

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA HAŁŁA-BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNNA, 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.

Wrzesień  
Październik.

—\* ROCZNIK PIĘTNASTY. \*—

1913.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Wielkie ciało obce pod spojówką gałkową.

Napisał

Prof. BOL. WICHERKIEWICZ.

Jak większe nawet ciała obce mogą ukryć się w otoczeniu oka i niespostrzeżone czas niejakiś tamże pozować, wywołując groźne objawy, niechaj świadczy następujący przypadek :

Grześ Katarzyna (4892) 26-letnia, przybyła 8. X. do mej kliniki podając, iż od trzech tygodni oko boli, łzawi, ropyje i to po uderzeniu ręką przez sąsiada, który, zdaniem jej, trzymał coś w ręku. Udała się natychmiast do lekarza miejscowego. Ten ją odtąd leczył, ale bezskutecznie. Nie doznawszy więc ulgi, a zwłaszcza z powodu silnego bólu głowy, zjawia się w klinice.

Stwierdzono co następuje: Prawe oko: wydzielina obfita, śluzowa, ropna (zawierała streptokoki), powieka górną opadniętą, obie nabrzmiąde miernie i zaczerwienione. Spojówka powieki znacznie obrzękła, przekrwiona, zwłaszcza w kącieku wewnętr-

nym, gdzie część dolno-wewnętrzna tworzy silniejsze wypuklenie, ponad którym, mniej więcej na wysokości południka poziomego gałki, znajduje się rana ukośna 1 cm długa. Po odchyleniu dolnej wargi tejże widać twardówkę, w okolicy przyczepu mięśnia prostego wewnętrznego, obnażoną.

Wobec tego, że gałka zbaczała na zewnątrz, a ruchy na wewnątrz były upośledzone, nasuwała się myśl, ażali mięsień prosty nerwu nie jest oderwany od przyczepu. Sonda w tem miejscu wprowadzona wszędzie jednak gładką napotykała twardówkę. Odnośnie do zбочenia gałki dwojenie skrzyżowane.

W pro. =  $\frac{6}{9}$  Sn. 0·5 Oft. dno prawidłowe.

Przy wystrzykiwaniu owej jamy podspojówkowej elektrargolem nie wyczuto nigdzie ciała obcego. Chora pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym; dostawała wstrzykiwania, a do domu sofol i okłady boraksowe ze spirytusem. Pod wpływem tego leczenia wydzielina stawała się nieco słabszą, nabrzmienie powiek i spojówki również, ale chora doznaje tych samych dolegliwości i dwojenia.

15. X. zostaje mi ponownie przedstawioną z powodu ciemnej plamy, jaka się rzekomo pojawiła w dolno-wewnętrznej części spojówki gałkowej, pozorującej barwą swą ranę twardówkową z wypadniętą jagodówką. Przeciw temu przemawiało jednak prawidłowe napięcie gałki, a niemniej i nierówna postać tego wypuklenia. Za dotykiem sondą sterylizowaną przekonałem się, że to przedmiot twardy, a uchwyciwszy go szczypcami, zdołałem tylko kawałek mały oderwać; było to ciemne twarde drzewo. Gdy wszelkie dalsze wysiłki, by tkwiący jeszcze większy kawałek wydobyć, nie doprowadziły do skutku, rozciąłem spojówkę, po należytem kokainowaniu, w otoczeniu uwięźniętego ciała, poczem z łatwością wydo byłem kawałek drzewa około 15 mm długi, 8—9 mm szeroki, a 3—4·5 mm gruby. Tkwił on głęboko w oczodole pomiędzy gałką a kością oczodołową. Twardówka nie była zranioną. Po starannem wypłukaniu jamy, powstałej po wyjęciu ciała obcego i po zapuszczeniu elektrargolu, założono opaskę.

Gojenie robiło teraz szybkie postępy, a mianowicie, wydzielina ustąpiła, nabrzmienie spojówki zmniejszało się, a już po 5-ciu dniach tak było nieznaczne, iż tylko po odchyleniu powieki dolnej stwierdzono nieznaczną wypukłość w miejscu urazu. Gałka przybrała prawidłowy kierunek i ruchliwość, z czem także i dwojenie ustąpiło.

Wypływa z tego spostrzeżenia tylokrotnie powtarzane wskazanie, że w podobnych przypadkach jak najstaranniej trzeba śledzić za ciałem obcym. Gdyby rentgenowanie mogło być więcej rozpowszechnionem, wzgl. przystępnem, należałoby użyć go w każdym przypadku zranienia jakimś przedmiotem, śledzić, czy i gdzie znajduje się ciało obce.

W naszym przypadku zastanowić się trzeba nad tem, jaki to mógł być ten przedmiot trzymany w ręku napastnika, który wbity w oko, ułamał się, nie zraniwszy samej gałki. Przypuszczać trzeba, iż to był kawałek dość grubego drewnianka może częściowo rozczepionego, które nderzone o twardą kość oczodołową, uległo złamaniu. Osoba zraniona w nieszczęściu miała niewątpliwie szczęście, boć przebicie twardówki byłoby poważniejsze spowodowało dla niej skutki, zwłaszcza wobec zanieczyszczenia rany paciorkowcami. Uchroniło ją widocznie to, iż rzut przedmiotu, trzymanego w ręku, przypadkowo zwrócił się w stronę kości oczodołowej.

W podobnych razach zdarza się np., że krowa rogami rozpląta o kość oczodołową powiekę, a gałkę pozostawi nietkniętą.

Przypadek pouczający pod tym względem opisałem w r. 1890, gdzie w bójce, nożem uderzony młody człowiek w okolicę lewego oka, po skończonej kuracyi, dwa lata nosił, nie spostrzeżony przez lekarza, brzeszczot, długości 4·5 cm, który później wywołał zapalenie twardówki dołem. Gdy chory z tem do mnie się zgłosił, wydobyłem ciało obce nie bez trudu z górnej szczęki, gdzie było wrosnięte. (*Inflammation de la sclerotique provoquée par un corps étranger* etc. *Revue génér. d'ophthal.* 1890 p. 245).

Mniej korzystny przebieg miał inny przeze mnie opisany przypadek.

Chłopiec 8-letni, poślizgnąwszy się, upadł na kupę gałęzi i zranił się w okolicę oka prawego. Gałązka utkwiała pomiędzy gałką a wewnętrzną ścianą oczodołową po przez powiekę. Wyjęto sterczący kawałek, ale część głębiej uwięznięta pozostała ukrytą. Zanieczyszczona tkwiła w mózgu i wywołała zapalenie ropne opon mózgowych ze zejściem śmiertelnem. Nowiny lek. 1892. *Przyczynek do zranień ścian oczodołowych* p. 374.



## Samoistne usunięcie się soczewki z oka jaskrą dotkniętego.

Podał

Prof. Dr BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Mak Józef, 48-letni, zgłasza się do mej kliniki okulistycznej (L. 6542 23. VII. 1910) podając, iż z powodu bólu głowy i oczu, jako i obniżającego się coraz bardziej wzroku, poddał się operacyi w Oł. przed 5 miesiącami. Od tego czasu ból prawie ustał, ale coraz więcej wzrok słabł, aż prawie zupełnie zanikł.

Badanie wykazuje: Lekkie przekrwienie spojówek gałki p. k. płytkie, blizny rogówko-twardówkowe w górnych częściach znajdujące się, wydęte, pod niemi szpary tęczówkowe pozornie dobrzeżne, źrenice średnio rozwarte, soczewki ogólnie pęczniące, zmętnione, torebka pozornie gładka, a nadto rogówka pro. o powierzchni nie lśniącej, nakłutej, a w wydętej bliznie jakieś ciało twarde, wielkości siemienia (jądro małe?). Napięcie obu gałek wzmożone, Tonm. pro. 50, lo. 56. W pro. św. bezp., W lo. il. św. proj. wadliwa.

Rozpoznanie: *Glaucoma inflam. chronicum, Coloboma*

*iridis artificiale, Cataracta nucleo cort. intumescens artefacta oc. utr.*

A zatem osobnik średniego wieku, dotknięty jaskrą, po operacyi dostaje w dodatku zaćmę. Zaćma urazowa po wykonaniu iridektomii dla jaskry przydarza się jużto z winy chorożego niespokojnego, niedostatecznie przygotowanego do operacyi, jużto z winy operatora, mniej wprawnego, albo nieoględnego w danym przypadku. Ale, aby dwie zaćmy choremu operując jaskrę przysporzyć, do tego trzeba szczególnie nieszczęśliwych okoliczności. Nie te pragnę tutaj podnieść, bo ich nie znam i pewnie na szczególną uwagę nie zasługują, ale może warto wspomnieć, jak zaćma w ten sposób mimo woli wytworzona sama z oka się usunęła.

Dnia 28. X. zrobiłem u Maka na prawem oku operację zaćmy cięciem zwykłym z wypłukaniem komory. Przebieg był prawidłowy i wynik dobry. Po kilku dniach oczy zostały zupełnie odsłonięte, a po dalszych operowany wstawał.

Dnia 5 go listopada popołudniu chory sam zauważył, że wydęta blizna operacyjna lewego oka więcej jeszcze sterczy, a badanie wykazało rzeczywiście, iż wydęcie to pokryte gładką spojówką, przybrało wielkość i postać grochu dość dużego, znaczy się zaś nawet poprzez powiekę. To wydęcie wypełnia kora soczewkowa, a napięcie wzmożone nieco. Założono opaskę uciskową. Atoli już nazajutrz, jak mi z kliniki donoszono, znaleziono po zdjęciu opaski wolną korę w worku spojówkowym w dość znacznej ilości, gdy blizna znowu się przypłaszczyła. Cała gałka wyglądu prawidłowego, a przynajmniej spojówka niewiele przekrwiona. Rogówka czysta, pk. zaś płytką bardzo, źrenica natomiast, jako i szpara tęczówkowa zasłonięte pęczniejszą korą.

Ten sam stan stwierdzono nazajutrz, z tą różnicą, iż ranka w środku ziała, wzgl. w niej sterczał kawałek kory. Napięcie prawidłowe.

Stan ten utrzymał się, względnie zmieniał na korzyść w dniach następnych, bo ranka zamknięta, kory w szparze coraz mniej, żadnego bólu, oko coraz bledsze.

Opisany co dopiero przypadek przypomina inny, przeze mnie po niemiecku ogłoszony w r. 1888 (Über einen ungewöhnlichen Verlauf und die Folgen einer Glaukomiridektomie, Kl. Monatsblätter für Augenheilkunde), a później w Przeglądzie lekarskim. Chodziło o izraelitkę wiekową, operowaną z powodu jaskry ostrej jednego oka. Irydektomia prawidłowa. Z powodu płytkości przedniej komory, zrobiłem ją nożykiem Graefoskim. Po operacji badając nie stwierdzam żadnej zmiany w soczewce. Operowana często wstawiała, by wyjmować coś z kuferka pod łożkiem umieszczonego. Nazajutrz przy badaniu znalazłem jądro duże, soczewkowe w kąciuku worka spojówkowego.

Powstała ranka torebkowa zamknęła się, torebka pomarszczona powoli wypełniała się i nastąpiła po wielu miesiącach regeneracya częściowa soczewki, stwierdzona przez ścisłe badanie. Pod względem odtworzenia się soczewki był to przypadek, w tych przynajmniej rozmiarach, jedyny w literaturze znany. Swego czasu w Przeglądzie lekarskim artykuł ten polemicznej doznał zaczepki, gdy publikacya niemiecka nie dzieliła tego losu. Profesor Hansen Grut w Kopenhadze w ustnej ze mną pogadance z całą stanowczością oświadczył mi, iż rozumiałem i prawdopodobnem wydaje mu się tłómaczenie przebiegu przeze mnie podane.

Dlaczego jednak ten przypadek tutaj przypominam? Oto by zwrócić na to uwagę, iż mimo irydektomii i obniżenia napięcia wśródocznego mogą istnieć momenty, które na wyrzucenie zmienionej, a zwłaszcza pęczniejącej soczewki wpłynąć zdołają, a takim momentem to stwardnienie (induracya) twardówki z jednej strony opierająca się uciskowi wśródocznemu, a z drugiej ławiająca właczanie soczewki przez ten ucisk w otwór przez zabieg operacyjny stworzony. W pierwszym przypadku otwór ten nie był zablźnionym dostatecznie, a w drugim w r. 1881, otwór jeszcze nie zablźnił się, przyczem niewątpliwie zachowanie się chorej, powodujące ucisk silniejszy wśródoczny, przez nachylenie było okolicznością wielce sprzyjającą do wysunięcia się części soczewki z oka.

Wszakże i po usunięciu doszczętnem zaćmy widzujemy,

mimo opaski, po prawidłowo wykonanej operacji, wyęcia blizn operacyjnych, sprowadzające znaczne stopnie niezborności, co niezawodnie w wielu razach bywa następstwem odporności twardówki. Gdy zaś rana operacyjna miała czas za-  
bliżnić się należycie, wówczas ucisk bierny twardówki zwraca się w innym kierunku, na miejsce mniej odporne, t. j. na nerw wzrokowy, powodując tegoż zagłębienie z jego następstwami, o czem szczegółowo w pracy o jaskrze prostej wypowiem me zapatrywanie.

## Excavatio scleropapillaris et excavatio infundibuliformis bulbi.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

Doc. Akad. lek.

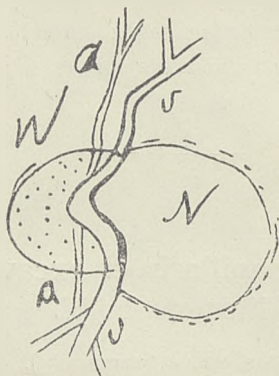
Zagłębienia spostrzegane na dnie oka, mogą być albo na tarczy nerwu wzrokowego, albo przy tarczy w twardówce. Zagłębienia na tarczy rozróżniane są jako zagłębienia jaskrowe, zanikowe i fizyologiczne; zagłębienie w twardówce oznaczane bywa jako garbiak tylny (*staphyloma posticum*).

Są jednak innego jeszcze rodzaju zagłębienia, przytem dwojakiego rodzaju:

- 1) Zagłębienie, zajmujące jednocześnie część, zwykle większą, tarczy nerwu wzrokowego i przyległą twardówkę;
- 2) Zagłębienie lejkowate, tworzące lejek z tylnego bieguna gałki, w którego środku znajduje się tarcza nerwu wzrokowego, a obwód lejka utworzony jest z tylnej ściany gałki ocznej.

Zagłębienie zajmujące część tarczy n. wzrokowego i przyległą twardówkę, ma wygląd wziernikowy następujący:

Jedna część tarczy znajduje się na wyższym poziomie (na piętrze), druga zagłębiona na drugim niższym poziomie. Granicę pomiędzy częścią zagłębioną tarczy, a wyższopoziomową — piętrową stanowią naczynia krwionośne na tarczy.



Excavatio scleropapillaris.

W — wyższopoziomowa część tarczy.

N — niższopoziomowa część tarczy i dno tylnego garbiaka.

a, a — tętnice.

w, r — żyły.

Niekiedy część piętrowa, t. j. wyższopoziomowa tarczy stanowi zaledwie wązki rąbek, cała zaś reszta znajduje się na jednym poziomie z dnem tylnego garbiaka twordówki (*sclerectasia posterior*).

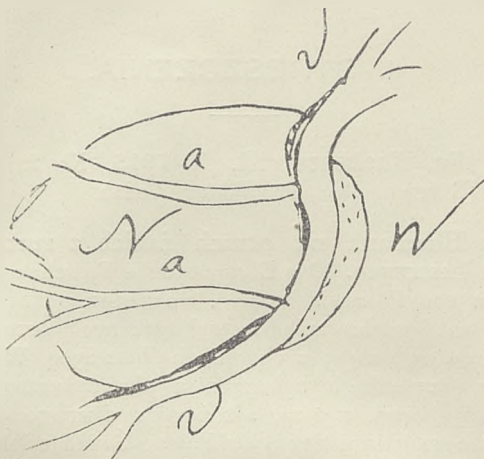
Taki właśnie wypadek spostrzegłem niedawno u p. B. P., 15-letniego z Witebska, dn. 26 sierpnia 1913 r.

ok. pr. V = 5 mm  $\left(\frac{6}{30}$  Snel.); ze szkłem wklęsłym 2.5 D =

$$= 2 \text{ mm } \left(\frac{6}{12} \text{ Snel.}\right).$$

ok. lew. V = 60 mm  $\left(\frac{1}{60}, \frac{6}{360} \text{ Snel.}\right)$  ze szkłem wklęsłym, walcow. 1.0 D. 90°, ze szkłem wklęsłym sferycznym. 4 D = 2 mm.





Excavatio scleropapillaris.

W — wyższopoziomowa część tarczy.

N — niższopoziomowa część tarczy.

a, a — tętnice.

v, v — żyły.

Ciśnienie wewnątrz gałkowe było prawidłowe. Zagłębienie tarczno-twardówkowe jest postacią pośrednią pomiędzy krótkoogniskowością postępującą (*myopia progressiva*), a jaskrą prostą niezapalną; bliższą jest jednak do krótkoogniskowości postępującej i pomimo bardzo głębokiego i rozległego zagłębienia na tarczy długi czas zachowuje prawidłową sprawność obwodowego widzenia.

Od zagłębienia fizyologicznego wyróżnia się zajęciem nie samego tylko środka tarczy, ale i brzegu tarczy, przyległego do tylnego garbiaka twardówki.

*Excavatio infundibuliformis bulbi* — lejkowate zagłębienie gałki ocznej przedstawia pewną analogię z rogówką stożkową (*cornea conica*) przedniego odcinka gałki; przy lejkowatym zagłębieniu gałki ocznej, nie spostrzegalem tylnego garbiaka twardówki.

## II. STRESZCZENIA.

**Berl. klin. Wochenschrift.** R. 1913. Nr. 2, 3, 5, 8, 20, 27, 29, 38. (Referent Doc. Dr Wiktor Reis).

**Próba Ehrmana na oczach żabich z surowicą krwi chorych na łuszczycę.** (Das Ehrmann'sche Froschaugenphänomen im Blutserum von Psoriasis-kranken). Sommer.

Autor badał zachowanie się wyluszczonego oczu żabich pod wpływem surowicy wziętej z chorych na łuszczycę. We wszystkich 21 badanych przypadkach była źrenica oka zanurzonego w surowicy osobnika chorego węższa, niż źrenica drugiego oka kontrolnego, zanurzonego w surowicy prawidłowej. Świadczyłoby to w każdym razie o znacznie zmniejszonej zawartości istot adrenalinowych we krwi chorych na łuszczycę.

**O oczopląsie w chorobach gorączkowych.** (Ueber Nyctagmus bei fieberhaften Krankheiten). Czyhlarz.

Spostrzeżenia autora dotyczące występowania oczopląsu w chorobach z podwyższoną ciepłotą (*nyctagmus febrilis*) zgadzają się z wynikami podobnych spostrzeżeń Becka i Biacha. Wbrew jednak mniemaniu tych autorów stwierdza C. wystąpienie oczopląsu w późniejszych okresach duru i w przypadkach gruźlicy przebiegającej z wysoką gorączką. Oczopląs ten należy uważać jako objaw toksyczny.

**Przyczynek do wiadomości o zwyrodniających schorzeniach rogówki.** (Zur Kenntnis der degenerativen Hornhauterkrankungen). Seefelder.

Artykuł przedstawiający całokształt dwóch postaci chorobowych rogówki: »Dystrophia marginalis corneae« i »Dystrophia epithelialis corneae«.

**Znieczulenie rogówki alkaloidami kory chinowej.** (Hornhautanästhesie durch Chinaalkaloide). Morgenroth i Ginsberg.

Autorowie przeprowadzali na królikach doświadczenia nad wartością znieczulającą alkaloidów kory chinowej, Jako »normalne znieczulenie« rogówki uważali autorowie znieczulenie zupełne trwające 1—1½ godziny, a otrzymane w ten sposób, że środek ba-

dany przez minutę działał na rogówkę, przyczem rozwórką powiekową odciągano błonę mrużną. Badania znieczulenia rogówki dokonywano przez dotknięcie sondą, jako odczyn służyło zamykanie powiek. Po 2—8 minutach po zadziałaniu odpowiedniego roztworu występowało znieczulenie zupełne. Rozczyn 3% *chininum hydrochl.*, 1—1.25% *hydrochininum* i *aethylhydrocupreinum* działają zgodnie, te dwa ostatnie środki są tylko od poprzedzającego 2—3 razy silniejsze. Skoro jednak przejdzie się do preparatów kory chinowej bardziej złożonych, w szczególności z grupy etylowej do propylowej, to nagle występuje 10-krotne powiększenie działania znieczulającego. Dla wywołania normalnego znieczulenia wystarczy już roztwór 0.1—0.125 *isopropylhydrocupreinum*. Podobnie działają *isobutylhydrocupreinum* i *isoamylhydrocupreinum*, to ostatnie w roztworach jeszcze słabszych, gdyż 0.08—0.1% . Środek ten przewyższa o 20—25 razy działanie 3% roztworu kokainy, wywołuje znieczulenie rogówki, które może utrzymywać się przez kilka dni. Naturalnie, że przy odpowiednim dawkowaniu i użyciu roztworów bardziej rozcieńczonych możnaby wywoływać krótkotrwałe znieczulenia, od 10—30 minut.

Co się tyczy jakiegoś ubocznego szkodliwego działania, to po jednoninutowem zadziałaniu na oko królika nie występuje ani zmętnienie rogówki, ani też zapalenie spojówki. Przy użyciu silniejszego roztworu połączenia izoamyłowego (od 0.2% począwszy) występuje zmętnienie rogówki i obrzęk spojówki gałkowej.

Słabiej znacznie działa połączenie izopropylowe, które nawet w silniejszych roztworach wywołuje tylko przemijające zmętnienie rogówki. Rozpuszczalność tych połączeń w wodzie w nasileniu potrzebnem do wywołania znieczulenia jest zupełnie wystarczająca. Jak środki te działają u człowieka, na to odpowiedź mogą tylko dać doświadczenia kliniczne, przeprowadzone na materiale ludzkim, z góry jednakże można przewidzieć, że co do jadowitości jest działanie tychże środków słabszem, niż działanie kokainy.

Obok własności znieczulających posiadają środki te także własności chemoterapeutyczne. Hydrochinina i etylhydrokupreina działają korzystnie przy zakażeniu świdrowcami i w zakażeniu pneumokokowym.

**Otwarcie woreczka łzowego od strony nosa w przeszło 100 przypadkach zwężenia dróg łzowych.** (Die Eröffnung des Thränenackes von der Nase aus in über 100 Fällen von Dakryostenose). West.

W przypadkach zapalenia, śluzoropotoku i przetoki woreczka łzowego wykonuje W. wycięcie częściowe tylnej ściany woreczka

od strony nosa według własnego sposobu. Metoda ta polega na tem, że w znieczuleniu miejscowem, przy zachowaniu dolnej muszli, odcina się dłutkiem część kości łzowej, przyczem woreczek łzowy staje się widocznym. Następnie przez wycięcie nosowej ściany woreczka stwarza się sztuczne bezpośrednie połączenie między woreczkiem a nosem, powyżej nienaruszonej dolnej muszli. Nad wyłuszczeniem woreczka łzowego posiada metoda ta tę zaletę, że unika się cięcia skórniego i następowej blizny, a natomiast przywraca się czynność fizyologiczną dróg łzowych, gdyż po operacji łzy wprost z woreczka mają odpływ do nosa. We wszystkich operowanych przypadkach fluoresceina wkraplana do oka, wpływała nosem na zewnątrz.

**Noviform w okulistyce.** (Noviform in der Augenheilkunde). Dinolt.

Noviform, pokrewny kseroformu, stosował autor w postaci maści o rozmaitem stężeniu z dobrym skutkiem we wszystkich przypadkach, wymagających zastosowanie środków przeciwegzucicznych.

**O wpływie Gullstranda na rozwój nowszej optyki dotyczącej szkieł do okularów.** (Ueber den Einfluss Gullstrand's auf die Entwicklung der neueren Brillenoptik und die Einführung punktuell abbildenden Brillen). Gleichen.

**O dysymulacji przy chorobach ocznych.** (Ueber Dissimulation bei Augenleiden). Segelken.

Przypadki agrawacji i symulacji zdarzają się dość często, rzadziej natomiast przypadki dysymulacji, w których badany chce zataić swą wadę wzrokową. Przy badaniu pewnego robotnika, żądającego dla swej władzy świadectwa o prawidłowej bystrości wzroku na obu oczach wykrył S. przypadkiem przy badaniu, że badany miał w chusteczce, kilkanaście razy złożonej, mającej zasłaniać oko dobre, nożyczkami wycięty otwór, którym spoglądał przy badaniu oka upośledzonego. Dla uniknięcia podobnych sytuacji, przedstawia S. okulary dysymulacyjne, sporządzone według własnego pomysłu. Jest to opaska skórzana, szczelnie przylegająca i mająca w miejscach oczom odpowiadających otwory z obwódką metalową, w którą wchodzi z łatwością szkło bardzo ciemne. Przy badaniu służby kolejowej, okrętowej i automobilowej mogą okulary te oddać dobrą usługę,

**Deutsche med. Wochenschrift.** R. 1913. Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 14, 28, 30, 31, 37. (Referent Doc. Dr. W. Reis).

**Znaczenie tarczy zastoinowej.** (Die Bedeutung der Stauungspapille). Schieck.

Według autora powstaje tarcza zastoinowa przez wnikanie płynu mózgowo-rdzeniowego w pierwotne dokołanaczyniowe przestrzenie limfatyczne włókien osiowych w nerwie wzrokowym. Za tem przemawiają wyniki badań anatomo - patologicznych tarcz zastoinowych, oraz wyniki badań doświadczalnych. Objaw tarczy zastoinowej można dowolnie wywołać na zwłokach na każdym nerwie wzrokowym, jeśli wkłuje się cienką igłę strzykawki w najbliższym sąsiedztwie włókien osiowych i do tej przestrzeni wstrzyknie pod miernem ciśnieniem roztwór soli kuchennej. Także u małp, u których naczynia środkowe nerwu wykazują ten sam przebieg, jak u człowieka, można przez wstrzyknięcie płynu pod oponę twardą czaszki wywołać tarcze zastoinowe, których obraz wziernikowy i mikroskopowy zupełnie odpowiada obrazowi chorobowemu tarczy zastoinowej u człowieka. Bezpośrednią przyczynę powstania tarczy zastoinowej stanowi podwyższenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego przy zwiększonym ucisku śródczaszkowym (*tumor, cerebri, meningitis* etc.) i przy miejscowym zastojem płynu w przestrzeni międzypochewkowej nerwu wzrokowego (nowotwory i zapalne sprawy oczodołu), oraz trwałe obniżenie ciśnienia śródgałkowego (po zranieniach oka) i zapad naczyń włókien osiowych nerwu po obfitym krwotoku.

**Przedstawienia ślepców w sztuce japońskiej.** (Blinden darstellungen in der japanischen Kunst). Greeff.

Artykuł ilustrują trzy ryciny, z których jedna przedstawia gromadkę ślepców, przechodzących przez rzekę (Hokusai) a dwie inne ślepców zajętych przy miesieniu, który to zawód w Japonii uprawiają wyłącznie tylko ślepi.

**Stwierdzenie chlamydozoów przy zapaleniu spojówki nabytem w pływalni.** (Chlamydozoen-Befunde bei Schwimmbad-Conjunctivitis), Huntentüller i Paderstein.

Autorowie spostrzegli 14 przypadków ostrego nieżytu spojówkowego, przypominającego klinicznie obraz ostrej jaglicy. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono, badaniem mikroskopowym, znamienne wtręty komórkowe, które podobne były do opisywanych przez Halberstädtera i Prowazka chlamydozoów. W przypadkach spostrzeganych nie przyszło do wytworzenia się

blizn spojówkowych, w kilku przypadkach pozostało tylko niezupełne opadnięcie powieki (*ptosis trachomatosa*). Autorowie nie rozstrzygają pytania, czy mieli tu do czynienia z odrębną jakąś sprawą chorobową, czy też z osłabioną jaglicą.

**O nierzeźączkowym śluzoropotoku noworodków i osesków.** (Ueber nicht gonorrhoeische Ophthalmoblenorrhöen der Neugeborenen und Säuglinge). Credé-Hörder.

Autor spostrzegął kilka przypadków śluzoropotoku wywołanych dwoinkami barwiącemi się dodatkowo według Grama, pneumokokami i przez prątek okrężnicy. Ciężki przebieg wykazywał śluzoropotok pneumokokowy, inne zaś drobnoustroje wywołały śluzoropotok o przebiegu łagodnym.

**O stopniu nasilenia oddziaływania źrenicznego i rozległości okręgu źreniczno-ruchowego siatkówki.** (Ueber den Schwellenwert der Pupillenreaktion und die Ausdehnung des pupillo-motorischen Bezirkes der Retina). Schlesinger.

Przy użyciu sporządzonego przez siebie przyrządu, zw. peripupillometrem, wykonał autor szereg badań nad zachowaniem się źrenicy w warunkach fizyologicznych: 1) U osobników prawidłowych będących w tym samym wieku (do 35 r. życia) jest stopień nasilenia odruchu źrenicznego ilością prawie stałą. U dzieci źrenica przy naświetleniu zwęża się energiczniej, u osobników poza 35 rokiem życia zwiększa się wartość graniczna wskutek zmian zachodzących w naczyniach tęczówkowych. 2) Odruch źreniczny podlega zmęczeniu. 3) Czas odruchu, t. j. czas, który upływa od chwili zadziałania bodźca świetlnego aż do wystąpienia zwężenia źrenicy, przedłuża się po kilkakrotnem naświetleniu.

Co się tyczy wykreślenia granic dla okręgu źreniczno-ruchowego siatkówki t. j. miejsc na siatkówce, z których odruch źreniczny można wywołać, zaznacza S., że każde badanie nad rozległością odruchu z dna oka poprzedzić musi określenie stopnia nasilenia odruchu źrenicznego.

Przy użyciu swego przyrządu mógł S. wywołać także połowiczny odruch źreniczny w przypadku uciskowego złamania czaszki i guza w okolicy ciała kolankowego.

**Oczopląs współczulny przy róży.** (Sympathischer Nystagmus bei Erysipel). Hirsch.

Na podstawie dokładnego spostrzegania kilkudziesięciu przypadków róży na głowie i twarzy dochodzi autor do następujących wniosków:

1. Oczopląs samoistny o charakterze poziomo-obrotowym, występujący przy nienaruszonym narządzie przedsionkowym towarzyszy zawsze różę twarzy i głowy.

2. Objaw ten stanowi bardzo ważny moment w rozpoznaniu różniczkowym, w szczególności w tych przypadkach, w których bądź róża umiejscowioną jest na skórze głowy pokrytej włosom, bądź też istnieją objawy ciężkie, jak wymioty, dreszcze, utrata świadomości lub bredzenie, które przy istniejącem równocześnie zapaleniu środkowego ucha, a jeszcze nie widocznych objawach skórnych róży łatwo mogłyby doprowadzić do fałszywych wniosków o istnieniu powikłań śródczaszkowych.

3. Jako objaw wczesny lub zwiastunowy przy róży może oddać ważne usługi w klinikach chirurgicznych przy wczesnem odosobnieniu chorych już tylko o różę podejrzanych. Przyczynić się także może do ścisłego oznaczenia trwania spornego jeszcze okresu wylegania się róży, który waha się w granicach 3—8 dni.

Dla wytłumaczenia powstawania tego oczopląsu skierowanego prawie zawsze ku stronie chorej i ustępującego wraz ze spadkiem gorączki i poprawą cierpienia podstawowego, podaje autor kilka hipotez. Być może, że przyczyną jest *labyrinthitis serosa* lub też wpływy toksyczne, powodujące stany podrażnienia opon mózgowych, ograniczone do tylnego dołu czaszkowego.

**Zmiany i uszkodzenia oka wskutek światła.** (Veränderungen und Schädigungen des Auges durch Licht). Schanz.

Autor omawia działanie widzialnych i niewidzialnych promieni na narząd wzrokowy i poleca jako środek ochronny używanie szkieł Euphos, które lepiej od szkieł Hallauera pochłaniają niewidzialne promienie, a którym dla zmniejszenia także ilości promieni widzialnych w odpowiednich przypadkach chorobowych można nadać zabarwienie dymne.

**Studia okulistyczne we wschodnio-niemieckiej Afryce.** (Augenärztliche Studien in Deutsch-Ostafrika). Krusius.

Fejleton.

**Tworzenie się komórek wędrownych w rogówce.** (Wanderzellenbildung in der Hornhaut). Grawitz.

Autor występuje w obronie jeszcze przed laty głoszonej przez siebie hipotezy, że komórki ludzkiej ropy nie są wywędrowanymi leukocytami, lecz tylko pochodniami komórkami tkanek, które w następstwie ulegają rozpląnięciu. Metoda Carella hodowania małych cząsteczek tkanki poza ustrojem w osoczu krwi umożliwiła

G. przeprowadzenie dowodu dla swego twierdzenia przez spostrzeżenie zachowania się komórek rogówki zwierzęcej, przechowywanej w osoczu odpowiedniego zwierzęcia.

**Badanie porównawcze nad zdolnością rozróżniania siły światła i barw.** (Vergleichende Untersuchungen über den Licht- und Farbensinn). Fröhlich.

Doświadczenia swe przeprowadzał F. na oczach głowonogów (*cephalopoda*), a do badań zastosował metodę wywoływania stanów podrażnienia w siatkówce przez naświetlanie. Prądy elektryczne powstałe w siatkówce pod wpływem naświetlania wykazywały rozmaite nasilenia i charakter zależnie od światła. Barwa zielona i niebieska wywołuje częste podrażnienia, mniej czynne są barwa żółta i czerwona. Światła o rozmaitej długości fal wywołują w siatkówce podrażnienia o rozmaitej częstotliwości i nasileniu, a te wywołują następnie w środkowym układzie nerwowym procesy antagonistyczne, podrażnienia lub zahamowania. Te podrażnienia lub zahamowania o rozmaitem nasileniu należy uważać za fizyologiczną podstawę czucia światła i barw.

**Znaczenie anafilatoksyny i swoistego dla rodzaju i ustroju soku tkankowego dla patologii, w szczególności dla patologii oka.** (Die Bedeutung des Anaphylatoxins und des art- ist körpereigenen Gewebesafte für die Pathologie, speziell die des Auges). Dold i Rados.

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na królikach, dochodzą autorowie do następujących wniosków:

Surowica swoista dla rodzaju nie wywołuje na oku żadnych objawów zapalnych. Zawiesiny bakterii lub wyciągu wywołują widoczne zapalenia na oku dopiero po 4—8 godzinach. Natomiast surowica homologiczna anafilatoksyniczna (otrzymana przez trawienie 1—2 oczek zabitej hodowli prątka krwawego (*bacillus prodigiosus*) z 3—4 cm świeżej surowicy królika), wprowadzona do przedniej komórki lub rogówki w ilościach 0·1 cm wywołuje już po 15-stu minutach wybitne objawy zapalne.

Surowica zawierająca anafilatoksynę działa jeszcze wybitnie zapalnie po jednogodzinnem ogrzaniu do 56° C. i w znacznych rozcieńczeniach.

To samo dotyczy także morskiej świnki.

W prawidłowej wydzielinie spojówkowej znajdują się ślady anafilatoksyny, dające się wykazać powyższą metodą, a które zwiększają się po wprowadzeniu zabitych bakterii do worka spojówkowego. Przez wkraplanie większych ilości surowicy królika, zawie-



rającej anafilatoksynę, wywołuje się lekki nieżyt spojówki po wstrzyknięciu podspojówkowym powstaje silny obrzęk spojówki gałkowej. Znaczenie zawartości anafilatoksyny w worku spojówkowym dopiero wtenczas się ujawnia, gdy wystąpi zranienie rogówki, gdyż zależnie od głębokości rany i zawartości anafilatoksyny w wydzielinie spojówkowej występuje mniej lub więcej silne zapalne nacieczenie brzegów rany. Istnieje więc możliwość wystąpienia czystej (nie zakażonej) *inflammatio anaphylatoxica*.

Swoisty dla rodzaju i ustroju sok tkankowy (sok tkankowy z króliczej rogówki i płuc królika) wywołuje również szybkie i silne zapalenie. Sok tkankowy posiada więc obok dwóch znanych już właściwości (pobudza krzepnięcie i wytwarza charłactwo) także bodziec wywołujący zapalenie, który w przeciwieństwie do składnika wywołującego krzepnięcie jest wytrzymałym na ciepło (wytrzymuje 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-godzinne ogrzanie do 56° C.). Działanie zapalne anafilatoksyny i soku tkankowego nie dotyczy tylko oka, lecz wszystkich tkanek ustroju. Udowodnienie działania zapalnego swoistego dla rodzaju i ustroju soku tkankowego rzuca nowe światło na patogenezę nrazowych jałowych zapaleń.

**Przyczynek do nauki o dostrzeganiu światła i barw.** (Ein Beitrag zur Lehre der Licht- und Farbenwahrnehmung). Loeb.

W uzupełnieniu pracy Fröhlicha (D. m. W. 30) dodaje autor, że praca F. daje metodę przedmiotową przez wykazanie istnienia prądów czynnościowych w siatkówce pod wpływem naświetlania różnobarwnem światłem i potwierdza podmiotowe wyniki badań E. i R. Pauliego.

**Przyczynek do epidemiologii i zwalczania jaglicy w Palestynie.** (Zur Epidemiologie der Bekämpfung des Trachoms in Palästina). Auerbach.

Na podstawie własnych spostrzeżeń nad stanem jaglicy wśród ludności żydowskiej przychodzi autor do następujących wniosków: Początek schorzenia jagliczego sięga wieku dziecięcego. U dzieci można było w drugim roku życia stwierdzić 46·4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> jaglicą dotkniętych. Jaglica jest wybitnie chorobą rodzinną. Jako okres początkowy jaglicy uważa autor sprawę zapalną spojówek, ostro przebiegającą, z obrazu klinicznego podobna do śluzoropotoku. Przebieg jednakże jest łagodniejszy od tego ostatniego cierpienia; po 6—10 dniach objawy zapalne ustępują. Rogówka nie bywa zajęta. Przy zwalczaniu jaglicy zwracać należy uwagę na zasadę, że niebezpieczeństwo zakażenia jest proporcjonalne do obfitości wydzieliny. Główny nacisk należy zwracać na leczenie jaglicy u dzieci, jako

rozsadników jeszcze świeżych postaci choroby. Szkoły, ogródki dziecięce powinny się znajdować pod stałą opieką lekarską. Również w koloniach powinna być ewidencja i leczenie chorych przymusowe. Ponieważ akcyi rządowej nie należy się spodziewać, powinny towarzystwa prywatne, popierające kolonizację w Palestynie, sprawę tę ująć w swe ręce — do tego celu ma służyć konferencja jaglicza zwołać się mająca za inicjatywą autora.

---

**Graefes Archiv f. Ophthalmologie.** R. 1913. T. LXXXIV. Z. 1, 2 i 3. T. LXXXV. Z. 1. (Referent Dr T. Kleczkowski).

**W sprawie biologii jadu ropotoku z wtrętami (trachoma).** (Zur Biologie des Einschlussblennorrhoe (Trachom.). K. Lindner — Wiedeń.

Jad ropotoku, wzięty ze spojówki noworodka, lub dróg rodných dorosłego, przeniesiony na spojówkę pawiana, wywołuje zawsze typowe zapalenie spojówki z wtrętami. Schorzenie występuje albo ostro w 2—6 dni po zakażeniu, albo podostro w 7—11 dni. Zapalenie ostre trwa krócej, podostre dłużej i wywołuje silniejsze zmiany w spojówce; wtrętów przy ostrem zapaleniu jest więcej, w każdym razie czas, podczas którego można wykazać wtręty drobnowidowo jest niedługi. Po jednorazowym przebyciu schorzenia spojówka nabywa odporności do  $\frac{3}{4}$  roku trwającej, reinfekcja bowiem daje wynik ujemny. Jad ropotoku jest bardzo nietrwały; przechowywanie go w wilgoci (24 g. w temp. 20—25°) i wyższa temperatura (58°  $\frac{1}{4}$  g.) niszczą go.

Przeciwko tożsamości jadu ropotoku i trachomatycznego przemawiają następujące dane:

1) Podczas gdy jad ropotoku zawsze wywołuje zapalenie spojówki u pawiana, to o jadzie trachomatycznym nie zawsze to można powiedzieć.

2) Jad ropotoku wywołuje zapalenie głównie ostre, jad trachomatyczny zaś chroniczne.

Te dane nie przemawiają jednak, zdaniem L., koniecznie przeciw tożsamości obu jadów, L. bowiem zwraca uwagę na znany fakt, że sam materiał służący do doświadczeń z oboma jadami jest już różny, bo jad ropotoku pochodzi z zapalenia ostrego, a trachomatyczny z chronicznego, bo zapalenie trachomatyczne wyjątkowo tylko przedstawia się jako zapalenie ostre. W tem więc należy szukać

przyczyny, dlaczego jad ropotoku zawsze się przyjmuje i wywołuje zapalenie ostre, trachomatyczny zaś odwrotnie. Za tożsamością obu jądów przemawia fakt, że zakażenie jadem trachomatycznym wywołuje pewną odporność przeciwko zakażeniu jadem ropotoku. Histologicznie zmiany spojówki wywołane wszystko jedno, czy jadem trachomatycznym, czy jadem ropotoku są takie same (rozlany naciek, folikuly). Nigdy nie przychodziło do wytwarzania się blizn.

**Przyczynek do znajomości retinitis exsudativa.** (Ein Beitrag zur Kenntnis der Retinitis exsudativa). H a j a n o — Tokio.

Klinicznie u dziecka 2-letniego podejrzewano glejaka śródgałkowego. Z powodu tego gałkę oczną wyjęto. Badanie drobnowidowe stwierdziło jednak, że rozpoznanie było mylne. Pierwotnymi były arteriosklerotyczne zmiany naczyń; w następstwie nich przyszło do krwotoków i zaniku siatkówki, który prawdopodobnie wywołany został obrzękiem jej. Wszystkie te zmiany wolne były od objawów zapalnych.

**Przyczynek do Amblyopia sympathica.** (Beitrag zur Frage der Amblyopia sympathica (Amblyopia sympathica maligna). A. P e r l m a n n — Iserlohu.

Robotnik 38-letni skaleczony został w jedno oko odłamkiem żelaza; w następstwie tego gałka oczna zanikła. W kilka miesięcy potem przy jednoczesnem nerwowem osłabieniu całego organizmu stwierdzono na drugim oku osłabienie naosiowej bystrości wzrokowej, ograniczenie pola widzenia, osłabienie poczucia światła, a prócz tego szybko występujące znużenie się siatkówki połączone z nadwrażliwością na światło. Do wszystkich tych objawów dołączyło się porażenie m. zwężającego źrenicę i m. rzęskowego; dno oka zawsze było prawidłowe. Po usunięciu oka skaleczonego objawy podrażnienia ustąpiły; inne objawy się poprawiły; za powrotem jednak do pracy, powróciły. Taką postać *Amblyop. sympath.* radzi autor nazywać *maligna*.

**Przymiot i oko. (VII. Doniesienie). Przyczynek do kliniki i anatomii patologicznej przymiotu oka.** (Syphilis und Auge. VII. Mitteilung. Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Augensyphilis). J. I g e r s h e i m e r — Halle.

U dziecka z objawami *lues hereditaria* wyjęto oko z powodu podejrzenia glejaka śródgałkowego. Badanie drobnowidowe wykazało, że gruba szara tkanka w zakresie źrenicy, budząca podejrzenie glejaka, była zorganizowanym wysiękiem obfitującym w naczynia i komórki. Tęczówka była zgrubiała, zrosnięta z wysiękiem

i zmieniona miejscami ogniskowo. W zakresie c. rzęskowego ogniskowe nacieczenie było jeszcze wybitniejsze. Warstwa barwikowa nad temi ogniskami była silnie zniszczona. Zmiany tego rodzaju tak bardzo zbliżone do zapalenia sympatycznego zostały przez I. przy przymiocie pierwszy raz opisane. Drugim ciekawym faktem jest stwierdzenie braku zmian anatomicznych w naczyniówce przy jednoczesnem zwyrodnieniu szczególnie wewnętrznych warstw siatkówki. Fakt ten dowodzi możliwości istnienia zapalenia siatkówki bez zmian w naczyniówce.

**Instrumenta oczne starożytnych.** (Augenärztliche Instrumente der Alten). Th. Meyer-Steinig — Jena.

Autor podczas podróży naukowej po Grecyi i Małej Azji natrafił na instrumenta okulistyczne z II w. przed Chrystusem. Oprócz szkatułki służącej do przenoszenia instrumentów znalazł autor haki ostre, pincety do epilacyi, rozwórki, nożyki i szpatułki. Instrumenta zrobione były z brązu, a ostrza nożyków po oczyszczeniu co do ostrości swej mogłyby iść w zawody z ostrością naszych instrumentów.

**O wyłuszczeniu chrząstki przeciw ectropium senile.** (Über Knorpelausschälung gegen Ectropium senile). L. Kugel — Bukareszt.

Do znieczulenia powieki wstrzykuje autor podskórnice 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kokainę; do worka spojówkowego zapuszcza kokainę 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; do napięcia powieki używa K. rozwórki Demarres'a. Rozwórkę Demarres'a zakłada autor w ten sposób, że przykładając ją na skórę odgiętej powieki w kierunku osi oka stroną rozwórki wypukłą; następnie należy powiekę odwrócić naokoło brzegu rozwórki tak, ażeby skóra powieki leżała na wklęsłej stronie rozwórki. Przez obniżenie rękojeści rozwórki można powiekę stosownie do potrzeby napiąć. Cięcie robi się przez spojówkę i tarczkę przez całą długość powieki skierowując ostrze nożyka nieco ku dołowi. Po odpreparowaniu spojówki okrawa się tarczkę nożyczkami i wycina całkowicie. Ranę zszywa autor 3—4 szwami materacowymi. Oka po operacyi się nie zawiązuje, a tylko zakłada siatkę Fuchsa.

**Do anatomii patologicznej odczepienia siatkówki.** (Zur pathologischen Anatomie der Netzhautablösung). G. Ischreyt — Libawa.

Autor badał anatomicznie dwa przypadki odczepienia siatkówki. Najważniejszą zmianą było zagęszczenie ciała szklanego w okolicy odczepionej siatkówki. Obrazy drobnowidowe przema-

wiały, że czynny moment, powodujący odczepienie, był w siatkówce. Zmiany ciała szklistego były natury następowej. Oba przypadki przemawiają za powstawaniem odczepienia siatkówki w myśl retrakcyjnej teorii Lebera-Nordensohna.

**Prace z zakresu patologii układu naczyniowego środkowego siatkówki.** (Arbeiten aus dem Gebiete der Pathologie des Zentralgefäßsystems der Netzhaut), Cl. Harms — Tybinga.

Obustronne zaczopowanie tętnicy środkowej siatkówki należy do rzadkości. Dotychczas spostrzegano 11 przypadków; do nich dodaje autor swoich 4. Na podstawie materiału kliniki w Tybindze obustronne zaczopowanie tętnicy wystąpiło w 5% przypadków wszystkich zaczopowań tętnicy środkowej. Na 15 ogółem przypadków w 4 zaczopowanie wystąpiło w obu oczach jednocześnie, w innych czas wystąpienia schorzenia wahał się między jednym okiem a drugim pomiędzy 3 dniami a 10 latami. U mężczyzn choroba notowana była w 60% przypadków, u kobiet w 40%. Najczęściej wiek chorych wynosił 40 lub 80 lat. Co do stanu ogólnego, to w 14·29% przypadków notowano choroby krwi (*diathesis haemorrhagica*), a w 85·71% choroby serca i naczyń. Co do przebiegu i rokowania schorzenia ócz to w 26·67% przypadków zupełnie chorzy utracili jednocześnie obustronnie wzrok; z tych w 20% wzrok utracony był bezpowrotnie, w 6% wzrok się poprawił. Niejednocześnie obustronnie straciło wzrok 73·33% chorych; z tych nie było poprawy u 20%, na jednym oku wzrok się poprawił u 13·33% a na obu oczach u 6·67%.

**Studyja nad schorzeniami n. wzrokowego i siatkówki.**

**V. Badania anatomo-patologiczne nad stosunkiem schorzenia oczów i nosa.** (Studien über Opticus und Retinalleiden. V. Pathologisch-anatomisches über den Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenleiden). A. de Klein — Utrecht i N. Gerlach — Assen.

U chorej zmarłej na zapalenie płuc stwierdzono obustronnie *pansinusitis*. Po prawej stronie było ropne wrzodziejące zapalenie przewodu nosołzowego, powierzchowne nacieczenie z ubytkami rogówki, chroniczne zapalenie ropne zatoki sitowej i miejscowe nacieczenie pochewki n. wzrokowego przy jednoczesnej *neuritis n. optici interstitialis*. Lewy n. wzrokowy był prawidłowy.

**Histologicznie badany przypadek iritis luetica papulosa.** (Ein histologisch untersuchter Fall von papulös-luetischer Iritis). L. Andersen — Kopenhaga.

W miejscu klinicznie dającej się spostrzegać szarej wynio-

słości tęczówki tęczówka była zgrubiała, a tkanka jej o granicach komórkowych zatartych wyglądu szklatego, o komórkach barwiko-  
wych rozpadłych z barwikiem wolno leżącym a mięśniu zwężają-  
cym źrenicę zniszczonym w tem miejscu. Przestrzeń ta otoczona  
była dość zbitym naciekiem drobnokomórkowym.

**Dalszy przyczynek do pytania o anafylaksyi wywo-  
lanej białkiem soczewki.** (Weiterer Beitrag zur Frage der Ana-  
phylaxie durch Linseneiweiss). P. R ö m e r i H. G e l b — Greifswald.

Badania autorów stwierdziły w przeciwieństwie do spostrze-  
żeń Krusiusa, że reinjekcja śródperitonealna białka soczewki  
homologicznej u świnek morskich nie wywołuje anafylaksyi. Objawy  
uczulenia wywołać można jedynie przez reinjekcyę soczewki hete-  
rologicznej. We wszystkich doświadczeniach badano u zwierząt cie-  
płotę, której spadek po reinjekcyi jest najlepszym dowodem uczu-  
lenia. Pomiarów takich nie robił Krusius.

**Przyczynek do pytania samoistnego powstawania ogra-  
niczonych krwiałków pochewki nerwu wzrokowego.** (Beitrag  
zur Frage des spontanen Auftretens isolierter Schnervenscheiden-  
hämatose). E. Seidel — Heidelberg.

Nagła utrata wzroku u kobiety, ze zmianami miażdżycowemi  
naczyń, wadą serca i schorzeniem nerek, wystąpiła pod obrazem  
obrzęku nerwu wzrokowego. Jako przyczynę obrzęku uważa autor  
po wykluczeniu innych przyczyn (*tumor cerebri*, krwotok śródczasz-  
kowy) powstanie krwiałka śródpochewkowego n. wzrokowego.

**O zastosowaniu miejscowego znieczulenia przy exen-  
teratio orbitae.** (Über die Anwendung der Lokalanästhesie bei  
Excuteratio orbitae). E. Seidel — Heidelberg.

Jako płynu znieczulającego używa autor w klinice prof. W a-  
g e n m a n n a 1% novokainy, do której na 10 cm dodaje się 5  
kropli adrenaliny 1:1000. Autor wstrzykuje 2 cm liczącą strzy-  
kawką uzbrojoną w 5 cm długą igłę w 4 miejscach przez skórę  
powiek wzdłuż ściany oczodołu wgłąb aż do foramen opticum. Od  
góry, dołu i od nosa wstrzykuje autor po 2 cm<sup>3</sup> płynu od skroni  
4 cm<sup>3</sup> czyli razem 10 cm rozczyntu 1% novokainy. Po 27 minu-  
tach zupełne znieczulenie.

**O chronicznem endogenetycznem zapaleniu naczy-  
niówki.** (Über chronische endogene Uveitis). E. F u c h s — Wiedeń.

W obszernej pracy przeznaczonej na referat na międzynaro-  
dowy zjazd w Londynie (sierpień 1913). Omawia autor patogenezę  
chronicznego zapalenia naczyniówki z wykluczeniem powstałego na

tle przymiotu, gruźlicy i zapalenia sympatycznego. Z klinicznego punktu widzenia dzieli autor tego rodzaju przypadki na trzy grupy:

1) Przypadki lekkie z precypitami, a bez przyczepów tylnych, obejmuje autor nazwą *Cyclitis chronica*. Stan taki utrzymać się może przez szereg lat a jedyną zmianą w nim może być zmienna ilość precypitów. Jedno może przyjść poważniejsze powikłanie, a mianowicie poza zmętnieniami ciała szklonego podwyższenie ciśnienia śródocznego.

2) Przypadki średnio ciężkie z precypitami i przyczepami, a więc iridocyclitis. W przypadkach tych przyjść może do zarośnięcia źrenicy i utraty wzroku. W odpowiednim czasie wykonana irydektomia może zatrzymać postęp choroby.

3) Ciężkie przypadki kończące się zanikiem gałki ocznej, Podział wyżej przytoczony jest dowolny, jak są bowiem przypadki, któreby mogły stanowić przypadki przejściowe między jedną, a drugą grupą, tak znowu przypadek z początku lekki w miarę postępu choroby może przejść w ciężki.

Fakt ten jest przyczyną, dlaczego F. sądzi, że, przypadki omawiane dadzą się zebrać jeszcze w inny sposób ujęte grupy, a mianowicie:

1) Przypadki o zasadniczym lekkim przebiegu.

2) O zasadniczym ciężkim przebiegu.

3) Przypadki, które zależnie od indywidualności chorego i innych czynników przebiegają lekko lub ciężko.

Pod względem anatomicznym przypadki chronicznego endogenetycznego zapalenia naczyniówki ujmuje F. w następujące działy:

1) Przypadki ze zmianami w tęczówce (często również w naczyniówce), bez zmian jednak w naczyniówce. W tęczówce spostrzeżyć można lekki naciek, potem zanik tkanki, przyrośnięcie brzegu źrenicznego do torebki soczewki i błonę w zakresie źrenicy, albo nawet na przedniej powierzchni tęczówki. Klinicznie przypadki te są lekkie, częściowo średnio ciężkie z *seclusio pupillae*.

2) Przypadki ze zmianami w tęczówce podobnymi do zmian opisanych w pierwszej grupie i zmianami również w ciałku rzęskowym polegającymi na typowym bujaniu jego nabłonka. Klinicznie mogą to być przypadki lekkie lub ciężkie z *seclusio pupillae*.

3) Przypadki z bliznowatymi błonami wysiękowymi na ciałku rzęskowym i naczyniówce. Błony te powodują czasem odzepienie siatkówki i zanik gałki. Kliniczny przebieg tych przypadków może być w początku takisam jak w dwóch pierwszych grupach lub może być od razu ciężki. Anatomicznie jednak przypadki te należą do zasadniczo ciężkich.

4) Przypadki ze zmianami odpowiadającymi zapaleniu sympatycznemu.

5) Przypadki z silnym naciekiem naczyńiówki i siatkówki kończące się rozległą nekrozą obu tych błon.

Przypadki 4-tej i 5-tej grupy należą do postaci zapalenia proliferującego, a różnią się pomiędzy sobą nie tylko stopniem, ale i rodzajem schorzenia.

W grupie 4-ej pierwotne schorzenie ogranicza się na naczyńiówkę, a siatkówka ulega zmianom wtórnym; nigdy nie przychodzi do nekrozy.

W grupie 5-tej siatkówka i naczyńiówka równocześnie ulega schorzeniu i to natury nekrotycznej.

Badania anatomiczne F. rzucają również pewne światło na przyczynowość powstania pewnych grup chorobowych.

Zmiany anatomiczne 1-ej i 2-ej grupy wskazują na działanie drażniące jakichś ciał prawdopodobnie znajdujących się w płynie przedniej komory.

W grupie 3-ej znajdują się zorganizowane błony wysiękowe, które najczęściej jak wiadomo powstają po perforacjach gałki. Gdy pewną część przypadków grupy 3-ej należałoby zaliczyć do zranień drażących oko, to drugą część możnaby sobie tłumaczyć jako powstałą drogą jakiegoś przerzutu. Nacieki w grupie 4-tej i 5-tej zdaniem Fuchsa powstają na tle pasożytniczem.

**Wytworzenie żółto-niebieskiego filtratu światła, w którym Macula centralis in vivo przedstawia się w barwie żółtej, widoczne są włókna nerwowe siatkówki i inne delikatne szczegóły, a również daje się ocenić wziernikiem stopień żółtego zabarwienia soczewki.** (Herstellung eines gelbblaunen Lichtfiltrates, in welchem die Macula centralis in vivo in gelber Färbung erscheint, die Nervenfasern der Netzhaut und andere feine Einzelheiten derselben sichtbar werden und der Grad der Gelbfärbung der Linse ophthalmoskopisch nachweisbar ist). A. Vogt — Arau.

Doświadczenia autora dowiodły, że przy wziernikowaniu w świetle składającym się z żółtych, zielonych i niebieskich promieni, a otrzymanem przez filtrację światła lampy łukowej przez przepuszczenie go przez roztwór *eriowiridyny* B. plamka żółta przedstawia się za życia w barwie żółtej. Również w świetle tem spostrzeżać można zupełnie wyraźnie przebieg włókien nerwowych siatkówki. Wyrazistość barwy żółtej plamki żółtej zależna jest od stopnia żółtego zabarwienia soczewki (w starszym wieku), dlatego też



wyżej podana metoda wziernikowania służyć może również do przedmiotowego oznaczenia stopnia żółtego zabarwienia soczewki.

**O znacznego stopnia urazowej niezborności rogówki przy jednoczesnem niedowidzeniu zezującego drugiego oka.** (Über hochgradigen traumatischen Astigmatismus bei Schielamblyopie des andern Auges). E. Seidel — Heidelberg.

Niezborność rogówki wynosząca 14 D. powstała z powodu jej zranienia połączonego z wypadnięciem tęczówki i zaćmą. Po operacyi bystrość wzroku wynosiła po założeniu odpowiednich cylindrycznych szkieł  $\frac{5}{10-7.5}$ . Drugiem okiem chory zezował od dzieciństwa i widział zaledwie palce 2 do 3 m. Po operacyi oka zranionego, wzrok na drugim oku podniósł się do  $\frac{5}{25}$ .

**W sprawie odczepienia siatkówki.** (Zur Frage der Netzhautablösung). R. Kümmel — Erlangen.

W przypadku odczepienia siatkówki badanym drobnowidowo przez autora znajdowały się zmiany w nabłonku barwikowym siatkówki tak natury degeneracyjnej, jak też i proliferacyjnej. Podobne zmiany spostrzegał również autor w nabłonku ciała rzęskowego, naczyńki i tęczówki. Zmiany te, które również i przez dawniejszych autorów były w poszczególnych przypadkach opisywane, uważa autor za charakterystyczne dla odczepienia siatkówki. Sam fakt odczepienia siatkówki tłumaczy sobie K. w następujący sposób. Z powodu różnicy w ciśnieniu pomiędzy naczyniówką, a ciałkiem szklistem (*hypotonia*) następuje przesączanie się płynu z naczyńki naczyńki następstwem którego przychodzi do odczepienia siatkówki. Równocześnie z tem ciało szkliste się kurczy, a ponieważ z powodu pierwotnego schorzenia znajdują się zrosty pomiędzy przednią częścią siatkówki a ciałkiem szklistem, więc ciało szkliste kurząc się czynnie wpływa na dalsze odczepianie się siatkówki.

**Badania doświadczalne i kliniczne nad wartością leczniczą radioczynnych promieni przy chorobach ocz.** (Experimentelle und klinische Studien über den Heilwert radioaktiver Strahlen bei Augenerkrankungen). Fleming — Berlin.

W celu umożliwienia dokładnego dawkowania przy doświadczeniach z preparatami radioczynnymi należy zdaniem autora radioczynną substancję równomiernie na odpowiedniej przestrzeni rozprowadzić. W aparatach więc do leczenia chorób ocznych sporządzonych radioczynna sól jest rozpuszczona i zatopiona w płóciennym płątku, aby preparat nie tracił na swojej energii należy go zachowywać bez przystępu powietrza. Fizycznie jednakowe ilości

radium i mezotorium posiadają takiesame działanie biologiczne. Sól radowa w ilości 4·04 mg. równomiernie rozmieszczona na przestrzeni  $1\cdot1 \times 1\cdot3$  cm, a będąca w pokrywie aluminiowej wywoływała na prawidłowej skórze po 15 minutach naświetlania pigmentację a po 1 g. zmiany bliznowate, w których z końcem roku wytwarzały się małe rozszerzenia powierzchniowych skórnych naczyń. Preparat z mezotoryum w ilości 12 mg. rozpostarty na przestrzeni  $1 \times 2$  cm. już przed upływem 10 minut wywoływał pigmentację skóry, a do 20 minut jeszcze nie wytwarzał pęcherzy i blizn na skórze. Polonium w ilości 10 mg. wywoływało dopiero w  $1\frac{1}{2}$  godziny zaczerwienienie skóry, które po 4 tygodniach znikało. Natężenie zmian na skórze wywołanych solą radową i mesotorium zależne było zawsze od siły preparatu i czasu trwania naświetlania, a długość czasu, w jakiej dane zmiany na skórze powstawały, był odwrotnie proporcjonalny do siły preparatu i długości naświetlania. Drobnowidowo w skórze naświetlanej 40 dni temu 4·04 mg. radu znajdował się zablizniający się wrzód. Prawidłowa spojówka i rogówka królika jest odporniejsza na naświetlanie, aniżeli skóra. 20-to godzinne naświetlanie rogówki radem (3 mg.) wywoływało *Keratitis superficialis* gojące się bez pozostawienia blizn w przeciągu 6 tygodni. Naświetlanie rogówki przez 3 g. mezotoryum (12 mg.) wywołało u królika przejściową *Keratitis superficialis*, a dopiero 8-godzinne naświetlanie wywołało głębsze wrzody i trwałe blizny. Zewnętrzne aseptyczne skaleczenia rogówki u królika goiły się szybciej pod wpływem naświetlania. Po wstrzyknięciu ilościowo zdawkowanej emulsji prątków gruźliczych do przedniej komory królika prawidłowy czas inkubacji doświadczalnej gruźlicy oka przedłużony został o 8 dni, a mianowicie wtedy, gdy prątki poprzednio naświetlane były radem (2 mg) przynajmniej przez 47 godzin. Naświetlanie przez 14 godzin promieniami mezotorium (12 mg) emulsji prątków powodowało całkowite ich zabicie tak, że zaszczepienie emulsji do przedniej komory dawało wynik ujemny. W porównaniu do promieni słońca bakteryo-bójczość substancyj radioczynnych jest mała, bo emulsją prątków nie można było zakazić oka królika, gdy albo emulsya naświetlana była promieniami słońca przez 30 minut, lub przez 5 minut na wysokości 5—6000 m. ponad ziemią. (Autor wznosił się w Berlinie balonem). Naświetlanie oka królika przed zakażeniem emulsją nie miało żadnego wpływu na zakażenie; naświetlanie zaś po zakażeniu opóźniało perforację (radium 2 mg) lub przedłużało czas inkubacji (mezotoryum 12 mg). Naświetlanie oka po rozwinięciu się zakażenia gruźliczego nie miało żadnego wpływu na przebieg schorzenia. Prawidłowe oko ludzkie mogło być bez szkody naświetlane przez  $4\frac{1}{2}$  g. z przerwami. Le-

czniczo dobry skutek wywierało naświetlanie wrzodów marantycznych rogówki, które goiły się szybko i z pozostawieniem nieznanego zmętnienia. Przy *ulcus serpens* w kilku przypadkach wystąpiło wyleczenie, jednak nie zawsze. Żadnej poprawy autor nie spostrzegął przy *ulcus gonorrhoeicum*, *Kerat. eczemat.*, *parenchymat.*, i przy *leucoma*. Przy schorzeniach tęczówki naświetlanie działało kojąco na ból, jednak nie leczniczo. Przy zapaleniu trachomatycznym niekiedy ziarna szybko znikaly, niejednokrotnie jednak leczenie nie miało wpływu. Bardzo dobre wyniki otrzymał autor przy leczeniu nowotworów (*cancroid*, *sarcoma*, *melanosarcoma*, brodawki, *lupus*, *angioma*, *xantelasma*), o ile one nie były zbyt duże.

**W sprawie anatomii ludzkiego oka albinosa.** (Zur Anatomie des menschlichen Albinoauges). A. Elschmig — Praga.

Gałki oczne klinicznie i drobnowidowo przedstawiały się prawidłowo. Bystrość wzrokowa nie mogła być zbadaną z powodu ciężkiego stanu chorej zmarłej na gruźlicę płuc i jelit; klinicznie stwierdzono jedynie drżenie gałek ocznych. Nieznaczne ilości barwika znajdowały się jedynie w okolicy zwieracza źrenicy w tęczówce i w komórkach nabłonka barwikowego siatkówki szczególnie w okolicy *ora serata*. Naczyniówka zupełnie nie posiadała barwika. Najważniejszą zmianą był zupełny brak zróżnicowanej plamki żółtej, który autor na podstawie swego badania i dawniejszego przeprowadzonego przez Fritsch'a skłonny jest uważać za charakterystyczne dla siatkówki albinosów.

**Do patologii spojówki.** (Zur Pathologie der Bindenhaut). L. Schreiber — Heidelberg.

W pierwszym przypadku autora rozpoznanie badania drobnowidowego brzmiało *osteoma teratoides conj. bulbi*. Jest to 21-szy przypadek w literaturze.

W drugim przypadku guzek dług. 15 mm., szerokości 9 a grubości 1 mm. różowo-żółty wychodził ze zmarszczki półksiężycowej.

Badanie wykazało, że guz składał się z hyaliny. Jest to pierwszy przypadek w literaturze.

Trzeci przypadek autora jest również pierwszym ogłoszonym w literaturze. W przypadku tym od 12 l. rozwinął się w okolicy mięsaka (*caruncula*) guzek wielkości łebka szpilki; badanie wykazało utkanie dobrotliwego gruczolaka wychodzącego z gruczołu łojowego.

Czwarty przypadek autora jest trzecim w literaturze, a dotyczy on obecności nadliczbowego mięsaka.

**Przyczyna Strabismus convergens concomitans.** (Die Ursache des Strabism. converg. concomit.). H. Snellen. jun,  
Teorii Dondersa co do przyczyny powstawania zezu zbieżnego można zdaniem autora zarzucić:

1) Jeżeliby akkomodacja rzeczywiście tak silnie była związana z konwergencją, to musiałyby każdy dalekowzroczny, a szczególnie każdy ze znaczniejszą dalekowzrocznością zezować, w rzeczywistości jednak tak nie jest.

2) Wielkość kąta zezu jest niezależną od stopnia dalekowzroczności.

3) Tylko 77% ludzi ze zezem zbieżnym jest dalekowzrocznych — inni są miarowymi lub nawet krótkowzrocznymi.

4) Według Dondersa zez występuje w 6—7 roku życia; według Priestley-Smitha już w 4, a nawet wcześniej. Jeszcze dawniej wygłosił Snellen zdanie, że *Strab. converg. concomit.* rozwija się ze *Strabism. converg. paralyticus* (porażenie *n. abducentis*); dawne przypuszczenie S. popierają nowe spostrzeżenia autora. Jako zasadnicze różnice między *Strabism. conv. paralyt.*, a *concomit.* podawano dotychczas następujące:

1) Przy *Strab. paralyt.* występuje podwójne widzenie.

2) Wielkość kąta zezu zależna jest od kierunku patrzenia.

3) Jest różnica w wielkości zezu pierwotnego i wtórnego.

W rzeczywistości według S. różnice te nie istnieją. Podwójne widzenie przy *Strab. paralyt.* powoli się zmniejsza, a nawet może podwójnego widzenia przy tym zezie od początku nie być (przypadek autora). Niedowidzenie (*amblyopia*) nie posiada żadnego wpływu na powstanie zezu, a tylko na rodzaj zezu. Niedowidzenie jednego oka prowadzi do ustalenia przedmiotów drugim okiem, a jeżeli właśnie to oko posiada *abducens* porażony, to przychodzi do b. silnego zezu pierwszego oka (zez wtórny). Jeżeli niedowidzące oko jest porażone, to zez jego będzie mniejszy (zez pierwotny). *Amblyopia*, zdaniem autora, nie jest następstwem zezu jak również nie jest jego przyczyną; przemawiają za tem fakt, że oko np. przez szereg lat niewidzące z powodu zaćmy po operacji wykazuje prawidłową bystrość wzrokową, a też fakt, możliwość poprawy wzroku po operacji zezu. Jeżeli wzrok się nie poprawia, to przyjąć należy zdaniem S. jakąś *atrophia partialis n. optici. Amblyopia ex anopsia*, zdaniem autora, nie istnieje. Co do drugiej różnicy podawanej przy obu rodzajach omawianych przez S. zezu, to przy *Strabism. concomit.* również jak i przy *paralytic.* kąt zezu zmienia się zależnie od kierunku patrzenia.

**Dodatek do mojej pracy: Doświadczenia nad odczynem surowiczym przy zapaleniu sympatycznym.** (Nachtrag zu meiner Arbeit: Versuche einer Serumsreaktion der sympathischen Ophthalmie). R. K ü m m e l — Erlangen.

Doświadczenia autora stwierdzają, że u zwierząt uczulonych emulcją naczyniówki wstrzyknięcie jej do c. szklanego wywołuje ostre zapalenie śródgałkowe prowadzące do zaniku czasem gałki lub tylko do objawów iritis plastica.

**O działaniu wstrzyknięć krwi do ciała szklanego wraz z uwagami o t. zw. retinitis proliferans.** (Über die Wirkung von Blulinjektionen in den Glaskörper nebst Bemerkungen über die sog. Retinitis proliferans). Ch. O g u c h i — Heidelberg.

Krew (świnki morskiej) wstrzyknięta do ciała szklanego królika ulega rozpadowi i zostaje pochłonięta przez ciała wędrowne. Te ostatnie wywołują bujanie neuroglii siatkówki. Żelazo pochodzące z hemoglobiny rozpadłych krwinek wywiera toksyczny wpływ na siatkówkę i wywołuje zmiany w niej odpowiadające *retinitis pigmentosa* u człowieka. Przed powstaniem typowego obrazu *retinitis proliferans* spostrzegać można zawsze krwotoki, które następnie się organizują. Koniecznym warunkiem do tego jest łączność krwotoku ciała szklanego z powierzchnią tarczy n. wzrokowego. Bujanie neuroglii przy powstawaniu *retinit. proliferans* ma tylko podrzędne znaczenie. Na wziernikowy obraz *retinit. proliferans* składa się wciągnięcie tarczy n. wzrokowego do ciała szklanego, jak również zmarszczki siatkówki powstałe dzięki skurczeniu się nowowytworzonej tkanki łącznej, bujaniu neuroglii i zgęszczeniu ciała szklanego. Obraz *retinitis proliferans* wywołany być może doświadczałnie przez skałeczenie gałki ocznej. Warunkiem powstania jego jest obecność krwotoku ciała szklanego stojącego w związku z otworem perforacyjnym gałki ocznej.

**Conus w nieprawidłowym kierunku.** (Der Conus in atypischer Richtung). R. T e r t s c h — Wiedeń.

W miejscu klinicznie dostrzegalnego *conus* twardówka pokryta była cienką warstwą napiętej tkanki łącznej, którą należy uważać za dalszy ciąg naczyniówki. W okolicy tarczy n. wzrokowego nie widać w miejscu *conus* prawidłowej budowy siatkówki, a z wyjątkiem warstwy włókien nerwowych, wszystkie warstwy siatkówki ograniczały się jedynie do jednorzędowego szeregu komórek, które przechodziły ku przodowi w zawijający się szereg komórek barwinkowych. *Lamina elastica* zachowana była na całej przestrzeni *conus*, a *foramen opticum laminae vitreae* był nieco ku dołowi prze-

sunięty. Twardówka nie wykazywała nieprawidłowości. Jako przyczynę powstania *comus* w danym przypadku uważa autor utrudnienie zamknięcia się szpary pęcherzyka wtórnego ocznego z utworzeniem się zmarszczki na granicy szpary.

**Wtręty i trachoma.** (Epitheleinschlüsse und Trachom).  
W. Löhlein — Greifswald.

Autor polemizując z twierdzeniem Lindnera, stojącym na stanowisku tożsamości jadu ropotoku i trachomy sądzi, że wtręty należy uważać za mikroorganizmy wywołujące dobrotliwe chroniczne zapalenie błon śluzowych, a więc spojówki i cewki moczowej i należy je uważać za wywołujące zapalenie spojówki z wtrętami u noworodków. Rzadziej tego rodzaju schorzenie spostrzegać się daje u dorosłych i kryje się możliwe pod obrazem »dobrotliwego przypuszczalnego zapalenia trachomatycznego«. Wtręty stwierdzić prócz tego można przy katarze wiosennym spojówki, a szczególnie przy trachomie jako objaw uboczny nie posiadający znaczenia przyczynowego.

**Przyczynek do pochodzenia cyst oczodołowych i nieprawidłowości siatkówki i naczyńówki przy mikrophthalmus.** Ein Beitrag zur Genese der Orbitalcysten und der im Mikrophthalmus vorkommenden Netzhaut- und Aderhautanomalien).  
R. Bergmeister — Wiedeń.

Autor badał drobnowidowo dwa przypadki cysty oczodołowej z *mikrophthalmus*. W obu przypadkach cysta oczodołowa wychodziła ze szypuły pęcherzyka wzrokowego. Jest to spostrzeżenie nowe w dotychczasowej literaturze.

Następujące dane drobnowidowe przemawiały za wyżej przytoczonym pochodzeniem cysty:

- 1) Identyczność zewnętrznej ściany cysty z pochewką nerwu wzrokowego.
- 2) Obecność niedorozwiniętego pnia n. wzrokowego, który w zakresie cysty przedstawiał oczodołowy odcinek nerwu (wyraźne przegrody, słupy jąder itd.).
- 3) Wewnątrz ściana cysty wyścielona była pasem *neuroglia* (*Gliazone*) wykazującym budowę zarodkowego nabłonka.
- 4) Łączność patologicznie rozszerzonego światła szypuły pęcherzyka wzrokowego z przestrzenią pomiędzy nabłonkiem barwinkowym, a pars optica gałki ocznej.

**Łączność pomiędzy akomodacją a konwergacją.**  
 (Der Zusammenhang zwischen Accomodation und Konvergenz). O.  
 Roelofs — Amsterdam.

Badania autora przeprowadzone głównie na sobie przekonały autora, że przez ćwiczenie i cierpliwość można osiągnąć przy każdej akomodacji zawsze jednakowe *maximum* dywergencji i odwrotnie. Przy jednoczesnem patrzeniu *exoforia* staje się wolno coraz większa, a jeżeli patrzenie to jest połączone z akomodacją, to ścisły związek akomodacji z konwergacją staje się coraz luźniejszy. Assocyacja akomodacji z konwergacją jest, zdaniem autora, następstwem tylko nabytego doświadczenia. Wyobrażenie odległości, czy ono jest jako następstwo wyobrażeń zmysłowych, czy też ono jest obrazem wspomnieniowym dawniejszych wyobrażeń, może pobudzić tak inerwację konwergencji jak też i akomodacji. Wychodzące z konwergencji albo z inerwacji konwergencji dośrodkowe podrażnienia (t. zw. uczucie konwergencji »Konvergenzgefühl«) mogą spowodować inerwację akomodacji. Przy akomodacji może wystąpić inerwacja konwergencji, ponieważ doświadczenie nasze jest przyczyną, że niewyraźne obrazki na siatkówce sprawdzają inerwację konwergencji, przez co znowu ułatwiona jest akomodacja. Zdaniem autora prawie u wszystkich ludzi anatomicznem położeniem spoczynkowem oczów jest egzoforya; ortoforya jest następstwem inerwacji konwergencji. Przy emmetropii i ametropii i przy dobrem obuocznem widzeniu skłonność do ortoforyi jest następstwem dobrze rozwiniętej assocyacji pomiędzy akomodacją a konwergacją i pomiędzy wyobrażeniem odległości, a inerwacją konwergencji. Obie te assocyacje nabyte doświadczeniem mogą się rozwinąć tylko przy dobrem obuocznem widzeniu. Jeżeli obuoczne widzenie jest nieprawidłowe, to hypermetropia może częściej spowodować esoforię, myopia zaś egzoforię. Esoforyę hypermetropów tłumaczy autor w ten sposób, że przy silnej akomodacji, która jest potrzebna do ostrego widzenia, wspomaga konwergencya. To możliwe jest, jeżeli wytworzyła się assocyacja choćby niewielka pomiędzy akomodacją a konwergacją. Egzoforyę myopów należy sobie tłumaczyć brakiem assocyacji pomiędzy akomodacją a konwergacją. Jeżeli obuoczne widzenie jest zmienione, to wyobrażenie odległości może spowodować inerwację konwergencji, jednak dla akomodacji jest pomoc konwergencji niepotrzebna. Aczkolwiek w obszernej pracy autora jest tylko przejściowo mowa o zezie, to jednak badania te mają znaczenie dla teorii zezów, albowiem wielkie podobieństwo jest pomiędzy egzoforyą a *strab. converg.* i eksoforyą, a *strab. diverg.*

**Canalis hyaloideus w oku świni.** (Der Canalis hyaloideus im Auge des Schweines). A. v. Szent-Györgyi — Budapest.

Sprawa sporna dotychczas, czy w c. szklistem znajduje się *canalis hyaloid.* czy nie, rozstrzygana była dotychczas tylko makroskopowo. Autor pierwszy mikroskopowo się przekonał o stałej obecności *canal. hyaloid.* u świni, morskiej świnki, królika i myszy. Nie jest to w ścisłym znaczeniu kanał, posiada bowiem w swem świetle utkanie c. szklistego, lecz znacznie luźniejsze, od reszty zaś c. szklistego odgraniczony jest ostro całym szeregiem równoległe przebiegających włókien, które miejscami zlewają się w ścisłą jednolitą błonę graniczną. Kanał rozpoczyna się przy tarczy n. wzrokowego, gdzie zaraz tworzy rozszerzenie ampułowate średnicy 2—2·5 mm., następnie coraz bardziej się zwęża (1 mm.), a potem tuż za soczewką znowu rozszerza do 2 mm. średnicy.

**O guzach chroniczno-zapalnych oczodołu.** (Über chronisch-entzündliche Geschwulstbildungen der Orbita). J. Meller — Wiedeń.

Ostre zapalenie tkanki oczodołowej daje zawsze pewne co do rozpoznania objawy kliniczne. Inaczej jest z zapaleniem chronicznem; rozpoznanie, ze względu na możliwość nowotworu nadającego się do innego leczenia aniżeli zapalenie chroniczne oczodołu, jest w tych przypadkach niejednokrotnie trudne. Dowodem tego jest 9 przypadków zebranych w klinice prof. Fuchsa przez M. Na podstawie klinicznego doświadczenia radzi autor zawsze przed operacją zastosować wszystkie metody badania, służące do postawienia dobrego rozpoznania (*inj. tuberkuliny*, odczyn Wassermanna, zbadanie nosa i jam bocznych, energiczna kuracja rtęciowa i jodowa). Gdy się te wszystkie metody wyczerpie, należy wreszcie przed ewentualną operacją radykalną zrobić, celem drobnowidowego zbadania, próbne wycięcie kawałka tkanki.

**O urazowych zmętnieniach rogówki.** (Über traumatische Hornhauttrübungen). J. Meller — Wiedeń.

Dwa przypadki autora dowodzą, że powodem zmętnienia urazowego rogówki może być nietylko wytworzenie się zmarszczek i pęknięcia błony Descemeta z następowym obrzękiem tkanki rogówki, ale że uraz wprost jako siła zgniatająca rogówkę, może stać się przyczyną obumarcia elementów rogówki, do czego potem dopiero dołącza się jej obrzęk.



**Charakterystyczny przypadek keratomykosis *Aspergillina*.** (Ein eigenartiger Fall von Keratomykosis aspergillina). K. Lindner — Wiedeń.

Z nalotu na rogówce wyhodowany został *aspergillus fumigatus*. Przypadek autora tem charakterystyczny, że nalot nie był suchy jak to zawsze bywa, ale gładki i soczysty. Prócz nalotu rogówki *iritis* i *hypopyon*. Po zdjęciu nalotu i galwanokaustyce wrzód szybko się zagoił.

---

**Revue Générale d'Ophthalmologie.** R. 1913. Nr 1—6.  
(Referent K. W. Majewski).

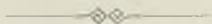
**Wybroczyna samoistna spojówkowo - powiekowa w przypadku ciężkiej niedokrewności.** (Ecchymose spontanée conjunctivo-palpebrale dans un cas d'anémie grave). Péchin.

U 9 cioletniej dziewczynki, dotkniętej ciężką postacią niedokrewności złośliwej, wystąpił samoistnie na brzegu powieki dolnej krwiak w postaci guzka, przypominającego gradówkę w stanie zapalnym. Guzek jednak nie był bolesny za dotykem. W następnym dniu pojawiło się wynaczynienie krwi pod spojówką powieki dolnej, przechodzące także pod spojówkę gałki ocznej. Równocześnie okazywała dziewczynka wybroczyny skórne na kończynach i cierpiała na silne krwawienia z nosa. Objawy wykroczynowe często u niej powracały. Stan ogólny oraz skład krwi poprawiły się znakomicie pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena w okolicy śledziony i nasad kości długich.

**Rak przerzutowy oczodołu wyluszczonej sposobem operacyjnym Rolleta.** (Cancer métastatique de l'orbite enlevé par »orbitotomie externe curviligne«). Genet — Lyon.

U 55-letniej kobiety w 1½ roku po odjęciu lewego sutka i wyluszczeniu gruczołów pachowych z powodu raka wystąpił wytrzeszcz gałki ocznej prawej z porażeniem zewnętrznych mięśni i objawami tarczycy zastoinowej. Badanie wykazywało obecność guza wychodzącego z głębi oczodołu i prawdopodobnie zrosniętego z kością. Wykonano operację w uśpieniu ogólnym, sposobem podanym przez Rolleta. Cięcie skórne łukowate przebiega wzdłuż zewnętrznego kostnego brzegu oczodołu i może być w miarę potrzeby przedłużone wzdłuż górnego i dolnego brzegu. Cięcie to dochodzi do samej kości i prowadzi wprost w głąb oczodołu po otwarciu oczodołowej powięzi (*Fascia orbitalis*), przyczem nie otwiera się wcale, o ile

nie zachodzi tego konieczna potrzeba, lejka mięśniowego, zawierającego, jak wiadomo, prócz mięśni i nerwu wzrokowego, wszystkie inne ważne dla oka nerwy i naczynia. Zapomocą takiej łukowatej orbitotomii ułatwia sobie Rollet dostęp do wnętrza oczodołu i umożliwia w wielu razach wyłuszczenie nowotworów bez poświęcenia gałki ocznej. Dzięki też temu sposobowi operacyjnemu prawie nigdy nie potrzebuje uciekać się do resekcji kostnej ściany oczodołu metodą Krönleina. W przypadku powyższym, gdzie chodziło o raka przerzutowego, udało się doszczętnie usunąć nacieki z zachowaniem gałki.



### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Tow. okulistycznego  
w Królestwie Polskiem za I. półrocze 1913 roku.

Podał

Dr med. A. PARADOWSKI.

**Protokół posiedzenia** d. 25 stycznia 1913 r. Ilość członków 13.

A. Szwarec pokazuje: 1) przypadek **chorioretinitis tuberculosa c. neuritide optica oc. sin.** u 30-letniego M. D. Przed 8 dniami wystąpiły silne bóle głowy i oka, poczem chory na to oko zaniewidział. Do owej pory, poza silnem zdenerwowaniem, choremu nic nie dolegało. Przed rokiem zmarła żona z powodu gruźlicy, na którą wymarła cała jej rodzina; jedyne dziecko zmarło na to samo. Wziernikiem: granice tarczy są zatarte, tętnice i żyły rozszerzone, a na samej tarczy, przysłonięte przez wysięk; między tarczą a plamką żółtą widać dwa ogniska szarobiaławe, rozlane — jedno wielkości  $\frac{1}{3}$  tarczy, drugie o połowę mniejsze; w plamce żółtej również widać zmiany w postaci krążków i kropek, które nieco przypominają niezupełny wieniec promienisty. Ruchy gałki są sprawne. Chory liczy palce bezpośr. Oko prawe prawidł. Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło zmian; mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Odczyn Pirqueta b. wyraźny, trwał

2 tygodnie. Nazajutrz po dokonaniu odczynu Pirqueta chory zauważył poprawę wzroku i liczył palce w odległości 1 metra, należy to przypisać wpływowi odczynu ogniskowego. Po trzech tygodniach plamy wysiękowe znacznie się zmniejszyły. Bystrość wzr. z soczewką wklęsłą 6,0 D. wynosi 0,1. Badanie i przebieg sprawy dowodzą, że bezpośrednią przyczyną schorzenia jest gruźlica, umiejscowiona w naczyniówce i siatkówce oka lewego.

2) przypadek **retinitis proliferans striae formis oc. sin.**

35-letnia M. B. od kilku lat nie widzi okiem lewym; przed 3 latai podczas ciąży wystąpił udar, poczem lewa połowa twarzy uległa skrzywieniu i zaszła utrata władzy w lewej kończynie górnej, rodziła pięć razy, nie roniła, chorób zakaźnych nie przechodziła. Badanie wziernikiem oka lewego wykazuje: tarcza nieco biała; od tarczy ku górnowewnętrznjej części dna ocznego odchodzi wybujałość łącznotkankowa w postaci pasa szerokości 2 tarcz; wybujałość ma przy tarczy barwę szaro-żółtawą, dalej przybiera barwę biało-niebieskawą, a u zakończenia przechodzi w ognisko barwnikowe; takież ognisko widać i nad żyłą skroniową, łączy się ono z wybujałością wyżej opisaną zapomocą wypustki cienkiej, szarobiałej. Plamka żółta i reszta dna oka nie wykazuje zmian chorobnych. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Siła wzroku; palce w pobliżu. Oko prawe prawidł. Cechę znamioną w obrazie chorobnym przypadku pokazanego stanowi wybujałość łącznotkankowa w siatkówce, przeto zachodzi tu zapalenie bujające siatkówki; wobec prążkowatej postaci wybujałości najodpowiedniej ją nazwać — *striaeformis*. Co do pochodzenia tej wybujałości, to prawdopodobną przyczyną był wylew krwawy do siatkówki, wystąpił on podczas udaru i w okresie rozwoju zmian wstecznych wywołał bujanie tkanki łącznej oraz gleju.

Przewodniczący wnosi pod obrady sprawę wzięcia udziału w XII-ym Kongresie Międzynarodowym Okulistycznym, który ma odbyć się w Petersburgu między 10. a 15. sierpnia 1914 r. i odczytuje list.

**Protokół ogólnego posiedzenia rocznego d. 8 lutego 1913 r. (Ilość czł. 13).**

Sekretarz odczytuje sprawozdanie z czynności Towarzystwa w r. 1912.

L. Czyżewski odczytuje protokół Komisji Rewizyjnej.

Z wyborów członkami Zarządu Towarzystwa zostali: jako przewodniczący kol. Br. Ziemiński, zastępca przewodniczącego kol. Kaz. Bein, sekretarz-skarbnik kol. A. Paradowski.

Członkami Komisji Rewizyjnej zostali: S. Cetnarowicz, L. Czyżewski i M. Januszkiewicz.

W poczet członków Towarzystwa przyjęto kol. Józefa Michalskiego z Łodzi.

### Protokół posiedzenia d. 29 marca (Ilość czł. 16).

A Szwarec przedstawia: 1) przypadek — **uveitis tbc. oc. dextri**. 24-letnia, bezdzietna St. K. zeznaje, iż od 3 miesięcy nie widzi okiem prawym, a od 2 miesięcy ma silne bóle prawej połowy głowy. Przed 4 laty przechodziła zapalenie macicy, które wystąpiło po poronieniu; przymiotu nie przechodziła. Badanie oka prawego wykazuje: nastryk dokoła rogówki, przednia komora płytka, rysunek tęczęwki zamazany, źrenica zwężona, a po wkropleniu atropiny przybrała kształt nieprawidłowy, spowodowany przez przyczepy tylne, zwłaszcza w stronie zewnętrznej; na przedniej torebce soczewki widać wyraźne drobne plameczki brunatne; z wnętrza gałki — odblask szaro-żółtawy, wywołany przez twór szarawy, umiejscowiony tuż za soczewką, jego powierzchnia jest ziarnista, w części górnej zaróżowiona dzięki obecności naczyń licznych, które biegną w różnych kierunkach. Przy wziernikowaniu nie widać szczegółów rysunku dna ocznego. W = O. Drugie oko zdrowe. Przy oświetleniu lampką Simona otrzymuje się odblask czerwony z głębi oka. Badanie całego ustroju nie wykazuje zmian różnych; mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Odczyn Pirqueta dodatni trwał 2 tygodnie.

Przy rozpoznawaniu należy mieć na uwadze następujące sprawy chorobne: mięsak naczyń i zapalenie jagodówki pochodzenia gruźliczego lub przymiotowego albo przerzutowego. Wynik prześwietlania lampką Simona przeczy rozpoznaniu mięsaka. Pozostaje zapalenie jagodówki: pochodzenie przymiotowe i przerzutowe należy odrzucić wobec braku zmian odpowiednich w ustroju, natomiast przedłużony odczyn Pirqueta przemawia za obecnością w ustroju sprawy gruźliczej.

Obrazy: Endelman podkreśla znaczenie lampy Sachsa w przypadkach podobnych. Bein uważa, że lampka Simona jest odpowiedniejsza niż lampka Sachsa.

2) przypadek — **atrophia simplex nervi optici oculi utriusque**. 39-letnia W. G. od grudnia 1912 r. źle widzi okiem lewym. Do owej pory zawsze była zdrowa; 3 razy rodziła, dzieci poumierły w pierwszym roku życia; mąż też zawsze był zdrowy. Badanie chorej wykonano po raz pierwszy d. 7 stycznia 1913 r.; źrenica lewa rozszerzona, na światło nie oddziaływa, a przy oświetleniu oka prawego się zwęża, zwęża się również przy ruchu zbie-

żnym i nastawczym; wzniernikowanie wykazało, że tarcza ma brzegi wyraźnie zarysowane, a barwę szarobiałą. Siła wzroku — palce w odległości 1 metra; barwy nasyczone — zieloną i czerwoną — widzi w pobliżu w nosowej części pola widzenia. Narządy wewnętrzne, oraz układ nerwowy nie wykazują zmian żadnych. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Oko prawe — zdrowe; siła wzroku prawidłowa.

16 stycznia chorą powtórnie zbadano: siła wzroku oka lewego = 0; zmiany w oku te same co i przedtem. 16 lutego chora zjawiła się ze skargami na osłabienie wzroku w oku prawem; wzniernikowanie wykazało bladeść skroniowej części tarczy; siła wzroku 0,3; zwężenie spółośrodkowe pola widzenia barw. Badanie czaszki promieniami Roentgena dało wynik ujemny. Badanie 19 marca wykazało, że obie tarcze są szarobiałe i mają granice wyraźnie zarysowane; źrenica lewa bez zmiany, źrenica prawa opieszale oddziaływa na światło, żywo zaś na ruch nastawczy; w oku lewym — wyraźny objaw Westphala-Piltza przy zaciskananiu powiek. Siła wzroku oka prawego = palce w odległości 1½ metra, barwy nasyczone poznaje tylko w pobliżu. Odczyn Wassermanna ujemny. W przypadku pokazanym zachodzi zanik pierwotny nerwów wzrokowych o przebiegu bardzo szybkim bez jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym; liczne spostrzeżenia z czasów ostatnich przekonały, iż zanik prosty nerwów wzrokowych występuje niemal w połowie przypadków wiądu rdzenia, prócz tego trafia się w chorobach mózgu i czaszki, również w zatruciu atoxyłem lub arsacetyną. W przypadku pokazanym zanik występuje jako objaw samoistny lub jeden z pierwszych objawów wiądu rdzenia który znacznie wyprzedził inne objawy, należy to do wielkich rzadkości.

Obrady: Endelmann sądzi, że przyczyna może tkwić w stwardnieniu rozsianem Bein nie wyklucza możliwości zaniku samoistnego. Zie miński zaznacza, że w takich przypadkach pochodzenia niejasnego miażdżyca często w grę wchodzi.

3) przypadek — **embolia arteriae centralis retinae sin.** 12-letni B. J, zeznaje, iż przed dwoma tygodniami spostrzegł z samego rana, po obudzeniu się, że okiem lewym nie widzi, przed 11 miesiącami przechodził dur brzuszny; innych chorób nie przechodził. Badanie wzniernikowe oka lewego: zmiany znamionujące zator spółośrodkowej tętnicy siatkówki; tarcza blada, wyraźnie zarysowana, tętnice cienkie jak niteczki, żyły nieco zwężone; barwy mleczno-białej na dnie ocznem już nie było widać, plamka czerwonowisniowa w okolicy dołeczka spółośrodkowego też nie była wydatna; plamka żółta jest otoczona barwikiem. W = 0. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Badanie powtórne. podjęte w miesiąc pó-

źniej, wykazało też same zmiany, natomiast wzrok wydatnie się polepszył: liczy palce w odległości 1 metra skroniowo. Taki sam obraz wziernikowy może wynikać w przypadku zapalenia zarostowego tętnicy oraz po zakrzepie środkowej tętnicy siatkówki, ale wtedy musiałyby jednocześnie istnieć zmiany chorobne w ustroju, a tego niema w przypadku pokazanym. Zatem prawdopodobnie nastąpił tu zator tętnicy, który w ten sposób można sobie wytłumaczyć, iż przy chwilowej niedomodze serca powstały złogi włókniaka, które, dostawszy się do krwioobiegu, zatkały naczynie środkowe siatkówki.

4) przypadek **zagłębienia fizyologicznego obu tarcz nerwów wzrokowych**, przypominającego zagłębienie jaskrowe. 52-letni H. Z. skarży się na muszki latające przed okiem lewem. Przedtem zawsze był zdrow. Badanie wykazało męty w ciałku szklistem oka lewego; wziernikiem dostrzega się zagłębienie wydatne obu tarcz o brzegach stromych i z naczyńniami haczykowało się zaginającymi, u dołu zwłaszcza. Ciśnienie śródoczne prawidłowe; pole widzenia również. Refrakcyja w oku lewem — 80 D, w oku prawem 7.0 D.  $W = 0,3$ .

Obrady: Endelmann i Bein uważają to zagłębienie raczej za fizyologiczne, gdyż nigdzie nie dochodzi do samego brzegu. Rothert przypuszcza, że tu może się rozchodzi o postać początkową jaskry.

St. Kopeczyński przedstawił dwa przypadki **zaburzeń ocznych w następstwie cierpienia mostu Varola**. N., uczeń, lat 10, anemiczny, obarczony tbc., od grudnia 1912 r. doznawał dwojenia się w oczach i bólu głowy. Na początku marca stwierdzono porażenie mięśnia wewnętrznego prostego w oku lewem i zewnętrznego w oku prawem (porażenie spojrzenia), więc zniesienie ruchów obu gałek ocznych na prawo; ustawienie obu gałek ocznych w linii środkowej jest prawidłowe. Przy zbieżności spostrzega się lekki ruch mięśnia wewnętrznego prostego w oku lewem. Mięsień wewnętrzny prosty prawy, jako też i inne mięśnie obu gałek ocznych, mięśnie powiek — działały prawidłowo. Dno oczu jest prawidłowe. Przez marzec i kwiecień porażenie: pierwotne spojrzenie na prawo pozostało bez zmiany, dołączyło się zaś do tego zboczzenie obu gałek ocznych w lewo i wtórne zboczenie głowy, stopniowe porażenie prawego mięśnia twarzowego. Narządy wewnętrzne zdrowe. K. rozpoznaje w przypadku pokazanym guz serowaty (*tuberculinm solitare*) w moście Varola, umiejscowiony w obrębie jądra prawego nerwu VI, przez co niszczy ośrodek dla spojrzenia w prawo i podrażni ośrodek sąsiedni dla spojrzenia w lewo; guz rośnie w kierunku rdzenia przedłużonego.

R., panna, l. 23; w lutym r. b. w ciągu kilku dni przy objawach zawrotu głowy, nudności, osłabienia ogólnego wystąpiło dwojenie w oczach, następnie zupełne porażenie obu mięśni wewnętrznych prostych (porażenie zbieżności); przy innych ruchach gałek ocznych ukazuje się oczopląs wybitny we wszystkich kierunkach. Oddziaływanie na światło i na nastawczość istnieje. Dno oczu prawidłowe; sprawa czuciowa, odruchowa — prawidłowa. Lekkie ogólne osłabienie mięśniowe; łatwo się nuży; zrzadka wynika stan podgorączkowy. Stopniowo w ciągu 6 tygodni porażenie zbieżności oczu przeszło niemal bez śladu; pozostało lekkie osłabienie obu mięśni zewnętrznych prostych, powolny oczopląs przy ustawieniu bocznym, dwojenie przy ustawieniu krańcowym bocznym. Inne ruchy gałek ocznych bez zmiany. Stan przedmiotowy — zupełnie dobry. K. rozpoznaje zapalenie istoty szarej w moście Varola w obrębie wodociągu Sylwiusza (*poliencephalitis superior*), twierdzi, że tu rokowanie jest pomyślne.

W związku z tymi dwoma przypadkami K. rozpatruje pogląd spólczesny na sprawę ośrodków spojrzenia, ich porażenie pociąga za sobą t. zw. porażenie spojrzenia (*Blicklähmung*), mówi o umiejscowieniu tych ośrodków, ilustrując swe przemówienie rysunkami schematycznymi Monakowa, Strümpfla i innych. Jednocześnie K. pokazał preparat mózgu z krwotokiem w moście Varola z przypadku, który za życia przedstawiał porażenie połowiczne naprzemienne (*hemiplegia alternans*) z porażeniem spojrzenia. Ognisko krwotoczne zajmowało prawą górną część mostu Varola.

K. Bein pokazał stolik swego pomysłu ułatwiający rękoczynny ze światłem elektrycznym, stosowane przy badaniu lub leczeniu chorych na oczy.

**Protokół posiedzenia** d. 26 kwietnia 1913 r. ilość członków 13.

Przewodniczący wnosi projekt, aby każdy członek P. T. Okulistycznego składał swój życiorys w krótkich słowach oraz fotografię własną na ręce sekretarza Towarzystwa. W ten sposób z czasem może powstać miłe i pożyteczne album pamiątkowe. — Wniosek przyjęto.

K. Bein przedstawia chorego z **żelazicą gałki ocznej**. 35-letni robotnik sparzył sobie, jak utrzymuje, oko prawe kawałkiem żelaza, poczem oko zaczęło ropieć, w końcu przestało widzieć. Badanie dokonane w tydzień po wypadku, nie wykazało żadnych śladów uszkodzenia świeżego, natomiast wykryło liczne objawy urazu dawniejszego: oko prawe jest ślepe; zez rozbieżny; kilka plamek obwodowych na rogówce; na twardówce w odległości 1 cm.

od wewnętrznego rąbka rogówki — blizna torbielowata; tęczęwka barwy brunatnozielonej; na przedniej powierzchni soczewki, pod torebką, wieniec kropek brunatnoczerwonych; w warstwach tylnych soczewki — zaćmienie połyskujące szarozółtawe; dna oka nie można dojrzeć. Drugie oko jest prawidłowe; siła wzroku = 1.0. Ponieważ żelazica występuje nie wcześniej, niż po kilku miesiącach obecności w oku kawałka żelaza, B. odrzuca zależność zmian w oku prawem od urazu, który przed tygodniem się zdarzył.

Obrady: Endelman: czy żelazica wywołuje zapalenie współczulne?

Bein: opisywano przypadki zapalenia współczulnego przy żelazicy oka.

Kamocki przypuszcza, że z czasem mogą ukazać się objawy zapalenia jagodówki i wtedy trzeba będzie przystąpić do wyłuszczenia gałki ocznej. Żelazica często występuje pod obecność w oku bardzo małych cząstek żelaza. K. badał drobnowidowo gałkę wyłuszczoną przy żelazicy: barwa rdzawa przeważała na tkankach bujających dokoła odłamka żelaza, który tkwił w ciałku szklistem.

Ziemiński: objawy najznamienniejsze żelazicy zwykle występują na torebce soczewki.

I. Matusewiczówna pokazuje **przypadek bujającego zapalenia siatkówki**. 42-letnia L. przed kilku miesiącami zauważyła mgłę przed okiem prawem, która odąd coraz silniej jej przeszkadza. Jest zamężna, jeden syn żyje, czworo dzieci zmarło we wczesnym dziecięctwie, miała 3 poronienia, ostatnie przed 3-ma miesiącami bardzo ciężkie z silnym krwotokiem; od dłuższego czasu miewa krwawienia obfite przy miesiączkowaniu; przechodziła ospę, błonicę i dur; obecnie cierpi na solitera; przymiotu, jak twierdzi, nie miała. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zmian chorobnych niema też żadnych objawów przymiotu. Chora jest niezłe odżywiona, ale wybitnie błąda. Badanie oka pr. wykazało zmiany następujące: męty w ciałku szklistem, zwłaszcza w warstwach tylnych; na dnie oka — naczynia rozszerzone; od dolno-nosowego brzegu tarczy idzie smuga błyszcząca, barwy żółtawo-białej, o zarysach miękkich, puszystych, szeroka około  $\frac{2}{3}$  tarczy i długa około 3 średnie tarczy zakrywa środek i część nosową tarczy, ciągnie się nieco ukośnie ku górze i ku zewnątrz; ku końcowi smuga się zwęża, aby następnie się rozszerzyć, tworząc coś w rodzaju ogona postrzępionego; ta smuga zakrywa naczynia siatkówki, jest wyniosła (około 6.0 D), leży jednak w jednej płaszczyźnie. Drugie oko — prawidłowe. Wiele względów przemawia za rozpoznaniem krwotoku organizującego się, nie wygląda to bowiem ani na ognisko zapalne, ani na sprawę nowotworową; sprawa



wa wydaje się pochodzenia świeżego, brak bowiem zarysów ostrych, jakie zazwyczaj cechują smugi łącznotkankowe w zapaleniu bujającym siatkówki. Pochodzenie tej sprawy w przypadku pokazanym jest niejasne: wobec poronień przymiot nie jest wykluczony, ale rzecz możliwa, że odgrywa tu rolę pewną niedokrewność wtórna na tle częstych krwotoków powstała; również nasuwa się na myśl krwawiączka, która, jak wiadomo, u kobiet często się objawia w postaci krwawień obfitych w okresie miesiączkowania.

Obrady: Bein zwraca uwagę, że ledwo drobna część z szeregu dość często spotykanych krwotoków dna ocznego wiedzie do zapalenia bujającego siatkówki. Endelman przypuszcza, że zapalenie bujające siatkówki zależy od umiejscowienia (przed siatkówką) i od ilości krwi wylanej, gdyż tylko z krwotoków rozległych wynika bujanie łącznotkankowe. Wulffson sądzi, że poza obfitością krwotoku inne jeszcze przyczyny muszą działać. Ziemiński zauważa, że zapalenie bujające siatkówki najczęściej się spostrzega u chorych na gruźlicę lub na przymiot.

Br. Ziemiński. **Nalewka jodowa w leczeniu ocznem.** Nalewka jodowa (*Tra jodi*), sporządzona według farmokopei rosyjskiej lub niemieckiej, zawiera 1 część jodu i 9 części wyskoku czystego (spir, vini rectificatissimi 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), według zaś farmokopei austriackiej zawiera 1 część jodu i 15 części wyskoku czystego. Nie działa ona bakteryobójczo: paciorkowce, gronkowce i laseczniki tężca mogą w niej istnieć w ciągu szeregu dni (Koch); nie należy też zaniedbywać zasad anty- i aseptyki, poprzestając tylko na stosowaniu nalewki jodowej. Jednak tu nalewka zastosowana do powierzchni ciała, wykazuje zdolność przenikania w głąb, unieruchomia zarazki, przywabia (chemotaxis) krwinki białe i komórki tkankowe, poniekąd więc działa przeciwgnilnie. Oddawna stosowana przez chirurgów, od lat kilku nabrała znów większego rozgłosu wskutek zaleceń gorących Grossicha (z Sieme), jako środek do odkażania skóry przed różnymi zabiegami operacyjnymi.

W leczeniu ocznem stosowanie nalewki jodowej ma wskazania rozliczne: 1) przed operacją powiek lub woreczka łzowego. Z. stałe zlekką się jodynuje skórę wata, nawiniętą na patyczek szklany, wyjałowiony, a po skończeniu operacji linię szwu zlekką też jodynuje. U dzieci i u osób o naskórku wrażliwym, należy niezwłocznie zetrzeć nadmiar jodyny wacikiem wyjałowionym. Nigdy nie należy naklejać plastra lekiego do okolicy uprzednio powleczonej nalewką jodową. Aby uniknąć podrażnienia skóry albo się odrazu daje opatrunek wilgotny pod ceratką z gazy, namoczonej w 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworze ichtyolu albo opatrunek suchy z gazy, powleczony 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> maścią ichtylową. (Nawiasem mówiąc, taki opatru-

nek z maścią ichtyolową Z. uważa za pożądaną po wszelkich operacjach ocznych; w ten sposób unika przyszczyce u osób do niej skłonnych, które się poddały tej czy owej operacji na powiekach, woreczku łzowym lub na gałce [np. po wydobyciu zaćmy albo po irydektomii].

Nalewka jodowa daje dobre wyniki w przypadkach wyskrobienia woreczka łzowego — w tym razie Z. całą jamę dokładnie pomazuje pręcikiem szklanym, na którym namotano wate, napoiwszy ją nalewką jodową. Wreszcie, ten przetwórcz nadaje się w razie ropienia szwów skórnych.

Gdy po zastosowaniu jodiny do skóry, chcemy ją odbarwić, to na 2 minuty pokrywamy miejsce odpowiednie wata przepojoną ciepłym (40° C) 5% roztworem podsiarkanu sodu (*Natrium hypsulfurosus*). Przy wrzodziejącym zapaleniu powiek usuwa rzesy, tkwiące w miejscach owrzodziałych, poczem stosuje jodynę do okolicy schorzałej. Przy łuskowatym zapaleniu powiek zlekką powleka brzeg powieki jodyną. Rozpadliny (*rhagades*) w kątach powiek szybciej się goją po zastosowaniu do nich tego przetworu. Małe jęczmyki stwardniałe niezapalne znikają czasem, gdy się pomaze skórę nad nimi jodyną.

Lecz najwspanialej działa nalewka jodowa przy wszelkich pierwotnych i następnych wrzodach rogówki (*ulcus serpens*, *keratomycosis*, *keratitis fasciculosa*, tudzież przy *keratitis pannosa* — *serophulosa* albo *trachomatosa*). Po zmyciu powierzchni oka wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu bornego, dotyka całą powierzchnię wrzodu wata, namotaną na cienki patyczek szklany czy drewniany, namoczywszy go w nalewce jodowej, bacząc, aby płyn z niej nie ściekał; po tym zabiegu cały obszar owrzodzenia wyraźnie się uwidoczni (naogół unika kokainy przy ubytkach lub owrzodzeniach rogówki, stosuje kokainę tylko u osób b. wrażliwych, zanim zajodynuje okolicę wrzodziejącą). Po tym zabiegu znów obficie zmywa powierzchnię oka wodą wyjałowioną lub roztworem kwasu bornego i daje opatrunek aseptyczny pod ceratką albo suchy z maścią ichtyolową.

Od r. 1894 stale tak postępuje i w każdym niezbyt zaniedbanym przypadku owrzodzenia rogówki udaje mu się opanować to cierpienie bez uciekania się do zabiegów chirurgicznych. Gdy wrzód wywołał rozpad znaczniejszy tkanki, wyskrobuje go łyżeczką irydoplatynową, uprzednio wyżarzoną, poczem go jodynuje.

Gdy się stosuje nalewkę jodową, czy to do powiek, czy też do wrzodu rogówki, należy baczyć, aby nadmiar jodu nie dostał się poza obręb zamierzonego stosowania tego przetworu, gdyż jodyna silnie drażni, zwłaszcza śluzówkę oka.

W praktyce szpitalnej, u osób niezamożnych, nalewka jodowa może zastąpić do użytku wewnętrznego, inne znacznie droższe przetwory jodowe. Zażywa się ją w mleku, średnio w ilości 1-jej do 4 kropli naraz, dwa do czterech razy dziennie.

Obrady: Cetnarowicz od czasu dłuższego stosuje nalewkę jodową przy wrzodach rogówki z wybitnym wynikiem dodatnim. Endelman stosuje jodynę przy operacjach na powiekach i odtąd nigdy nie miał ropienia. Kamocki, stosując za przykładem Ziemnińskiego, jodynę do oka, otrzymywał wyniki szczególnie dodatnie we wrzodach rogówki i w drzewkowatym zapaleniu rogówki (keratitis dendritica); jednocześnie zakłada za powiekę masę jodoformową. Matusewiczówna stosuje jodynę przy operacjach gradówki (po wyskrobaniu) i prosaka.

K. Bein pokazuje przyrządy: 1) nasadkę bagnetową — przerywacz — do wziernika elektrycznego Simona, służy ona do momentalnego przerywania światła, 2) lupę Bergera z osadzoną na niej lampką elektryczną.

L. Endelman odczytuje referaty z ostatnich prac Lindnera, Czapliewskiego, Spaskiego, Izabolińskiego, Kugła i Velmiera.

**Protokół posiedzenia dnia 31 maja 1913 r. (Ilość członków 18).**

A. Szwarc pokazuje: 1) przypadek **zwyrodnienia plamki żółtej oka lewego**. 20-letnia D. R. zgłosiła się po raz pierwszy w końcu sierpnia 1912 r., skarżąc się, że nie widzi okiem lewym; po raz drugi chora zgłosiła się 3 kwietnia 1913 r. z tego samego powodu. Przed zachorowaniem oka lewego, wogóle była zdrowa; rodzice też zdrowi. Badanie wykazało: na dnie ocznym w okolicy plamki żółtej ognisko czworokątne szarobiałe, szerokości dwóch tarcz, o brzegach wyraźnie zarysowanych, leżące w jednej płaszczyźnie z siatkówką i otoczone plamkami barwnikowemi; równoległe do brzegu dolnego (w obrazie odwr.) biegnie naczynie krwionośne; przy samej tarczy widać dwie plamy białe: jedna szerokość  $\frac{1}{6}$  tarczy w okolicy żyły skroniowej dolnej, druga w okolicy żyły skroniowej dolnej, druga w okolicy żyły skroniowej górnej. Siła wzroku — liczy palce w odległości  $1\frac{1}{2}$  m. mimoośnie. W czasie pierwszej bytności chorej na miejscu wyżej opisanych plam w oku lewym, widać było szereg krwotoków. Drugie oko — prawidłowe. Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło zmian; mocza nie zawiera ani białka, ani cukru. Odczynny Pirqueta i Wasermana dały wyniki ujemne.

Niezawodnie przyczyną powstania zmian opisanych były krwo-

toki, które wywołały martwicę delikatnego utkania plamki żółtej, a następnie bujanie komórek glejowych i łącznotkankowych; przyczyną zaś krwotoków, ze względu na wiek młody chorej, może być pewna nieprawidłowość wrodzona naczyń krwionośnych, jak to się spostrzega przy retinitis haemorrhagica externa, opisanej przez Coatsa — zatem przypadek pokazany można uważać jako pewną postać retinitis haemorrhagica externa.

2) przypadek **guza pozagałkowego**. 27-letni A. B. zauważył przed 7 miesiącami obrzęk powieki dolnej oka prawego, po 3 miesiącach nastąpiło wysadzenie gałki ku przodowi i nieco ku zewnątrz; przy ruchach oka chory nie doznaje bólów; siła wzroku stopniowo się zmniejsza. Do owej pory był zawsze zdrow. Rodzice są zdrowi.

Badanie wykazało: ruchy gałki ocznej ku dołowi, ku zewnątrz i ku nosowi są sprawne, ku górze — nieco ograniczone. Macanie okolicy oczodołu nie sprawia bólu i zmian się nie wyczuwa. Na dnie ocznem: brak zagłębienia w tarczy (w oku lewym — zagłębienie wyraźne), przekrwienie tarczy, żyły rozszerzone; granice tarczy — wyraźne. Siła wzroku = 0,3. Badanie promieniami Roentgena wykazuje obecność masy zbitej w oczodole prawym; jamy dodatkowe nosa są prawidłowe. Narządy wewnętrzne nie wykazują zmian. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Odczyn Wassermanna jest ujemny. Badanie drobnowidowe krwi nie wykazuje zwiększenia liczby komórek eozynochłonnych. Wobec braku objawów zapalnych nie może tu zachodzić zapalenie ropne tkanki łącznej lub ścian oczodołu; brak tętnienia gałki przemawia przeciw tętniącemu wysadzeniu gałki, które zwykle powstaje przy rozdarciu tętnicy szyjnej w zatoce jamistej; pozostaje więc przypuszczenie obecności niezapalnego wysadzenia gałki, spotykanego przy chorobie Basedowa lub przy guzach pozagałkowych. W przypadku pokazanym nie ma objawów choroby Basedowa; brak zwiększenia we krwi ilości komórek eozynochłonnych wyklucza bąblowca, przeto zapewne istnieje tu guz pozagałkowy dobrotliwy (przy złośliwym objawy po 7 miesiącach byłyby o wiele groźniejsze), prawdopodobnie włókniak pochewek nerwu wzrokowego. Przed zastosowaniem zabiegu operacyjnego należy się upewnić, czy nie jest to kilak, gdyż kilaki często występują w postaci guzów pozagałkowych; przede wszystkim należy więc zastosować leczenie swoiste, chociaż w przypadku pokazanym wynik ujemny odczynu Wassermanna przemawia przeciw przymiotowi.

K. Bein pokazuje przypadek **samoistnego przyklejenia się oderwanej siatkówki**. 43-letni robotnik został uderzony w głowę szlancą żelazną wagi około 15 funtów. Gdy rany cięte

skóry się zagoiły, leczący go chirurg, przy badaniu ostatecznem, dokonaniem w 40 dni po wypadku zauważył, że źrenica oka prawego, które jest ślepe, nie oddziaływa na światło (w czasie leczenia chory nie skarżył się na stan oczu, śladów zewnętrznych uszkodzenia nie było). Badanie oczu, dokonane w 6 tygodni po urazie, wykazało: oko lewe — prawidłowe; siła wzroku — 0,6 z cyl. — 4.0 D, os 75° n.; oko prawe — ślepe, zez rozbieżny, nieruchomość źrenicy, w ciałku szklistem męty kropkowe, niteczkowe i kłaczkowe, połączone w błonę nawpół ruchomą, zakrywającą głównie tarczę nerwu wzrokowego, zaćmienie tylnych warstw soczewki w odcinku dolno-zewnętrznym w kształcie siateczki; tarcza niejasno widoczna po przez męty w ciałku szklistem nie wykazuje zmian; w okolicy tarczy promienisto się rozchodzą na zewnątrz i na wewnątrz pręgi białe, błyszczące, szerokości naczynia grubego na tarczy, biegną one ku obwodowi prawie prostolinijnie poza granice pola widzenia wziernikowego; niektóre z tych pręg łączą się między sobą w bliskości tarczy; naczynia siatkówki swobodnie przechodzą po pręgach, miejscami tworząc łuki lekkie, zwrócone wypukłością do ciałka szklistego; w górnej części, w obwodzie, nagromadzenie obfite ognisk barwnikowych szaroczarnych, formy nieprawidłowej.

Przy rozpoznaniu różniczkowem B. odrzuca pęknięcia naczyńki, zapalenie siatkówki rozsiane i zapalenie siatkówki bujające, na zasadzie pręg znamiennych rozpoznaje samodzielne przyklejenie się siatkówki oderwanej. Następnie B. nie uznaje w tym razie związku zmian w oku prawem z urazem, który się przytrafił przed 6 tygodniami, uważając za rzecz wysoce nieprawdopodobną, aby wyżej opisane pręgi — smugi bliznowe włókniaka zorganizowanego mogły powstać w tak krótkim czasie po urazie (w przypadku Prauna [Die Verletzungen des Auges str. 389] taka sprawa trwała 10—12 miesięcy).

L. Endelman. **Przypadek bujającego zapalenia siatkówki.** Sz. W. lat 50, zgłosił po raz pierwszy w październiku r. ub., skarżąc się na utratę wzroku, która rozwijała się stopniowo w ciągu 2 lat. Zaburzenia rozpoczęły się w oku lewym: »muskli« ruchome, zamglenie, wreszcie zupełna utrata wzroku; nieco później wystąpiły zmiany w oku prawem, przebieg był podobny. Cawniej wzrok miał dobry, szkieł nie używał. Chory cierpi na moczówkę cukrową od szeregu lat, ilość cukru waha się od 4—6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; okresowo zdarza się acetonuria.

Przy pierwotnem badaniu stwierdzono: źrenice równomierne, oddziaływanie na światło b. słabe. Badanie wziernikowe: w oku prawem zwykły odbłask różowy otrzymujemy tylko z górnego ob-

wodu, poza tem całe dno oka daje odbłask błyszcząco-biały; szczegółów dna ocznego nie widać, zwłaszcza niepodobna odszukać tarczy n. wzrokowego; w miejscu odpowiadajacem położeniu tarczy znajdujemy rozległy krwotok przedsiatkówkowy o wyglądzie znamienym (dolna granica poziomo skierowana, górna łukowata); ten krwotok jest dość świeży, ma barwę jasno-czerwoną i obrysy wyraźne; na obwodzie dna ocznego rozpoznajemy parę wybroczyn drobniejszych, jedno — świeższe, drugie — dawniejsze — ulegają wessaniu. Poza krwotokami po całym dnie oka są rozsiane twory błyszcząco-białe o powierzchni znacznie wygórowanej ku ciałku szklistem ze spadkiem stromym ku poziomowi siatkówki. Te twory są pokryte na powierzchni dość gęstą siatką naczyń, wielokrotnie się krzyżujących. Właściwe naczynia siatkówki tylko gdzie niegdzie są widoczne; w miejscach, gdzie złogi na siatkówce są rozpostarte w kształcie błonki nikłej, przeświecającej, ukształtowaniem swem przypominają pajęczynę; wtedy widać dokładnie, że naczynia właściwe siatkówki leżą pod tworami łącznotkankowymi; ściany niektórych naczyń są zmienione (endo- i periarteriitis). Obraz wziernikowy oka lewego w grubych zarysach podobnie się przedstawia z tą różnicą, że zmiany w tem oku są jeszcze dawniejsze, skutkiem tego złogi łącznotkankowe pokrywają prawie całą siatkówkę i jeszcze bardziej się wypinają ku ciałku szklistemu. Ostrość wzroku (7.X 12) = możliwości poznawania ruchów ręki tuż przed okiem. W celach leczniczych poza przestrzeganiem ścisłej diety artydiabetycznej stosowano zastrzykiwania pod spojówkę NaCl (3%), diosynę w silnych stężeniach, wreszcie przetwory jodowe. Stan obecny (30.V 13) oczu przedstawia się, jak następuje: źrenice równomierne, na światło i nastawczość oddziałują nader słabo, niekiedy nawet zupełnie nie dostrzega się skurczu; leki rozszerzające źrenicę (nawet atropina) działają niedostatecznie. Części zewnętrzne i środki łamiące oczu, poza nieznacznem zaćmieniem sprychowatę warstw głębokich lewej soczewki w obwodzie, nie wykazują zmian chorobnych. Przy prześwietlaniu oczu zapomocą wziernika prawie zewsząd otrzymujemy odbłask błyszcząco-biały, tu owdzie w obwodzie ma się zwykły odcień różowy dna ocznego. Przy badaniu oka prawego w obrazie odwróconym z trudnością udaje się dostrzedz tarczę n. wzrokowego, widzimy tylko rozwidlające się pnie nacyniowe; obok tarczy w stronie plamy żółtej znajdujemy świeży krwotok w postaci trójkąta wydłużonego; od strony nosowej w odległości dwóch średnic tarczy od brodawki w miejscu, gdzie złogi łącznotkankowe wytworzyły cienką powłokę z delikatnymi odnogami nitkowatemi (striae retinae), widzimy naczynie siatkówkowe (tętnicę), którego światło na niewielkiej przestrzeni jest

zupełnie zatkane (endarte-critis obliterans); tuż obok tego naczynia leżą trzy drobne wybroczyny krwawe. Poza tem na całym obwodzie dna ocznego znajdujemy dobrze unaczynione na powierzchni złożgi łącznotkankowe, które pokrywają grubą warstwą siatkówkę, i wydatnie wystają ku etakłu szklistemu. Obraz oka lewego niewiele się różni, nie można tylko w niem dostrzedz świeżych wybroczyn i zmian w naczyniach siatkówki. Ostrość widzenia obecnie jest nieco lepsza: okiem prawem liczy palce w odległości niepełna 1 mtr., lewem liczy palce mimoosnie tuż przed okiem.

Obrady: Szwarec do określenia rozpoznania przypadku pokazanego dodałby »cystodes«, gdyż widać na dnie torbiele drobne. Bein podkreśla, E. miał możność obserwowania stopniowych przejść z krwotoków do tkanki łącznej.

W. Kamocki pokazuje chorego, któremu po cięciu w twardówce usunięto zapomocą elektromagnesu olbrzymiego ciało obce (stal), które tkwiło w ciałku szklistem. Ułatwieniem przy wykonaniu tego zabiegu były zdjęcia roentgenograficzne, które pozwoliły dokładnie określić umiejscowienie, gdyż, aczkolwiek rana wejściowa była w twardówce, lecz znajdujący się w polu źrenicznym wysięk krwawo-ropny nie pozwolił na określenie umiejscowienia zapomocą wziernika. Gojenie było prawidłowe z wynikiem pomyslnym.

Rothert i St. Kopczyński pokazali przypadek zaburzeń wzrokowych w przebiegu **dystrophiae adiposo-genitalis**, Chory lat 33, od 3 lat żonaty, szewc, przed 5 laty zaczął doznawać przejściowych bólów głowy i zauważył, że włosy mu wypadają na brodzie i w wąsach, że stracił popęd płciowy (impotentia coeundi completa), że ciało mu »rzednie« i »puchnie«, że gorzej widzi zwłaszcza okiem prawem.

Jesienią roku 1912-go leżał w szpitalu w Piotrkowie na ogólne niedomaganie. Już wówczas badanie wzroku (Rothert) wykazało: ostrość widzenia w oku prawem = 0, w oku lewym = 0,1; zanik zwyczajny obu nerwów wzrokowych; tarcze szare ostro ograniczone, zlekka wydrażone, naczynia bez zmian; lewa tarcza prawie nie różni się od prawej; pole widzenia oka lewego — typowe widzenie połowiczne skroniowe (*hemianopsia temporalis*) z granicą ściśle pionową; punkt wpatrywania się (*fixatio*) zachowany. W ciągu paru miesięcy następnych stan wzroku pozostał bez zmiany. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Mocz nie zawiera białka ani cukru; ciężar moczu — prawidłowy. Krew (Knappe) wyraźnych zmian jakościowych nie wykazuje i pomimo wydatnej bladeści cery zawiera hemoglobiny 95%. Brak wąsów i niemal zupełny brak uwłosienia na brodzie, bardzo skąpe uwłosienie w okolicy rodnej (na kości łonowej i w okolicy prącia), zato zwiększona

ilość tłuszczu podskórnego (typ kobiecy); jądra stosownie do wzrostu chorego nieco mniejsze; obie kiście nieco zwiększone i tłuste; podbródek wyraźnie zakreślony; gruczoł tarczowy nie powiększony; sfera czuciowa, ruchowa, odruchowa są prawidłowe. Sposób myślenia i wysławiania się prawidłowy. Badanie promieniami Röntgena wykazało wyraźne pogłębienie siodła tureckiego, grzbiet siodła — obniżony. Mówcy rozpoznają cierpienie przysadki, a jako objaw współrzędny niedorozwój jąder i objawy z jednej strony *dystrophiae adiposo-genitalis* (bujny rozwój tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w okolicy części rodnych, zanik jąder, zanik uwłosienia i zanik zdolności płciowej), a z drugiej strony objawy ze strony nerwów wzrokowych, wywołane przypuszczalnie uciskiem na miejsce skrzyżowania tychże nerwów z przewagą ucisku na prawą część skrzyżowania i na prawy nerw oczny z jednoczesnym zajęciem włókien, idących do wewnętrznej strony lewej siatkówki. Ucisk na włókna nerwów wzrokowych wywołał ich zanik prosty (*atrophia simplex descendens*).

Przypadek pokazany przekonywa nas, że nie tylko widzenie połowiczne skroniowe jest objawem cierpienia skrzyżowania nerwów wzrokowych, a różne odmiany widzenia połowicznego, jak w przypadku pokazanym n. p. w połączeniu ze ślepotą oka drugiego. Kocyński powołuje się na pokazany w roku zeszłym analogiczny przypadek chłopca 18-letniego, dotkniętego cierpieniem przysadki i stanem dziecięcym z podobnymi objawami wzrokowymi.

Obrady: Endelman zaznacza, że w początku zawsze zjawia się widzenie połowiczne skroniowe, i dopiero później, gdy guz rozrasta, następują różne inne powikłania. Kocyński odpowiada, że istnienie poprzednio u chorego widzenia połowicznego skroniowego nie jest wykluczone i że istotnie u chorego spotykamy pewną mieszaninę wzmożonego i ograniczonego działania przysadki, t. j. mieszaninę objawów akromegalicznych z objawami *dystrophiae adiposogenitalis*.

Br. Ziemiński. **Przypadek zwichnięcia soczewki pod spojówkę gałki.** Zwichnięcie soczewki pod spojówkę wynika z urazu, wywołującego pęknięcie twardówki, które zazwyczaj powstaje wskutek działania siły tępej (np. ugodzenie rogiem krowim, ugodzenie kamieniem, drewnem, kluczem). Pęknięcie zwykle zachodzi u granicy rogówki, rzadko kiedy opodal; najczęściej się zdarza ze strony wewnętrznej, o 2—3 mm. od rąbka spojówki w przestrzeni, która oddziela przyczep mięśnia prostego wewnętrznego i m. pr. górnego; rana zwykle tkwi przed przyczepem mięśni prostych, wynika to z budowy oka, mianowicie, grubość twardówki



wynosi w okolicy nerwu wzrokowego średnio 1 mm., w sąsiedztwie rogówki 0,6 mm., części pośrednio położonych i w przestrzeniach między mięśniami prostymi 0,4—0,5 mm., wreszcie w okolicach, odpowiadających ścięgnom tych mięśni 0,3 mm. (Rogówka dlatego często pozostaje nienaruszona, że jej grubość wynosi 0,8 mm. po środku, a 1 mm. w obwodzie). Przy pęknięciu twardówki soczewka nigdy nie ulega zwicnięciu do komory przedniej, wyjątkowo pozostaje w ciałku szklistem lub więźnie w ranie twardówki i może rozdziawiać brzegi rany; nieraz, gdy zarazem spojówka zostaje rozdarta, soczewka może zupełnie się wysunąć z gałki ocznej; najczęściej soczewka występuje — przeważnie w całości, w torebce — przez ranę w twardówce pod spojówkę i w obu razach wynika bezsoczewkowość oka (aphakia). Bardzo rzadko się zdarza pęknięcie twardówki dalej ku tyłowi i zwicnięcie soczewki do przestworu Tenona. Zwicnięcie soczewki pod spojówkę — wyjątkowo może utkwic aż w załamku — najczęściej zachodzi ku górze, ku wewnątrz (w stronę nosa), ku okolicy górnowewnętrznej, ku zewnątrz (ku skroni), nigdy ku dołowi; częściej następuje oku prawem.

Gdy wybroczyła się wessała, a obraz się nie powikłał przez następcze sprawy zapalne, widzimy półkuliste, żółtawo przeświecające wygórowanie spojówki gałki poza brzegiem rogówki; ta wyniosłość zwykle jest spojona ze śluzówką gałki i z twardówką tak, że trudno daje się przesuwać lub jest nieprzesuwalna. Zwicnięcie soczewki pod spojówkę lub całkowite wydalenie urazowe soczewki z gałki zazwyczaj się wikła przez wylew obfity krwi do wnętrza oka (*Haemophthalmus*), przez utratę ciałka szklanego, tudzież przez częściowe lub całkowite oderwanie tęczówki — przy zmiążdżeniu gałki może wypaść nawet i naczyniówka i tęczówka. Najczęściej też wynika trwałe b. znaczne upośledzenie wzroku. Zwykle z powodu wylewu obfitego, a czasem i zaćmienia urazowego rogówki, nie można ocenić stanu wnętrza oka. Gdy wraz z soczewką ciałko szkliste i krew wystąpiła pod spojówkę, rozpoznanie zwicnięcia soczewki pod śluzówkę gałki z początku może być trudne, gdyż wtedy duży wał spojówki gałki zasłania obraz. Soczewka, tkwiąca pod spojówką, może pozostawać bez zmiany przez szereg miesięcy lub lat (nawet więcej niż 20), albo też masy korowe soczewki się zaćmiewają, rozpadają i mogą częściowo czy doszczętnie się wessać, rzadziej następuje zwapnienie soczewki, tak zwicniętej. Zapalenie współczulne może wybuchnąć nawet w braku wszelkich objawów zapalnych w oku uszkodzonym. Tylko leczenie operacyjne jest wskazane: w kilka dni po urazie, gdy pierwsze objawy podrażnienia ucichną, nacina się spojówkę nad soczewką, po znieczuleniu ko-

kainą i przy zachowaniu ścisłych przepisów antyseptyki; soczewkę należy zewsząd swobodnie odłuszczyć, odpreparować, a ranę spojówki zaszyć. Rany twardówki się nie zaszywa — szew wtedy tylko jest niezbędny, gdy zaszło pęknięcie nie tylko twardówki lecz i spojówki z wypadnięciem do rany tkanek głębszych, które ile można, dokładnie się wycina.

Br. Ziemiński pokazuje przypadek niezwykle wydatnego tętnienia tętnic na dnie oczu u 37-letniej Natalii S., dotkniętej jaskrą prostą (*excavatio glaucomatosa papillae n. optici*) przy T + 3, a przy prawidłowym stanie pola widzenia.

---

#### IV. ROZMAITOŚCI.

---

W kursie dla lekarzy, urządzonym staraniem grona prymaryuszy Szpitala powszechnego w Lwowie w czasie od 11—20-go grudnia, wezmą udział w grupie III-ej (okulistyka i otyatria) następujący pp. okuliści: 1) Prof. Dr Machek: Terapia chorób ocznych z demonstracyami. 2) Prof. Dr Bednarski: Rozpoznawanie i leczenie ehorób spojówki i rogówki u dzieci. 3) Dr Toczyski: Leczenie jaglicy lekami, sposobami mechanicznymi i operacyjnymi.

Czesne za udział w kursach z prawem dowolnego wyboru wykładów i bez względu na ilość godzin wynosi 30 kor. Zgłoszenia należy wysyłać najpóźniej do końca listopada r. b. na ręce Dyrekeyi szpitala krajowego we Lwowie. Dyr. Dr Józef Starzewski.

---

#### V. SPRAWY OSOBOWE.

---

Moir Carey Wood mian. prof. okulistyki w nowo utworzonym wydziale medycznym uniwers. Illinois.

Tytułem profesora odznaczeni zostali: Doc. Dr Henryk Gebb w Gryfii i Dr Hermann Wilbrand w Hamburgu.

---

#### VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

---

Dr W. Greene w Dayton, Ohio.

---