

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, 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.

Lipiec. Sierpień.	—★ ROCZNIK CZTERNASTY. ★—	1912.
----------------------	---------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O półksiężycowych skórzakach tłuszczakowych spojówki.

Podał

Dr med. KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Przyp. 1-szy. N. N. 12-letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe. W lewym oku przy wzroku wprost przed siebie skierowanym spostrzegamy tylko jakby obrzęk powiek w okolicy spoidła zewnętrznego powiek, w zewnętrznym zaś kącie szczeliny powiek jakby brodaweczkę. Po rozszerzeniu szpary powiek spostrzegamy postaci półksiężyca, którego wklęsły zgrubiały i zaokrąglony brzeg skierowany jest ku rogówce. Fałd bierze początek od górnego załamka spojówki o 4 mm ku wewnątrz od spoidła zewnętrznego, udaje się ku miejscu odpowiedniemu dolnego załamka spojówki i znajduje się za spoidłem zewnętrznym. Barwa fałdu wszędzie jednostajna, biała, różowa, z wyraźnym żółtawym odcieniem. Przy odwodzeniu gałki fałd zupełnie się chowa za spoidłem, broda-

weczka w kącie położona staje się niewidoczną. Przeciwnie przy przywodzeniu gałki fałd staje się bardzo widocznym w szczelinie powiek i na gałce, wprawdzie nie dochodzi do brzegu rogówki prawie o 1 cm. Ruchy gałki zupełnie prawidłowe, $V=1$, łamliwość miarowa. Matka utrzymuje, iż pewną obrzękłość powiek spostrzegała już od piątego roku życia, stopniowo się ona zwiększała, a przed pół rokiem dostrzeżono w kącie szpary brodaweczkę.

Ze względu, że zmarszczka była wszędzie ściśle połączona ze spojówką, wyciąłem jej całkowicie, nie zakładając szwów. Nie była ona wcale połączona z tkanką tłuszczową oczodołu.

Po 4 dniach nastąpiło zupełne wygojenie.

Zmarszczek wycięty miał długości prawie 3 cm, 2 cm szerokości, grubości prawie tyle: zalałem go do celloidyny i dokonałem szeregu skrawków. Na cięciach środek zmarszczki stanowiła tkanka tłuszczowa, w której znajdowały się przegródki dość grube, te zaś dzieliły ją na mniejsze lub większe zraziki. W przegródkach znajdowały się naczynia krwionośne i nerwy, ku obwodowi przegródki łącząc się ze sobą tworzyły dokoła tkanki tłuszczowej jakby torebkę, w której włókna przybierały kierunek przeważnie prostopadły do dłuższej osi fałdu. W ten sposób powstawała warstwa zwężonej tkanki łącznej niejednostajnie gruba, w której znajdowały się niezbyt liczne grubsze względnie tętnice i żyły i bardzo niewiele płaskich komórek. Ponad tą warstwą ku obwodowi znajdowała się cienka warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, obfita w komórki, liczne drobne tętniczki i żyły i gęstą sieć naczyń włosowatych. Tę warstwę bezpośrednio pokrywał przybłonek komórki warstwy jego wewnętrznej, postać miały przeważnie sześcienny, rzadziej walcowały i najzupełniej odpowiadały warstwie podstawowej skóry. Utwory do brodaweczek skóry zbliżone rzadko dawały się napotykać, natomiast komórki podstawowe na cięciach rzadko bardzo tworzyły linię zupełnie równą, przeważnie bardzo falistą ku zewnątrz od warstwy komórek podstawowych znajdowały się 2—3 szeregi komórek bardziej okrągłych.

Co się zaś tyczy warstw zewnętrznych, te miały budowę nie wszędzie jednostajną. Mianowicie na zewnętrznej powierzchni fałdu i na brzegu jego komórki ku powierzchni były coraz bardziej płaskie, niektóre z nich miały wygląd ziarnkowaty (zawierały kerato-hyalinę) wreszcie na samej powierzchni komórki były bardzo płaskie, jądra zaś ich miały na cięciach postać laseczek. Zrogowaciałych komórek wszakże nie spostrzegałem. Przyblonek który pokrywał wewnętrzną powierzchnię fałdu, znacznie był grubszy, warstwy jego powierzchniowe stanowiły bardzo wysokie komórki puharowe.

Jakkolwiek nawet przy użyciu lupy powierzchnia zmarszczki zupełnie była gładką, to jednak w tkance samej znajdowały się liczne bardzo drobne włosy o typie mchu (lanugo), których cebulki zawsze były ułożone w przegródkach warstw powierzchniowych tkanki tłuszczowej. Obok włosków znajdowały się słabó rozwinięte gruczoły łojowe. Zraziki gruczołów tych składały się zwykle tylko z kilku komórek, które nadto zawierały bardzo mało ziarenek tłuszczowych w głębszych przegródkach tkanki tłuszczowej znajdowałem bardzo drobne kaszaki, dokoła otoczone przez komórki olbrzymie, które nadto wstępowały do ich istoty.

Przyp. 2-gi. P. S. 14-letnia. Prawe oko prawidłowe. Wygląd lewego oka mało się różnił od pierwszego przypadku. Po rozszerzeniu szpary widoczny był fałd półksiężycowy mający skierowany ku rogówce gładki zgrubiały brzeg. Odcień miał bardziej żółtawy, a wygląd zeskórniały. Znajdował się również za spoidłem zewnętrznem powiek, ku górze i ku dołowi przechodził stopniowo w załamki spojówki obu powiek. Matka utrzymuje, że przy ruchu zbliżonym oczu spostrzegała utwór ten już w 3-cim roku życia. Po znieczuleniu kokainą, wyciąłem guz całkowicie, gdyż wszędzie był on ściśle zrosnięty ze spojówką, nie zakładając szwu. Wygojenie nastąpiło rychło.

Wycięta zmarszczka miała długości 2 cm, szerokości 1 cm, grubości 0·8 cm. Powierzchnia jej była zupełnie równą i gładką.

Na cięciach poprzecznych istotę wyciętej zmarszczki stanowiła przeważnie tkanka tłuszczowa, którą liczne przegródki ze zwykłej tkanki łącznej zawierające liczne tętnice i żyły dzieliły na zraziki bardzo rozmaitego kształtu i wielkości ku obwodowi przegródki łączyły się razem, tworząc dokoła istoty tłuszczowe; torebkę grubości 1,5 mm ze zwykłej tkanki łącznej, która zawierała liczne włókna sprężyste i względnie bardzo niewiele komórek. Pęczki włókien kierunku miały równoległy z powierzchnią fałdu, ku zewnątrz znajdowała się cienka warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, obfitującej w komórki i naczynia krwionośne. Tę dopiero warstwę pokrywał przybłonek komórki warstwy jego wewnętrznej postaci miały sześcienną. Bardzo rzadko stanowiły one na cięciu linię równą, najczęściej wężykowatą, w wielu bardzo miejscach widoczne były utwory bardzo zbliżone do brodaweczek skóry, rzadziej znacznie zupełnie prawidłowe brodaweczki. W kierunku ku powierzchni nad warstwą podstawową znajdowały się 3—5 warstw komórek bardziej okrągłych, ku powierzchni bardziej płaskich, widoczne też były komórki zawierające keratohyalinę, jakkolwiek były one odosobnione i nigdy nie stanowiły całkowitej warstwy. Wreszcie komórki warstwy powierzchownej były zupełnie płaskie, jądra ich na cięciach wyglądały jak łaseczki. Obok załamków spojówki znajdowały się liczne komórki puharowe.

Jakkolwiek na powierzchni zmarszczek niepodobna było dojrzeć włosków, to jednak w utworze znajdowały się one, chociaż były bardzo nieliczne i słabo rozwinięte. Cebulki ich były ułożone w warstwie właściwej skóry. Gruczoły łojowe były również bardzo słabo rozwinięte — o 2—3 zrazikach, z których w każdym nacięciu spostrzedz można było ledwo 2—3 komórki, te zaś wcale prawie nie zawierały ziarek tłuszczowych. Natomiast znalazłem w tym przypadku chociaż bardzo nieliczne, lecz natomiast zupełnie dobrze rozwinięte gruczoły potowe.

Oczywiście oba opisane przypadki co do budowy swej stanowią zupełne skórzaki, ze względu zaś na przeważającą

ilość tkanki tłuszczowej słusznie może nazwać je skórzakami tłuszczakowymi.

W r. 1897 Nobbe (Arch. f. Ophthalm. XXIV. 2) podzielił skórzaki, względnie potworniaki spojówki oka na trzy działy: 1) skórzaki pogranicza rogówki i twardówki; 2) zmarszczka przejściowego spojówki; 3) mięsaka łożowego. Najczęściej napotykamy skórzaki brzegu rogówki; skórzaki, względnie skórzaki tłuszczakowe i dość zresztą wątpliwe wyłączone tłuszczaki spojówki gałki o wiele są rzadsze. Tak v. Reuss w roku 1891 (Wien. klin. Wochenschrift Nr 6) w literaturze znalazł tylko 30 przypadków. Podział Nobbego uznał za słuszny również Saemisch (Handb. d. gesamt. Augenh. v. Bd. Abth. 1 str. 604). Określa on co prawda miejsce powstawania potworniaków w spojówce, z którem poniekąd są połączone pewne zmiany spostrzegane w ich budowie. Mianowicie, gdy w potworniakach rąbka spojówki znajdujemy przeważnie pierwociny skóry, potworniaki spojówki właściwe; obfitują raczej w tkankę tłuszczową i tem się jeszcze różnią, iż jakkolwiek wrodzone, po pewnym czasie zaczynają się rozrastać. Obfitość wielka tkanki tłuszczowej była powodem, iż niektórzy za przykładem Mackenzie'go (Traité d'ophtalm. Warlomont) uznają w nich li tylko tłuszczaki. Po Mackenzie u uczynił to Graefe i wypowiedział zdanie, iż zawsze znajdują się one pomiędzy mięśniami prostymi górnym, a zewnętrznym i stanowią tylko ciąg dalszy tkanki tłuszczowej oczodołu.

Z późniejszych autorów w obrębie czystych tłuszczaków spojówek wystąpili: Hoch (Prag. med. Wochenschr. 1877 Nr 10), Brault (Arch. d'ophtalm. 1897 str. 440). Rogmann (An. d'ocul. CXXIX str. 81), Quereghi (Arch. d'ophtalm. 1878 X str. 15); Lagrange (Arch. d'ophtalm. XX, str. 299 1900). Ahlström (Beiträge Deutschmann 1904). str. 64. Bourgeois (Opht. prov. 1906 str. 505), Pes (Congr. d. ottalm. ital. 1907), Rochot (Nederą, Tijdschn. 1907, str. 307), Rollef (The d'ophtalm. 1901, str. 481) i Sokółow (Wien. d'ophtalm. 1907, str. 682). Lagrange

utrzymuje, iż również słusznie przyznać możemy wrodzone tłuszczaki jak też wrodzone skórzaki.

W r. 1883 (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 295). Hirschberg i Birnbacher w swoim przypadku, gdzie skórzak występował ku zewnątrz jakby w postaci utworu półksiężycowego położonego w okolicy skroniowej gałki, który jednakże nie dochodził do rogówki, znaleźli wyraźne pierwociny skóry, brodaweczki i włosy i słusznie zwrócili uwagę na okoliczność, iż utwór bynajmniej nie był położony, jak to utrzymywał v. Graefe pomiędzy mięśniami górnym a zewnętrznym. Pod względem budowy należał on do skorzaków, tkanka zaś tłuszczowa w którą utwór obfitował, bynajmniej nie była połączoną z tkanką tłuszczakową oczodołu. Ze względu na obfitość tkanki tłuszczowej nazwali oni utwór ten skórzakiem tłuszczakowym. Przedtem jeszcze Atken (Brit. med. Journal 4 Febr. 1882), a niebawem Wicherkiewicz (Centralbl. f. prakt. Augenh. 1884, str. 19) spostrzegali utwory takie w dolnym wycinku gałki. Zaprzeczono tu wyłączności powstawania utworów w części górnej i zewnętrznej gałki z innych stron również.

W r. 1886 Bögel przyznał (Arch. f. Ophth. XXXII, 1 str. 129), iż utwory te powstają w okolicy kąta zewnętrznego powiek i stanowią bądź zwykłe skórzaki, bądź utwory pokryte przybłonkiem, a składające się ze skóry, obfitej tkanki tłuszczowej, nerwów i licznych gruczołów gronowych w r. 1887 opisałem (Wiadomości lekarskie) przypadek tłuszczaka podspojówkowego, w którym w obrębie wąskiego pasemka znalazłem jednak budowę zupełnej skóry, z włosami i gruczołami. Riezke (Arch. f. Augenh. XXII, str. 239, 1891) doradzał również dokładne badanie guza. Nobbe zaś (l.c.) w obszernej swej pracy określa przypadki swoje jako potworniakowe utwory o wyraźnych znamionach skórczakowych, źródła których w tkance oczodołu bynajmniej szukać nie należy (str. 351). Zdanie to podzielają również Contino (Clinica oculist. str. 118, 1900) i Friedland (Beiträge Deutschmann, zesz. 44). Nobbe udowodnił nadto, że w 66% przypadkach skórczaków spojówki

sposstrzegać się nadto dają inne wady skóry. Najczęściej spostrzegano zupełne szpary powiek, lub wręby ich brzegów, korektopię, szpary w naczyniówce, wady w okolicy plamy żółtej, porażenie mięśni okoruchowych, w skórze zaś — brodawki, tłuszczaki, a w jednym przypadku *Ichthyosis hystrix*. Nadto w utworach tych znajdowano jeszcze inne tkanki, obecność których bardziej jeszcze świadczyła o potworniczey ich budowie, mianowicie chrząstkę, nawet kość (Friedland, Continno), tkankę mięśniową gładką i poprzecznie prążkowaną, pęczki nerwów. Dalej często znajdujemy wzmianki o obecności gruczołów gronowych. Spostrzegali je Bögel (l. c.), Talko (klin. Monatsbl. f. Augenh. 1888, str. 20), Wallenberg (Ueber die Dermoidgeschwülste des Auges Diss. 1880), Riecke (l. c.), Baquis (Arch. d'ophtalm. 1906) i Sokołow (l. c.). Ten ostatni autor przypuszczał nawet osobną postać utworów skórzakowych i zarazem gruczołowych. Nadmienić wszakże wypada, iż gruczoły znajdowano zwykle w pobliżu kąta zewnętrznego i zmarszczki przejściowej, czyli miejsc, w których znajdują się zwykle gruczoły Krauzego i dodatkowe łzowe, od których pod względem budowy niczem się one nie różniły. Nie należy jednak zapominać, że Gallenga znajdował takie gruczoły w zupełnie odosobnionych skórzakach brzegu rogówki (Ann. d'ocul. XCV str. 215, 1885). Różnicę zdań co do tego, czy mamy w spojówce li tylko prawdziwe skórzaki, czy też niekiedy przynajmniej wyłącznie tłuszczaki chce poniekąd wyrównać Lagrange twierdząc, że tłuszczaki mogą być również wrodzone i bynajmniej nie stanowią ciągu dalszego tkanki tłuszczowej oczodołu, a są one zresztą bardzo rzadkie.

Zatem co do miejsca, w którem powstają skórzaki a tłuszczaki w spojówce, wiemy, iż Graefe niesłusznie utrzymywał, że jedynem miejscem dla nich jest wycinek górny i zewnętrzny, gdyż spostrzegamy je ku zewnątrz, ku dołowi, ku górze i ku wewnątrz. chociaż w istocie w miejscu przez Graefego wskazanem, najczęściej je napotykamy. Dalej podział skórzaków spojówki wprowadzony przez Nobbego również nie da się zastosować do wszystkich znanych przypadków. Wyżej nad-

mieniłem, że Atken i Wicherkiewicz spostrzegali, iż utwory skórzakowe w spojówce nadto w dolnym wycinku położone, dochodziły do rogówki. W przypadku Talki guz pochodził od załamka górnego w okolicy skroniowej, lecz zajmował nadto połowę rogówki. To samo spostrzegał Collomb (Soc. franc. d'ophthalm. Mai 1905). W przypadku Fehra (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 202 1908) w okolicy skroniowej skórzak dochodził do oczodołu, ku wewnątrz zaś do brzegu rogówki, gdzie tworzył zmarszczkę niewielką, który ją w części przykrywał, lecz dawał się ująć szczypczykami. Jednocześnie skórzaki na brzegu rogówki i tłuszczaki skórzakowe w części obwodowej spojówki spostrzegali: Bögel, Fricke i Nobbé. Zasługuje na uwagę przypadek Wagenmanna (Arch. f. Ophthalm. LXIV str. (Festschrift Leber'a). Ku dołowi i ku wewnątrz skórzak znajdował się na brzegu rogówki. Na spojówce gałki ku górze i ku wewnątrz o 3 mm, od niego zaś wąskie pasemko udawało się ku załamkowi górnemu spojówki. Jakkolwiek więc podział Nobbego nie da się zastosować do wszystkich przypadków skórzaków tłuszczakowych spojówki, bądź co bądź zasługuje on jednak na pewne uznanie.

Lecz mamy jeszcze jedną postać skórzaka tłuszczakowego spojówki, która zasługuje na pewne wyodrębnienie. Mianowicie gdy najczęściej stanowią one utwory mniej więcej płaskie na spojówce gałki, w niektórych przypadkach mają kształt zmarszczek. Przypadki takie spostrzegano oddawna. Już Ammon (klinische Darstellungen d. angeb. Krankh. des Auges) mówi o wrodzonym »rozroście« spojówki. Dubois (Ann. d'ocul. l. 34) i Fano (Ann. d'ocul. l. 49)—o dodatkowej czwartej powiece; Frommüller (ctn. d'ocul. l. 26) o »ectropium« spojówki, Larcher (Thèse de Paris 1889)—o nierozwiniętej dodatkowej powiece. Zaliczyć tu również możemy wyżej przytoczone przypadki Birnbachera i Hirschberga, Nobbego (1 i 2-gi przypadek), Fehra 2-gi i 3-ci przypadki Lagrange'a.

Szczególną uwagę zwrócił na nie Ewetzky (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. str. 236 1908) i opisał szczegółowo pięć

własnych spostrzeżeń. Z tych w trzech w okolicy zewnętrznej znalazł na spojówce gałki żółtawej barwy zmarszczki półksiężycowe, wklęsłe ku rogówce, o brzegu białym, w części zeskórniałym. Znajdowały się one za spoidłem zewnętrznym, ku górze i ku dołowi łączyły się z załamkami spojówki. Przy ruchach gałki brzegu zmarszczek zbliżały się, względnie oddalały się od rogówki, nigdy doń jednak nie dochodząc. Włosy na powierzchni wcale nie były widoczne. Z dwóch innych przypadków w jednym kącie zewnętrznym znajdował się żółtawy guz wielkości grochu, porośły włosami a połączony ku zewnątrz ze spoidłem zewnętrznym powiek, ku wewnątrz z fałdem spojówki barwy żółtawej, który ku górze i ku dołowi łączył się z załamkami. W drugim przypadku gruby fałd składał się jakby z dwóch części i posiadał włosy. Odległość jego od rogówki przy ruchach gałki znacznym ulegała zmianom. Nadto w spojówce spostrzegał trzy drobne plamy barwikowe; oko było małooczne. Wszystkie przypadki spostrzegał u dorosłych. Wywiady nie były zbyt pewne, w każdym jednak razie przynajmniej w trzech przypadkach utwory były bezwarunkowo wrodzone, we wszystkich zaś jakoby miały w krótkim przeciągu czasu znacznie się zwiększać. Z pięciu przypadków w czterech spostrzegano utwory te u kobiet. Budowa we wszystkich przypadkach dość była jednostajną. Przybliżonek był wielowarstwowy. Komórki warstwy wewnętrznej nie zawsze były podobne do komórek podstawowych skóry, nadto często znajdował komórki puharowe, zwłaszcza w miejscach, gdzie spojówka tworzyła zagłębienia. W miejscach, które wygląd miały zeskórowaciały, komórki płaskie warstwy zewnętrznej przybierały postać naskórkowych. Tylko w jednym przypadku znalazł utwory przypominające brodaweczki skórne. W położonej pod przybliżonkiem tkance łącznej wyraźnie występowały dwie warstwy: powierzchowna cienka z luźnej tkanki, obfitująca w komórki okrągłe i głębsze o grubych pęczkach z bardzo nielicznymi komórkami okrągłymi. Dobrze rozwinięte włosy znalazł tylko w dwóch przypadkach; w jednym przypadku tylko bardzo drobne włosy

dla oka gołego nie widoczne i nie posiadające gruczołów łojowych, w dwóch zaś przypadkach włosów wcale nie było. W jednym przypadku znalazł nadto spory gruczoł gronowy, mięśnie gładkie i prążkowane. Główną część utworów stanowiła tkanka tłuszczowa, dla której właściwa skóra tworzyła raczej tylko torebkę. Cebulki włosowe ułożone były niekiedy dopiero w przegródkach tkanki tłuszczowej. Zwraca dalej słuszenie uwagę na okoliczność, że o budowie skórzaka dość stanowi sama tkanka skóry właściwej i przybłonek, dla określenia jej zaś nie jest bynajmniej niezbędną obecność włosów lub tembardziej gruczołów.

Utwory opisane przez siebie Ewetzky określa jako półksiężycowe skórzaki tłuszczakowe, lub skórzaki zmarszczkowe. Oczywiście może wyżej opisane przypadki zupełnie są do nich podobne, nadto stanowią bardziej początkowy okres rozwoju. Różnicę jaką spostrzegamy dostatecznie tłumaczyć może wiek osobników. Utwory skórzakowe we wszystkich przypadkach, dla których można było otrzymać pewne wywiady, zawsze były wrodzone, powiedzmy właściwie rozwojowe. Lücke wszakże udowodnił, że nie ulegając zmianom przez czas dłuższy, utwory te w wieku dorastania zaczynają rozrastać się. Moje przypadki spostrzegałem przed 15-tym rokiem życia, czyli w wieku wcześniejszym od okresu rozrostu utworów, co się zupełnie zgadza z wywiadami, które w obu przypadkach moich najzupełniej zasługiwały na wiarę. Co się tyczy sposobu powstawania utworów, odpowiedź nasza może być bardzo krótką — z tego, co dotąd wiemy o rozwoju powiek i spojówki, powstawania utworów tych wytłumaczyć sobie nie możemy.

Ostre przerzutowe zapalenie spojówki.

Napisał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Niewątpliwie każdy okulista spotyka się raz po raz ze zapaleniem tęczówki w następstwie pozostałości zapalenia cewki moczowej po ostrym wiewiórze, który tak samo jak i rzeżączkowe zapalenie spojówki wywołuje niekiedy przerzutowe zapalenia stawów.

Mniej natomiast znaną zdaje się być rzeczą, iż ostre zapalenie tryprowe powoduje niekiedy zapalenie spojówki i to bez zakażenia tejże bezpośredniego drobnoustrojami swoistemi, a jedynie za działaniem toksyn wytwarzanych w ustroju przez Neisserowskie dwoinki.

Wprawdzie N e d d e n (Ergebnisse der allgem. Pathol. u. path. Anatomie 1910 p. 49) wyraża powątpiewanie, czy trucizny bakteryjne mogą bez wywołania zaburzeń ogólnych w takiej zachodzić ilości, któraby zdolną była na tej drodze szkodę oku wyrządzić. Sądzi natomiast, iż one jedynie odporność oka osłabiają, a tem samem wrażliwem czynią oko na szkodliwości zewnętrzne. Tschirkowski (Graefes Arch. f. O. LVIII. p. 77 i 155) któremu przez zapuszczenie bezpośrednie toksyn bakteryjnych do worka spojówkowego udało się wywołać zapalenie spojówkowe (dwoinki, gronkowce, *bacterium coli*) skłania się do przypuszczenia, iż przez tego rodzaju trucizny, bakterye, spoczywające w worku spojówkowym, jako saprofity, uruchomione, działają szkodliwie.

W ostatnich czasach częściej jeszcze dają się słyszeć zapewnienia, dawane na podstawie spostrzeżeń, iż ostre zapalenie spojówkowe przerzutowe może wywołać rzeżączka. I tak D a w i d s (Über metastatische Conjunctivitis bei Gonorrhoeikern, Med. Klinik 1910 p. 979), zestawivszy przypadki znane z literatury,

podaje własne spostrzeżenie odnośne. U mężczyzny dotkniętego rzeżączką wystąpiło ostre zapalenie spojówki, w której wydzielinie, mimo ponownego badania ścisłego, nie znaleziono żadnych dwoiniek rzeżączkowych. W kilka dni później wystąpiło zapalenie stawu barkowego, a nawet zapalenie tęczówki.

Wobec niejasnej etyologii skłania się autor raczej do przypuszczenia, że miał do czynienia z działaniem toksyn.

Zentmeyer zaś (Metastatic gonorrhoeal conjunctivitis with report of a case. Pensylv. Med. Journ. April 1910), opierając się na własnym spostrzeżeniu, dochodzi do następujących wniosków: 1) przerzutowe zapalenie rzeżączki występuje częściej, jakby się to zdawało, 2) w razach obustronnego ostrego zapalenia spojówki zawsze trzeba myśleć o związku przyczynowym, a 3) nawet gdyby się w worku spojówkowym dwoinki znalazły, trzeba w razie zapalenia wewińrowego cewki i obustronnego zapalenia spojówki, przyjąć raczej działanie przerzutowe, jako przyczynowe.

Podobne spostrzeżenie zrobił Rusche (Zur Kasuistik der Conj. gonorrh. metastatica Berl. Klin. Wochschrift 1910 p. 2386).

Przed niedawnym czasem miałem sposobność spostrzeć w mej klinice przypadek, rzucający pewne światło na etyologię tego rodzaju zapalenia spojówki. P. X., słuchacz med., l. 24, zjawia się w dniu 14—16 maja ze silnem zapaleniem spojówki, którego się nabawił przed kilku dniami bez wiadomej przyczyny.

Badanie wykazało dość silne przekrwienie spojówki powiek, nabrzmienie ciała brodawkowego, lekkie przekrwienie spojówki gałki, gdy rogówki czystymi pozostały. Przepisano mu rozczyn sofolu do zastrzykiwań. Stan chorobowy ócz jednak wzmagał się, spojówki nabrzmiewały, wydzielina była niezbyt obfita, nitkowata. Badanie bakteryologiczne tejże nie wykazało ani gonokoków ani innych chorobotwórczych drobnoustroji. Ten sam wynik przy ponownem badaniu późniejszym, które atoli wykazało obecność czworniaka (*Sarcina flava*).

Wobec tego zagadkowego zapalenia badałem chorego szczegółowo ogólnie i stwierdziłem rzeżączkę cewki moczowej. Wygląd zapalenia spojówkowego przypominał nieco pochodzenie rzeżączkowe, jednak wydzielina spojówkowa jak przedtem tak i później nigdy drobnoustroji swoistych nie zawierała. Przepisałem choremu dalej stosowanie 2% sofolu, okłady z *Aqua Saturnina*, a wewnątrz chininę.

Stan zapalenia szybko polepszał się, a zwłaszcza przekrwienie spojówki ustępowało, gdy nabrzmienie ciała brodawkowego silniejszem się stawało.

Do środków przepisanych dodałem stosowanie argen-taminy w roztynach 5—10%. Poczem szybko spojówka przybierała prawidłowy wygląd tak, że chory uważał się po 10 dniach za wyleczonego. Gdy jednak w dniu 19. przedsię-wziął większą przechadzkę w górach, stan znowu pogorszył się do stopnia, w jakim pierwotnie wystąpiło było zapalenie, co niewątpliwie miało związek z zaostrzeniem stanu zapalnego cewki moczowej. W wydzielinie spojówkowej znowu tylko *sarcina lutea*. Powrót do prawidłowego życia, leczenie cewki moczowej i stosowanie środków dawniejszych przeciw zapaleniu spojówki przepisanych, wkrótce i to zaostrzenie usunęły doszczętnie.

Sądzę, że najmniejszej nie ulega wątpliwości, iż ostre to zapalenie, tak bardzo przypominające początkowe zapalenie spojówki rzeżączkowe, spowodowane było działaniem toksycznym, do czego podniechę dawało prawdopodobnie niewłaściwe zachowanie się dyetetyczne chorego wzgl. silniejszy ruch, jak w owem zaostrzeniu się sprawy po dłuższej przechadzce.

Samoistne zwichnięcie soczewki.

Podał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Zwichnięcia soczewki, czy to do tylnej części gałki (ciałka szklistego) czy też rzadziej do przedniej komory, są zdarzeniami dość zwykłymi i nie zasługują na szczegółowe ich omówienie w piśmie fachowem. Jeżeli jednak mimo to poświęcę słów kilka zdarzeniu do rzędu powyższych należącemu, to dlatego tylko, że ono w swych szczegółach odbiega od zwykłych.

Łukasz Kleszcz przedstawił się w mej klinice po raz pierwszy w r. 1910 11. V. skarżąc się, iż miewa napadowe bóle głowy i to po stronie lewej od chwili, gdy przed dziewięciu miesiącami potknąwszy się upadł na ziemię.

Od najwcześniejszej młodości był krótkowzrocznym, tak samo jak i rodzice i rodzeństwo jego.

Badając chorego, stwierdziłem co następuje: Prawe oko ma znamiona krótkowzroczności, a mianowicie gałka długa, przednia komora głęboka, źrenica dość duża, nieco mimośrodkowa, a tęczęwka lekko przy silnych zwrotach drga.

Napięcie gałki prawidłowe. Wziernikiem widać dokładnie dno oka, prawidłowe, a tylko tarcz okolona lekkim rąbkiem pigmentowym, wyżłobiona, naczynia zaś przesunięte silnie ku nosowi.

Wpro. = $\frac{8}{36}$ — 24 Mp. 27 Sn. 05 Wlo. = palce $\frac{3}{4}$ m od dołu, Sn. nie czyta.

Astign. 90/34·5 0/35·5.

Lewe oko łzawi silnie, spojówka przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe, rogówka nakłuta, pk. prawie zniesiona, barwa tęczęwki nieco zmieniona, ciemniejsza, źrenica okrągła, 5 mm szeroka, nie oddziaływa, soczewka przeźroczysta, zwichnięta ku przodowi, przypiera tęczęwkę do tylnej powierzchni rogówki,

obwód jej górny widoczny w źrenicy. Oft.: tarcz różowa, silnie dobrzeźnie wyżłobiona, naczynia zagięte przy brzegu, w plamce żółtej zanikowe plamki. T+2. Rozpoznanie brzmiało zatem: wysokiego stopnia krótkowzroczność obustronna, nadwicznienie soczewki z następową jaskrą oka lewego.

Nazajutrz cięciem prostem w rogówce bez irydektomii, wydobyłem soczewkę zwichniętą, przyczem mały nastąpił ubytek ciała szklistego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. 21. V. zapisano: napięcie prawidłowe, rogówka lekko urazowo zmętniona. Wlo. = $\frac{10}{60}$ Hp 8.

Badanie astigmometrem wykazuje dość silną nieregularną nieźorność.

Chorego puszczono 22. V. do domu, zaopatrzywszy go w odpowiednie środki lecznicze i przepisy.

Po upływie prawie dwóch lat, bo 9. II. b. r. chory znowu się zjawia, ale tym razem z powodu przypadłości prawego oka i wspomina. że przed dwoma tygodniami, schylając się przy rąbaniu drzewa, nagle poczuł błysk w oku połączony z bólem, poczem lepiej widział na większą odległość, aniżeli kiedykolwiek w życiu.

Bóle w oku od tego czasu powtarzają się i bywają nieźraz bardzo dotkliwe. Oględziny dają następujący wynik: Spojówka gałki silnie przekrwiona, zwłaszcza jej naczynia głębokie silnie nastrzykane. Rogówka czysta, ale lekko nakłuta, przednia komora głęboka, wypełniona w dolnej i środkowej części wypadniętą soczewką, której brzeg widoczny górą. Źrenica około 3 mm szeroka, regularna, oddziałuje słabo.

Pro. nie przedstawiało się napiętem, raczej napięcie jego nieco obniżone.

Do oka zapuszczono pilokarpinę i polecono przybyć do operacji. którą też tegoż jeszcze dnia wykonałem, usunąwszy soczewkę w zamkniętej torebce, w następujący sposób:

Graefoskim nożykiem zrobiłem małe cięcie płatowe, pozostawiając mostek spojówkowy, zaraz wystąpiła nieźnaczna przepuklina ciała szklistego, wprowadziłem więc Pagenstecherowską łyżeczkę poza soczewkę by szybko ją z oka usu-

nać, co się też bez ubytku ciała szklanego udało. Przepuklina zaś ciała szklanego ustąpiła pod wpływem prądu zimnego fizyologicznego roztworu słonej wody.

Po zapuszczeniu ezeryny założono opaskę uciskową obustronną.

Przebieg dalszy był dobry, tylko lekki wysięk krwawy pojawił się w przedniej komorze, a nadto stwierdziłem przesączenie krwawe ciała szklanego. Jedno i drugie jednak pod wpływem zastrzykiwań fibrolizyny znikło tak, że chory w dniu wypuszczenia tj. dnia 22 lutego miał Wpro. = $\frac{6}{18}$ Hp. 4 c. cyl. 3.0, oś poz. Albr. 2 c. + 10 i komb. Dno oka prawidłowe.

Widzimy więc, że w obu przypadkach zwichnięcie soczewki raz do tylnej części oka, to znowu do przedniej komory było wywołane względnie słabem obrażeniem, raz przez upadnięcie, drugi raz przez schylenie się, a jednak zwichnięcie soczewki było znaczne. Co mogło je spowodować? Nie wątpliwie zmiany anatomiczne gałki połączone z jej rozrostem przy postępującej krótkowzroczności. Sprawili one zwiótczenie wiązadła Zinnego. Silniejszy wstrząs zrywa pozostałe, wiotkie niteczki wiązadła, a soczewka stosownie do położenia, jakie chory zajmuje w chwili urazu, raz wpada do ciała szklanego, to znowu do przedniej komory. Tu pozostaje, jeżeli źrenica zwęży się w następstwie podrażnienia mechanicznego.

II. STRESZCZENIA.

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1912. Nr. 9, 15, 19. (Referent Doc Dr W. Reis).

W sprawie powstawania barwika siatkówki. (Zur Entstehung des Retinapigmentes). Kreibich.

W siatkówkowym przybliżeniu barwikowym nad makatą lśniąca oka wolego z zaćmieniem soczewki i w prawidłowych

oczach wolic, można było stwierdzić powstawanie barwika siatkówkowego z myeloidu Kühnogo. Ziarno myeloidu albo w całości przechodzi w ziarno barwika, albo też barwikowe ziarenka lub ciemne kryształki barwikowe stopniowo mogą wypełniać całe wnętrze ciała myeloidowego. W podobny sposób powstaje ludzki barwik siatkówkowy; ten sposób powstania jest również zaznaczony w komórkach tęczówki i ciała rzęskowego. Wykazują one jako pochodne siatkówkowego przybłonka barwikowego, również pigmentację myeloidową.

Oko i salwarsan (Auge und Salwarsan). Fejer.

Po wstrzyknięciu salwarsanu spostrzegał autor w dwóch przypadkach bardzo silną tarczę zastoinową, w jednym zapalenie tęczówki i naczyńówki i zaćmienia w ciele szklistem. W jednym przypadku obrzęk tarczy nerwu wzrokowego przedstawiał obraz niezwykle. Tarcza nerwu wypukłała się do ciała szklistego jak masa galaretowata; naczyń przy wejściu prawie wcale nie było widać.

F. nie przypomina sobie, aby w swej praktyce spostrzegał taki obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, lub też tak ciężkie zaćmienia w ciele szklistem. F. sądzi, że ogłaszanie takich przypadków przyczyni się do wyrobienia przedmiotowego sądu o wartości salwarsanu.

O histologicznych zmianach zachodzących w oku i środkowym układzie nerwowym u człowieka przy ostrem śmiertelnem zatruciu alkoholem metylowym. (Über histologische Befunde im Auge und im centralen Nervensystem des Menschen bei akuter tödlicher Vergiftung mit Methylalkohol). Pick i Bielschowsky.

W trzech przypadkach ostrego śmiertelnego zatrucia alkoholem metylowym stwierdzić można było mikroskopowo ostre toksyczne schorzenie komórek zwojowych nerwu wzrokowego i znaczne rozszerzenie się procesu chorobowego na wszystkie warstwy siatkówki. W dwóch przypadkach za życia stwierdzonej zupełnej ślepoty, można było mikroskopowo stwierdzić silne tętnicze przekrwienie dna oka. We wszystkich trzech przypadkach istniały objawy ostrego rozpadu włókien nerwu wzrokowego (rozrzucone około naczyń nagromadzenia tłuszczu z miazgi rozpadowej, nieprawidłowe pęcznienie włókien i t. d.). W porównaniu jednakże ze zmianami w komórkach zwojowych zmiany we włóknach nerwowych były skąpsze należy je jednak również uważać za bezpośrednie zmiany toksyczne.

Zmiany te stwierdzone u ludzi zgadzają się w zupełności

z wynikami doświadczeń poczynionych na zwierzętach (Birch-Hirschfeld) i z patogenezą ślepoty podaną przez Wood i Bullera na podstawie spostrzeżeń klinicznych. Proces toksyczny ze zmianami wstecznymi rozpoczyna się równocześnie w nerwie wzrokowym i siatkówce. Jakichkolwiek sporów zapalnych autorowie nie stwierdzili.

Ostre śmiertelne zatrucie alkoholem metylowym może u człowieka wywołać zmiany w komórkach zwojowych układu środkowego, jednakże zmiany te tak jakościowo jak i ilościowo ustępują przed zmianami zachodzącymi w siatkówce.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 46 i 49. R. 1912. Nr. 17, 20, 24 i 26. (Referent Doc. Dr. W. Reis).

Próby z tuberkuliną na oku. (Tuberkulinversuche am Auge). Krusius.

Badania przeprowadzał autor na oczach królików zdrowych i na oczach z gruźlicą czynną rogówki lub tęczówki i stosował albo oryginalną starą tuberkulinę albo też oryginalną zawiesinę bakteryjną Kocha. Wstrzyknięcie do przedniej komórki 0,017 TA wywoływało w oczach zdrowych zapalenie tęczówki z wypociną włóknikową, które po 4 dniach zupełnie ustępowało, pozostawiając częściowo tylko odbarwioną tęczówkę. W oczach z szczepioną gruźlicą śródrogówkową występowały po zastrzyknięciu tuberkuliny zmętnienia dookoła ognisk gruźliczych, wstępujące również po 4—5 dniach. Odbarwienie tęczówki występowało na znacznej przestrzeni i było trwałe. Nie jest to proces ściśle swoisty ale tylko następstwo zadziaływania bodźca zapalnego, które w oku uczulonym silniej wystąpiło.

Doświadczenia przeprowadzone z wstrzykiwaniami śródrogówkowymi tuberkuliny dały następujące wyniki: Wstrzyknięcie śródrogówkowe starej tuberkuliny wywołuje w oczach zdrowych przemijające zmętnienie rogówki z wytworzeniem naczyń i rąbkiem barwikowym, w oczach zaś z gruźlicą rogówkową bardzo wyraźne odczyny ogniskowe, a po części także pojawienie się świeżych ognisk zapalnych.

Wstrzyknięcie zaś emulsji bakteryjnej Kocha wywołuje w oczach zdrowych poza krótkotrwałe zmętnieniem w rogówce w miejscu ukłucia postępującą miąższową sprawę zapalną rogówki.

W oczach z gruźlicą rogówki były odczyny ogniskowe słab-

sze niż po wstrzyknięciu starej tuberkuliny. Powstanie śródrogówkowego procesu zapalnego po wstrzyknięciu emulsyi jest prawdopodobnie zawisłem od przeszczepienia poszczególnych, nie zabitych jeszcze prątków. Wobec doświadczalnie stwierdzonego uodporniającego działania czynnej gruźlicy, można właśnie w słabiej działającej zawieszynie bakteryjnej upatrywać warunki dla działania leczniczego, dającego się stwierdzić w drodze doświadczalnej.

Wśród-nosowe leczenie śluzowiaków oczodołowych w szczególności śluzowiaków kości sitowej i woreczka łzowego. (Endonasale Behandlung der erbitalen Mucocolen, besonders solcher des Siebbeins u. des Thränenacks). Axenfeld.

W przypadkach śluzowiaka kości sitowej radzi A. postępować operacyjnie od strony nosa, gdyż w ten sposób unika się zniekształcenia i ubytku spowodowanego zabiegiem chirurgicznym wykonanym z przodu i stwarza się wygodny stały odpływ zawartości śluzowiaka do nosa. W przypadkach śluzowiaka jamy czołowej należałoby przynajmniej próbować leczenia śródnosowego i dopiero po bezskutecznym wyniku przystąpić do operacyi radykalnej. Wreszcie zaleca A. także leczenie śródnosowe w przypadkach schorzątych i rozdętych woreczków łzowych i opisuje szczegółowo przypadek, w którym rozdęty woreczek łzowy przedstawiał się jako guz torbielowaty o wysokości $5\frac{1}{2}$ cm a szerokości 3 cm, który spowodował wysadzenie gałki ocznej na zewnątrz i ku przodowi. Przy dłużej trwającym ucisku mogła chora nieco zawartości guza wycisnąć do nosa. Operacja od strony nosa dała dobry wynik, nastąpiło zupełne wyleczenie, a gałka wróciła do prawidłowego położenia. Przy badaniu można było dotykkiem stwierdzić, że brak był zupełny kości łzowej i górnej części ściany kostnej przewodu nosowo-łzowego, które zanikły wskutek ucisku wywartego przez rozdęty woreczek.

Leczenie zakażenia pneumokokowego rogówki (ulcus serpens) wielkimi dawkami surowicy. (Die Behandlung der Pneumokokkeninfektion der Hornhaut (ulcus serpens) mittels grosser Serummengen). Gebb.

Autor stosował w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki podskórne wstrzykiwania surowicy pneumokokowej w ilościach 100—3000 gr. w przeciągu kilku dni i przekonał się przedewszystkiem o nieszkodliwości wielkich dawek surowicy dla ogólnego ustroju i o dobrym leczniczym wpływie na wrzód rogówki. W 70% otrzymywał gładkie wygojenie; dziewiątego dnia chory opuszczał klinikę. Dobroczynny wpływ wstrzykiwań okazywał się już w dzień

następny po wstrzyknięciu. Dookoła wrzodu rogówkowego występywało pęcznienie brzegu nacieczonego, a po kilku dniach ubytek był zupełnie oczyszczony.

Ilościowo-doświadczalne badania nad skutecznością leczenia tuberkuliną (TA i BE) gruźlicy oka (Quantitativ-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Tuberkulintherapie (TA u. BE) bei Augentuberkulose). Krusins.

Stara tuberkulina pod względem zapobiegawczym nie ma żadnego wpływu na przesunięcie okresu wylegania ani na przebieg leczenia swoistego wpływu. Doświadczenia z zawiesiną bakteryjną wykazały, że ta posiada nawet znaczne własności ochronne natomiast co się tyczy własności leczniczych zachowuje się podobnie jak stara tuberkulina.

Uszkodzenie oka wskutek spostrzegania zaćmienia słońca. (Augenschädigung durch Beobachten der Sonnenfinsterniss) Feilchenfeld.

Autor spostrzegał 5 przypadków; w 3 przypadkach stwierdził przy badaniu wziernikowem w plamce żółtej istnienie ciemnoczerwonej plamki z małym białawym ogniskiem w środku.

Schorzenia oczu wskutek olśnienia światłem słonecznem. (Augenerkrankungen durch Sonnenblendung). Isakowicz.

Autor ogłasza 14 przypadków typowych mroczków środkowych powstałych wskutek spostrzegania zaćmienia słońca. Prawie we wszystkich przypadkach można było wykazać ubytki środkowe w polu widzenia. w kilku przypadkach dopiero przy badaniu z większej odległości. W jednym przypadku brak było objawów mroczka środkowego, dno oka było prawidłowe, natomiast w soczewce można było w świetle przepuszczonem przy użyciu płaskiego wziernika i soczewki +20₀ D stwierdzić delikatne zaśmienia w postaci pyłku umiejscowionego pod przybliżonkiem torebkowym w obrębie źrenicznym. Przednia i tylna kora oraz jądro były zupełnie przeźroczyste; także ciało szkliste bez zaćmień.

O guzach dnawych na powiekach. (Ueber Gichttophi an den Augenlidern). Ebstein.

Guzy dnawe na powiekach należą do bardzo rzadko spostrzeganych umiejscowień tej choroby. Przy rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy guzki prosoвате (Miliun), które z upodobaniem umiejscowiają się na twarzy i powiekach dolnych.

E. spostrzegał u chorego 39-letniego z wybitną dną istnienie małego, białego guzka w zewnętrznej części górnej powieki oka lewego. Podobny guzek znajdował się także za uchem prawem. Rozpoznanie kliniczne opiewało *arthritis uratica*, a oba guzki określano jako typowe guzy dnawe. Guzek z powieki górnej usunięto w drodze operacyjnej, nawrotu nie było. Zawartość guzka dała wybitny dodatni odczyn mureksydowy, wobec czego przeprowadzono dowód, że guzek z powieki górnej należy z całą pewnością uważać jako guz dnawy zawierający kwas moczowy.

Śródczaszkowy skórzak w okolicy płatów czołowych mózgu, przebicie do oczodołu, wyłuszczenie i wyleczenie. (Intrakranielles Epidermoid der Stirnhirngegend, Durchbruch in die Orbita, Exstirpation, Heilung). Krauss i Sauerbruch.

Przypadek jedyny dotychczas w piśmiennictwie przedstawia się następująco: nowotwór. najprawdopodobniej wrodzony, który przy badaniu histologicznem okazał się jako śródczaszkowa skórzakowata torbiel, której ściany były ściśle zrośnięte z oponą twardą kości czołowej, a której początek leżał, o ile to można było stwierdzić podczas operacji, w okolicy przysadki.

Stąd rozrastał się ów guz coraz bardziej uciskając na płaty czołowe mózgu aż do sklepienia oczodołu. Alarmujące kliniczne objawy wystąpiły dopiero z chwilą przebicia torbieli do jamy czołowej. Do tarczy zastoinowej istniejącej już od dawna, przyłączył się obecnie wyrzeszcz gałki ocznej, a dokonane nacięcie na granicy górnego zewnętrznego brzegu oczodołu spowodowało odpływ wielkiej ilości brudnawo-brązowego płynu. Torbiel usunięto następnie w drodze operacyjnej przez dokonanie osteoplastycznej resekcji czaszki. Nastąpiło zupełne wyleczenie. Chory oglądany po upływie trzech lat ma się zupełnie dobrze.

Ophthalmology R. 1912. Vol. 8. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Trąd oka. (Ocular Leprosy). Fr. Fernandez, (Hawanna).

Na Kubie trąd panuje nagminnie, toteż autor w hawańskim szpitalu dla trędowatych miał dużo sposobności spostrzegać powikłania oczne, które bardzo często występują w tej chorobie. I tak w liczbie 250 chorych trędowatych u 150 istniały zmiany oczne, a z tego w 30 wypadkach przyszło do zupełnej utraty wzroku.

Prawie w każdym przypadku trądu uderza wczesna utrata brwi i rzęs. Zwykle później dopiero wypadają włosy na głowie. Do najczęstszych zmian należą guzy, ogniska martwicze i owrzodzenia na skórze powiek i na spojówkach. Jako następstwa widzi się potem często wywiniecie lub podwiniecie powiek. Objawy znieczulenia rzadko występują na oczach. Zającie rogówki przybiera zwykle postać rozlanego nacieczenia, które, zwłaszcza, jeśli ulegnie owrzodzeniu, sprawia choremu bardzo silne bóle. Blizny rogówkowe po takich naciekach odznaczają się nadzwyczajną białością i okazują przytem znaczne bardzo zcieńczenie. Jedno i drugie uważa autor za objaw dla zmian po trądzie znamieny. Tęczęwka rzadko bywa zajęta pierwotnie, zazwyczaj ulega zapaleniu następowemu przy sprawie toczącej się na rogówce. *Iritis leprosa* bywa bardzo bolesną, a w dodatku ostry stan zapalny przeciąga się niekiedy niezmiernie długo. Sprawa zapalna prawie nigdy nie przechodzi na naczyniówkę i siatkówkę. Wydaje się, jakoby ciało rzęskowe stanowiło tu pewną zaporę. Toteż w przypadkach często zdarzającej się zaćmy następowej, o ile środkowa część rogówki zachowała przeźroczystość, operacya daje na ogół dobre wyniki.

O zastosowaniu radu w okulistyce. (On the Use of Radium in Ophthalmology), Sterling Ryerson, (Toronto).

Co do fizyologicznego działania radu, to wiadomo z doświadczeń Londona, Greeffa, Andersona i innych, że oko pogrążone w ciemności za zbliżeniem odpowiedniej ilości radu czy to do zamkniętych powiek, czy do wierzchu głowy, czy nawet do potylicy, doznaje wrażenia nieokreślonej jasności. Osoby ociemniałe posiadające tylko samo poczucie światła, doznają w tych warunkach takiego samego wrażenia jasności, jak osoby widzące. Usiłowano za pomocą promieni radium umożliwić ludziom dotkniętym niezupełnym zanikiem nerwów wzrokowych widzenie świetlnych znaków na fluoryzującym ekranie. Próby te nie mogą wydać pożądanego skutku, gdyż promienie radu nie podlegają wcale prawidłom załamывania światła, nie mogą zatem wytwarzać żadnych obrazów na siatkówce. Wogóle radium prawdopodobnie nie wywiera na siatkówkę żadnego bezpośredniego wpływu. Wynika to z doświadczeń Hardyego i Andersona, którzy wystawiali oko świeżo zabitej zaby przez 20 godzin na działanie 50 mg bromku radu. Siatkówka takiego oka nie okazywała potem żadnych zmian ani pod względem ułożenia wypustek barwikowych ani zachowania się czerwień wzrokowej i nie różniła się niczem od siatkówki innego oka, pogrążonego dla kontroli, przez ten sam czas w zupełnej ciemności. Wynika z tego, że wrażenie jasności, jakie radum

w oku wywołuje, nie może pochodzić od bezpośredniego działania promieni jego na siatkówkę, lecz najprawdopodobniej zależy od fluorescencji, jaką wywołują jego promienie Beta w rogówce, w soczewce w ciele szklistem, a może nawet w samej siatkówce. W niektórych doświadczeniach wchodzi w grę, jak się zdaje, bezpośredni wpływ promieni radium na ośrodki wzrokowe mózgu.

W drugiej części swej pracy omawia autor znane sposoby zastosowania radium do leczenia różnych zmian chorobowych. Przytacza korzystne wyniki leczenia zapomocą radium nowotworów powiek, jaglicy, wrzodów rogówkowych, gruźlicy i wilka spojówki, nieżyty wiosennego, a nawet niektórych głębszych schorzeń gałki ocznej.

Zakażenia jelitowe, a schorzenia oczne. (Intestinal Sepsis in Ocular Affections). Samuel D. Risley. (Filadelfia).

Autor podnosi związek zresztą dziś powszechnie już uznawany między przewlekłymi zaburzeniami w trawieniu, a niektórymi schorzeniami oka. Nie mówiąc już o pewnych postaciach przewlekłych zapaleń twardówki i jagodówki, które niewątpliwie mają swe źródło w samozatruciu ustroju wytworami nieprawidłowej fermentacji jelitowej, zajmuje się głównie etiologią zaćmy, niesłusznie zdaniem jego zwanej zaćmą starczą. Określenie *cataracta senilis* uważa on za wprost szkodliwe, bo lekarz, zadawałniając się tą nazwą i przypisując powstanie zaćmy starości, na którą nie ma lekarstwa, czuje się poniekąd zwolnionym ze szukania innych możliwych przyczyn. Tymczasem zaćma nawet wśród ludzi bardzo podeszłych występuje tylko w szczupłej mniejszości przypadków, trudno uważać ją zatem za zwyczajny objaw starczy. Autor twierdzi, że t. zw. zaćma starcza powstaje tylko u starców chorych. Dokładny rozbiór moczu wykrywa zazwyczaj ślady białka, nadmiar kwasu moczowego, obecność indykanu. Ciśnienie krwi bywa wzmożone, nieraz przekracza 200 mm Hg. Przyczynę wszystkiego upatrywać należy w zaburzeniach w przemianie materii wynikających z nieprawidłowego chemizmu trawienia. Osobom okazującym początki zaćmy oraz wyżej wymienione zaburzenia ogólne podaje autor systematycznie siarkan magnezyowy, a zwłaszcza chlorek wapniowy. W razie bardzo podwyższonego ciśnienia krwi poleca nitroglicerynę. Leczenie w ten sposób przeprowadzone ma zapobiegać później powikłaniom pooperacyjnym, a zwłaszcza przeciągającym się nadmiernie zapaleniom tęczówki.

Zdaniem autora teżsame warunki ogólne sprzyjają również powstawaniu jaskry zapalnej. I tu zatem jest wskazane odpowiednie leczenie zapobiegawcze.

Jak soczewka oczna przedstawiana bywa w podręcznikach, a jaką jest w istocie. (The Crystalline Lens as Figured in the Tekst Books and as Seen in the Eye). Lucien Howe (Buffalo).

Wiadomo, że oko prawidłowe wykazuje cały szereg usterek i niedokładności pod względem budowy optycznej. Przedewszystkiem powierzchnie załamujące nie są należycie ześrodkowane. Odnosi się to także do soczewki i autor myli się twierdząc, że nie ma o tem wzmianki w podręcznikach fizyologii i okulistyki. Ogłasza on wyniki dokładnych pomiarów, jakich dokonał na soczewkach prawidłowych oczu ludzkich, bądź to zapomocą oftalmometru Javal'a, z którego do tego celu musi być usunięty pryzmat Wollastona, bądźto zapomocą fakometru Tscherninga. Do pomiarów i obliczeń posługiwał się wzorami podanymi w »Optyce fizyologicznej Tscherninga. Badania te potwierdziły rzeczy po części znane z prac Hessa, Tscherninga i innych i wykazały, że przednia część osi soczewki zbacza od osi optycznej oka w kierunku ku skroni i ku dołowi i że podczas akomodacji soczewka w całości obsuwa się ku dołowi (przy pionowem ustawieniu głowy! przyp. ref.). Że tylna powierzchnia soczewki podczas akomodacji bardzo mało się zmienia, przednia zaś wypukła się najbardziej w środku, tworząc coś w rodzaju *lenticonus anterior*. Autor zastanawia się nad znaczeniem klinicznym zboczeń w ustawieniu soczewki, które stają się przyczyną astygmatyzmu soczewkowego. Tym też zboczeniom przypisuje uporczywe dolegliwości w niektórych przypadkach astenopii.

Obustronny obrzęk tarczy ze środkowym ubytkiem w polu widzenia z powodu zajęcia zatoki nosowej. (Bilateral Papilloedema with Central Scotoma from Sinusitis). Frank Judson Parker. (Nowy York).

Fuchs i Birch-Hirschfeld zwrócili pierwsi uwagę na przypadki zapalenia i zaniku nerwu wzrokowego w przebiegu schorzeń bocznych jam nosa. Podobne spostrzeżenie opisuje autor, gdzie chory okazujący od dłuższego czasu ropny wypływ z jamy Highmora, z chwilą gdy wypływ ten ustał, doznał upośledzenia wzroku na obu oczach. Badanie wykazało przyśrodkowe ubytki w polu widzenia i wybitny obrzęk zapalny tarcz nerwów wzrokowych. Operacya jamy nosa, zapomocą której stworzono swobodny odpływ ropy, wpłynęła bardzo na poprawę zapalnego stanu nerwów wzrokowych. W dalszym przebiegu kilkakrotnie jeszcze zatrzymywała się ropa w jamie Highmora i w komórkach kości sitowej, czemu towarzyszyło stale pogorszenie zaburzeń ocznych. Dopiero

doszczętnie operacyjne oczyszczenie zajętych zatok położyło kres zaburzeniom ocznym.

Wyleczenie ostrego zapalenia tęczówki surowicą przeciwstreptokokową. (Acute Plastic Iritis markedly Benefited by Antistreptococcus Serum). Bradburne. (Manchester).

Historia przypadku obustronnego plastycznego zapalenia tęczówki, które wystąpiło wśród ogólnych objawów dających obraz ostrego gośca. Leczenie miejscowe połączone z podawaniem przetworów salicylowych pozostawało bez skutku i ostre zapalenie nadmiernie się przeciągało. Dopiero jednorazowe wstrzyknięcie 10 cm sz. surowicy przeciwstreptokokowej (Parke-Davis) odrazu nadało sprawie zwrot pomyślny. Wkrótce nastąpiło zupełne wyleczenie.

Zakrzep w zatoce jamistej. Opis przypadku. (Thrombosis of the Cavernous Sinus with Report of Case). H. H. Martin. (Savannah).

W zatokach żylnych na podstawie mózgu nagromadzonych jest więcej niż gdziekolwiek indziej warunków sprzyjających powstaniu zakrzepów: Ich szerokość i kształt, niepodatność ścian, częsta obecność powrózków (*trabeculae*), powolność krążenia, niskie ciśnienie i t. d. Rozróżniamy zakrzepy charłaczne (marantyczne) zdarzające się u niemowląt w przebiegu wycieńczających chorób, albo w zgrzybiałej starości, i zakrzepy gnilne, zakaźne, powstające nieraz wskutek miejscowych błahych zakażeń, a często wskutek ropienia ucha środkowego, przy złamaniach podstawy czaszki i t. d. Autor opisuje przypadek, w którym punktem wyjścia zakrzepu zatoki jamistej była mała chrostka pod skrzydełkiem nosa. W kilka dni po jej powstaniu pojawił się obrzęk w kąciek wewnętrznym oka i zaczął się szybko rozszerzać na powieki, policzek, czoło, a nawet na szyję. Prawie równocześnie przyszło do wysadzenia gałki ocznej, porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oraz źrenicy i do utraty wzroku, przyczem wziernik wykazywał objawy silnego zastoj w zakresie żyły siatkówkowej. Stanowi temu towarzyszyła typowa gorączka septyczna. Po kilku dniach obrzęk przeszedł na drugą stronę twarzy pomijając jednak okolicę podstawy nosa, co uchodzi za objaw bardzo znamieny i stanowi oznakę, że nie idzie o samo rozszerzenie się powierzchownego obrzęku, lecz że zakrzep rozszerzył się z jednej zatoki jamistej na zatokę po drugiej stronie. Istotnie odrazu wystąpiły i na drugim oku objawy zakrzepu w zatoce jamistej, porażenia mięśniowe, wysadzenie gałki, znamieny obraz wziernikowy i utrata wzroku. Przy-

padek zakończył się śmiercią. Autor przytacza statystykę Dwight'a i Germaina którzy zestawili 182 opisanych w literaturze spostrzeżeń, z których tylko w 14 nie przyszło do zejścia śmiertelnego. Wobec tak małych widoków wyleczenia samoistnego, sądzi autor, że nie należy cofać się przed zabiegiem operacyjnym zalecanym przez Knappa. Drogę do zatoki jamistej toruje sobie chirurg bądź to od strony skroni, bądź też przez oczodół. Ta ostatnia droga wydaje się autorowi odpowiedniejszą, mimo że wybór jej pociąga za sobą z konieczności utratę gałki. Oczywiście operacja przedstawia jakie takie widoki powodzenia tylko w razie, jeśli zostaje podjęta we wczesnym okresie choroby, gdy zakrzep nie rozszerzył się jeszcze na zatokę drugiej strony.

Przypadek ocznego powikłania w przebiegu liszajca zaraźliwego. (Note Concerning the Ocular Complications in a Case of Impetigo Contagiosa). Howard F. Hansell. (Filadelfia).

Wrzodzące zapalenie rogówki w przypadku liszajca zaraźliwego (*impetigo contagiosa*), zajmującego skórę w różnych miejscach ciała u 16-letniej dziewczyny, uważa autor za powikłanie choroby skórnej i za zmianę analogiczną do zmian na skórze. Twierdzenie to opiera na tem, że owrzodzenie rogówkowe wystąpiło równocześnie z pojawieniem się ognisk liszajca na twarzy, na łokciach, biodrach i na nogach i że wygoiło się także równocześnie z wygojeniem zmian skórnych.

Astenopia wśród dzieci uczęszczających do szkół publicznych. (Eye Strain among Public School Children). Edgar Bates (Ogden, Utah).

Na podstawie statystyki obejmującej 890 dzieci szkolnych badanych szczegółowo pod względem refrakcyi i bystrości wzroku, zastanawia się autor nad czynnikami wywołującymi różne objawy astenopii. Dochodzi do wniosku, że błędy refrakcyi nie stanowią głównej przyczyny astenopii, bo objawy znużenia wzrokowego występują równie często u dzieci mających oczy miarowe. Statystyka autora nie może się przyczynić do wyjaśnienia tej sprawy, gdyż w badaniach swych nie uwzględnił zaburzeń równowagi mięśni ocznych, a przynajmniej w artykule swym nie czyni o nich żadnej wzmianki.

Irydektomia i sklerektomia przy jaskrze. (Irydectomy and Sclerectomy in Glaucoma). Ch. Abadie, (Paryż).

Artykuł polemiczny, wznawiający, od szeregu lat toczący się spór o wartość leczniczą sklerektomii przy jaskrze. Abadie, za-

cięty przeciwnik sklerekтомii, zarzuca tej operacyi trudność poprawnego wykonania, niebezpieczeństwo wypadnięcia tęczówki i zwichnięcia soczewki, co pociągnąć może za sobą podniesienie ucisku wśródocznego, zamiast obniżenia tegoż. Zwyczajna jaskra przeradza się, zdaniem Abadiego, pod wpływem sklerekтомii w jaskrę złośliwą, występują nowe bóle i ostateczna utrata wzroku. Z tych powodów Abadie nawołuje do zarzucenia sklerekтомii, jako zabiegu niebezpiecznego, a co najmniej bezskutecznego i wskazuje na irydektomię, która prawidłowo wykonana jest jedyną operacyą zdolną uratować oko jaskrą dotkniętę.

Irydektomia i sklerekтомia w leczeniu jaskry. Prof. Lagrange, (Bordeaux).

Odpowiedź twórcy sklerekтомii na zarzuty zawarte w poprzednim artykule. Lagrange zbija twierdzenie Abadiego, że przy sklerekтомii grozi przemieszczenie soczewki i wzmożenie przez to objawów jaskry. Żaden z operatorów, co wykonują sklerekтомię, nie miał takiego powikłania. W razie wypadnięcia tęczówki wycina się ją poprostu, przez co się zapobiega wszelkim złym następstwom. Co do wyników sklerekтомii, to Abadie nie wykonałszy tej operacyi ani razu, nie może mieć w tym względzie żadnego doświadczenia własnego. Lagrange wykonał ją w ciągu szeregu lat u wielu setek chorych, a tylko w trzech przypadkach wynik był niepomyślny. Zapytuje tedy, czy niepomyślne wyniki nie zdarzają się także po irydektomii? Powołuje się zresztą na świadectwo Holth'a, Fergus'a, Pagenstechera, Kalta, którzy wykonują często sklerekтомię, że operacya ta nie tylko nie przedstawia niebezpieczeństw, ale daje dobre wyniki tam, gdzie irydektomia stale zawodzi, n. p. w przypadkach jaskry prostej.

Medyczne i chirurgiczne leczenie jaglicy. (Medical and Surgical Treatement of Trachoma). Jacovidēs, (Alexandrya).

Autor skaryfikuje bardzo silnie spojówkę powiek i załamek, wyciska treść ziarnistości, skrobie spojówkę ostrą łyżeczką aż do chrząstki, a następnie stosuje lapis, a wreszcie siny kamień.

Operacya zaćmy z przesuwalnym płatem spojówkowym. (The sliding flap in cataract operations). Webster Fox. (Filadelfia).

Autor opisuje metodę van Linta, zapomocą której od pewnego czasu stale operuje zaćmy z bardzo pomyślnym wynikiem. Przed wykonaniem cięcia płatowego poleca van Lint okroić spojówkę gałki dookoła górnej połowy rogówki, tuż koło rąbka. Spo-

jówkę należy podminować na przestrzeni kilkunastu milimetrów w górę, a następnie przewlec przez oba brzegi rany spojówkowej dwie nitki cienkiego jedwabiu, jedną po stronie skroniowej rogówki, drugą po stronie nosowej. Po tem przygotowaniu wykonywa się operację zaćmy bez irydektomii sposobem klasycznym. Po należytem oczyszczeniu źrenicy z resztek kory i w razie potrzeby po odprowadzeniu i wygładzeniu tęczówki, ściąga się i zawiązuje najpierw jedną, a potem drugą nitkę i końce węzełków krótko obcina. Wskutek działania nitek płat spojówkowy zesuwa się po rogówce ku dołowi, przykrywając nietylko ranę, po cięciu płatowem, ale i górną trzecią część rogówki. Ten, jak go autor nazywa, fartuszek spojówkowy, zapewnia brzegom rany należyte przyleganie i przez to przyspiesza zagojenie. Równocześnie przeciwdziała wypadaniu tęczówki i do pewnego stopnia zabezpiecza oko przed zakażeniem zewnętrznem rany. Równomierny ucisk, jaki przesunięta spojówka wywiera na górną część rogówki, przyczynia się zarazem do zmniejszenia stopnia niezborności pooperacyjnej. Opisany sposób operacyjny nie przedłuża zbytnio zabiegu, a w wykonaniu jest bez porównania łatwiejszy, niż zakładanie szwu rogówkowego. Przesunięty płat spojówkowy kurczy się szybko i nieraz już po 48 godzinach w zupełności odsłania rogówkę. Co do nitek van Lint pozostawia je, aż same wypadną, co zwykle przychodzi do skutku w 14—16 dni po operacji. Autor nie czeka tak długo, lecz wyjmuje je 5-go lub 6-go dnia po operacji.

III. ROZMAITOŚCI.

Chrysarobina wywiera nieraz ujemny wpływ na oko przy stosowaniu jej przeciw chorobom skórny. W lżejszych wypadkach występuje zaczerwienie powiek, o barwie brunatno-czerwonej, później zapalenie spojówki, dalej punkcikowate naloty i ubytki rogówkowe, a jeżeli środek ten mimo to dalej się stosuje, przychodzi nawet do ciężkich owrzodzeń rogówkowych. Natomiast objawy początkowe ustępują z chwilą, gdy środek usuwamy.

Dr Cohn (Wochschrft f. Therapie u. Hygiene des Auges 1912. 43).

Octan srebra (*argentum aceticum*) w 1 proc. roztworze uważa prof. Zweifel jako najlepszy środek zapobiegawczy przeciw rzeżączce noworodków (Central. f. Gynäkol 1912. 17).

Prof. Schmeichler z Berna omawia w artykule »die Trachomgefahr in Maehren« (Wiener Med. Wochschrft.) znane powszechnie rzeczy dotyczące higieny, przyczem zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wspólnych noclegów robotników fabrycznych — jest przeciwnym osobnym szpitalom trachomatycznym, a tylko za oddziałami odpowiednimi przy istniejących szpitalach ogólnych. Przemawia za ambulatoriami, a do przyjęcia zdaniem jego kwalifikują się: 1) przypadki ze silną wydzieliną; 2) chorzy bez powikłań, gdy codzien muszą być leczeni, a b. daleko mieszkają od lekarza; 3) trachomatycy z ciężkimi powikłaniami.

Reakcja tuberkuliczna. W tow. okulist. w Halli wystąpił Schmidt-Rimpler przeciw Igersheimowi, jakoby większa ilość dzieci, dotkniętych pryszczykami, miała wybitną skłonność do gruźlicy i sądzi, że reakcja skórna u dzieci ze skazą wypocinową nie dowodzi tuberkulicznego usposobienia.

Piękny czyn spełnił Dr Schneider, oku lista w Milwaukee zapisując 100.000 marek dla ubogich kliniki okulistycznej, a wywdzięczając się w ten sposób uniwersytetowi, który go kształcił i czcząc pamięć dwóch dobrodziejek, które mu pomogły do zdobycia sobie stanowiska.

Odbieramy następujące pismo:

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Program prac drugiego Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, (od 15-go do 20-go grudnia b. r.) w Krakowie, przedstawia się następująco:

I. Metoda psycho-analityczna. Prof. Bandrowski (Lwów): Psychoanaliza wobec podstawowych teorii psychologicznych. St. Borowiecki (Kraków): Psychoanaliza i jej kryteria. L. Jekels (Bystra): Libido sexualis a charakter i neuroza. L. Karpieńska (Zakopane): Psychologiczne podstawy Freudyzmu. Doc. W. Radecki (Genewa): Pierwiastki psychologiczne w psychoanalizie.

II. Zjawiska psychoelektryczne. Doc. W. Radecki (Genewa): Zjawiska psychoelektryczne, wykład z pracowni fizyolo-

gicznej prof. K. Cybulskiego, L. Karpińska (Zakopane):
Kojarzenia łańcuchowe przy zastosowaniu prądu galwanicznego.

III. Nowe metody badania narządu przedsionkowego. J. Berlstein (Lwów): Badanie i funkcyja błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych (część otologiczna). Rothfeld (Lwów): Fizyologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego. Rothfeld (Lwów), Reich (Wiedeń) i doc. Barany (Wiedeń): Wpływ wyłączenia pojedynczych części mózdzku na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego.

IV. Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii. Doc. J. Hornowski (Lwów): Dane z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi. Prof. L. Popielski (Lwów): Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów. Doc. K. Orzechowski (Lwów): Choroby nerwowe, a wewnętrzne wydzielanie. W. Ziembicki: Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej. T. Simchowicz (Warszawa): O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną. W. Sterling (Warszawa): Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidami, w dyskusyi Dr Bychowski (Warszawa).

Wśród odczytów luźnych kilka poświęconych **stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą.** S. Kopciński (Warszawa): O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi. Doc. J. Mazurkiewicz: Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi. Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka): O obecnym stanie psychiatrii w Ameryce.

Z zakresu anatomii patologicznej kory mózgowej zgłosił odczyt T. Simchowicz (Warszawa): O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimera i W. Grzybowski (Łódź-Kochanówka): W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (*status epilepticus*).

Szereg pozostałych odczytów luźnych przedstawia się jak następuje:

Dr Sabat (Ewów): Promienie Roentgena w usługach neurologii. Dr Sabat (Lwów): Wyniki rentgenologicznego badania

epileptyków (z demonstracjami). Doc. K. Orzechowski (Lwów); i Dr Meisels (Lwów): Haematologia w epilepsji. T. Łapiński (Warszawa): Epilepsja a psychozy. Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka): Psychologia epileptyków. W. Sterling (Warszawa): Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa. J. Feuerstein (Lwów): Cyklotymia. Dr Mikulski (Lwów-Kulparków): O alkoholizmie w psychiatrii. Doc. J. Mazurkiewicz (Kraków): O afazji gestowej i apraksji. Z. Bychowski (Warszawa) i Dr Kaumen (Warszawa): Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów) J. Landau (Kraków): O kilku operowanych przypadkach guzów mózgu na podstawie materiału kliniki krakowskiej. Prof. St. Ciechanowski (Kraków) i J. Landau (Kraków) Meningitis cystica. B. Flatau (Warszawa) i J. Handelsman (Warszawa): Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgowo-rdzeniowym ze specjalnem uwzględnieniem t. zw. drętwy karku.

W dalszym ciągu zgłosili odczyty: Dr Bornstein (Warszawa): Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne nad uciskiem rdzenia. J. Rothstadt (Warszawa): O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych. W. Sterling (Warszawa): Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającemi w przebiegu szczepień Pasteur'owskich. J. Feuerstein (Lwów): Radiculitis. St. Rosenthal (Heidelberg): Przyczynki do badań nad histologią *plexus chorioideus*. Doc. K. Orzechowski (Lwów) i doc. J. Hornowski (Lwów): Mongolizm u idiotki. Dr Demionowski (Lwów): Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach.

Komitet organizacyjny Zjazdu: Przewodniczący: Prof. Dr J. Piltz, członkowie komitetu: Prof. Dr W. Heinrich i Dr A. Rydel, sekretarz: Dr St. Borowiecki.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz na własne życzenie zwolniony został z kierownictwa oddziału ocznego w szpitalu św. Łazarza, które komisyjnie objął z polecenia Wydz. kraj. dotychczasowy pierwszy asystent kliniki okulistyckiej krakowskiej Dr Witaliński.

Prof. Karol Hess z Wyrcburga obejmuje dyrekcję kliniki okul. w Mnichowie po zmarłym prof. Eversbuschu.

Prof. nadzw. Dr Bielschowski z Lipska mian. prof. zwycz. i dyrektorem kliniki w Marburgu (po Prof. Bachu.)

Dr Frenkel w Tuluzie, dotychczasowy docent, mianowany prof. i dyrektorem tamtejszej kliniki.

Prof. Ovio z Modeny, mianowany prof. i dyrektorem kliniki okul. w Genui.

Dr Lenz we Wrocławiu, otrzymał tytuł profesora.

Starszy lekarz sztabowy marynarki Dr Oloff w Kilonii, otrzymał tytuł profesora.

Habilitowali się: Dr W. Clausen w Królewcu, Dr O. Lesser przy wydziale czeskim w Pradze, Dr Maurizi w Rzymie.

Doc. pryw. Dr Martin Bartels w Strasburgu, otrzymał od niem. Tow. oftalm. nagrodę Graefego za pracę dotyczącą regulowania ruchów gałki przez narząd słuchowy.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Dr Oskar Eversbusch w Mnichowie.

VI. OD REDAKCYI.

Z przyczyn od nas niezależnych, nastąpiło opóźnienie we wydaniu niniejszego numeru P. O., za co przepraszamy, zaznaczając, iż następny numer podwójny wyjdzie w końcu października.
