

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁA-
BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA
LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRA-
KOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE,
DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KI-
JOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

WYCHODZI z końcem każdego miesiąca w objętości 2 do 3 arkuszy.

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska 1. 15. — Administracya i ekspedycya: Dru-
karnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Czapskich 1. 4 (dawniej ul. Zgoda);
tamże przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor.,
pół str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 15 kor. — W Niemczech 15 mrk. — W Polsce i Rosyi
7 rb. — We Francyi i Belgii 18 franków. — Pojedynczy numer 1.50 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w War-
szawie. Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanow-
skiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Marzec.
Kwiecień.

→ ROCZNIK SZESNASTY. ←

1914.



KRAKÓW.

OZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządkiem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1914.



T r e ś ć.

Str.

I. Prace oryginalne.	
1. Szpary tarczy wzrokowej w postaci dziur. R. dw. Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz.	33
2. Kilka słów w sprawie leczenia zatoru tętnicy środkowej siatkówki. R. dw. Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz.	36
3. Plexus chorioideus ophthalmicus. Doc. Akad. lek. Kazimierz Noiszewski	40
II. Streszczenia.	45
III. Z Towarzystw	64
IV. Dział pytań i odpowiedzi	77
V. Rozmaitości	78
VI. Sprawy osobowe	78
VII. Kronika żałobna	78
Ogłoszenia.	



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Marzec.
Kwiecień.

—*— ROCZNIK SZESNASTY. —*—

1914.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. Klin. okul. Uniw. Jag. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicza.

Szparey tarczy wzrokowej w postaci dziur.

Podał

PROF. WICHERKIEWICZ BOLESŁAW.

W Towarzystwie okulistycznym wiedeńskim przedstawił dn. 16/10 1908 H. Lauber odnośny do zaznaczonego w nagłówku przypadek, w którym obok prawidłowej bystrości wzrokowej można było stwierdzić przyśrodkowe scotoma ponad punktem wzornym, gdy dotychczas w podobnych przypadkach takich braków w polu widzenia nie stwierdzono lub nie umiano oznaczać. Nie wiele co później tenże Lauber w tem samem towarzystwie przedstawiał drugi przypadek z dziurką w nerwie wzrokowym jednego oka u pacjentki, która miała i prawidłowy wzrok i prawidłowe pole widzenia na temże oku, pokazał model zrobiony na podstawie podobnego przy-

padku anatomicznie zbadanego. Model wykazywał, że rozchodzi się w danych razach o przybrzeżną dziurę posiadającą własną pochewkę opony naczyniowej łączącą się ze zgrubiałą błoną sitową, włłobienie i tarcz nerwu wzrokowego posiadały wspólną oponę twardą. We włłobieniu stwierdzono tkankę glijową ze szczątkowemi pozostałościami warstwy ziarnistej siatkówki.

Okoliczności zrządziły, że w tym samym roku, tylko wcześniej jak Lauber, miałem sam sposobność podobny spostrzegać przypadek, a że go niewątpliwie zaliczyć jeszcze należy do mniej znanych, nie mogąc się doczekać innych liczniejszych, pragnę podzielić się z czytelnikami choć tem jednym spostrzeżeniem.

Dn. 8/1 1908 r. D. Sara, l. 28, zgłasza się do kliniki z powodu zaćmienia lewego oka, trwającego od dwóch miesięcy. Poprzednio ani na oczy, ani w ogóle nigdy nie chorowała — 3 dzieci, 1 poronienie w 4. miesiącu ciąży — karmiła po 11 miesięcy. Wpro=6/6 Hp. O. 25 Sn. O. 5 W1 O=6/18 Hp. 1. 25 Sn. O. 5 niewyraźnie.

Znalazłem, co następuje: Prawe oko prawidłowe, a tylko przy tarczy od skroni ciemny punkt pigmentu. Lewe oko: drobnopłytkowe zaćmienie ciała szklonego. Granice tarczy przedstawiające się w postaci owalu ukośnie ułożonego w zewn. dolnej części szerszej są ścisłe. Zewnętrzna część tarczy bledsza. W tej szerszej skroniowo dolnej części wyróżnia się barwą szarą okrągłe miejsce, zajmujące może $\frac{1}{4}$ całej powierzchni tarczy. Przy paralaktycznem przesuwaniu soczewki stwierdzamy to zagłębienie, a badając tarcz w prostym obrazie, można nie tylko lepiej zagłębienie rozpoznać ale i stopień zagłębienia wynoszący około 9 D. a zatem 3 mm. oznaczyć. Jest ono lejkowate, o brzegach ścisłych, dołem zewnątrz łączących się z brzegiem tarczy wzgl. z kanałem skleralnym. Włłobienie to nieco ukośnie ułożone, w samej macula lekkie punkcikowate zmętnienie (Retinitis centralis). Wzrok tego oka wynosił 6/18 Hp. 1 D. Sn. o. 5 z trudnością, gdyż litery przedstawiają się jakby poszarpane.

Pole widzenia dla białego przedmiotu nieco ograniczone, dla zielonej a także czerwonej barwy dość znacznie w porównaniu do drugiego oka ograniczone. Natomiast skotoma nie znaleziono ani środkowego ani przyśrodkowego; także i plama Mariotta nie przedstawiała się powiększoną, lubo nie mógłbym zapewnić, czy badający ściśle ten moment przy badaniu uwzględnił.

Nie będę wchodził tutaj w szczegóły leczenia objawów ocznych, dla których chora zasięgała rady, gdy to nie należy do badania, jakie sobie stawiłem zabierając się do niniejszego ogłoszenia, a jedynie stwierdziłem okolicznościowo ten niezwykle obraz tarczy, który się w dalszym przebiegu nie mógł zmieniać i nie zmieniał.

W rozpoznaniu różniczkowem możnaby myśleć o zagłębieniu tarczy jaskrowem, przeciw czemu jednak przemawia z jednej strony to, iż włóbień obejmowało tylko część tarczy pozbawioną naczyń, gdy dalsza jej część przedstawiała się prawidłową zupełnie — a z drugiej, iż napięcie gałki nie było podwyższone. Dalej mogłoby nasuwać się przypuszczenie torbieli, ale pomijając, iż takowe nie są znane w nerwie wzrokowym to i wziernik żadnych do takiego przypuszczenia nie dawał podstaw.

Włóbień więc trzeba raczej uważać jako małą szparę przyrodzoną lubo postać tej szpary niezwykłą.

Wiadomo bowiem, iż szpary przyrodzone pojawiają się w trzech postaciach. Jedna odznacza się tem, że dolna część tarczy jest najgłębsza a naczynia występują blisko tego brzegu. W innych przypadkach naczynia występują w samym środku tarczy pozornie powiększonej włóbień, a w trzecim rodzaju włóbień lejkowate albo bańkowate zajmuje środek tarczy, naczynia zaś już w swych odnogach na brzegu tego zagłębienia pojawiają się.

W naszym przypadku część tarczy zawierająca naczynia środkowe w żadnym do zagłębienia nie stoi stosunku, nawet makularne niejako okalając zagłębienie dążą do swego celu.

Słuszną jest uwaga Laubera, że tym dziurom tarczy trzeba

czynnościowe przypisać znaczenie, gdyż tak on jak i Stood stwierdzili przyśrodkowe ubytki w polu widzenia odpowiadające ograniczonemu ubytkowi włókien nerwowych w siatkówce.



Kilka słów w sprawie leczenia zatoru tętnicy środkowej siatkówki.

Podał

Prof. WICHERKIEWICZ BOLESŁAW.

Jeżeli kiedy pośpiech i celowe leczenie może okazać się skutecznem, to w powyżej właśnie oznaczonej przypadłości, która niestety często przez dotkniętych nią jest niedocenianą, a przez lekarzy bywa uważana za bezwzględnie niepomyślną co do rokowania. A jednak probować leczyć można i trzeba.

Zanim przychodzi do zupełnego zaczopowania środkowej tętnicy lub jej odnóg, zator przesuając się w świetle naczynia szerszego zwłaszcza tętnicy ocznej przemijające wywołuje objawy wzrokowe, a że one czasowo mniej lub więcej mijają zanim zator dostawszy się w ciaśniejsze miejsce już tam pozostaje unieruchomiony, chory nie zaraz udaje się do lekarza mniemając, iż i to zupełne, z tem połączone, zaciemnienie oka również znowu minie. Ztąd trudność dla lekarza, gdy nie dość wcześnie podjąć może zabiegi, które choć słabe dają widoki przywrócenia bodaj części wzroku.

Mauthner sądził, że przez podniesienie napięcia wśródocznego np. uciskiem za pomocą palca, możnaby zator dość świeży, sięgający tylną swą częścią w tętnicę oczną, z tętnicy środkowej przesunąć do tętnicy ocznej, co jednak chyba bardzo tylko wyjątkowem bywa zdarzeniem, jeżeli go wogóle jako wynik postępowania zastosowanego w danym przypadku przez Mauthnera uważać się godzi.

Natomiast daleko prawdopodobniejszem musi się przed-

stawiać tegoż przypuszczenie, praktyką potwierdzone, iż przez nagłe obniżenie ucisku wśródocznego do zera siła krążenia porwie ze sobą zator i zapędzi go w odnogę środkowej tętnicy, z tej odnogi do innej drugorzędnej a nawet trzeciorzędnej, by za sobą wolny stworzyć przepływ krwi a tem samem, by utrudnione odżywienie siatkówki znieść choćby częściowo.

Przed niedawnym czasem Prof. Klein podał z oddziału ocznego wiedeńskiej ogólnej politechniki wyniki swych pod tym względem doświadczeń i chwali wyniki sklerotomii (Wiener med. Wochenschrift Nr. 19, 1912).

To daje mi powód, że choć w kilku słowach zaznaczę własny sposób postępowania w przypadkach zatoru środkowej tętnicy, stosowany od szeregu lat.

Przedewszystkiem staram się obniżyć napięcie wśródoczne, już to przez zapuszczanie kokainy 2% i pilok. 1/2% już to i przedewszystkiem przez nakłucie rogówki na samym obwodzie dołem i ponowne co dzień powtarzające się otwieranie ranki sztylecikiem. Nadto wkładam do worka spojówkowego coraz silniejszą maść dioninową w następującym składzie: np. Dionini o. 25, Natr. jodati o. 15, Cocaini mur. o. 1, Vas. Lan. aa 2.5. W przypadkach osłabionego działania serca, przy wadach sercowych digalen wzgl. strophantus, by wzmocnić fale krwi dla dalszego przesunięcia zatoru. W ostatnich latach stosowałem nadto zastrzykiwania fibrolysiny w przypadkach, które stwierdziliśmy jako wolne od ukrytej gruźlicy (Moro, Pirquet).

Kazuistyka zatoru środkowej żyły obfituje w materiały bardzo nieliczny, tak, że nie chciałbym zbyt daleko idących wysnuwać wniosków z wyników leczenia; to jednak pewne, że o ile przypadki nie były zbyt zadawnione, udawało się choć część wzroku chorym przywrócić. Nigdy jednak, to wyznać muszę szczerze, nie udało mi się osiągnąć bystrości wzrokowej 15/50, jaką miał Klein w jednym przypadku otrzymać, co prawda dość świeżym, bo 26 godz. pò wystąpieniu objawów. Z drugiej jednak strony nie mogę potwierdzić również i tego, by wzrok raz przywrócony miał później znowu zanikać. Nie

dalej jak w lutym b. r. miałem sposobność widzieć pacyenta, którego dwa lata poprzednio w powyższy leczyłem sposób i to ze skutkiem, który nietylko utrzymał się, ale może nawet nieco podniósł się jeszcze. Jako pouczający przypadek pozwolę go sobie w krótkości przytoczyć:

Obywatel ziemski p. S. 64 l. z Król. Pols. zjawił się u mnie w dniu 19/1 1912 podając co następuje: W młodym wieku chorował na prawe oko, poczem pozostały plamki rogówkowe, znacznie mu wzrok obniżające (10/18). Przed 4 dniami nagle zaniewidział po poprzedzającym iskrzeniu się, na lewe oko. W1o = ruchy ręki. Oft: tarcz zamglona, otoczenie jej nabrzmiąte a w żółtej plamce znamienne zabarwienie. Tętnice zaledwo widzialne. Żrenica tego oka wprost na światło nieruchoma, a tylko pośrednio ze źrenicą prawego oka. Wogóle typowy obraz zatoru środkowej tętnicy.

Wykonałem natychmiast punkcję poprzednio zastosowawszy do oka p e k¹⁾). Już nazajutrz oko to rozpoznaje palce bezpośrednio. Ciecz wodną wypuszczano co dzień przez otwarcie ranki sztylecikiem a wieczorem zastosowano dioninę. Nadto zastrzykiwano fibrolysinę w musculus deltoides.

Dn. 22/1 zapisałem: obrzęk siatkówki słabszy, tętnice stają się widoczniesze zwłaszcza nasal's inferior. W1o = palce 2 m. górą zewnątrz. W dniach następnych obraz wziernikowy więcej jeszcze korzystnie się zmieniał, a wzrok poprawiał, tak że 27/1 chory już palce na 3 m. rozpoznaje. Oft: tarcz lepiej ograniczona, obrzęk siatkówki prawie znikł, art. temp. inferior przedstawia cienkie białe pasemko. Pole widzenia górą zewnątrz przedstawia przestrzeń nieregularną około 50° 30'—40° ogarniając plamę Mariotta, a niedosięgając miejsca wziernego — punctum fixum. Dn. 27/1 chory wraca do siebie z poleceniem, by lekarz domowy stosował jeszcze kilka zastrzyknięć fibrolysyny. Gdy 11/3 chory znowu się przedstawił, stwierdzam dalszą poprawę. W. 1o = palce 6 m., pole nieco szersze, ale

¹⁾ Pilokarpina, Eseryna, Kokaina.

nie dosięga punktu wziernego. Oft: tarcz szarawa, art. cienkie, ale prawie niewidoczna tylko temp. inferior.

Gdy chory ostatnio 12/2 b. r. się przedstawił, wzrok nie był zmienionym. W przypadku tym zator przesunął się z tętnicy środkowej do temp. inferior a, że skutek postępowania leczniczego nie był lepszym jeszcze, to już wina względnego przedawnienia. —

Otóż podobne wyniki do tych, jakie osiągnąłem w powyższym przypadku miewałem w mej praktyce dość często, jeżeli tylko chorzy nie zbyt późno się zgłaszali; zaznaczam jednak ponownie, że podobnych do przypadku prof. Kleina nigdy nie osiągałem wyników, t. j. 15/50 bystrości wzrokowej, ale też moje przypadki daleko później aniżeli po 26 godzinach leczeniu poddawały się.

Nie doświadczałem też nigdy tego, by raz przywrócony wzrok miał później, jak to Klein twierdzi, znowu obniżyć się. Co do sklerotomii, tak bardzo przez Kleina zachwalanej, to nie rozumiem, jakąby ona miała mieć wyższość nad zwykłą paracentezą. Ale i Klein sam później zmienił sklerotomię Wecckerowską na »sklerotomię«, która nie jest niczem innym jak paracentezą na granicy rogówko-twardówkowej. Właśnie ten zabieg zdaje mi się odpowiedniejszym, najprzód dla tego, iż prostszym, a co ważniejsza, iż wedle potrzeby odpływ cieczy można dowolnie często powtarzać przez proste otwieranie ranki sztylcikiem.

Wobec tego, iż zatory najczęściej zdarzają się u ludzi wiekowych ze zmianami twardówki prowadzącymi do stwardnienia tejże, zmianami prowadzącymi niejednokrotnie w następstwie do zwężenia kanału twardówkowego nerwu wzrokowego, nasuwa się myśl, czy moja sclerotomia cruciata multiplex w tylnej części twardówki obniżając, wedle mego doświadczenia, bardzo znacznie i trwale ciśnienie wśródoczne, a przedewszystkiem zwalniając ucisk na zawartość owego kanału, nie byłaby w pierwszej linii jako zabieg operacyjny wskazaną przeciw zatorowi tętnicy środkowej i to wtenczas, gdy ucisk palcem spo-

sobem Mauthnera dokonany na gałkę, zatoru ku tyłowi do tętnicy ocznej nie cofa.

We wielu przypadkach jaskry prostej, którą od szeregu lat z wielkim śledzę zajęciem, spotykam zacieśnienie kanału tego, klinicznie objawiające się całkowitym lub częściowym zastojem tarczy, który to zastój zmniejsza się lub znika nawet po wykonaniu mojej sklerotomii. Łatwo, sądzę, zrozumieć, że w pewnych odpowiednich przypadkach zwolnienie takiego zastojem w razie zatoru środkowej tętnicy powinno ułatwić popchnięcie go prądem krwi w dalsze odnogi. Nie miałem sposobności wypróbować mego zabiegu w tym kierunku, ale wiele po nim obiecywałbym sobie jednak na podstawie powyższych refleksyi i opierając się na bardzo już rozległym doświadczeniu z tym zabiegiem zrobionem.

To właśnie skłoniło mnie do napisania powyższych uwag, by zachęcić Kolegów do wykonania w przypadkach zatoru tętnicy środkowej mego zabiegu, stosowanego z wybitnym skutkiem przedewszystkiem przeciw jaskrze prostej, mającego nadto wiele innych wskazań, o czem na innem miejscu.

Plexus chorioideus ophthalmicus.

Podał

Doc. Akad. lek. KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Według Boucheron'a¹⁾, Treacher' — Collins'a²⁾, Nicati³⁾ corpus ciliare jest gruczołem wydzielającym ciecz do przedniej komórki oka.

¹⁾ Boucheron: Sur l'épithélium aquipare et vitripare des procès cil., étude anat. et pathol. Bull. et Mémoire de la Soc. franç. d'ophtalmol. p. 81, 1883.

²⁾ Collins—Treacher: The glands of the ciliary body in human eye. Opht. Trans act. XI, 1891.

³⁾ Nicati: La glande de l'humeur aqueuse, glande des procès cil., au glauque urée. Arch. d'opht. X. p. 481, X. p. 24 1890 —1891.

O wiele słuszniej jednak zaliczyć corpus ciliare nie do gruczołów, ale do splotów naczyńiówkowych w komorach wczaszku (plexus chorioidei ventriculorum encephali). Wiemy, że wyrostki rzęskowe są narządem wydzielającym ciecz, otóż i sploty naczyńiówkowe wczopku według Luschka, tłumacza Raubischek'a, Sicard'a Mott'a, Bergmanna, są narządami wydzielającymi ciecz mózgo-rdzeniową.

Podobnie jak Boucheron, Treacher—Collins, Nicati uważają wyrostki rzęskowe oka jako gruczoł, uważa Cathelin plexus chorioidei encephali jako gruczoły wydzielnicze »glandes choroides«.

Przypatrzmy się bliżej badaniu anatomicznemu corpus ciliare w ogólności i wyrostków rzęskowych w szczególności.

Ciało rzęskowe składa się z mięśnia rzęskowego i wyrostków rzęskowych. Przed zębatym rąbkiem siatkówki naczyniówka zmienia układ swych warstw: warstwa zewnętrzna — mięśniówka złożona jest z włókien mięśniowych, warstwa wewnętrzna — wyrostki rzęskowe w liczbie 70—80 złożona z naczyń. Wyrostki rzęskowe są składkami naczyniówki, długość tych składek jest nierówna: najdłuższe odpowiadają krawędzi soczewki, poza soczewką i przed soczewką stają się stopniowo coraz krótsze i znikają zupełnie przy obwodzie tęczówki. Wyrostki rzęskowe są właściwie kłębkami drobnych naczyń, które okrywają pokład jednowarstwowy wielokątnych komórek barwikowych i błona szklista.

Mięśniowy pierścień obejmuje wyrostki rzęskowe. W przecięciu południkowym ma pierścień postać prostokątnego trójkąta. Wierzchołek trójkąta dotyka brzegu rzęskowego tęczówki i przestworów sączenia z komórki przedniej, a przeciwprostokątnia przylega do wyrostków rzęskowych.

Warstwa nadnaczyniówkowa (lamina suprochorioidea et fusca) oddziela mięśniówkę od twardówki aż do miejsca, gdzie się znajduje przewód żylny Schlemma: w tem zaś miejscu zraść się mocno z twardówką przyczepem (Ligamentum ciliare).

Stąd włókna mięśniówki idą w trzech kierunkach: w południkowym, promienowym i okrężnym.

Największa część zewnętrzna mięśniówki złożona jest z włókien gładkich idących w kierunku południkowym ku naczyńwce. Część środkowa mięśniówki składa się z włókien idących w kierunku promieniowym, a część wewnętrzna czyli mięsień okrężny Müllera z włókien okrężnych i równoległych do obwodu rogówki przylega od przodu do wyrostków rzęskowych.

Zależnie od budowy gałki ocznej, czy jest ona krótko- czy długo-ogniskową zmienia się układ włókien mięśniówki. U krótko-ogniskowców mięśniówka składa się przeważnie z włókien południkowych, a mięsień okrężny Müllera słabo jest rozwinięty.

Przeciwnie u długo-ogniskowców mięsień okrężny Müllera zajmuje przeszło trzecią część mięśniówki, a ilość włókien południkowych jest nieznaczną.

Dwie tętnice rzęskowe długie stronowa i średniowa po przebicu twardówki przebiegają po zewnętrznej powierzchni naczyńwki i wstępują do mięśniówki.

Oprócz tych dwóch wstępują po przebicu twardówki po nad mięśniówką do tej ostatniej rozgałęzienia tętnic rzęskowych przednich.

Z połączenia tętnic rzęskowych długich z tętnicami rzęskowymi przednimi powstaje na powierzchni przedniej ciała rzęskowego tęczęwkowe kółko tętnicze większe (*circulus arteriosus iridis major*), od którego odchodzą tętniczki do wyrostków rzęskowych.

Do każdego wyrostka rzęskowego wstępuje albo osobna tętniczka, albo jedna tętniczka zaopatrywa kilka wyrostków.

Tętniczki w wyrostkach mocno rozgałęziają się tworząc z gęstych sieci naczyń włoskowatych kłębki, kłębki te to wyrostki rzęskowe. Z siatek w tych kłębkach powstają cieniuchne żyły łąkujące ze sobą i tworzące sieci żyłne, z których już po za ciałkiem rzęskowym powstają większe żyły wstępujące do żył naczyńwki.

Zadaniem wyrostków rzęskowych jest czynność wydzielnicza; wskazuje na to niezmierna obfitość naczyń w wyrost-

kach i układ ich cały w występach i zagłębieniach dla powiększenia powierzchni wydzielającej (Leber¹).

Ilość wydzielanej cieczy zależy od różnicy między ciśnieniem w naczyniach wydzielających, a ciśnieniem zewnątrz naczyń. Ciśnienie w naczyniach wydzielających Leber²) oznacza jako równe 50 mm Hg, a więc większe dwa razy od ciśnienia prawidłowego w gałce ocznej.

Przypuszczenie Graefe'go, że pomniejszenie powierzchni tęczówki wycięcie z niej części omylne dla tęczówki jest słuszne ze względu na ciało rzęskowe.

Wycięcie tęczówki sprowadza naprzód przekrwienie i stan zapalny w ciałku rzęskowym, a następnie częściowy zanik wyrostków rzęskowych, mianowicie w miejscu wycięcia tęczówki. Im młodszy jest osobnik, tem zanik ciała rzęskowego i miękkość gałki ocznej są wyraźniejsze.

Dlatego to leczenie ręczne zaćmy u dzieci z wycinaniem tęczówki jest nietylko niepotrzebne, ale i niebezpieczne. Zresztą urazowe oderwanie brzegu rzęskowego tęczówki może sprowadzić miękkość gałki ocznej i u osobników dorosłych.

W uprzednich swych pracach o jaskrze podałem wypadki, w których wycięcie tęczówki i oderwanie tęczówki od jej brzegu rzęskowego sprowadziło miękkość gałki ocznej³).

Wpływ dobroczynny wycinania tęczówki przy jaskrze zapalnej ostrej i przewlekłej tłumaczy się częściowym zanikiem ciała rzęskowego.

Przy jaskrze prostej (glaucoma simplex) wpływ ten jest mały lub żaden, bo jaskry prostej powstanie zależne jest nie od powiększonego ciśnienia w gałce, a od obniżonego ciśnienia w czaszce⁴).

¹) Leber: »Nach Ausreissung der Ciliarfortsätze die Kammerwasserabsänderung völlig aufhört«. Die Cirkulation und Ernährungsverhältnisse des Auges, str. 245. Graefe-Saemisch 2-te Aufl.

²) Leber: l. c. str. 232.

³) Noiszewski: Post. Okul. 12, r. 1912. Wiest. oftal. r. 1913, str. 549.

⁴) Noiszewski: Jaskra. Wykład habilitacyjny na konferencji

Pomiędzy gałką oka, a wczaszkiem (encephalon) jest bardzo wyraźna analogia. Wszak siatkówka jest odsznurowaną częścią mózgu, arteria centralis retinae jest jedną z tych, którym Conheim dał miano arteriae terminales, twardówka jest pochodną twardej opony wczaszku, a chorioidea pochodną piaie matris. Taką analogią zachodzi pomiędzy plexus chorioideus ophthalmicus (processus ciliares), a plexus chorioideus encephali.

Ciśnienie w czaszce tak samo znajduje się w zależności od czynności wydzielniczej plexus chorioidei encephali, jak ciśnienie w gałce ocznej od czynności wydzielniczej wyrostków rzęskowych. Docent Akad. lek. w Petersburgu Stanisław Włodyczko¹⁾ sprawdzając doświadczenia moje obniżaniem ciśnienia w czaszce u psów dla wywołania jaskry prostej wypowiedział przypuszczenie, że pomniejszenie czynności wydzielniczej w plexus chorioidei może być jedną z przyczyn prowadzących obniżenie ciśnienia w czaszce. W miarę postępów w neurologii analogia pomiędzy gałką oczną, a wczaszkiem staje się coraz bardziej uderzająca. Wszak leczenie paliatywne guzów w czaszce trepanacją jest najzupełniej analogiczne do metody Elliot'a²⁾ leczenia ręcznego jaskry. Jest też wielce prawdopodobne, że t. zw. guz wrzekomy wczaszku (pseudotumor encephali) jest analogią jaskry zapalnej. Na posiedzeniu sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warsz. Tow. Lek. w dn. 16 list. 1912 podczas rozpraw nad odczytem Zylberlastówniej o pseudotumor encephali Goldflam³⁾ zauważył, że najprawdopodobniej objawy kliniczne nowotworu wrzekomego są skutkiem zmian chorobowych w plexus chorioidei.

Cesarskiej Wojskowo-lekarskiej Akademii 15 grud. st. st. r. 1908. Postęp okulistyczny r. 1900. Excavatio glaucomatosa et oedema papillae n.-optici. Wiest. Oftal. 1912, Nr. 7, 8. Glaucoma simplex. Post. Okul. 1912.

1) Włodyczko: Russkij Wrocz Nr. 19 r. 1913. Bóle głowy zależne od obniżenia ciśnienia w czaszce.

2) Elliot: A modified instrument for the performance of the operation of simple trephining for the relief of glaucoma. Ophthalmoscope. Vol. X. p. 22. 1912.

3) Goldflam: Neurol. polska str. 220 r. 1913. z. II.

Higier potwierdził rozpoznanie nowotworu wrzekomego, zwrócił przytem uwagę, że ze stanowiska neurologicznego najdziwniejsze są te przypadki pseudotumoris encephali, które przed kilku laty pokazywał jako postaci pokrewne nowotworu wrzekomego z kilkuletnią przerwą pomiędzy pierwszym a drugim i pomiędzy drugim, a trzecim napadem; napady te trwały po kilka miesięcy i naśladowały w najdrobniejszych szczegółach obraz kliniczny ciężko przebiegającego nowotworu wczaszkowego. Oprócz Higiera, jednocześnie z nim i po nim opisali Hoppe, Finkelberg i Nonne.

W przeszłym roku Higier¹⁾ doniósł znowu o przypadku nowotworu wrzekomego wczaszku.

Postacie ponowne nowotworu wrzekomego wczaszku są analogią jaskry przewlekłej.

II. STRESZCZENIA.

V. Graefe's Arch. f. Ophthalm. LXXXVI. 3. 1913. (Ref. Dr. T. Kleczkowski).

Badania nad ciepłotą oka prawidłową i sztucznie podniesioną przy pomocy termopenetracyi. (Untersuchungen über die natürlichen und künstlichen Temperaturverhältnisse am Auge mit Hilfe der Thermopenetration). Krückmann i Telemann (Królewiec).

Rozległe doświadczenia autorów z termopenetracją, przy których ciepłota była mierzona igłą termoelektryczną stwierdziły, że przewodnictwo ciepła tkanek oka zależne jest od ich oporu elektrycznego; zewnętrzne części gałki ocznej do jej wnętrza stoją w stosunku 3:1. Jeżeliby się chciało szybko podnieść ciepłotę wnętrza oka o 2^o, wtedy zewnętrzne otoczki oka uległyby spaleni. Z drugiej strony ciepłota podwyższona wnętrza oka dłużej się utrzymuje, bo zewnętrzne warstwy oka są złymi przewodnikami ciepła. Ogrzewać należy wolno używając słabych prądów elektrycznych.

¹⁾ Higier: Neurol. polsk. str. 642, r. 1912. Pos. Sekcyi neurol.-psych. Warsz. Tow. lek. dn. 20 wrześn. 1912 r.

Ażeby doświadczenia te można było przeprowadzić, musieli autorzy wyszukać przewodnik posiadający tensam opór elektryczny co rogówka. Przewodnikiem takim jest rozczyn soli 1.25^o/_o.

Przypadek Retinitis exsudativa (Coats) zbadany anatomicznie. (Anatomischer Befund in einem Falle von Retinitis exsudativa Coats). E. v. Hippel (Halla).

Badanie anatomiczne przypadku przebiegającego klinicznie pod postacią Retinit. exsudat. wykazało, że pierwotną zmianą nie koniecznie muszą być krwotoki siatkówki (Coats), ale nacieki zapalne w naczyniówce i siatkówce z nieznaney przyczyny.

O dziedzicznym zchorzeniu siatkówki przebiegającym pod postacią odczepienia siatkówki. (Ueber eine unter dem Bilde der Netzhautablösung verlaufende, erbliche Erkrankung der Retina). H. E. Pagenstecher (Strassburg).

Autor podaje rodowód rodziny, w której w linii męskiej występowało dziedziczne odczepienie siatkówki połączone z dalekowzrocznością, zezem zbieżnym i drżeniem gałki ocznej. Co do odczepienia siatkówki jest to spostrzeżenie w dotychczasowej literaturze nowe.

O nabytych plamach barwиковych tylnej ściany rogówki. (Ueber erworbene Pigmentflecke der hinteren Hornhautwand). J. de Graaf (Wiedeń).

Jest faktem znanym, że plamy barwиковe powstające na tylnej powierzchni rogówki w następstwie wytworzenia się przednich zrostów tęczówki, niejednokrotnie zajmują większe miejsce aniżeli poprzednio zajmował dany wzrost. Autor zajął się odpowiedzią na to pytanie i badając odpowiednie przypadki drobnowidowe przekonał się, że objaw ten należy sobie tłumaczyć albo tem, że zrosty mogą uleść przerwaniu, przyczem chromatofory mogą pozostać na powierzchni rogówki, albo też chromatofory znacznie przerastają. Również pochłaniać mogą barwik tęczówki komórki błony Descemeta i same komórki miąższu rogówki.

W sprawie fizjologii i patologii odruchu świetlnego źrenicy. (Zur Physiologie und Pathologie des Lichtreflexes der Pupille) C. Behr (Kilonia).

Badania autora wykazują, że w przypadkach jednostronnej nieruchomości źrenicy przy całkowitem niedowidzeniu, odruch świetlny jej zależny jest głównie od tego, która część siatkówki oka widzącego zostanie podrażnioną przez światło. Jeżeli światło zadra-

żni skroniową część siatkówki oka widzącego, to źrenica niewidzącego zwęża się więcej. Gdy nosowa część siatkówki będzie podrażniona, to źrenica drugiego oka jest szersza aniżeli pierwszego. Odwrotnie zachowuje się źrenica oka widzącego. Taksamo zachowują się źrenice w przypadkach jednostronnej nieruchomości odruchowej i w przypadkach nieruchomości całkowitej. Ze spostrzeżeń tych klinicznych wynika, że drogi nerwowe źreniczne wychodzące ze skroniowej połowy siatkówki kończą się głównie w zakresie jądra źrenicznego leżącego po przeciwnej stronie, włókna zaś nosowej połowy siatkówki działają na jądro po tej samej stronie położone. Wiemy jednak, że w tractus ulegają skrzyżowaniu tylko włókna wychodzące z nosowej połowy siatkówki. Oba te fakty przemawiają zdaniem autora za tem, że włókna nerwowe źreniczne przed wniknięciem do jądra muszą się ośrodkowo znowu krzyżować. Przypuszczenie to zgadza się najzupełniej z dawniej jeszcze przez autora spostrzeganiami zaburzeniami odruchowemi źrenicy w przypadkach połowiczego widzenia w następstwie schorzenia tractus. (Rozszerzenie źrenicy po stronie odpowiadającej schorzałemu tractus). Fakt, że w przypadkach hemianopsia bitemporalis odruch źreniczny tak bezpośredni jak i pośredni jest zachowany, przemawia zdaniem autora, zatem, że włókna źreniczne wychodzące z plamki żółtej stoją w łączności z oboma jądrami ośrodkowemi źrenicy. W przypadkach odruchowej nieruchomości źrenicy przychodzi niejednokrotnie do zaniku tkanki tęczówki (z powodu naciągnięcia tęczówki) i do heterochromii. W wyjątkowych przypadkach nieruchomość źrenicy odruchowa jest wrodzona.

Kliniczne przyczynki do degeneratio circinnata retinae (Retinitis circinnata Fuchs) z szczególnem uwzględnieniem nietypowych postaci tego obrazu klinicznego. (Klinische Beiträge zur Degen. circin. retin. (Retin. circin. Fuchs) mit besonderer Berücksichtigung der atypischen Formen des Krankheitsbildes) O. Heinrich i A. Harms (Tybinga).

Na podstawie własnych przypadków i przypadków innych autorów dzielą autorzy retin. circin. o postaci klinicznej typowej i nietypowej. 40 przypadków (3 własne) typowej, jednostronnej retinit. circin. dają się podzielić na przypadki z zajęciem plamki żółtej i zupełnym lub niezupełnym kręgiem płameczek częściowo się ze sobą zlewających na około niej (37 przyp.) i przypadki oprócz tego z t. zw. na obwodzie leżącemi kręgami bocznymi. W nietypowych jednostronnych przypadkach (17 przyp. z tych 2 własne) brak jest zmian w pl. żółtej. Obustronne schorzenie to zostało opisane w 23 przyp. Z tych w 14 przyp. zmiany były

typowe, a w 9 nietypowe. W 75% przypadków wykazać było można schorzenia narządu krwionośnego.

Doświadczalne badania nad przerzutem drogą krwi wraz z uwagami nad histologią doświadczalnego przerzutowego zapalenia śródgałkowego. (Experimentelle Untersuchungen über die hämatogene Metastase nebst Bemerkungen über die Histologie der experimentellen metastatischen Ophthalmie) A. Rados (Fryburg w Br.).

U zwierząt zakażonych śródźylnie *b. pyocyaneus* β w cieczy p. komory i w ciałku szklistem nie można wykazać tych drobnoustrojów. Bakterye te przechodziły do p. komory i c. szklistego dopiero po punkcyi p. komory; obecność ich we wnętrzu oka wywoływała zmiany kliniczne. dające się potem potwierdzić badaniem drobnowidowem. Samoistnie tylko wyjątkowo *b. pyocyanes* β przechodzi do wnętrza oka — częściej przechodzi po przecięciu jednostronnem n. sympathici. Badania drobnowidowe wykazały, że pierwotne zmiany (ropne zapalenie) mogą się znajdować albo w naczyniówce albo w siatkówce; czasem jedyną zmianą jest zapalenie tęczówki natury ropno-plastycznej. Zawsze charakterystycznymi były zmiany w małych naczyniach żylnych polegające na powstaniu endophlebitis, periphlebitis i zakrzepów.

Przyczynki do nauki o ciśnieniu śródocznem i jaskrze. (Beiträge zur Lehre vom Augendruck und vom Glaukom). L. Ruben (Heidelberg).

Punktem wyjścia doświadczeń R. była hipoteza Fischera, według której jaskra powstaje z przyczyn fizyczno-chemicznych, a mianowicie polega na obrzęku tkanek oka. Istotą obrzęku według Fischera jest obrzęk substancyj kolloidalnych danej tkanki spowodowany wzmożonem powinowactwem tych substancyj do wody w pewnych stanach chorobowych, a to szczególnie przy zaburzeniach w krążeniu. Ruben robił doświadczenia z płynami powodującymi obrzęk gałki ocznej i z płynami dopuszczającymi do powstania obrzęku. Pierwsze działania wykazywały rozczyyny kwasu solnego w różnem zagęszczeniu, drugie rozczyuny soli kuchennej i cytrynianu sodu. Gałki oczne wyjęte, leżące w rozczyinach HCl ulegały obrzękowi, w czem główny udział brała rogówka i twardówka. Ciałko szkliste zmianom nie ulegało. Równocześnie z obrzękiem cała gałka jak również poszczególne części składowe, przybierały na wadze. Najsilniej działał HCl $\frac{1}{100}$ n. Dalsze badania (tonometrem Schiötza) wykazały, że w miarę powstawania obrzęku wzrasta również ciśnienie śródoczne. Wzrost jednak ciśnienia śródocznego i ciężaru nie

idą równolegle do siebie. W słabych rozczyinach ciężar względnie znacznie wzrasta, ciśnienie jednak mało się podnosi, w rozczyynie zaś $\frac{1}{4}$ n. HCl występuje najsilniejsze podniesienie ciśnienia, podczas gdy ciężar nie zmienia się. Szybkość podnoszenia się ciśnienia śródocznego idzie równolegle z czasem, jaki jest potrzebny do powstania obrzęku twardówki i rogówki. Że podniesienie ciśnienia nie jest zależne od obrzęku ciała szklistego dowodzi i to doświadczenie, że wstrzyknięcie do ciała szklistego wszystko jedno, czy HCl czy NCl tylko chwilowo podnosi ciśnienie. Doświadczenia R. wykonane *in vivo* na zwierzętach wykazały, że wstrzyknięcie podspojówkowe 2—3 cm HCl w rozc. $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{50}$ n nie wywoływało podniesienia ciśnienia, choć rozczyiny w gałkach ocznych wyjętych wywoływały znaczne podwyższenie ciśnienia. Znacznie ciśnienie się natomiast podnosiło po wstrzyknięciu podspojówkowym $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{10}$ n HCl; również ten wzrost ciśnienia jest, zdaniem R., wynikiem obrzęku twardówki i rogówki. Sole działały wprost odwrotnie jak kwasy. Badanie drobnowidowe gałki ocznej wyjętej w okresie największego podniesienia ciśnienia śródocznego po wstrzyknięciu podspojówkowym HCl wykazało głównie zmiany w twardówce polegające na jej obrzęku; wewnątrz gałki ocznej nie wykazywało zmian żadnych; nie było zastojów, ani przesięku, również kąta prawidłowy. Po wstrzyknięciu HCl podspojówkowym ciśnienie podniesione utrzymało się zazwyczaj 1—24 godzin; w trzech przypadkach wzmożone ciśnienie utrzymało się przez 2—5 miesięcy. Przyczyną tak długo utrzymującego się wzmożenia ciśnienia śródocznego są nie tylko zmiany następowe obrzękowej twardówki polegające na jej zwyrodnieniu i kurczeniu, ale również zastój krwi i przesięk z naczyniówki (odczepienie siatkówki). W późnych okresach wzmożonego ciśnienia przychodzi do bliznowatych zmian twardówki i tkanki nadtwardówkowej (*episclera*) i do lekkiego zaciśnięcia kąta komorowego. Nerw wzrokowy wykazywał charakterystyczne kawerny Schnabla. Prócz powyższych badań zastanawiał się R. nad wpływami osmozy mogącej mieć znaczenie dla powstawania jaskry. Doświadczenia w tym kierunku przeprowadzone wykazały, że wstrzyknięcie do p. komory rozczyinów hipertonicznych NCl prowadzi do podwyższenia ciśnienia, hypotonicznych zaś do obniżenia jego.

O wartościach granicznych zdolności określenia głębokości przy badaniu stereoskoptometrem Pfalz'a. (Ueber die Grenzwerte des Tiefenschätzungsvermögens bei der Untersuchung mit dem Pfalz'schen Stereoskoptometer) E. Schweitzer (Strassburg).

Badanie stereoskoptometrem Pfalza, wykazało że ludzie z prawidłowym obuocznym widzeniem badani jednocześnie podają daleko

niższe wartości graniczne aniżeli niewyćwiczeni dotychczas ludzie posiadający jednooczne widzenie. Ponieważ przy pierwszym badaniu różni ludzie jednoocznymi rozmaicie podają przy badaniu przyrządem Pfalza, więc zdaniem S. niema żadnych danych do określenia, jakie są prawidłowe wartości graniczne u ludzi, którzy od niedawna są jednoocznymi. Badając wielokrotnie przyrządem Pfalza tesame osoby przekonał się S., że u niektórych osób wartości graniczne nie zmieniają się, u innych w miarę badania wartości te zmniejszają się. Daleko lepiej podają badani po przyzwyczajeniu się do przyrządu. Niektóre osoby, które od wielu lat używają tylko jednego oka podają przy badaniu przyrządem Pfalza zupełnie dobrze.

Zaczopowanie środkowej żyły siatkówki. Przegląd 36 przypadków badanych patologo-anatomicznie, (Der Verschluss der Zentralvene der Retina. Eine Uebersicht über 36 pathologisch-anatomisch untersuchte Fälle). G. Coats.

Prawie wszystkie przypadki zaczopowania środkowej żyły siatkówki spowodowane są prawdopodobnie zakrzepem. Drobnowidowo skrzeplina przedstawia się albo jako bezpostaciowa jednolita masa albo w skrzeplinę wrastają fibroplasty lub bujający śródbłonek. Zasadnicza przyczyna wytwarzania się skrzepliny jest zwolnienie krążenia w następstwie miażdżycy naczyń, a głównie endarteriitis tętnicy środkowej. U ludzi młodych przyczyną skrzepliny może być pierwotne zapalne schorzenie ściany naczyniowej, w wywiadach wtedy niejednokrotnie dowiedzieć się można o przymiocie lub przebytej grypie i t. d. Miejsce zaczopowania zwykle leży w bliskości blaszki sitowej. Żyła ponad zaczopowaniem jest tylko rzadko pusta, albowiem prąd krwi zostaje przywrócony przez wytworzenie się krążenia obocznego lub przez powstanie drożnych kanałów w zakresie skrzepliny. Naczynia siatkówki nie pozostają bez zmian, spostrzegają w nich bowiem autor zgrubienia tkankołączne ścian, zwyrodnienie szkliste, bujanie śródbłonna, nacieki zapalne ścian naczyniowych, zakrzepy i miejscowe rozszerzenia naczyń. Zmiany w naczyniach siatkówki są częściowo pierwotnymi (naczynia tętnicze), częściowo wtórnymi (żyły). System naczyniowy rzęskowy jest rzadko zajęty. Jaskra występująca często w następstwie zaczopowania środkowej żyły siatkówki nie jest jaskrą pierwotną. Często powstają nowe naczynia na powierzchni tęczówki, gdzie również drobnowidowo spostrzegać się dają zmiany zapalne. Jaskra w tych wypadkach jest następstwem zamknięcia dróg odpływowych p. komory. W niektórych przypadkach, choć wyjątkowo, jest odwrotnie: zakrzep może być następstwem jaskry.

Ophthalmology. 1913. Vol. X. Nr. 2. (Ref. K. W. Majewski).

Miąsżzowe zapalenie rogówki w praktyce okulistycznej. (Interstitial Keratitis in Ophthalmic Practice). Santos Fernandez. Havana.

Autor na podstawie własnych spostrzeżeń wypowiada poglądy na etyologię, patogenezę, przebieg, rokowanie i leczenie miąsżzowego zapalenia rogówki. Poglądy te niewiele się różnią od tych, jakie przeczytać można w każdym podręczniku okulistycznym. Wbrew utartemu przekonaniu, że *keratitis parenchymatosa*, jest przeważnie chorobą wieku młodocianego utrzymuje autor, że nierzadziej występuje ona u ludzi dorosłych, spotykał ją bowiem nader często u osób powyżej lat 30. Szczególny nacisk kładzie na potrzebę długotrwałego leczenia ogólnego po zupełnem usunięciu sprawy zapalnej w rogówce, a to celem zapobieżenia nawrotom. Leczenie to ma być swoiste nawet, jeżeli odczyn Wassermanna z dodatniego już stał się ujemnym. Tam, gdzie tło luetyczne jest wykluczone, wskazane są *roborantia*.

Nowsze operacje przeciw ostrej i przewlekłej jaskrze. (The Newer Operations for Acute and Chronic Glaucoma). Webster Fox. Filadelfia.

Autor podnosi fakt dziś już powszechnie uznany, że skuteczność klasycznej irydektomii ogranicza się właściwie tylko do przypadków jaskry ostrej i podostrej. W przypadkach jaskry przewlekłej i jaskry prostej, wiadomo powszechnie, że irydektomia zawodzi. Autor podaje przegląd różnych nowoczesnych zabiegów operacyjnych przeznaczonych do leczenia tych właśnie chronicznych postaci jaskry i przechodzi kolejno operacje podane przez Weckera, Herberta, Harmana, Heinego, Lagrange'a, Bettremieux, wreszcie trepanacje Fergus'a i Elliota.

Sklerotomia w kształcie litery T. (The T-Shaped Sclerotomy). Van Lint. Bruksela.

Operację rozpoczyna autor od utworzenia dużego płata spojówkowego. W tym celu przecina spojówkę w koło całej górnej połowy rogówki i podminowuje ją szeroko. Następnie za pomocą nożyka grotowego wykonywa górą cięcie w twardówce w odległości conajmniej 2 mm od granicy rogówko-twardówkowej, równoległe do tejże. Koniec noża przy tak obwodowym cięciu powoduje częstokroć irydodyalizę, którą autor uważa nawet za pożądaną. Od środka łukowatego cięcia twardówkowego robi następnie za pomocą prostych nożyczek drugie cięcie prostopadle ku dołowi, sięgające

na dwa milimetry w obręb rogówki. Postać tej sklerotomii przypomina zatem literę T. Nakoniec zapomocą dwóch nitek przeprowadzonych poprzednio po obu stronach rogówki, ściąga płat spojówkowy silnie ku dołowi tak, że tenże przykrywa ranę operacyjną wraz z całą górną trzecią częścią rogówki. Wiadomo, że van Lint zaleca tak samo wytworzonym płatem spojówkowym zabezpieczać ranę po operacji zaćmy. Płat taki następnie z każdym dniem się podnosi i zazwyczaj przed upływem tygodnia odsłania całą rogówkę.

Tę nową metodę sklerotomii uważa autor nietylko za łatwiejszą do wykonania, ale także za pewniejszą w skutkach od sklerotomii Lagrange'a, jakoteż od trepanacji Elliota, a zaleca ją przede wszystkim w przypadkach jaskry przewlekłej, jakkolwiek i w jaskrze ostrej otrzymywał wyniki równie dobre, jak po irydektomii.

Elektryczność w przemyśle jako przyczyna katarakty.
(Industrial Electricity as a Cause of Cataract). Edward Lauder. Cleveland.

Zetknięcie się z przewodnikami, przez które przepływa prąd elektryczny o wysokiem napięciu, bywa, jak wiadomo, często powodem ciężkich uszkodzeń ciała, a nawet śmierci. Niebezpieczeństwo zależy w tych wypadkach od wielu czynników. W pierwszym rzędzie od różnicy potencjałów, następnie od natężenia prądu, a po części także od tego, czy prąd jest stały, czy przerywany. Niémniej jednak najwyższą granicę siły prądu, którą ustrój ludzki znieść może bezkarnie, dokładnie oznaczyć jest rzeczą równie trudną, jak określić najwyższą nieszkodliwą dawkę jakiegokolwiek trucizny, a nawet tolerancya wobec prądu elektrycznego podlega jeszcze większym różnicom osobniczym niż wobec ciał trujących. Wiele zresztą zależy także od przypadkowych warunków przewodnictwa elektrycznego, w jakich znajduje się skóra, a wogóle powierzchnia ciała w chwili wypadku. Działanie prądu o wysokiem napięciu na oko jest znane, a zwłaszcza wiadomą jest rzeczą, że rażenie prądem, podobnie jak rażenie piorunem, może spowodować zaćmienie soczewki. Autor opisuje spostrzeżenie odnoszące się do młodego człowieka, który niebacznie zbliżył się do transformatora, zmieniającego prąd o 22000 Volt na prąd 1000 Volt i rażony padł nieprzytomny. Badanie wykazało oparzenie trzeciego stopnia skóry powiek. Sparzenia te po długiem leczeniu wygoiły się dobrze, ale w 14 miesięcy po wypadku wzrok zaczął podupadać. Stwierdzono obustronną zaćmę o charakterze postępującym. Autor przytacza z literatury cały szereg analogicznych spostrzeżeń.

Astenopia z powodu zaburzeń równowagi mięśniowej. (Asthenopia of Muscular Imbalance). Howard F. Hansell. Filadelfia.

Gdy się zważy, że prawidłowe ustawienie gałek ocznych zależy od harmonijnego współdziałania aż dwunastu zewnętrznych mięśni ocznych, a zarazem od całego szeregu skojarzeń nerwowych i że w wysokiej mierze zostaje pod wpływem stosunku akomodacyi do konwergencyi, który ze swej strony ulega zaburzeniom przy byle najmniejszej wadzie refrakcyi, to dziwić się nie można, że dokładna ortoforya, jakkolwiek jest wyrazem stosunków prawidłowych, jest równie rzadką, jak idealna emmetropia. Im dokładniejszych używa się sposobów do oznaczania zaburzeń równowagi mięśniowej, tem częściej wykrywa się drobne ale niewątpliwe objawy heteroforyi. Autor przechodzi kolejno mechanizm powstawania różnych postaci heteroforyi, a zwłaszcza zwraca uwagę na zaburzenia mięśniowe występujące w okresie presbyopii. Zdarza się wtedy zarówno ezoforya, jak i egzoforya. Powstawanie pierwszej objaśnia autor tem, że z powodu osłabienia akomodacyi wychodzą z ośrodków nerwu okoruchowego silniejsze bodźce nerwowe do mięśnia rzęskowego, co, jak wiadomo, stanowi pobudkę dla konwergencyi. Na odwrót wyrównanie presbyopii i zastąpienie szkłem wysiłku akomodacyi pozbawia konwergencyę tego naturalnego bodźca i stąd się rodzi egzoforya. Zboczenia w kierunku pionowym nie są zależne od stosunków akomodacyi, natomiast często mają swe źródło w anizotropii. Autor omawia sposoby korekcyi i leczenia różnych postaci heteroforyi.

Nowa operacya plastyczna podwinięcia powiek. (New Plastic Operation for Entropion). Tiffany. Kansas City.

Autor robi cięcie skórne od okolicy punktu łzowego do kącika zewnętrznego dwa milimetry powyżej wolnego brzegu powieki i równoległe do tegoż. Drugie cięcie równoległe do pierwszego i tej samej długości przebiega trzy milimetry ponad pierwszym. Następnie wykonywa cięcie międzyrybkowe rozdzielając powiekę w całej długości na listek skórno-mięsny i chrzęstno-spojówkowy, poczem w listku skórno-mięsnym robi keratotomem dwa otwory jeden w pobliżu skroniowego, drugi w pobliżu nosowego kąta rany. Następnie przepołowiwszy poprzecznem cięciem środkowem wąski pasek skóry odpreparowany na powiecie, przeprowadza obydwa powstałe w ten sposób języczki skórne przez wymienione dwa otwory, wydobywa je na rozcięty brzeg powieki i zeszywa końcami w środku nitką catgutową. Oba te paski skórne pozostają u swej podstawy jeden przy zewnętrznym, drugi przy wewnętrznym ką-

ciku w łączności ze skórą powieki. Autor podnosi, że w ten sposób przeszczepione paski skóry przylegają gładko do rany międzyrąbkowej, przyrastają szybko dzięki swemu uszypułowaniu i odwracają należycie podstawę rzęsu ku przodowi. Wyniki mają być dobre i trwałe.

Wyrośle adenoidalne, jako czynnik wywołujący zaburzenia wzrokowe. (Adenoids as a Factor in Amblyopia). Adams. Trenton.

Autor przytacza kilka spostrzeżeń ilustrujących powszechnie uznany wpływ schorzeń w zakresie bocznych zatok jamy nosa i jamy nosogardzielowej na powstawanie anatomicznych zmian w nerwie wzrokowym i wynikających z tego zaburzeń wzroku.

Sprawozdanie z dwudziestu przypadków trepanacyi przeciwjaskrowej. (Report of Twenty Cases of Trephining for Glaucoma). Remmen. Chicago.

We wszystkich operowanych przypadkach jaskry bądźto ostrej, bądź przewlekłej, bądź wreszcie następowej, trepanacya dokonana sposobem Elliota sprowadziła spadek napięcia wśródocznego do prawidłowej miary. Napięcie badano tonometrem Schioetza. Tylko w dwóch przypadkach skutek ten nie był trwały i napięcie po pewnym czasie wzmoгло się ponownie. Wszędzie tam, gdzie były warunki po temu, poprawiał się wzrok i rozszerzało pole widzenia. Ani razu po operacyi nie przyszło do utraty wzroku tam, gdzie oko przed operacyą rozporządzało jakąkolwiek bystrością i posiadało choćby małe pole widzenia. W końcu należy dodać, że w większości przypadków autor wykonywał trepanacyę na oczach, na których irydektomia poprzednio wykonana nie zdołała obniżyć napięcia, ani powstrzymać postępów jaskry. Autor zapytuje, dlaczegoby trepanacya, która odnosi takie tryumfy w późnych okresach jaskry, nie miała się okazać równie skutecznym zabiegiem w początkach choroby, kiedy tkanki oczne, a w szczególności naczynia są mniej zmienione i mniej schorzałe, niż później?

Dalsze serye przypadków uszkodzeń oka przez ciała obce badane promieniami Roentgena i usuwanie operacyjnie. (Fourth Series of Cases of Injuries from Foreign Bodies Examined by the Roentgen Rays, With Results of Operation). Sweet. Filadelfia.

W poprzednich latach ogłosił autor statystykę ciał obcych wśródgałkowych, w trzech seryach po kilkaset przypadków. Obecnie ogłasza czwartą seryę, obejmującą nowych 280 spostrzeżeń,

tak, że ogółem zestawienia jego obejmują dotąd 982 spostrzeżeń. Bogaty ten materiał przedstawia w szczegółowo opracowanych tablicach statystycznych, które nie nadają się do zwięzłego streszczenia.

Trzy operacye na oczach i na twarzy wykonane w znieczuleniu regionalnem. (Three Operations upon the Eye and Face Under Regional Anesthesia). Robert i Marcel Danis. Bruksela.

W przypadkach operacyi w okolicy oka, gdzie znieczulenie miejscowe wywołuje zbyt wielki obrzęk i zanadto zmienia położenie tkanek, a uśpienie chloroformowe przedstawia niedogodności lub niebezpieczeństwa, uciekają się autorowie do znieczulenia regionalnego. I tak w jednym przypadku operacyi raka policzka z wywinięciem powieki dolnej wstrzyknęli oni rozczyń nowokainy z adrenaliną do zwoju Gassera, postępując przytem ściśle według techniki zaleconej przez Haertla z Berlina. Znieczulenie całego pola operacyjnego było zupełne i trwało przeszło 50 minut. mimo, że użyli 1%, a nie 2% rozczyń, jak to Haertl poleca. W drugim przypadku chodziło o wyłuszczenie woreczka łzowego u 30-letniej kobiety. Tu wstrzyknięto rozczyń znieczulający w okolicę nerwu nosowego i nerwu podoczodołowego. W trzecim przypadku podwinięcia powieki dolnej znieczulenie samego tylko nerwu podoczodołowego okazało się niedostatecznem. Trzeba było znieczulić również i nerw nosowy. Na ogół znieczulenie regionalne ma bezsprzeczną wyższość nad znieczuleniem miejscowem, które niejednokrotnie utrudnia zabieg operacyjny i przeszkadza w orientacyi, a przytem nie sprzyja rychłozrostowi. Wstrzykiwanie kokainy w pnie, względnie w zwoje nerwowe nie posiada tych stron ujemnych, a w dodatku daje znieczulenie głębsze i dłużej trwające.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1913. Z. 10—12. (Ref. Dr. Gruder).

Jonatan Hutchinson, 1828—1913. Nekrolog.

O mechanizmie znieczulenia rogówki. (Ueber den Mechanismus der Cornea-Anästhesie). J. Morgenroth i S. Ginsberg. Na podstawie doświadczeń autorowie dochodzą do wniosku, że po dodaniu pewnej ilości *athylhydrocupreini hydrochlorici* do przyprawionych erytrocytów osad ciałek krwistych nabiera właściwości znieczulających, których nie posiada płyn, wolny od komórek.

Kryształy cholesterynowe w rogówce. (Cholesterin-Kry-
stalle in der Hornhaut). Muszyński. Wiedeń.

Osady krystaliczne cholesterynowe z ogólnego krążenia krwi-
w warunkach chorobliwych organizmu dostają się do cieczy
wodnej oka, gdzie tworzą kryształy. Bardzo często są to pozosta-
łości po krwotokach. Tłuszczowe zwyrodnienie ciała szklatego
przyjęte jest jako przyczyna tworzenia się tych osadów na ciałku
szklistem. Urazy soczewki, iridocyclitis również przyczyniają się
do takich osadów.

Rzadkim jest obraz kliniczny kryształów cholesterynowych
w rogówce, U 80-letniej kobiety z licznymi nawrotami zapalenia
rogówki, autor uważa regresywne metamorfozy następstw zapalnych
za przyczynę tworzenia się kryształów cholesterynowych, co przy
wieku pacjentki jest usprawiedliwione. Chodzi więc tu o lokalną
przyczynę w przeciwstawieniu do tych, które są wywołane przez
chorobę całego ustroju.

W łączności z osadami ma być także choroba wątroby i zi-
mnica (Malaria). Osady, znane jako »Synchisis scintillans« oraz
jako »Spintheropia« także należą tutaj.

**Szcześnie wyjęcie ciała obcego magnezem Hirsch-
berga.** (Glückliche Magnet-Ausziehung nach Hirschberg unter schwie-
rigen äusseren Umständen). M. Meyerhof. Kairo.

Autor zwraca uwagę, iż wczesne usunięcie magnezem ciała
obcego z oka, nawet w niekorzystnych warunkach może dać wy-
nik bardzo pomyślny. Odłamek żelazny, choć brudny, nie wywo-
łał zapalenia ropnego, gdyż w kilka godzin po wypadku został
wyjęty. Odłamek ważył 150 mg.

**Atypowe zapalenie naczyńówki (Retinitis circinnata)
i jej stosunek do plamki żółtej.** (Atypische Retinitis circinnata
besonderer Art und ihr Verhältniss zum Maculafleck). Harms. Ty-
binga.

Przy wszystkich jednostronnych atypowych przypadkach bra-
kowały dotąd zawsze zmiany w plamce żółtej, gdy tymczasem
w opisanych przez autora dwóch przypadkach, mimo wyraźnego
schorzenia w plamce żółtej, znajdowały się liczne pasma plamiste
w dalszych częściach naczyńówki, mianowicie raz po stronie
nosowej, w drugim przypadku po stronie skroniowej.

Przypadki te świadczą przeciw dotychczasowemu zapatrywa-
niu, że, jeśli pasmo plamiste nie zajmuje charakterystycznego miej-
sca swego około plamki żółtej, także okolica plamki żółtej zwykle
wolna jest od tej choroby. W pierwszym przypadku przy pierwszym

badaniu upośledzenie trwało cztery tygodnie, a w plamce żółtej wzornikiem można było rozpoznać ledwie początek tej choroby, podczas gdy po za okolicą plamki leżące pasma plamiste przeważnie wyraźnie już wystąpiły (a więc trwały o wiele dłużej, a niżeli cztery tygodnie), a dopiero w ciągu kilku miesięcy zmiany te i w plamce żółtej całkiem się rozwinęły. Przypadki te wykazuje, że w tych razach, gdzie jedno lub więcej pasem poza obrębem plamki żółtej leżących, bez zmian w plamce żółtej występują, zawsze trzeba być przygotowanym na to, że typowe zmiany w plamce żółtej wystąpią w późniejszym czasie, choć, co prawda, jak literatura poucza, mogą te charakterystyczne zmiany nieraz zupełnie brakować.

Edward Nettleship (1845—1913). Nekrolog.

Przyczynek do leczenia drgawicy u górników. (Ein Beitrag zur Behandlung des Augenzitterns der Bergleute). J. O h m. Bottrop.

Dotychczas zalecano przeciw drgawicy ócz strychninę, żelazo, chininę, sole bromowe, alkohol etylowy i kwas mrówczany.

Po użyciu aleudryny w kilku razowych dawkach po 0.25 gr. następowało znacznie polepszenie. Podobne wyniki osiągnął autor przez użycie adaliny. Nieznaczne tylko wyniki dawały środki, jak chloralhydrat, uretan, bromkalium i morfina. Środki podniecające, jak kofeina pogarszały stan.

O wynikach poronnego leczenia sposobem Eperona przy infekcyjnych sprawach zapalnych rogówki. (Ueber Erfolge des Eperon'schen Abortiv-Verfahrens bei infektiösen Hornhaut-Prozessen). O. Purtscher. Celowiec.

Autor podnosi korzystne wyniki przy ropnych zapaleniach rogówki przez używanie 20% Zinc.-sulfuric. Poprzednio zapuszcza kokainę, następnie dotyka odpowiednie miejsce na rogówce sondą w watę owiniętą a zamoczną w tym roztworze. Boleści trwają niespełna półgodziny. Częstość wystarczyło jedno lub dwurazowe użycie tego środka. Prof. Sattler ogłasza swe dodatnie wyniki w podobnych wypadkach przy użyciu aethylhydrocupreiny.

Wewnętrzne podawanie surowicy w zapaleniach ropnych oka. (Die interne Serumtherapie (Serumfütterung) bei eitrigen Augenentzündungen) S. Solm, Frankfurt a/M.

Autor robił doświadczenia na zwierzętach — idąc za zdaniem Spiessa, Ruppla, a w szczególności Dariera, którzy stwier-

dzili wybitne działanie lecznicze surowic, wewnątrznie podawanych. A mianowicie zakażał rogówkę, przednią komórkę oka i ciało szkliste, roztworem 1:1000 pneumokoków wzgl. streptokoków w bulionie i podawał zaraz po wystąpieniu objawów zapalnych surowicę już to wewnątrznie, już też podskórnie. Przy zakażeniach ciała szklistego nie zdołał uratować żadnego oka, natomiast przy zakażeniach komórki przedniej wyleczył $\frac{2}{3}$ przypadków przez podawanie surowicy per os, podczas gdy wstrzykiwania podskórne i śródżylnie żadnego nie odnosiły skutku.

Natomiast okazało się, że immunizowanie zwierząt było pewniejszem przez zastrzykiwanie surowicy, aniżeli jej podawanie wewnątrzne, bo w tym ostatnim wypadku ciała ochronne (Antikörper) szybciej występują, ale też znacznie prędzej opuszczają ustrój zakażony. U chorych podawał autor surowicę swoistą w dawkach po 10 gr. 2 razy dnia (rzadko tylko 2×25 gr.). Leczył w ten sposób 5 zakażeń pneumokokami po operacji zaćmy (3 z zupełnym skutkiem, 2 ze znacznym polepszeniem), i wypadek skaleczenia oka odłamkiem żelaza i zakażenia ciała szklistego streptokokami (z początku polepszenie, potem »phthisis bulbi«) i 4 wypadki wrzodów pełzających rogówki (wyleczenie). Ogółem podawał autor 100, 200, 455 gr. surowicy, — i przychodzi do wniosku, że wczesne podawanie surowicy jest konieczne i że należy ją tak długo stosować, aż objawy zapalne w zupełności ustąpią. Ubocznych działań, a mianowicie chorób tzw. surowicznych nie zauważył autor nigdy.

Dr. Ebersson, Tarnów.

Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1913. (Festnummer). Ref. Dr. L. Gruder.

Operacja dla przyplaszczenia częściowych garbiaków rogówki. (Eine Operationsmethode zur Abflachung partieller Hornhautstaphylome). Dimer F.

Na bliźnie przytykającej do brzegu rogówkowego odkrobać należy nabłonek ostrą łyżeczką, poczem przykładą się nożem Graefowskim płat na tak odświeżoną bliznę. Zapomocą szwów przeciąga się środkowy brzeg rany ponad obwodowy, którego nabłonek usunięto, doprowadza się do gojenia. Po 6—7 dniach wyjęcie szwów, Najlepiej do tej operacji nadają się przypadki o ściach średniej grubości. W razie wzmożenia ucisku śródocznego należy przedtem wykonać irydektomię. Operacja ta powoduje zgrubienie blizny i zapobiega w ten sposób powstaniu nowego wydęcia.

Zwyrodnienie rogówki w przebiegu wiałdu. (Dystrophie der Hornhaut bei Tabes E. Fuchs.

Autor opisuje przypadek, który przed 20 laty nabył lues i w tym czasie przebył różne sposoby leczenia. Obok nierównomierności źrenic, obustronnego zaniku nerwu wzrokowego, upośledzenia bystrości wzroku (zwłaszcza na prawem oku), i skroniowej ślepoty połowicznej lewego oka (temporale Hemiopie) ciekawym był wygląd obu rogówek. W dolnym kwadrancie rogówki było zmętnienie, złożone z delikatnych punkeików, nie całkiem wyraźnie odgraniczonych, ciemnoszarych, położonych w głębszych warstwach rogówkowych, a zlewających się miejscami w mniejsze plamki. Prawdopodobnie chodzi tu o sprawę degeneracyjną w rogówce w następstwie tabes, podobnie jak przy zwyrodnieniu rogówki przy t. zw. pseudosklerozie, jaką Fleischer opisał.

Torbiele twardówkowe przez wrośnięcie przybłonka po urazie. (Kystes de la sclérotique par inclusion épithéliale traumatique). La personne.

W następstwie rany nożem w prawe oko w 7 roku życia zadanej powstał w 19 roku życia u pacjentki nowotwór w okolicy wewnętrznego dolnego kwadranta, który więcej rozciągał się na twardówkę, mniej zaś na rogówkę. Z powodu licznych nawrotów bólu, wyjęto to, zresztą ślepe oko. Badanie anatomiczne wykazało, że była to cystis multilocularis, która powstała w twardówce w następstwie urazu. Cysta była wewnątrz pokryta nabłonkiem spojówkowym i komunikowała zapomocą podobnych przedłużeń z wnętrzem gałki. Ponadto istniało wgłębienie tarczy (Glaucoma absolutum) oraz wsteczne zmiany w naczyniówce i siatkówce. La-personne tłumaczy powstanie tej cysty w ten sposób, iż przy urazie tkanka spojówkowa dostała się do wnętrza gałki, tu się dalej w cystę rozwijała, a mianowicie zarówno do wnętrza gałki jakoteż okolicy źle zabliźnionej rany twardówkowej, a więc na zewnątrz.

Statystyka zranień oka żelazem. (Zur Statistik der Eisensplitterverletzungen des Auges). Elsch nig.

Autor donosi o 68 przypadkach z okresu 6-letniego: a) 7 przypadków w głębi rogówki, b) 14 przypadków w komorze przedniej lub tęczówce, c) w soczewce 20 przypadków, d) w ciałku szklistem lub siatkówce 21 przypadków, e) w twardówce trzy, a z podwójnem przebicciem gałki 4 przypadki. Z zakażeniem było razem 13 wypadków. Z reszty 54 przypadków przyszło 22 razy do utraty oka; autor radzi przy urazach soczewki (żelazne odłamki) możliwe rychłe wyjęcie ciała obcego. Na podstawie przypadku kli-

nicznie obserwowanego, przy odczepieniu siatkówki, radzi czekać, gdyż później istnieją lepsze widoki do ekstrakcyi. Wybór magnesu ręcznego albo wielkiego zależy od przypadku.

O ochronnym płacie spojówkowych przy trudnych operacyach zaćmy. (Ueber die prophylaktische Bindehautdeckung von Hornhautwunden bei schwierigen Linsenextraktionen). K r ü c k m a n n.

Wedle wskazówek Kuhnta u chorych z wzmożonym uciskiem śródoczynnym, sklerozą naczyń jagodówki, zwknięciem soczewki i t. d. autor przecinał spojówkę w pobliżu załamka, odpreparowywał ją przy brzegu rogówkowym i zakładał szwy przed wyjęciem soczewki. Płat spojówkowy ściągnięty w celu przykrycia rany służy jako ochrona. W 50 przypadkach nie było żadnych ważniejszych komplikacyj. Sposób operacyjny objaśniają cztery ryciny.

O pierścieniowatym zaćmieniu przedniej powierzchni soczewki opisanem przez Vossiusa. (Zur Kenntnis der Vossius'schen ringförmigen Trübung der vorderen Linsenfläche). P u r t s c h e r.

Do teoryi o zmętnieniu pierścieniowem Vossiusa, powstającym po stłuczeniu autor podaje dalszych sześć przypadków, z których jeden szczególnie przemawia za teorią Steinera. Mianowicie objawy pierścieniowatego zmętnienia występują także, gdy nacisk przez kontuzję wywołany jest z boku lub z tyłu. Takie spostrzeżenie zrobił Purtscher, iż pierścień taki częstokroć nie jest zupełny. Przypadki dotyczą przeważnie osobników młodych. Czy to tylko przypadek, to pytanie; można jednak przyjąć, że miękka soczewka bardziej jest podatną dla odcisków pierścienia tęczówkowego. Prócz tego podnosi autor, iż przy zabiegach operacyjnych zjawisko to szybko znika bez jakichkolwiek śladów; trzy przypadki są dla tego celu nader charakterystyczne.

Choroba Hippla. (Ueber Angiomatose der Retina (sogenannte Hippel'sche Krankheit).

Autor opisuje przypadek choroby Hippla. Chodzi o angiomatyczne rozszerzenie żyły skroniowej górnej, które tworzyła sieć jezior po całej siatkówce. Na jednym miejscu można było widzieć początek takiego rozszerzenia. Widoczne były liczne, mniejsze, równoległe, nowoutworzone gałęzie żyłne, które później prawdopodobnie zlewały się w większe naczynia krwionośne.

Do statystyki skaleczeń oka żelazem. (Zur Statistik der Eisensplitterverletzungen des Auges). Elschmig.

Autor donosi o doświadczeniach z magnezem w ostatnich 6 latach. Siedm przypadków urazów rogówkowych, przy których ciało obce sterczało do przedniej komory; 14 przypadków zranienia tęczówki, 20 przypadków skaleczenia soczewki. Ciało szkliste i siatkówka były skaleczone 21 razy. Autor soi na stanowisku, że należy możliwie wcześnie operować.

Centralblatt f. praktische Augenheilkunde 1913. Z. 6, 7, 8, 9. Ref. dr. Gruder.

O odporności przeciw jaglicy (Zur Frage der Trachom-Immunität) Dr. M. Meyerhof w Kairze.

Na podstawie doświadczeń klinicznych nie istnieje ani odporność przeciw jaglicy, nabyta przez przebycie tej choroby, ani naturalna odporność. Że często podczas choroby jednego oka drugie jest wolne od tej choroby, nie wynika z tego, że zdrowe oko jest odporne; drugie oko może później się zarazić.

Autor opisuje typowy przypadek zakażenia jaglicą na oku zdrowym u starszego człowieka, u którego drugie oko cierpiało od przeszło trzech lat z powodu jaglicy. Uderzającym jest, jak często ciężki jest przebieg jednostronnej jaglicy. W tym przypadku zakażenie drugiego (zdrowego) oka nastąpiło podczas lub bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, mimo przestrzegania wszelkich ostrożności. Czas rozwoju (incubatio) waha się między 4 a 6 dniami, co odpowiada spotrzeżeniom Addaria i Greeffa. Na uwagę zasługuje gwałtowność przebiegu takiego stanu zapalnego (chemosis, oedema). Mała ilość wydzieliny nie stoi w żadnym stosunku do ciężkości innych objawów zapalnych, a ten objaw stanowi ważny kliniczny moment w porównaniu z innymi chorobami spojówki.

Endophthalmitis suppurativa post pneumoniam. Dr. Juliusz Fejer w Peszcie.

Autor opisuje przypadek Iridochorioiditis suppurativa, powstały po Furunculosis multiplex skóry i zakończony skostnieniem i zanikiem gałki u osoby 60-letniej, która zrazu zachorowała na pneumonię, do czego przyłączyła się później furunculosis skóry czołowej i skroniowej.

Obrzęk rogówki po porodzie kleszczami (Oedema der Hornhaut nach Zangengeburt) Dr. Juliusz Fejer w Peszcie.

U dziecka miesięcznego zmętnienie rogówki, długie 2—3 mm., bez wydzieliny, nabłonek czysty i połyskujący; na spojówce twar-dówkowej wybroczyny punkcikowate. Wywiady wykazały, że zmętnienie rogówki spowodowane zostało uciskiem kleszczów na ro-gówkę. Zrazu zmętnienie było większe i stopniowo ustępowało.

Vaccina palpebrae Dr. Juliusz Fejer w Peszcie.

Pęcherzyk szczepienia ospy najczęściej występuje na powiece, rzadziej na spojówce, a bardzo rzadko na rogówce. U ośmioletniej dziewczynki po ogólnem szczepieniu ospy powstał pęcherzyk ospy na prawej górnej powiece; gruczoł przeduszny powiększony, nie-bolesny. Czas leczenia trwał przeszło tydzień. Rogówka, gdzie ospa, jak wiadomo, pozostawia trwałe zmętnienie, nie była objęta tą chorobą.

Porażenie mięśnia odwodzącego po zastrzyknięciu al-koholu, wykonanem z powodu neuralgia trigemini. Dr. Ju-liusz Fejer w Peszcie.

Osoba 50-letnia otrzymywała z powodu neuralgii trigemini wstrzykiwania alkoholu; po ostatniem zastrzyknięciu, dokonaniem w okolicę prawej kości jarzmowej pod prawą powieką, powieki silnie obrzmiały, a po tygodniu powstało podwójne widzenie. Autor uważa to porażenie mięśnia odwodzącego za następstwo wstrzy-kiwania alkoholu, którego kilka kropel dostało się w okolicę nerwu odwodzącego i tu wywołały albo perineuritis albo chemiczną nekrozę w tkance nerwowej. Po dwóch miesiącach stan, po używaniu sajo-dyny, polepszył się zupełnie i podwójne widzenie całkiem ustąpiło.

O mechanizmie znieczulenia rogówki (Ueber den Me-chanismus der Kornealanästhesie) Dr. Morgenroth i Ginsberg w Berlinie.

Doświadczalnie autorowie wykazują, iż w przeciwieństwie do wodnych rozczyń soli aethylhydrokupyreiny, których działanie znieczulające było nader nierównomierne, rozczyzny oleiste w za-sadzie zachowują się jednako; potrzeba przy wszystkich 2^o/_o rozczyń, aby z pewnością wywołać dłużej trwające znieczulenie rogówki. Przy znieczulającym działaniu oleistego rozczyń na rogówkę cho-dzi o przejście rozpuszczonej substancji z olejów przez płyn spojówkowy do nabłonka rogówkowego i wywołanie znieczulenia. Taka »transgressya« chemicznie znanych substancji odgrywa zdaniem autorów znaczną rolę przy przeniesieniu środków wewnątrz orga-

nizmu, szczególnie o ile chodzi o wejście rozpuszczonych substancyj z ruchomych elementów (komórki krwiste, pasorzyty i t. p.) do tkanki.

Skleritis i dna. Dr. Kałasznikow.

Według doświadczeń autora znaczna część tych chorób jest w zależności od siebie. Oko należy uważać, podobnie jak staw biodrowy, za enartrozę i z tego wynioskować etylogię i leczenie chorób twardówki. Zarówno przy ostrych jak i chronicznych zapaleniach twardówki najczęściej jest powodem dna; lues i gruźlica są rzadsze. Przedewszystkiem w takich razach należy leczyć artrytyzm, ogólnie i lokalnie, ostatnie przez gorące okłady i opaskę, później przez masaż maściami. W celu ulżenia krążenia autor zarzuca atropinę, raczej używa ezeryny. Przy takim leczeniu autor zawsze osiągał dobre wyniki.

O tarczy zastoinowej i porażeniu mięśnia odwodzącego przy chlorozie (Ueber Stauungspapille und Abducenslähmung bei Chlorose). Dr. Meller w Wiedniu.

Połączenie obu takich chorób omawia autor na podstawie własnych i obcych spotrzeżeń klinicznych. Podobne objawy ze strony narządu wzrokowego inni autorowie spostrzegali przy otitis media, po znacznych krwiotokach, również po wyjmowaniu zębów. Wszystkie takie przypadki dadzą się wytłómaczyć przez wytworzenie czopa żylnego (Thrombus) w Sinus cavernosus, przez który nervus abducens przechodzi. Ponieważ zaś przy chlorozie krew wykazuje dużą skłonność do ścinania, a więc i do wytworzenia czopów żylnych, przeto autorowi zdaje się teoria powstania takich czopów żylnych najlepszem tłómaczeniem dla wytworzenia tak oryginalnego zbioru objawów patologicznych.

O sposobie działania ezeryny (Zur Wirkungsweise des Eserins) Dr. Wesely.

Autor przytacza rzadki przypadek jaskry, przy której ezeryna spowodowała szybkie pogorszenie przez znaczne zwiększenie ucisku śródocznego. Na króliku autor graficznie stwierdził, iż po zakropleniu ezeryny po 15 minutach występuje wyraźne podwyższenie ucisku ocznego, którego nie widać na drugim oku (dla kontroli). Ucisk ten po 30 minutach szybko opada i wraca do stanu prawidłowego. Wesely wykazuje, iż takie podwyższenie ucisku wywołane jest przez przekrwienie tęczówki i ciałka rzęskowego, ponieważ następuje zwiększone przejście białka i fluorescyny do cieczy

w komorze. Za tą teorią wewnętrznego przekrwienia przez ezerynę przemawia też spostrzeżenie, że po podskórnem doprowadzeniu 5% roztworu chlorku wapniowego stan białka w cieczy wodnej znacznie jest mniejszy w oku ezerynowanem. Że takie podwyższenie ucisku przy jaskrze przez ezerynę wywołane rzadko występuje, tłumaczy autor w ten sposób, iż jest ono wyrównane przez zwiększenie kącika komory, powstałe przy zwężeniu źrenicy.



III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo Oftalmologiczne Petersburskie. Posiedzenie dn. 12 styczn. 1912 r.

Wajnsztejn pokazywał dziewczynkę z gruźlicą tęczówki oka lewego. Różowo-żółtawy znaczek w górnej części tęczówki szybko rosnący miał wygląd mięsaka. Ani bólów, ani odczynu zapalnego tęczówki nie było.

W., wyciął guzek wraz z częścią tęczówki, badanie drobnovidowe wykazało typowy gruczołek samotny (*tuberculum solitar.*).

Według W., gruźlica tęczówki jest o wiele częstsza niż sądzą, ale bardzo rzadko bywa rozpoznawana.

Prof. Bellarminow przypominał 8-letniego chłopczyka z guzkiem tęczówki. Po wycięciu w guzku rozpoznano gruczołek.

W oku sprawa gruźlicza nie ponowiła się, ale po sześciu miesiącach dziecko zapadło na gruźlicze zapalenie stawu kolanowego.

Licenius opisuje pięć wypadków *neurectomiae opticoiliaris* według Gołowina przy jaskrze dokonanej (gl. absolutum).

L., zaleca ten sposób leczenia chirurgicznego jaskry, chociaż przyznaje, że nie jest wykluczona możliwość ponownych napadów jaskry i konieczność późniejszego wyluszczenia gałki ocznej. Łotin wątpi w skuteczność *neurectomiae optico ciliaris* przy jaskrze dokonanej: w klinice Silex'a widział w dwóch wypadkach po *neurectomii optico ciliaris* tworzenie się nerwiaków.

Z Łotinem zgadza się Wajnsztejn, że i po dokonanej *neurectomia optico ciliaris* pozostawać mogą bóle, a sprawa kończy się wyluszczeniem gałki ocznej.

Tego samego zdania co Łotin i Wajnsztejn jest i prof. Bellarminow.

Posiedzenie dn. 9 lut. 1912 r.

Ostroumow pokazywał chorego ze szczeliną siatkówki w okolicy plamki żółtej w oku Pr. przy sprawności widzenia naosnego $V = \frac{1}{80}$. Szczelina ma postać trójkąta.

Eleońska. Zmiany w naczyniówce przy białaczce.

Zmiany w naczyniówce za życia nie dają się rozpoznać, wykryć się dają tylko drobnozornie w badaniu pośmiertnym.

E., spostrzegała te zmiany w 6 wypadkach. W 3 wypadkach za życia były wynaczynienia w siatkówce, w jednym wypadku były zatarte zarysy tarczy i przekrwienie żył siatkówkowych. Zmian w naczyniówce nie widziała, ani razu nie widziała i opisywanego blado-żółtego zabarwienia dna ocznego.

Drobnozornie zbadać udało się jej naczyniówkę w 3 wypadkach białaczki; jeden raz w wypadku białaczki chłonnej (limfatycznej) i dwa razy w wypadkach białaczki miążgokostnej (myelocyty). Przy białaczce chłonnej utkanie naczyniówki i przylegające do naczyniówki warstwy twardówki nadziane były limfocytami. O wiele mniejsze zmiany były w wypadku białaczki miążgokostnej.

Posiedzenie 23 lut. 1912 r.

Noiszewski: **Tarcza zastoinowa i tarcza wgłębiona.**
(Drukowane w „Post. Okul.“).

Posiedzenie dn. 19 kwietnia 1912.

Blessig: Porażenia wzroku podczas zaćmienia słońca w dn. 4 (17) kwietnia 1912 r. B., badał prawie sto wypadków scotoma helieclipticum Aubert'a lub scotoma helioplegicum Majewskiego. Podmiotowo porażenie to wyraża się albo mroczkiem w naosnym widzeniu, albo brakiem częściowym naosnego widzenia.

Przytem sprawność widzenia naosnego obniżona, obniżenie waha się pomiędzy $V = 0.9$ i $V = 0.1$. Wziernik bardzo często nie wykrywa żadnych zmian na dnie oka, niekiedy jednak jamka środkowa (fovea centralis) ma wygląd plamki ciemno-czerwonej z punkciem bladożółtawym pośrodku. Blessig nie jest pewny, czy ma zgodnie z Haabem uważać ten punkcik jako optogram tarczy słonecznej.

Sprawozdanie z obrad polskiego Tow. okulistycznego w Królestwie Polskiem za 2-gie półrocze 1913 r. Dr. med. A. Paradowski.

Protokół posiedzenia dnia 27 września 1913 r.

Obecnych 16 członków i 2 gości.

K. Bein i T. Jaroszyński pokazują chorą z nowotworem w tylnej jamie czaszkowej. Chora ma l. 30, 12 lat zamężna, miała 6-ro dzieci, z których 4-ro żyje, a dwoje zmarło we wczesnem dziecięctwie. Ostatni poród był w czerwcu r. b. Dawniej była zdrowa; choroba obecna zaczęła się w końcu ostatniej ciąży: chora zaczęła doznawać osłabienia ogólnego, często wymiotowała i zaczęła gorzej chodzić. Na 3. dzień po porodzie nagle wystąpił ból głowy z wymiotami, od tego czasu prawie codziennie napadowe z wymiotami. Jednocześnie osłabienie stopniowe wzroku, stale postępujące, wreszcie ślepotą na prawe oko od 4 tygodni, a na lewe od dwóch. Inne skargi: zdrętwienie prawej połowy twarzy i prawej kończyny górnej, utrudnienie mowy i dzwonienie w uchu prawem. Badanie przedmiotowe wykazało zmiany następujące: Żrenica prawa szersza niż lewa, brak oddziaływania na światło z zachowaniem oddziaływania przy zbieżności; ruchy gałek ocznych są ograniczone przy zwrotach ku skroni — w obu oczach porażenie nerwu odwodzącego. Tarcza n. wzrokowego prawego znacznie powiększona, jest z trzech stron otoczona szerokim krwotokiem pierścieniowym i na 10,0D nad poziom siatkówki wzniesiona; rysunek tarczy nieco zatarty, po jej powierzchni biegną liczne naczynia drobne. Żyły są silnie rozszerzone, kręte. W okolicy plamki żółtej szarawo-białe ogniska połyskujące, jak przy nerkowem zapaleniu siatkówki, ale bez układu promienistego. W oku lewem — analogiczne zmiany tarczy, lecz nie tak wyraźne z powodu podrażnienia tego oka wskutek niedomykalności powiek. Całkowite porażenie n. twarzowego z lewej strony. Wydatne osłabienie po stronie lewej, o charakterze ośrodkowym. Osłabienie czucia bólowego na policzku prawym, — porażenie gałązki dolnej n. trójdzielnego. Zanik połowiczny prawostronny języka — porażenie n. podjęzykowego. Mowa powolna, nosowa. Ruchy bierne głową na lewo i naprzód — utrudnione. Chód wyraźnie bezładny. Ślad bezładu w lewej kończynie górnej. W moczu nieznaczna ilość białka. Narządy wewnętrzne bez zmiany. Objawy wyszczególnione wskazują na obecność nowotworu w mózgowiu charakteru prawdopodobnie złośliwego ze względu na szybki rozwój cierpienia. Co do określenia umiejscowienia, to napotyka się trudności ze względu na objawy w obu oczach ze strony nerwów czaszkowych (prawy n. w. VI, VII, VIII, lewy n. n. V, VI, XII). W każdym razie sprawę należałoby umiejscowić w tylnej jamie czaszkowej, w okolicy mózdzku lub podstawy czaszki, te bowiem nowotwory powodują ślepotę szybko się rozwijającą i porażenie szeregu n. czaszkowych. Co do

zabiegu operacyjnego, istnieją przeciwwskazania ze względu na sąsiedztwo blizkie ważnych dla życia ośrodków w moście Warola i rozwiniętą już zupełną ślepotę obustronną.

K. Bein pokazuje dno oczne przy pomocy wielkiego oftalmoskopu Gullstranda u dwóch chorych z tarczą zastoinową i u chorego z garbiakiem tylnym.

W. Kamocki pokazuje wziernik elektryczny Marpla, podkreślając jego odrobienie dokładne i praktyczność w zastosowaniu. K. Bein zaznacza, że wyżej stawia wziernik elektryczny Simona, gdyż wziernik Marpla ma oświetlenie zbyt słabe, niewygodne tarcze i niepraktyczną lampkę i baterię.

K. Bein pokazuje prześwietlacze Rochon-Duvigneauda L. Kramsztyk przypuszcza, że w przyszłości w badaniach dna ocznego i w wykonywaniu operacji ocznych prześwietlacz będzie odgrywał rolę wybitną, zwłaszcza w razie badania ciała rzęskowego, które dotychczas było niedostępne dla badań naszych. Rothert zaznacza, że zapomocą »diafanoskopu Herzla« można bardzo dokładnie zbadać dno oka. Szware próbował zbadać dno oka przy prześwietlaniu lampką wziernika Simona, ale bezskutecznie.

M. Zajdenman opisuje przypadek wyjęcia żądła pszczoły z komory przedniej u $1\frac{1}{2}$ -rocznego dziecka. 18-go czerwca r. b. zgłosili się właścianie z powiatu Tomaszowskiego z $1\frac{1}{2}$ -rocznym dzieckiem, które w końcu sierpnia r. ubiegłego zostało ukąszone w oko przez pszczołę. Matka widziała odlatującą pszczołę oraz żądło tkwiące w rogówce, które następnie dziecko rączką zatarło. Po rozmaitych próbach usunięcia żądła rodzice udali się z dzieckiem do kliniki Uniwersyteckiej, w której dziecko przebyło parę tygodni, tam również kilkakrotnie próbowano usunąć żądło, ale bezskutecznie. Badanie przedmiotowe: oko podrażnione, źrenica mocno zwężona, nieprawidłowa; na rogówce nad źrenicą skośnie idąca smuga szarawa, szeroka 1.5 mm., długa około 3 mm., po środku smugi punkcik ciemno-brunatny postaci nieprawidłowej; powierzchnia smugi nierówna, chropowata; tęczęwka w tem miejscu podniesiona i jakby zrosnięta z rogówką. Po dokładnem znieczuleniu oka kokainą i założeniu rozwórki udało się igiełką oddzielić punkcik brunatny od napęczniałego i zaćmionego nabłonka rogówki — w ten sposób ukazał się ostry brzeg łebka żądła. Wtedy szczypczykami cieniutkimi podważono łebek i całe żądło wysunęło się z komórki przedniej. Sądząc z kierunku, w jakim żądło wychodziło z ranki w rogówce końcem ostrym, tkwiło ono w komórce przedniej i dotykało tęczęwki, która w tem miejscu zbliżała się do rogówki. Następnego dnia zrostu przedniego

już nie było, podrażnienie oka znacznie się zmniejszyło, oko łatwiej się otwierało i swobodnie patrzyło na światło.

L. Endelman pokazuje przyrząd Oppenheimera do gotowania masowego igieł z nitkami.

Protokół posiedzenia d. 25 października.

Obecnych 16 członków.

W. Osmolski pokazuje przypadek niedowidzenia wskutek zatrucia chininą. E. B., osoba wątła, l. 28, z powodu zaziębienia zażyła 4—5 gr. chininy w proszku. Niezwłocznie po użyciu lekarstwa nastąpiły wymioty, ból głowy, szum w uszach i utrata w ciągu 12 godzin przytomności. Gdy oprzytomniała, nie widziała nic, nawet nie odróżniała światła. W ciągu dwóch dni następnych wzrok zaczął się poprawiać i chora odróżnia przedmioty i barwy. Badanie podmiotowe, wykonane d. 11 b. m., wykazało zmiany następujące: źrenice wydatnie rozszerzone; prawa nie oddziaływa na światło, lewa — minimalnie; akomodacja — zachowana. Środki łamiące są zupełnie przezroczyste. Dno oczu jest szarawo-matowe; tarcza ma barwę prawidłową, naczynia wydatnie są zwężone, miejscami niewidoczne. Brzegi tarczy wyraźnie zarysowane; plamka żółta zlekka przekrwiona. W. oka pr. = 0,25, oka lew. = 0,7. Pole widzenia w obu oczach zwężone. Dla wszystkich barw współmiernie: dla koloru białego pole ma postać zbliżoną do owalu poziomo ułożonego, dosięga w wymiarze poziomym 20° z obu stron, a w pionowym 10° od góry i tyleż od dołu. Po tygodniu źrenice się zwężyły i wyrównały; oddziaływują na światło prawidłowo; przekrwienie plamki żółtej znikło. Natomiast już po 2 dniach spostrzegania zauważono zblędnięcie tarcz z jednoczesnym pogorszeniem widzenia ale po 6 dniach zauważono znaczną poprawę w zabarwieniu tarcz, zwłaszcza lewej przy trwającym tu i ówdzie obrzęku siatkówki, zarazem widzenie znacznie się polepszyło: w prawym oku = 0,35, w lewym = 1.0. Pole widzenia również znacznie się rozszerzyło dla wszystkich barw. W przypadku pokazanym zasługuje na uwagę niezupełna równomierność przebiegu sprawy w obu oczach i wahania w postępie leczenia.

W rozprawach zabierali głos: L. Endelman zapytuje, czy rzeczywiście akomodacja się zachowała? Matusewiczówna widzi 3-ci przypadek zatrucia chinina zawsze z wybitnie leniwem oddziaływaniem źrenic i z zachowaniem akomodacji.

Osmolski odpowiada, że dla sprawdzenia dawano chorej nawlekać igłę, co chora zupełnie dokładnie spełniała. Endelman wnioskuje, że wobec słabego oddziaływania źrenic należy przypuszczać, że niedowidzenie jest pochodzenia ośrodkowego. Likier-

nik, Bein i Osmolski uważają, że obecnie źrenice oddziałują prawidłowo zarówno na światło, jak i na zbieżność. Kępiński zapytuje, czy badane było ciśnienie śródoczne. Ziemiński spostrzegał kilka przypadków zatrucia chininą (2 razy w celu wywołania poronienia); uważa, że rokowanie przeważnie zależy od ogólnego stanu pacyenta przed zatruciem. Osmolski badał napięcie gałki palcami, żadnych nieprawidłowości nie stwierdził; rokowanie jest tu pomyślne, gdyż polepszenie szybko postępuje.

A. Szwarz pokazuje przypadek pęknięcia naczyniówki i uszkodzenia plamki żółtej oka lewego. 12 września 1913 r. po uderzeniu kamieniem w oko lewe — ból silny i ślepotą. Pacjent dotychczas był zdrow, przymiotu nie przechodził, rodzice cierpieniem gruźliczym nie podlegali. Badanie wykazało: oko prawe prawidłowe; na powiece dolnej oka lewego rana łuczona biegnie poprzecznie, powieka górna prawidłowa, rogówka przezroczysta, niewielki nastrzyk dokoła rogówki, w komorze przedniej niema zmian, tęczówka przekrwiona, liczne męty w ciałku szklistem, dna oka nie widać, ciśnienie śródoczne zmniejszone.

Widzenie — tylko uczucie światła się zachowało. Po dwóch tygodniach męty w ciałku szklistem znacznie się przerzedziły, wtedy można było na dnie oka dostrzedz pasmo żółtawe łukowate, pionowo biegnące, współśrodkowo na zewnątrz do brzegu tarczy; nad pasmem widać naczynia siatkówki, między tarczą a plamką żółtą — liczne ogniska barwikowe, które w okolicy plamki tworzą plamę ciemnobrunatną szerokości tarczy; W. — liczy palce w odległości 1 m.; chory zaznacza, że w samym środku pola widzenia znacznie gorzej widzi. Po pięciu tygodniach ilość plam barwikowych się zwiększyła; chory liczy palce w odległości 3 metrów; badanie pola widzenia wykazuje przerwę środkową dla barw, dochodzącą do 20°. Przypadek pokazany wykazuje: że następstwa uszkodzenia oka żeśrodkowały się głównie w plamce żółtej; w takich przypadkach badanie pola widzenia rozstrzyga w określeniu stopnia uszkodzenia.

W rozprawach zabierali głos: B. Gepner uważa, że na dnie oka widać nie jedno, ale kilka pęknięć. Br. Ziemiński, jest tegoż zdania. L. Endelman zaznacza, że spostrzegane na dnie drobne pęknięcia naczyniówki przypominają zmiany przy krótkowzroczności. A. Szwarz odpowiada, że tylko jedno pęknięcie jest niewątpliwe, pozostałe zaś skazy rzeczywiście przypominają zmiany, niekiedy spostrzegane u krótkowidzów, ale, czy to są istotne pęknięcia drobniejsze, może wyjaśnić tylko badanie anatomo-patologiczne.

K. Bein pokazuje przypadek pierścieniowego zwyrodnienia siatkówki (*retinitis circinnata*) oka prawego u 75-

letniej staruszki ślepej, dotkniętej jaskrą prostą obu oczu. Wieniec białych silnie błyszczących plamek otacza dołeczek środkowy i część zewnętrzną plamki żółtej; jedna plamka biała znajduje się w środku wienca, a nad nią dwa tętniaki prosówkowe na krótkich szypułkach. Białka w moczu niema. Ziemiński, który badał chorą przed 10 laty, stwierdził wówczas w oku prawem krwotok przy tarczy n. wzrokowego.

Br. Ziemiński. Przypadek promienicy dolnego przewodnika łzowego. W początku czerwca r. 1913 zgłosiła się 15-letnia uczennica kl. 6 jednej z pensyi warszawskich. Skarżyła się na łzawienie, lekki światłowstręt, zaczerwienienie oka i sklejanie się powiek, co chorej utrudniało pracę do egzaminów. W ciągu kilku miesięcy leczyła się u kilku okulistów, jako chora na »katar oka«; jedni zalecali wkraplanie słabych, inni silnych (aż 2%) roztworów siarczanu cynku. Przytem stan oka stale się pogarszał. Badanie oczne wykazało, że sprawa podostra dotyczy tylko oka prawego: w kąciaku wewnętrznym nieco wydzieliny żółtawej; ciała obcego lub osadów albo zawałów na powierzchni oka i powiek niema; ustawienie rzęs prawidłowe, skóra powieki dolnej, zwłaszcza w okolicy kąta wewnętrznego oka, nieco zaróżowiona. Szpara powiek nieco zwężona. Po odchyleniu powiek oka prawego stwierdza się: wyraźne rozszerzenie dolnego przewodnika łzowego i jego otworka, wyraźny nastrzyk spojówki gałki i powieki dolnej w sąsiedztwie kąta wewnętrznego. Pod uciskiem wywartym w okolicy woreczka łzowego, nie widać, aby coś wyciekało z rozszerzonego otworka łzowego w powiece dolnej. Za silnym naciskiem powieki łopatką szklaną wzdłuż dolnego przewodnika łzowego spływa naprzód kropla bladożółtawej, gęstej ropy grudkowatej — te grudki robią wrażenie, jakby ropa była usiana proszkiem jodofornu czy pyłu widłakowego (lycopodium), przy nacisku jeszcze silniejszym wychodzi z przewodnika zielonawo-żółtawa masa kielbaskowata grubości sondy Bowmana Nr. 4; na razie udało się wydobyć kawałek walcowaty długości $\frac{1}{2}$ cm., następnie kawałek nieco dłuższy (jakby wągr zielonawo-żółtawy z gruczołu skóry). Z wyglądu klinicznego sądząc, nabiera się przekonanie, że złóg wyciśnięty z przewodnika łzowego prawdopodobnie jest pochodzenia promieniczego; zdanie dra Ziemińskiego podzielił i dr. Kamocki; badanie drobnowodowe dra Dunin-Karwickiej stwierdziło z dużym prawdopodobieństwem słuszność tej opinii. Jeszcze dwukrotnie — w przerwie dwudniowej — udało się wycisnąć nieco złogów grzybiastych z otworka łzowego. Za 3-cim i za 4-tym razem w ciągu 2 tygodni następnych nic się nie udało wycisnąć. Przez ten cały czas obficie wymywano oko roztworem następującym: t-rae jodi gtt. unam, kali

jodati 0,50, aquae dest. — 15,0. Pacjentka opuściła Warszawę na czas feryj letnich, podczas których miała wkraplać do oczu 2 razy dziennie płyn przedtem zalecony.

Nie doznając żadnych dolegliwości w czasie lata, zgłosiła się dopiero 16/IX 1913 r. Zewnętrzne objawy podrażnienia oka prawego bardzo nieznaczne, jednak za naciskiem wzdłuż dolnego przewodnika łzowego zdołano wycisnąć złóg walcowaty żółto-zielonawy długości około $\frac{1}{4}$ cm.; nadal zalecano wkraplanie jodu i jodku potasu. Za następnem badaniem 21/X 1913 r. nie się nie dało wycisnąć z przewodnika łzowego. Objawów podrażnienia oka nie było. Chora nie doznaje dolegliwości dawnych (łzawienia, światłowstrętu, sklejanie się powiek). Przestrzykując drogi łzowe strzykawką Anela stwierdza się ich zupełną drożność.

Protokół posiedzenia d. 29 listopada 1913 r.

Obecnych 17 członków.

L. Endelman pokazuje przypadek zmian wrodzonych(?) na tarczy n. wzrokowego. A. G., lat 20, od najwcześniejszego dzieciństwa ma bardzo upośledzony wzrok oka prawego. Wogóle jest zdrow, chorób ciężkich nie przechodził. Badanie wykazało: gałka prawa odchylona na zewnątrz ma ruchy dobrze zachowane we wszystkich kierunkach (strabismus concomitans divergens); na miejscu tarczy n. wzrokowego znajduje się twór śnieżno-biały z połyskiem z lekka niebieskawym, ma postać wydłużonego trójkąta skośnego o brzegach lekko zaokrąglonych, a wyraźnie zarysowanych; ten twór posiada dwie cienkie odnogi, jedna idzie wzdłuż górnych, skroniowych naczyń siatkówki, druga wzdłuż dolnej tętnicy skroniowej; sam otwór, wyniesiony ponad poziom siatkówki 6. D., obejmuje przestrzeń = 1,5 — 2,5 średnicy tarczy. Poza nim widać zupełnie prawidłowe rozgałęzienie pni naczyń i nieco z boku niewielkie nagromadzenie barwika ciemno-brunatnego. Pozostała część dna ocznego — prawidłowa. W. oka prawego = 0.001. Z całego pola widzenia zachowała się tylko niewielka część od strony skroniowej. Oko lewe — prawidłowe. W. oka lewego ze sph. — 3. D. = 0,8. Sądząc z wyglądu niewątpliwie jest to twór łącznotkankowy; szczególne zaś jego położenie przed tarczą, w ciałku szklistem, przy braku zmian podobnych na obwodzie, jako też i bardzo wczesne (może nawet podczas życia płodowego) powstanie nasuwa przypuszczenie, że twór omawiany ma pewien związek z t. zw. kanałem Cloqueta, przez który w okresie płodowym, a niekiedy i w wieku późniejszym przebiega art. hyaloidea. Zwykle ten przewód przy wzieraniu jest dla oka niedostępny, niewątpliwie jednak jako pewna pozostałość istnieje i, zdaniem większości ba-

daczy, gra rolę drogi limfatycznej. Otóż w tym kanale na całej długości lub też w części, przylegającej do tarczy, czy to w okresie ostatnim życia zarodkowego, czy też później mogą, jak tego dowodzą badania histologo-anatomiczne i kliniczne, powstawać sprawy zapalne lub też wybroczyny krwawe, które w następstwie wytwarzają złogi łącznotkankowe. Gdy te twory nie osiągają tak dużych rozmiarów, jak w przypadku pokazanym, mogą błędnie prowadzić na rozpoznanie szczątkowej art. hyaloideae. W wielu przypadkach prócz tworów łącznotkankowych na tarczy znajdowano jeszcze zmiany chorobowe w siatkówce, czy to w postaci grudek barwika czy też ognisk zanikowych; takie zmiany utwierdzały w przypuszczeniu o przebytem zapaleniu tkanek w okolicy tarczy n. wzrokowego. W przypadku pokazanym również widać nieznaczne, wprawdzie, nagromadzenie barwika w sąsiedztwie tarczy. Spostrzegane wyrostki, jakie omawiany twór wysyła wzdłuż pni naczyńowych, przemawiają za słusznością poglądu o budowie łącznotkankowej tworów, jako pozostałości po sprawie zapalnej, czy też po wylewie krwawym. Streszczając uwagi powyższe, można wywnioskować, że przypadek omawiany jest postacią *retinitidis proliferantis*, powstałą w okresie płodowym lub wczesnego niemowlęctwa.

Obrady: Br. Ziemiński zapytuje, czy pacjent jest synem pierwotnym i czy poród był prawidłowy? M. Likiernik zaznacza, że twór ten przy ruchach gałki pozostaje nieruchomy. K. Bein tłumaczy to tem, że środek tego tworów jest zrośnięty z tarczą, a boki są wolne. Z. Kramsztyk dodaje, że nieruchomość omawianego tworów może zależeć od przyczepów, które ten utwór trzymają na uwięzi. Endelman odpowiada kol. Ziemińskiemu, że pacjent jest synem pierwotnym i że poród odbył się prawidłowo.

B. R. Gepner: *Retinitis proliferans*, czy wada rozwoju a (pokaz chorego).

W. W., 32-letni urzędnik biurowy, 6 tygodni temu zauważył nagłe osłabienie wzroku w oku prawem. Już trzykrotnie miał zaburzenia wzrokowe w tem oku: pierwszy raz, przed rokiem, po nadużyciu trunków — wówczas przez tydzień widział źle zdaleka, ale mógł czytać; dwa razy jeszcze bez powodu wyraźnego wracały zamglenia przemijające. 13 lat temu zauważył przypadkiem, że widzi źle okiem lewym, w którym nigdy przedtem nie spostrzegał jakichkolwiek zaburzeń; odtąd stan wzroku tego oka nie zmienił się — widzi palce w odległości jednego metra w skroniowej części pola widzenia.

Dobrze zbudowany, zdrowo wyglądający, nigdy nie chorował, a w szczególności chorób wenerycznych i płucnych nie przechodził, nadużyć na ogół nie popełniał, żadną skazą obarczony nie jest. Badanie narządów wewnętrznych wykryło powiększenie gruczołów

oskrzelowych po stronie prawej z osłabieniem oddechu w prawem płucu oraz przyspieszenie tętna bez dostrzegalnych zmian w sercu.

Zewnętrznych objawów chorobowych w oczach nie znaleziono; źrenice równe, kształtne, oddziałują na światło prawidłowo. Badanie wzornikowe oka prawego wykrywa zmiany następujące (obr. prosty):

Mniej więcej ze środka tarczy nerwu wzrokowego odchodzi pasmo tkanki bardzo cienkiej, szerokości $\frac{1}{4}$ części średnicy tarczy; brzegi tego pasma wydają się podwiniętymi; nosowa krawędź dość ostra, zaczyna się bliżej środka tarczy, przechodząc niepostrzeżenie w jego tkankę. Czy ten twór ma postać rury od spodu zamkniętej, czy też jest to tylko taśma — poznać nie można. W obrębie tarczy ta tkanka jest nieprzeźroczysta, czerwona, nieco podłużnie prążkowana czy pomarszczona, tuż poza obrębem tarczy widać przez nią, choć niewyraźnie, naczynia siatkówki; dalej w ciałku wydaje się szarobiałą, a grubością nie dorównywa tu oderwanej siatkówce.

Pasma to idzie od tarczy ku przodowi, ku górze i ku zewnątrz oka, staje się coraz więcej nikłym, wreszcie urywa się w ciałku szklistem. Przy miarowej łamliwości oka przebieg tego pasma ku przodowi można badać, nastawiając soczewki wypukłe wzornika aż poza 20 D. Przy odejściu od tarczy jest ono dość sztywno napięte, a ku przodowi wydaje się nieco pomarszczone podłużnie, może wskutek załamывania się w niem światła.

Z pod głównego pnia tego pasma, niedaleko od tarczy wychodzi drugi płat, bardzo delikatny, średnicy blisko $\frac{1}{2}$ tarczy, fartuszkowato zwieszony, krawędzią sięgający do tarczy i ginie wkrótce w ciałku szklistem. Na owo pasmo główne z naczyń tarczy nerwu wchodzi dwa naczynia tuż koło siebie idące, napełnione krwią i biegną ku przodowi oka w skroniowym brzegu owego tworzu; wydają się ciemniejsze od naczyń siatkówki wskutek kontrastu z szaro-białą tkanką, w której leżą; w dalszym przebiegu zaginają się w paru miejscach, tworząc kolanka, miejscami giną w zmarszczkach tkanki, stąd ma się wrażenie przerywania słupa krwi, i znikają dla oka badacza bliżej tarczy, niż samo pasmo. W wewnętrznej krawędzi jest jeszcze jedno naczynie, wyjścia jego z tarczy nie widać. Na wspomnianym wyżej fartuszkowato widać kilka bardzo cienkich, rozgałęziających się naczyń.

Siatkówka w okolicy plamki żółtej zmian szczególnych nie przedstawia. Tarcza z obficie rozgałęziającymi się naczyniami, ma barwę prawidłową i postać prawidłową; u dolno-zewnętrznego jej brzegu znajduje się kształtna okrągła grudka. W dolnej połowie ciałka widać kilka grubych kulistych i wydłużonych mętów bia-

łych; dopatrzeć się łączności tych tworów z siatkówką — nie udaje się. W obwodowych częściach siatkówki są liczne wybroczyny, głównie na spodzie gałki; przed paru tygodniami niektóre z nich miały postać wydłużoną, pędzelkowatą, obecnie są bardziej rozlane. W dwóch miejscach widać leżące pod naczyniami niekształtne zgrupowanie barwika. Dnia 31/X W. apr. 6/15; Sn 1_o z trudnością, dziś wzrok jest prawidłowy, 6/6, czyta płynnie Sn 0·5. Pole widzenia nieznacznie zwężone dośrodkowo.

Zmiany w oku lewym są widocznie pochodzenia dawniejszego. Tarcza nerwu biada, nieco mętna. Zupełnie symetrycznie z pasmem, znajdującem się w oku prawem, z tarczy wychodzi twór płaski o średnicy około $\frac{1}{2}$ tarczy i niewiele od niej dłuższy, z siatkówką ściśle połączony, biały, o wyraźnym charakterze łącznotkankowym. Po całym dniu są rozrzucone większe i mniejsze okrągłe ogniska chorobowe o charakterze zanikowym z niewielką ilością barwika. W ciałku wiele pływających tworów białych łącznotkankowych; są one przeważnie podłużne, niektóre rozgałęziają się, przypominając nieco włóknikowe odlewy oskrzelików w płwocinie suchotnika. Wybroczyn w siatkówce niema.

Niektóre szczegóły opisanych obrazów wziernikowych są łatwo zrozumiałe. Powtarzające się krwotoki do siatkówki i ciała szklonego w części organizowały się i dały początek twórcom łącznotkankowym; zmiany przy tarczy nerwu lewego należą do typu *retinitis proliferans*. W obec obrzęku gruczołów oskrzelowych mamy tu i podkład gruźliczy, tak często podawany w etiologii powtarzających się krwotoków do ciała szklonego u osób młodych; a ogniska zanikowe w naczyniówce oka lewego mogą być także pochodzenia gruźliczego. Trudniej jest wyłomaczyć charakter i pochodzenie owego unaczynionego pasma, wychodzącego z tarczy nerwu wzrokowego prawego. Nie ma ono charakteru tkanki unaczynionej, powstałej ze skrzepu krwi. Symetryczny układ zmian w tarczy obu nerwów skłania raczej do przyjęcia ich za zmiany wrodzone, choć i w tym razie nie przypominają one postaci znanych wad rozwojowych oka. Do *arteria hyaloidea persistens* nie mają one żadnego podobieństwa, Czy wybroczyny, widziane w siatkówce oka prawego i następstwa krwotoków do ciała — męty łącznotkankowe — są w związku z temi tworami na tarczach nerwów, czy też jednocześnie istnieją zmiany w ścianach naczyń, usposabiające do krwotoków, odpowiedzieć na to trudno.

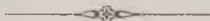
Obrady: K. Bein przypuszcza, że wobec istnienia w obu oczach wyraźnych postaci *retinitidis proliferantis*, to i tworzy przy tarczy należy uznać za pewną odmianę *retinitidis proliferantis*. Spostrzeżane na tym tworze naczynie ma wyraźnie zarysowane gałązki i tem róż-

zni się od art. hyaloidea pers., która gałązek nie ma. L. Endelm an twierdzi, iż to naczynie bierze początek na tarczy, idzie na zewnątrz i ginie w ciałku szklistem, zatem sądzi, że to naczynie należy do organizującego się ciała szklistego. M. Likiernik zwraca uwagę i na zmiany w naczyniówce, istniejące na obwodzie, co niezbiecie przemawia za chorioiditis disseminata. K. Bein. Przyczyną główną tych zmian są krwotoki, które, organizując się, mogą przybierać rozmaitą formę.

B. R. Gepner pokazuje przypadek zwyrodnienia szklistego czy skrobiowatego spojówki powiek górnych u 48-letniego chorego. Powieka górna prawa wydatnie zwisa; tarczka powieki mocno zgrubiała, ruchy powieki ku górze bardzo ograniczone. Po odwróceniu powieki, co jest b. trudne, widać, że w odległości 2 do 3 mm. od brzegu tarczki zaczyna się zwyrodnienie, które obejmuje spojówkę całego załamka, tworząc fałdę 1 mm. grubą i ze 2 mm. wysoką, kończy się przy przejściu spojówki na gałkę, a od wewnątrz zajmuje całą fałdę półksiężycową. U wewnętrznego końca załamka zgrubienie bardzo twarde, zawiera prawdopodobnie ognisko zwapnienia czy skostnienia. Powierzchnia zwyrodniałych części gładka, błyszcząca, barwą przypomina spojówkę, świeżo oparzoną wapnem, jest tylko nieco więcej żółta; fałda półksiężycowa jest mleczno-czerwona. Zwyrodnienie odznacza się bardzo nieznaczną skłonnością do pękania i krwawienia i to tylko w końcu wewnętrznym. Na powiece oka lewego istnieją zmiany podobne, zajmują one wewnętrzną połowę spojówki chrząstki i załamka; są powierzchowniejsze, gdyż dotyczą tylko spojówki, mają barwę żółto-białą. G. przypuszcza w tym razie raczej zwyrodnienie szkliste.

K. Bein pokazuje globoskop wyrobu fabryki Ziesenganga w Dysseldorfie. Jest to prostej budowy przyrząd projekcyjny do rzucania na ekran obrazów, przedmiotów nieprzeźroczystych: rycin zwyczajnych i kolorowanych, nawet obrazów przedmiotów, np. roślin, narzędzi i innych. Rysunki wsuwa się do przyrządu w szczególnych kasetach blaszanych lub wprost podkłada się pod aparat otwarte książki z rycinami, albumy i t. p. Cena przyrządu z obiektywem średnicy 67 mm. wynosi 150 marek; istnieją także przyrządy w cenie od 100 do 390 marek zależnie od wielkości obiektywu. Do oświetlenia służą 4 lampy żarowe elektryczne po 100 świec; ekran (140×140 cm.) powleczony jest substancją, nadającą mu połysk srebrzysty. Wielkość rysunku nie może przenosić 12×12 cm.; powiększenie w odległości 3 m. wynosi 12; obraz jest ostry i dobrze oświetlony. Przy pomocy globoskopu B. rzucał na ekran obrazy oftalmoskopowe z atlasów, prócz tego z pra-

kyki własnej zdjęcie fotograficzne osób, dotkniętych porażeniami mięśni ocznych i radiogramy ciał obcych w oku. Najładniej wychodzą rysunki kolorowane; przy rozpatrywaniu obrazów oftalmoskowych ma się chwilami złudzenie, że rzeczywiście widać dno oka w obrazie prostym. Globoskop może oddać usługi wielkie dla wszelkiego rodzaju odczytów, wykładów i pokazów wobec nielicznego grona osób (20—40), kwestya tylko, czy okaże się trwałym w użyciu.



Na życzenie jednego z kolegów otwieramy w »Postępie Okulistycznym« z dniem dzisiejszym

IV. DZIAŁ PYTAŃ I ODPOWIEDZI.

Dr. J. Sz. w Kurytybie pyta: 1) Kiedy trzeba operować zaćmę urazową w średnim i podeszłym wieku, czy zaraz po uszkodzeniu, czy też czekać i jak długo?

2) Jaką ze zaproponowanych operacji przeciw jaskrze najlepiej wykonywać?

Na to odpowiadam:

1) Zaćmy urazowej w młodym wieku zasadniczo nie operuję, pozostawiając naturze przebieg; jeżeli jednak pęcznienie jest silne i połączone z podniesieniem napięcia, bólami, przekrwieniem spojówki, wypuszczam korę po zrobieniu nowego cięcia grotem w rogówce, albo otwierając sztylecikiem większą zlepioną już ranę urazową. W średnim i podeszłym wieku, zwłaszcza w ostatnim, gdzie skleroza soczewki może być znacznie rozwiniętą, zwykle pęcznienie nie robi szybkich postępów i dlatego, jeżeli niema komplikacji ze strony tęczówki. wzgl. niema jaskry następowej, można z operacją czekać, dopóki stan podrażnienia oka trzyma się w miernych granicach i chory nie doznaje dolegliwości występujących, gdy przychodzi do jaskry następowej. W takichto razach zastrzyknąwszy pod spojówkę rozczyn kokainy z adrenaliną wykonuję usunięcie soczewki zranionej cięciem pławem za pomocą nożyka Graefoskiego, ile możności wypłukując korę moim przyrządem.

2) Co do jaskry to uważam irydektomię przeciw jaskrze zapalnej tak ostrej jakoteż przewlekłej za wyłączną i skuteczną operację, byle była zrobiona ściśle obwodowo z wycięciem tęczówki tuż przy samem ciałku rzęskowem. Jaskra prosta zaś wymaga przede wszystkim uwzględnienia stanu ogólnego, miotyków z kokainą, a gdy to nie pomaga, moja sklerotomia (multiplex cruciata) skutecznie powstrzymuje dalszy rozwój choroby, zwłaszcza gdy po operacji przez kilka tygodni dwa razy dziennie wykonujemy masowanie gałki na twardówce, nie na rogówce, które tylko wtenczas miałyby racyę bytu, gdyby operator wykonał sklerotomię przednią

wedle Weckera, zasługującą na polecenie w przypadkach, gdy skleroza twardówki w przednim odcinku do samej rogówki dochodzi.

PROF DR B. WICHERKIEWICZ.

V. ROZMAITOŚCI.

I Zjazd higienistów polskich we Lwowie odbędzie się w czasie od 19—22 lipca br. Jako tematy dyskusyjne wejdą na porządek obrad: walka z gruźlicą, śmiertelność dzieci, sposoby krzewienia higieny wśród ludu, sprawa wychowania fizycznego.

Wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu: Dr. Br. Kaczorowski, Lwów, Małeckiego 5.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Dr. P. Junius habilitował się w Bonn.

Doc. pryw. dr. M. Wolfrum w Lipsku mian. nadetatowym prof. nadzwycz.

Prof. Dr. Kraus z Marburga objął po ś. p. Pfalzu kierownictwo Kliniki ocznej miejskich zakładów leczniczych w Dysseldorfie.

Habilitowali się Dr. Santamaria w Neapolu; Dr. di Lorenzo w Sassari.

Prof. nadzwyczajn. mianowani: Dr. Klein i Dr. Hanke we Wiedniu.

VII. KRONIKA ZAŁOBNA.

W Kilonii zmarł Prof. Voelkers b. dyrektor klinik uniwers. od roku 1868—1907.

