

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Grudzień.

—\* ROCZNIK DZIEWIĄTY. —\*

1907.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Wysokie stopnie niezborności po operacyi zaćmy.

Podał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Niezborność pooperacyjna jest zjawiskiem dość częstem, a nieprzyjemnem, gdy choremu o spieszne dobranie stosownych chodzi szkielek. Nizkie stopnie prawie codziennem będące zjawiskiem nie wchodzi tutaj w grę, bo albo uwzględniamy je, gdzie tego zachodzi potrzeba albo czekamy z przepisaniem szkielek, aż się one wyrównają, co niekiedy po kilku następuje miesiącach.

Wyższe więcej sprawiają kłopotu, jużto z optycznych względów, jużto dla technicznych trudności, a przedewszystkiem dlatego, że przy bardzo wysokich stopniach niezborności wzrok niepomieranie bywa upośledzonym.

To też ważną jest sprawą wypośrodkowanie, co wyższe stopnie powoduje i jak temu zapobiegać.

Że rodzaj cięcia niewątpliwie ważną przyczynową odgrywa tutaj rolę, jest rzeczą wiadomą, a Dr Majewski wy-

kazał na materyale kliniki krakowskiej statystycznie, iż im mniej cięcie jest obwodowem, tem silniejszym jest *mutatis mutandis* stopień niezborności pooperacyjnej, tak, że najwyższe stopnie niezborności dają te operacye, przy których cięcie prowadzone jest w rogówce. (O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy. P. O. 1900. Nr 8. i 9.).

Jeżeli wedle zestawienia Dr Majewskiego stopień niezborności jest silniejszym w wyższym wieku t. j. po 65 roku życia, to może przy tem łuk starczy odgrywać rolę pewną, a nie jest wykluczonem, że i opóźniony rychłozrost do tego się przyczynia. Sprawa ta powinna być jeszcze dokładnie zbadaną.

W nielicznych przypadkach przezemnie cięciem płatowem bez irydektomii operowanych zaćm niezborność stanowczo przybierała większy stopień. Tu z jednej strony powodem może być przesunięcie cięcia ku rogówce dla ominięcia wypadnięcia tęczówki, a z drugiej strony ta okoliczność, iż często poza tęczówką pozostaje część kory, która pęczniejąc sprawia, jeżeli nie wypadnięcie tęczówki, to przynajmniej jej przytykanie do tylnej powierzchni ranki, co albo wprost jej prawidłowemu zabliznianiu przeszkadza albo do jaskry następowej prowadzi, a ta, jak wiemy, w tych razach właśnie wyższe stopnie niezborności powoduje.

Nie będę tutaj mówił o innych wpływach powstawanie niezborności sprawdzających, któremi bywają wypadnięcie ciała szklatego, wrośnięcie tęczówki, blizny bruzdkowane, — gdyż te okoliczności należycie były uwzględnione w pracy powyższej wspomnianej, gdzie czytelnik również znajdzie skrzętnie zebraną pod tym względem literaturę.

Natomiast mniej wyświeconym jest wpływ jaskry pooperacyjnej na stopień niezborności, a ten moment chciałbym tutaj wyświecić, gdy mi się do tego nadarzyła dobra sposobność spostrzegania bardzo pouczającego przypadku.

Z góry przypuszczać trzeba, że właśnie gałki ulegające rozparciu wskutek wzmożonego napięcia wśródgałkowego zbli-

żając się więcej do kulistych postaci słabszy wzgl. będą miały stopień niezborności. Inaczej atoli tam, gdzie niedość ścisła blizna pooperacyjna wskutek wzmożonego napięcia więcej ulega rozdęciu od innych części opony gałkowej.

Znamiennym pod tym względem był właśnie następujący przypadek.

Garbarz, murarz 44-letni z Kr. Pols. zgłosił się w końcu stycznia b. r. ze zaćmą twardą jądrowo-korową i torebkową lewego oka, nie umiając podać powodu zmian tegoż oka: prawe oko było prawidłowe. Mocz wedle protokołu miał być »bez zmiau«, Ast lo. = 70t/48; 20n/47. Operację wykonałem w dniu 6. II. przez cięcie płatowe z dużym płatem spojówkowym, z wycięciem tęczówki, a z przebiegiem zupełnie prawidłowym. Po operacji jak zwykle obustronna opaska papierowa pusta, a zatem oko pozostało bez uciskowego opatrunku. Nazajutrz zapisano: oko blade, ranka zlepiona, rogówka czysta, źrenica regularna nieco wąska, czysta. Atrop., opaska. Dn. 8. II. Tosamo, tylko źrenica rozszerzyła się regularnie, ale przednia komora zawsze jeszcze płytka. 9. II. Ranka lekko wydęta, przednia komora głęboka. Atrop., 10. II. Oko zawsze blade, wszystko prawidłowe, dlatego już tylko opaska na operowane oko. 14. II. Znowu zapisano, że ranka lekko wydęta. Czy nią nie była ciągle, nie wiadomo, bo wzmianki nie ma o tem, ale po raz pierwszy inna a mianowicie, iż przy bocznem oświetleniu widać ślad torebki w czarnej źrenicy (gdzie?). 15. II. stan oka przedstawiał się tak dobrze, że chory przeznaczony był do wyjścia. Przedtem zbadano wzrok, palce na  $\frac{1}{2}$  m bez szkła, na 3 m przez + 11. Badanie astygmatometrowe wykazuje: Lewe oko  $^{90}_{59}$   $^0_{35}$  a zatem niezborność wynosi 24 D.

Wobec tego przedstawiono mi chorego do ściślejszego zbadania, które wykazało: Lekkie przekrwienie spojówki gałkowej, mianowicie zaś płata spojówkowego, pokrywającego bliznę operacyjną. Płat ten jako i pod nim znajdująca się blizna twardówkowa wydęta, lubo brzegi ranki przylegają dobrze. Rogówka czysta, lśniąca, przednia komora bardzo głęboka, źrenica duża, czarna, czysta, a tylko starannie badając

widzieć można przy bocznem oświetleniu za tęczówką zewnątrz torebkę. T.  $+ 1$ . Oft. Media czyste, a tarcz dołem zewnątrz otoczona garbcem dość szerokim. Oznaczenie astygmatyzmu w mojem pomieszkaniu, gdzie badam znakomitym przyrządem Pfistera, daje następujący wynik: 70 t / 55,5 20 n / 35,5 a zatem zawsze jeszcze 20 D. Pozorne zredukowanie nieźborności o 5 D tłumaczy się tem, że astygminometr kliniczny w tym właśnie czasie nie funkcyonował prawidłowo. Wobec wydęcia poprzednio już prawidłowej blizny pooperacyjnej, wobec napięcia gałki ( $+ 1$ ), rozpoznanie brzmiało: *Glaucoma postoperativum tardum*. Włożyłem masę z eseryny, pilokarpiny i kokainy (Ung. PEK.) dałem opaskę spirytusową uciskową. Nazajutrz znalazłem ranę mniej wydętą. T.  $+ \frac{1}{2}$ , źrenicę zwężoną nieco, a przytem okazało się, że źrenica zwężając się wygładziła torebkę za tęczówką się chowającą i nawet brzeg źreniczny przekraczającą. Ast. lo. = 85 t / 56,5 10 n / 43,5, a zatem z 20 D zmniejszył się astygmatyzm na 13 t. j. o 7 D. Założono masę PEK i dano znowu opaskę. Dnia 18. II. wynosi As. już tylko 10, a wzrok lewego oka  $10/_{36}$ . Ast. 10<sub>0</sub> 80 t. comb.  $+ 1,5$ . 19. II. Astigm. = 80 t. / 47 10 n / 38,5, a zatem 8,5 D. Wzrok  $10/_{24}$ . Ast. hp. 8,5, 80 t com.  $+ 2$  sfr. Chory dostaje raz jeszcze pilokarpinę i opaskę uciskową. 20. II. Astygmatyzm wynosi 8 D. Źrenica około 7 mm szeroka. Oftalmoskopijnie widać wyraźnie tarcz nie zagłębioną. Chorego puszczono do domu, z poleceniem, by przyjechał później.

W przypadku tym zmniejszył się zatem w przeciągu 5 dni Astygm. z 24 D na 8 D. Rzecz niebywała w zwykłych warunkach, gdzie potrzeba wielu miesięcy, żeby nieźborność o kilka dioptryi mogła się zmniejszyć.

Przypadek ten dowodzi, iż torebka, po rozszerzeniu źrenicy ku obwodowi cofnęła się, tamując tem samem drogę odpływową, była powodem jaskry, która wydęcie świeżej blizny operacyjnej, a tem samem wysoki stopień nieźborności wywołała.

Mniej wybitnym, ale także znamiennym jest następujący przypadek, pozostający jeszcze w obserwacyi.

Dr X. 60-letni, *cataracta dura nucleo-corticalis et capsularis sin.* Operowany dn. 25. VI. b. r., Operacya z powodu nerwowości chorego, który ciągle mruga, utrudniona, ale bez przy padłości. Cięcie płatowe z płatem spojówkowym, nieco małe w stosunku do bardzo twardej dużej soczewki, wycięcie dużego kawałka tęczówki. Po cystotonii i wyrwaniu kawałka torebki wydobyć soczewki było utrudnionem. Trzeba było sobie pomagać cystotomem, następnie wypłukano pozostałą korę. W dolnej części źrenicy pozornie czystej pokazuje się torebka, która się ku obwodowi cofa. Uchwycono ją szczypczykami, wyciągano, przyczem tylko część oderwała się, gdy inna znowu ku dołowi powróciła. Uchwycenie ponowne, a przy wolnem wyciąganiu torebki z gałki grozi *hernia corporis* tak, że odcięto tylko spory kawałek leżący już poza raną, poczem reszta znowu cofnęła się, a z nią także i ciało szkliste. Wyniosłem wrażenie, że chodziło tu już nie o przednią torebkę, ale tylną, która również zgrubiała z hyalideą zlepioną przy wyciąganiu ciało szkliste za sobą ciągnęła. Dość, że po dokonaniu ostatniego rękoczynu źrenica była względnie czysta, a ranka gładka. Zapuszczono pilokarpinę i założono opaskę papierową z lekką warstwą waty. Nie będę opisywał pojedynczych okresów dalszego przebiegu gojenia się rany, zaznaczę tylko, że po kilkudniowym przebiegu bezreakcyjnym, poczęła kora pęcznić po za znacznym kawałkiem grubej torebki dołem pozostałej. Wytworzył się dość długo trwający stan podrażnienia i napięcia wzmożonego gałki, przyczem ranka, jak później się pokazało, była wydęta.

Stosowano naprzemian środki to zwężające, to rozszerzające, zakładano opaskę uciskową wzgl. Salzwedłowską. Ostatecznie udało się stan glaukomatyczny usunąć, a z nim i dolegliwości objawiające się ciągłym bólem to znowu uciśkiem w kąciку zewnętrznym. Zmętnienie rogówki poprzednio dość wybitne, a także cieczy wodnej znacznie zmniejszyło się. Natomiast dolną część źrenicy zasłania gruba torebka chowająca się za tęczówką. W górnej części, gdzie szeroka szpara tęczówkowa, źrenica jest wolna, a przez nią widać dno wy-



rażnie. Napięcie nie da się dokładnie oznaczyć, bo wrażliwość nerwowego chorego na dotyk tak wielka, że przy każdej próbie badania łącznicy chory cofa głowę. Zdawało się jednak być podwyższonem.

Dnia 13. VI. zbadano po raz pierwszy astygmatyzm prawego oka:  $\frac{90}{51}$   $\frac{0}{36}$  a zatem 15 D. Wzrok: palce na 1 do 2 m, rzekomo żadne szkła nie poprawiają. PEK, wieczorem dionina i opaska uciskowa.

20. VI. nieźorność wynosi już tylko 12 D. Wzrok prawego oka:  $\frac{10}{36}$  cyl. 12,0 90, komb. + 3,5 sf. Sn. 1,75 komb. + 8.

Badanie oka wykazuje: przekrwienie spojówki zginęło, rogówka lśniąca, źrenica wyjaśnia się więcej. OFT: dno dość wyraźnie się przedstawia. Dotyk niebolesny. T = n.

Ostatnie badanie dokonane dnia 27. XI. wykazuje:

Ast. 8 D. W pr. =  $\frac{10}{24}$  cyl. + 8,0 90  $\subset$  + 4.

Źrenica czysta — dno prawidłowe.

Przytoczone przypadki nieźorności wysokiej w następstwie jaskry po operacji zaćmy nie są odosobnione, zachodzą one częściej aniżeli przypuszczamy, ale niezawsze są należycie oceniane zwłaszcza, gdy się nie wykonuje pomiarów astygnometrycznych tak ważnych wogóle, dających nam cenne wskazówki pod względem etiologicznym.

W ostatnich tygodniach miałem w klinice znowu przypadek, gdzie z tych samych pobudek powstał astygmatyzm wysoki, analogiczny jak w przypadku pierwszym; nie będę go przytaczał, by czytelnika nie nużyć, zaznaczam tylko, że tam analogia przyczynowości była trudniejsza z powodu nieregularności wypuklenia rogówkowego wskutek cięcia dokonanego nieprawidłowo przez rękę mniej wprawną.

Wobec faktów przytoczonych nasuwają się praktyczne wskazówki, a mianowicie, by najprzód cięcie zrobić takie, które najmniej powstawaniu nieźorności sprzyja, a zatem cięcie gładkie, ile możliwości obwodowe z płatem spojówkowym. Ale i to może celowi nie odpowiadać. Powstanie nieźorności ułatwionem bywa przez przesunięcie wzgl. wystawanie brzegu dośrodkowego rany nad obwodowym, jak to Weiss (Arch.

f. Aghk. VI. 1877) wykazał na podstawie materyału i badań anatomicznych Beckera, a także, na co tenże Weiss zwrócił uwagę, przez ucisk mięśni prostych zewnętrznych i wewnętrznych na gałkę. Będzie to miało zwłaszcza tam miejsce, gdzie chory przy zmianie opatrunku robi silne zwrotne ruchy, a także, gdzie opatrunek nie wywiera na ranę ucisku. Ale obok tych wpływów wystąpi inny, silniejszy jeszcze, nawet już po zabliznieniu się rany, gdy zabliznienie niezupełnie jeszcze jest silnem, mianowicie wpływ napięcia wśródgałkowego wzmożonego. Blizna wiotka nie opiera się dostatecznie takiemu ciśnieniu i więcej od reszty ściany gałkowej wydęciu podlega. Temu zaś zapobiegać możemy przez staranne usunięcie nie tylko kory, która pęczniąc powoduje wzmożone napięcie, ale także torebki zwłaszcza zgrubiałej. Atoli nie zawsze się to udaje mimo naszej zręczności i staranności. Tu więc leczenie następowe winno przyjść w pomoc.

Baczyć więc na napięcie gałki po operacyi pilnie, skoro bowiem przednia komora pozostaje albo staje się płytką łatwo może to być, jak to już na innem miejscu zaznaczyłem (*du glaucome postoperative*, Ann. d'oculist. 1904), objawem wzmagającego się napięcia, a nawet, gdy przy płytkiej komorze napięcie jest prawidłowe, już to winno być przestrogą, że jaskra następowa zapowiada się. Unikając wtenczas środków rozszerzających źrenicę przejdziemy do środków zwężających, skoro przednia komora się nie pogłębia. Ale one nie zawsze wystarczają, by złemu zaradzić, zwłaszcza wtenczas, gdy pęczniąca kora napięcie wzmacnia; tu wypadnie stosować dioninę dla pobudzenia wessania.

Skoro źrenica czysta, czarna, a przy prawidłowym przebiegu gojenia się ranka mimoto wydętą pozostanie, będzie to budziło podejrzenie, że w obwodzie albo torebka albo kora pozostała odpływ cieczy wśródoczonej utrudniają i tem starannie przyjdzie nam stosować miotyka i ucisk na gałkę przez opaskę wywierać.

A teraz słów kilka co do korekcyi. Ze z nią czekać będziemy dopóki stopień niezborności nie zmniejszy się znacznie,

czy to sam z biegiem czasu, czy też przez zabiegi, tego podkreślać nie potrzeba.

Bywają przypadki silnej niezborności, gdzie szkła walcowate pozwalają bystrość wzrokową znacznie podnieść, są jednak inne, gdzie żadne wysiłki pod tym względem nie prowadzą do celu. Będzie to miało oczywiście przede wszystkim miejsce wtenczas, kiedy w następstwie nieregularnego prowadzenia cięcia, albo wskutek nierównomiernego zrośnięcia się rany wskutek wrośnięcia tęczówki, torebki lub wypadniętego ciała szklistego — powstaje niezborność nieregularna.

Nie rzadkie są znowu takie przypadki wysokich stopni niezborności pooperacyjnej, gdzie osie stoją do siebie prostopadle, a jednak walcowate szkła nie pozwalają bystrości wzrokowej poprawić. Tu albo z powodu wielkości źrenicy wzgl. szpary tęczówkowej aberacya sferyczna jest tego powodem, albo też przez wspomniane działanie mięśni bocznych dna oka wypukleniu nieprawidłowemu uległo, wskutek czego obrazki tworzące się na siatkówce ulegają upośledzeniu. Za ostatnią okolicznością zdaje mi się przemawiać doświadczenie, iż przy wysokich stopniach krótkowzroczności niejednokrotnie mimo braku niezborności rogówkowej czy soczewkowej, mimo braku wśródocznych zmian obniżenie bystrości powodujących, chory na daleką przestrzeń ma wzrok bardzo słaby, nawet mimo najlepiej dobranych szkieł (często zaledwie  $\frac{1}{10}$ ), gdy z bliska przy wąskiej źrenicy najdrobniejszy czyta druk, gdyż wtenczas obraz powstaje na małej przestrzeni wzgl. prawidłowo rozpiętej siatkówki. Jest to oczywiście tylko przypuszczenie, ale opierające się na pewnej podstawie wzniesionej przez szeregi spostrzeżeń klinicznych.



## II. STRESZCZENIA.

## Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVII. Z. 4. (Referent Dr Bałaban).

*Zmiany spowodowane wągrem, w pierwszym okresie jego przedostania się do oka.* (Veränderungen, bedingt durch Cysticercus im ersten Stadium seiner Einwanderung in das Auge). Prof. Cirincione.

Dotychczasowe spostrzeżenia opisywane przez różnych autorów odnosiły się do zanikowych i ropnych zmian w oku, jakie spowodowane bywały przez długotrwałe pozostawianie tego pasożyta w oku. Przypadek opisany przez autora poucza dokładnie o zmianach, jakie pasożyt powoduje, jako obce ciało, a także wykazuje, że bystrość wzroku w danym przypadku może być zupełnie niezawisłą od zmian w siatkówce. W opisanym przez autora przypadku znachodził się wągier przez 35 dni w oku, a od 18 dni dał się spostrzegać w ciałku szklistem. Tarcza wzrokowa była pokryta białawem zmętnieniem. Siatkówka była zmętniała i licznie pomarszczona. W dolnym kwadrancie siatkówki znajduje się aksamitnawo-żółtawa plama o podwójnym przekroju tarczy wzrokowej. Dwa brunatnawe pasemka rozdzielają tę plamę na dwie części. Przez tę plamę przebiegają dwa naczynika silnie zgrubiałe. Na zewnątrz od tej plamy widać pęcherz wągra ze szyją długości  $1\frac{1}{2}$  przekroju tarczy wzrokowej. Na szyi widać dokładnie ssawki. Oko posiada od dołu poczucie światła. Tn. Oko zostało wyłuszczone przyczem makroskopijnie dało się dokładnie spostrzegać umiejscowienie pasożyta poza równikiem. W miejscu tem była siatkówka odklejona. Ciało szkliste było przejrzyste. Następnie opisuje autor dokładnie preparaty drobnowidowe i wysnuwa z nich następujące wnioski:

1. Wągier drażni siatkówkę i nerw wzrokowy, przytem wytwarza nową błonę przedsiatkówkową, która jest przyrosłą do siatkówki w kilku miejscach.

2. Przez kurczenie się tej błony kurczą się równocześnie wewnętrzne warstwy siatkówki.

3. Jeżeli pasożyt umiejscawia się pod błoną szklaną, to powstaje tam przestwór wypełniony żółtawym płynem. Jeżeli wągier przebijie siatkówkę, to płyn ten przedostaje się pod siatkówkę i powoduje jej oderwanie.

4. Znajdujące się na siatkówce plamy są wyrazem ognisk wypełnionych komórkami a znajdującemi się pod t. zw. *membrana hyaloidea*.

5 W miejscu, gdzie się do oka przedostał wąż, znajduje się plama; drobnowidowo składa się ona z tkanki łącznej, powstałej przez zrost siatkówki z naczyniówką.

6. W miejscu, gdzie pasożyt styka się z siatkówką, jest ona zmieniona w błonkę łączno-tkankową. Z tą błonką jest pasożyt połączony zapomocą warstewki, składającej się ze skrzepłych szklistych komórek.

7. Powierzchnia tej błonki jest pokryta komórkami olbrzymiemi.

Znaczne zaburzenia u ludzi, których oczy za późno wyjęto, powstają wskutek bujania i zmiany w naczyniówce.

*Przypadek szpary soczewki z uwagami nad fizjologicznym dowodem o ześrodkowaniu soczewki.* (Ein Fall von Linsendefect nebst Bemerkungen über den physiologischen Nachweis der Linsencentrirung). Dr Isakowicz.

Szpary w soczewce znajdują się zawsze na jej brzegu i są różnej wielkości. Autor opisuje przypadek, w którym się rozchodziło o chore, źle widzące oko z urodzenia. Obszar źreniczny rozpada się na część nie mającą soczewki i na drugą część z soczewką, przyczem linia graniczna jest kańciastą. Przez część pierwszą widać na dnie oka prawidłową tarczę wzrokową i naczynia. Obok tarczy wzrokowej znajduje się w naczyniówce ognisko. W żółtej plamce widać barwik. Astygmatyzm, V. lo. liczy palce w odległości 1 m. W części bez soczewki H + 7 D.

Toldt zwrócił na to uwagę, że jednooczne podwójne widzenie występuje przy zwichniętej i zwiotczalej soczewce, ale nigdy przy jej szparze. To spostrzeżenie tłumaczy autor w następujący sposób: Jedna część obszaru źrenicznego może się stać bezsoczewkową, wskutek przesunięcia się soczewki w całości lub też częściowo. Powstają 2 obrazki i to z części mającej soczewkę i z drugiej części bez niej. Afakia powoduje przesunięcie się punktu węzłowego ku tyłowi, dyslokacya zaś soczewki na bok sprowadza przesunięcie się tego punktu w tymże kierunku. W przypadku opisanym widziało oko środkowo pojedynczo, obwodowo zaś podwójnie. Przypadek ten jest drugim w literaturze, w którym brak w soczewce był tak wysokiego stopnia. Pierwszy podobny przypadek ogłosił Jodko-Narkiewicz. Szpary takie są wrodzone, a są one wedle zdania Beckera i Rämpfera w łączności ze szparami w wieńcu rzęskowym. Hess znowu sądzi, że przyczyny powstania

takiej szpary szukać należy w przetrwałych zgrubieniach łączno-  
tkankowych śródplotkowych naczyń torebki soczewki. Autor sądzi,  
że w jego przypadku przyczyną tych zmian było zapalenie śród-  
maciczne oka.

*O adaptacyi w ciemności i o purpurze wzrokowej u kur  
i gołębi.* (Über Dunkeladaptation und Sehpurpur bei Hühnern und  
Tauben). Prof. Hess.

Parinaud twierdzi, że wrażenia świetlne u oka adaptują-  
cego się w ciemności zależne są od zwiększenia się ilości purpury  
wzrokowej. Na dowód tego przytacza tę okoliczność, że ptakiienne,  
u których nie ma purpury wzrokowej, nie mogą przystawać się  
do ciemności Hering i jego uczniowie udowodnili, że w oko-  
licy *fovea centralis* nie brakuje adaptacyi w ciemności, a jeno jest  
ona mniejszą aniżeli adaptacya poza tą plamką. Autor postawił so-  
bie za zadanie wykryć, czy zmiany adaptacyjne w siatkówce są  
zawisłe li tylko od pręcików, względnie od tworzenia się purpury  
wzrokowej, czy też adaptacya w ciemności jest także możliwą przy  
braku tych czynników i w jakich granicach. Doświadczenia swoje  
robił u kur i gołębi, gdyż u tych znajduje się większa ilość  
czopków, aniżeli pręcików, a nie jak to mylnie sądzono, że u tych  
zwierząt niema wogóle pręcików. Do tych doświadczeń nadawały  
się lepiej kury aniżeli trwożliwe gołębie. Badania swoje robił autor  
także na oczach gołębi albinosów, u których niema barwika w sia-  
tkówce i naczyiniówce. Na podstawie swoich doświadczeń przycho-  
dzi autor do wniosków, które ze względu na czysto teoretyczne  
wywody należy przejrzeć w oryginale od 1—8.

*Badania nad poczuciem na światło i na barwy  
u ptaków dziennych.* (Untersuchungen über den Lichtsinn und  
Farbsinn der Tagvögel). Prof. Hess.

Badanie swoje robił Hess przy pomocy lampy łukowej,  
którą wytwarzał widmo rzucone zwierciadłem na ciemne dno  
siatki, gdzie sypano pszenicę. Przekonał się też autor, że kury  
adaptowane jasno i ciemno, szukają ziarna zawsze w okolicy czer-  
wonego i pomarańczowego i to aż do granic niebiesko-zielonego.  
Kury adaptowane w ciemności szukają ziarna jeszcze poza tą gra-  
nicą aż do niebieskiego. Z tego wynika, że dla kury widmo  
w kierunku długofalistej części jest takie, jak u człowieka, w kie-  
runku zaś krótkofalistej granicy jest znacznie krótsze. Podobnie  
zachowuje się widmo u gołębi. U pawiana są stosunki zupełnie  
te same, jak u człowieka. Dalej robił Hess doświadczenia z bar-  
wnymi światłami. Kury szukają ziarna zawsze w części więcej

oświeconej, a następnie gdy ziarna brak, szukają je w części ciemniejszej. Miarodajnem jest zatem jasność. Przy naświetleniu barwą czerwoną i niebieską szukają ziarn zawsze najpierw na barwie czerwonej, chociażby światło było tutaj słabszem. Objaw ten tłumaczy się tem, że zwierzęta te spostrzegają zawsze tylko promienie o dłuższej fali. Z doświadczeń tych wynika, że sposób widzenia oka kurzego jest podobnym do oka ludzkiego, które przez przedłożenie szkła barwnego znajduje się w podobnych warunkach fizyologicznych. Doświadczenia te udowadniają po raz pierwszy, że wrażliwość na barwy u tych zwierząt zależną jest od drażnień zewnętrznych i to od skurczów pręcików siatkówki.

*Zajmujący przypadek gruźlicy spojówki.* (Ein interessanter Fall von Tuberculose der Bindehaut). Dr Saxl.

23-letnia chora cierpi od roku 1903 na obrzęki powiek i wilka w nosie. Ojciec zmarł na chorobę płucną. Chrzastka spojówkowa górnej powieki była polipowato-zgrubiała, miejscami zaś znajdowały się na niej brodawkowate zgrubienia. Blizu brak. Rogówka była pokryta licznymi bliznami, soczewka zmętniała. Górna powieka była zgrubiała i zaczerwieniona. W pobliżu brzegu powiekowego były umiejscowione gruzełki wielkości główki od szpilki. Wybujania te wycięto dwukrotnie, poczem spojówka była galwanokauterem przypaloną. T. R.  $80/500$  mgm. Po 5-u miesiącach przyszło do nawrotu wilka i do nowych bujań brodawkowatych. Te zostały ponownie wykrobane, poczem spojówkę leczono 2% lapisem. T. R.  $122/500$  mgm. Po upływie  $1\frac{1}{2}$  roku, nowe wybujania, które ponownie usunięto. Obecnie nie znaleziono więcej prątków gruźliczych, ani też komórek olbrzymich. Przypadek ten należy do 3-ej grupy gruźlicy spojówki wedle podziału Sattlera.

*O schorzeniach rogówki przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego.* (Über Corneakrankheiten bei Iridocyklitis). Dr Cuperus.

Znane nam zmiany na rogówce przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego występują pod postacią osadów na tylnej ścianie rogówki. Osady te składają się ze zbitych ciałek białych a często z barwika. Prócz tego występuje przy tem w głębokich warstwach rogówki zapalenie, które pozostawia trwałe zmętnienie w rogówce. Autor opisuje trzy przypadki, w których zmiany w rogówce miały inny charakter i przychodzi do następujących wniosków:

1. Przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego daje się często spostrzegać głębokie zmętnienie, od obwodu ku środkowi rogówki.
2. Zmętnienie to rozprzestrzenia się albo na całą tylną ścianę

rogówki, lub tylko na jedną jej część i to na tę, gdzie się spostrzegać daje najsilniejsze nastrzyknięcie rzęskowe. Zmętnienie to występuje 4—7 dnia a towarzyszy mu równocześnie wzmoczenie się ucisku śródocznego i zmętnienie ciała szklistego.

3 Zmętnienie to znika po upływie 7—10 dni bez śladu, podczas gdy osady długo pozostają.

4. Autor sądzi, że zmętnienie to jest analogiczne do promieniowatego zmętnienia przy wrzodzie rogówki. Czy w danym przypadku powstają osady, czy też przychodzi do zapalenia rogówki, to zdaniem autora jest zależnem od umiejscowienia sprawy zapalnej ciała rzęskowego.

Archives d'Ophthalmologie. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 8. *Trzy przypadki retinitis punctata albescens.* (Trois cas de rétinite ponctuée albescente typique et familiale). Van Duyse.

Jako *retinitis punctata albescens* określa Fuchs zmianę na dnie oka przedstawiającą się w postaci niezliczonych, po całej siatkówce gęsto rozsianych, bardzo drobnych białych, ostro ograniczonych plamek, przy braku jakichkolwiek, choćby najmniejszych złogów barwikowych. Zmiana ta łączy się z mniej lub więcej znacznem upośledzeniem bystrości wzroku, a nadto towarzyszy jej zwężenie pola widzenia i hemeralopia sięgająca lat jeszcze dziecięcych. Dziedziczność w powstaniu cierpienia odgrywa niewątpliwą rolę. Zazwyczaj zmiana ta występuje u kilku osób w tej samej rodzinie. Van Duyse podaje opis kliniczny trzech typowych przypadków *retinitis punctata albescens* u trojga rodzeństwa. Rodzice żadnych zmian w oczach nie okazywali, a z ich sześciorga dzieci tylko troje było dotkniętych cierpieniem. Dwie piękne chromolitografowane reprodukcje przedstawiają obraz wziernikowy u najstarszej 20-letniej córki, u której zmiany są najwybitniejsze. Rodzice nie byli ze sobą spokrewnieni i nie przechodzili kiły. Na uwagę zasługuje okoliczność, że pod względem wieku dzieci zdrowe i dotknięte zmianami w siatkówce następowały po sobie naprzemian. Autor podnosi zupełny brak badań mikroskopowych przy *retinitis punctata albescens*, bo nikt jeszcze nie miał sposobności oko takie wyłuszczyć lub badać *post mortem*. Uważne jednak badanie zapomocą wziernika rzuca już światło na patogenezę tej rzadkiej choroby. W przypadkach opisanych przez autora można było wyraźnie



stwierdzić sklerozę żył i tętnie naczyńiówki. Autor przypuszcza, że pierwotną zmianą jest zwyrodnienie szkliste naczyń *chorio-capillaris*, a spowodowane niem upośledzenie odżywienia przybłonka barwikowego siatkówki, nawet przy prawidłowym stanie samychże naczyń siatkówkowych, wystarcza do wywołania zmian wzienikowych znamiennych dla *retinitis albescens* i do osłabienia sprawności czynnościowej siatkówki.

*Tętniak urazowy oczodołu, podwiązanie tętnicy dogłowej wspólnej, znaczna poprawa.* (Anévrysme traumatique de l'orbite gauche, ligature de la carotide primitive correspondante, amélioration importante). M. Montinho.

Wskutek silnego uderzenia o kamień powstał u 34-letniego konowała tętniacy trzeszcz lewego oka, które już od 13 lat było ośleple, w następstwie zranienia odpryskiem żelaza. Chory zgłosił się o poradę z powodu nieznośnego szumu i stukania w głowie, oraz silnych bólów w głębi oczodołu. Badanie wykazało wybitny trzeszcz lewego oka jednakowoż bez upośledzenia ruchomości. Dotykiem stwierdzić można było wyraźne tętnienie, a nadto zdjął autor krzywą tego tętna zapomocą sfigmografu. Osluchiwanie wykazywało i w oku i w skroni wyraźny szmer współczesny ze skurczem serca. Ucisk wywarty na tętnicę dogłową lewą zmniejszał i tętnienie i szmery. Autor rozpoznał pęknięcie tętnicy dogłowej wewnętrznej do zatoki jamistej, wykluczając tętniaka tętnicy ocznej. W narkozie chloroformowej podwiał podwójnie tętnicę dogłową wspólną lewą tuż poniżej miejsca, gdzie się dzieli na *carotis interna* i *externa*. Przebieg pooperacyjny był bardzo korzystny, w szczególności nie było żadnych zaburzeń ze strony lewej półkuli mózgowej. Trzeszcz znacznie się zmniejszył, nieznośne bóle ustały zupełnie. Pozostał tylko cichy szmer systoliczny. W 9 miesięcy po operacyi ten stan pomyślny utrzymywał się w całej pełni tak, że operowany może się uważać za wyleczonego.

*Zwichnięcie gałki ocznej u noworodka.* (Luxation du globe oculaire chez un nouveau-né). Fage.

Zwichnięcie gałki ocznej należy wogóle do rzadkich wypadków i może przyjść do skutku tylko w następstwie silnego urazu, o ile zaś zachodzi w chwili porodu, to, jak dotychczasowa kazuistyka wykazuje, powodem bywają operacye położnicze, czy to kleszczowe, czy ręczne. Autor przytacza spostrzeżenia Beaumonta, Snella i Bocka. W tym ostatnim przypadku położenie twarzowe zostało mylnie wzięte za miednicowe i położnik dla wydobywania płodu włożył palec do oczodołu w przypuszczeniu, że go

wkłada do odbytu. Następstwem było zwicnięcie gałki ocznej. W innych przypadkach zwicnięcie, względnie wyrwanie gałki ocznej przyszło do skutku wśród porodu kleszczowego. Tu przeczył autor niesłety spostrzeżenie ogłoszone przez Prof. Wicherkiewicza (*«Avulsio bulbi intra partum»*. Postępowanie okulistyczne r. 1904, str. 89). O wiele rzadziej zachodzą przypadki zwicnięcia gałki ocznej u noworodka, urodzonego siłami natury. Taki wypadek opisał Hofmann, a obecnie podaje autor opis analogicznego przypadku. Przyniesiono mu noworodka, u którego znalazł lewą gałkę oczną wywiciętą w zupełności przed zaciśnięcie powieki na podkładzie silnie obrzmiałych przekrwionych i nacieczonych tkanek. Matka dziecka w wilię porodu, który się odbył na czasie, miała doznać silnego urazu w dolną część brzucha. Nie bez trudu udało się zwicnąć gałkę po wykonaniu wydatnej kantoplastyki wprowadzić napowrót do oczodołu. Ponieważ jednak przy krzyku dziecka wychodziła znowu na zewnątrz, trzeba było zaszyć po nad nią powieki. Dopiero po upływie 16 miesięcy rozciął autor szparę powiekową na nowo i odsłonił oko w położeniu prawidłowem i z prawidłową ruchomością, z rogówką jednak zupełnie zaćmioną. Dodać jednak wypada, że już przy pierwszym badaniu rogówka była w całości pozbawiona przybłonka, już wtenczas trzeba było zatem przewidywać późniejsze jej zaćmienie.

Co do mechanizmu powstania w tym przypadku zwicnięcia, to przypuszcza autor, że uraz doznany przez matkę musiał tak silnie przycisnąć główkę płodu do kosnych ścian miednicy, może do *promontorium*, że lewy oczodoł został zgnieciony, a temsamem gałka oczna wyszła z oprawy. Co do postępowania leczniczego wyraża autor przekonanie, że we wszystkich przypadkach, w których nie przyszło do zupełnego wyrwania gałki, należy zawsze starać się ją odprowadzić, a do wyłuszczenia oka uciekać się tylko w ostateczności.

*Urazowe przerwanie ścięgna mięśnia prostego zewnętrznego.* (*Désinsertion tendineuse traumatique du droit externe*). P. Bernard.

Wskutek uderzenia o gwóźdź tkwiący w ścianie przyszło do zrostu brzegu powieki górnej z twardówką na zewnątrz od rogówki, a równocześnie wystąpiło zdwojone widzenie równoimienne. Autor po przecięciu zrostu przekonał się, że ścięgno mięśnia prostego zewnętrznego nie było we właściwem miejscu. Trzeba go było szukać dopiero szczypcami daleko pod spojówką ku skroni. Uchwyciwszy je i rozdzieliwszy zrosty przyszył autor koniec ścięgna w miejscu prawidłowego przyczepu. Dwuwidzenie ustąpiło

i operowany może w stereoskopie obrazki dokładnie jednoczyć. Pozostało tylko lekkie upośledzenie ruchomości oka na zewnątrz.

*Przypadek obustronnego microphthalmus (przyczynę do znajomości pęczków Wintersteinera).* [Un cas de microphthalmie double (contribution à l'étude des rosettes de Wintersteiner)]. Lafon.

Autor miał sposobność wykonać szczegółowe badanie histologiczne w przypadku *microphthalmus ambilateralis* u noworodka, który zmarł wnet po porodzie. Siatkówka w obu oczach była lekko oderwana i okazywała liczne ogniska komórkowe identyczne pod względem budowy i wejrzenia drobnowidowego z t. zw. pęczkami Wintersteinera, które uważano dotąd za znamienne dla glejaka siatkówki. Ponieważ w gałkach tych nie było ani śladu utkania nowotworowego, przeto autor odmawia tym tworom znaczenia rozpoznawczego.

*Dwa przypadki oderwania siatkówki i naczyniówki, jeden na tle zapalenia współczulnego, drugi zależny od myopii.* (Deux cas de décollement de la rétine et de la chorioide, l'un d'origine sympathique, l'autre d'origine myopique, ayant nécessité l'énucléation et l'éviscération). Thomas Bret.

Spostrzeżenia autora zasługują z tego względu na uwagę, że uwydatniają różnicę pomiędzy oderwaniem samej siatkówki, a oderwaniem siatkówki wraz z naczyniówką. W pierwszym przypadku w 16-cie lat po zranieniu oka odpryskiem kamienia, a w 7-m lat po wyłuszczeniu tegoż oka wystąpiło zapalenie współczulne oka drugiego, które w pierwszym rzędzie wywołało odczepienie siatkówki wraz z naczyniówką i tak znaczne bóle rzęskowe, że trzeba było dla usunięcia cierpień wyłuszczyć i to jedyne pozostałe, również oślepłe oko. W drugim przypadku wystąpiło odczepienie siatkówki i naczyniówki na tle zwyczajnej krótkowzroczności. Gałka oczna zmniejszyła swą objętość do połowy i była siedliskiem bardzo silnych bólów. Autor wykonał wypatroszenie gałki, a raczej tylko keratektomię, bo natychmiast po odcięciu rogówki cała treść oka na zewnątrz wypłynęła.

Nr 9. *Zmiany oczne w przebiegu obrzęku śluzowatego u dorosłych.* (Lésions oculaires dans le myxoedème spontané des adultes). Gouffein-Welt z Genewy.

Obrzęk śluzowaty (*myxoedema*) opisany po raz pierwszy przez Wiliama Gull'a w r. 1873 znamionuje się jak wiadomo głównie trzema objawami: Zgrubienie i nacieczenie skóry, zanik gruczołu

tarczykowego i przytępienie władz umysłowych. Oprócz tych głównych objawów występują jeszcze liczne inne, między nimi zaś także i oczne, jak zwężenie pola widzenia, często *hemianopsia temporalis* lub *bitemporalis* i zanik nerwu wzrokowego. Autorka spostrzegała taki właśnie przypadek u 47-letniej kobiety z wybitnymi objawami obrzęku śluzowatego na twarzy i ze znacznym zgrubieniem kończyn, zwłaszcza palców u rąk i nóg. Stwierdziła ona na lewym oku brak pocucia światła z powodu zupełnego zaniku nerwu wzrokowego, u prawego zaś oka widzenie połowicze, mianowicie utratę skroniowej części pola widzenia. Leczenie wyciągiem gruczołu tarczykowego miało wyraźnie korzystny wpływ na stan wzroku, przynajmniej na lewym oku bystrość z  $\frac{5}{10}$  podniosła się na  $\frac{5}{5}$  i w skroniowej części pola widzenia wróciło częściowo pocucie światła.

Autorka przytacza inne analogiczne spostrzeżenia z literatury i zwraca uwagę na pewne genetyczne pokrewieństwo między obrzękiem śluzowatym, a akromegalią. Tak w jej spostrzeżeniu, jak i w przypadkach innych autorów nie brakło pewnych objawów, przypominających akromegalię. Wiadomo, że przy tem zboczeniu zazwyczaj spotykamy się z przerostem przysadki mózgowej. Badania doświadczalne Radowitza i Hofmeistera wykazały znowu pewną łączność czynnościową przysadki mózgowej z gruczołem tarczycowym, że mianowicie po usunięciu gruczołu tarczycowego *hypophysis cerebri* zdaje się zastępczo obejmować jego czynność i ulega skutkiem tego przerostowi. Tego rodzaju przerost zastępczy przysadki mózgowej, spowodowanej zanikiem gruczołu tarczycowego przypuszcza G. także u swojej chorej, zwłaszcza, że badanie radiograficzne wykazało powiększenie siodełka tureckiego. To powiększenie przysadki z jednej strony doprowadziło przez ucisk do zaniku nerwów wzrokowych, całkowitego po stronie lewej, z drugiej zaś strony mogło dać powód do wystąpienia pewnych objawów przypominających akromegalię, jak nadmierne zgrubienie kości palców u rąk i nóg, a także niezwykle rozrost kości twarzowych.

*Przyczynek do klinicznego obrazu zapalenia współczulnego.* (Contribution clinique à l'étude de l'ophtalmie sympathique). Péchin.

Żadna z licznych teorii objaśniających patogenezę zapalenia współczulnego nie wytrzymuje bezwzględnej krytyki. Teorya Deutschmanna wedle której zarazki przechodzą drogą nerwów wzrokowych przez ich skrzyżowanie, ani teorya Lebera i Fuchsa, którzy przyjmują drogę żył i naczyń limfatycznych, ani teorya Motais, który przypuszcza pośrednictwo zatoki czołowej, nie są

wstanie wytłumaczyć wszystkich zdarzających się przypadków. Taksamo teoria toksyn i cytotoksyn, której bronią Gołowin, Le Play i Corpechot, nie są bezwzględnie udowodnione. Inne, jak teoria przyjmująca wędrówkę bakterii drogą krążenia ogólnego (Schmidt-Rimpler, Panas, Bach, Moll, Römer), wreszcie teoria Nuela, który w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego na tle współczulnem przyjmuje sklerozę neuroglii, przechodzącą z nerwu oka uszkodzonego na drugi nerw wzrokowy. Zanim zatem uda się ostatecznie rozwiązać trudne zagadnienie patogeny zapalenia współczulnego, wskazaniem jest ogłaszać poszczególne spostrzeżenia, które kiedyś do wyjaśnienia sprawy mogą się przyczynić. Autor podaje szczegółowy opis trzech własnych spostrzeżeń: W pierwszym przypadku *iridochorioiditis* w następstwie zaćmy z cięciem zbyt obwodowem. W 4 miesiące później zapalenie sympatyczne pod postacią *irido-chorioiditis* ze zejściem w zanik gałki i zupełną utratą wzroku. W drugim przypadku odprysk krzemienia rani oko lewe w okolicy rzęskowej. W 2 miesiące zapalenie współczulne oka drugiego. Wyjęcie oka zranionego już po wybuchu sympatii. Wyleczenie. W trzecim przypadku odprysk żelaza w oku, wypatroszenie gałki, zapalenie współczulne pod postacią *neuropapilloretinitis* i utrata słuchu po stronie zranionej. To ostatnie spostrzeżenie wykazuje, że ewisceracya wartości zapobiegawczej nie ma rzeczywiście.

*O operacyi Nicati'ego podwinięcia powieki górnej.*  
(De l'opération de Nicati pour le redressement de l'entropion et de ses dernières modifications). Chailan.

Operacyę tę w jej ostatecznej postaci wykonuje Nicati w następujący sposób: Odwraca powiekę górną i chwyta szeroko spojówkę chrząstkową szczypcami, oddzielając ją następnie od chrząstki aż po załamek. Następnie obnaża chrząstkę także na przedniej powierzchni i przyszywa ścięgno mięśnia unoszącego górną powiekę do jej dolnego brzegu. Równocześnie podsuwa się chrząstka pod spojówkę załamek i to przemieszczenie spojówki niejednokrotnie sprawdza ostateczne zniknięcie granulacyi. Szwy usuwa się po 8 dniach. Skutki operacyi co do podwinięcia powieki mają być zadawalniające i trwałe.

*Badanie wziernikowe okolicy rzęskowej i pozarzęskowej dna oka.* (Ophtalmoscopie de la région ciliaire et rétrociliaire). Trantas. (Nr 9 i 10).

Autor powołuje się na swe dawniejsze publikacye, w których podał sposób oglądania zapomocą wziernika bardzo obwodowych części dna oka, mianowicie rąbka zębatego (*ora serrata*) aż na-



wet po same wyrostki rzęskowe. Sposób to bardzo prosty, bo polega na ucisku zapomocą palca badanej okolicy obwodowej siatkówki, przez co wprowadza się tę część dna oka w obręb wziernikowego pola widzenia. Samo przez się rozumie się, że oko badane musi być w odpowiedni sposób zwrócone, żrenica o ile możliwości rozszerzona, badać należy w obrazie prostym i wstawić w otwór wziernika soczewkę  $+4$  do  $+8$  D. ze względu na nadmiarową refrakcyę części oka blizkich przedniego odcinka. Autor posługuje się tym sposobem badania od lat 7 i zebrał w tym czasie bardzo znaczną ilość spostrzeżeń, ustaliwszy poprzednio w jakich granicach obraz wziernikowy rzęskowej okolicy dna należy uważać za prawidłowy, trzeba bowiem wiedzieć, że zachodzą tu znaczne różnice osobnicze i wielka rozmaitość w wyglądzie fizyologicznym. Autor przytacza w swej pracy bardzo długi szereg spostrzeżeń i opisuje zmiany w postaci plam krwotocznych, zanikowych, ognisk zapalnych, smug i zmętnień różnego rodzaju u alkoholików, syfilityków, tabetyków, trędowatych, dalej przy wysokiej myopii, przy nieprawidłowościach wrodzonych dna oka, w przypadkach urazowych, w jaskrze, przy częściowych zaćmieniach soczewki, a nakoniec opisuje zmiany starcze, występujące w najbardziej obwodowych częściach dna oka.

Nr 10. *Pierwsi spostrzegacze stwardnienia oka przy jaskrze.* (Les premiers observateurs de la dureté de l'oeil dans le glaucome). Terson.

Autor przytaczając źródła historyczne wykazuje, że niesłusznie wymieniają nazwiska Mackensiego, Graefego i Brisseau jako tych, którzy pierwsi stwierdzili wzmożenie napięcia wśródgałkowego w jaskrze. Już bowiem w r. 1745 Platner w swem dziele p. t. „*Institutiones chirurgiae rationalis tum medicae tum manualis*“ wydanem w Lipsku wyraźnie opisuje stwardnienie oka w chorobie, którą nazywa jaskrą i podaje sposób badania przez ucisk palcami: „.... his indicis cognoscitur oculus durus, digito renitens, attollitur et magis quam naturaliter consuevit, prominet“.

*Uwagi kliniczne i lecznicze z powodu dwóch przypadków zapalenia zatoki czołowej.* (Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de deux cas de sinusite frontale). Victor de Britto.

Pierwszy przypadek odnosi się do 15-letniej dziewczyny, która zgłosiła się z wybitnymi objawami ropnego zapalenia zatoki czołowej, przechodzącego na oczodół lewy z przemieszczeniem gałki ocznej lewej ku dołowi i na zewnątrz. Autor, zanim przystąpił do

zabiegu operacyjnego, postanowił spróbować leczenia rłęciowego mimo, że ani badanie ani wywiady nie wykazywały kiły. Już po kilku zastrzyknięciach dwujodku rtęci stan się tak poprawił, że odstąpiono od zamiaru operowania. Po 5 iniekcjach wypuszczono dziewczynę ze szpitala, jako wyleczoną. Fotografie dołączone do pracy pozwalają ocenić znaczne zmiany przed rozpoczęciem leczenia i ostateczny powrót do stanu prawidłowego.

Drugi przypadek, odnoszący się do 30-letniego rolnika można krótko streścić w ten sposób: Bez poprzednich jakiegokolwiek objawów ze strony nosa wystąpiło najpierw łzawienie lewego oka, a potem ropień lewego woreczka. Powstała przetoka, która się sama następnie zabiłniła. Pozostało jednak znaczne rozdęcie woreczka, z którego jednak chory sam przez ucisk palcami wygniatał ropę w kierunku ku jamie nosa. Od tego czasu wystąpiły objawy ze strony nosa: zatkanie lewego przewodu, bóle, a do tego przyłączyła się głuchota spowodowana obustronnem zapaleniem ucha średniego. I tu mimo ujemnych wywiadów zastosował autor wstrzykiwania dwujodku rtęci. Mimo znacznej poprawy nie obeszło się jednak w tym wypadku bez operacji, która wykazała znaczne wybijalności grzybiaste, wypełniające komórki kości sitowej. Już się zanosilo na przebicie blaszki papierzastej i zajęcie oczodołu. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, a dalsze leczenie swoiste usunęło resztę dolegliwości. I w tym przypadku uważa autor kiłę za właściwe tło powikłanego cierpienia. Punktem wyjścia była zmiana, rozwijająca się w komórkach sitowych przebywająca z początku w ukryciu. Ona to dała początek zapaleniu woreczka łzowego, a potem dopiero sama wystąpiła na plan pierwszy.

Z obu spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że przymiot częściej, niż się to zwykle przypuszcza, daje powód do zmian w zatokach sąsiadujących z oczodołem i że powinniśmy zaczynać od leczenia swoistego, a nieraz oszczędzimy choremu przykrej, a co gorsza nie odnoszącej trwałego skutku operacji.

*Związek między poronnem zapaleniem barwиковem siatkówki, a pozagałkowem dziedzicznym zapaleniem nerwu wzrokowego.* (Des relations de la rétinite pigmentaire fruste avec la névrite optique rétro-bulbaire héréditaire). Cabannes.

Autor podaje szczegółowy opis kliniczny wrodzonych zmian na dnie oka u trzech rodzonych braci. U najstarszego z nich (28-letniego) obraz wziernikowy zbliżał się najbardziej do barwиковego zwyrodnienia siatkówki przy równoczesnem zapalnym wejrzeniu tarczy nerwu wzrokowego. U młodszych braci nie było widać wyraźnych zmian w siatkówce, natomiast tak badanie wziernikiem,

jak i badanie czynnościowe wskazywało raczej na wśród i poza-  
gałkowe zapalenie tarczy nerwu wzrokowego. Autor przypuszcza, że  
w dwóch ostatnich przypadkach należy jednak rozpoznać *retinitis*  
*pigmentosa sine pigmento* i wogóle wykazuje blizkie pokrewieństwo  
wrodzonych zmian zapalnych nerwu wzrokowego i barwikowego  
zwyrodnienia siatkówki. Co do etyologii, to oba te cierpienia są  
wybitnie dziedziczne, częściej występują u męskich członków ro-  
dziny. W przypadkach znanych autorowi kiłę rodzinną można było  
wykluczyć, tożsamo pokrewieństwo między rodzicami nie zdaje się  
odgrywać ważniejszej roli. Natomiast często zachodzi opilstwo u ro-  
dziców lub nadużywanie tytoniu, wreszcie w rodzinach, w których  
występują takie zmiany na dnie oczu pojawiają się często choroby  
nerwowe i umysłowe.

Nr 11. *Wrodzony torbiel surowiczy tęczówki.* (Kyste  
séreux congénital de l'iris). Gallemaerts.

Patogeneza surowiczych torbieli tęczówki nie została dotych-  
czas dostatecznie wyjaśnioną. Z 23 przypadków, zestawionych z li-  
teratury przez Bardellego zaledwie w 10 było przeprowadzone  
badanie mikroskopowe. Autor wydobył u 18-miesięcznego dziecka  
duży torbiel tęczówki, wypełniający dolną część przedniej komory  
i podaje szczegółowy opis badania histologicznego. Według La-  
grange'a torbiele wrodzone surowicy tęczówki, biorą swój począ-  
tek z zablakanych ognisk przybłonkowych, podobnie jak inne no-  
wotwory. Schmidt-Rimpler przyjmuje jako powód powstania  
takich torbieli zamknięcie jednej z krypt tęczówkowych. W takim  
razie jednak dziwnem musi się wydawać, że powstają one tak  
rzadko, bo sposobności do zarastania krypt przy różnych stanach  
zapalnych tęczówki jest aż nadto wiele. Dlatego autor przyjmuje  
zupełnie inną patogenezę wrodzonych torbieli tęczówki. Wiadomo,  
że w rozwoju embryologicznym oka z pierwotnego pęcherzyka  
ocznego przez rodzaj gastrulacyi powstaje wtórorzędny pęcherzyk  
oczny. Otwór w przednim odcinku tego pęcherzyka powstały przez  
wpuklenie listka wewnętrznego wytwarza późniejszą źrenicę. W oto-  
czeniu tego otworu, tworzy się tęczówka przez złożenie obu bla-  
szek zewnętrznej i wewnętrznej, między którymi przez czas pewien  
utrzymuje się jeszcze szczelinowata przestrzeń zwana przestrzenią  
Szilego. Jeżeli przestwór ten nie ulegnie zupełnemu zarośnięciu,  
tylko pozostanie w którymś miejscu drobna choćby szczelina, to  
może się z niej wytworzyć następnie torbiel tęczówkowej. Ponieważ  
do niepełnego zarośnięcia przestworu Szilego najłatwiej przy-  
chodzi w miejscu odpowiadajacem szparze zarodkowej oka, dlatego

wrodzone torbiele spotykamy najczęściej w dolnej, lub dolno-zewnątrznej części tęczówki.

*Żyła środkowa siatkówki w przypadkach tarczy zastoinowej.* (La veine centrale de la rétine dans la stase papillaire). Dupuy-Dutemps.

Autor przedstawił francuskiemu towarzystwu oftalmologicznemu preparaty mikroskopowe czterech nerwów wzrokowych z przypadków tarczy zastoinowej spowodowanej nowotworami bądźto w mózgu, bądź też w oczodole. Zwrócił on szczególną uwagę na zachowanie się żyły środkowej i przekonał się, że światło jej w całym przebiegu wśród nerwu wzrokowego nie jest bynajmniej zaciśnięte. Natomiast w miejscu, gdzie żyła ta przechodzi przez pochewkę oponową miękką bez względu na to, czy przebija tę pochewkę w kierunku prostopadłym, skośnym czy spiralnie, zawsze jest mniej lub więcej przyplaszczoną. W przestrzeni międzypochewkowej zaciśnięcie żyły dochodzi do najwyższego stopnia. Światło jej na przekroju przedstawia się jako wązka zupełnie szczelina. Takim stan utrzymuje się jeszcze w przebiegu przez pochewkę oponową twardą. Dopiero po przekroczeniu tejże odzyskuje żyła siatkówkowa nagle swą grubość zwyczajną i to nagłe przejście sprawia wrażenie jakby szerokiej zatoki żyłnej. Tętnica siatkówkowa ani w obrębie nerwu wzrokowego, ani przy przejściu przez wszystkie pochewki nie doznaje zaciśnięcia.

*Objawy oczne władu rdzenia wieku młodzieńczego.* (Les manifestations oculaires du tabes juvénile). Cantonnet.

Kiła wrodzona, lub we wczesnem dzieciństwie nabyta, niezmiernie rzadko prowadzi do władu rdzenia. Autor zestawia z literatury 88 opisanych spostrzeżeń i dodaje jedno własne. Na podstawie tego zestawienia dochodzi do następujących wniosków: Wład rdzenia młodzieńczy jest chorobą rzadką, ale nie wyjątkową. Jest on prawie zawsze następstwem kiły bądź wrodzonej, bądź we wczesnem dzieciństwie nabytej. Dziedziczność bezpośrednia (dzieciństwo władu po rodzicach) zdarza się bardzo rzadko. Podczas gdy u dorosłych wład rdzenia w ogromnej większości przypadków występuje u mężczyzn, u dzieci  $\frac{2}{3}$  chorych stanowią dziewczęta. Początkowym objawem władu młodzieńczego bywają zaburzenia pęcherzowe i osłabienie wzroku. Bezład zdarza się dwa razy rzadziej, natomiast zmiany w stawach o wiele częściej niż u dorosłych, zupełna nieruchomość żrenic zachodzi tylko wyjątkowo. Porażenia mięśni ocznych zdarzają się dwa razy rzadziej niż u dorosłych. Prawie w 14% przypadków towarzyszą zmianom tabetycz-

nym inne zmiany oczne zależne od przymiotu wrodzonego np. *keratitis parenchymatosa*, *retinochorioiditis* etc. Zanik nerwu wzrokowego występuje równie często jak u dorosłych (43·9%). Na ogół u dziecka wiać rdzenia daje ze względu na wzrok gorsze rokowanie, ze względu na utrzymanie życia lepsze niż u dorosłych. W 4-ch przypadkach z 89-ciu objętych statystyką autora do wiać rdzenia przyłączyło się porażenie postępowe.

*Trzy przypadki połowicznych drgawek twarzy, wyleczonych wstrzykiwaniami alkoholu.* (Trois cas d'hémispasme facial clonique guéris par les injections d'alcool). A. Noceti.

Autor rozbiera różniczkowe objawy dwóch odrębnych postaci chorobowych, mianowicie t. zw. *tic convulsif* i *hemispasmus facialis*. *Tic* jest zaburzeniem psychomotorycznem i stanowi mimowolny skurecz pewnych grup mięśniowych, które i w stanie prawidłowym zazwyczaj jednocześnie popadają w stan czynny. Jest to zatem ruch skojarzony w początkach swych zazwyczaj dowolny i celowy, z czasem dopiero wyłamuje się z pod władzy woli i występuje często pomimo, że niema już bodźca, który go pierwotnie wyzwał. Zawsze jednak grymas mimowolny zachowuje podobieństwo z pewnymi ruchami prawidłowymi, jak mruganie, zaciskanie powiek, żucie, ssanie, potakiwanie, przeczenie (ruchem głowy), połykanie etc. Wysiłkiem woli udaje się częstokroć zapanować, częściowo przynajmniej nad takim automatycznym ruchem to powstrzymywanie jednak grymasu sprawia choremu pewną przykrość. a doznaje on pewnej ulgi, gdy puści wodze nawyczce *Tic convulsif* nie bywa nigdy bolesnym, a wśród snu ustaje.

*Hemispasmus facialis* polega na drgawkach mimowolnych, kurczowych w zakresie pewnych grup mięśniowych o wspólnem unerwieniu i jest zjawiskiem wyłącznie motorycznem. Wyższe ośrodki nerwowe nie wywierają tu żadnego wpływu, dlatego drgawki te nie mają żadnego podobieństwa z ruchami skojarzonymi, przypominają raczej skurcze mięśniowe wywołane drażnieniem zapomocą prądu elektrycznego. Drgawki te bywają z reguły jednostronne, są dla chorego męczące, nieraz nawet bolesne, nie dają się wysiłkiem woli wcale opanować i często nie ustają nawet we śnie.

Te różnice co do natury obu cierpień usprawiedliwiają różne wobec nich postępowanie lecznicze. I tak *tic convulsif* nadaje się do leczenia zapomocą ćwiczeń przed zwierciadłem, które zalecili Brissaud, Meige i Feindl.

W przypadkach *hemispasmus* tego rodzaju psychoterapia niema żadnych widoków powodzenia. Tu trzeba się starać usunąć przedrażnienie obwodowego nerwu zaopatrującego grupę zajętych



mięśni. Do tego celu zalecił Ostwald wstrzykiwanie 80% alkoholu z dodatkiem kokainy w okolice pnia nerwu twarzowego (koło *foramen stylo-mastoideum*). Technikę tego zabiegu udoskonalili Schlösser. Po wstrzyknięciu takim przychodzi, jak wiadomo, do krótkotrwałego porażenia nerwu twarzowego, które zazwyczaj bez śladu ustępuje, a drgawki już się więcej nie pojawiają. Czasem trzeba wstrzyknięcie alkoholu wykonać 2 a nawet 3-krotnie.

Autor podaje opis trzech uporeczywych przypadków połowicznych drgawek w twarzy, wyleczonych zupełnie zapomocą takich wstrzykiwań alkoholowych.

Berl. klin. Wchschrift. 1907. (Referent Dr W. Reis).

Nr 35. *Leczenie atoxylem ośrodkowych schorzeń nerwów ocznych pochodzenia kiłowego.* (Zur Behandlung centraler Augenleiden luetischen Ursprungs mit Atoxyl) Waterman.

Autor stosował wstrzykiwania atoxylu w 10-u przypadkach kiły mózgowej i zaniku nerwów wzrokowych na tle uwiąznięcia i przyszedł do przekonania, że atoxyl wywiera wpływ niekorzystny w leczeniu zaniku nerwów wzrokowych. W kilku przypadkach wystąpiło nawet szybkie pogorszenie bystrości wzroku. Dlatego też przestrzega przed stosowaniem atoxylu.

Nr 36. *Choroba Mikulicza i jej stosunek do kiły.* (Mikulicz'sche Krankheit in ihrer Beziehung zur Lues). Gutman.

Choroba Mikulicza polega na równoczesnym symetrycznym obrzęku gruczołów łzowych i ślinianek bez powikłań ze strony innych chłonnych gruczołów ustroju. Późniejsi jednak autorowie zaliczali tu także przypadki ogólnego schorzenia gruczołów limfatycznych lub białaczki wzrokowej, w których istniał także obrzęk gruczołu łzowego i ślinianki.

Autor spostrzegł przypadek choroby Mikulicza u 27-letniego chorego, który przebył kiłę trzy lata przed wystąpieniem symetrycznego obrzęku gruczołów łzowych i ślinianek. Pod wpływem obfitych dawek jodku potasu cierpienie to ustąpiło w przeciągu trzech miesięcy. G. przypuszcza, że w tym przypadku choroba Mikulicza powstała na tle kiły.

Nr 38. *O przesączaniu zarazka jagliczego i o znaczeniu chorobotwórczem świata roślinnego dającego się wyhodować na jagliczej spojówce.* (Über die Filtrierbarkeit des

Trachomerregers und über den pathogenetischen Wert der kultivierbaren Flora der trachomatösen Conjunctiva). Fermi i Repetto.

Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych w zakładzie higienicznym uniwersytetu w Sassari dochodzą autorowie do następujących wniosków: 1) że żaden z drobnoustrojów wyhodowanych na agarze lub bulionie, tworzących świat roślinny spojówki jagliczej, nie jest w stanie, ani pojedynczo ani też razem, wywołać jaglicy u człowieka; 2) że zarazek jagliczy zaliczyć należy do drobnoustrojów nie dających się przesączać (gdyż przesączony materiał jagliczy dawał przy szczepieniu zawsze wyniki ujemne) i że o jego budowie, wielkości i zachowaniu się w hodowlach mogą na razie istnieć tylko przypuszczenia.

Nr 41. *W sprawie powstawania porażenia mięśnia odwodzącego w następstwie znieczulenia lędźwiowego.* (Zur Frage der Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie). Wolff.

Stosowane w ostatnich czasach znieczulania lędźwiowe za pomocą stowainy, nowokainy, alypiny i t. p. dały bardzo często powód do powstania porażenia mięśni ocznych. Przypisywano wystąpienie tych porażenia głównie działaniu środka znieczulającego. Tymczasem W. przytacza przypadek przez siebie spostrzegany, w którym po zwykłym nakłuciu lędźwiowym bez wstrzyknięcia jakiegokolwiek środka leczniczego wystąpiło piątego dnia po zabiegu porażenie mięśnia odwodzącego. Zabieg sam był powikłany dość znacznem krwawieniem pochodzącem prawdopodobnie ze skaleczonego naczynia w oponie twardej. Autor przypuszcza, że krwotok w przestworze między oponą twardą stoi w przyczynowym związku z wystąpieniem porażenia, i że trujące produkty pochodzące z rozkładu krwiaka muszą oddziaływać na ośrodki nerwowe. Dalsze spostrzeżenia będą jednak dopiero mogły wykazać czy rzeczywiście wstrzykiwane środki lecznicze są zupełnie obojętne dla powstania porażenia.

Nr 45. *Odosobnienie zmysłu barwnego w następstwie choroby ogniskowej mózgu.* (Abspaltung des Farbensinnes durch Herderkrankung des Gehirns). Lewandowsky.

Chory 50-letni okazywał objawy niemoty czuciowej, utraty zdolności rozumienia znaków piśmiennych i niedowidzenia połowicznego. Co się tyczy zmysłu barwnego to przy powierzchownem badaniu możnaby wnosić, że chory pozbawiony jest zupełnie zdolności dostrzegania barw. Autor przekonał się jednak, że zdolność odróżniania barw u chorego, istnieje, a jest ona tylko zupełnie oddzielona od wyobrażeń i pojęć kształtów i przedmiotów. Zdolność

odróżniania barw była w tym przypadku odosobnioną i nie skojarzoną ani ze zdolnością odróżniania siły światła ani ze zdolnością odróżniania kształtów.

Nr 46. *O działaniu surowicy osobników z wyciętą nerką i chorych na nerki podobnem do działania adrenaliny.* (Über die adrenalinähnliche Wirkung des Serums Nephrektomierter und Nierenkranker). Eichler.

Autor może potwierdzić wyniki doświadczeń, które już przedtem przeprowadzili Schur i Wiesel. Wyłuszczone gałki oczne żaby umieszczał E. w surowicy pochodzącej z chorych na nerki lub osobników, u których nerkę wycięto. Dla kontroli służyła surowica z osobników prawidłowych lub fizyologiczny roztwór soli. Pod wpływem surowicy wspomnianych osobników z wyciętą lub chorą nerką zawsze występowało rozszerzenie źrenicy co przemawia za istnieniem w surowicy substancji rozszerzającej źrenicę. Innych właściwości adrenaliny t. j. zdolności zwężania naczyń i podwyższenia ciśnienia krwi substancya ta nie posiada.

Nr 47. *O odczynie ocznym na tuberkulinę.* (Über die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin). Cohn.

Autor przeprowadził doświadczenia z odczynem spojówkowym tuberkuliny u 310 chorych i doszedł do następujących wniosków: 1) Przy zastosowaniu 1% roztworu tuberkuliny dodatni wynik odczynu spojówkowego przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za gruźlicą. 2) Wynik ujemny nie przemawia z całą stanowczością przeciw gruźlicy, gdyż 50% ciężko chorych gruźliczych nie oddziaływa. Gruźlica lekkiego stopnia lub mniej ciężka tylko wyjątkowo daje odczyn ujemny. 3) Chorzy na dur brzuszny bardzo często wykazują dodatni odczyn spojówkowy na tuberkulinę, szczególnie w okresie ozdrowienia. 4) Podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny zastosowane dłuższy czas po wkropleniu jest w stanie znowu wywołać odczyn miejscowy na oku, nawet w tych przypadkach, gdy przedtem odczynu ocznego nie było. 5) Jednorazowe wkroplenie wywołuje u niegruźliczych osób dorosłych — nie zaś w gruźlicy — w ogólności pewną nadwrażliwość oka zakroplonego; u gruźliczych rozciąga się to działanie bardzo często także i na oko drugie.

Deutsche med. Wehschrift. 1907. (Ref. Dr W. Reis).

Nr 23. *O osobliwych ziarenkach podwójnych (pasowały?) w komórkach jaglicowych.* (Über eigentümliche Doppelkörnchen (Parasiten?) in Trachomzellen). Greeff.

Przy zastosowaniu barwienia Giemsy, używanego do wykazania krętków bladych, znalazł autor w mieszkach jagliczych ziarenka podwójne, które albo wchodziły w skład komórek mieszkowych zwanych komórkami Lebera albo też leżały wolno przy ciałkach czerwonych. Badane w stanie niebarwionym wykazywały żywe drobinowe ruchy. Istotę i znaczenie tych podwójnych ziarenek G. w tej krótkiej wzmiance nie objaśnia.

Nr 36. *Rozpoznanie i leczenie zapaleń tęczówki.* (Die Diagnose und Therapie der Iritiden). Heine.

Wykład kliniczny.

Nr 39. *Oftalmo-dyagnostyka duru brzuszego.* (L'ophtalmodiagnostic de la fièvre typhoïde). Chantemesse.

Zachęcony doświadczeniami Pirqueta, Wolff-Eisnera i Calmetta, którzy wypróbowali odczyn spojówkowy u chorych gruźliczych, zastosował autor odczyn spojówkowy także w rozpoznaniu duru brzuszego. Z hodowli bulionowej sporządza Ch. osad, który wysuszony przedstawia się w postaci żółtawego proszku. Dawka 10 mgr proszku rozpuszczona w 1 cm<sup>3</sup> wody wystarczy dla przeprowadzenia odczynu u 20 osobników. Kroplę tego roztworu wkrapla się do dolnego załamka spojówkowego, po upływie dwóch godzin spostrzedz już można zaczerwienienie spojówki, łzawienie i nieznaczną włóknikową wydzielinę z oka. W przeciągu 6—10 godzin odczyn spojówkowy osiąga szczytu. Odczyn spojówkowy można jeszcze spostrzegać kilka dni następnych — zawsze w porównaniu z drugim okiem zdrowym. Odczyn spojówkowy ma być czulszy aniżeli odczyn surowiczy, w kilku przypadkach wystąpił bowiem wcześniej odczyn spojówkowy, a dopiero w kilka dni później badanie krwi dało wynik dodatni.

Nr 40. *Rzadki przypadek bąblowca nerwu wzrokowego.* (Ein seltener Fall von Echinococcus des N. opticus). Papanicon.

U dziecka 6-letniego wystąpiły w szóstym roku życia gwałtowne bóle w oku prawem. Przyłączyły się potem do tego objawy zapalne, leczone bezskutecznie przez lekarza na prowincyi i wreszcie gałki znacznego stopnia. Podejrzewając jakiś nowotwór

oczodołu przystąpił autor do operacyi, podczas której pokazało się, że domniemany nowotwór tworzyły bęblowce oczodołu. Pęcherz macierzysty bąblowca obejmował nerw wzrokowy na znacznej przestrzeni. Zarodki bąblowca mogły dostać się do nerwu drogą tętnicy środkowej siatkówki; dalszy ich rozwój w nerwie wzrokowym tłumaczy owe nagłe i gwałtowne bóle i szybką utratę wzroku.

Nr 42. *O istnieniu w moczu istot rozszerzających źrenicę.* (Über das Vorkommen mydriatisch wirkender Substanzen im Harne). Pal.

Autor badał doświadczalnie zachowanie się źrenic w wyłuszczonych oczach żab pod wpływem moczu pochodzącego od rozmaitych osobników. Mocz pochodzący z osobników zdrowych nie rozszerzał wcale źrenicy, mocz z osób chorych na zapalenie nerek dawał odczyn dodatni w 78<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mocz ciężarnych w 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Dalsze doświadczenia wyjaśnia może bliżej warunki, wśród których przychodzi do skutku odczyn dodatni.

---

Revue générale d'Ophthalmologie. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 11. *Badania okulistyczne nad oczną reakcją przy gruźlicy. Porównanie odczynu wywołanego dioniną z odczynem tuberkulinowym.* (Recherches oculistiques sur l'ophtalmoréaction, Réaction comparative de la dionine et de la tuberculine). Truc i Maillet.

Podany przez Calmette'a sposób wykrywania gruźlicy w ustroju przez wpuszczanie do worka spojówkowego tuberkuliny zainteresował żywo okulistów, do których należy rozstrzygnąć, czy próbę tę wolno na każdym oku wykonać, czy nie przedstawia ona w pewnych przypadkach jakiego niebezpieczeństwa, i czy w pewnych stanach oka nie traci swej wartości rozpoznawczej. Niektórzy przestrzegają przed zapuszczaniem tuberkuliny do oczu, dotkniętych jakimkolwiek ostrem lub przewlekłym zapaleniem. Com by np. obawia się, że zapuszczenie tuberkuliny do oka zdrowego, jeśli drugie jest chore może spowodować na niem rozwój tego samego cierpienia, a oprócz tego ocenienie stopnia odczynu tuberkulinowego przez porównanie z drugim okiem, jeśli to oko znajduje się w stanie zapalnym przedstawia znaczne trudności. Autorowie w klinice okulistycznej w Montpellier przeprowadzili szereg prób ze surowicą, dostarczoną im przez Calmette'a, częścią na oczach



zdrowych, częścią na chorobami dotkniętych. Z 23-ch prób cztery dały wyraźny wynik dodatni u osób ze zmianami gruźliczemi w płucach stwierdzonemi, lub przynajmniej podejrzanemi. W 4-ch innych przypadkach reakcyja, jakkolwiek w słabszym stopniu wystąpiła również mimo, że klinicznie śladów gruźlicy nie można było wykazać. U 15 pozostałych osób ogólnie zdrowych tuberkulina nie wywołała żadnego odczynu. Autorowie przeprowadzili nadto badania porównawcze nad wpływem tuberkuliny i dioniny na oko. Pracę swą streszczają w następujących wnioskach:

1) Obecność zmian ocznych nie stanowi przeciwskazania dla użycia tuberkuliny. Tylko przypadki ostrych zapaleń spojówki ze względu na trudność ocenienia stopnia reakcyi nie nadają się do próby Calmette'a.

2) W razie jednostronnego cierpienia ocznego próba tuberkulinowa zrobiona czyto na oku zdrowem, czyto na oku chorem nie powoduje żadnego pogorszenia stanu, nie przedstawia zatem żadnego niebezpieczeństwa.

3) Nawet stosowana na oczach nieprawidłowych próba tuberkulinowa zachowuje swą wartość rozpoznawczą.

4) Chorzy ze zmianami gruźliczemi okazywali jednako wyraźny odczyn tuberkulinowy tak na oczach chorych, jak na zdrowych.

5) W jednym przypadku, w którym jedno oko okazywało zmiany gruźlicze, odczyn tuberkulinowy był obustronnie jednaki. Pogorszenia nie zauważono żadnego.

6) Podczas gdy dionina wywołuje znany odczyn w postaci nabiegu limfatycznego występujący prawie bez wyjątku u wszystkich osobników, a znaczniejszy tylko w przypadkach wybitnych zołzów, tuberkulina daje reakcyę wyłącznie tylko u osób dotkniętych wykazalnemi zmianami gruźliczemi lub też u takich, u których możemy podejrzewać istnienie zmian gruźliczych ukrytych.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 2. VII. 1907.

Darier. *Cieężkie zakażenia oczne leczone zapomocą surowic nieswoistych.*

Prelegent przytacza opis 3 przypadków, z których pierwszym był zakaźny wrzód rogówki, w drugim groźne zakażenie poopera-

cyjne, a w trzecim *iridocyclitis infectiosa cum hypopyo*. Wszyscy trzech chorzy zostali wyleczeni po trzech względnie czterech zastrzygnięciach 8–10 cm<sup>3</sup> surowicy Roux'a,

Cantonnet. *Szczególny przypadek czynnościowego zezu rozbieżnego.*

U 30-letniego mężczyzny istnieje od dzieciństwa przy patrzeniu w górę widzenie podwójne z powodu zezu rozbieżnego. W dolnej części pola widzenia stosunki zbieżności są zupełnie prawidłowe. W miarę, jak chory podnosi wzrok do góry, występuje rozbieżność i dwuwidzenie skrzyżowane. Gdy oba oczy są otwarte, popada w zez oko lewe. Po zasłonięciu lewego zezuje w ten sam sposób oko prawe. Bystrość wzroku i stosunki ruchomości we wszystkich kierunkach obustronnie prawidłowe. Na uwagę zasługuje długie istnienie dwuwidzenia i to, że ono tak mało sprawia choremu przykrości. Przyczynia się zapewne do tego niezwykle wysoki wzrost chorego, pozwalający mu spoglądać przeważnie ku dołowi, przyczem nosi on głowę nieco wstecz pochyloną. Prelegent zamierza wykonać antepozycję mięśnia prostego wewnętrznego lewego.

Rochon-Duvigneaud. *Skurcz mięśnia obrączkowego przez przerwanie nerwów nadoczodołowych.*

Autor przedstawia 70-letniego chorego, który cierpiał od lat 4-eh na uporczywy skurcz mięśnia obrączkowego na obu oczach. Ścisk powiek wywołany tym skurczem był prawie nieustanny, przynajmniej powtarzał się co chwila przez cały dzień i uniemożliwiał choremu pracę. Skurcz zmniejszał się w ciemności, ale nie ustępował. Zmniejszał się również w pozycji leżącej. Zdrowie ogólne nie pozostawiało nic do życzenia. Uwagę zwracała tylko nieprawidłowa wymowa, skandująca i przerywana. Dawniej miał się chory jękać, co przeszło bez leczenia. Brom przez dłuższy czas podawany pozostał bez wpływu na ścisk powiek, natomiast można było stwierdzić chwilowe zmniejszanie się skurczu przy uciskaniu nerwów nadoczodołowych. To skłoniło prelegenta do wykonania operacji, polegającej na przerwaniu obu nerwów nadoczodołowych. Skutek był bezpośredni: przez 10 dni po operacji skurcz ani razu nie wystąpił, było tylko prawidłowe mruganie. Bystrość wzroku i dno oka prawidłowe, o czem dopiero teraz można się było przekonać. Potem zaczęły się znowu pojawiać kurczowe drgania w powiekach, ale rzadziej i w mniejszym stopniu, niż przed operacją.

Jocqs. *Panophthalmitis wskutek zakażenia streptokokami.*

W okresie rekonwalescencji po płonicy wystąpiło ropne zapalenie woreczka łzowego, do którego wnet potem przyłączyła się

*conjunctivitis membranacea*, a wreszcie ropne zapalenie wśródgałkowe. U drugiego chorego, który się od tamtego zaraził przyszło również do zapalenia spojówki z wytworzeniem błon. W pierwszym przypadku badanie bakteriologiczne wykazało łańcuszkwce, w drugim prątki błonnicze. Rzecz szczególna, że surowica przeciwbłonicza sprowadziła poprawę w zapaleniu spojówki u pierwszego chorego, a u drugiego pozostała bez skutku.

Chaillous. *Leczenie przykurczenia mięśnia unoszącego powiekę górną przez wydłużenie jego ścięgna.*

Sposób operacyi jest następujący: Chorego się usypia. Cięcie skórne przebiega wzdłuż całej powieki 5 mm powyżej górnego brzegu chrząstki. Po rozchyleniu brzegów rany i usunięciu na bok tkanki tłuszczowej odkrywa się z łańcuszkiem ścięgno mięśnia unoszącego, poczem przecina się je tuż przy chrząstce na sondzie rowkowanej. Teraz przeprowadza się nitkę z igłami na obu końcach, gdzie się zaczyna ścięgno, poczem wycina się ze ścięgna języczek tak, aby przewleczona nitka znalazła się u jego górnego końca. Języczek ten następnie się odwraca i zapomocą tejże samej nitki górny jego koniec przyszywa do brzegu chrząstki powiekowej. W ten sposób przedłuża się ścięgno o całą długość wyciętego języczka. Nitkę przeprowadza się jeszcze przez dolną wargę rany skórnej, która następnie kilkoma szwami zostaje zaszyta. Opaska obuoczna. Szwy skórne usuwa się 6-go dnia, szew zaś przytrzymujący ścięgno dnia 8-go.

Carlotti. *Tętniak wśródczaszkowy, exophthalmus i ophthalmoplegia totalis.*

Chory spadł z II-piętra w klatce schodowej i uderzył głową o żelazną balustradę, przyczem stracił przytomność na przeciąg 24 godzin. Krwawienie z nosa i z ucha prawego, którem przez 15 dni następnych nie słyszał. W 3 tygodnie po wypadku pojawiło się krwawe podbiegnięcie podskórne wzdłuż dolnego brzegu obu oczodołów, a wnet polem trzeszcz prawego oka, bez tętna. Powieka górna opadnięta, sino-czerwona *chemosis*. Gałka oczna silnie nastrzyknięta i zupełnie nieruchoma. Media przezroczyste, lekkie rozdęcie żył siatkówkowych. *V*isus pr. o.  $\frac{8}{10}$ , a l. o.  $\frac{5}{10}$ . Po kilku dniach stwierdzono już wyraźną tarcz zastoinową i odpowiednie osłabienie wzroku. Osluchiwanie okolicy czołowej wykazuje lekki szmer, współczesny ze skurczem serca. Szmer ten ustaje po ściśnięciu tętnicy dogłowej. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zachodzi tu złamanie czaszki od *fissura sphenoidalis* aż do kości skalistej i *aneurysma arterio-venosum*, albo też tętniak tętnicy ocznej z uciśnięciem obok przebiegającej żyły.

Fage. *Blefaroplastyka z płatem wziętym z czoła.*

Dla odtworzenia powieki górnej operuje autor w następujący sposób: Po ogoleniu brwi i oczyszczeniu skóry odcina w części lub w całości, w miarę jak jest nowotworem zajęta, górną powiekę, a następnie wycina na czole tuż po nad łukiem brwiowym płat skórny z postaci podobny do ubytku, który ma zastąpić, ale oczywiście większy. Płat ten po należytem okrojeniu i oddzieleniu od podstawy przesuwają autor po nad skórą łuku brwiowego i przyszywa do brzegów ubytku w powiece. Późniejsza blizna na czole kryje się częstokroć w naturalnych zmarszczkach skóry.

Chevallereau i Polack. *Żółte zabarwienie środkowej plamki w siatkówce.*

Siatkówka zdjęta z naczyniówki, rozpostarta na płycie szklanej natychmiast po wyjęciu galki i rozpatrywana pod światło, okazuje w okolicy *macula lutea* silne zabarwienie żółte, najbardziej wysyczone w środku plamki, bledsze na obwodzie i ginące nieznacznie w otoczeniu. Zabarwienie to nie znika mimo wystąpienia zmian pośmiertnych w siatkówce, przeciwnie utrzymuje się przez całe miesiące bez zmiany. Analiza spektralna wykazuje wyraźną absorbcję najbardziej łamliwych promieni widma, zwłaszcza promieni niebieskich. Autorowie wykazują doświadczalnie, dlaczego to żółte zabarwienie nie może być widziane zapomocą wziernika. Nakoniec wykazują, jakie znaczenie ma to zabarwienie dla bystrości wzrokowej. Wskazują oni, że aberracya chromatyczna oka uniemożliwiałaby powstawanie zupełnie ostrych i wyraźnych obrazów na siatkówce nawet przy idealnej emmetropii względnie dokładnej korekcyi, gdyby nie żółte zabarwienie środka siatkówki, które, skracając długość widma, zmniejszają przez to samo średnicę barwnych kręgów rozproszenia.

Rochon Duvigneaud. *Obrazy wziernikowe a zmiany histologiczne.*

Prelegent na podstawie mikroskopowych preparatów wywodzi, jak niedostatecznem, zagmatwanem i nienzasadnionem jest dzisiejsze mianownictwo chorób i zmian na dnie oka w porównaniu np. z mianownictwem chorób skórnych. Pochodzi to stąd, że bądźto nazwy dziś jeszcze używane pochodzą z czasów, kiedy o zmianach mikroskopowych, stanowiących istotę dotyczących chorób zgoła pojęcia nie miano, bądź też i dziś jeszcze brak badań histologicznych zniewala nas do określania zmian chorobowych na dnie oka jedynie wedle pozorów obrazu wziernikowego. W dalszych swych wywodach usiłuje prelegent przynajmniej niektóre niedokładności nomenklatury sprostować i braki jej uzupełnić.

Lapersonne i Monthus. *Cysticercus orbitae*.

Prof. Lapersonne wyłuszczył u 23-letniej kobiety guz z oczodołu. Chora od 8 miesięcy doznawała od czasu do czasu uczucia mrowienia w głębi lewego oczodołu. Czasem występowało zaczerwienienie spojówki i pojawiało się chwilowo podwójne widzenie. Badanie wykazało lekki trzeszcz lewego oka i ograniczenie ruchomości ku dołowi. W dolnej części poza gałką wyczuć było można guz gładki, sprężysty, okazujący chęłbotanie rzekome. Guz ten był ruchomy i niepozostawał w związku ani z gałką oczną, ani ze ścianą oczodołu. Przy operacyi okazało się, że było pęcherz, a badanie anatomiczne wykryło znamiona mikroskopowe węgry, *cysticercus*.

Polack. *Lampa oftalmoskopowa*.

Prelegent okazuje zbudowaną wedle swego pomysłu lampę do wziernikowania dającą światło nie oblitujące zbyt w promienie niebieskie i fioletowe, które, odbijając się od fluoryzującej powierzchni soczewki utrudniają wysoce badanie dna oka.

(Wedle Arch. d'Ophthalm.)

K. W. Majeński.

#### IV. ROZMAITOŚCI.

Zmniejszoną skłonność gojenia się zranień ocznych (*vulnerabilitas oculi*) stwierdził Da Lieto Vollaro doświadczalnie u zwierząt pozbawionych trzustki. Doświadczenia swe robił na psach, którym wycinał trzustkę. Gdy w celu analizy chemicznej wydobywał zapomocą igły strzykawki Pravatz'a ciecz wodną z przedniej komory, drobny ten zabieg zwykle żadnych dalszych następstw na oku nie wywołujący, u psów pozbawionych trzustki powodował stale cały szereg poważnych zmian i powikłań, jak: schorzenia rogówki (zmętnienie miąższowe wzdłuż kanału wkłucia, owrzodzenia, stożek rogówkowy), zmiany w tęczówce, (trwałe zwężenie źrenicy, zapalenie tęczówki) wreszcie zmiany w soczewce (zaćmienie w tylnych warstwach wskutek *cyclitis*, zaćmienie przedniej torebki, jeżeli ją dotknął koniec igły, co u innych psów jednak nigdy zaćmy urazowej nie powodowało). Dodać jeszcze należy, że zmiany te pojawiały się także w przypadkach, w których mimo wycięcia trzustki nie było cukromoczu. (Wedł. Ophth. Klinik).

Flaszeczki podane przez Bublitz'a do kropli ocznych zaleca Best (Münch. med. Woch. 1907 pag. 857). Mają one dno podwójne. Dolna część, do której sięga końcem zakraplacz doszlifowany do szyjki flaszeczki, wypełniona jest roztworem sublimatu. W górnej części znajduje się roztwór odpowiedniego alkaloidu.



Flaszeczka jest tak urządzoną, że koniec zakraplacza, chociaż się przy zapuszczaniu kropli zetknie z powiekami chorego oka, zostaje za każdym razem w sublimacie odkażony. Prócz tego flaszeczki Bublitza dają i tę korzyść, że rozczyzny kropli ocznych lepiej i dłużej w nich się przechowują, nie ulegając tak łatwo zmętnieniu ani zapleśnieniu. (Wedł. *Revue générale d'Ophthalmologie*).

*Do usuwania plam z lapisu na skórze* poleca Sylla następujący rozczyn:

Hydrargyri bichlorati	
Ammonii chlorati . . . . .	aa 10,0
Aquae destillatae . . . . .	80,0

Ciemno-brunatne lub czarne plamy mają po posmarowaniu tym płynem znikać bezwłocznie. (Wedł. *Therapeutische Monatsberichte*).

*Wyleczenie Tobiasza ze ślepoty* przedstawił, jak wiadomo, Rembrandt na jednym ze swych obrazów, znajdującym się w galerii brukselskiej, jako reklinację zaćmy. Obrazowi temu poświęca Greeff obszerną monografię (Stuttgart, r. 1907, nakładem Enkego, 14 tablic, 9 rycin w tekście). Jest to poważne studjum historyczne, w którym autor wykazuje, że Rembrandt musiał znać dobrze i widzieć operację zaćmy, jak ją w XVII stuleciu wykonywano. Świadczy o tem także cały szereg jego szkiców dobrze dotąd zachowanych, przedstawiających reklinację zaćmy. W pracy Greeffa przedstawiona jest źródłowo historia powstania wzmiankowanego obrazu, a nadto zajmuje się autor pytaniem, gdzie Rembrandt mógł mieć sposobność zapoznania się z operacją zaćmy i dla czego w ten, a nie w inny sposób przedstawił cudowne uzdrowienie Tobiasza. (Według *Ophthalm. Klinik*). K. W. M.

Piąty numer dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz obszerny tom sprawozdań z posiedzeń naukowych w sekcjach ukażą się niebawem w druku i będą rozesłano wszystkim uczestnikom Zjazdu. Dla uniknięcia pomyłek uprasza się wszystkich uczestników Zjazdu o niezwłoczne nadesłanie swego dokładnego i czytelnego adresu (najlepiej na karcie wizytowej) pod adresem: Administracya »Tygodnika lekarskiego«, Lwów — ulica Sykstuska l. 8.

## V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Busineli prof. okul. um. w Rzymie.

	Str.
Krętek blady w oku ludzkim. Bab . . . . .	20
Dwa przypadki zranienia oka przez krótkie spięcie elektryczne. Dr Lundsgaarel—Kopenhaga . . . . .	21
Neuritis retrobulbaris po oparzeniu skóry. Dr Linden- meyer—Frankfurt nad Menem . . . . .	21
O leczeniu krótkowzroczności. H. Sattler—Lipsk . . . . .	21
O wrodzonym zбочeniu rozwojowem oka (nitkowaty zrost blaszki barwikowej tęczówki z rogówką). Dr Herbst . . . . .	21
O nowym objawie ocznym w przebiegu choroby Basedowa. H. Gifford—Omaha-Nebraska . . . . .	22
Choroby oczne a erythema nodosum. Dr Wilhelm Reis— Bonn . . . . .	22
O stosowaniu alypiny w okulistyce. Dr Zimmermann— Görlitz . . . . .	22
Leczenie początków zaćmy starczej wstrzykiwaniami jodku potasu. Dr v. Pflugk—Drezno . . . . .	22
Badanie pola widzenia oka przystosowanego do ciemności, z szczególnem uwzględnieniem odcepienia siatkówki. Dr K. Stargardt—Kilonia . . . . .	23
O zapaleniu spojówki ze szczególnego rodzaju wydzielinę, której przyczyną był streptococcus mucosus. Dr R. Wirtz . . . . .	23
O wpływie zasłoiny w głowie (sposobem Biera) na oko pra- widłowe i na niektóre choroby oczne. Dr Hoppe—Kolonja . . . . .	23
Przyczynek do leczenia retinitis pigmentosa podspojówkowemi zastrzykiwaniami soli kuchennej. Dr Edmund Redslob . . . . .	23
O zapaleniu rogówki skutkiem zatrucia antypiryną. Michi- gasu Inouye—Uchi-Saiwai-Cho, Tokio . . . . .	24
Przyczynek do nauki o uszkodzeniach oka sztucznymi bar- wikami anilinowymi. Dr R. Mellinghoff—Dysseldorf . . . . .	24
Zachowanie się fizyologicznych czynności siatkówki w przy- padku wrodzonego niedowidzenia. Polack . . . . .	24
Kilka przypadków szkodliwego działania protargolu. Moreau i Grandclement . . . . .	25
Zator arteriae centralis retinae z powodu tętniaka aorty. Prof. J. Hirschberg w Berlinie . . . . .	26
Historyczne uwagi o sztucznych oczach. Prof. J. Hirsch- berg w Berlinie . . . . .	26
Leczenie zatoru arteriae centralis retinae. Dr A. Schapringner . . . . .	26
O sztucznych oczach w Starym Meksyku i u innych naro- dów. Dr Edward Pergens . . . . .	27
III. Bibliografia . . . . .	27
IV. Rozmaitości . . . . .	31
V. Sprawy osobowe . . . . .	32

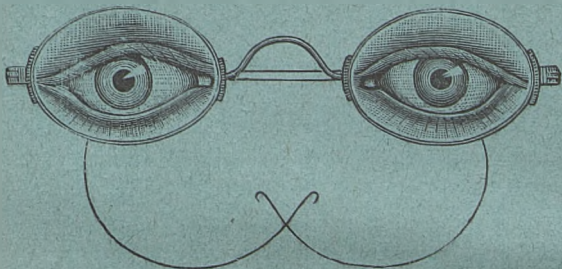
# K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

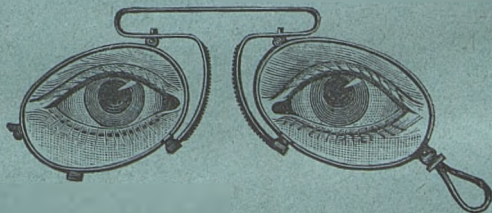
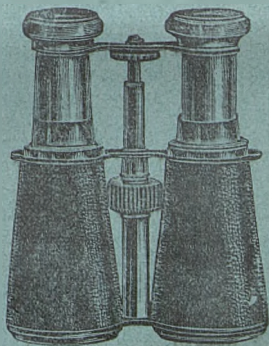
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę,  
szlifiernię szkła optycznych,  
urządzoną podług systemu me-  
trycznego z popędem motoro-  
wym.

Jako specjalność szlifuje wszel-  
kie **soczewki kombino-  
wane** z szkła białego, dym-  
nego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn,  
obficie zaopatrzony we wszel-  
kiego rodzaju  
wyroby optyczne, apa-  
raty elektryczne lekar-  
skie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.