

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 SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Październik.

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego. (Prof. Machek).

O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysję*).

Podał

Dr A. BEDNARSKI,

docent pryw.

Dyscysję zaćm celem przyspieszenia dojrzenia tychże wykonywano jeszcze na początku zeszłego stulecia. W r. 1811 Gibson polecał nakłucie soczewki, zaś w r. 1813 Muter przecięcie samej przedniej torebki, bez naruszenia masy soczewkowej. Później zaniechano wykonywania tej operacji, nie tyle z powodu objawów jaskry, co z powodu zadrażnień zapalnych i obawy zakażenia. Z nastaniem aseptyki obawa zakażenia prawie że odpadła, to też w nowszych czasach Steffan (1883) za przykładem Mutera poleca znów dyscysję samej przedniej torebki. Na 530 ekstrakcyi wykonał Steffan

*) Wedle wykładu wygłoszonego na X. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

93 dyscysyi bez żadnych nieprzyjemnych powikłań*). Stellwag (1886) próbował przecinać tylną torebkę, zarzucił jednak sam ten sposób z powodu częstego wypływu ciała szklistego.

Do wykonywania dyscysyi zachęciły nas pierwsze przypadki dyscysyi przebiegające prawie bez śladu odczynu, z drugiej zaś strony potrzeba jakiejś operacyi przyspieszającej rozwój zaćm.

Nie chcę tutaj przechodzić wszystkich sposobów operacyjnych mających na celu sztuczne dojrzenie zaćm, wspomnę tylko o najpowszechniejszym sposobie Förstera, polegającym na wykonaniu irydektomii w połączeniu z masowaniem soczewki. Sposób ten jak wiemy często zawodzi. Już sam Förster zauważył, że jego sposób operowania nie działa przy t. zw. zaćmach naczyńiówkowych. Haab podnosi, że sztuczne dojrzenia Förstera niedostatecznie przyspiesza dojrzenie przy powoli dojrzewających zaćmach. To samo miałem sposobność sam nieraz stwierdzić.

Że sztuczne dojrzenie Förstera może wręcz odwrotny skutek wyrzucić, to pozwolę sobie tutaj przytoczyć np. jeden przypadek zaćmy niedojrzałej, w którym wykonano sztuczne dojrzenie Förstera. Chory liczył palce: 2 m, zaś w 8 tygodni po operacyi liczył palce: 4 m. Na drugim oku u tego chorego wykonano dyscysyę a następnie ekstrakcyę zaćmy, poczem chory, z powodu znacznej ilości resztek widział dorażnie tylko palce: 2½ m. Tak więc oko, na którym wykonano sztuczne dojrzenie, i o którym się choremu powiedziało, że będzie niem gorzej widział, właśnie objęto główną rolę przy widzeniu obuocznem. Naturalnie był to przypadek, że właśnie w górze, w okolicy *coloboma*, soczewka była najmniej zaćmioną i nie chcę przez to potępiać sztucznego dojrzenia Förstera. Jest to operacya dobra, nie połączona z żadnem niebezpieczeństwem przy dzisiejszej aseptyce**), ale pominąwszy,

*) Wedle Landolta: Deutschmann's Beiträge Z. Augenhk. 1992.

**) Mooren uważa miażdżycę, zaś Scheffels rozplynięcie ciała

że często, jak to powiedzieliśmy, nie działa dostatecznie, jest zabiegiem operacyjnym dla chorego poważnym, narażamy po prostu chorego na dwie operacje, a nie unikamy przez to i trzeciej, następowej dyscysyi zaćmy wtórorzędnej.

W ubiegłym roku szkolnym 1906/7 wykonaliśmy na klinice okulistycznej, u 20 chorych, 26 dyscysyi zaćm, celem przyspieszenia dojrzenia.

Zaćmy te były niedojrzałe, jednak już tak daleko posunięte, że chorzy widzieli przeważnie tylko ruchy ręki a jedynie tylko w 5-ciu przypadkach liczyli jeszcze palce przed okiem, najdalej do 1 metra.

Operowano przeważnie kobiety (15 kobiet, 5 mężczyzn). Dziesięciu chorych było w wieku od 23—34 lat, sześciu od 35—44, zaś czterech od 45—60 lat. W połowie więc przypadków rozchodziło się o zaćmy przedwczesne, poniżej 45-go roku życia.

Dyscysya igłą Bowmena przez wkłucie zwyczajnie twardówkowe, cięcie krzyżowe kilka milimetrów długie idące przez torebkę i przez powierzchowne warstwy kory.

W niektórych przypadkach rozcięcie głębokie całej soczewki w kilku kierunkach.

Wyniki, jakie otrzymaliśmy, były następujące:

Tylko w jednym przypadku zauważono dość znaczne przekrwienie spojówki gałkowej, utrzymujące się przez 5 dni, u reszty operowanych oczy były przez cały czas obserwacji albo bez śladu zadrażnienia, albo było tylko nieznaczne, przez kilka dni trwające, przekrwienie spojówkowe. Zapalenia tęczówki nie było w żadnym przypadku.

W dwóch przypadkach wystąpiły objawy jaskry.

W jednym przypadku u kobiety 20-letniej, na drugi dzień po operacji, wystąpiły bóle w oku, połączone z wymiotami i lekkim podwyższeniem ucisku śródocznego. Objawy jaskry już po 24 godzinach po okładach lodowych ustąpiły.

W przypadku tym było znaczne pęcznienie soczewki, a dyscysję wykonano bardzo rozległą, rozcięto nietylko torebkę szeroko, ale całą soczewkę porozcinano w kilku kierunkach. W tydzień po operacji wykonano *extractio simplex*. Chora opuściła klinikę ze wzrokiem $\frac{6}{18-(2)} c + 10_{,0}$ —. Ekstrakcję więc wykonano w tym przypadku nie z powodu jaskry, gdyż ta, jak wyżej wspomnieliśmy, ustąpiła po 24 godzinach, tylko dlatego, że soczewka bardzo znacznie pęczniała a oko było dość znacznie nastrzykane.

W drugim przypadku u kobiety 60-letniej w 6-m dniu po dyscysji z powodu objawów jaskry musiano wykonać ekstrakcję.

Wpływ dyscysji na dojrzewanie zaćmy.

W dwóch przypadkach jaskry było naturalnie znaczne pęcznienie soczewki. Nadto w 4-ch przypadkach przyszło do znacznieszego pęcznienia całej kory, objawiającego się powstaniem świeżych, licznych, połyskujących klimów (1 przyp.) albo płytkością komórki, wskazującą na jednostajne napęcznienie całej kory soczewkowej (2 przyp.), albo też tem, że masy soczewkowe wypełniały prawie całą przednią komorę (1 przyp.). Nadto w 3 przypadkach stwierdzono mierny stopień zaćmienia soczewki, zaś reszta przypadków, a więc część przeważna zachowywała się tak, że z ranek torebkowych wystawały nieco do przedniej komory pęczniejące masy soczewki i to nieznacznie, zaś na całość zaćmy dyscysja nie wywarła widocznego wpływu lub też tylko przyczyniła się do bardzo nieznacznego zaćmienia soczewki,

Wyniki dalsze.

W 15-u przypadkach wykonano następową ekstrakcję. W ciągu pierwszych dwóch tygodni po dyscysji wykonano ekstrakcję w 12 przypadkach, w 2-ch przypadkach po 3-ch tygodniach, w jednym po miesiącu.

Co do wyników operacyjnych po tych ekstrakcjach zanotować należy:

$\frac{5}{10}$ raz; $\frac{5}{15}$ cztery razy, $\frac{5}{20}$ dwa razy, $\frac{5}{30}$ dwa razy, $\frac{5}{50}$ dwa razy, $< \frac{5}{50}$ trzy razy, nadto w jednym przypadku

był wynik nie wiadomy, gdyż z powodu wystąpienia objawów psychozy, chorą musiano przenieść na oddział psychiatryczny. Wzrok $< \frac{5}{50}$ był w dwóch przypadkach z powodu znacznej ilości resztek, w jednym z powodu znacznego astygmatyzmu rogówkowego, tak w jednym jak i w drugim przypadku należało się spodziewać, że wzrok z biegiem czasu sam ulegnie znacznej poprawie.

Obecnie coraz więcej operatorów wydobywa zaćmy nie czekając na dojrzenie, i tak Manolescu operuje, skoro chory widzi palce na 3 m, Bribosia na 1 m, Inouye na 2' Argyll Robertson na 1'*) . Zebender operuje skoro osłabienie wzroku tego wymaga, podobnie Kerschbaumer, a Hess w ostatnim wydaniu Graefe-Saemisch'a pisze, że operuje zaćmy, o ile nie ma przeciwwskazania, skoro choremu osłabienie wzroku staje się uciążliwym.

Z drugiej strony wiemy, że w pewnym wieku można każdą soczewkę wyjąć, gdyż z powodu stwardnienia soczewka łatwo oddziela się od torebki. Wedle Mooren'a nastaje ten okres po 56 roku życia, wedle Deutschmanna po 60, wedle Hirschberga po 50, wedle Schweigera między 50—60, wedle Haaba po 60. Haab dodaje jednak przytem**) że proces zaćmienia soczewki często przeszkadza prawidłowemu stwardnieniu kory i utrudnia przez to oddzielanie się tejże od torebki. Wedle Weckera***) dojrzałość zaćmy jest tylko niepotrzebnem obciążeniem wskazań do wykonywania ekstrakcyi.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że Steffan na 98 dyscy-syi nie miał żadnych nieprzyjemnych powikłań, my zaś na 26 przypadków mieliśmy dwa przypadki jaskry, to przyczyny tego szukać najprawdopodobniej należy w tem, że Steffan przecinał tylko samą przednią torebkę na niewielkiej przestrzeni. Wnosić z tego należy, że zachodzi duża różnica mię-

*) Wedle Landolta: Deutschmann's Beiträge Z. Augenhlk. 1892.

**) Haab: Operationslehre str. 79.

***) Annale d'ocul. 1882.

dzy przecinaniem samej torebki a równoczesnem przecinaniem przednich warstw zaćmy.

Z drugiej strony nasze przypadki wykazują, że nawet przecięcie powierzchownych warstw kory, często nie prowadzi do dostatecznego szybkiego zaćmienia całej soczewki, tak że potrzeba przecięcie torebki powtórzyć.

Steffan cytuje za Beckerem (Graefe-Saemisch VI. 178, stare wydanie), że przy zaćmach z jądrem już stwardniałem nie przychodzi do silnego pęcznienia i że to silne pęcznienie, którego się tak obawiamy, jest własnością soczewek młodych i miękkich, podczas gdy przy soczewkach twardych u ludzi starszych, po rozdarciu przedniej torebki zaćmienie tylko bardzo powoli postępuje, nie przychodzi zaś do znaczniejszego pęcznienia.

Tymczasem nasze przypadki wykazują, że po dyscysyi torebki i przednich warstw kory może przyjść i u ludzi starszych do silnego pęcznienia.

Jeden z przypadków jaskry dotyczył właśnie kobiety 60-letniej. W drugim zaś przypadku u mężczyzny 57-letniego z zaćmą początkową, przyszło po dyscysyi do wytworzenia się licznych połyskujących klimów czyli do wybitnego pęcznienia zaćmy. W trzecim przypadku u kobiety 48 letniej po dyscysyi notowane: soczewka silnie pęcznieje, dużo mas korowych wypełnia po części przednią komorę.

Na podstawie w. o. przypadków możemy przeto powiedzieć, że dyscysya zaćm (torebki i przednich warstw soczewki) w późniejszym wieku nie jest operacją niebezpieczną; może wywołać objawy jaskry (około 8%), które jednak przez ekstrakcyę dadzą się usunąć. Jeżeli dyscysyę wykonamy na małej przestrzeni, to obawa wystąpienia jaskry jest mniejszą, z drugiej strony jednak takie małe dyscysye sprowadzają często tylko miejscowe pęcznienie soczewki i częściowe zaćmienie, nie prowadzą zaś do dostatecznego szybkiego zaćmienia całej soczewki.

Kilka uwag w sprawie operowania zaćm niedojrzałych.

Napisał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Z biegiem czasu zmieniają się i w okulistyce poglądy, ale zmieniają się nie tylko z powodu lepszego wnikięcia w istotę rzeczy, lecz, gdy chodzi o operacje nie równie częściej z powodu wydoskonalonej techniki.

Co do operowania zaćm niedojrzałych, to niewątpliwie i jedna i druga okoliczność równie ważną odgrywają rolę.

Nie tak dawno temu, gdy starano się tylko wtenczas dopuścić do operacji zaćmy, gdy zaćma zupełnie była dojrzałą, a za moment odpowiedni uważano, gdy chory nic nie widział. Tymczasem nie to jest wyłącznie momentem krytycznym, wiemy bowiem, że i po prawidłowo dokonanych operacjach zaćm takich powstać mogą dość wybitne zaćmy następowe i to dlatego, że tylna kora dla zbadania nie przystępna, nie była jeszcze dostatecznie a może wcale zmętnioną, gdy przednia i jądro zupełnie zaćmione powstawania obrazów na siatkówce nie dopuszczały.

Dziś atoli, jak to wynika z rozpraw nad odczytem Ba h r a: »Ueber Frühoperation nach Staareifungen« na kongresie międzynarodowym w Lucernie w r. 1904 prowadzonej; okuliści: (Wicherkiewicz, Fuchs, Menacho, Scheffels, Hippel) etc skłaniają się raczej do bezpośredniego operowania zaćm niedojrzałych, gdy tego wymaga potrzeba.

Ja sam posiadając w mojej metodzie wypłukiwania pozostałych resztek kory sposób bardzo pewny pod tym względem, nigdy nie wacham się operować zaćmy niedojrzałej a wyniki osiągnane na bardzo licznych materyale tak w klinice uniwersyteckiej, jako i w praktyce prywatnej, przemawiają bardzo wymownie na korzyść tego postępowania, o czym zresztą przy innej sposobności obszerniej się rozwiędę.

Tutaj chciałbym tylko zaznaczyć, iż zaćmy wolno bardzo się rozwijające u osób wiekowych dają się doszczętnie

przez zwykłą operację doraźną usuwać, bez zabiegów jakichkolwiek wstępnych i nieraz już w ten sposób operowałem oczy, które jeszcze względnie dość mały rozpoznawały druk. Są to zaćmy twarde, długo przepuszczające światło i pozwalające wzgl. za wiele widzieć, by operator do operacji się zdecydował, a zamało, by chory mógł się oddawać zwykłym zajęciom. Przed kilku laty operowałem lekarza, który czytał Sn. = l. 75 i rozpoznawał palce na 5 m, operacja przebiegła beznagannie, a wynik był tak dobrym, że w kilka miesięcy później chory prosił o operację na drugim oku te same mającym warunki.

W innym znów przypadku operowałem 60-letniego myśliwego, który jeszcze sam zdołał się poruszać dowolnie i czytać gazetę o większym druku, ale który pragnął poprawić sobie dla polowania wzrok pozostawiający w ostatnich latach niejedno do życzenia. I tu operacja na jednym oku doraźnie wykonana miała ten skutek, że operowany w następnej porze nimrodowej dokazywał dawnych sztuk myśliwskich a zachęcony skutkiem poddał drugie oko wcale jeszcze nieźle funkcjonujące ale krótkowzroczne dotknięte prawie wyłącznie zaćmą jądrową, równie skutecznej operacji.

Wolny rozwój, silniejsze jasno-żółte przeświecanie dużego jądra znamionuje te zaćmy, nadające się do bezpośredniej operacji. Są jednak inne zaćmy, które również wolno postępują, ale ich twarde zaćmione jądro jest małe, a nie możemy z góry wiedzieć, czy kora nie jest zbyt miękką, będąc jeszcze przezroczystą. W tych to przypadkach zwykłem robić rozcięcie torebki ale tylko bardzo małeńkie przez *scleronyxis anterior*. Jeżeli po kilku dniach nie występuje żadna reakcja a kora nie ulega rozpadowi, przystępuję do zwykłego wydobycia, w przeciwnym razie czekam, aż się kora zaćmi zupełnie. W dwóch przypadkach w zeszłym roku operowanych, w których mi szczegółowo z powodu stosunków rodzinnych osób dotkniętych na tem zależało, aby operacja miała przebieg prawidłowy, leczenie pooperacyjne trwało krótko i wynik był jaknajlepszy, kora po takiej dyscyzyi zaćmiła się w przeciągu 6-ciu

tygodni jednostajnie, całkowicie bez wszelkiej reakcyi oka, następnie usunięcie zaćmy o zwykłym przebiegu powróciło w krótkim czasie chorym wzrok znakomity.

Zaznaczyć jednak muszę, że w podobnych przypadkach rozcięcie torebki bynajmniej nas nie zabezpiecza przed obawianą zaćmą następową, jeżeli w danym razie nie będziemy po usunięciu soczewki stosowali masowania celem wydobycia pozostałych, może nie zaćmionych resztek kory tylnej. Pod tym względem miałaby natomiast operacya Foerstera należyte wykonana pierwszeństwo przed maturacyą zapomocą dyscyzyi, bo jak to słusznie na przytoczonym już kongresie podniósł Schirmer, operacya Foerstera nie miażdży wprost kory takową do zaćmienia powodując, ale niszczy wśródbłonek i wnikanie do torebki cieczy wodnej ułatwia, co rozpad kory nie tylko przedniej ale i tylnej sprowadza.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde T. LVII. Z. 1. (Referent dr Bałaban).

Uwagi krytyczne nad niektórymi nowymi pracami oznaczaniu bystrości wzroku. (Kritische Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über die Sehschärfebestimmung). Dr Guillery.

Uwagi polemiczne nad próbami do badania wzroku Landolta i Kostera.

O pęknięciu twardówki z wypadnięciem siatkówki. (Über Scleralruptur mit Vorfalle der Netzhaut). Dr Gross.

Badanie tyczy się gałki ocznej, która w celu zbadania przysłaną została do kliniki w Wyrzburgu z następującym opisem choroby:

Przy sposobności łupania drzewa, odłamek uderzył 32-letniego ogrodnika w lewe oko. Przy oględzinach znaleziono 1 mm od brzegu rogówki na górze 3 mm szeroką ranę w twardówce, stąd się

przedostawało na zewnątrz ciało szkliste. Tęczówka była w tymże kierunku przeciągniętą ku rance w postaci szpary tęczówkowej. Przednia komora była w całości krwią wypełniona, rogówka zapadła. W dalszym przebiegu powieka obrzękła, a siatkówka pośród gwałtownych bólów w całości wypadła. Oko ociemniało bez najmniejszego poczucia światła. W 14-cie dni po urazie oko to wyłuszczone. Wyłuszczone gałka była prawidłowej wielkości, w górze rozwarła ranka w twardówce, do której przylegała tęczówka. W środku gałki znajdują się liczne krwotoki, w pośrodku których znajduje się szarawa jakaś błona. Badanie drobnovidowe wykazało bardzo znaczne przekrwienie wszystkich naczyń krwionośnych, następnie zmianę w budowie wypadłej siatkówki, gdyż tylko warstwa ziarnista była dokładnie uwydatniona, podczas gdy warstwa zwojowa składała się ze samych wakuol. Przypadek ten różni się tem od opisywanych, że siatkówka odłączyła się tutaj od naczyń i wypadła samoistnie.

Szpara w miejscu wejścia nerwu wzrokowego z utrzymaną prawidłową bystrością wzroku. (Colobom am Sehnerven-eintritt mit normaler Sehschärfe). Dr J. van der Hoeve.

U 19-letniego żołnierza, zezującego od dzieciństwa okiem lewym, które to oko źle widziało ($\frac{5}{50}$) spostrzegął autor szparę w tęczówce, soczewce, naczyniówce i w nerwie wzrokowym. Pole widzenia pokazuje brak odpowiadający szparze w naczyniówce. Oko prawe jest prawidłowe ($\frac{5}{4}$).

W miejscu tarczy wzrokowej znajduje się biała plama o dwięciokrotnym jej przekroju. Plama ta jest otoczona barwikiem i zanikłym pierścieniem naczyniówki. W szparze i na jej krawędzi przeciągają naczynia. W polu widzenia znajduje się brak odpowiadający szparze. Rogówki obu ocz były małe. Należy przyjąć, że włókna nerwowe, jakkolwiek były bardzo rozprzestrzenione, zatrzymały swą prawidłową czynność. Matka i siostra badanego miały także podobne szpary w oczach. Podobne przypadki są bardzo ważne ze względu na ich ocenienie przy wypadku. Jeżeli bowiem w podobnym przypadku przyszłoby do okaleczenia, to lekarz badający mógłby z łatwością zmniejszenie się b. wzroku przypisać istniejącej tej szparze. Autor podnosi rzadkość utrzymanej całkowicie bystrości wzroku przy takich szparach. W końcu omawia jeszcze znane teorie o powstawaniu takich szpar ocznych.

Hess podał trojaki możliwości powstania szpar soczewkowych, a mianowicie:

1) Naczynia śródpłodowe soczewki są dłużej przetrwałe aniżeli to odpowiada regule.

2) W ciałku szklistem powstają postronkowate zgrubienia.

3) Brak rąbka Zimniusa.

Szpary nerwu wzrokowego dzieli Caspar na trzy kategorie:

1) Naczynia powstają całkiem nieprawidłowo tuż przy dolnej krawędzi tarczy wzrokowej.

2) Naczynia pojawiają się bliżej górnego brzegu tarczy wzrokowej.

3) Już w szparze są naczynia rozdzielone, ale więcej ośrodkowo.

Caspar tłumaczy wszystkie te kategorie, jako powstałe wskutek zaburzeń w soczewce n. wzrokowego. Przyczyna tych zmian jest nam nie znana, szpary te są jednak dziedziczne.

Przyczynek do wiadomości o miąższowym zapaleniu rogówki u zwierząt. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Keratitis parenchymatosa bei Thieren). Dr Rodriguez de Maraes.

Autor opisuje makroskopijne i drobnovidowe badanie zapalenia głębokich warstw rogówki u 4 l. byka, który nie miał gruźlicy. Obie rogówki były w środku, w głębokich warstwach równomiernie szaro zmętniałe. Na obwodzie była rogówka na 2—3 mm zaczerwienioną, które to zaczerwienienie badane pod lupą składało się z licznych pasemkowatych naczyń. Po przepołowieniu w równiku gałki ocznej pokazało się, że ciałko szkliste było wypełnionem małymi kropeczkami, soczewka była przejrzystą, a w ciałku rzęskowym znajdowały się białe złogi, powstałe przez spłynięcie okrągłych ognisk. Pod mikroskopem dało się wykazać zgrubienie rogówki, przyczem nabłonek był prawidłowym. W warstwach rogówki znajdowały się liczne leukocyty. W górnych warstwach rogówki przebiegały liczne naczynia, podczas gdy w głębokich warstwach znajdowały się dwa grube pnie naczyń, z których znowu wychodziły małe naczyniaka. Część naczyń była w łączności z powierzchownymi naczyniami twardówki. Białe złogi w okolicy ciałka rzęskowego składały się z komórek o nieprawidłowym ugrupowaniu, i z licznymi komórkami olbrzymimi, brak był jednak prątków gruźliczych. W przypadku tym rozchodzi się za tem o zmiany, które podobne są do gruźliczego zchorzenia ciałka rzęskowego, a które spowodowane zostały przez nacieki w rogówce i powstanie licznych naczyń krwionośnych.

O wrodzonych ropniach woreczka łzowego u noworodków. (Über die angeborenen Thränensackeiterungen Neugeborener). Dr Fejér.

Przedewszystkiem robi autor zarzut, że temat ten w podręcznikach okulistycznych jest zupełnie zaniedbanym. Pierwszym był

Cirincione, który się zajmował dokładniej pod względem klinicznym i embryologicznym tym przedmiotem. Choroba ta jest dla tego tak ważną, że częstokroć zostaje ona zapoznaną, a lekarz leczy dziecko niekiedy całymi miesiącami na nieżyt spojówek. Objawy są te same jak u dorosłego, a nigdy nie zdarza się, aby worek łzowy rozszerzył się, albo aby przyszło do niedowładu worka łzowego. Śluzoropotok spojówek nie ma żadnego związku z ropotokiem przewodu łzowego a pojawienie się dwoinków ropnych jest tylko przypadkowym. U dorosłego przyczyną powstania śluzoropotoku są zmiany w błonie nosowej i zwężenie przewodu łzowego. Natomiast przekonano się przez liczne badania embryologiczne, że u noworodka zmiany te są wrodzone. Co się tyczy leczenia to istnieją dwojakie zapatrywania. Jedni leczą tę chorobę zachowawczo zapomocą mięsienia i częstego wyciskania ropy (Peters) lub też pozostawiają tę sprawę bez zabiegu (Panass). Inni natomiast autorowie przecinają przewodkę i sondują (Trousseau, Chevallerreaux). Autor jest zwolennikiem tej drugiej metody, przyczem uleczenie następuje w 2—3 tygodniach, i to zawsze nagle. W końcu radzi autor nazywać te zmiany »pseudo-Conjunctivitis« aby zapobiedz nieporozumieniu co do nazwy z rzeżączką. Swoje doświadczenia zestawia on jak następuje:

1. Śluzoropotok u noworodków jest wrodzonym.
2. Choroba ta polega na nieprawidłowościach w rozwoju.
3. Choroba nie powstaje przez gonokoki i nie stoi z rzeżączką w żadnym związku.
4. Zawsze należy sondować.

Studia nad źrenicą. (Pupillenstudien). Prof. Humelshheim.

Czy źrenica zwęża się ośrodkowo?

Pytanie to jest bardzo ważne dla oka prawidłowego a szczególnie dla oka niezbornoego. Jest bowiem bardzo doniosłem wiedzieć o przebiegu promieni przy akomodacyi i o ile źrenica się zwęża, gdyż w ten sposób można się przekonać, które promienie zostają wydzielone. Autor badał przyrządami, który widział na klinice u prof. Hessa. Za miarę służyły szybki różnej wielkości. Badał on 130 ócz u 70 osób, po większej części u dzieci. Wynik badania był ten, że źrenica rozszerza się i zwęża ośrodkowo.

Wessanie się torebki przy atypowej operacyi zaćmy u dziecka. (Aufsaugung des Kapselsackes nach atypischer Staroperation beim Kinde). Dr Natanson.

U 2 $\frac{1}{4}$ -letniego dziecka zauważyli rodzice zmętnienie w oczach. Badanie wykazało obustronne zaćmienie soczewek w zdrowych gał-

kach. Autor przeciął torebkę i po zrobieniu cięcia wypuścił ciecz wodną. Po tem zabiegu obie soczewki zwichnęły się do przedniej komory, a po 5 dniach przyszło do wzmożenia się ucisku śródocznego. Autor wyjął soczewki cięciem płatowem, torebki jednak po wypłynięciu miękkiej masy usunąć się nie dały. Po 14 dniach źrenice były zupełnie czarne. Przypadek ten jest jedynym, w którym po przecięciu torebki soczewka zwichnęła się do przedniej komory, a przyczyny tego szuka autor w patologicznem rozluźnieniu rąbka Ziinniusa i w zmniejszeniu się ucisku śródocznego przy rozszerzonej źrenicy. Autor jest też zdania, że wessanie soczewki w tym przypadku było całkowitem i wspomina o jednym przypadku Augsteina i Ginsberga, w którym nastąpiło całkowite wessanie soczewki wraz z torebką, zwichniętej wgląd ciała szklistego. Wessanie to zostało też udowodnionem badaniem drobnowidowem.

O etyologii i leczeniu zmętnień rogówki powstałych przez wapno i ołów. (Über die Aetologie und Therapie der Kalk- und Bleitribungen der Hornhaut). Dr zur Nedden.

Odkąd się przekonano, że zmętnienia rogówki powstałe przez wapno i ołów nie są złoгами ale powstają przez chemiczne połączenia, od tego czasu toczy się walka w zapatrywaniu, czy zmiany te powstają jako połączenia soli, czy też są to organiczne połączenia tkanki rogówki. Dla tego też autor przedsiębrał próby, mające na celu wykazać stosunek powinowactwa wapna i ołowiu do istot białkowych rogówki. Pominawszy, że w rogówce znajduje się tylko ślad białka, dowiodły także przedsiębrane badania z albuminem i białkiem kurzem, że po dodaniu do nich wody wapiennej nie mętnieją one, że zatem nie ma żadnej łączności pomiędzy wapnem a białkiem. Zmętnienie które występuje w 24 godzin po urazie nie jest białkanem wapnia, lecz węglanem wapniowym białka. Prócz tego zawiera w sobie rogówka 80% kollagenu i 20% mukoidu. Pierwsze nie ma z wapnem żadnej łączności, natomiast mukoid rozpuszcza się w wapnie. Nie należy zapominać, że w rogówce znajdują się także istoty nieorganiczne szczególnie soda (0.1%). Soda w łączności z wodorotlenkiem wapniowym daje białą zawiesinę w postaci węglanu wapniowego. Organiczne zmętnienia powstałe przez ołów przemieniają się z wolna w trudno rozpuszczalne węglany, tak że wydaje się, jakoby połączenia wapna z mukoidem były silniejsze aniżeli ołowiu. Autor przychodzi wreszcie do następujących wniosków:

Przy nadzarcjach rogówki wapnem i ołowiem najprzód dotkniętą zostaje istota organiczna rogówki, węglany zaś przeważają

dopiero w dawniejszych zmętnieniach. Przeważającym organicznym składnikiem jest mukoid, rozpuszczający się w wapnie, a wypadający przy działaniu soli metalowych. Oba te procesy powodują powstanie grubego białego zmętnienia na rogówce. Środki, które mają służyć do wyjaśnienia takich plam muszą mieć własność rozpuszczania wapna i ołowiu z połączeń mukoidalnych. Do tego celu nadaje się szczególnie winian amonowy.

Autor opisuje też 2 przypadki, w których wyjaśnienie rogówki powiodło się bardzo dobrze, przyczem obrażenie było wywołane wapnem. Obrażenia ołowiem dają bardzo złe rokowanie co do możliwego wyjaśnienia.

Zaćma jako wczesny objaw tęcza. (Cataract als Frühsymptom der Tetanie). Dr Treu.

W rozprawie wspomina autor o kilku teoriach co do powstania zaćmy przy tęciu. Zirm sądzi, że występujące przytem zwyrodnienie nabłonka rzęskowego jest przyczyną troficznej i podobnem do wypadnięcia włosów i paznogi przy tęciu. Z naprowadzonych przez autora przypadków wynika też, że pierwotną przyczyną zaburzeń odżywczych nie są drgawki. A mianowicie w przypadkach tych autor mógł stwierdzić na długi czas przed wystąpieniem drgawek zaćmę. Przyczyną tęcza wedle autora były zmiany w gruczole tarczowym.

Pooperacyjne oderwanie naczyniówki w następstwie irydektomii przy jaskrze. (Postoperative Aderhautablösung nach Glaucomiridectomie). Dr Fischer.

Od czasu zwrócenia uwagi przez Fuchsa na możliwość oderwania się naczyniówki po operacji zaćmy i po irydektomii, przypadki te stały się w literaturze dość częste.

W opisanym przez autora przypadku operowano u 65-letniej chorej z powodu jaskry oko lewe, na oku prawem była jaskra absolutna. Na oku tem robiono irydektomię, a wreszcie z powodu nieustających bólów gałkę wyjęto. Gałkę oczną przepołowiono, przyczem pokazało się, że po obu połowach gałki tej była siatkówka oderwaną, pod nią zaś przeświecała naczyniówka. Badanie drobnovidowe dało ten sam wynik. Jak więc widzimy, przedsiębrana na tem oku irydektomia spowodowała krwotok pod naczyniówką. Podobne dwa przypadki opisał Fuchs. Przyczyną krwotoków w tych przypadkach jest zazwyczaj, zdaniem Fuchsa, pęknięcie żyły wirowej, lub też powstanie komunikacji pomiędzy kanałem Schlemma a przestworem nadnaczyniówkowym. Czynnikiem sprzyjającym powstaniu takiego krwotoku jest nagłe wy-

płynięcie ciała szklanego. Przypadki, w których po irydektomii oderwana naczyniówka znowu przykleja się uważają autorowie za surowicze, jakkolwiek nie jest wykluczonem, że w wielu tych przypadkach wybroczyna jest także krwawa.

Z. 2.

Pseudofakia fibrosa, włóknista niby soczewka, powstała z błony naczyniowej soczewki. (Pseudofakia fibrosa, eine faserige Scheinlinse, hervorgegangen aus der Tunica vasculosa lentis). Prof. Czermak, opisane przez prof. Ulbricha.

Przypadek dotyczy 25-letniego robotnika, który przyjętym został do kliniki z powodu zapalenia rogówki oka lewego. Oko to było od dzieciństwa ociemniałem, przed 10 laty miał chory silne bóle, które się przed 6-ma tygodniami ponowiły. Oko to jest rzęskowo nastrzyknięte, zez zbieżny. Na rogówce znajdują się popekane pryszcze. Żrenica zarosła, ucisk śródoczny wzmożony, *amaurosis*. Z powodu bólów gałka ta została wyluszczonej. Stwardniona gałka została pociętą w skrawki, a te barwiono sposobem Giesona, Russela, i hematoksyliną z eozyną. Najważniejsze zmiany uwidocznione na preparatach drobnowidowych były następujące: W miejscu soczewki znajduje się soczewkowaty otorbiony twór, przyrośły do tęczówki. Wydłużone wypustki rzęskowe ciągną ku przodowi, jak również i włókna rąbka Zinniusa. Tuż po za wypustkami rzęskowemi przytyka do brzegu tego tworu siatkówka. Miejsca soczewki, których siatkówka nie dosięga są wypełnione ciałkiem szklanym. Soczewkowaty ten twór składa się z łącznotkankowych włókien i z licznych naczyń. Z przodu pojawiają się pozostałości torebki soczewkowej. Naczynia znajdujące się w korze, pochodzą z jądra a te znowu z tęczówki. Przednia część siatkówki, przylegająca do tego utworu jest wypełnioną przestworami torbielowatymi, podczas gdy tylna połowa siatkówki jest prawidłową. Wyłumaczenie tego przypadku jest następujące: Wskutek bujania błony naczyniowej soczewki, soczewka wessała się. W jej miejscu powstał włókniakowaty twór, który powstaje w łączności z tęczówką, ciałkiem rzęskowem i siatkówką, naczynia zaś dostaje on tylko od tęczówki i od ciała szklanego.

O jednorocznym pupilometrze. (Über ein Unocularpupillometer). Dr Krusius.

Autor opisuje przyrząd, który służy do badania współczulnego oddziaływania źrenic. Rysunek znajdujący się w tekście jest niezrozumiałym.

O zapalnym nowotworze spojówki. (Über eine entzündliche Neubildung — Granulom — der Conjunctiva). Dr Fischer.

Pojawienie się polipowatych wybujań na spojówce. powstałych po dłuższem zatrzymaniu się ciała obcego w spojówce jest dostatecznie znanem. (Desmarrés, Mackenzie). Podobne zmiany spostrzegano także po szwach spojówkowych. Saemisch uważa za charakterystyczne tych wybujań brak nabłonka. W opisanym przez autora przypadku u dziecka 6-letniego tkwił w oku przez 6 tygodni kłos z jęczmienia. Kłos ten z czasem sam wyszedł a w następstwie powstał nowotwór uszypułowany, który operacyjnie usunięto. Badanie drobnowidowe wykazało nowotwór bez nabłonka, złożony z tkanki łącznej i ze silnie rozszerzonymi naczyniami. Przyblonek spojówki był wybujałym. Powstanie tego nowotworu należy przypisać okaleczeniu przyblonka przez obce ciało, przez co istniało bezustanne mechaniczne drażnienie.

O łamliwości światła na płaszczyznach torycznych. (Über die Brechung an den torischen Flächen). Dr Lomb.

Autor omawia na wstępie powstanie płaszczyzn torycznych. A mianowicie należy przyjąć, że podobne płaszczyzny powstają wskutek obracania się krążka około linii prostej, leżącej w jego płaszczyźnie. Następnie opisuje on załamanie promieni świetlnych. Autor przyrzeka właściwości tych płaszczyzn poddać dokładnej dyskusyi.

Przyczynki do chemii soczewki. (Beiträge zur Luisenchemie). Dr Gross.

Odnosnie do badań Lebera nad przemianą materii soczewki, możnaby sądzić, że przyczyną powstania zaćmy starczej jest stosunek lipidów do istot rozpuszczających lipoidy. Leber bowiem sądzi, że soczewka starcza wskutek większej zawartości cholestearyny i lecytyny jest skłonniejszą chłonać szkodliwe wytwory, jakimi są kwas betaoksymasłowy, aceton i kwas acetoctowy, a które to produkty przy prawidłowej przemianie materii wydzielanemi zostają. Badania były prowadzone w dwojakim kierunku: 1) Czy w soczewce starczej znajduje się więcej lipidów, aniżeli w soczewce młodocianej i czy produkta te znajdują się w większej ilości w soczewce zmętniałej aniżeli w soczewce przejrzystej. 2) Jeżeli nie, to czy produkta rozpuszczające lipoidy znajdują się w zaćmie w ilości zwiększonej, przez co zaćma byłaby wynikiem złej przemiany materii. Autor określa następnie, które ciała należy uważać za lipoidy. Tak należy tutaj cholestearyna, lecytyna, protagon. Z tych najważniejszym jest cholestearyna, podczas gdy z produktów rozpuszcza-

jących lipoidy najważniejszym jest aceton. Następnie podaje autor sposób powstawania cholestearyny i procentowy wynik badania u ludzi i zwierząt.

Badania wykazały, że nie ma różnicy co do zawartości cholestearyny i produktów rozpuszczających się w eterze w różnych soczewkach. U człowieka ilość tych produktów jest zadziwiająco wielką.

Do metody oziębiania przy badaniach zaakomodowanej soczewki gołębia. (Zur Gefrierungsmethode bei Untersuchung der accomodirten Taubenlinse). Dr Fischer.

Autor odpowiada na zarzuty Pflugka. Badał on 23 ócz gołębi, przyczem używał jako pobudki dla akomodacji 1% roztworu nikotyny, podczas gdy porażenie akomodacji osiągał użyciem 1% roztworu strofantu. Kształty soczewek zdjął graficznie i przychodzi do tych samych wniosków, co w swej pierwszej pracy, a mianowicie, że metoda oziębiania, stosowana w przeróżny sposób, nie może nam dać dokładnego obrazu postaci soczewki przy różnorodnych skurczach mięśnia rzęskowego.

Przypadek obustronnej wrodzonej szpary soczewki z następowem swoistym zwichnięciem obu soczewek. (Ein Fall von doppelseitigem angeborenem Linsencolobom mit nachfolgender Luxation beider Luisen). Dr Verderance.

Autor omawia przypadek obustronnej szpary soczewek, który był ogłoszonym w r. 1893. Wówczas spostrzegano na prawem oku obok szpary w soczewce, przetrwałą błonę źreniczną, myopię (—9 D) i zwichnięcie tęczówki; na oku lewem nieprawidłową szparę w tęczówce i zmiany zwyrodniałe na dnie oka. W 5 lat później były soczewki obustronnie zwichnięte i całkowicie przejrzyste. W kilka miesięcy później zgłosił się chory ze skargą na gorsze widzenie. Badana bystrość wzroku wynosiła na oku prawem $\frac{1}{10} + 4.17$, na oku lewem $\frac{2}{5} - 1.17$. Na obu oczach znajdowały się w ciątku szklistem liczne męty, soczewki były ku dołowi zwichnięte. Prócz tego znajdowały się na powierzchniach soczewek miseczkowate zmętnienia i obie opisane powyżej szpary. Zestawiając opisany stan obecny ze stanem obu ócz z roku 1893 widzimy przedewszystkiem zmiany w refrakcyi. A mianowicie na oku prawem była myopia — 9, obecnie zaś jest H 4. Powstałe to dalekowidzenie na tem oku da się z łatwością wytłumaczyć afakią, na oku lewem krótkowidzenie zwiększyło się pomimo że zmiany na dnie oka były te same. Soczewki zwichnięte mętnieją prawie zawsze. Przypadek ten jest zajmującym, gdyż można było dokładnie spostrzegać zwi-

chnięcie soczewek. Jako przyczynę należy przyjąć wedle Christena zanik więzadła Zinniusa na oku prawem, zaś na oku lewym całkowity jego brak.

Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie. R. 1906. Nr. 21.
(Ref. Dr Matusiewiczówna).

Przypadek jednostronnego rozszerzenia źrenicy przechodzącego w zwężenie przy schyleniu głowy. (Un cas de mydriase unilatérale se transformant en miosis dans la flexion en avant de la tête et du cou). H. Coppez — Bruksela.

Przypadek dotyczy młodej dziewczyny.

Przy patrzeniu w dal lewa źrenica (dotknięta zmianą) jest nieco szerszą od prawej, na światło i na zbieżność oddziałuje, ale leniwiej od prawej, przy nachyleniu głowy ściąga się silnie, przy czem chora odczuwa nagły ból. Wszelkie inne sposoby wywołania tego zjawiska pozostają bez skutku. Ruchy oddechowe nie mają na nie również wpływu.

Po zakropleniu kokainy lewa źrenica rozszerza się szybko, poczem przy nachyleniu głowy już się więcej nie zwęża.

Chodzi więc o rozszerzenie źrenicy skurczowe, które przechodzi w zwężenie porażeniowe.

Ogólne badanie wykazuje lekkie stępienie wypukowe w pierwszym międzyżebżu tuż koło mostka. Żadnych objawów *aneurysma*. Radioskopia natomiast wykazuje znaczne powiększenie gruczołów limfatycznych w jamie piersiowej i na szyi. Temu to przypisuje autor spostrzegane zjawisko: podczas nachylania głowy kurczą się *sterno-cleido-mastoidei*, skurcz ten prze na gruczoły, które wywierają nacisk na nerw sympatyczny, przerywając jego czynność.

Co się tyczy leczenia, to chora jest bardzo zadowolona z kokainy, która znosząc skurcz, usuwa ból.

Leczenie operacyjne zezu u małych dzieci. (Traitement chirurgical du strabisme chez les enfants). M. Bettrémieux.

Nowość tego sposobu polega na tem, że autor operuje oko nie zezujące. Stosował z bardzo dobrym wynikiem u małych dzieci.

W rozprawach Van Lint stara się objaśnić dobre wyniki, otrzymane tą drogą tem, że tenotomia mięśnia wewnętrznego wywołuje zaburzenia w ruchach oka szczególnie w zdolności wpatrywania się, a temsamem zmusza do patrzenia oko zezujące, które tą drogą ćwiczy się w patrzeniu.

Perytomia elektrolityczna. (Péritomie électrolytique). Dr A. Van Lint.

Przyrząd Van Linta składa się z gałeczki 2 mm średnicy, umieszczonej na rączce, która daje się osadzić na przyrządzie de Weckera do elektrolizy ziarnistości. Przyrząd łączy się z biegunem ujemnym. Dodatnią elektrodę umieszcza się na policzku od strony operowanego oka. Prąd ma wynosić 2 miliampère.

Po założeniu rozwórki i znieczuleniu oka kokainą przesuwa się kulkę wzdłuż brzegu rogówkowego przy rąbku, na przestrzeni zajętej przez łuszczkę.

Przed odjęciem lepiej prąd zamknąć.

Zabieg trwa 10—15 minut, zależnie od rozciągłości łuszcзки, na miejscu działania prądu tworzy się jeziorko krwi wskutek otwarcia naczyń. Opaska nie jest potrzebna. Podobnego przyrządu tylko o 1 mm średnicy używa autor do elektrolizy wrzodów limfatycznych i plam rogówkowych. Prąd ma wynosić też 1—2 miliampère.

Ctrlblt. f. pr. Aghk. Z. 6. (czerwiec). (Ref. dr Gruder).

Ograniczony zanik w małym okręgu tęczówki przy jaskrze. (Der umschriebene Schwund im kleinen Kreis der Iris bei Drucksteigerung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor zwraca uwagę na następujące charakterystyczne znamiona, jeśli większą liczbę przypadków jaskry badamy lupą:

1) Trwałe, ograniczone rozszerzenie źrenicy spostrzegamy w pojedynczych przypadkach lekko zapalnej jaskry, która ustępuje po ezerynie i okazuje całkiem lub prawie prawidłową bystrość wzroku i pole widzenia. Przyczyną jest odpowiedni, ograniczony zanik w małym okręgu tęczówki (t. j. w okolicy zwieracza).

2) Jeśli dobrze widzące oko i zdrowe (pominąwszy napady wstępne i lekką twardość) oko cierpi z powodu silnego napadu jaskry i natychmiast je podajemy operacyi, to często spostrzegamy niebieskawe, głębokie plamy w małym okręgu tęczówki, co nie przeszkadza jednak ruchom źrenicy.

3) We wszystkich przypadkach zapalnej jaskry, gdzie po operacyi utrzymała się dostateczna bystrość wzroku i pole widzenia, później zaś, po kilku latach, wystąpiło trwałe rozszerzenie źrenicy (objaw wprawdzie mniej pomyślny, lecz nie zawsze grożący bliską utratą wzroku), znajdujemy ograniczony zanik w okolicy małego kręgu tęczówki.

4) Przy zwyrodnieniu po jaskrze widać plamy zanikowe zarówno w małym, jak i w wielkim kręgu tęczówki.

Chirurgiczne wyleczenie ograniczonego ropnia w ciałku szklistem. (Chirurgische Heilung eines umschriebenen Glaskörperabscesses). Dr E. Cramer w Cottbus.

Chory 26-letni został zraniony odłamkiem miedzi z naboju do strzelania, który mu wleciał do prawego oka na wewnątrz od granicy rogówko-twardówkowej.

Wziernikiem widać prócz mętów w ciałku szklistem głęboko do ciałka szklanego sterczące wzniesienie, wychodzące od wewnętrznej ściany gałkowej.

Dno zresztą prawidłowe. $V =$ palce w 6 m. Pole widzenia wykazywało lekkie odpowiednie ograniczenie. Nie ulegało wątpliwości, iż był to ropień, spowodowany odłamkiem miedzi.

W narkozie odpreparowano spojówkę i tkanę od twardówki. Rana, spowodowana wpadnięciem ciała obcego, wynosiła 2 mm długości. Przecięto ostrożnie twardówkę w długości 4 mm, poczem natychmiast wystąpiła rzadka ropa; ciałko szkliste nie wypływało, ale nie udało się wydostać odłamka miedzianego. Twardówkę i nad nią leżącą spojówkę zaszyto. Gojenie prawidłowe. Po dwóch tygodniach chory wyleczony. W ciałku szklistem lekkie męty, ciało obce wisiało na cienkiej nitce i nie zmieniło miejsca przy ruchach gałki; tegoż okolica jasna i przezroczysta. Pole widzenia prawidłowe, $V = \frac{6}{12}$.

Po dalszych dwóch miesiącach bystrość wzroku była zupełnie prawidłową, dno oka wyraźne, ciało obce wyraźne i nieco poruszające się przy ruchach gałki.

Z. 7. (lipiec).

Jednostronny brak odruchowego działania źrenicy przy zachowaniu działania zbieżności, po obwodowem porażeniu n. okoruchowego wskutek urazu oczodołu odłamkiem żelaza. (Ein Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre bei Vorhandensein der Konvergenzreaktion infolge von peripherer Okulomotorius-Lähmung nach Eindringen eines Eisensplitters in die Orbita). Dr Johann Ohm w Berlinie.

Robotnik 19-letni urazony w prawe oko, odłamkiem żelaza który wpadł przez dolną powiekę.

Stan był następujący. W dolnej powiece rana; górna powieka spadała na dół; gałka silnie występowała ku przodowi, abdukcya i addukcya zupełnie odjęte, ruchy ku górze i dołowi silnie ograniczone. Źrenica okrągła, nie oddziaływa, 8 mm szeroka. $V = \frac{1}{15}$. Pole widzenia ku górze i wewnątrz ścieśnione. Na dnie oka odpowiednie zmętnienie siatkówki. Lewé oko prawidłowe.

Uszkodzone były: bystrość wzroku naosiowa i obwodowa, jakoteż wewnętrzny i zewnętrzny poruszający aparat oka prawego. Ile zależnem było od odłamka samego, a ile od krwotoku wewnętrznego nie da się rozróżnić dokładnie. Przeważna część uszkodzeń ustępowała stopniowo, po wyjęciu odłamka z oczodołu; bystrość wzroku po kilku tygodniach z $\frac{1}{15}$ podniosła się na $\frac{5}{5}$, również polepszenie pola widzenia i skotoma.

Z uszkodzeń ruchowych wszystkie ustąpiły z wyjątkiem mięśnia odwodzącego i zaburzeń źrenicy, która później się nieco zwężyła, jednak bez wyraźnego oddziaływania na światło, chociaż akomodacya i konwergencya tej źrenicy powróciły do prawidłowego stanu.

Po dłuższej dyskusyi autor przychodzi do wniosku, iż powód tego nieoddziaływania źrenicy leży w porażeniu obwodowego rozgałęzienia nerwu *ramus iridis n. oculomotorii*, mianowicie w porażeniu nerwów rzęskowych (*nervi ciliarcs breves*).

Z. 8. (sierpień).

Przyczynek do leczenia jaskry. (Ein Beitrag zur Therapie des Glaukoms). Dr J. Bjerrum w Kopenhadze.

Przy jaskrze pojedynczej (*Gl. simplex*) chciał autor wykonać zwykłą sklerotomię; przy kontrapunkcyi przypadkowo koniec noża Graefowskiego wystąpił przez twardówkę, bardzo daleko od rogówki. Skutek tej operacyi był bardzo dobry, ucisk śródoczny obniżył się i wynosił 25 mm Hg. (Tonometer Schjötza).

Wskutek tego doświadczenia autor metodycznie wykonywał sklerotomię z silnie obwodową kontrapunkcyą; wcięcie 2 mm od rogówki, na lewem oku najlepiej ku górze zewnątrz, przyczem siedzi się przed chorym i robi się operacyę ku górze. Przy operacyi prawego oka najlepiej siedzieć z tyłu za chorym i robić operacyę ku dołowi.

Często nóż zaczepia tęczówkę przy kontrapunkcyi, przecina ją, lecz prawie nigdy nie wypada ona. Przy dwóch oczach z *buphthalmus* tęczówka ukazała się w ranie; w jednym wypadku odcięto ją nożyczkami, w drugim kauteryzowano.

W późniejszym stadyum widać w miejscu rany często małą ciemną plamę, czasami lekko wydętą. Obok widać też często liczne i drobne złogi barwikowe.

Autor stosował swoją sklerotomię przy *Glaucoma simplex* i *Buphthalmia infantilis*.

Przy *Glaucoma simplex* miał autor w 14 przypadkach bardzo dobre wyniki.

Przy *buphthalmia infantilis* operował autor w 10 przypadkach. Dwa przypadki miały oko ślepe. U reszty 8 przypadków wyniki były również bardzo pomyślne.

Przy znacznej części operowanych ocz autor stosował po operacyi przez długi czas pilokarpinę lub ezerynę.

Przyczynek do leczenia zatoru arteriae centralis w siatkówce. (Beitrag zur Therapie der Embolie der Arteria centralis retinae). Dr Juliusz Fejér w Peszcie.

Przed rokiem autor opisał przypadek zatoru tętnicy w siatkówce, znacznie polepszony zapomocą mięsienia. Wyleczenie było wtedy tylko częściowem. Teraz podaje autor drugi przypadek, zupełnie wyleczony przez prędkie i systematyczne zastosowanie mięsienia. Natychmiast lub w kilka godzin po napadzie zator jest tak miękkim, że szybka cyrkulacya jest w stanie dalej go posunąć lub korzystnie działać na tegoż rozpad.

Robotnik 52-letni ma znamienny obraz zatoru *art. central. retinae*. Opaska na oko, wewnątrznie KI i okrężny masaż gałki; przez trzy dni chory nie widział. Stopniowo zaś bystrość wzroku się polepszała, a po trzech tygodniach $V = \frac{5}{20}$, po ośmiu następnych tygodniach $= \frac{5}{5}$. Stosownie do swej hypermetr. i prebyopii czytał zapomocą $+ 5 D$ najmniejsze litery. Pole widzenia wykazywało przy końcu ubytek na 15° od dołu zewnątrz. Naczynia dna oka pozostały nieco zwężone, zewnętrzna strona tarczy nieco błada.

Serce i naczynia krwionośne były prawidłowe; również i mocz.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1907. Nr 13—14. (Referent K. W. Majewski).

Wyłuszczenie zwoju Gassera, a keratitis neuroparalytica u człowieka. (Exstirpation des Ganglion Gasseri und Keratitis neuroparalytica beim Menschen). K. E. Weiss.

Autor przytacza przypadek wyłuszczenia zwoju Gassera z powodu nerwobólu lewego nerwu trójdzielnego. Przypadek ten zasługuje głównie z tego powodu na uwagę, że jeszcze w 4 lata po operacyi rogówka lewego oka mimo zupełnej utraty czucia, żadnych zresztą zmian nie okazywała. Pozatem wykazuje badanie ustawiczne pocenie się prawej strony twarzy, gdy skóra po lewej stronie operowanej prawie zupełnie sucha. Czucie w całym zakresie lewego nerwu trójdzielnego prawie zupełnie zniesione. Powieka górna lewego oka okazuje ledwie dostrzegalne opadnięcie, obydwie

jednak oczy zamykają się jednak, również wydzielanie łez obustronnie wydaje się jednakie. Spostrzeżenie to łącznie z innymi ogłoszonymi w literaturze okulistycznej, w których po usunięciu zwoju Gassera na rogówce odpowiedniego oka do żadnych zmian zapalnych nie przyszło, obala odżywczą teorię Magendiego patogenezy *keratitis neuroparalytica*. Ze stanowiska mechaniczno-urazowej teorii Snellena da się tyle tylko powiedzieć, że u człowieka odruchowe mruganie równoczesne z mruganiem oka po stronie nie operowanej, oraz współczulne wydzielanie łez, chronią dostatecznie pozbawioną czucia rogówkę przed uszkodzeniami. Tak samo tem współczulnem wydzielaniem łez tłumaczy się, że u człowieka po wycięciu zwoju Gassera rogówka nie jest narażoną na wysychanie, co znów wedle teorii Feuera ma być powodem zniszczenia rogówki w doświadczeniach robionych u zwierząt. Büttner przypuszcza wygórowaną wrażliwość oka pozbawionego czucia na drobne urazy i uszkodzenia. To się nie zgadza z opisanem wyżej spostrzeżeniem, bo chory autora, jako złotnik naraża swe oko na pył metaliczny i inne ciała obce. Seydel, Berger i Lövy dla uratowania teorii odżywczej przypuszczają, że włókna odżywcze dla rogówki są właściwie włóknami nerwu współczulnego, które się do nerwu trójdzielnego przyłączają. Za tem zapatrywaniem przemawiają częstokroć występujące objawy ze strony nerwu współczulnego po wyłuszczeniu zwoju Gassera. Autor zwraca uwagę, że w jego przypadku objawy współczulne są bardzo wybitne, a jednak rogówka już 4-ty rok po operacji żadnych odżywczych zmian nie okazuje. Ostatecznie dochodzi on do wniosku, że ze stanowiska okulistycznego, wyłuszczenia zwoju Gassera nie należy uważać za operację dla oka niebezpieczną i zwłaszcza gdy pierwsze dni po operacji miną szczęśliwie, można być już potem zupełnie spokojnym o dalszy los rogówki.

O przemijającym podwyższeniu napięcia śródocznego.
(Über vorübergehende Drucksteigerung). M. Du four.

O ile trwałe, lub przynajmniej dłużej trwające podniesienie ucisku śródocznego będące istotą jaskry ostrej i jaskry przewlekłej jest przedmiotem licznych prac i badań, o tyle mało zwraca się uwagi na codzienne, przemijające zmiany w napięciu śródgałkowym. Zmiany takie niewątpliwie istnieją, ale rzadko przekraczają granicę fizjologiczną, dając powód do wystąpienia dolegliwości. Autor wykazuje, że objawy, zależne od takiego chwilowego wzmożenia napięcia bywają często zapoznawane. Przekonał się, że u chorych, którzy się skarżą na ciężkość powiek, uczuwaną zwłaszcza rano po przebudzeniu się, powodem tego objawu nie jest tak często

rozpoznawana *conjunctivitis sicca*, lecz wśród nocy powstałe wzmożenie ucisku śródocznego, które sprawia nieznaczne powiększenie gałki ocznej i naprężenie powiek. Objawom tym towarzyszy czasem i lekkie zamglenie wzroku, które ustępuje jednak rychło zwłaszcza jeśli chory wnet po wstaniu używa ruchu na wolnem powietrzu i w słonecznem świetle. Dla zapobieżenia takiemu chwilowemu wygórowaniu napięcia śródocznego podczas nocy, zaleca autor zapuszczać pilokarpinę przed udaniem się na spoczynek i spać przez całą noc przy świetle lampy.

Nr 15.

Choroba Mikulicza z wybitną gruźlicą tęczówki. (Mikulicz'sche Erkrankung mit ausgesprochener Iristuberculose). Kraillshheimer.

Mikulicz opisał, jak wiadomo, w r. 1892 jako odrębną jednostkę chorobową cierpienie przewlekłe, polegające na powiększeniu gruczołów ślinowych przyusznych, podszczękowych i podjęzykowych, oraz gruczołów łzowych. Zdrowie ogólne zwyczajnie na tem nie cierpi, a powiększone gruczoły nie powodują innych zaburzeń, jak tylko mechaniczne. Całkowite wyłuszczenie zajętych gruczołów kładzie zazwyczaj kres cierpieniu. Częściowe wycinania zazwyczaj nie wystarczają, gdyż gruczoły powiększają się na nowo. Na uwagę zasługuje wpływ niezależnie występujących chorób gorączkowych np. *erysipelas*, *peritonitis*, *influenza*, *pneumonia*, które powstrzymują niekiedy powiększanie się gruczołów, a nawet powodują trwałe ich zmniejszenie. Patogeneza i etyologia cierpienia są dotąd zupełnie niewyjaśnione. Z tego względu ciekawem jest spostrzeżenie autora, odnoszące się do 19-letniego pomocnika sklepowego, u którego jako pierwszy objaw wystąpiło zmniejszenie wydzielania się śliny i spowodowane tem drapanie i suchość w ustach i w gardle, a nawet niemożność połknięcia kęsów stałych bez równoczesnego popijania ich wodą. Widocznie pierwsze zmiany wystąpiły w przewodach ślinowych i spowodowały ich zatkanie, względnie zwężenie. Z biegiem czasu wystąpiły obrzęki wszystkich prawie ślinianek i obu gruczołów łzowych. Do tego przyłączyło się obustronne zapalenie tęczówki ze złożami włóknikowymi na błonie Descemeta. Na lewem oku zapalenie ustąpiło w dwóch tygodniach bez śladu, na prawem natomiast rozwinęła się typowa gruźlica tęczówki. Dodać jeszcze należy, że badanie mikroskopowe operacyjnie usuniętych gruczołów podszczękowych wykazało liczne gruzelki. Z jednego przypadku nie myśli oczywiście autor wysnuwać wniosków ogólnych, sądzi jednak, że spostrzeżenie to w przy-

szłości, gdy przybędą inne podobne, przyczynić się może do wyświeetlenia etyologii zagadkowej jak dotąd choroby.

Nr 17.

Ropowica oczodołu po ropniu jamy górnoszczękowej ze zejściem w zanik nerwu wzrokowego po stronie zajętej ropieniem, oraz zapalenie współczulne drugiego oka. (Orbitalphlegmone nach Empyem der Oberkieferhöhle mit Ausgang in Atrophie des Sehnerven der befallenen Seite und in sympathische Ophthalmie des anderen Auges). Teillais.

Przypadek autora budzi zajęcie z wielu względów. U 25-letniego zdrowego zresztą dziewczęcia po wyjęciu jednego z trzonowych zębów przyszło do ostrej lewostronnej *sinusitis maxillaris*. Ropienie zajęło także inne boczne zatoki i przedostało się do oczodołu lewego. Natychmiast wskutek *neuritis retrobulbaris* lewe oko straciło poczucie światła. W przypadkach jednostronnych otoków ropnych jamy nosa powikłania oczne bywają z reguły jednostronne, w tym przypadku jednak ucierpiało drugie, prawe oko, chociaż zatoki prawej strony nosa były wolne od jakichkolwiek zmian. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do $\frac{1}{3}$, a badanie wziernikiem wykazało zapalenie tarczy nerwu wzrokowego. Gdy wzrok coraz bardziej podupadał i doszedł już do $\frac{1}{10}$, równocześnie ze znacznem zwężeniem pola widzenia, autor wyjął oko lewe, co nie tylko powstrzymało dalsze postępy *neuritis oculi dextri*, ale sprowadziło nawet poprawę wzroku znowu do $\frac{1}{3}$. Już ten skutek enukleacyi przemawia za sympatyczną przyrodą zapalenia nerwu prawego oka. Zresztą wyklucza autor w przypadku tym ogólne zakażenie ropne, które mogłoby drogą przerzutu sprowadzić zapalenie nerwu wzrokowego na drugim oku tak, że pozostaje tylko jedyne przypuszczenie, że zakażenie przeszło na drugie oko drogą nerwów wzrokowych. Przypuszczenia tego nie zbija fakt, że nerw wzrokowy oka lewego znajdował się w stanie zupełnego zaniku, bo udowodniono, że takie nerwy zdolne są przenosić zakażenie na oko drugie.

Nr 18.

O sztucznym woreczku łzowym. (Über Tränensackprothese). W. Zimmernann.

Na zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Dreźnie w sierpniu b. r. okazał autor ze srebra sporządzoną protezę, którą wszywa w miejsce wyłuszczonego woreczka łzowego. Proteza ta ma za zadanie przeprowadzać łzy z przewodów łzowych do dolnej

części kanału nosłozowego i uwolnić w ten sposób operowanych od trwałego łzawienia, na jakie po usunięciu woreczka łzowego zazwyczaj są skazani. Z początku obawiał się autor, że przestwór wszytej protezy wypełni się ziarniną i zatka. W praktyce jednak pokazało się, że obawa ta była płonna, bo w kilku operowanych w ten sposób przypadkach, z których dwa nawet na zjeździe przedstawił, drożność sztucznego przewodu stale się utrzymuje. Operację wyłuszczenia woreczka wykonywa autor w zwyczajny sposób o ile możliwości doszczętnie, oddzielając nawet okostną zapomocą odpowiedniego raspatoryum, poczem wkłada protezę tak, żeby do jej górnego otworu uchodziły wyloty przeciętych kanalików łzowych, przynajmniej kanaliku dolnego. Po nad protezą zeszywa skórę i zakłada opatrunek uciskowy, a nitki wyjmuje piątego dnia. Tkanki znoszą bardzo dobrze obecność srebrnej protezy, spojówka dzięki ustaniu łzawienia wraca do stanu prawidłowego, a i na błonę śluzową jamy nosa proteza żadnego ujemnego wpływu nie wywiera.

Rozczyn jodku rtęciowego w oleju skalnym. (Steinölquecksilberjodid-Lösung). Ferentinos.

Autor zachwala jako znakomity środek przeciwnilny podany przez siebie rozczyń jodku rtęciowego w nafcie. Jest to rozczyń 1:4,000 i sporządza się w ten sposób, że rozpuszcza się 1 gram w 1000 gramach oleju skalnego, a następnie rozczyń ten rozcieńcza się trzykrotną ilością oliwy wazelinowej. Ponieważ nafta jest sama przez się również środkiem przeciwnilnym, przeto zwiększa jeszcze bakterjobjęzą siłę rozczyń. Autor przekonał się, że rozczyń ten nie wywołuje żadnego zadrażnienia oka i może być używany obok wszelkich innych środków stosowanych w różnych chorobach ocznych, np. obok azotanu srebra, obok żółtej maści, atropiny, etc., słowem może z korzyścią w każdym przypadku zastąpić tak często używany rozczyń kwasu borowego, którego działanie antyseptyczne jest zgoła niewystarczające. W niektórych cierpieniach, jak pełzające wrzody rogówki, śluzoropotok spojówki noworodków, jaglica etc. zakraplanie wzmiankowanego rozczyń ma w wysokim stopniu przyspieszać sprawę gojenia.

Przypadkowe usunięcie ślepoty, spowodowanej rakiem spojówki. (Zufällige Beseitigung einer durch Bindehautepitheliom bewirkten Blindheit). Dujardin.

Pewien 72-letni robotnik stracił wskutek zranienia wzrok jednego oka i miał nieszczęście, że na drugim oku powstał rak spojówki, na operację jednak nie chciał wcale przystać i dopro-

wadził do tego, że nowotwór zajął spojówkę gałki dookoła rogówki, a wreszcie całą rogówkę okrył bujającymi i za lada dotknięciem krwawiącymi naciekami. W ten sposób zaniewidział zupełnie. Przypadek zdarzył, że prowadzony nieuważnie przez żonę uderzył się silnie w oko to o pień drzewa. Uraz ten spowodował silne krwawienie, ale ku radości chorego przywrócił mu wzrok. Badanie wykazało, że wskutek uderzenia została zdarta z rogówki narośl nowotworowa, odsłaniając nietkniętą i przezroczystą rogówkę. Autor przytacza inne przypadki z literatury (spostrzeżenia Valude'a i Kopfa), które również świadczą, że nowotwory przybłonkowe, zwłaszcza wychodzące z rąbka spojówkowego, niejednokrotnie przykrywają rogówkę, nie wnikając w nią i nie niszcząc jej utkania.

Więstnik Oftalmologii. R. 1907. Maj—czerwiec. (Ref. Dr Matusewiczówna).

Przyczynek do patologii oka przy wścieklicznie u człowieka. (K patologii głaza pri bieszenstwie u czelowieka). K. Orłow — Kazań.

Przy badaniu drobnowidowem ócz ludzi, dotkniętych wściekliczną, autor znajdował następujące zmiany: 1) W siatkówce znaczny obrzęk, wywołujący tworzenie się szczelin i jam. Obrzęk uważa autor za zapalny, gdyż w niektórych szczelinach znajdował płyn skrzepły. 2) Zmiany w składnikach komórkowych siatkówki; odnosi on je częścią do zwyrodnienia tłuszczowego, częścią białkowo-wodnistego. 3) Zmiany w nerwie wzrokowym sprowadzają się do lekkiego obrzęku. 4) W naczyniówce znajduje stan zapalny, objawiający się w nieznacznym nacieku drobno-komórkowym, w zmianach w warstwie barwikowej i w wysięku zbierającym się między siatkówką a naczyniówką,

Zmiany te dadzą się określić jako *retinochorioiditis serosa acuta*. Badania, tyżące się ócz królików dotkniętych wściekliczną, okazują zupełną analogię zmian chorobowych z wyżej opisanymi.

Wynik badania anatomicznego przypadku coloboma chorioideae et iridis. (Anatomiczeskoje izsledowanje słuuczaja Kolobomy sosudistoj i radużnoj obołoczek). Dr Merz — Petersburg.

Opis dokładny oka, dotkniętego szparą wrodzoną. Ze zmian zanikowych ogniskowych w siatkówce i naczyniówce, rozsianych w przednim odcinku gałki wnosi autor że *coloboma* powstało wskutek zapalnej sprawy w życiu wśródmacicznym.

Kilak ciała rzęskowego. (Sifiloma ciliarnawo tiała). J. S. Kriwonosów — Kazań.

Kilak występował w postaci ciemno-zabarwionego guzka w twardówce około $1\frac{1}{2}$ mm od brzegu rogówkowego. Przeciwnie nowotworowi przemawiał brak wzmożonego napięcia i objawy *irido-cyclitis*. Co się tyczy różniczkowego rozpoznania między kilakiem twardówki a ciała rzęskowego, to za tym ostatnim przemawiały objawy zapalne i obniżona bystrość wzrokowa (V: ruchy ręki).

Chory wypiera się kiły, stwierdzono jednak *osteo-periostitis gummosa et cicatrices post syph. nodos. tibiae dextrae*.

Pod wpływem swoistego leczenia (*inject. Hydrarg. salicyl. neutr. 1°/0*) objawy zapalne ustąpiły, V. $\frac{20}{LXX}$, na miejscu kilaka pozostała tylko plamka pigmentowana. Rozpoznanie zostało potwierdzone *ex juvantibus*.

Lipiec — sierpień.

Przyczynek do kazuistyki nieprawidłowości tęczówki. (K kazuistykę anomalij radużnoj obołoczki). Dr A. N. Natanson — Moskwa.

Przypadek dotyczył oka dotkniętego jaskrą prostą. Część źreniczna tęczówki wraz ze zwieraczem była zachowaną, tylko źrenica postaci podługowatej nosową swą częścią dosięga środka, podczas kiedy dolno-zewnętrzna część wydłuża się aż ku obwodowi, łącząc się wąskim paskiem wokoło całego zewnętrznego brzegu tęczówkowego zachowanym. Od źrenicznej części tęczówki ku górze i ku nosowi ciągną wąskie paski zachowanej tęczówki, łącząc się z obwodowym pierścieniem. Jestto więc jakby cały szereg nietypowych szpar.

Ponieważ ubytek tęczówki dotyczy całej jego grubości, pozostałe jej części dobrze są zachowane, a oko nie przedstawia żadnych objawów jaskry zapalnej, uważa przeto autor nieprawidłowość za wrodzoną nie pozostającą w żadnym związku z jaskrą.

Rzadki przypadek wrodzonej nieprawidłowości błony tęczówkowej (Korectopia et Polycoria). (Redkij słucaj wroźdiennoj anomalii radużnoj obołoczki [Korectopia et Polycoria]). Dr med. B. Demidowicz.

Oprócz jednej źrenicy przesuniętej ku górze i wewnątrz, znajdował się drugi otwór mniejszy dołem zewnątrz, pozatem oko było prawidłowe.

Przypadek Echinococcus jamy ocznej. (Słucaj echinokokka głaźnicy). A. L. Kankrow — Orenburg.

Pasożyt przebył w jamie ocznej 3 lata, doszedł wielkości kurzego jaja, gąłka oczna uległa zupełnemu zanikowi. Wyłuszczenie

udało się tylko po nakłuciu. Badanie wykazało *echinococcus unilocularis*.

Przypadek rozlanego przerostu spojówki. (Słuczaj difuznoj hiperplazji konjunktivy). Dr A. N. Natanson — Moskwa.

U 3-letniego dziecka wystąpiły narośle u obu powiek przeważnie górnej prawego oka. Przypominały one zupełnie narośle przy zwyrodnieniu skrobiowatym. Badanie mikroskopowe i chemiczne dało w tym kierunku wynik ujemny, natomiast wykazało nacieczenie komórkami limfoidalnymi, w niektórych zaś miejscach przerost tkanki i wogóle obraz przypominający bliznę. Według anatomów patologów obraz ten odpowiada sprawie chorobowej, stojącej na granicy nowotworów, w tym przypadku limfomatomii. Etiologia pozostała niewyjaśniona. Ciekawe jest podobieństwo do zwyrodnienia skrobiowatego. Leczenie polegało na częściowem wycinaniu i stosowaniu ałunu. Narośle nieco się po paru miesiącach zmniejszyły. Z powodów od siebie niezależnych autor stracił chorego z oczu i o dalszym przebiegu cierpienia nic nie wie.

Ze spostrzeżeń oftalmologicznych. (Iz oftalmologiczeskich nabludienij). A. B. Cackin — Kursk.

Przypadek 1. *Arteria hyaloidea persistens completa; cataracta polaris posterior, coloboma iridis, chorioideae et nervi optici os.*

Przypadek 2. *Membrana pupillaris perseverans oculi utriusque.*

Występuje tu błona przetrwała w tak obszernych rozmiarach, że zakrywa znaczną część źrenicy i część tęczówki.

III. BIBLIOGRAFIA.

Ludwik Glatman: *Doktorka medycyny i okulistka polska w XVIII wieku w Stambule.* (Szkic historyczny na podstawie nieznanego pamiętnika). 1906. Spółka wyd. pol. w Krakowie.

W zbiorze »Szkiców historycznych« Glatmana znajdujemy wspomniany szkic, który stanowi ciekawy przyczynek do dziejów polskiej okulistyki, a zarazem świadczy, że i w czasach dawniejszych można znaleźć pierwowzory dla obecnych dążeń emancypacyjnych kobiet. Szkic ten opracował autor na podstawie rękopisu odkrytego w bibliotece Czartoryskich w Krakowie.

Tytuł rękopisu dedykowanego p. Ludwice z Mniszchów Potockiej, drugiej żonie Józefa Potockiego, kasztelana krakowskiego i hetmana w. koronnego, opiewa:

»Echo na świat podane czyli procedura podróży y życia mego awantur, na cześć y chwałę P. Bogu w Trójcy św. Jedynemu y Najświętszey Matce Chrystusa Pana mego y wszystkim Świętym — napisała «Salomeja Regina de Pilsztynowa, Medycyny Doktorka i Okulistka w r. 1760 w Stambule» «.

Autorka rękopisu urodziła się na Litwie w województwie Nowogrodzkim w r. 1718 a już w 13 r. życia wydano ją za mąż za okulistę niemieckiego Jakóba Halpira, który w Konstantynopolu posiadał rozległą praktykę lekarską. Żona jego obdarzona niezwykłą inteligencją w krótkim czasie stała się pomocnikiem lekarskim Halpira, asystowała mu przy operacjach okulistycznych i nabyła rozległych praktycznych wiadomości lekarskich. Odznaczała się przytem energią i sprytem, którym męża swego zdołała wyratować z grożącego mu niebezpieczeństwa, w jakie popadł przy leczeniu wysokiego urzędnika tureckiego, »czausza« cesarskiego chorego od 7 lat na zaćmę i porażenie kończyn.

Praktykę miała Halpirowa rozległą i przynoszącą jej znaczne dochody. »Miewała — jak pisze — maneje złote na ręku, ze 100 czer. złotych na sznurkach na szyi, 300 czer. złotych na głowie, klejnoty, pierścienie dyamentowe, kolce z kamieim, suknie sulo bogale, drogie turbenty, (białogłowskie zawoiki) a woziła się karetą szkarłatem obitą lub kazała się nosić do swych pacjentów w lektyce«.

Takie powodzenie Polki-lekarki było solą w oku lekarzom miejscowym, którzy zdołali nawet wyjednać u Hekima-baszy, fizyka w Konstantynopolu, że zakazał Halpirowej leczenia mężczyzn i chorób wewnętrznych a pozwolono jej tylko ze względu na niepospolitą biegłość w okulistyce, której się nauczyła u swego męża i u jakiegoś sławnego okulisty z Babilonu, leczyć białogłowy wyłącznie na oczy.

Zakaz ten nie miał wielkiego znaczenia. Halpirowa wyleczyła potajemnie balsamem kopaiwowym szatnego sułtańskiego chorego na kamień, którego wszyscy lekarze już odstąpili. Wdzięczny pacjent nietylko, że sownie lekarkę wynagrodził, lecz dał jej nawet list polecający do Hekima-baszy, który poddał ją egzaminowi praktycznemu. Kazał Halpirowej wyleczyć starą kobietę, mamkę swego syna, która przed 7-miu laty wzrok straciła. Po 40 dniach leczenia chora odzyskała wzrok, a Halpirowa uzyskała dyplom, upoważniający ją do wykonywania praktyki we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej.

Po ciężkiej nerwowej chorobie, objawami zbliżonej do histeryi, opuszczona przez męża, prawie bez majątku, postanawia Halpirowa opuścić wraz z córką dwuletnią Konstantynopol i udać się przez Adrianopol do Polski.

Po drodze wykonuje dalej praktykę lekarską. W Adryanopolu wyleczyła pewnego szewca chorego na krwawą dyzenterję i suchoty, ślepego Turczyzna i wielu innych. Zebrawszy z praktyki pokaźniejszą sumę wybrała się p. Salomea do Jambułu, rezydencyi chanów tatarskich, gdzie wyleczyła żonę i syna Alingiereya — sułtana. Stamtąd po krótkim pobycie w Filipbei w Macedonii, gdzie przy niefortunnem leczeniu tylko w ten sposób uniknęła więzienia, że drugą połowę zapisanego lekarstwa sama wypila, wybiera się w podróż do Zofii.

Drogę niebezpieczną i górzystą przez Bałkany odbywa konno, przebrana w męskie suknie. Wyprawa ta nie odbyła się bez przygód. Sławny i straszny na owe czasy rozbójnik Sary Husein-aga spotyka Halpirową i oświadcza jej, że wie kto ona jest i żąda, aby go wyleczyła z cierpienia ocznego (zapalenie przybrzeżne powiek) a krewnego z porażenia kończyn. Pani Salomea udaje się do siedziby rozbójnika, u którego rodziny doznaje przychylnego przyjęcia, a po wyleczeniu sownie wynagrodzona przez rycerskiego rozbójnika, odprowadzoną zostaje w konwoju do Zofii, gdzie otrzymała posadę doktorki w haremie baszy Kiupru-Uły (1737).

W Zofli leczy własnego męża Halpira, chorego na »kontraktury« członków i zaznajamia się z towarzyszącym mężowi lekarzem maltańskim, który nauczył Halpirową zapisywać recepty po łacinie i zaznajomił ją z używanymi w medycynie ziołami leczniczymi.

Wypadki polityczne skłoniły Halpirową do opuszczenia Zofii, skąd przebrana za janczara udaje się do Widynia tureckiego. W ucieczce z niewoli austriackiej przybywa w tym czasie do Widynia ks. Józef Rakoczy, który po trudach podróży zachorował na kaszel i krwioplucie. Wyleczony przez Halpirową, kiedy ona afektów jego miłosnych odwzajemnić nie chciała, oczernił ją przed baszą, że ona jest szpiegiem. Groziła jej wówczas kara śmierci. Schwytana w Ruszczuku, dokąd ratowała się ucieczką, szczęśliwemu wyleczeniu syna podskarbiego koronnego z ciężkiej choroby, zawdzięcza swe ocalenie. Przypadek sam przez się miał być tak zajmujący, że Halpirowa przyrzeka opisać tę kuracyę w doktorskiej księdze, którą później miała podać do druku. Ponadto »z kuracyi tej miała wielkie zyski, dostała bowiem 500 lewów (2000 tynfów), kolaskę pąsowym sukniem z wierzchu nakrytą, parę koni z szorami, obszerne i wesołe mieszkanie nad Dunajem z wszelką suficyencyą z kuchni podskarkiego, tudzież siano i obrok dla koni«.

Następnie wraca do Polski i powtórnie wychodzi zamaż za Pilsztyna. Książę Michał Radziwiłł, hetman polny litewski, bierze p. Pilsztynową z sobą na doktorkę do Nieświeża, a mężowi daje

patent na chorąstwo. Dla uwolnienia z niewoli znajomych ruszczyckich Turków wyjeżdża Pilsztynowa do Petersburga, gdzie po szczęśliwie dokonanych kuracjach u księstwa Czerkawskich zostaje przedstawiona carowej Annie Iwanównej i otrzymuje od niej miejsce u dworu i mieszkanie w pałacu.

Po powrocie z Petersburga Pilsztynowa nie została długo w Polsce i wybrała się w podróż do Wiednia. Przyjazd posła tureckiego wybawił ją dopiero z kłopotów pieniężnych. Po wyleczeniu kilku członków świty zamianowaną została lekarką przy ambasadzie tureckiej. Za Turkami poszedł dwór wiedeński, a gdy wyleczyła »hr. Konwencyła«, który kilkanaście lat był ślepy, zyskała rozgłos i sławę we Wiedniu. Po wyjeździe z Wiednia przebywa krótki czas w Wrocławiu, gdzie jednak wskutek współzawodnictwa niemieckich lekarzy nie może rozwinąć swej działalności i wraca do kraju zatrzymując się czas jakiś we Lwowie. Dowiedziawszy się o zmarnowaniu przez męża majątku dla dzieci przeznaczonego, zostawia dzieci pod dobrą opieką, a sama udaje się do Ruszczyku. Po dwóch latach praktyki zebrawszy 40 tysięcy zł. pol. zamieszkuje z dziećmi stale w Kamieńcu, lecz ciężko skrzywdzona i ograbiona z majątku przez generała kamienieckiej załogi czas jakiś jeszcze tylko pozostaje w kraju, poczem na stałe wyjeżdża do Turcyi i osiedla się w Stambule, Pamiętnik kończy się z rokiem 1760.

Szkic powyższy jest tylko zestawionym przez Glatmana wyjątkiem z pamiętnika, który prawdopodobnie jest znacznie obszerniejszy i zawiera jeszcze więcej szczegółów dotyczących praktyki lekarskiej autorki. Warto by zaznajomić się z nim w oryginale, zwłaszcza, że Glatman przesądza niektóre sprawy zajmując stanowisko nieprzyjazne dla emancypacyi kobiet.

Jedną rzecz jeszcze sprostować by należało. Na samym wstępie zarzuca Glatman p. Melanii Lipińskiej, autorce dzieła p. t. »Histoire des femmes medecins«, za które otrzymała nagrodę Wiktora Hugo, że »uwieczniona laurami zapomniała o prawach należnych autorowi«.

Mając to dzieło przed sobą stwierdzić mogę, że Lipińska w tekście wymienia nazwisko Glatmana i przytacza jego pracę w piśmiennictwie z podaniem odpowiedniego źródła (Przewodnik naukowy i literacki 1896). Ponadto zaznacza Lipińska, że tendencyjne przedstawienie autorki rękopisu przez Glatmana zniewoliło ją do przegładnięcia oryginału w bibliotece Czartoryskich.

Kilka szczegółów przytoczonych w sprawozdaniu a niezawartych w szkicu Glatmana wziętem właśnie z książki opracowanej przez Lipińską.

W. Reis.