to ku górze, to znowu ku przodowi, a nadzwyczaj ciekawe wrażenie ro-biło wyciąganie smoczków. Od szyjki rozszerza się pęcherz gubiący się wśród zmętnień ciała szklatego na dnie oka w miejscu równikowym odpowiadającym okolicy między pro-stym górnym a wewnętrznym. Tu zdaje się być pęcherz przy-czepionym i rozszerza się ku dołowi. Powyżej i poniżej pę-cherza widać siatkówkę szarawą i pomarszczoną, natomiast tarcz sama z powodu zmętnień ciała szklatego nie jest wi-dzialną. Chory sam uważa, iż w oku coś się ustawicznie po-rusza. Zaznaczyć jeszcze winienem, iż ciekawe to zjawisko po raz pierwszy przedstawiło się, gdy chorego w godzinach po

poł. u siebie pomiędzy 3—4 god. badałam. I następnie zwróciwszy uwagę całego personalu lekarskiego mojej kliniki na to zjawisko, poleciłam badać w tych godzinach. Mogliśmy zaś rzeczywiście stwierdzić, iż gość ten oczny w tym właśnie czasie okazywał najwięcej żywotności. Czy to miało związek z fizjologicznym jakim aktem, w następstwie ukończonego trawienia w to nie chcę wchodzić, stwierdzam tylko fakt ponownie powtarzający się. $T + 1$ do 2. W lo = tylko poczucie silniejszego światła częściowo, a zatem tą częścią, przed którą wągr się usadowił, prawdopodobnie od dołu przebiwszy siatkówkę. Stwierdziłam dalej, iż wągr zmieniał nieraz kierunek swych ruchów, bo gdy po upływie kwadransa powtórnie badałam, bywało, iż już główki nie mogłam wyraźnie dostrzedz, gdy ona była zwróconą ku tyłowi i dołowi.

Zjawisko to poprzednio opisane, czasami było tak wyraźne, iż mogłam pojedyncze fazy ruchów najdokładniej oznaczyć i tak dn. 2. IV. zapisuję w protokole między innemi: Główka zwrócona ku wewnątrz dołowi nagle zwraca się ku przodowi, wydłużając szyjkę, a wyciąganie ssawków odbywa się niekiedy równocześnie, tak, że wszystkie cztery widzę wysunięte, gdy główka równocześnie okręca się. Przy wyciąganiu szyjki, widać nawet pierścienie. Zjawisko to widoczne raz przy użyciu szkła $+5$ to znowu $+4$.

Stwierdziwszy więc położenie i raz jeszcze przekonawszy się o ruchach ograniczonych wągra przystąpiłam dn. 5. IV. do operacyi, którą wykonałam w następujący sposób:

Choremu, który objawia wielki niepokój i ściska powieki zapuszczono kilkakrotnie kokainę do worka spojówkowego. Role rozdzielono pomiędzy asystentów. Wewnątrz i nieco ku dołowi w okolicy równikowej naznaczyłam ołówkiem anilinowym miejsce, w którym zamierzałam zrobić nacięcie południkowe twardówki. Zrobiwszy cięcie spojówkowe około 1 cm. długie, przeprowadziłam nitkę przez brzegi rany spojówkowej a następnie odsunawszy pętlę, stopniowo przecinałam twardówkę na przestrzeni około 6—7 mm. Pojawia się pęcherz, pęka z wytrysnięciem płynu wodnistego, potem hernia ciążka szklistego i ta

pęka, ciało szkliste w miernej ilości rozlewa się. Gdy pod uciskiem nic się więcej nie pokazało, a łyżeczką Davielowską wągra wydobyć mi się nie udało, powtórnie chwyciwszy szczypekami w danym kierunku zdołałem wydobyć pęcherz zawierający jeszcze pasożyta. Natychmiast zamknięto ranę spojówkową trzema szwami i założono opaskę mokrą, a na nią zastosowano zimny Leiter.

W następnych dniach sprawa gojenia postępowała prawidłowo, tylko w przedniej komorze pojawiała się odrazu krew w dość znacznej ilości. Rana twarówkowa okazywała skłonność do zagłębiania się. T — 1, a wziernik wykazuje i dawne zmętnienia i krwawe wybroczyny. Przednia komora pogłębiła się. Pod wpływem leczenia (zastrzykiwania soli podspoj., dionina) napięcie gałki podniosło się znowu nieco, zmętnienia zmniejszyły się, ale dna oka dojrzeć nie było można.

Co do wzroku, to ten oczywiście nie zmienił się i ograniczał się do pocucia światła silniejszego przy wadliwej projekcji.

Prawe oko pozostało dobrem. Nie mogąc na razie spodziewać się, by coś więcej osiągnąć, chorego puściłem do domu, a później nic więcej o losie jego nie słyszałem.

Przypadki przezemnie przytoczone zasługują na uwagę swą różnorodnością. Najciekawszym niewątpliwie jest przypadek wągra podnaczyniówkowego, bo prawdopodobnie unikatem dotychczas, kiedy podsiatkówkowe nie należą do najrzadszych.

W ciekawej, a pilnie zestawionej swej pracy »Wągr oka w Polsce« (P. O. marzec 1900 i następne) podaje Talko swój przypadek podsiatkówkowego wągra, jako 13 w Polsce. Jeżeli nie zaszedł do tej pory żaden inny ukryty dla szerokiej publiczności lekarskiej, to mój byłby 14 wągrem »polskim« podsiatkówkowym wzgl. pierwszym podnaczyniówkowym.

Nie będę się zapuszczał w podanie częstotliwości wągra w oku. Sprawa ta bowiem przez wielu autorów poruszana bywała, ale zdaje się, że wogóle daleko rzadziej występuje choroba ta nawet w kraju, gdzie ona uchodziła za częstą.

I tak Hirschberg na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie dn. 8 czerwca 1904 zaznacza, że podczas kiedy w pierwszej dekadzie swej działalności lekarskiej widywał jeden przypadek wągra ocznego na tysiąc chorych ocznych, w ostatniej dekadzie już tylko na 65 tysięcy zdarza się raz wągr w oku, To zmniejszenie się częstotliwości odpowiadające zresztą zmniejszeniu się przypadków wągra w innych częściach ciała jest niewątpliwie wynikiem obowiązującego badania mięsa.

Statystyki zresztą nie mogą tu operować materiałem podatnym, bo zdaniem mojem nie ulega wątpliwości, iż niejednokrotnie wągr wśródoczny bywa przeoczony, za czem przemawia okoliczność, iż nierzadko dopiero autopsya pasożyta wykrywa.

Już z przypadków powyżej opisanych wynika, że wykazanie obecności wągra w gałce może nieraz napotykać na dość znaczne trudności, na większe zaś jeszcze usunięcie wągra, zwłaszcza, gdy on w samem usadowiony ciałku szklistem, podczas kiedy podsiatkówkowe, zwłaszcza, gdy one niezbyt zbliżone do tylnego odcinka, względnie łatwo dają się wyeliminować, skoro tylko bardzo dokładnie położenie wągra operator oznaczył.

Do rozpoznania wągra śródocznego, zupełnie łatwo dochodzimy, skoro się przekonujemy o samoistnych ruchach pęcherza, a jeszcze bardziej, skoro dostrzeżemy nadto wahałowe ruchy szyjki i główki. Wedle niektórych autorów nie zawsze można je stwierdzić, a wtenczas powodować się trzeba u osobnika wrażeniami entoptycznymi. Może to jednak być objaw pomocniczy, gdy często polega na złudzeniach.

Dla wywołania ruchów, które jedynie dają możność pewnego określenia sprawy i odróżnienia od tworów, które wągra pozorują, ucieka się *de Vincentis* do prądu stałego, by ruchliwości pasożyta dowieść. Nam się zdaje, że to zbyt techniczne, a ruchy skoro tylko wągr żyje z pewnością przy dostatecznej cierpliwości wziernikującego wystąpią.

Ale nawet najściślejsze oznaczenie siedliska wągra w gałce nie usuwa trudności, z jakimi nam przyjdzie potykać się.

Nie zawsze bowiem wąż wśródoczny dla zabiegów naszych dostępny, nie zawsze możemy odważyć się na to, by chorego narażać na niebezpieczeństwa operacyi. A jednak cóż nam operacyę zastąpić zdoła?

Dr Dor z Lyonu (Soc. d'ophth. française) przedstawił w r. 1908 przypadek podsiatkówkowego węża, w którym pomógł sobie elektrolizą.

Chodziło o chorego, u którego dopiero od kilku dni powstało odczepienie siatkówki ściśle określone niedaleko ciała rzęskowego spowodowane wężem. Dor poparty w rozpoznaniu węża przez swego ojca, doświadczonego profesora, zastosował nakłucie elektrolityczne przepuszczając przez 5 minut prąd 5 mamp. biegun dodatni połączony z igłą wprowadzoną do cysty, ujemny przytwierdzony na karku.

Chory dostawał jeszcze przez dziesięć dni opaskę uciskową, a wynik miał być zupełny lubo nie znajdujemy w opisie szczegółów dotyczących badania bystrości wzrokowej. Chory sam później donosi operatorowi, że widzi jednym i drugim okiem równo, o czem świadczą ustępy lisu pisanego raz przy pomocy jednego to znowu drugiego wyłącznie oka.

Subiektywnie zaznaczało się dwojenie pionowe, którego autor nie umiał sobie wytłomaczyć, a które pozwalało się stłumić pryzmatem z podstawą w dół zwróconą przed oko prawe t. j. operowane. Dor przypuszcza, że chodziło może o niedowład mięśnia prostego dolnego spowodowany punkcją. Sądzę, że może działanie prądu elektrycznego zbyt silnego wchodziło tutaj raczej w grę.

Badanie wziernikiem miało wykazać zupełne przyleganie siatkówki poprzednio odczepionej, a jedynie biała plama wielkości tarczy niedaleko, ciała rzęskowego zdawała się być pozostałością węża albo też zgrubieniem włóknikowem po operacyi.

Byłby to pierwszy przypadek skutecznie zwalczony zabiegiem nowym. W zasadzie wprowadzie już go Lagrange w swoim podręczniku t. I. p. 597 uważa za możliwy pisząc:

»A priori nous croyons pouvoir préférer à l'extraction un

procédé qui donnerait probablement en pareille circonstance les meilleurs résultats, nous voulons parler de l'électrolyse avec aiguille positive (pour éviter le dégagement des gaz) selon une méthode analogue à celle que Terson père a recommandée pour le décollement de la rétine on pourrait obtenir ainsi la mort du cysticerque dont le cadavre enkysté dans sa poche resterait compatible avec la conservation de l'oeil et d'une certaine quantité de vision.

W kilka lat później Dr Chavez (Considération sur le cysticerque intraoculaire, Recueil d'ophth. 1905 N. I.) pisze, że usiłowania dotyczące tego zabiegu podjęte w Meksyku spełzły na niczem i trzeba było zrobić enuklację. W r. 1907 Bocchi (Ann di Ottalm) usiłował zrobić elektrolyzę, ale bezskutecznie.

Zachęcony przypadkiem Dr Dora pokusiłem się o wykonanie zabiegu tego w przypadku, w którym wprowadzie podejrzywałem obecność węża z poruszeń bardzo wydatnych odczepionej siatkówki, ale najważniejszego rozpoznawczego czynnika t. j. główki nie odkryłem.

Franciszka M. 58 l. z Krakowa zgłosiła się 16. XI. 1909 do kliniki podając, iż przed dwoma laty oko prawe zabiło i powoli mgłą zaszło. Przed dwoma zaś miesiącami zauważyła przed lo. »jakby szereg pereł i dym«. Wzrok słabnął coraz bardziej, obecnie prawie nic tem okiem nie widzi. Jako dziecko uderzyła się odnosząc pod okiem ranę. W r. 1880 tyfus, po którym ogłuchła. Wpro = 0, Lo: palce na dwa metry od zewn. dołu.

NB. już w r. 1907 w lutym badano chorą w klinice mojej i stwierdzono *Iritis plastica, synech. circulares, cataracta consecutiva amaurosis dex.* Lewe oko wtenczas miało wygląd prawidłowy.

21. X. 1909 badając ponownie zaznaczyłem co następuje:

Lo. w zewn. części gałki odczepienie siatkówki dość naprężone lekko przeświecające i nieznacznie rozlewające się ku dołowi. Tarcz n. wzr. nie widoczna. Czasami dostrzedz się dających lekkie nagłe falowania pęcherza siatkówkowego. Prze-

świecenie lampką Sachsa pozwoliło wykluczyć narośl wśród-oczną.

28. X. Zrobiłem sikawką Prawa z wyciągnięcie płynu jasno-przezroczystego, lepkiego mniej więcej 1-2 cm wprowadziwszy igłę w zewn. dolnej części, a potem wstrzyknąwszy kroplę płynu Lugola. Wziernikując zaraz potem stwierdziłem, iż odczepienie znacznie się zmniejszyło tak, że tarcz cała była odsłonięta. Stan ten utrzymał się jeszcze w następnych dniach. Atoli już 6. XII. znalazłem odczepienie znowu w dawniejszych rozmiarach i dawnej postaci, nadto lekkie zaćmienia ciążka szklistego, a tarcz znowu zasłonięta odczepioną siatkówką. Wło: palce 2 m. Tn.

16. XII. zrobiłem powtórnie punkcję w ten sam sposób, ale już tylko $\frac{1}{2}$ cm płynu wydobyłem, poczem opaskę założono uciskową. W płynie nie znaleziono żadnych morfotycznych części. 18. XII. chora twierdzi po odsłonięciu opaski, że lepiej widzi, a badanie wykazuje, że pęcherz może mniej jest naprężony, przezroczystszy, przezeń zaś widać tło oka. Przy dłuższem badaniu spostrzegam ruchy tegoż, przy czem odsłania się to znowu zasłaniania się tarcz. Ale wśród pęcherza żadnej części przypominającej wągra nie mogę dostrzedz.

Gdy w dalszych badaniach zawsze stwierdzałem poruszenia owego pęcherza bez względu na ruchy głowy czy gałki chorej, byłem skłonny do wniosku, iż mamy do czynienia z węgrem podsiatkówkowym i postanowiłem spróbować owej elektrolyzy tak przez Dora zachwalanej. Wykonałem ją w ciemnym pokoju w następujący sposób: Po należytem kokainowaniu włożyłem rozwórkę i wkłułem w kierunku merydionalnym mniej więcej 12 mm po za brzegiem rogówki, a poniżej dolnego brzegu mięśnia prostego koniec noża Graefo-skiego, przyczem wyciekło nieco płynu żółtego. Po brzeszczeniu noża wprowadził asystent igłę połączoną z anodą, gdy katoda spoczywała na karku. Posunąwszy prąd do 5 MA utrzymałem go przez 2 minuty niespełna. Natychmiast założyłem binoculus uciskowy co dzień odnawiany. Przy badaniu w dn. 5. I. 1910 znalazłem napięcie gałki nieco obniżone, pk.

głęboką a wziernikując odczepienie prawie nie widoczne lub ograniczone do przedniej części podczas kiedy tarcz znowu zupełnie odsłonięta. 14. I. napięcie gałki okazało się prawidłowem, pęcherza nie widać tylko dołem i zewnątrz odczepienie siatkówki. W: palce na 2—3 m Mp. 2. Dn. 23. I. wskutek mętów ciała szklistego dno we mgle. Dołem wewn. odczepienie siatkówki dochodzi do tarczy i lekko faluje, im więcej ku zewn. podnosi się pęcherz do 5—6 D.

Gdy 17. II. wypuklenie znowu do dawnych doszło rozmiarów, zasłaniając tarcz, a zawsze jeszcze owe ruchy pęcherza stawały się widoczne, zaś środki jak dionina, moja cyklotina i t. d. nie pomagały, raz jeszcze dn. 16. III. wykonałem elektrolyzę w podobny sposób, co pierwszym razem z tą jednak różnicą, iż działanie prądu przez 5 minut utrzymałem.

I znowu skutek ten sam. Zrazu oko podrażnione, potem powraca do normy, odczepienie po rękoczynie słabsze, powoli się wzmacnia, wzrok więcej osłabiony znowu się podnosi po zastrzykiwaniach podspojówkowych soli i pilokarpiny podskórnie dla wywołania saliwacyi i potów zastosowany, wreszcie w maju dochodzi do dawnego stopnia t. j. do liczenia palcy na 2—3 m. Wziernik te same przedstawia zmiany, tylko zmętnienia ciała szklistego stały się nieco obfitsze. Przy bocznem oświetleniu również dostrzedz można jak przy wziernikowaniu owe znamienne ruchy pęcherzowatego odczepienia siatkówki. Pole widzenia ponownie badane przedstawia się dośrodkowo zwężone ale figura graficzna tego zwężenia wypada bardzo nie jednostajnie przy każdym badaniu, co może dałoby się odnieść do czasowego odsłaniania pewnych części siatkówki przez ruchomy pęcherz.

29. III. b. r. miałem sposobność chorą badać wziernikiem, nie było można zmiany żadnej wybitnej zaznaczyć. Zawsze ruchy pęcherza, mimo tych rozmaitych punkcyi, w tem samym miejscu ulokowanego. Tn. W palce 4 m.

Poleciłem jeszcze zastrzykiwanie fibrolizyny podskórnie dziesięć razy, ale nie osiągnęliśmy polepszenia. Wobec tego, iż prawe oko było stracone, a lewe tyle bezskutecznych prze-

chodziło zabiegów, nie śmiałem nowego żadnego przedsięwziąć, gdy chora wogóle ze stanu swego oka była zadowolona, a jedynie na »drganie« oka się skarżyła.

Podnoszę jeszcze i to, iż przed pół rokiem dla dokładniejszego badania i dla zapobieżenia czasami podnoszącemu się napięciu gałki wykonałem prawidłową dość szeroką ku dołowi zwróconą irydektomię.

Przed kilku dniami, bo dn. 8. VII. poleciłem sprowadzenie chorej dla poddania jej raz jeszcze badaniu i oto wynik tego: *pro.* mniejsze T. — 2 — pk. głęboka, źrenica wąska, przesunięta ku górze wewnątrz, tęczówka zrośnięta z grubą torebką.

Lo.: Tn. Coloboma szerokie dołem, w niem widać brzeg soczewki w równiku nieco zaćmionej. OFT. męty ciała szklistego może nieco słabsze; siatkówka, po której biegną naczynia najwięcej dołem odczepiona. Od czasu do czasu, gdy się w nią wpatruję, spostrzegam, jak naczynie widzialne w obrębie źrenicy biegnące prawie pionowo, nagle przesuwają się ku nosowi to znowu niknie, gdy przesunęło się więcej ku tyłowi. Te ruchy, czasami wolniejsze, odbywają się nierazco kilkanaście sekund. Tarcz zasłonięta, ale widać naczynia główne górne ciągnące się na zewnątrz. Wlo. = palce 3—4 m przy słabym świetle bez szkła.

Chora znowu podaje, że widzi ruchomą ciągle mgłę a nawet w ciemności »coś się w oku porusza«. Mimo to absolutnie nic nie można wykryć, coby części wągra przypominało.

Wypuklenie zawsze najlepiej przez 6 D widzialne i to dołem, gdy w zewnętrznej części owego znamiennej wypuklenia już nie widać. Zdawałoby się więc, że wągr zesunął się ku dołowi. Może uczynił to pod wpływem zabiegów elektrolietycznych *).

*) Chorą przedstawiłem na posiedzeniu sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, a wielu kolegów mogło się przekonać o tych ruchach przemawiających z wszelkiem prawdopodobieństwem za obecnością wągra wśródocznego.

Nie mogliśmy się więc przekonać, by ten zabieg wykonany z wszelką skrupulatnością był doprowadził do celu. Jeżeli zaś i tu rozchodzi się o wągra podsiatkówkowego, natenczas godzi się pytać, czy elektrolyza mogła wogóle działać dodatnio. Za tem przemawiałby wprawdzie jedyny przypadek Dora, lecz wolno mieć pewne wątpliwości, czy też to był rzeczywiście wągr, czy nie zwyczajna cysta naczyńki, która spowodowała i odczepienie siatkówki. Dowodów rozpoznawczych wągra z opisu choroby wyczytać nie zdołaliśmy.

W ostatnich czasach ogłasza Dr Fernandes Balbueno (w Archivos de Oftalmologia hispano-americanos Mayo 1911) przypadek u 18-letniej dziewczyny wągra siatkówkowego, robiącego wrażenie wągra bliźniaczego.

Zastosowanie środka przeciwtasiemcowego miało ten skutek, iż spędzono tasiemca, czem rozpoznanie oczne poparto. Gdy na operację nie chciano się zgodzić, zastrzyknął Dr B. 1 cm pelletieriny czyli punicinum 1:500.

I dalsze zastrzykiwania i usiłowanie ekstrakcy i punkcya elektrolityczna nie doprowadziły do wyniku żadnego. Ostatecznie, gdy na drugim oku wystąpiło rozszerzenie źrenicy i osłabienie akomodacyi, uważane za objaw sympatycznego podrażnienia przystąpiono do enukleacyi, poczem objawy owe znikły. Autopsya wykazała obecność jednego tylko wągra, odczepienie siatkówki i skurczenie się ciała szklanego.

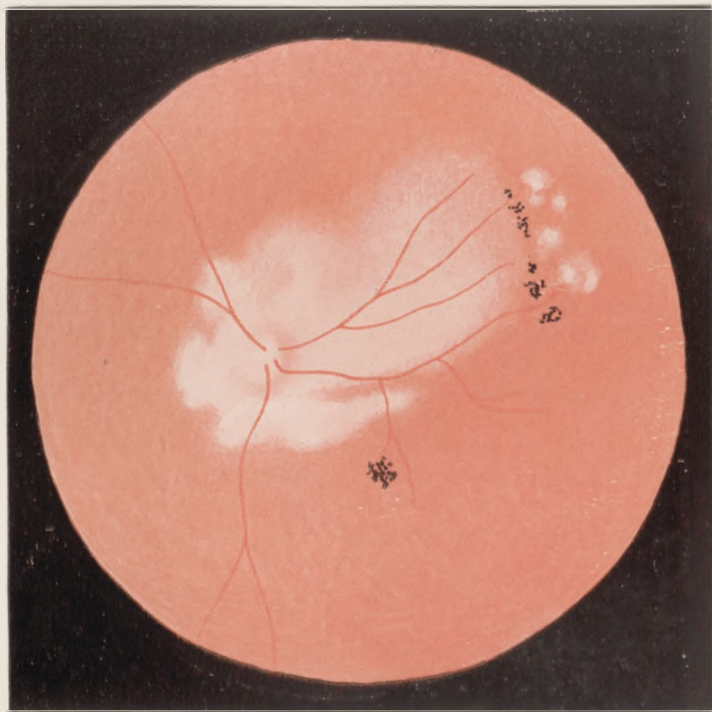
Z powyższego zestawienia przypadków własnych i przytoczenia pokrótce doświadczeń innych wynika, iż najważniejszym, bo względnie najwięcej widoków powodzenia dającym zabiegiem, jest wydobycie wągra drogą operacyjną. Zabieg ten dość dobre daje rokowanie przy wągrom podsiatkówkowych, a jeszcze lepsze podnaczyńkowych, natomiast mniej korzystne co do zachowania wzroku, w razie obecności wągra w ciałku szklanym.

Elektrolyza, pominąwszy jedyny przypadek Dora, który zresztą wedle mnie co do diagnozy nie może być uważanym za pewny ponad wszelką wątpliwość, okazała się bezskuteczną, ale nawet, gdyby nam się rzeczywiście udało przez zabieg ten



Rys. 1.

Obraz wzornikowy węża podsiatkówkowego przed operacją.



Rys. 2.

Obraz wziernikowy wężra podsiatkówkowego po operacyi.

może więcej udoskonalony, zabić pasożyta, to zawsze pozostanie nierozstrzygniętem Talki pytanie, czy pasożyt nie pozostałby w dalszym ciągu dla oka szkodliwym, choćby tylko jako ciało obce.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXVIII. Z. 2 i 3. (Referent Dr Bałlaban).

Wziernikowanie bez odbijania się światła. (Die reflexlose Ophthalmoskopie). Prof. Gulstrand.

Pomimo znacznego postępu, jakie poczyniły badania wziernikiem z pominięciem refleksów rogówki i fotografia dna oka, pozostała dotychczas nie zbadaną teoria tego sposobu badania, a także i badania te nie dały w praktyce dotychczas odpowiednich wyników. Przy tego rodzaju badaniu chodziłoby nie tylko o uzyskanie obrazów dna oka bez refleksów, ale obrazy miałyby być także silniejsze, większe i szczegółowe, następnie obraz żółtej plamki powinien być przy wąskiej źrenicy również bez refleksu i wogóle obraz powinien być możliwie plastyczny. Zestawione przez autora teoretyczne i matematyczne przypuszczenia nie mogą być brane pod rozwagę, tem bardziej, że autor nie wyciąga z nich żadnych wniosków, z których dałoby się wysnuć sposób osiągnięcia tych wyników. W końcu poleca autor używać do bocznego oświetlenia oka, lampki Nernsta i soczewki aplanatycznej.

O powstawaniu torbieli w siatkówce. (Über Cystenbildung in der Netzhaut). Dr Fujita.

W miąższu siatkówki powstają torbiele, które się tworzą albo przez obrzęk powstały po pierwotnem zniszczeniu składników nerwowych siatkówki (Iwanoff) lub też wskutek słabej czynności serca w starości, a są one najczęściej umiejscowione na obwodzie. W opisanych przez autora przypadkach dały się spostrzegać następujące postacie torbieli na siatkówce: 1. Mniejsze lub większe pęcherzyki w oderwanej siatkówce. 2. Większy torbiel w zewnętrznej płaszczyźnie siatkówki oderwanej lejkowato. 3. Małe torbiele w żółtej plamce.

We wszystkich tych przypadkach nie znajdowano żadnych śladów zapalnych, a tylko obrzęk i zanik istoty nerwowej i przerost t. z. neuroglii.

Przewód łzowy i wrodzona skośna szczelina twarzy. (Thrännasengang und schräge Gesichtsspalte). Dr Aleksander Pichler.

Podczas, gdy skórkowaty zarost dolnego końca przewodu łzowego jest dość częstem wrodzonym zjawiskiem, to inne wrodzone zmiany tej okolicy są dość rzadkie.

Opisany przypadek wykazuje około 12 mm poniżej worka łzowego obrzęk, przy którego ucisku wydziela się z punktu łzowego ropa.

W miejscu, w którem prawe skrzydło nosowe łączy się z policzkiem, znajduje się przetoka komunikująca z nosem. Na górnym brzegu rogówki jest umieszczonym torbiel skórny (*dermoid*). Tak w tym przypadku, jak i w opisanych dotychczas 3 innych przypadkach jest widocznem, że położenie przetoki przemawia za zaburzeniem w rozwoju, czego dowodem jest także istnienie skórnej szczeliny twarzowej, a powstanie tej zmiany da się wytłumaczyć zaburzeniem w zamknięciu rynienki łzowej, a także nadmiernem bujaniem przybłonka ku szczelinie twarzowej. (Elschnig).

Przyczynki do teorii równoczesnego działania barw przeciwnych. (Beiträge zur Theorie des simultanen Farbencontrastes). Dr Berger.

Objawy opisane przez Buffona były należycie znane mistrzom malarzom (Leonardo da Vinci, Rembrandt i jego uczniowie). Dopiero jednak młodszy fizyologowie (Plateau, Fechner, Helmholtz, Brücke) starali się o wytłumaczenie tego zjawu, a istnieją po dziś dzień w tym kierunku dwie teorye. Mianowicie twierdzi Plateau, że t. z. *Simultancontrast* jest prawdziwym, rzeczywistym wrażeniem, Helmholtz zaś jest zdania, że jest on następstwem złudzenia w osądzaniu. Teorya Plateau znalazła obecnie gorącego zwolennika w Nicatim.

Autor przeprowadzał badania nad obuoczym równoczesnym i następczym kontrastem barwnym.

Objawy barwnego kontrastu zostają wywołane przez reakcyę poszczególnych części siatkówki na poczucie barw sąsiednich jej części. Niektórzy autorowie są zdania, że barwa niebieska i fioletkowa nie bywa spostrzegana przez odpowiednie ośrodki siatkówek, lecz, że powstają one przy mimowolnych ruchach ócz na obwodowych jej częściach.

Byłoby rzeczą bardzo zajmującą dowiedzieć się, jak się zachowują chore oczy przy odczuwaniu barwnego kontrastu, a dotychczasowe badania przy zaniku nerwu wzrokowego nie dały dostatecznych wyników.

O atypowej postaci nieżytu wiosennego. (Über eine atypische Form von Frühjahrskatarrh). Dr Cosmetattos.

Schorzenie to jest w Atenach dość częstem, gdyż dochodzi ono do 0,25%. Autor opisuje 5 przypadków takiego nieżytu, który częstokroć prowadzi w rozpoznaniu do omyłki z jaglicą, gdyż czasami objawy charakterystyczne dla tego schorzenia nie są dość wybitne. A mianowicie zmiany umiejscawiają się w takich wątpliwych przypadkach tylko na spojówce powiekowej, jakkolwiek przy dokładnej obserwacji daje się spostrzegać typowe mleczne zabarwienie spojówek. Toż samo i objawy podmiotowe są dość typowe. Leczenie środkami żrącymi jak łapsem i ołówkiem miedziowym pogarszało ten stan.

Działanie salwarsanu na oko. (Wirkung von Salvarsan auf das Auge). Dr Flemming.

Niniejsza praca daje nam opis wyniku leczniczego salwarsanem w 180-ciu przypadkach.

Zdaniem autora jest rzeczą obojętną, w jaki sposób stosuje się salwarsan, a li tylko w przypadkach, w których chce się osiągnąć szybki skutek należy stosować wstrzykiwania wśródżyłne. Przeciwno temu sposobowi stosowania salwarsanem podnoszono, że najłatwiej powoduje on objawy zatrucia, a nawet sprowadza kolaps. Odczyn Wassermann'a, który w każdym poszczególnym przypadku był dodatnim przed zastrzykiwaniem salwarsanu, w największej ilości przypadków pozostał dodatnim i po zastrzykiwaniu, a tem samem nie dawał on dostatecznego kryterium co do wyniku leczniczego tym środkiem. W każdym razie dało się stwierdzić, że wyniki lecznicze osiągnięte tym środkiem w schorzeniach oka nie były korzystniejsze od wyników, jakie się osiągać dają znanymi dotychczas środkami przeciwkłóowymi. Zastrzykiwania działają stanowczo swoiście i elektywnie, jednakowoż są one do wyleczenia cierpienia niedostatecznymi. Autor podnosi szczególnie brak wyniku leczniczego przy mięszszowem zapaleniu rogówki, a w końcu przedstawia szereg historyi chorób przypadków, leczonych tym środkiem.

Ehrlich-Hata 606 w okulistyce. (Ehrlich-Hata 606 in der Augenheilkunde). Dr Schnaudigel.

Autor opisuje 21 przypadków leczonych zneutralizowanym tym roztworem za pomocą zastrzykiwań w pośladki, które bez wy-

woływania znaczniejszych zaburzeń u poszczególnych osobników były stosowane, Z leczenia wykluczono przypadki zaniku n. wzrokowego, gdyż zdaniem autora, w przypadkach tych nie można było spodziewać się polepszenia, a ewentualne pogorszenie byłoby można przypisać właśnie temu środkowi.

W dwóch przypadkach zapalenia tęczówki leczenie tym środkiem opóźniało bardzo wynik leczniczy. W jednym przypadku przyszło w 6 dniach do zupełnego wessania się dużego kilaka tęczówki. W przypadku zapalenia nerwu wzrokowego przyszło na oku lewem do wyleczenia w 30 dniach, na oku zaś prawem po $2\frac{1}{2}$ miesiącach, jednak ostateczny wynik leczniczy był wątpliwym. Lekki przypadek *neuritis optica* został rychło uleczony, inny w 37 dniach

Znowu inny przypadek *Neuritis optica* był uleczonym w 74 dniach. Dalsze przypadki leczono 8—32 dniach po 1 do 2 zastrzykiwań ich. W przypadku kiłowego zapalenia chrząstki powiekowej wyleczono to cierpienie w kilku dniach. Porażenie mięśnia boczowego usunięto po 6 tygodniach. W 4 przypadkach mięszowego zapalenia rogówki spostrzegano przy usunięciu choroby jednego oka, ciężki naciek rogówki na oku drugim. Zdaniem autora, salwarsan jest środkiem, którym dla jego zalet należy się posługiwać w okulistyce, jakkolwiek z ostatecznym sądem w tej mierze musimy się powstrzymać.

Zdolność widzenia oka-facetowanego. (Die Sehleistung des Facetten Auges). Prof. Best.

Pszczola jest w możliwości rozeznawać w odległości 1 mm przedmioty o wielkości 8 μ co człowiek może skutecznie tylko przy pomocy mikroskopu. Takie widzenie jest możliwem tylko w oku facetowanym, gdyż oko ludzkie posiadające soczewkę musiałoby w tym przypadku akomodować na 1000 D. W przedsiębranego mierzenia oka facetowanego przekonano się, że oko takie posiada wprawdzie w widzeniu w pobliżu bardzo znaczną bystrość wzroku, na odległość jednak nie widzi ono więcej aniżeli oko ludzkie. Odległość osadzają owady za pomocą przesuwania paralaktycznego. Co się tyczy wrażliwości na światło, to oczy z soczewką posiadają je o wiele w wyższym stopniu, aniżeli oczy facetowane.

O gruźlicy oczodołu. (Über Tuberculose der Orbita). Dr Lebenhart.

Przedewszystkiem zwraca autor uwagę na rzadkość tego cierpienia, na trudność badania przewodu nosowego i na małe zajęcie się tym przedmiotem w literaturze. Przypadek opisany tyczył się 4 l. dziecka, u którego prócz skrofulicznego schorzenia rogówki,

sposstrzegać się dało przemieszczenie lewej gałki ocznej 5 mm ku przodowi. Brzegi oczodołu nie były bolesne. Badanie nosa wykazało tylko przerost środkowej muszli. Po odsunięciu okostnej z dolno wewnętrznego brzegu oczodołowego natrafia sonda w blaszce papierowej kości sitowej na rozpadłą kość. Drobnowidowe badanie wyskrobanej masy serowatej wykazało gruzlicę. Po 14 dniach przy dalej istniejącym trzeszczu gałki ocznej badanie wziernikiem wykazuje odbarwienie lewej tarczy wzrokowej, a źrenica oddziaływa minimalnie. Przeprowadzona powtórnie operacja miała na celu otworzyć środkową ścianę oczodołu i usunąć gruzlicze złoży z kości klinowej i z jamy nosowej. Po tym zabiegu oddziałuje źrenica ponownie. W kilka miesięcy później spostrzeżono leniwe oddziaływanie źrenicy prawej, a w miesiąc później wystąpiło zapalenie nerwu wzrokowego tego oka, jako dowód przejścia procesu na stronę prawą. W kilka dni później dziecko to zmarło przy równoczesnem zajęciu szczytów płucnych. Sekcyja wykazała po obu stronach skrzyżowania się nerwów wzrokowych, miękkie masy powstałe z brunatno-czerwonych guzków. Choroba ta miała swój początek ze serowatych rozpadłych mas przedniej części kości klinowej. Proces cały przeszedł na sklepienie przełyku a stąd na tylną część lewego oczodołu. Bujania przebiły środkową muszlę nosową i sklepienie jamy Highmora. Środkowa jama czaszkowa była wypełnioną tworem, który sięgał aż do podstawy czaszki. W kierunku prawego nerwu wzrokowego rozprzestrzeniało się bujanie tego tworowi wielkości grochu.

Inny przypadek tyczył się 3 letniego dziecka. Lewe oko było 4 mm przemieszczone na dół i ku przodowi. Oko prawe było prawidłowe. Badanie rynologiczne dało wynik ujemny. Po wyluszczeniu oka lewego odkryto środkową i górną ścianę oczodołu, a pod okostną natrafiono na serowate masy znajdujące się w blaszce papierowej i około kości kanału optycznego.

Po wypatroszeniu oczodołu odchyłono całą wewnętrzną ścianę i dotarto aż do kości klinowej w kierunku prawego kanału optycznego. W następstwie tego źrenica tego oka dotychczas nieruchoma poczęła oddziaływać. Pokazało się, że choroba ta miała swój początek w kości klinowej, a ponieważ źrenica oka prawego znowu przestała oddziaływać, poczęto operować około nerwu ocznego prawej strony, aby ten nerw uwolnić od ucisku. I w tem miejscu napotkano serowate masy w okolicy tylnych komórek zatoki sitowej i na schorzenie kości klinowej. Następnie otwór zatamponowano. Autor przychodzi do przekonania, że jakkolwiek badanie nosa często zawodzi, to jednak można częstokroć przez radykalną operację po jednej stronie drugie oko uratować od zagłady.

Dalszy przyczynek do tonometrii, jakoteż oznaczenie śródgałkowego ucisku prawidłowego tonometrem Schiötza w stosunku do różnorakiego wieku (Ein weiterer Beitrag zur Tonometrie sowie Bestimmung des intraoculären Druckes am normalen Auge mit dem Tonometer von Schiötz in Bezug auf die verschiedenen Lebensalter). Dr Johannes Wegner.

Skoro się przekonano, że w praktyce nie da się zastosować śródgałkowe mierzenie ciśnienia oka, przystąpiono do mierzenia zewnętrznego. Tak samo nie da się praktycznie zastosować mierzenie oftalmometryczne, mające na celu oznaczenie promienia rógówki, jak to proponował Helmholtz. Skoro zaś oznaczenie ciśnienia za pomocą palców jest niedokładnem, nie pozostało nic innego jak mierzenie przyrządami. Z pośród różnych istniejących tonometrów, jak Snellena, Hamera, Helmholtza, Makłakowa, okazał się tonometer Schiötza jeszcze najlepszym i najdokładniejszym. Po dokładnem opisaniu tego aparatu następuje opis wyniku badań na 100 oczach, które autor podzielił co do wieku na 3 grupy. I 1—25 lat; II 25—50 lat; III 50—75.

Autor przekonał się, że z wiekiem w oku prawidłowem zmniejsza się ucisk śródoczny. Przeciętna wartość prawidłowa, jaką autor znalazł, wahała się między 13—30 mm rtęci, należy jednak indywidualizować, gdyż ucisk o 30 mm u człowieka starego, jest już podejrzanym. Chcąc zbadać dokładność tonometru, przedsięwzięto pomiary na oku ezerynowanem i to po upływie $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, 4, 6 i 24 godzin. Po $\frac{1}{4}$ godziny dało się wykazać zmniejszenie ucisku wśródgałkowego, po 4 godzinach było działanie maksymalne, a po upływie 24 godzin był ucisk znowu prawidłowym.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Sekcji okulistycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(17—21 lipca 1911 r.)

ułożył

K. W. MAJEWSKI.

(Dokończenie).

Rosenhauch: Etiologia pryszczyka jest dwojaka, na to się prawie wszyscy godzą. Czynniki zewnętrzne: jady mikrobów, a prze-

dewszystkiem jad gronkowca złotego; i czynniki wewnętrzne t. j. toksyny prątków gruźliczych. Pryszczyk jest wobec tego zmianą paratuberkuliczną.

Co do odczynu Moro i Pirqueta, to wynik dodatni (jak wogóle próby biologiczne), przemawiają za istnieniem w danym organizmie ogniska gruźliczego, wynik ujemny nie dowodzi jeszcze nieobecności gruźlicy.

Koliński: Wpływ żółzowej konstytucyi dzieci na zapalenie pryszczykowe nie ulega wątpliwości. Chcę jednak zwrócić uwagę na następujące fakty, może nie przez wszystkich zauważone: 1) że u dzieci w pierwszym roku życia zapalenie pryszczykowe zdarza się bardzo rzadko i to przeważnie tylko u dzieci wyniszczonych, nie karmionych piersią; 2) u dorosłych zapalenie pryszczykowe rzadko się przytrafia, natomiast często spotyka się u kobiet karmiących w późniejszych miesiącach karmienia, a niekiedy i w ostatnich miesiącach ciąży; 3) spotyka się też częściej u ludzi słabo odżywionych około 20 roku życia, lub też u ludzi starych; 4) rodzice i wogóle ludzie dorośli zarażają się dość często zapaleniem pryszczykowem od dzieci. Z powyższych danych przychodzę do wniosku, że przyczyną powstawania zapalenia pryszczykowego jest niekoniecznie gruźlica, lecz wogóle wyniszczenie organizmu. U osób zaś innych droga zakażenia.

Przy leczeniu wrzodów »okrągłych« rogowki, pochodzenia pryszczykowego, zamiast maści jodoformowej, zalecanej przez prelegenta, gorąco zalecić mogę maść airolową (5—10%). Jodoform, oprócz nieprzyjemnego zapachu często powoduje pryszczycę (eczema) skóry powiek; airol zaś oprócz początkowego pieczenia nie wywołuje żadnych komplikacji, działa zaś w tym razie prawie swoiście.

Majewski: Odnosnie do leczenia zapaleń pryszczykowych oka chcę podnieść to, że żółta maść rtęciowa Pagenstechera, nie da się zdetronizować, co jednak nie ujmuje nic wypróbowanej skuteczności niektórych środków, w pewnych formach szczególnie wskazanych. Zwłaszcza jednak w postaciach naczyniowych pryszczykowego zapalenia rogowki pozostanie na zawsze nieocenionym środkiem. Wobec powszechnie jednak znanej skłonności do rozkładu i zepsucia się maści żółtej *magistraliter* zapisanej i niedobrze przez aptekarza sporządzonej. pragnę zwrócić uwagę tych kolegów, którzy się z tym nowym preparatem może dotąd nie spotkali, na fabrycznie w Budapeszcie wyrabianą maść żółtą, pod nazwą »Abaga«, która, jak mię już kilkomiesięczne doświadczenie przekonywa, okazuje się bardzo trwałą i pod tym względem nie ustępuje wcale wiesbadenkiej maści żółtej przez Brackebuscha dostarczanej.

Wicherkiewicz: Pracując zawodowo dość długo pod okiem Pagenstechera, który maści, acz w dawniejszych czasach znanej, dał swą nazwę, zastosowywanie właściwe jej wskazawszy, nigdy nie zauważyłem, by ta maść tam przyrządzana drażniła, gdy później tak w Poznaniu, jak i w Krakowie często maści tej choroby nie znosili, gdy była w naszych sporządzana aptekach.

Tkalcic: Zastosowałem raz u dziecka z *conjunctivitis phlyctaenulosa* maść »Abaga« i dziecko dostało podrażnienia spojówki trwającego pół godziny, które ustało dopiero po kilkurazowym zakropleniu kokainy.

Majewski: Prawdopodobnie było to przypadkowe zanieczyszczenie maści.

Bednarski: Używa maści jodoformowej przy zapaleniu pryszczykowem oczu od roku 1904, wyprysku, lub jakiegokolwiek zadrażnienia, jako działania ubocznego, u dzieci nigdy nie zauważył. W odpowiedzi koledze Majewskiemu zaznacza, że o maści żółtej wogóle nie miał zamiaru mówić, gdyż jest to środek ogólnie znany i jako dobry przyjęty.

Reis: »*O niektórych plamach barwikowych w spojówce powiekowej*«.

Kol. R. omawia przypadek, w którym stwierdził istnienie plam barwikowych w spojówce powieki górnej przy jaglicy. Badanie drobnowidowe wykazało, że złogi barwika umieszczone są głęboko w zbliżnowaciałej błonie właściwej spojówki. Dotychczas tylko Steiner i Hüsel spostrzegali podobne zmiany chorobowe w spojówce powieki górnej przy jaglicy. Steiner spostrzegał u Malajczyków złogi barwika umiejscowione w komórkach przybłonkowych i przypuszcza, że barwik ten powstaje z istniejących już przedtem w spojówce komórek barwikowych, stale spotykanych u osobników rasy żółtej. Hüsel wywodzi powstanie barwika w swych przypadkach z wybroczyny podspojówkowej, która z powodu bliznowatego podłoża nie ulega wessaniu, lecz przemianie w barwik. Powyższych dwóch wyjaśnień w sprawie powstawania plam barwikowych nie może R. zastosować do przypadku przez siebie spostrzeganego i wypowiada przypuszczenie, że w tym przypadku zupełnie nie leczonym, mogło przyjść do wytworzenia się złogów barwika wprost z rozpadu ciał białkowych przy samoistnym procencie gojenia się jaglicy, polegającym na rozpadzie i wessaniu elementów komórkowych ziaren jagliczych.

Koliński imieniem komisji na pierwszym posiedzeniu wybranej zgłasza wniosek Dra Kramsztyka sformułowany w następujący sposób:

»Sekcya okulistyczna Zjazdu uważa za konieczne zakładanie lecznic dla chorych na jaskię. Zakłady takie urządzone z prostotą i niekosztowne, powinny się mieścić, o ile możności, zdale od miast, a w bliskości lasów i wody«.

Wniosek ten postanowiono oddać pod uchwałę Zjazdu na ostatniem plenarnem posiedzeniu i odstąpić do wykonania nieustającej komisji zjazdowej.

Posiedzenie 3-ie dn. 19-go lipca o godz. 3-iej po południu.

Przewodniczy Rumszewicz z Kijowa.

Obecnych 24 członków.

Witaliński: »*Przypadki jaskry po operacji zaćmy*«.

W klinice okulistycznej U. J. od r. 1904 do lipca 1911 operowano 2260 zaćm. Wypadków jaskry pooperacyjnej było w tej liczbie sześć.

We wypadku jaskry obserwowanym w r. 1904 powodem była idyosynkrazia do atropiny.

Powstanie jaskry we wszystkich innych wypadkach objaśnić należy za prof. Wicherkiewiczem przez pęcznienie pozostałych resztek kory, ucisk cofającej się ku obwodowi torebki i powstałe skutkiem tego zatamowanie dróg odpływowych, do czego przyczyniły się jeszcze przekrwienie tęczówki i następowe zapalenie tęczówki, oraz ciała rzęskowego. Wyjaśnienie to szczególnie wybitnie ilustruje wypadek z r. 1910, gdzie po wykonaniu dyscyzyi, objawy jaskry jeszcze więcej się wzmożyły, skutkiem ściągnięcia się ku obwodowi przeciętej, elastycznej torebki; dopiero po usunięciu jej szczypczykami ustąpiły one zaraz i trwale.

Wyodrębnić należy:

1) Wypadki zwykłej następowej jaskry, wywołane skutkiem nieodpowiedniego przebiegu w czasie operacji, lub zaraz po operacji (jak wypadnięcie tęczówki do ranki i t. p.)

2) Wypadki w oczach zupełnie prawidłowo zoperowanych i gojących się, lecz zawierających części torebki i kory.

3) Wypadki jaskry pierwotnej przy źrenicy zupełnie czystej (powodem mogą być zmiany w organach wewnętrznych naczyń, a także koincydencya).

4) Jaskrę skutkiem przerostu przybłonka przez ranę do przedniej komory.

Przy zamierzonej dyscyzyi trzeba zawsze pamiętać, że rozcięta torebka usuwająca się ku obwodowi może łącznie wywołać

jaskrę. (Lopez twierdzi, że w każdym wypadku po dyscyzi występuje wzmożone napięcie gałki).

Częstokroć przeto zamiast dyscyzi wskazaniem jest raczej operacyjne wydobyć torebki i zupełne jej usunięcie. Badanie tonometrem Schiöta po dyscyzi może oddać dobre usługi w wyjaśnieniu kwestyi, oraz wskazać, jaki zabieg jest wogóle odpowiedniejszy.

Diskusya. Wicherkiewicz: Jaskra po operacyi zaćmy zajmuje nas przedewszystkiem, o ile ona niepostrzeżenie występuje w pierwszych dniach po prawidłowo wykonanej operacyi z irydektomią regularną bez pozostawienia resztek. Tu zazwyczaj posądza się chorego, iż niespokojnie leży, czem otwieranie się ranki zlepionej powoduje, ale przypatrzwszy się bliżej przekonujemy się, że tęczęwka przylega do rogówki oko prawie bez podrażnienia, a jednak napięcie nie obniżone, albo nawet lekko podwyższone. Gdy dalej atropinujemy, nie spostrzegłszy pomyłki, występuje ostrzejsza postać chorobowa, zapuszczenie zaś pilokarpiny, do pogłębienia się przyczynia. Co ten stan powoduje? Prawdopodobnie kilka razy stwierdzony przerost wśródbłonka zbytnio wybujałego, a może zaciśnięcie dróg odpływowych przez torbkę cofającą się ku obwodowi. Inną jest jaskra późniejsza. Tu występuje ona zawsze w postaci chroniczno-zapalnej, a spowodowana przez torebkę zgrubiałą, czy też wysięk tęczęwki po zapaleniu tejże. Ale mogą do jaskry przyczynić się nawet w oczach zupełnie dobrze operowanych, bez jakichkolwiek powikłań, złogi artrytyczne, czy wysięki surowicze do ciała szklistego i t. d., a tu tylko leczenie ogólne skierowane na usunięcie zaburzeń w przemianie materyi może usunąć ataki glaukomatyczne. Widuję czasami i w oku prawidłowo operowanym, które lata całe dobrze widziało, napady peryodyczne jaskry na podstawie malaryjnej, gdzie znowu chinina z aspiryną dobre daje wyniki. O innych szczegółach nie będę wspominał, bo je przytoczyłem w pracy cytowanej przez prelegenta.

Koliński: Chciałem zapytać, jaka jest różnica w częstości jaskry następczej po operacyi zaćmy z irydektomią i bez irydektomii?

Wicherkiewicz: Zasadniczo operuję zawsze z irydektomią nie widząc tych korzyści bez niej, któreby równoważyły trudności usunięcia zaćmy i możliwych komplikacyi — zarośnięcie źrenicy łatwiejsze w razie zapalenia tęczęwki wypadnięcie tęczęwki. Robię jednak i tę operacyę w wyjątkowych razach, zwłaszcza, gdy zaćma twarda, chory niespokojny.

Otóż nie ulega, mojem zdaniem, wątpliwości, że tu niebezpieczeństwo jaskry następowej o wiele większe z powodów łatwo

zrozumiących, gdy tualeta pola operacyjna utrudniona nie da się ściśle wykonać i pozostawia resztki pęczniejące, które właśnie, gdy w obwodzie ułożone, niebezpieczeństwo upośledzenia dróg odpływowych wzmagają.

Doc. Runiszewicz przypomina, że przed kilkunasty laty ogłosił w „Przeglądzie lekarskim” pracę swą o jaskrze po operacjach zaćmy, która wszakże nie została uwzględniona. Zebrał wszystkie przypadki uprzednio ogłoszone, dodając własnych cztery; z tych trzy po wydobyciu zaćmy, jeden po rozcięciu torebki. Najczęściej zdarza się jaskra po wydobyciu zaćmy z irydektomią. Wpływ wrośnięcia torebki rzadko chyba odgrywa pewną rolę (przyp. Störltinga, w którym po niejednokrotnej dyscezyi wydobyto w końcu torebkę, a jednak sprawy to nie powstrzymało). Co się tyczy możliwych wpływów wgojenia tęczówki do ramy i powstawania stąd jaskry wtórnej — przypomina badania anatomiczne O. Seckera, który w gałkach na zaćmę z irydektomią operowanych, prawie znajdował wgojenie do ramy tęczówki, a jednak jaskry następowej nie było. Nie przyznaje również znaczenia pęcznieniu pozostałych po operacji resztek soczewki.

Lżejsze znacznie postaci jaskry po wydobyciu zaćmy dość często się zdarzają. Takie ustępują po zadaniu eseryny. Z zestawienia przypadków jaskry u operowanych na zaćmę i nieoperowanych wypada, że odsetek jest mniej więcej ten sam, że zatem jaskrze po operacji zaćmy ulegają oczy prawdopodobnie zupełnie niezależnie od wykonanej operacji.

Kleczkowski. *»Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę«.*

Badania przeprowadzone na chorych na jaskrę w klinice krakowskiej stwierdziły znacznie podwyższone u tych chorych ciśnienie krwi. Ciśnienie krwi mierzone było przyrządem Riva Rociego. Badanie surowicy wykazało obecność w niej w zwiększonej ilości adrenaliny. O obecności jej przekonał się autor wykonując próbę Ehrmanna i próby chemiczne Commessatiego (ze sublimatem) i Zangfroguiniego (z nadmanganianem potasu). Stwierdzenie adrenaliny w surowicy chorych na jaskrę rzuca pewne światło na sposób powstania jej, a mianowicie głównego i pierwszego jej objawu t. j. podwyższonego ciśnienia śródocznego. Adrenalina działając jako czynnik przyczynowy choroby, działa w dwóch kierunkach. Pierwsze następstwo działania to podwyższenie ciśnienia krwi. Wzmoczone ciśnienie krwi sprowadza przekrwienie czynne w naczyniach narządu wzrokowego, następstwem czego jest wzmoczone wytwarzanie płynów śródżylnych. W prawidłowych warunkach

przyszłoby tylko w następstwie podwyższonego ciśnienia krwi do chwilowego wzmożonego napięcia śródocznego, inaczej się jednak dzieje w przypadkach jaskry, adrenalina bowiem działając na cały układ nerwowy sympatyczny, działa również na włókna nerwowe mięśnia rozszerzającego źrenicę. Rozszerzenie źrenicy utrudnia odpływ cieczy w nadmiernej ilości wytworzonej i prowadzi do stałego podwyższenia ciśnienia śródocznego.

Toczyski: »*O pomiarach tonometrem Schiötza*«.

Będzie publikowana *in extenso*.

Dyskusja. Wicherkiewicz: Dionina rzeczywiście zwęża zrazu źrenicę, a nie rozszerza jej, jak to twierdził swego czasu Darier jeden z pierwszych, doświadczających środka tego. Następnie rozszerzenie się w przypadkach zapaleń tęczówki tłumaczy się reakcją wywołaną limfatycznym nabiegiem, wskutek którego wysięki tęczówkowe ulegają wessaniu, a tem samem tonus tęczówki mniej lub więcej powraca. Nabiegu spojówkowego wywołanego zastrzyknięciem roztworu soli nie można, zdaniem mojem porównać z nabiegiem limfatycznym, wywołanym za działaniem dioniny, która gdy tamto działa tylko mechanicznie i na samą tkankę podspojówkową, wywołuje również pewien nabieg i w głębszych częściach, a zatem w tęczówce, ciała rzęskowem, co by nam właśnie, stwierdzone przez kolegę Toczyskiego, podwyższenie napięcia tłumaczyło.

Łuniewski: W doświadczeniach swoich, które ogłosił w Postępie okulistycznym używał słabych, bo zaledwie 5^o/o roztworów dioniny, gdy prelegent wspomina o dioninie stosowanej *in substantia*. Jest zatem rzeczą zrozumiałą, że wpływ dioniny na źrenicę musiał być bez porównania wybitniejszy, podczas gdy nieznaczne zmiany, jakie powodowała 5^o/o dionina mogły z łatwością ująć uwagi.

W końcu posiedzenia przedkłada Bannet *tablice liter kolorowych do nauki czytania w szkole* sporządzone z inicjatywy p. Dąbrowskiej, przełożonej prywatnej szkoły we Lwowie, która zwróciła się doń w następującej sprawie: Sporządziła ona tablice liter i cyfr w najrozmaitszych kolorach, zapomocą których zamierza wprowadzić w swej szkole naukę czytania alfabetu z barwnych liter, a nie chciałaby zainicyować czegoś, co by ewentualnie mogło przynieść szkodę oczom dziatwy szkolnej.

Wprawdzie żaden okulista nie wystąpił przeciw barwnym zabawkom dzieciennym, ona jednak wolałaby mieć pewność, że wzrok dzieci nie poniesie szkody. I z tego powodu prosi o odpowiedź na następujące pytania:

1) Czy odczytywanie zabarwionych liter i liczb może być szkodliwem?

2) Które barwy działają szkodliwiej?

3) Które dodatnio?

4) Czy lepsze są litery jasne na czerwonym tle, czy też ciemniejsze na białem?

Odpisałem tej pani, że kwestya jest niezmiernie doniosłą ze względu na wzrok dzieci szkolnych, że nie widząc tych barwnych tablic nie mogę dać odpowiedzi na postawione pytania. Prosiłem przeto o nadesłanie tych tablic i oświadczyłem, że ze względu na bliski termin Zjazdu lekarzy w Krakowie i ze względu na ważność sprawy, przedstawię takową areopagowi okulistów polskich.

Otóż wystarczy spojrzeć na rozwieszone tablice, by się przekonać, że w grę wchodzić może tablica z barwami białoczerwonymi, i to mianowicie tablica biała (tło białe) z czerwonymi literami, względnie cyframi, a nie odwrotnie. Zresztą chciałbym słyszeć zdanie innych Panów Kolegów.

Dyskusya. Majewski: Otrzymałem również zapytanie od tej pani i odpisałem, że mojem zdaniem odróżnić należy przedewszystkiem biegłe czytanie druku w książce, co jest dla oka pracą wogóle uciążliwą, od pokazywania poszczególnych dużych liter dzieciom przy pierwszej nauce czytania. Druk w książce powinien bezwarunkowo tworzyć z tem jak najsilniejszy kontrast, a taki dają tylko litery czarne bez połysku, na tle białem, również bez połysku i to muszą być litery czarne na tle białem, a nie odwrotnie bo w takim razie wchodziłaby w grę szkodliwa irradycya. Inna rzecz, gdy chodzi o pokazywanie dużych liter barwnych dzieciom uczącym się czytać. W zasadzie przyznać można, że to pod pewnymi warunkami i przy zastosowaniu pewnych ograniczeń na wzrok nie wywrze ujemnego wpływu, podobnie, jak nie może zaszkodzić oglądanie kolorowych zabawek, lub obrazków. Ale i tu dbać trzeba o to, ażeby kontrast barw był dostatecznie silny, a barwy wysyczone i zdecydowane. I tu należy unikać połysku, a zwłaszcza barw mieniających się. Na końcu dodałem, że właśnie do najszkodliwszych należałaby tego rodzaju kombinacya, jak ta, którą pani D. zastosowała na swych korespondentkach z hektografowanym kwestyonaryuszem: na brunatno-żółtem tle litery pisane atramentem fioletowym i mieniające się silnie barwą zieloną(!).

Czem podobna innowacya w elementarnej nauce czytania miałaby być usprawiedliwiona, czy zamiarem podniecenia uwagi, czy uprzyjemnienia i urozmaicenia nauki, czy innymi względami dydaktycznej natury, w to nie moją rzeczą jest wchodzić.

Koliński: Jestem przeciwny wprowadzaniu różnych kolorów do alfabetu i wogóle do druku, ponieważ taka pstrokaczna niszczy siatkówkę. To samo można powiedzieć o pstrokacznie posadzek w szkołach, złożonych z różnobarwnych cegiełek.

Koszutski: Uważam, iż kwestya postawiona przez kolegę Banneta jest sprawą nadzwyczaj ważną. Przełożona pensyi zwraca się do lekarzy-specjalistów z zapytaniem, czy wprowadzenie kolorowych liter, zamiast czarnych, do nauki czytania dla dzieci — w celu rzekomego, jak jej się zdaje, uprzyjemnienia im nauki — nie będzie szkodliwem dla wzroku tych dzieci. Otóż mojem zdaniem Zjazd powinien kategorycznie wypowiedzieć się tak lub nie.

O drukowaniu książek kolorowemi czcionkami oczywiście nie może być nawet mowy. Jednak używanie liter kolorowych — a szczególnie różnokolorowych, bo o taką »reformę« chodzi — nawet w dużych rozmiarach przy nauce czytania w szkole, uważam za rzecz nie tylko zbytęcną, lecz wprost szkodliwą. Różnokolorowość liter może męczyć szybciej wzrok dziecka, niż litery czarne. Kolorы mniej intensywne, o odcieniach jaśniejszych wymagały większego natężenia wzroku, względnie silniejszego oświetlenia tablic. Przy używaniu liter kolorowych, szeregiem naklejanych, niejednokrotnie zapewne używanoby papieru połyskującego, co przez refleksy mogłoby utrudnić pracę oczu dzieci. Mając na uwadze istnienie u pewnej odsetki ludzi niezdolności do odróżniania pewnych barw, czyli t. zw. daltonizmu, należy pamiętać o tem, że dziecko obarczone tą niezdolnością byłoby narażone przy takim »różnokolorowym« systemie liter na znaczne trudności w rozpoznawaniu liter. Wreszcie i z pedagogicznego punktu widzenia nie wiadomo, czyby nie był szkodliwym taki system, gdyż dziecko widząc jakąś literę np. »O« koloru zielonego mogłoby i inne litery, narysowane w kolorze zielonym uważać też za »O«, względnie odwrotnie nie rozpoznać drugiego »O«, narysowanego w kolorze czerwonym i t. p. Wreszcie zwracam uwagę, iż o ile Zjazd nie wypowie się kategorycznie w tej sprawie, i jedna przełożona wprowadzi u siebie ten »kolorowy« system, to za jej śladem mogą pójść i inne pensye, chcąc się stać modnemi i przez to może wyniknąć poważna szkoda.

Majewski: Ze względu na podniesienie przez kolegę Koszutskiego niebezpieczeństwa, a mianowicie możliwość, że aprobata sekcyi okulistycznej Zjazdu mogłaby przyczynić się do szybkiego rozpowszechnienia się tej innowacyi, i ze względu, że kontrola, czy nauczanie na barwnych literach odbywa się wśród warunków koniecznych, przezemnie wymienionych, byłaby wielce utrudnioną, zgadzam się, że lepiej i bezpieczniej będzie nie używać naszego *placet* tego rodzaju projektom.

Machek jest zdania, że wobec tego, że czarne litery na tle białem zostały powszechnie uznane przez świat naukowy za konieczny postulat higieny wzroku, przeto nie ma najmniejszej potrzeby, ażeby w tym względzie powodować aż uchwałę Zjazdu, a wystarczy zupełnie odesłać zapytującą do podręczników traktujących o higienie szkolnej, w których znajdzie wyłuszczenie kardynalnych zasad higieny wzroku.

Majewski Zgadza się również na to, że kwestyi takiej nie ma racji podnosić do rangi uchwał zjazdowych, i że wystarczy, jeśli kol. Bannet odpisze pani D. że zapytanie jej poddał pod dyskusję sekcya okulistycznej Zjazdu, która to sekcya oświadczyła, że proponowana przez nią reforma kryje w sobie takie niebezpieczeństwa i przedstawia takie niedogodności, iż ze względu na wzrok dzieci szkolnych musi być odrzuconą.

Postanowiono nie przedstawiać żadnego wniosku w tej sprawie komisji zjazdowej.

Posiedzenie 4-te dn. 20-go lipca o godz. 3-ej po południu.

Przewodniczy Koliński z Łodzi.

Obechnych 24-ech członków.

Szafnicki: *Ulcus serpens w okulistycznej klinice krakowskiej w latach 1909—1909.*

(Będzie publikowane *in extenso*).

Dyskusya. Rosenhauch zaznacza, że wysoki procent (50) gronkowców białych w latach 1904—6, można sobie chyba w ten sposób wyobrazić, że badający brali wydzielinę z powierzchownych warstw, lub z wydzieliny spojówkowej, a nie z nacieku owrzodzenia, w których w znacznej większości przypadków można stwierdzić obecność dwoinek zapalenia płuc.

Koliński zapytuje, w jakiej postaci stosowany był airol, t. j. czy pod postacią proszku, czy maści i to w jakiej koncentracji? Pytanie to wywołanem zostało zdziwieniem, że leczenie airolelem tak niekorzystne dało wyniki. Według moich kilkoletnich doświadczeń, leczenie airolowe wrzodu pęłzającego, daje świetne wyniki.

Wicherkiewicz: Airolu nie używałem wiele, ani długo. Gdy był w użyciu, stosowałem już to jako masć 10%, już to nawet w proszku. Jak panom niezawodnie wiadomo od szeregu lat, po poleceniach Stillinga, zaprowadziłem, tak w klinice, jakoteż

na oddziale moim w szpitalu krakowskim stosowanie pyoktaniny, która w pewnej mierze zasługuje na wyróżnienie przed innymi środkami w ropnych zapaleniach rogówki. Zwłaszcza w połączeniu z dioniną działa bardzo korzystnie i przewyższa wszystkie poprzednio wypróbowane środki. Odkąd jednak począłem doświadczać nowego środka nowojodyny stanowczo pod pewnym względem przewyższającego poprzednie, bliższe szczegóły ogłosiłem w Przeglądzie lekarskim, tu więc tylko dodam, że po uwzględnieniu momentów koniecznych po galwanokaustyce wrzodu posypuję rogówkę proszkiem nowojodyny *sine talco 10 ac bor 20 norocaini 0,8*. Ból proszek ten sprawia, ale tylko krótkotrwały. Bardzo dobrym okazuje się proszek ten przy operacjach powiek plastycznych, gdyż utrzymuje rany aseptyczne, a przepuszcza ewentualną wydzielinę.

Pierwotnie w ruch wprowadzony preparat był nowojodyna *talco xx*. Ale połączenie to drażniło bardzo rany, a zwłaszcza rogówkę. Dla tego radziłem Dr Scheuble fabrykantowi preparatu, by łączył go z kwasem borowym. Wyraził obawę, czy kwas borowy nie wywoła intoksykacji. Odpowiedziałem, że nie obawiam się tego dla przypadków okulistycznych, gdzie minimalnych używamy dawek. Inna rzecz oczywiście we wielkiej chirurgii.

Używam od ćwierć wieku przeszło proszku, który nazwałem kwasem borotanowym, składającego się z trzech części kwasu borowego a jednej taniny z najlepszym skutkiem przy rozmaitych sprawach spojówkowych także w jaglicy, a nigdy objawów intoksykacyjnych nie stwierdzałem.

Toczyski: Do wywodów prof. Wicherkiewicza dodaje, że w klinice lwowskiej używa się acidum boro-tannicum od szeregu lat z bardzo pomyślnym skutkiem.

Likiernik: Pyoktanina w 1% roztworze jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym, stosowanym 2 razy dziennie. Jednocześnie leczę *dacryocystitis*, która zawsze komplikuje cierpienie. Cięcie Saemisch'a, keratotomia jestrównież doskonałym środkiem, a kto ma do dyspozycji aparaty galwanokaustyczne, chętnie ich użyje tam, gdzie sprawa zajęła całą rogówkę.

Wicherkiewicz: Będąc asystentem Pagenstechera bardzo często widziałem i sam wykonywałem operację Saemisch'a. Robiłem ją później w praktyce prywatnej, ale odstąpiłem, bo skuteczną i bezpieczną może ona być wtenczas, gdy wrzód powstał z ropnia i interstycya rogówkowe przesączone są ropą. Wtenczas taka keratotomia ułatwia wyciśnięcie nacieków ropnych i dostęp środków odkażających ułatwia usunięcie nagromadzonej ropy, silnie włóknikowej. Jeżeli jednak wrzód szerokie zatoczył koło, rozcięcie rogówki szerokie prowadzi nieraz do nadwichnięcia soczewki,

pękania naczyń wskutek nagłego obniżenia napięcia i wielu innych przykrych następstw. Dla tego od szeregu lat zastępuję ją w celu usunięcia ropy dawniej praktykowaną paracentezą.

Koszutski: Czy w klinice krakowskiej próbowano, jako środka leczniczego przy *ulcus serpens*, stosowania pyocyjanazy. Ja osobiście w dwóch przypadkach *ulcus corneae*, w których zastrzyknąłem podspojówkowo pyocyjanazę — nie tylko nie miałem dodatniego wyniku, lecz nadto uboczne objawy były bardzo ciężkie — mianowicie silna bolesność, obrzęk spojówek i skóry powiek, dreszcze i t. d. Natomiast dobre wyniki miałem przy wstrzykiwaniu pyocyjanazy w *conjunctivitis membranacea*.

Wicherkiewicz: Pyocyjanaza była i przezemnie używaną przeciw wrzodom rogówkowym, ale z wynikiem wcale nie zachęcającym, przeciwnie zdawało mi się, że pod wpływem tego środka pozostała rogówka stopniała i przyszło do wypadnięcia soczewki. Podobny efekt miałem z *zincum sulphuricum* w 20% roztworze, zachwalanym już nie pomnę przez kogo. Ten silny roztwór cynkowy wacikiem stosowałem na nacieczone części rogówki, ale również z wynikiem niekorzystnym. Wogóle uważam to za rzecz wielce niesumienną na podstawie jakiegoś chwilowego wyniku korzystnego zachwalać jakiś środek niedostatecznie wypróbowany.

Przypuszczam, że pyocyjanaza może dobry wynik dawać w zapaleniach błonicych, a więcej jeszcze przeciw dyfteryi spojówki, przeciw której ona pierwotnie była przeznaczona, ale rogówka zbyt jest wrażliwa na ten środek.

Marczewski: Używałem przy *ulcus serpens* słabych roztworów protargolu, bezpośrednio po dioninie. Wyniki miałem bardzo dobre, lepsze niż po pyoktaninie z dioniną. Wypróbowałem surowicę Deutschmanna przy *ulcus serpens*, kilkadziesiąt flakonów w więcej niż dwunastu przypadkach, lecz absolutnie bez rezultatu.

Rumszewicz: Jeśli już mowa o stosowaniu surowicy, przypominam, iż stosował ją, mianowicie surowicę przeciwbłonicyą, lecz skutków nie spostrzegał. Chętnie ucieka się do cięcia Saemisch'a, prócz przypadków, gdy wylew ropy w komorze przedniej bardzo był znaczny ($\frac{2}{3}$ wysokości), lub też jednocześnie istniała *dacryocystoblennorrhoea*.

Szafrnicki: Nie wspominałem o sposobie Saemisch'a, o stosowaniu cynku 20% pyocyjanazy, gdyż środki te stosowano w tak małej ilości przypadków, że statystyki w tym kierunku przeprowadzić nie było można. Z tego też powodu nie wspominam również o działaniu nowojodyny.

Rumszewicz: »O mięsakach naczyńiówki«.

Mięsaki białe, zgoła barwika nie zawierające, dają się napotykać częściej znacznie niż dawniej utrzymywano i mogą wypełniać całą prawie gałkę. Stanowią one zatem postać odrębną, bynajmniej nie okres początkowy rozwoju mięsaka barwikowego.

Dla powstawania barwika przyjmują trzy źródła:

1) barwik istniejących chromatoforów;

2) barwik wtórnie ze krwi pochłonięty;

3) barwik przybłodka barwikowego jako taki i nadto przerobiony przez komórki te z pochłoniętych przez nie kulek krwi-tych.

Mięsaki naczyńiowe stanowią zupełnie wyraźne postacie. Najpospolitsze są peritheliomata. Siatkówka rzadko bardzo ulega nacieczeniu przez komórki mięsakowe. Zmiany spostrzegane w niej przy zrośnięciu z guzem zaszły na podziale na warstwy dodatkowe warstw jądrzastych i bardzo znacznem rozciągnięciu włókien podstawowych. Zmiany te powstają wskutek częściowego zrośnięcia i rozciągania siatkówki wskutek póżniejszego zwiększania się guza. W dwóch przypadkach spostrzegał oczepienie siatkówki.

Dyskusya. Rosenhauch: Znamienny przypadek obserwowano w klinice krakowskiej. Chory zgłosił się z guzem wśródgałkowym. E nukleacya. Badanie drobnowidowe: Mięsak biały. W dwa lata później ten sam chory zgłasza się do kliniki chirurgicznej, z olbrzymim tumorem wątroby. *Exitus laetalis*, a sekcya wykazała mięsak barwikowy. Czy nie możnaby w tym wypadku myśleć o przejściu bezbarwnego mięsaka w barwikowy?

Wicherkiewicz: Z własnego doświadczenia potwierdzić może niezbyt rzadką częstotliwość mięsaków bezpigmentowych ze zastrzeżeniem, iż niejednokrotnie jednak tu i owdzie kępki pigmentu znaleźć można. Po tej krótkiej wzmiance chciałbym zwrócić uwagę panów na rzadkie przypadki mięsaków nagałkowych, o których pierwotnie miałem mówić, ale, że sprawa ta obszerniej będzie drukiem ogłoszoną, więc tutaj tylko kilka uwag. W dwóch przypadkach rozchodziło się o mięsaki tak olbrzymie, pokrywające gałkę, że pozorowały narośl całej jamy i do wypaproszenia oczodołu były przeznaczone. Zrobiwszy jednak poprzednio przecięcie szpary w zewnętrznym kącie jałem się bliżej przypatrywać i mogłem się przekonać, że gałka, zrośnięta tylko rąbkami swym częściowo z naroślą, była zachowana. Udało mi się doszczętnie narośl usunąć i gałkę wraz z dostatecznym wzrokiem zachować.

W trzecim przypadku, gdzie narośl była wielkości pomarańczy zrobiłem wypaproszenie, a zrobiwszy przekrój przekonałem się, że gałka była prawie nienaruszona, a tylko całkowicie naroślą obrosła,

w jednym tylko miejscu istniał ściślejszy związek z brzegiem rogówki. Tu więc nie można było ani domyślać się, ani nawet, gdyby się udało stwierdzić całość gałki, takową zachować.

Wicherkiewicz: *»Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego«.*

Obok już ogłoszonych przypadków tego pasożyta spostrzegał autor wągra w ciałku szklistem tuż przy nerwie wzrokowym, operacja wykonana bardzo trudna dla położenia, udała się o tyle, iż usunięto pasożyta.

W innym przypadku wągra ciałka szklistego z powodu daleko rozwiniętych zmętnień ciałka szklistego operacja nie była możliwą, a w trzecim wagr podnaczyniówkowy usunięty ze znakomitym skutkiem po nacięciu twardówki.

W trzecim przypadku również wagr wśród mętów ciałka szklistego dał się bardzo dokładnie śledzić w swych ruchach i ze skutkiem operacyjnym prelegent usunął go. Czwarty przypadek wągra zrazu podsiatkówkowego, który potem dostał się do ciałka szklistego opisuje prelegent szczegółowo i odnośną chorobę zgromadzeniu przedstawia do wzniernikowania. Praca ukaże się w P. O.

Dyskusya. Rumszewicz: Zapytuje, jak często są spotykane w klinice przypadki wągra?

Koliński: Wągr oka spotyka się częściej tam, gdzie się więcej spożywa wieprzowiny. Tak np. w Łodzi, gdzie spożycie wieprzowiny jest duże, w ciągu pierwszych 15 lat mej praktyki obserwowałem 2 przypadki wągra (które już się dostały do literatury lekarskiej dzięki artykułowi ś. p. Dra Talki w Postępie okulistycznym p. t. *»Wągr z Polsce«*). W ciągu następnych lat 15, odkąd została wybudowana wspaniała rzeźnia miejska i zaprowadzone sumienne badanie mięsa, nie miałem sposobności widzenia tego pasożyta w oku.

Likiernik: U nas rzadkie są wypadki wągra. Między innymi obserwowałem pod spojówką pęcherzyk wągra.

Rosenhauch: Wiadomą jest sprawą, jak trudne jest nieraz rozpoznanie wągra wśródgałkowego. Każdy szczegół, który mógłby choć odrobinę rozpoznanie ułatwić, powinno się przeto z radością powitać.

Badania krwi w ostatnich latach zyskują coraz więcej na znaczeniu. Przed niedawnym czasem zwrócono uwagę, na występywanie eozynofili w przypadkach obecności wągra w organizmie. Badania te zastosowano w klinice krakowskiej i w ostatnim przypadku, na razie jednak materiały to zbyt mały, aby z tego wyciągać wnioski. Wspominam o tem dlatego, aby zwrócić uwagę na ten szczegół i zachęcić do badań, bo wobec rzadkości podobnych

przypadków tylko zbiorowe obserwacje i badania mogą sprawę tę wyjaśnić.

Koszutski: Nawiązując do przemówienia kol. Rosenhaucha co do dyagnostycznej wartości zwiększania się ilości eozynofilów we krwi przy wągrze oka, zwróciłbym uwagę na to, iż i w tych razach trzeba być ostrożnym w rozpoznaniu. Przypadek obserwowany przeze mnie przed dwoma laty, gdzie w ciałku szklistem była dwa pojedyncze pęcherzyki, lśniąco białe, w górnej części gałki. Pierwsza myśl była o wągrze oka. Badanie kału raz wykazało obecność jajek pasożyta, następne zaś kilkakrotne badania nie wykazały już jajek. Badanie krwi wykazało zwiększoną ilość eozynofilów. Dłuższa obserwacja jednak dowiodła, iż w danym wypadku miało miejsce gruźlicze schorzenie naczyńki.

Rosenhauch: Zaznacza w odpowiedzi Drowi Koszutskiemu, że eozynofilię uważa tylko za szczegół rozpoznawczy. W przypadku podanym przez kol. Koszutskiego stwierdzono w kale jaja pasożyta. To wystarcza. Eozynofila ma nam mówić o obecności węgry w organizmie, lecz wcale go nie umiejscawia.

Machek: *»O plastyce brzegu powiekowego«*.

W r. 1897 podał własny sposób operowania wrostu rzęs¹⁾, który polega na tem, że do ranki międzyrąbkowej wsuwa się podłużny płatek skóry z górnej powieki, tworzący wysepkę naokoło od skóry oddzieloną, a pozostającą w związku z powieką tylko za pośrednictwem tkanki podskórnej. Tkanka ta jest podatną, tak że płatek da się z łatwością przesunąć i należyście umieścić w ranie międzyrąbkowej. Płatek stanowi teraz brzeg powieki plastycznie wytworzony i dlatego operacja stanowi odrębny rodzaj plastyki powiekowej.

Myśl operacji różni się od dotąd używanych. Do plastyki nie służy uszypułkowany płatek (Jacobsohn, Watson) ani wolny płatek (Waldhauer) lecz przesunięta wyseпка skórną. Oryginalność pomysłu potwierdza Elschmig w drugim wydaniu *»Nauki o operacjach ocznych«* Czermaka²⁾.

Tę samą operację opisuje trzy lata później Peters³⁾ a w r. 1910 L. Blaskovits⁴⁾ zaleca jej wykonanie doradzając, aby przesunięta wyseпка była wązka.

Prelegent mówi o wykonaniu i zaletach operacji. Na klinice okulistycznej i oddziale ocznym we Lwowie wykonano przeszło 300 operacji tą metodą.

¹⁾ Centralblatt f. Augenheilkunde. 1897, Z. 2.

²⁾ Elschmig-Czermak. 2 Wyd, pag. 170. I.

³⁾ Jahresberichte für Ophthalmologie. 1900 p. 352.

⁴⁾ Klinische Monatsblätter f. Aug. 1910. Marzec.

Wicherkiewicz: »Doświadczenia nad własnym sposobem operacyi podwinięcia i dwurzędności rzęs«.

Operacya podana przez autora w r. 1887 uproszczona w dalszych latach, a dająca zawsze pewne wyniki polega na rozpołowieniu brzegu powiekowego celem przemieszczenia pasa rzęsowego i utrwaleniu położenia tegoż przez przemieszczenie wolnego płata skórniego. Prelegent wytyka niewłaściwość nazwy nadanej swej operacyi przez Niemców jako operacyi Jaesche-Arlt-Waldhauer.

Praca ukaże się w druku.

Dyskusya nad oboma powyższymi referatami.

Likiernik: Operacyę Macheka należy uważać jako prawdziwy postęp w chirurgii brzegu rzęskowego powiek, który można zastosować ambulatoryjnie przy istnieniu entropion.

Koliński: Operacyę prof. Macheka wykonywałem od czasu jej ogłoszenia wielokrotnie. Nawrotu nie było, ale ma ona jeden ważny brak: Wysepka skóry wszczepiona w brzeg powieki, jest zbyt ruchomą i albo się podwija (do oka) albo też sterczy na zewnątrz, co sprawia nieestetyczny wygląd. W roku 1903 podałem w czasopiśmie lekarskiem modyfikacyę tej operacyi. Polega ona na tem, że przy operacyi uwzględnioną została chrząstka powieki. Operacya ta stosuje się przeważnie w przypadkach zaniedbanych, gdzie oprócz podwinięcia rzęs, chrząstka jest skrzywioną i zgrubiałą. Operacya zmodyfikowana w sposób opisany *loco citato*, nigdy nie daje nawrotów; powieka przybiera prawie normalny wygląd, oko zupełnie wolne jest od podrażnienia. Obserwowałem niedawno przypadki operowane przed 8 laty. Operowani uważają się za zdrowych zupełnie.

Kramsztyk: Entropion powstaje nie przez kurczenie się blizny, tylko przez starcie tylnej wargi brzegu powiekowego, czego dowodzi zachowanie się gruczołów Meiboma. Racyonalne usunięcie wady, to jedynie odtworzenie brzegu. Pasek skóry ma tę wadę, że posiada drobne włoski, meszek drażniący. Dla tego oddawna przeszedłem do błony śluzowej wargi. Ale trudno wyciąć zawsze pasek należytej szerokości i o równoległych brzegach. Dla uzyskania tego celu kazałem zrobić nożyk o dwu ostrzach w stałym oddaleniu ustalonych. Rzecz ciekawa, że w razie zbytnej szerokości paska, załamuje się on ku tyłowi i część jego stanowi już nie brzeg powiekowy, ale dolną część tylnej spojówkowej powierzchni powieki, granica tych dwóch odcinków, nowa warga brzegu jest bardzo ostro zarysowana.

Wicherkiewicz: Meszki oczywiście byłyby bardzo niepożądaną rzeczą, ale jeżeli płatek starannie podcięciem z tkanki podspojówkowej przygotowujemy, to one nie powstaną, bo ich cebulki

zniszczymy. Powstaną tylko rzęsy z cebulek pozostawionych przezemnie to znaczy *distichiasis secundaria*, a ta da się jak powiedziałem, bardzo łatwo usunąć.

Koszutski: Chciałbym prosić prof. Macheka o informację, czy przy swojej operacji, po przesunięciu płata skóry, nakłada szwy i w którym miejscu.

Wicherkiewicz: Operacja Hotza zawodzi, gdy niedostatecznie zrobiona. Nieraz zniewolony byłem naprawić wadliwie wykonaną i to z dobrym i trwałym skutkiem. Cięcie robimy powyżej dolnego brzegu chrząstki, przez skórę wycinamy pasek mięśnia tarsalnego, a następnie przeprowadzam szwy przez skórę mięśnia i *epitarsus*. W ten sposób przytwierdzamy skórę z rzęsami do chrząstki i osiągamy skutek natychmiastowy i trwały. Ten sam skutek osiągam nieraz przy słabszych stopniach podwinięcia rzęs górnych powiek, przez cięcie skórne i mięśniowe, a następnie przypalenie tkanki epitarsalnej nad rzęsami. Po wytworzeniu się blizny podskórnej rzęsy wywracają się dostatecznie. Oczywiście, jeżeli sprawa zbliźnowacenia spojówki postępuje, trzeba później zrobić zabieg dalszy.

Rumszewicz: Widział bardzo wiele przypadków operowanych sposobem transplantacji, lecz sporo było wypadków niefortunnych. Nie tylko skóra, lecz nawet błona śluzowa nie mogą zastąpić brzegu powiekowego. Wogóle jest zdania, że podział powieki na dwie blaszki, z których rzęsy mają być tylko na blaszce zewnętrznej, jest możebny w powiece mało zmienionej. Inaczej rzecz się ma z powieką po zwyrodnieniu jaglicowem, gdyż tam najpierw brzeg powieki jest zupełnie zaokrąglony, powtórę rzęsy znajdować się mogą również w blaszce wewnętrznej. Nie ma przeto zaufania zupełnego do sposobów operacyjnych mających w zasadzie podział powieki na dwie blaszki.

Machek: Szwy się zakłada w górnej ranie. W dolnej tylko wyjątkowo, a jeżeli płaty są dobrze przycięte, to i szwy są zbyteczne. Co do operacji Wicherkiewicza, to dodaje, że Niemcy twierdzą, że płąt górny, wzięty z powieki wkładał pierwszy Waldhauer do ranki międzyrąbkowej, dlatego tę operację nazywają oni operacją Jaesche-Arlt-Waldhauer. Jest rzeczą bardzo łatwą sprawdzić w literaturze daty odnośnych publikacji i rozstrzygnąć w ten sposób prawo pierwszeństwa.

Kuniewski: W swej praktyce szpitalnej, gdzie względy kosmetyczne odgrywają rolę podrzędną, przekonał się, że najpraktyczniej jest operować sposobem Flarera, polegającym, jak wiadomo, na zupełnem odcięciu przedniej krawędzi brzegu powiekowego z całym szeregiem rzęs źle rosnących oraz z ich cebulkami.

Zabieg ten, ma przynajmniej tę zaletę, że może być wykonany ambulatoryjnie i wyklucza już napewno obawę nawrotu.

Po wyczerpaniu dyskusyi Wicherkiewicz zawiadamia, że jest jeszcze jeden wniosek do ewentualnego przedłożenia nieustającej komisji zjazdowej, mianowicie w sprawie wydania przepisów i ograniczeń mających obowiązywać optyków przy sprzedaży szkielek, które niejednokrotnie sami kupującym dobierają, oraz co do kontroli dokładności wykonania przez okulistów przepisanych okularów.

Koliński sądzi, że nie przystoi lekarzom stwarzać względnie przyczyniać się do wydawania nowych przepisów administracyjnych, czy nawet policyjnych i że lepiej przejść nad tym wnioskiem do porządku dziennego.

Machek zwraca uwagę, że jednak jakaś kontrola jest konieczna, przynajmniej dla uzyskania gwarancji, że przepisy na okulary wydane przez okulistów są ściśle i dokładnie przez optyków wykonywane.

Majewski: Wykonuję zawsze osobiście tę kontrolę. Optycy mają zalecone, każdą wedle recepty sporządzoną parę okularów przysłać mi przed wydaniem klientowi do sprawdzenia. Po zmierzeniu szkielek sferometrem, o ile niema żadnej niedokładności ani pomyłki przybijam pieczętkę na recepcie, że szkła są wykonane według przepisu i kładę swój podpis. W ten sposób i wilk jest syty i koza cała, chorzy zadowoleni są, że odpowiedzialność za numer szkielek bierze na siebie lekarz, a nie kupiec, a optycy poddają się chętnie i bez szemrania tej kontroli, upatrując nawet pewną moralną korzyść dla siebie w takim poświadczeniu w ścisłego wykonania przepisu.

Wicherkiewicz podnosi w zasadzie potrzebę ograniczenia samodzielnej sprzedaży szkielek i dobierania ich przez nieukwalifikowanych do tego optyków, a zwłaszcza przeciwdziałania coraz liczniej i na wielką skalę powstającym zakładom znanym pod nazwą »Okularyów« i piętnuje jako niegodne stanu lekarskiego postępowanie tych okulistów, którzy dają się do handlów tych angażować na płatnych funkcyonaryuszach. Mimo tego nie sądzi, żeby uchwała sekcji mogła zmienić ten stan rzeczy, który wymaga daleko idących reform w ustawodawstwie.

Postanowiono nie przedstawiać komisji zjazdowej żadnego wniosku w tej sprawie.

Majewski: *«Nowy refraktometr, demonstracja przyrządu, i objaśnienie metody badania».*

Przyrząd ten, służący do oznaczania refrakcyi sposobem podmiotowym, oparty jest na zasadzie doświadczenia Scheinerow-

skiego. Oko badane spogląda przez trzy blisko siebie położone otworki w metalowej płytce na punkcikowaty obrazek płomienia lampy lub świecy, wytworzony przez silną, wypukłą soczewkę ruchomą i wraz z tą soczewką przesuwalny wzdłuż osi przyrządu. Oba boczne otworki opatrzone są z barwnych szkieł wyszlifowanymi cylindrami, które przekształcają obrazek jasnego punktu w dwie równoległe barwne linie świetlne. Otworek środkowy jest wolny i nie zmienia w niczem obrazka punktu świetlnego. Przed okiem badanem umieszczona jest stale druga soczewka wypukła i to w takiej odległości, że jej ognisko tylne przypada na przedni punkt ogniskowy oka, znajdujący się, jak wiadomo, około 14 mm przed środkiem rogówki. W miejscu zaś przedniego ogniska wspomnianej soczewki stałej znajduje się punkt zerowy podziałki, odpowiadający emmetropii. Jeśli tu umieścimy obrazek punktu świetlnego, wtedy dla oka miarowego obie barwne linie nakryją się i przezną się, jako jedna linia, ze środkowym punktem świecącym. Ażeby w przypadku myopii otrzymać taką samą fuzyę obrazu stenopeicznego, trzeba odpowiednio zbliżyć zapomocą soczewki ruchomej punkt świetlny ku badanemu oku i ku soczewce stałej. W tym też kierunku biegnie od zera podziałka, której stopnie odpowiadają dyoptryom myopii. W przeciwnym kierunku biegnie podziałka odpowiadająca hypermetropii. Przyrząd podaje refrakcyę tego przekroju gałki ocznej, który leży w linii prostej łączącej trzy otworki stenopeiczne. Płytkę z otworkami można jednakowoż okręcać i w ten sposób oznaczać refrakcyę kolejno w różnych południkach, a tem samem w danym razie określić rodzaj i stopień astygmatyzmu.

Wicherkiewicz zamykając obrady sekcji dziękuje obecnym za współudział.

Prof. Machek wyraża imieniem gości wdzięczność prof. Wicherkiewiczowi za podjęte trudy w sprawie przygotowania i organizacyi prac sekcji okulistycznej. Następny zjazd prawdopodobnie nie będzie się mógł odbyć ani w Poznaniu, ani w Warszawie, a zatem odbędzie się niezawodnie we Lwowie, a jemu przypadną wtedy obowiązki gospodarza sekcji. Zaprasza zatem obecnych, aby na ten przyszły Zjazd, jaknajliczniej z pracami naukowemi do Lwowa zjechali.

Zjazd Towarzystwa okulistów francuskich w Paryżu od dnia 1-go do 4-go maja 1911 roku.

[Ref. K. W. Majewski].

Posiedzenie 1-sze. dnia 1-go maja 1911 roku.

Przewodniczący prof. Wicherkie wicz.

Rollet (Lyon). *Gruźlica dróg łzowych.*

Przedstawiając historyczny rozwój poglądów na istotę i leczenie gruźlicy dróg łzowych, omawia prelegent patogenezę i statystykę tego cierpienia. Występuje ono przeważnie u osobników obciążonych gruźlicą dziedzicznie i okazujących najczęściej znamiona gruźlicy gruczołowej, gruźlicy kości i stawów, lub conajmniej objawy skrofuliczne. Wedle doświadczenia autora, gruźlica dróg łzowych nie jest tak rzadką, jakby się to mogło wydawać z małej stosunkowo liczby ogłaszanych przypadków. Materiał lądunskiej kliniki ocznej wykazuje 8% gruźlicy wśród przypadków chorób przewodu nosołzowego. Przewaga jest po stronie płci żeńskiej (70%) i wieku młodocianego (przeciętnie 19-ty rok życia). Przeważnie cierpienie występuje jednostronnie. Obustronne zmiany widział w $\frac{1}{5}$ części przypadków. Zajęcie gruźlicze przewodów łzowych występuje albo pierwotnie, bez udziału części sąsiednich powiek spojówki, skóry twarzy, nosa etc., albo następowo, a wtedy pierwotne ognisko znajduje się częstokroć w nosie, kościach oczodołu, a także pod postacią wilka skóry twarzy, lub spojówki. Pod względem obrazu klinicznego rozróżnia autor cztery odmienne postacie: Postać grzybiasta (*fungus*) bez skłonności do ropienia i do przebiecia. Druga postać, której głównym objawem jest łzawienie wywołane pierwotnem gruźliczem zwężeniem przewodu; trzecia postać znamionuje się ropieniem i rozstrzenią woreczka łzowego z objawami ropnia zimnego; wreszcie czwarta postać, w której występuje zserowacenie nacieków gruźliczych, powstawanie owrzodzeń, przetok, przyczem sprawa szerzy się zajmując tkankę okołoworeczkową, okosną i kości otaczające przewód nosołzowy. Oprócz tych wymienionych postaci zachodzą przypadki gruźliczej sprawy pierwotnej w otoczeniu woreczka łzowego, opisywane jako *abscessus frigidus praelacrymalis*.

Rozpoznanie może być postawione niejednokrotnie na podstawie samych tylko objawów klinicznych, we wielu jednak razach wymaga potwierdzenia sposobami laboratoryjnymi, między którymi

pierwszeństwo należy się bakterjologii, mianowicie metodzie szczepienia wyciętych cząstek zwierzętom, podczas gdy badanie histologiczne zazwyczaj nie dostarcza rozstrzygających wskazówek. Przy badaniu klinicznem należy wykluczyć zwyczajny śluzoropotok woreczka łzowego, sprawy kiłowe, ziarniniaki, nowotwory, promienicę, trąd, zajęcie okolicznych kości, zapalenie okostnej etc.

Rokowanie jest na ogół względnie korzystne. Sprawa miejscowa, mimo skłonności do nawrotów, daje się zazwyczaj doszczętnie wyleczyć, a następowe powikłania ogólne należą raczej do wyjątków.

Co do leczenia pozostawia prelegent na boku wstrzykiwania tuberkuliny, wymagające jeszcze dalszych doświadczeń, a główny nacisk kładzie na leczenie miejscowe. Przestrzega przed zbyt energicznem przestrzykiwaniem i sondowaniem, bo mogą stąd powstać niebezpieczne zaostżenia sprawy zapalnej. Najlepszy sposób leczenia stanowi, jego zdaniem, doszczętne wyluszczenie woreczka łzowego, w razie potrzeby także wypalenie *termokauterem* pozostałych w otoczeniu nacieków gruczliczych.

Diskusya:

Abadie (Paryż): uważa za stosowniejsze przed przystąpieniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego przeprowadzić odpowiednie zachowawcze leczenie miejscowe, a także ogólne. Zaleca wstrzykiwania oliwy jodoformowej albo gomenolowej. Wewnętrznie podaje jodogenol przez miesiące całe po 30 kropel dziennie. Chorych wysyła nad morze, zaleca gwałtowne wcierania w piersi i spożywanie surowego mięsa.

Vacher (Orlean): Oddaje również pierwszeństwo, przed wyluszczeniem woreczka, przestrzykiwaniom tegoż zapomocą środków przeciwnilnych, stosowaniu wody utlenionej, kwasu chromowego, mlekowego etc. Radzi również zakładanie na stałe srebrnego zgłębnika dla utrzymania drożności przewodu łzowego.

Lapersonne (Paryż): Radzi, zamiast rozróżniać pierwotną i następową gruczlicę dróg łzowych, dzielić przypadki na takie, w których zakażenie gruczlicze przyszło do skutku w samym narządzie łzowym i na takie, w których sprawa gruczlicza z otoczenia *per continuitatem* przeszła na woreczek łzowy. Jest za energicznem zniszczeniem i usunięciem wszelkich nacieków i równoczesnem przywróceniem drożności przewodu. Opisuje przypadek, w którym chora z gruczliczą przetoką woreczka łzowego przez ciągłe ocieranie łez przeniosła sobie gruczlicę na palec.

Dianoux (Paryż): Widzi pewną sprzeczność w tem, że Rollet z jednej strony określa gruczlicę dróg łzowych, jako sprawę

łagodną, zdolną nawet do samoistnego wyleczenia, z drugiej zaś strony zaleca doszczętną operację chirurgiczną, jak przy nowotworach złośliwych. Bardziej polecenia godnem jest leczenie więcej zachowawcze polegające na wyłuszczeniu nacieków, pędzlowaniu nalewką jodową, albo roztworem nadmanganianu potasowego i zakładaniu sondy Webera.

Sulzer (Paryż): Zwraca uwagę na różne inne zakażenia, które towarzyszą gruźlicy dróg łzowych, lub też ją poprzedzają. Twierdzi on, że w większości przypadków gruźlica zaszczerpia się i rozwija na terenie już poprzednio zakażonym przez gronkowce, paciorkowce, pneumokoki etc. Często też powstaje u osobników dotkniętych kiłą. W innych razach do gruźlicy woreczka łzowego dołącza się zakażenie ropne mieszane. Leczenie tych pierwotnych, towarzyszących, lub wtórnych zakażeń wpływa korzystnie na przebieg sprawy gruźliczej. Z tego względu przypomina Sulzer o wstrzykiwaniach surowicy przeciwgronkowcowej, podawaniu drożdży piwnych, o przestrzykiwaniach izotonicznym, wyjałowionym roztworem soli.

Wicherkiewicz (Kraków): Obecność grzybiastych wyrosła gruźliczych nacieków w woreczku łzowym zdradza się częstokroć przez to, że płyn wstrzykiwany nie przechodzi do nosa mimo, że grubsza nawet sonda nie napotyka oporu i daje się wprowadzić przebiegając z łatwością miękką tkankę gruźliczą. O ile gruźlica przyroda cierpienia została stwierdzoną, uważa za wskazane wyłuszczenie woreczka łzowego i doszczętne usunięcie otaczających nacieków. Dobre wyniki uzyskał przez wstrzykiwania nowojodyny i uważa dalsze próby z tym środkiem za pożądane. Równie skuteczne są wstrzykiwania helolu wprost w nacieki gruźlicze, takie, których się operacyjnie nie chce lub nie może usunąć. W każdym przypadku gruźlicy dróg łzowych wskazane jest leczenie ogólne wzmacniające.

Fage (Amiens). *O śluzoropotoku woreczka łzowego u noworodków.*

Zakażenie wychodzi zazwyczaj z worka spojówkowego, może jednak, jeśli przewód łzowy jest drożny, pochodzić z jamy nosa. W przeważnej części przypadki są lekkie i leczą się samoistnie, albo też przez przestrzykiwania i sondowanie. W cięższych przychodzi do powikłań, powstają ostre ropnie i przetoki. W etiologii cierpienia odgrywa rolę częstokroć kiła, gruźlica, a także uszkodzenia urazowe, zwłaszcza przy zakładaniu kleszczy porodowych.

Ostwald (Paryż): *Stałe drenowanie dróg łzowych.*

Prelegent pokazuje narzędzia, których używa do stałego drenażu dróg łzowych, objaśnia sposób ich wprowadzania i podaje

znakomite wyniki, jakie zapomocą tej metody uzyskuje w przypadkach opierających się innym sposobom leczenia.

Aubaret (Bordeaux): *O zastosowaniu radiografii w rozpoznawaniu chorób dróg łzowych.*

Prelegent wstrzykiwał do przewodułzowego mieszaniny nieprzepuszczalnej dla promieni Röntgena, mianowicie minię, lub *bismuthum subnitricum* w połączeniu z wazeliną i parafiną. Objawów zatrucia nie potrzeba się przytem obawiać. Otrzymane następnie zdjęcia roentgenograficzne mogą posłużyć nietylko do bliższego poznania wewnętrznych stosunków woreczka i dróg łzowych *in vivo*, w stanie prawidłowym, ale także ułatwić poznanie zmian w stanach nieprawidłowych i osądzenie wpływu oraz skuteczności zabiegów leczniczych, tak konserwatywnych, jak i radykalnych.

Chevallereau (Paryż): *Chorioiditis disseminata exsudativa genitalnego pochodzenia.*

Opis czterech spostrzeżeń jednostronnego, rozsianego zapalenia naczyńiówki z pogorszeniami w okresach miesięcznych u kobiet cierpiących na zaburzenia regularności. Autor przypuszcza wpływ trujących wytworów ciałek żółtych.

Armaignac (Bordeaux): *Prawie całkowite, wrodzone zaćmienie obu rogówek u dwojga dzieci jednej rodziny.*

Zarówno wywiady, jak i badania w kierunku *lues* ujemne. Wejrzenie zaćmień rogówkowych przemawia jednak za przebycią w łonie matki *keratitis parenchymatosa diffusa*.

Posiedzenie 2-gie. dnia 2-go maja przedpoł.

Przewodniczący Bourgeois (Reims).

Gouin (Lozanna): *O nowym sposobie operacyjnym wydłużenia mięśnia,*

Prelegent zaleca modyfikację sposobu Landolta, przy której zakładanie skośnego szwu przez mięsień jest zbyt ciężkie i dlatego nie zachodzi obawa, żeby kierunek działania wydłużonego mięśnia miał ulec zmianie. Operacja ta ma zastąpić tenotomię w przypadkach, gdzie antepozycja antagonisty nie daje dostatecznego wyniku. Nadaje się zarówno do leczenia zeza towarzyszącego, jak i porażennego.

Motais (Angers): *O szwie poprzecznym w operacjach na mięśniach ocznych.*

Szew poprzeczny zapobiega rozluźnieniu nitek przewleczonej przez międzywłókienkowe *interstitia* ścięgna mięśniowego.

Motais zakłada pętlę przez ścięgno, obejmującą $\frac{2}{3}$ jego szerokości. Przednie końce nitek przeciąga przez tkankę przytwardówkową, wyprowadzając je naprzeciw przyczepu mięśnia w pobliżu brzegu rogówki. Teraz przecina ścięgno i pociąga je zapomocą pętli ku przodowi, poczem wiązuje nitki poprzecznie ponad końcem ścięgna.

Moreau (St. Etienne): *O wyjmowaniu zaćmy w torebce.*

Prelegent u 36 chorych wykonał operację zaćmy sposobem podanym przez majora Smitha, jednak uzyskał wyniki niezbyt zachęcające. W dwóch przypadkach przyszło do znacznej utraty ciała szklistego, a średnia bystrość wzroku obracała się około $\frac{1}{4}$ mimo, że Smith twierdzi, że doraźne wyniki optyczne po jego operacji mają być świetne. Moreau wskazuje na niski poziom kultury ludności wschodnio-indyjskiej, której do jej prymitywnych zajęć bardzo mierna poprawa wzroku z pewnością już wystarcza.

W dyskusyi Vacher wyraża przekonanie, że wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce sposobem Smitha nie może zastąpić naszej powszechnie używanej metody operacyjnej, która jedynie zapewnia dobre, a nawet znakomite wyniki optyczne. Z tego też powodu nie odczuwa się potrzeby szukania i wprowadzania nowych metod, a zwłaszcza takich jak operacja wschodnio-indyjska, technicznie trudniejsza do wykonania, przedstawiająca większe niebezpieczeństwo powikłań, a dająca mniejsze widoki korzystnego wyniku.

Van Lint (Bruksela): *Operacja zaćmy z plastyką spojówkową.*

Ustalenie gałki zapomocą pęsety, którą chwyta się ścięgno mięśnia prostego dolnego, powieki zaś rozwiera się palcami. Okrojenie spojówki gałkowej dookoła dolnej połowy brzegu rogówkowego i podminowanie jej aż po pęsetę. Następnie przeprowadzenie szwów przez spojówkę, po obu stronach rogówki, tego rodzaju, żeby po wykonaniu ekstrakcyi zapomocą dolnego cięcia płatowego, ściągnięcie nitek przesunęło spojówkę ponad ranę, nad dolną część rogówki. W ciągu kilku dni następnych spojówka sama cofa się i odsłania całą rogówkę.

W dyskusyi Kalt (Paryż) przypomina, że sam oddawna zakłada przy operacji zaćmy szew rogówkowy, przyczem operacja jest mniej skomplikowana i daje zupełnie zadawalniające wyniki.

Bourgeois (Reims): *O irydokapsulektomii.*

Operacja ta ma na celu stworzenie jak największego otworu w przypadkach zarośnięcia źrenicy przy braku soczewki. Zapomocą ostrej igły lancetowatej (*broad needle*) wchodzi się, w odległości 3—4 mm od dolnego brzegu rogówki, do przedniej komory i robi

się otwór w środku *membrana iridocapsularis* w postaci butoniery. Następnie przez ranę rogówkową wprowadza się płasko haczyk tępy Tyrela i zahaczając brzeg butoniery wydobywa się nim błonę na zewnątrz, odcinając tuż na brzegu tkanki rogówkowej nożyczkami Weckera możliwie największy z niej kawałek.

Vacher i Denis (Orlean): *Sposób uniknięcia niezamierzonej irydektomii podczas cięcia płatowego.*

Jeżeli po wykonaniu punkcji i kontrapunkcji ciecz wodna przedwcześnie odpłynie i tęczówka nałoży się na ostrze noża, zalecają autorowie wyjąć nożyk, a w jego miejsce przez te same otwory od strony kontrapunkcji wprowadzić stylecik. Pod jego ochroną można z łatwością po ponownem wprowadzeniu nożyka dokończyć cięcie bez uszkodzenia tęczówki. Postępowanie to ma i tę zaletę, że wprowadzony stylecik równocześnie ustala wybornie gałkę oczną.

Lakah (Paryż): *O niektórych powikłaniach występujących po operacji zaćmy, jeśli przednia komora nie odrazu się odtwarza.*

W razie utworzenia się przedniego zrostu tęczówki, radzi prelegent odnowić cięcie i zrost haczykiem lub szpatułką rozerwać.

Duclos (Paryż). *Badania nad florą bakteryjną spojówki w przebiegu operacji zaćmy.*

Badania bakteryologiczne wykonywane były przed operacją, przed i po wypłukaniu worka spojówkowego roztworem sinku rtęci $\frac{1}{4}\%$, a następnie w 3—5 dni, przy pierwszej zmianie opatrunku. Zawsze znajdowano gronkowca białego, po operacji zwykle w zwiększonej ilości. Obecność tego gronkowca w niczem nie wpływała na przebieg pooperacyjny. Poza tem spotykano prawie zawsze *bac. xerosis*, prątek Pfeiffera w jednym przypadku, *Morax Axenfelda* w 9 przypadkach, *pneumokoki* Fraenkla w 3 przypadkach. Wypłukanie sinkiem rtęci nie wyjaławia w zupełności worka spojówkowego, ale znacznie zmniejsza ilość bakterii. Najniebezpieczniejsze są *pneumokoki*, te bowiem głównie znajdowano w przypadkach poważniejszych zakażeń.

Jacqueau (Lyon). *Samoistne zwichnięcie obu przeźroczystych soczewek do przedniej komory.*

U 32 letniego mężczyzny przyszło w przeciągu 2 miesięcy bez widocznego powodu najpierw na jednym, potem na drugim oku do zwichnięcia przeźroczystej soczewki do przedniej komory. Na jednym oku przebieg był pomyślny, zaś na drugim przed wycięciem soczewki przyszło do następowej jaskry krwotocznej. Prelegent, który już dawniej znał chorego, stwierdził u niego drganie

tęczówki. Jako przyczynę zwichnięcia uważa on wrodzone zwiótczenie więzadełka Zinna.

Dehenne i Bailliard (Paryż). *Przypadek wrodzonego, rodzinnego zwichnięcia soczewki.*

Chodzi o rodzinę, której członkowie w kilku pokoleniach dotknięci są wrodzonym zwichnięciem soczewek. Autorowie przypuszczają kiłę wrodzoną, która wywołuje w życiu płodowym pewne zmiany zapalne ciała rzęskowego, wywołujące ze swej strony zwiótczenie więzadełka Zinna i zwichnięcie soczewki.

La f o n (Périgueux): *Zapalenie współczulne.*

Opis przypadku zapalenia współczulnego przebiegającego pod postacią *uveitis serosa* z zejściem pomyślnem po wyjęciu oka sympatyzującego.

Demets (Antwerpia): *Octan ołowiowy w leczeniu jaglicy.*

Autor stosuje na spojówkę odwróconych powiek pastę z octanu ołowiowego zarobionego z wodą, pozwalając jej działać przez dwie minuty, poczem wypłukuje worek spojówkowy wodą i poleca robić okłady z wody ołowiowej dla usunięcia objawów odczynu zapalnego. Jeśli się poprzednio zapaści kokainę, bolesność nie ma być wielka. Autor sposób ten uważa za szczególnie wskazany w przypadkach bujnych granulacyi, które nie okazują skłonności do zbliźnowacenia i tam gdzie niema jeszcze zmian w chrząstce. Stosowanie pasty powtarza nieraz kilkakrotnie, unikając jednak okresów zaostrzenia stanu zapalnego. Łuszczeńka natomiast nie stanowi przeciwwskazania. Metoda ta ma dawać znakomite wyniki. Na 1500 leczonych w ten sposób chorych, tylko w 10 przypadkach powstały inkrustacye ołowiowe na rogówce.

Posiedzenie 3-cie. dnia 2-go maja popoł.

Przewodniczący C o p p e z (Bruksela).

D u f o u r (Nancy): *Równania dyoptryki ocznej.*

Prelegent przedstawia równania Gullstranda odnoszące się do dyoptryki ocznej i nie nadające się do rozbioru w krótkim streszczeniu. Teoretyczne te rozważania doprowadziły Gullstranda do wprowadzenia niektórych doniosłych ulepszeń technicznych w zakresie praktycznej okulistyki, jak n. p. sporządzanie t. zw. asferycznych szkieł dla operowanych na zaćmę i konstrukcyja wzierników ocznych wolnych od szkodliwych refleksów światła.

Coppez (Bruksela): *O powikłaniach afrykańskiej gorączki powrotnej.*

Afrykańska gorączka powrotna różni się od europejskiej tem, że pierwszy napad bywa bardzo lekki i nie trwa zwykle dłużej jak trzy dni, ale natomiast nawrotów bywa wiele, średnio 5—6. *Spirochaete Duttonii*, która chorobę wywołuje jest dwa razy dłuższa od *Spirochaete Obermeieri*. Najczęstszem powikłaniem ocznem afrykańskiego duru powrotnego jest występująca po ostatnim napadzie gorączki *iridochorioiditis*. Zdarzają się też zaćmienia ciała szklistego, a ze zmian czynnościowych, oprócz obniżenia bystrości wzroku, ubytki w polu widzenia. W jednym przypadku spostrzeganym przez prelegenta, powikłania oczne ustąpiły po przeprowadzeniu leczenia rtęciowego.

Domec (Dijon): *Zastosowanie steresolu w okulistyce.*

Prelegent stosował *steresol*, płyn przeciwnilny, zawierający alkohol i kwas karbolowy w przypadkach jaglicy, nieżytu wiosennego i urazowych wrzodów rogówki i uzyskał korzystne wyniki lecznicze.

Borsch (Paryż): *O całkowitem przeszczepieniu rogówki.*

Rogówkę psa wycina się *in toto* wraz z 5 mm paskiem spojówki gałkowej wokoło i wszywa w miejsce odciętej rogówki leukomatycznej u człowieka, ściągając ponad nią spojówkę gałki szwem torebkowatym.

Bettremieux (Roubaix): *Sclerectomy przy iridochorioiditis.*

We wielu schorzeniach oka, w których punktem wyjścia jest zastój żylny, wypróbował prelegent skuteczność dookoła-rogówkowych nacięć twardówki, lub nawet wycinania pasków z powierzchownej warstwy twardówki. Ubytki w ten sposób wytworzone wypełnia tkanka łączna, gąbczasta, silnie unaczyniona, która ułatwia anastomozy między przewodem Schlemma, a naczyniami spojówkowemi. Dobre wyniki uzyskał autor tą metodą w przypadkach przewlekłej *iridochorioiditis*. Koniecznem jest jednak uzyskać od chorego zgodę na zabieg operacyjny już w samych początkach cierpienia.

Wicherkiewicz (Kraków): *O leczeniu mięszszowych zapaleń rogówki salwarsanem.*

W. dochodzi na podstawie przypadków zapalenia mięszszowego przez siebie leczonych do wniosku, iż salarwsan, który w rozmaitych schorzeniach przyrzędu wzrokowego okazuje się środkiem doskonałym, jest mniej skutecznym w powyżej oznaczonej chorobie rogówki.

Skutek jest jednak i tu winocznym zwłaszcza w postaciach unaczynionych, gdyż po zastosowaniu tego środka światłowstręt, kurecz powiek, nastrzykanie spojówki zmniejsza się szybko, a także naczynia rogówkowe nikną. W przypadkach zapalenia miąższowego, pozbawionego naczyń, rogówka wyjaśnia się po salwarsanie szybko, ale tylko od obwodu, gdy na zmętnienie środka rogówki salwarsan nie posiada żadnego wpływu. Skutecznymi okazały się lak zastrzykiwania wśródzylne, jako też wśródmiążśniowe, ale i podskórne, zwłaszcza glicerynowe, nie bywają bezskuteczne.

W miąższowych zapaleniach rogówki salwarsan jest środkiem pomocniczym nie wykluczającym leczenia przetworami rtęciowymi wzgl. jodowymi obok leczenia miejscowego,

Teulières (Bordeaux): Przypadek *retinitis proliferans*, u młodej dziewczyny cierpiącej na *dysmenorrhoea* w następstwie krwotoku siatkówkowego.

Petit (Rouen): *Filaria Loa* usadowiona pod spojówką.

Prelegent miał sposobność spostrzegać rzadki w Europie przypadek tego pasożyta, którego wydobył szczęśliwie drogą operacyjną.

W *dyskusyi* Morax podaje, że operował również taki przypadek dotąd jeszcze niepublikowany.

Chevalier (Mans): Przypadek *leucosarcoma chorioideae*.

Nawiązując do swego spostrzeżenia mięsaka okrągłokomórkowego u osoby 63 letniej, podnosi prelegent potrzebę wczesnego rozpoznania, które można oprzeć na stwierdzeniu nieruchomego oderwania siatkówki w miejscu częstokroć niezwykle; na obecności podwójnej sieci naczyń, z których wierzchnie należą do siatkówki, a głębokie, nowowytworzone do nowotworu. Wcześniej występuje podniesienie ucisku wśródocznego, a gałka przybiera obraz amaurotycznego oka kociego.

Lagrange (Bordeaux): O wartości *sklerektomii* z wycięciem obwodowego kawałka tęczówki dla leczenia przewlekłej jaskry.

Prelegent ustala dla tej operacyi następujące wskazania. Zbliżanie się do granicy pola widzenia do punktu środkowego, w którymto razie uważa *irydektomię* za niebezpieczną. Względnie wysokie napięcie gałki ($T. + 1$), które stwarza po prostej *sklerektomii* niebezpieczeństwo wypadnięcia tęczówki. *Sklerektomia* stwarza fistulizacyę oka, wycięcie zaś obwodowego kawałka tęczówki zapobiega jej wypadnięciu, zachowanie wreszcie *sfinktera* i wolnego brzegu źrenicy zapewnia działanie środkom zwężającym źrenicę.

Dyskusya:

Abadie (Paryż): Występuje gwałtownie przeciw wywodom prelegenta. Wierzy on jedynie w skuteczność *irydektomii* i twier-

dzi, że we wszystkich przypadkach, w których *L.* do swej *sklerektomii* dodaje choćby małe wycięcie tęczówki, dobry skutek jest zasługą nie *sklerektomii*, lecz *irydektomii*. Dopóki Lagrange nie przedstawi chorych wyleczonych z jaskry zapomocą samego wycięcia twardówki bez równoczesnego wykonania *irydektomii*, tak długo on, Abadie, nie uwierzy w skuteczne działanie *skleroirydektomii*.

Wicherkiewicz: Uważa również *irydektomię* za najodpowiedniejszy i przy dobrem wykonaniu najmniej niebezpieczny zabieg. W niektórych przypadkach jednak należy wogóle wstrzymać się od wszelkiej operacji. Przytacza spostrzeżenie, w którym jedno oko po *irydektomii* utraciło wzrok wskutek jaskry krwotocznej, wzrok zaś drugiego oka dał się przez przeciąg lat 10 utrzymać w jednakim stopniu tylko przez *miotica* i wykonywanie masażu. Dopiero potem wykonana na tem oku operacja w Berlinie pociągnęła za sobą zupełną utratę wzroku. W ostatnich 2 latach zastosował W. w około 50 przypadkach jaskry prostej, lub jaskry krwotocznej własne postępowanie operacyjne: *sclerotomia posterior superficialis multiplex*. W niektórych przypadkach trzeba było jednak uciec się wreszcie do *irydektomii*, w innych skutek operacji był trwały.

Morax (Paryż): Staje w obronie *sklerektomii* i krytykuje stanowisko Abadiego, który nie wykonawszy ani razu operacji Lagrange'a i nie mając co do niej żadnego osobistego doświadczenia stanowczo i arbitralnie ją potępia. Jedynie uzasadnionem z jego strony byłoby twierdzenie, że nie wie jaką wartość i czy jaką wartość *sklerektomia* posiada, ale nigdy, że nie posiada żadnej.

Parisotti (Rzym): *Badania doświadczalne nad patogenezą jaskry.*

Prelegent wywołał u królików za pomocą elektrolizy zarośnięcie obwodowego kącika przedniej komory i przestrzeni Fontany zbitą tkanką łączną. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym potem histologicznie stwierdzono obecność przetoki podspójówkowej, we wszystkich innych nastąpiło podwyższenie ucisku wśródocznego i zagłębienie tarczy. Wynika z tych doświadczeń, że przyczyną tych objawów jaskrowych jest zamknięcie kącika przedniej komory, a nie, jak twierdzą niektórzy, *iridocyclochorioiditis*.

Fromaget (Bordeaux): *Myopia urazowa wskutek przesunięcia soczewki ku przodowi.*

Prelegent opisuje dwa przypadki, w których po doznanych urazie (raz cięcie biczem, a raz rana drążąca u tylnego bieguna gałki) przyszło do zwicznienia soczewki ku przodowi, wskutek czego przy zachowanej prawidłowej bystrości wzroku, refrakcja uległa zmianie, mianowicie, jak to jest rzeczą całkiem zrozumiałą,

pierwotna emmetropia przeszła w myopię. W obu przypadkach towarzyszyła zwichnięciu soczewki znaczna hypotonia, która w pierwszym z nich spowodowała nawet pewnego rodzaju przypłaszczenie (*collapsus*) rogówki. Następstwem tego było, że mimo, iż soczewka pozostała w swem nowem położeniu, przypierając tęczówkę prawie do samej rogówki, to jednak myopia urazowa ($-3,5\text{ D}$) znikła ustępując miejsca nieznacznej hypermetropii ($+1,5\text{ D}$). W drugim przypadku, gdy rana w tyle gałki ocznej się zamknęła, przednia komora natychmiast się pogłębiła i zwichnięta soczewka wróciła na swoje miejsce. Przez to samo znikła myopia urazowa ($-4,0\text{ D}$) i oko uzyskało refrakcyę miarową. Do spostrzeżeń tych nawiązuje Fromaget obliczenie, że przesunięciu soczewki o 1 mm, 2 mm, 3 mm ku przodowi odpowiadać powinna myopia 4,0 D, 4,6 D i 5,5 D, pod warunkiem, że pierwotna refrakcyja jest miarowa i że akomodacya, i przyjmując, że tylne ognisko oka leży 22,8 mm poza środkiem rogówki.

Dyskusya :

Parent (Paryż): Kwestyonuje dokładność liczb i danych, na których Fromaget opiera swe obliczenia.

Majewski (Kraków): Miał sposobność z. r. spostrzegać zupełnie analogiczny przypadek, jeszcze ciekawszy o tyle, że myopia spowodowana zwichnięciem soczewki ku przodowi wskutek tępego urazu wyrównała prawie dokładnie istniejącą poprzednio hypermetropię 4,0 D, przy zachowanej pełnej bystrości wzroku. Chora po ustąpieniu objawów jaskry następowej (dzięki pilokarpinie) ze zdumieniem spostrzegła, że okiem uszkodzonym widzi w dal i z bliska nieporównanie lepiej niż przed urazem, a zarazem o wiele lepiej niż drugim okiem, które ma tak samo jak oko stłuczone 4,0 D hypermetropii. Nie chciała ona uwierzyć, że tę poprawę zawdzięcza nie zapuszczanym kroplom, lecz doznanemu urazowi. Ta poprawa wzroku utrzymuje się dotąd (już blisko rok), refrakcyja ulega nieznacznym oscylacyom koło emmetropii, zależnie od poruszeń zwichniętej soczewki *).

Brunetiere (Bordeaux): *Uwagi co do miejscowego znieczulenia przy enukleacji.*

Prelegent poleca wstrzykiwania mieszaniny kokainy, eukainy i adrenaliny w okolicę przyczepów czterech mięśni prostych i poza gałkę oczną.

Dyskusya :

Vacher (Orlean): Zwraca uwagę, że *maximum* znieczulenia

*) Przypadek ogłoszony w „Nowinach Lekarskich“ 1910. Nr. 12.

po zapuszczeniu, lub zastrzyknięciu kokainy występuje dopiero po upływie 12 minut. Kto o tem nie pamięta i rozpoczyna operację wcześniej, naraża chorego na ból niepotrzebny i nie wyzyskuje w całej pełni znieczulenia kokainowego.

Wicherkiewicz: Posługuje się metodą polecaną przez Brunetièr'a, ale do wstrzykiwań używa nowokainy z adrenaliną. Tego sposobu znieczulania używa również przy *tenotomii* czterech mięśni prostych, którą to operację wykonywa przy *phthisis bulbi dolorosa*, tak w celu zapobieżenia zapaleniu współczulnemu, jako też zarazem w celu kosmetycznym. Wstrzykiwania w mowie będące nie usuwają jednak bolesności w chwili przecinania nerwów rzęskowych.

Golesceano (Paryż): *Niezwykłe trudności przy doborze szkielec u dzieci.*

Uwagi praktyczne i statystyczne zestawienia wyników badania wzroku i refrakcyi u dzieci i młodzieży niektórych szkół paryskich.

Posiedzenie 4-te. dnia 3 maja przedpoł.

Przewodniczący Parent (Paryż).

Mawas (Lyon). *Rzęskowa część siatkówki i jej rola w wydzielaniu cieczy wodnej i patogenezie zaćm.*

Prelegent podaje wyniki swych badań histologicznych części rzęskowej siatkówki. Budowa anatomiczna i własności histo-chemiczne komórek tej okolicy siatkówki wskazują, że stanowi ona organ wydzielający ciecz wodną. Wynika z tego, że ciecz wodna nie może być uważana za płyn równoznaczny z limfą, lecz za wydzielinę przybłonka rzęskowego. Stąd każde uszkodzenie tego przybłonka zmienia skład chemiczny i fizyologiczne własności tej cieczy, a tem samem wpływa niekorzystnie na odżywienie soczewki. Prelegent zwraca uwagę na zmiany spotykane częstokroć w oczach ludzkich dotkniętych zaćmą starczą, a także u zwierząt w przypadkach zaćmy samoistnej, lub wywołanej doświadczałnie przez zatrucie naftaliną. Zmiany te występują w zakresie rzęskowej części siatkówki, której przybłonek w najlżejszych przypadkach okazuje tylko wakuole, w najcięższych zaś ulega miejscami zupełnemu obumarciu.

Bonnefon i Lacoste (Bordeaux): *Doświadczałne badania nad plastyką rogówki.*

W przebiegu niepomysłnych prób plastyki rogówkowej, przy czem stale odpadały płatki przeszczepione, zauważyli prelegenci, że część rogówki została po usunięciu warstw powierzchownych, aż

prawie po błonę Descemeta, zachowywała swą przeźroczystość, a ubytek w ciągu kilku tygodni wypełniał się nową tkanką, zupełnie przeźroczystą i pokrywał gładkim, lśniącym przybłonkiem, tak, że potem śladu na rogówce nie można było dostrzedz po wycięciu tkanki. Wobec tego skierowali dalsze swe doświadczenia wyłącznie ku badaniu tej sprawy regeracyjnej. W 40% operacji dokonanych na królikach przyszło w przeciągu miesiąca do zupełnej regeneracyi przeźroczystej tkanki rogówkowej. W 50% przypadków regeneracya była prawie zupełna przy ledwie dostrzegalnem zaćmieniu. Wreszcie w 10% przypadków ubytek wypełnił się tkanką nieprzeźroczystą.

Dyskusya:

Dor (Lyon): Przypomina sposób keratoplastyki przez Löhleina, który polega na wycięciu przez całą wysokość rogówki pionowego paska powierzchownych warstw i wszczepieniu w jego miejsce takiegoż samego paska rogówki wyciętego z oka królikaz z dwoma płatami spojówki gałki wykrojonymi powyżej i poniżej rogówki. Przeszczepiony płat przymocowuje się górą i dołem za pomocą szwów spojówkowych.

Jocqs (Paryż): Podnosi wielkie znaczenie wyników, jakie prelegenci w swych doświadczeniach uzyskali co do regeneracyi tkanki rogówkowej, ale zwraca uwagę, że operowali oni rogówki pierwotnie zupełnie przeźroczyste, gdy w praktyce zawsze chodzić będzie o usunięcie, względnie zastąpienie rogówki zaćmionej. Sprawę *keratoplastyki* wtedy dopiero będziemy mogli uważać za szczęśliwie rozwiązaną, gdy nam któryś operator w środku bielma rogówkowego pokaże czy to na drodze plastycznej, czy to na drodze regeneracyi wytworzone piękne przeźroczyłe okienko, nie ulegające już więcej powtórnemu zaćmieniu.

Magitot (Paryż): *O możliwości przechowywania niektórych wyciętych części oka poza ustrojem w stanie życia zwolnionego. (Z przedstawieniem preparatów i projekcyi).*

Prelegentowi udało się wyłuszczone gałki oczne przez przeciąg dwóch tygodni konserwować przy zachowanej przeźroczystości środków łamiących i jest prawdopodobnem, że da się uzyskać jeszcze dłuższy okres takiej konserwacyi przez częstsze zmienianie płynu (surowicy hemolizowanej), w którym przechowuje on gałki w ciepłocie $+6$ do $+8^{\circ}$ C. Zapomocą podrażnienia prądem przerywanym można w tak przechowywanem oku wywołać rozszerzenie źrenicy. Można się również przekonać o żywotności rogówki, wycinając z niej kawałki i przeszczepiając takowe na oko królika. Kawałki te przyjmują się i zachowują zupełną przeźroczystość.

Dupuy-Dutemps (Paryż): *O przebiegu skrzyżowanych i nieskrzyżowanych włókien w nerwie wzrokowym.*

Przedstawienie preparatów mikroskopowych z przypadku, w którym *Tractus opticus dexter* został przez nowotwór zupełnie zniszczony.

Chailloux (Nantes): *Dermoepithelioma Parinaudi.*

U 46-letniego mężczyzny wytworzył się rzekomo po doznany urazie na spojówce gałki na wewnątrz od rogówki guzek, w którym, po wycięciu, znaleziono utkanie okazujące znamiona opisane przez Parinauda w przypadkach *dermoepithelioma*. Równocześnie w odpowiadającym miejscu znajdował się guzek w górnej powiece, który histologicznie okazał się gruczolakiem wychodzącym z gruczołu Meiboma. Prelegent utworom tym przypisuje charakter złośliwy i twierdzi, że należy je wcześniej i doszczętnie usuwać.

Eleutheriades (Smyrna): *»Tarsoleptinsis combinée«, operacya przeciw podwinięciu powieki i wrostowi rzęs na tle jaglicy.* Modyfikacya sposobu operacyjnego Panasa.

Terson (Paryż): *Złośliwa postać schorzenia rogówki na tle kiły dziedzicznej, wyleczona zastrzykiwaniem kalomelu.*

Prelegent opisuje przypadek, w którym u osobnika dotkniętego kiłą wrodzoną przyszło na obu oczach do ciężkiego mięszowego zapalenia rogówki z żółtawemi ogniskami rozniekczynowemi, które wyglądały jak kilaki. Leczenie swoiste wewnętrzne i wstrzykiwania rozpuszczalnych preparatów rtęciowych pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Dopiero mięszowe wstrzykiwania kalomelu spowodowały szybkie wyleczenie i zmieniły odczyn Wassermana z dodatniego na ujemny.

Aubineau i Civel (Brest): *Guz w powiece i porażenie nerwu odwodzącego w przypadku choroby Recklinghausen'a.*

Prelegenci opisują przypadek choroby Recklinghausen'a u osobnika 33-letniego słabo pod względem umysłowym rozwiniętego. Na skórze piersi, brzucha, grzbietu liczne znamiona barwikowe i blisko 60 małych, twardych, okrągławych guzków usadowionych częścią w skórze, częścią podskórnice. W powiece górnej lewej duży guz miękki, wreszcie porażenie nerwu odwodzącego i podjęzykowego. Histologicznie okazały się tak skórne guzki jak i powiekowy włókniakami, które wychodziły z otoczenia nerwów mniej lub więcej zmienionych gruczolów skórnych. Usunięcie guza powiekowego było utrudnione i powiodło się tylko częściowo.

Terrien (Paryż): *Znaczenie urazu dla powstawania mięszowego zapalenia rogówki.*

Na podstawie 92 w tym kierunku badanych przypadków, zaczerpniętych z literatury i z własnej praktyki, w których zapa-

lenie mięszkowe rogówki odnoszono do urazu, dochodzi prelegent, na podstawie krytycznego rozbioru wszelkich w grę tutaj wcho-
dzących okoliczności. do wniosku, że wyjątkowo tylko można przy-
znać urazowi rzeczywiste znaczenie czynnika etyologicznego. Jeśli
nacieczenie mięszkowe zaczyna się ściśle w miejscu, w którym ro-
gówka doznała uszkodzenia i to albo bezpośrednio, albo najpóźniej
w kilka dni po urazie, rozwija się szybko i sprawa ogranicza się
do jednego oka, wtedy mamy wystarczającą podstawę uważać uraz
za przyczynę wywołującą zapalenie mięszkowe.

Gabrielides (Konstantynopol): *Srebrzyca spojówki gałki
i skóry.*

Opis dwóch przypadków ogólnej srebrzycy skóry, jeden w na-
stępstwie podskórnych wstrzykiwań przetworów srebrowych, drugi
wskutek zapuszczania soli srebrowych do worka spojówkowego.

Posiedzenie 5-te. dnia 4 maja rano.

Przewodniczący Parisotti (Rzym).

Morax, Lindner i Pollack: *Badania doświadczalne nad
nierzęzączkowem zapaleniem ropnem spojówek u noworodków.*

Autorowie badali bakteryologicznie i mikroskopowo wydzie-
linę z 25 przypadków śluzoropotoku noworodków. W pięciu przy-
padkach wykazali obecność gonokoków. W liczbie pozostałych,
w których gonokoków nie było, w dziesięciu przypadkach wykazali
w komórkach charakterystyczne wtręty. Z czterech przeszczepień
na małpy trzy się przyjęły. Dalsze przeszczepiania dawały objawy
zapalne o różnem nasileniu, ale zawsze z wyraźnymi wtrętami w ko-
mórkach.

Armaignac (Bordeaux): *O prostym sposobie sondowania
dróg łzowych nawet w przypadkach wybitnego zwężenia.*

Prelegent przyznaje się do wielkiego konserwatyzmu na pun-
kie leczenia chorób dróg łzowych. Od lat przeszło trzydziestu nie
rozcinał ani jednego kanalika łzowego, ani nawet nie rozszerzył na
krwawo żadnego punktu łzowego. Mimo tego uzyskuje nawet w wy-
jątkowo uporczywych przypadkach dobre wyniki lecznicze. Jest
stanowczym zwolennikiem sondowania, ale zamiast sześciu nume-
rów sond Bowmana, kazał sporządzić 10 numerów sond z głów-
kami na końcu, których użycie ułatwia stopniowe rozszerzanie bar-
dzo nawet zwężonych przewodów. Przed wprowadzeniem sondy
wstrzykuje do kanału kilka kropel wyjałowionej oliwy i samą sondę
macza w takiejże oliwie.

Moreau (St. Etienne): *Wyleczenie ślepego od urodzenia.*

Po operacyi obustronnej zaćmy wrodzonej u 8-letniego chłopca

przeprowadził prelegent wobec znacznego stopnia niedowidzenia »*ex anopsia*« systematyczną edukację wzroku i to z dużym powodzeniem. Praca autora stanowi ciekawe studium fizyologiczne i zawiera wielką liczbę ważnych spostrzeżeń rzucających nowe światło na istotę i rozwój wrażeń wzrokowych.

De Mets (Antwerpia). *Leczenie zakaźnych spraw rogówki za pomocą nalewki jodowej.*

Prelegent podnosi wielkie znaczenie i szerokie zastosowanie, jakie zdobyła sobie jodyna w wielkiej i w małej chirurgii. Również w okulistyce oddaje ona dobre usługi, szczególnie w leczeniu ropnych zakaźnych zapaleń rogówki. Rozchyła on powieki za pomocą rozwórki, znieczula rogówkę kokainą i dotyka powierzchnię owrzodzeń pałeczką szklaną, zmaczaną w gęsto płynnej nalewce jodowej. Wyniki są bardzo korzystne.

Dyskusya :

Armaignac: Zapatruje się bardzo sceptycznie na wartość wszystkich dotychczas przeciw wrzodom rogówki polecanych środków. Są owrzodzenia, które goją się przy użyciu łagodnych, a nawet obojętnych środków, ale zdarzają się i takie, wobec których jesteśmy zupełnie bezbronni, nie mogąc żadnym sposobem leczenia powstrzymać nieubłaganych postępów niszczącej sprawy zakaźnej.

Wicherkiewicz: Do niedawna używał jako względnie najpewniej i najkorzystniej działającego sposobu podanego przez siebie skombinowanego użycia *dioniny* i *pyoktaniny* (2⁰/₀₀). W ostatnich czasach przekonał się, że jeszcze lepsze wyniki daje nowojodyna zmieszana ze sproszkowanym cukrem w stosunku 1 : 10. Nie odmawia też wartości leczniczej w pewnych przypadkach ostrożnie stosowanej nalewce jodowej.

Domec (Dijon): *Nowy stereoskop. (Stéréoscope à coulisses).*

Prelegent przedstawia podaną przez siebie modyfikację stereoskopu Pigeona. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w leczeniu zezu towarzyszącego i niedomogi mięśni ocznych zewnętrznych.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Marri habilit. się we Florencji.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. J. Michel dyr. uniw. klin. w Berlinie w 68 r. życia.

Dr A. Hubell były prof. okulistyki i otoiofii w Buffalo.

Prof. Reymond w Turynie.