

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZK WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIK, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik

ROZNIK CZWARTY

1902.

I. PRACE ORYGINALNE.

Ruptura retinae i retinitis proliferans.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pohulanki.

Doniesienie tymczasowe.

W grudniu 1901 roku zwrócił się do lecznicy ocznej w Pohulance chory Ch., skarżąc się, że nagle zaniewidział na oko prawe.

Dr Reyro, który go pierwszy zbadał, postawił rozpoznanie wybroczynowego zapalenia siatkówki.

Rzeczywiście badanie wziernikiem wykazało na dnie oka ognisko wybroczynowe w okolicy górnej skroniowej w odległości trzech średnic tarczy od plamki żółtej; wygląd tego wybroczynowego ogniska był jednak niezwykły: ciemnoczerwona plamka wybroczynowa znajdowała się pośrodku i w zagłębieniu, otoczona też była dokoła występującymi ponad powierzchnię siatkówki strzępami rozdartego w tem miejscu utkania siatkówki. Strzępy te, wraz z resztą niewsiąkłej jeszcze krwi, wstępowały do ciała szklonego. Kiła nie wykluczona.

Postawiłem rozpoznanie: *ruptura retinae post haemorrhagiam chorioidealem*. Wiadomo, że większość autorów, podających wypadki *retinitis proliferans*, podaje jako przyczynę krwotoki z naczyń siatkówki, które następnie miały się organizować i przerastać tkanką łączną, powstającą z utkania zwyrodniałej siatkówki.

Dnia 29 lipca 1902 roku zwróciła się do lecznicy ocznej w Pohulance p. M., prosząc o poradę dla oka prawego, którym jakkolwiek obecnie lepiej, zawsze jednak jeszcze słabo widzi. P. M., przed 7 laty, leczyła się już czas dłuższy w Pohulance: miała ona wówczas wylew krwi bardzo obfity do ciała szklatego tak, że zajmował on prawie całe pole widzenia siatkówki.

Obecnie z wylewu krwi nie pozostało śladów, a wziernik wykrywał obraz typowy *retinitis proliferans*: z dolnej skroniowej części siatkówki wstępowała do ciała szklatego strzępiasta, biała, błyszcząca taśma, przykrywając część siatkówki i środkową część tarczy. Trudno było orzec z pewnością, czy znajdowały się, lub nie w tej taśmie zanikłe naczynia. W tem miejscu siatkówki, skąd taśma brała swój początek i gdzie się znajdowało miejsce wyjścia krwotoku podsiatkówkowego, który sprowadził pęknięcie i oddarcie strzępiastego pasma siatkówki, leżą kupki barwika.

Zapewne nie wszystkie wypadki *retinitis proliferans* dadzą się wytłómaczyć oddarciem strzępiastem częściowem wewnętrznych warstw siatkówki przez krwotoki i wysięki pozasiatkówkowe, sądzę jednak, że bardzo liczne wypadki *retinitis proliferans* można uważać jako następstwo pęknięcia siatkówki i wstąpienia jej strzępów wraz z krwią do ciała szklatego. —

Nawet sam wygląd tych taśm, rozpiętych, niby pajęczyna, w ciele szklistem ponad siatkówką, tłómaczy się łatwiejszem rozdieraniem się siatkówki w kierunku warstwy włókien wzrokowych.

Tak więc *retinitis proliferans* byłaby tylko szczególnym wypadkiem odklejenia siatkówki, mianowicie częściowego odklejenia siatkówki z rozdarciem odklejonego utkania. —

Własności bakteryobójcze łez i cieczy wodnej.

Podał

DR FELIKS RYMOWICZ,

Docent okulistyki Uniwersytetu Kazańskiego.

(Z pracowni katedry ogólnej patologii w Kazaniu.)

Łzy, razem z ruchem powiek (mruganiem) tworzą, jak o tem świadczy szereg badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych, naturalne, w wysokim stopniu skuteczne, chroniące od zakażenia przystosowanie oka ludzkiego, którego spojówka, wcześniej niż wszystkie inne błony śluzowe człowieka, już przy przechodzeniu płodu przez przewód rodny matki, podlega niebezpieczeństwu zakażenia, a w ciągu dalszego życia bywa zakażaną przez drobnoustroje powietrza, otaczających powłok i t. d.

Co do tłumaczenia mechanizmu działania tego narządu ochronnego, to niewątpliwie na pierwszym miejscu, z czem zgadzają się wszyscy niemal autorzy, którzy nad tą sprawą pracowali (Gombert [1], Michel [2], Leber [3], van Gendren Stort [4], Bach [5], Ahlstroem [6] i inni), musimy postawić czysto mechaniczny wpływ stałego przepływania łez w stronę worka łzowego i dróg nosołzowych, przez co, jak słusznie wyraża się Gombert, w oku tworzy się stały dren, zwracający drobnoustroje worka spojówkowego w stronę jamy nosowej. Jak wielkim jest wpływ tych czynników mechanicznych na zawartość drobnoustrojów w worku spojówkowym, wnosić można ze znacznego zwiększenia się ich ilości po zniesieniu, lub zmniejszeniu wpływu tych czynników, n. p. przez opaski; tego rodzaju spostrzeżenia, między innymi, stanowiły podstawę, wprowadzonego przez Hjort'a [7], odkrytego postępowania w chirurgii ocznej (Schioetz [8]).

Poza tem niektórzy badacze w ochronnem działaniu łez upatrują nietylko ich wpływ mechaniczny, lecz przypisują łzom także własności bakteryobójcze. Szczególnie duże znaczenie ostatnim własnościom łez przypisuje Bernheim [9] i tłumaczy tę stronę ich działania zawartością w nich serum-albu-

minu; Bach, stwierdziwszy także w niektórych swoich doświadczeniach, że drobnoustroje giną we łzach, nie zaprzecza im pewnego wpływu bakteryobójczego, tłumaczy go jednakże całkiem w inny sposób, podczas gdy Ahlstroem nie uznaje wcale tej strony czynności łez i przypisuje im wyłącznie wpływ mechaniczny.

Z cieczy ocznych, oprócz łez, własności bakteryobójcze bywają przypisywane także cieczy wodnej przedniej komory. Te jej własności studyowane były przy teoretycznem opracowaniu sprawy bakteryobójczości cieczy organicznych wogóle; niektórzy jednak badacze przypisują tym własnościom cieczy wodnej także znaczenie praktyczne, to jest widzą też i w nich ochronne wobec zakażenia przystosowanie. I tu podobnie, jak w sprawie bakteryobójczości łez, spotykamy u autorów znaczną różnicę zdań. Podczas gdy Nutall [10], Buchner [11] i inni przypisują cieczy komórkowej bardzo silne działanie bakteryobójcze, Marten [12], Bach zaprzeczają podobnemu jej działaniu; ujemne wnioski wyciągnąć można także z doświadczeń Andońskiego [13].

Co do techniki doświadczeń nad bakteryobójczością łez i cieczy wodnej, to polegała ona, u przytoczonych autorów, na zakażaniu odnośnych cieczy określonymi ilościami hodowli tego lub innego drobnoustroju i śledzeniu za zmniejszaniem się, względnie zwiększaniem się, ilości zasianych drobnoustrojów przez określone przestanki czasu, a także na spostrzeganiu morfologicznych zmian, jakim ulegają zasiane drobnoustroje.

Olbrzymie postępy, w ciągu ostatnich lat, nauki o odporności, które zawdzięczamy szkołom Miecznikow'a i Ehrlich'a, dały możliwość rozejrzeć się także w sprawie t. zw. naturalnej bakteryobójczości cieczy ustroju. Okazało się, że tu nie może być mowy o działaniu pojedynczej istoty, rozpuszczającej drobnoustroje (lizyny), jak to początkowo przypuszczał Buchner, ale, że i w tym wypadku ma miejsce współdziałanie tych samych dwóch istot, co i przy sztucznej odporności, to jest swoistej, w danym wypadku naturalnej filocytozy (*Immunkörper, fixateur, substance sensibilisatrice, Amboceptor auto-*

rów) i, właściwej każdej prawidłowej surowicy, cytozy (*aléxine, complement* autorów). I tylko przy obecności w danej cieczy fizyologicznej obu tych istot, t. j. naturalnej, swoistej, w stosunku do tego lub innego drobnoustroju, filocytozy i cytozy, — może być mowa o jej własności bakterjobójczej.

Wobec tego starałem się wyświetlić sprawę bakterjobójczych własności łez i cieczy komórkowej z tej strony, to jest przez określenie obecności lub braku w tych cieczach filocytozy i cytozy. Wychodząc z założenia, że jeżeli te ciecze mają zawierać naturalną filocytozę, to tem bardziej znajdziemy w nich filocytozę swoistą w wyniku sztucznego uodpornienia, przedsięwziąłem — dla wyjaśnienia obecności w zajmujących nas cieczach cytozy i filocytozy, a także udziału wydzielniczych narządów oka (bo i ciecz komórkową możemy rozpatrywać jako wydzielinę wyrostków rzęskowych i komórek tylnej powierzchni tęczówki) w wytwarzaniu swoistych istot aglutynujących, — badanie odnośnych cieczy u zwierząt (psów) sztucznie i bardzo silnie uodpornionych. Doświadczenia te dały także ciekawe wyniki, wskazując na wzajemną niezależność filocytozy i istoty aglutynującej.

Przedmiotem moich badań były łzy i ciecz wodna dwóch psów, z których jeden był uodporniony przeciwko prątkowi tyfusu, a drugi przeciwko przecinkowi cholery. Uodpornienie obu zwierząt, — przeciwko prątkowi tyfusu pies był uodporniony w ciągu całego roku, a przeciwko choleryze w ciągu 2 lat, — było bardzo silne tak, że surowica pierwszego dawała wyraźny odczyn aglutynacyi w rozpuszczeniu 1:1000.

I. W celu wyjaśnienia obecności w zajmujących nas cieczach cytozy, zastosowałem: 1. reakcję hemolizy, 2. objaw Pfeiffer'a¹⁾, zamieniając w doświadczeniach hemo- i bakterjolyzy cytozę jedną lub drugą cieczą. W pierwszym szeregu

¹⁾ Przez objaw Pfeiffer'a rozumiemy zmiany morfologiczne, jakim w obecności cytozy podlega przecinek choleryczny (przybiera on postać kulistą), pod wpływem surowicy swoistej, względnie filocytozy.

doświadczeń, czerwone ciała krwi świnki morskiej, sensybilizowane filocytozą królika, bardzo silnie przeciw nim uodpornionego, przemywało się trzykrotnie, zapomocą centryfugi, roztworem fizyologicznym; z odmytych w ten sposób ciałek czerwonych przygotowywało się zawiesinę i do niej dodawało się łoż lub cieczy komórkowej; w doświadczeniu kontrolującym postępowanie było takie same, tylko zamiast badanych cieczy dodawaną była umyślnie cytoza, t. j. czynna (nienagrzewana) surowica psa. Doświadczenia te, kilkakrotnie w tej postaci powtórzone, dały jednobrzmiące wyniki: ani łoży, ani ciecz komórkowa nie wywoływały najmniejszej hemolizy, podczas gdy w doświadczeniu kontrolującym następowało zupełne i bardzo prędkie rozpuszczenie ciałek czerwonych. Doświadczenia te niewątpliwie dowodzą braku cytozy w zajmujących nas cieczech badanych zwierząt.

Również wyniki ujemne otrzymałem z objawem Pfeiffer'a, z odnośniami cieczech obu psów. Do zawiesiny 24godzinnej hodowli przecinków cholery, sensybilizowanych surowicą swoistą i starannie odmytych, dodawałem łoż lub cieczy komórkowej — objaw Pfeiffer'a nie występował. Podczas gdy w doświadczeniu kontrolującym, w którym zamiast badanych cieczy do zawiesiny dodaną została czynna surowica psa (cytoza), znajdujemy wyraźny objaw Pfeiffer'a.

II. Zupełnie ujemne wyniki otrzymałem także co do istoty aglutynującej. Ani łoży, ani ciecz komórkowa obu psów nie wykazały najmniejszego oddziaływania aglutynacji na odpowiednie drobnoustroje nawet w stosunku 1:20, podczas, gdy ich surowice, jak to już zaznaczyłem, dawały wyraźny odczyn w stosunku 1:2000 i 1:1000.

III. Dla wykrycia obecności, względnie braku w zajmujących nas cieczech filocytozy, zastosowałem: 1. reakcję Bordet'a, 2. objaw Pfeiffer'a.

Bordet [14, 15] wykazał, że przedmiot, sensybilizowany swoistą filocytozą, ekstrahuje cytozę; możemy zatem odkryć

w danej cieczy obecność swoistej filocytozy z tego, że została ekstrahowaną umyślnie dodana cytoza. Technika doświadczeń była następująca: do badanych cieczy dodawałem zawiesiny 24godzinnej hodowli odpowiedniego drobnoustroju, to jest w jednym wypadku prątka tyfusowego, w drugim przecinka cholerycznego, i mieszaniny te zostawiałem w termostacie na 3 godziny, żeby dać czas przypuszczalnej filocytozie połączyć się ze swoim przedmiotem; potem do tej mieszaniny cytozy (czynnej surowicy królika), która, w razie rzeczywistej obecności w badanej cieczy filocytozy, musiałaby uleść ekstrakcyi; mieszaninę stawiałem na 2 godziny do termostatu dla wywołania odczynu, poczem obecność cytozy określałem zapomocą reakcyi hemolizy, jak to opisano wyżej (I). Jednocześnie wykonywałem doświadczenie kontrolujące, w którym do zawiesiny drobnoustrojów dodawałem nie badaną ciecz, lecz swoistą surowicę nieczynną (filocytozę).

Doświadczenia te wykazały, że łyzy nie zawierają filocytozy, ponieważ w doświadczeniach z niemi cytoza nie ulega ekstrakcyi i następuje zupełna reakcyja hemolizy.

W cieczy wodnej reakcyja Bordet'a wykrywa obecność u zwierząt uodpornionych filocytozy swoistej, ponieważ w odnośnych doświadczeniach cytoza uległa w znacznej mierze ekstrakcyi i nastąpiła bardzo słaba hemoliza. — W doświadczeniu kontrolującym cytoza uległa zupełnej ekstrakcyi i oddziaływanie hemolizy nie wystąpiło wcale.

Takież same wyniki dał objaw Pfeiffer'a. Technika doświadczeń zostawała takaż, jak w doświadczeniach nad obecnością cytozy, tylko przecinki choleryczne sensybilizowały się nie surowicą swoistą, lecz przypuszczalną filocytozą w badanych cieczach, cytoza zaś dodawała się w postaci czynnej surowicy królika. I tu tylko z cieczą komórkową występował objaw Pfeiffer'a.

Widzimy zatem z przytoczonych doświadczeń, że, przynajmniej u psów, nie może być mowy o fizyologicznej bakte-

ryobójczości łoż i cieczy komórkowej, ponieważ obu tym cieczom brak niezbędnego do tego czynnika — cytozy.

Dodatnie wyniki otrzymane przez Bach'a (*l. c.*) i polegające na tem, że drobnoustroje we łożach, po pewnym czasie (40-50 godzin), giną, zależą wcale nie od bakteryobójczości, ale od tego, że łoży, z powodu nieznacznej zawartości istot organicznych i znacznej stosunkowo ilości soli, przedstawiają podłoże wcale nieodpowiednie dla wzrostu drobnoustrojów i te muszą niezbędnie tam zginąć, jakby naturalną śmiercią. Wido-cznem to jest z doświadczeń tegoż Bach'a, który otrzymywał te same wyniki, co i ze łożami, ze sztucznie przygotowanym roztworem soli, w takimże stosunku, jaki znajdujemy we łożach. Znacznie prędsza śmierć w jego doświadczeniach drobnoustrojów chorobotwórczych, n. p. gronkowca złocistego i prątka tyfusowego, w porównaniu z prątkiem wodnym z Nilu, tłómaczy się łątwa tem, że ten ostatni, jako pasożyt wody, łątwiej może się przystosować do warunków wegetacyi we łożach, niż mniej odporne drobnoustroje chorobotwórcze. Mowa może być zatem nie o bakteryobójczości łoż, lecz o braku w nich warunków dla wzrostu drobnoustrojów.

W cieczy wodnej nie znajdujemy także warunków dla zjawisk bakteryobójczości, ponieważ nie zawiera ona cytozy. Obecność zaś w niej swoistej filocytozy w naszych doświadczeniach (u psów uodpornionych) wcale nie przeczy spostrzeżeniom autorów, zaprzeczających bakteryobójczości cieczy komórkowej, gdyż sama filocytoza, nawet, gdybyśmy przypu-ścili jej istnienie (n. p. przeciwko drobnoustrojom ropnym) w prawidłowej cieczy komórkowej, bez cytozy (a tej ciecz komórkowa nie zawiera), nie może być czynną. Lecz pozatem fakt obecności w naszych doświadczeniach, u zwierząt uodpor-nionych, filocytozy w cieczy komórkowej, wcale nie przesądza obecności w naturalnej cieczy filocytozy przeciwko tym lub in-nym, n. p. ropnym, drobnoustrojom. Doświadczenia moje po-kazują tylko, że u zwierząt sztucznie uodpornionych ciecz wodna zawiera swoistą filocytozę i że zatem teoretycznie możliwem jest przypuszczenie, że może ona zawierać także

filocytozę naturalną. Z absolutnego atoli braku we łzach, nawet u bardzo uodpornionych zwierząt, swoistej filocytozy, mamy prawo wnosić, że obecność we łzach, tej lub innej, naturalnej filocytozy, jest całkiem nieprawdopodobną.

Doświadczenia moje zatem, o ile wolno przenosić wyniki ich na człowieka, wskazują, że działanie ochronne łez i cieczy wodnej, o ile takowe tej ostatniej wogóle jest właściwem, zależy li tylko od czynników mechanicznych i niema nic wspólnego z t. zw. bakteryobójczością.

Fakt obecności w cieczy wodnej u zwierząt uodpornionych swoistej filocytozy i zupełny brak istoty aglutynującej posiada pewne znaczenie teoretyczne, wobec poglądu niektórych autorów o tożsamości istoty aglutynującej i filocytozy.

Literatura.

1. Gombert: Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal. Montpellier 1899.
2. Michel: Lehrbuch der Augenheilkunde. Wiesbaden 1890.
3. Leber: Die Entstehung der Entzündung. Leipzig 1891.
4. Van Genderen Stort: Ueber die mechanische Bedeutung der natürlichen Irrigation des Auges. — Archiv f. Hygiene 1891.
5. Bach: Ueber den Keimgehalt des Bindehautsackes, dessen natürliche und künstliche Beeinflussung etc. — Graefe's Archiv 1894.
6. Ahlstrom: Ueber die antiseptische Wirkung der Thränen. — Ctbl. f. prakt. Augenheilk. 1895.
7. Hjort: Offene Wundbehandlung bei Augenoperationen. — Ctbl. f. prakt. Augenheilk. 1897.
8. Schioetz: Le traitement de l'oeil avant et après l'opération de la cataracte. XIII Congrès internat. de médecine.
9. Bernheim: Ueber die Antisepsis des Bindehautsackes etc. Beiträge zur Augenheilkunde 1893.
10. Nutall: Die bakterienfeindlichen Einflüsse des thierischen Körpers. Zeitschrift für Hygiene. 1889.
11. Buchner, Voit, Sittmann u. Orthenberger: Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutes u. Blutserums. — Archiv. f. Hygiene 1890.
12. Marthen: Experimentelle Untersuchungen über Antisepsis bei Augenoperationen etc. Beiträge z. Augenheilkunde.
13. Andogskij: O niektórych warunkach etc. Petersburg. 1895. (Po rosyjsku).

14. Bordet: Les sérums hémolitiques, leurs antitoxines etc. — Annal. d'Institut Pasteur 1900.
15. Bordet et Gengou: Sur l'existence des substances sensibilisatrices etc. Annales de l'Institut Pasteur 1901.

II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1902. Z. 7—8.

Uraz oka, spowodowany przez strzał i pomyślnie wyleczony przy pomocy fotografii Roentgena. (Eine Schussverletzung des Auges mit günstigem Ausgange vermittelt der Röntgen-Photographie). Dr Pollnow z Królewca. (Z. 7).

Kula rewolwerowa u 32letniej samobójczynie ugrzęzła w prawej skroni tak, iż życiu na razie nie grozi niebezpieczeństwo. Z powodu silnego obrzmienia całej okolicy skroniowej, jakoteż obu powiek prawego oka, badanie oka było utrudnionem, a bystrość wzroku ograniczona na liczeniu palców przed okiem; również spostrzeżono porażenie mięśnia prostego zewnętrznego (*musc. abducens*).

Na żądanie chorej nie przedsięwzięto żadnej operacyi tak, iż po 2 tygodniach opuściła szpital.

Po trzech następnych dniach chora zgłosiła się u autora z następującym stanem oka: Skroń i powieki lekko obrzmiałe, 3 cm. od górnego brzegu usznego rana pochodząca od kuli. Gałka lekko nastrzyknięta, nieco wysterczająca, tworzyła z drugim okiem zez zbieżny; przy silnem natężeniu gałka dosięgła ledwie linii środkowej. Ruchy do góry i na dół lekko ograniczone, na wewnątrz prawidłowe. Obrazy zdwojone, równoimienne. Krwotoki w ciele szklistem i na siatkówce po stronie skroniowej. Lekkie odczepienie siatkówki po tej samej stronie. Tarcz wzrokowa zamglona.

Vis. oka prawego = $\frac{1}{20}$.

» » lewego, zresztą prawidłowego, = $\frac{2}{3}$.

Poniżej zewnętrznego kącika krawędzi oczodołowej napotkano na obrzmiałe, nader wrażliwe miejsce, a ostro zakończona krawędź tegoż kazała się domyślać, iż w tem miejscu ugrzęzła kula. I rzeczywiście fotografia Roentgen'a potwierdziła umiejscowienie kuli na rozpoznaniem miejscu. Kula leżała we wewnętrznej ścianie kości skroniowej i sterczała do jamy oczodołowej, lekko naciskając na gałkę (porażenie mięśnia zewnętrznego). W narkozie przecięto spojówkę i zewnętrzny kącik powiekowy, poczem, przy pomocy palców i szczypczyków, wydobyto kulę, silnie spłaszczoną, 16 mm.

długą, 11 mm. szeroką i 7 mm. grubą. Zeszycie rany i prawidłowe gojenie się.

Zwolna prawe oko odzyskiwało swe prawidłowe ruchy, a po 5 miesiącach ruchy we wszystkich kierunkach, a więc także w kierunku porażonego mięśnia, były prawie prawidłowe. Także krwotoki w ciele szklistem, jakoteż na dnie oka, ustępowały; odczepiona siatkówka przyłgnęła napowrót. Odpowiednio do miejsca urazu wiadać było białą bliznę w naczyniówce, coraz bardziej w kierunku do tarczy się zwężającą. W polu widzenia odpowiadał tym zmianom odnośny ubytek. Bystrość wzroku tegoż oka, z liczenia palców przed okiem, podniosła się prawie na $\frac{5}{10}$. *Dr L. Gruder.*

O doświadczeniu Heringa przy zezie. (Ueber den Hering-schen Fallversuch bei Strabismus). Dr Ryszard Simon z Berlina. (Z. 8).

Podobnie, jak Parinaud, na podstawie własnych i innych (Greef'a) doświadczeń, doszedł do wniosku, iż doświadczenie Hering'a nie jest znamienym i koniecznym warunkiem dla obustronnego prawidłowego patrzenia się (*Binocularsehen*), dochodzi także i Simon do tego samego wniosku na podstawie wyniku swych czterech badanych przypadków.

Wszystkie przypadki mają te znamienne wspólne cechy, iż chodziło zawsze o zez rozbieżny, gdzie doświadczenie Hering'a dawało wynik dodatni, podczas gdy stereoskopijne obrazy były źle albo niezupełnie widziane. Nadto wszystkie przypadki autora dawały zez rozbieżny, przy czytaniu lub badaniu stereoskopem powstający i znamionujący się brakiem bryłowego widzenia (*körperliches Sehen*), podczas, gdy doświadczenie Hering'a dawało wynik dodatni, nie mimo zezu, lecz przez obustronne prawidłowe (*binoculär*) widzenie, gdyż zezowego zboczenia przytem nie było.

Według Bielszowskiego — wchodzi tu dwa czynniki w grę: 1. Przy znacznej różnicy bystrości wzroku może w stereoskopie obraz, odpowiadający słabszemu oku, być przeoczonym, gdy tymczasem przy doświadczeniu Hering'a spadająca kula chwilowo bywa także widzianą i przez słabsze oko, jeśli ono tylko dobrze ustala (*fixirt*), gdyż doświadczenie Hering'a daje jeszcze wyniki dodatnie nawet i wtedy, jeśli bystrość wzroku wynosi $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$. 2. Często napotykamy przy zezie rozbieżnym możność czasowego patrzenia się obustronnie (*binoculär*) i z dodatnim wynikiem przy doświadczeniu Hering'a, lecz z ujemnym wynikiem w stereoskopie, a to z tego powodu, że równocześnie z bodźcem do konwergencyi, koniecznym do prawidłowego obustronnego widzenia, powstaje także odpowiednia akomodacya, która uniemożliwia rozpo-

znawanie drobniejszych szczegółów stereoskopowych, a lemsamem korzystnie wpływa na zboczenie tego oka.

Okoliczność, iż jeden przedmiot wystarcza, aby wywołać pobudkę do konwergencji, bez względu na to, czy to bardzo mały przedmiot (przez co wywołuje akomodację), lub czy to wielki, tłomaczy, dlaczego doświadczenie Herin g'a, gdzie tylko jedna perła jest zawieszoną, wypada dodatnio, ponieważ następuje przytem prawidłowe obustronne widzenie. Autor radzi w każdym przypadku dokładnie zważać na ustawienie oka przy różnych doświadczeniach, zanim się skłonimy do przypuszczenia, że, mimo dodatniego wyniku przy doświadczeniu Hering'a, nie istnieje środkowe widzenie obustronnie. Także przy zezie zbieżnym zaleca autor taką samą ostrożność.

Dr L. Gruder.

Górne połowicze nieoddziaływanie źrenicy (Obere Halbtaubheit der Pupille). J. Hirschberg (Z. 8).

Częściowe nieoddziaływanie źrenicy, występujące przy połowiczej ślepcie obuocznej (t. zw. *hemianopsia*), znane jest od przeszło 20 lat jako połowicze oddziaływanie źrenicy (*hemioptische Pupillenreaction*), a przyczyny tego szukać należy w t. zw. *Tractus opticus* lub tegoż przedłużeniu aż do pierwszych początków nerwu wzrokowego (*primäre Opticusganglien*).

Mniej znanem jest jednak to częściowe nieoddziaływanie źrenicy, które powstaje przez częściowe uszkodzenie jednego nerwu wzrokowego.

Pierwszy przypadek dotyczy studenta, który został uderzony tępą szpadą w prawe oko. Bezpośrednio po uderzeniu zupełna ślepotą tegoż oka, po półgodzinie $Vis = \frac{5}{36}$; na dole i wewnątrz od rogówki spojówka gałki krwią zabarwiona, lecz już zablizniona. — Tarcz wzrokowa prawidłowa. Górnej połowy pola widzenia brakuje. Podczas leczenia podniosła się bystrość wzroku na $S = \frac{1}{3}$, a pole widzenia od góry zwiększyło się o 3 stopnie. Dolno-wewnętrzna część tarczy wzrokowej była białawo-zielonawo zabarwioną. Przy pierwszym badaniu była źrenica tegoż oka nieco szerszą, a na światło zwężała się prawidłowo. Czy zaś źrenica prawidłowo się zwężała przy oświeleniu z góry, niestety nie badano: uczyniono to zaś w drugim przypadku, to jest u 26letniej, wysoce nerwowej kobiety, którą przypadkowo operowano z powodu otoku ropnego przez otwarcie jamy szczękowej, sitowej i klinowej. Po operacji (w narkozie) chora skarżyła się, iż widzi tem okiem jakby przez gęstą zasłonę. Przy badaniu była gałka zewnętrznie prawidłową, tarcz wzrokowa również prawidłową, lecz źrenica tejże strony wcale nie oddziaływała na światło, bystrość wzroku znacznie upośledzona,

a pola widzenia brakowało w górnej połowie. W przypuszczeniu, iż zostawiona podczas operacji wata lub silniejszy krwotok cisną na nerw wzrokowy, przejrzano jeszcze raz całe pole operacyjne, lecz bez skutku. Nagle w 3 dniu źrenica zaczęła lekko oddziaływać, a pole widzenia zaczęło się zwiększać od punktu środkowego.

Gdy w ciemnym pokoju, po zawiązaniu drugiego oka, rzucano światło zapomocą wziernika od dołu, zwężanie źrenicy było wyraźne, gdy zaś rzucano światło od góry, źrenica wcale nie oddziaływała.

Różnica w tym wypadku jest większą, aniżeli w przypadkach t. zw. połowiczego oddziaływania źrenicy (*hemioptische Pupillen-Reaction*), gdzie chodzi o osoby wieku średniego lub podeszłego, z wąskimi źrenicami i z nieznacznem oddziaływaniem na światło, gdy tymczasem tutaj chodziło o młodą osobę ze szerokimi, znacznie oddziaływającymi na światło źrenicami.

Ta różnica w zwężaniu źrenicy trwała jeszcze przez następne 3 tygodnie, gdzie pole widzenia już się od góry powiększyło, a bystrość wzroku podniosła się do $S = \frac{5}{7}$. — Dr L. Gruder.

Nabyła ślepotą barwna przy pełnej bystrości wzroku.
(Erworbene Achromatopsie mit voller Sehschärfe). Dr Ed. Pergens.
(*>Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde<* 1902. Nr VII.).

Przypadek odnosi się do 23letniej dziewczyny, która po przebyciu ciężkiego duru brzusznoego utraciła zupełnie zdolność rozróżniania barw przy zachowanej na obydwu oczach pełnej bystrości wzroku i prawidłowych granicach pola widzenia dla barwy białej. Dno oka obustronnie zupełnie prawidłowe, bez żadnych oznak przebytego zapalenia tarczy nerwu wzrokowego lub innych chorób. Zupełną ślepotę barwną stwierdził autor zapomocą całego szeregu prób (chromoptometr Chibre't'a, papierki barwne Helmholtz'a, tablice Stilling'a, włóczki Holmgren'a). Przed tyfusem miała chora barwy zupełnie dobrze rozróżniać, a zboczenie zauważyły uniej jej siostry, uderzone niewłaściwym, dziwnym doбором barw w ubraniu u chorej. — Chora nie okazywała żadnych objawów hysteryi, nie miała też żadnego powodu do udawania ślepoty barwnej. W pięć lat później zmarła na gruźlicę płuc. Achromatopsya utrzymywała się do śmierci bez zmiany. Autor wyjął obie gałki oczne wraz z kawałkami nerwów wzrokowych. Niestety nie mógł otrzymać mózgu. Badanie drobnovidowe wykazało prawidłową siatkówkę, w szczególności w czopkach żadnych zmian nie było, czego się też z góry można było spodziewać wobec prawidłowej bystrości wzroku. Autor przypuszcza, że w przebiegu duru przyszło do zmian w ośrod-

kach mózgowych, jakich istnienie należy przyjąć dla zmysłu poczucia barw. Dodać wypada, że dur przebiegał u chorej z ciężkimi objawami mózgowymi, śpiączką i utratą przytomności. — *K. W. Majewski.*

Przypadek jednostronnego posiwienia rzęs u dziecka.
(Ein Fall von einseitigem Ergrauen der Wimpern bei einem Kinde).
Rindfleisch z Weimaru. (>Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«. 1902. Nr. VII.).

Dane z literatury, odnoszące się do przedwczesnego siwienia rzęs, są bardzo skąpe (Bock, Tay) i odnoszą się do przypadków, gdzie zmiana ta była następstwem ciężkich zaburzeń w odżywieniu oka (n. p. *iridocyclitis*). Autor miał sposobność spostrzegać u 5cioletniej dziewczynki na jednym oku (lewem) posiwienie prawie wszystkich rzęs górnej powieki i przeważnej części rzęs powieki dolnej. Ciotka dziecka miała mieć chorobę skórą (zdaje się *ichthyosis*). zresztą innych chorób skóry lub włosów, a w szczególności przypadków przedwczesnej siwizny w rodzinie nie było. Chora sama prócz nieznacznych objawów przebytej krzywicy, doznawała jeszcze przypadków nieżytu oskrzelowego. Według podań lekarza domowego, przeszła ona przed 1^{1/2} rokiem ciężkie nieżytowe zapalenie płuc, po którym pozostało dość znaczne osłabienie ogólne i niedokrewność. Rzęsy lewego oka posiwały w rok po tej chorobie.

Dziewczynka jest ciemną blondynką i te rzęsy, które nie posiwały, zachowały barwik brązowy. Włoski siwe, srebrnobiałe, nie okazywały jednak poza tem żadnych znamion zaniku, ani zwyrodnienia i przy epilacji stawiały taki sam opór, jak rzęsy zdrowe. Skóra powiek i brzegu powiekowego prawidłowa, nigdzie na skórze śladów *vittigo*. Toż samo nie znalazł autor żadnych zaburzeń w zakresie nerwu współczulnego, za czem każe oglądać się Bock w podobnych przypadkach. Gałka oczna lewa, ze wszystkim zresztą prawidłowa, nie różniła się ani co do zabarwienia piwnego tęczówki, ani co do rozmieszczenia barwika na dnie oka — w niczem od gałki prawej. Bystrość wzroku obustronnie prawidłowa. Etiologia tego przypadku jest trudna do wyjaśnienia. W braku wszelkich przyczyn miejscowych, ucieka się autor do przypuszczenia przyczyny ogólnej, mianowicie wycieńczenia ustroju z powodu przebytej choroby płucnej, jakkolwiek i w tym razie pozostanie trudnem do wyłómaczenia, dłaczego *canties praematura* ograniczyła się wyłącznie do rzęs i to jednego tylko oka. W przypuszczeniu jednak, że wraz z poprawą stanu ogólnego ustąpi przyczyna zmiany, zrobił autor matce dziecka nadzieję, że po wypadnięciu rzęs siwych odrosną rzęsy prawidłowe, w pracy swej jednak nie wspomina, czy się to jego rokowanie sprawdziło.

K. W. Majewski.

Przyczynek do wrodzonego zielonawego zabarwienia rogówki. (Ueber einen Fall von angeborener grünlicher Verfärbung der Cornea). B. Kayser. (>Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde<. 1902. Nr. VII.).

Autor opisuje przypadek, jaki spostrzegął w klinice ocznej uniwersyteckiej w Tybindze, odnoszący się do 23letniego wieśniaka, pochodzącego ze zdrowej rodziny i okazującego objawy stwardnienia rozsianego (*sclerosis disseminata*). Na obydwu rogówkach można było od pierwszego rzutu oka zauważyć ciemnobrunatnozielonawe zaćmienie, tworzące pierścień, podobny nieco do łuku starczego, ale sięgający zewsząd do samego rąbka spojówkowego, najszerszy górami, nieco węższy dołem, a zupełnie wązki po bokach. Stąd środkowa przezroczysta część rogówki miała postać poziomego owalu. Przy użyciu lupy Hartnack'a (powiększenie 25ciokrotne), względnie mikroskopu rogówkowego Zeiss'a (powiększenie 60ciokrotne) można się było przekonać, że zaćmienie składało się z gęsto ułożonych plamek nieregularnej postaci, żółtej barwy. Plamki te, na obwodzie największe, ku środkowi rogówki stają się coraz mniejsze i rzadziej rozsiane i przybierają barwę coraz wybitniej zieloną. Całe zaćmienie zajmuje najgłębsze, tylne warstwy rogówki. Nigdzie nie widać nowo wytworzonych naczyń. Wzrok obustronnie prawidłowy. Zarówno wywiady, jak i wejrzenie zmiany patologicznej, zupełnie jednakiej co do stopnia na obydwu oczach, nakazują uważać ją za wrodzone nieprawidłowe nagromadzenie barwika w rogówce, nie dające się zestawić ani z *melanosis corneae* (Krukenberg), ani ze zmianami barwikowymi po krwotokach (Vossius). K. W. Majewski.

O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności zarysów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych. Dr Jan Piltz (>Gazeta Lekarska<, 1902, Nr. 25 i 26).

Autor śledził przez kilka ostatnich lat za najrozmaitszemi zmianami w źrenicach w przebiegu różnych chorób środkowego układu nerwowego i zauważył, że:

1. nieregularność zarysów źrenicy jest nader częsta w przypadkach niedowładu postępowego;
2. w razach wyjątkowych występuje przed pojawieniem się pierwszych zaburzeń w oddziaływaniu źrenic na światło;
3. niekiedy nieregularność zarysów źrenicy bywa nawet z początku jedynym somatycznym objawem porażenia postępowego.

Źrenica w takich przypadkach zatracza stopniowo swoją postać okrągłą, robi się nierówną, jakby z wrębami, lub jest przeciągniętą więcej ku jednej stronie; przybiera postać elipsy, gruszki, staje się owalną, a średnica podłużna może stać pionowo, poziomo,

lub ukośnie. Nieprawidłowość ta może ulegać pewnym zmianom, być mniej lub więcej wyraźną, a to zależnie od warunków, w jakich spostrzegamy. W stanie prawidłowym źrenica nie ma położenia bezwzględnie środkowego, leży nieco ku wewnątrz i ku spodowi tęczówki; przy *paralysis progressiva* przesuwa się ona jeszcze więcej, a często i w innych kierunkach.

Autor przytacza badania Joffroy'a i Schrameck'a, którzy uważają nieprawidłowość zarysów źrenicy za objaw ściśle określony, spotykany zawsze przy: *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* i *lues cerebro-spinalis*. Spostrzegali go zawsze przy objawie Argyll-Robertson'a i często zmiany patologiczne w zarysach źrenicy wyprzedzały zniesienie oddziaływania źrenic na światło.

Joffroy uważa zmianę postaci otworu źrenicznego za pierwszy objaw asynergii unerwienia tęczówki, jako niby pierwszy stopień dalszych zmian, które później doprowadzą do zupełnego odrętwienia na światło, a wreszcie do *ophthalmoplegia interna*, to jest do zupełnego porażenia źrenic.

Każda nieprawidłowość w zarysie źrenicy, nawet przy zupełnie nienaruszonych odruchach źrenicznych, jeżeli tylko *anomaliae iridis congenitae* i *synechiae* są wykluczone, wskazuje na *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* lub *lues*.

Wartość semiologiczna tej zmiany postaci źrenicy jest nie mniejsza od objawu Argyll-Robertson'a, którego jest tylko początkowym przejawem.

Własne spostrzeżenia autora niemal zupełnie są zgodne z wyżej podanymi wynikami.

Zaburzenia w ustawieniu tęczówki i nieprawidłowości zarysów źrenic są następstwem zmian w unerwieniu, co wykazały doświadczenia Hensen'a i Völkers'a, Jegorow'a, Braunstein'a, Langendorfa i autora.

Doświadczenia swoje robił autor na zabitych zwierzętach (kotchach, głównie psach) i na oczach świeżo wyjętych, przykładając elektrody i drażniąc gałązki nerwów rząskowych długich i krótkich w rozmaitych miejscach.

Nerwy rząskowe zachowują swoją żywotność i odpowiadają na podrażnienie elektryczne nawet w godzinę po zabiciu zwierzęcia; po wyłuszczeniu gałki ocznej nerwy umierają znacznie prędzej.

Doświadczalnie na zwierzętach, drażniąc prądem elektrycznym oddzielne gałązki długich i krótkich nerwów rząskowych, otrzymujemy zmiany w zarysie źrenicy prawie jednakowe ze zmianami, spostrzeganymi w przebiegu ustrojowych chorób nerwowych. Porównawszy więc wyniki doświadczeń ze spostrzeżeniami klinicznymi, należy przypuszczać, że zmiany zarysów źrenic w chorobach ner-

wowych organicznych są wywołane stanami podrażnienia, niedowładu lub porażenia częściowego tęczówki, które to zależne są od zmian patologicznych w oddzielnych gałązkach długich lub krótkich nerwów rzęskowych, a względnie w ich ośrodkach.

W każdym razie nieprawidłowość zarysów źrenic ma wielką wartość rozpoznawczą przy *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis* i *lues cerebro-spinalis*; zwłaszcza zaś dlatego, że nieraz występuje nawet przed rozwinięciem się objawu Argyll-Robertson'a i jest niejako jego początkowym przejawem.

Dr S. Witaliński.

Szkodliwość zachowania zanikowej gałki ocznej, następca ophthalmia sympathica. K s a w. G a ł ę z o w s k i. (»Recueil d'Ophth.«, lipiec 1902.

Autor jest przeciwnikiem współczesnych dążności, aby nietylko zachować uszkodzoną i zanikową gałkę oczną, ale żeby ją, po wyproszeniu, wypełniać kulką szklaną, gąbką i t. p., lub żeby ją w celach kosmetycznych barwić. Skoro gałka ulega zanikowi wskutek uszkodzenia, urazu, to, zamiast przedłużenia jej podrażnienia przez wykonywanie barwienia, najracjonalniej zrobić na czasie *enucleatio bulbi*, aby zapobiedz współczulnemu zapaleniu drugiego oka. Zdaniem kol. G. sprawa ta jest tak jasną i ważną, że nie nadaje się nawet do omawiania¹⁾. W końcu swej rozprawki kol. G. przytacza historię choroby 65letniego chorego, którego lewe oko zranione było śrótem kilka miesięcy temu. Kiedy prosił o poradę, oko lewe uległo zanikowi, w prawem stwierdzono *chorioiditis sympathica*, *cataracta capsulolenticularis*, *synechiae posteriores*. Wykonano naprzód *enucleatio* [14 maja 1902 roku], (śrót tkwił w okolicy rzęskowej), potem przygotowawczą irydektomię [21 maja] i wreszcie *extractio lentis oc. dex.* (1go czerwca). — Dnia 16go czerwca chory z + 16 D mógł czytać Nr 2 skali. W stanie zadawalniającym co do wzroku oka prawego i ze sztuczną lewą gałką chory zakończył leczenie. Zdaniem mojem co do *modus operandi* — tak postąpi każdy okulista.

Dr J. T.

Zranienie gałki ocznej śrótem. Valois. (»Recueil d'Ophthalmologie«. Zeszyty lipcowy i sierpniowy).

Zranienia te nie powinny stanowić osobnej kategorii w szeregu zranień gałki ocznej, jak we wszystkich wogóle urazach gałki, gdzie główną rolę w rokowaniu gra miejsce zranienia. Raniące śróty należą do materiałów aseptycznych. Miejsce uwięźnienia takowych daje się oznaczyć dzięki radyoskopii. Autor przytacza dwa własne spostrzeżenia: 1. Gałka zraniona na granicy rogówki i twar-

¹⁾ Niezawodnie.

dówki, *chemosis*, wylanie krwi do komórki, *hernia iridis*; wypadniętą tęczę wypalono galwanokauterem; po paru miesiącach chory powrócił do swych zajęć. Jednakże wkrótce objawiła się *irido-chorioiditis* i wykonano *enucleatio bulbi*. Ciało obcego nie znaleziono w gałce, nie wykryto go też przedtem z pomocą radiografii. 2. Drugi wypadek podobny do pierwszego: rana w okolicy dolnozewnętrzno-rzęskowej, wypadnięta tęczęwka przypalona galwanokauterem, atropina i t. p. Po 2 $\frac{1}{2}$ miesiącach wrócił do zajęć, lecz po czterech miesiącach znowu się zgłosił z hypotonią gałki zranionej, zapalnej, zupełnie ślepej; *enucleatio*. Radiografią przekonano się, że ciało obce uwięzło w oczodole, przeszedłszy gałkę oczną, jak w pierwszym przypadku. Omówiwszy znaczenie radiografii w podobnych razach, autor dzieli takie zranienia na rogówkowe i pozarogówkowe. W pierwszych razach: aseptyka, atropina, ucisk, zeszywanie rogówki (jeśli szeroko rozdarta), odpowiednie leczenie urazowej zaćmy itd.; przy zupełnym spokoju ciało obce może się otorbić we wnętrzu gałki ocznej. W drugim razie bywa daleko groźniejszym w następstwach, gdyż zwykle rani się okolica rzęskowa z wypadnięciem tęczęwki (*hernia iridis*), — tu robi się irydektomię, przypalenie wypadniętej tęczęwki; jeśli pomimo antyseptyki objawia się *cyklitis* i jest obawa współczulnego zapalenia drugiego oka, wskazane wtedy wyłuszczenie gałki ¹⁾.

Dr J. Talko.

III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo oftalmiczne w Petersburgu.

Posiedzenie 29 maja.

1. M. Ernroth przedstawiała 42letnią chorą z melanotycznym nowotworem, wyrastającym z tylnej powierzchni tęczęwki lub z c. rzęskowego, przyczem *visus* = 0,3. Nowotwór rozrastał się powoli między tęczęwką i soczewką.

¹⁾ U pewnej włościanki lewa gałka zraniona została w skroniowej okolicy rzęskowej śrótem. Rozwinęły się objawy *panophthalmitidis*. Podczas wypaproszenia śróta, uwięziony w przedniej części gałki, wypadł na podłogę. Chora szybko wyzdrowiała i dziś, po 3 latach, dzięki ofiarności obywatela, który ją zranił, nosi sztuczne oko, przy zupełnie zdrowym oku prawem. Po uśpieniu chorej do *evisceratio bulbi*, szukałem zgłębnikiem, wprowadzonym do wnętrza gałki przez ranę, lecz na śróta trudno było natrafić, chociaż, jak się okazało, znajdował się w gałce.

Przypisek sprawozdawcy.

2. E. Blessig pokazywał nową elektryczną lampę dla wzier-
nikowania.

3. G. Wygodzki przedstawiał 2 chorych, którym przed
10 dniami wyłuszczył worek łzowy sposobem Kuhnt'a.

4. A. Lezenius odczytał streszczenie swej inauguracyjnej
rozprawy o „wstrzykiwaniach hetolu (*natrium cynamelicum*) pod
spojówkę przy rozmaitych chorobach oczu“. Środek ten zalecał prze-
ciw gruźlicy Dr Landerer, wywołuje on obfitą leukocytozę, aseptyczne
zapalenie, w następstwie czego gniazda gruźlicze przechodzą
w łącznotkankowe zwyrodnienie i wapnieją. Autor używał 1% roz-
czynu tej soli, w ilości 0,5 kub. ctm., wstrzyknięcia poprzedzał
wkraplaniem kokainy, ból jednak trwał 1—2 godzin. Niezależnie
od tego stosował on ogólne (przeciwkłowe i przeciwreumatyczne)
i miejscowe (atropinę) leczenie. — Tak leczył w petersburskiej
ocznej lecznicy *keratitis dendritica*, owrzodzenia rogówki, *keratitis*
parenchymatosa, łuszczkę i choroby jagodówki. Twierdzi, że dobre
skutki tego środka można tłumaczyć leukocytozą, odkażająco działa
on słabo. Przeciwwskazaniem jest hetol przy ropnych zapaleniach
rogówki i naczyńówki.

Odczyt wywołał rozprawę, w której brali udział: Gagarin,
Schröder, Blessig, Zielenkowski i Andogski. Zarzucano
sprawozdawcy: że leczenie jego było mięszane, że podspojówkowe
wstrzykiwania innych środków (jak rtęci i in.) lepiej działają, że
autor nie próbował tych doświadczeń na zwierzętach, że należałoby
wypróbować hetol przy gruźliczych porażeniach oka nawet drogą
doświadczalną wywołanych (szczepiąc zwierzętom gruźlicę spojówki
lub tęczówki) i t. p.

5. Wysłuchano sprawozdania F. Nowkuńskiego o dzia-
łalności ruchomego oddziały okulistycznego w gubernii woroneżskiej.
Z liczby 1815 chorych jaglicowych zapisano 869; zaém wydobyto 52.

Dr J. T.

Sprawozdanie z rozpraw niemieckiego Towarzystwa oftalmolo-
gicznego w Hajdelbergu, od 3—6 sierpnia 1902.

Pierwsze posiedzenie. — Przewodniczy Dor z Lyonu.

Römer (z Wyrzburga): *Dalsze badania nad leczeniem wrzo-
dów rogówkowych zapomocą odpowiedniej surowicy*. Na wstępie wy-
kazuje mówca, jak niezmiernie często *ulcus corneae serpens* staje
się powodem utraty oka, lub przynajmniej trwałego upośledzenia
wzroku. Ażeby można myśleć o stosowaniu zapobiegawczem odpo-
wiedniej surowicy, należy przedewszystkiem określić dokładnie ro-
dzaj chorobotwórczego zarazka. Autor w 95% badanych bakteryo-

logicznie przypadków pełzającego wrzodu rogówki wykazał dwoinki Fränkel-Weichselbaum'a. W 8 przypadkach rozpoczynającego się wrzodu zastosował Römer swoją surowicę pneumokokkową i we wszystkich powiodło mu się powstrzymać szerzenie się wrzodu i sprowadzić wyleczenie, wyraża przeto nadzieję, że surowicy tej będzie można użyć z korzyścią również w celach zapobiegawczych.

W rozprawach podnosi Axenfeld (z Fryburga) potrzebę wczesnego wyluszczenia woreczka łzowego w przypadkach „*dacryocystoblenorrhoea*“, gdyż uważa usunięcie głównego źródła pierwiastków zakaźnych za najpewniejszy środek, zapobiegający powstaniu wrzodów rogówki. —

E. Rählmann (z Mnichowa): *O zmianach chrząstki i brzegu powiekowego w przebiegu jaglicy*. Wydzielina gruczołów Meibom'a w stanie prawidłowym jasna, przezroczysta i bardzo skąpa, staje się z chwilą, gdy na spojówce chrząstkowej usadowiły się ziarna jaglicowe, mętną i znacznie obfitszą. Punktikowate zwyczajnie wyloty gruczołów powiększają się wtedy, a brzegi ich obrzmiewają, tworząc gołym okiem dostrzegalne, czerwone wzgórki. — Im więcej ziarn jaglicowych znajduje się na spojówce chrząstkowej, tem głębiej w tkankę podspojówkową, a nawet w głąb samej chrząstki powiekowej sięgają drobnokomórkowe nacieki zapalne. Mniej więcej w środku chrząstki, tam, gdzie wnikają w nią grubsze gałązki nacyniowe, gromadzi się zazwyczaj najwięcej nacieku zapalnego, a następnie przychodzi do wytworzenia pasm bliznowatych, które uciskają całe zraziki gruczołów Meibom'a i doprowadzają je albo do zupełnego zaniku, albo do zwyrodnienia torbielowatego. Podobne zmiany okazują także gruczoły Moll'a. W rzadkich przypadkach ulega chrząstka powiekowa nadzwyczajnemu zgrubieniu skutkiem zwyrodnienia szklistego lub skrobiowatego. — Na uwagę zasługuje szczególne zachowanie się gruczołów łzowych dodatkowych (*glandula lacrymalis accessoria*), które w przypadkach znacznieszego zbliźnowacenia spojówki okazują bardzo wybitny przerost, jak gdyby miały objąć czynność zastępczą z powodu zniszczenia przez jaglicę dużej przestrzeni wydzielniczej. —

Bach (z Marburga): *O ośrodkach dla ruchów źrenicy*. Celem doświadczeń, wykonywanych na kotach, było wykazać wpływ przecięć, robionych na wysokości szyjnej części rdzenia kręgowego, oraz rdzenia przedłużonego na oddziaływanie źrenicy na światło. Doświadczenia te wykazały, że przecięcie szyjnej części rdzenia pancerzowego nie wpływa zupełnie na odruch świetlny źrenicy. Przecięcia natomiast, robione w ściśle oznaczonym miejscu tylnego kąta czwartej komory, znoszą natychmiast odruch źrenicy. Przecięcia jednostronne sprowadzają nieruchomość źrenicy po przeciwnej stronie

położonej. Podrażnienie wzmiankowanego punktu dna IV komory wywołuje zwężenie i nieruchomość źrenicy. Ten skutek podrażnienia może być jednak zupełnie zniesiony przez przecięcie dna IV komory, dokonane w jakimkolwiek miejscu przed miejscem drażnionem, w kierunku ku przodowi. B a c h przyjmuje w tylnym kącie dna czwartej komory istnienie ośrodka hamującego dla oddziaływania źrenicy na światło. —

Peters (z Rostocku): *O zmianach przybłonkowych ciała rzęskowego przy zatruciu naftaliną i ergotyną*. Nawiązując do swych dawniejszych badań nad zaćmami sztucznie wywołanymi, przedstawia Peters wyniki dalszych swych poszukiwań, dotyczących zmian, jakim ulega przybłonek barwikowy, wyścielający wyrostki rzęskowe, po jednorazowej dawce naftaliny. Przybłonek ten ulega częściowo zwyrodnieniu, unosi się w postaci pęcherzy, wypełnionych wysiękową cieczą bogatą w białko. Komórki przybłonkowe zawierają liczne wakuole. Tak zmieniony przybłonek ciała rzęskowego wydziela ciecz wodną o nieprawidłowym składzie, a ta, jak to już w dawniejszych swych pracach Peters wykazał, oddziaływa niekorzystnie na soczewkę, powodując jej zaćmienie. Mówca robił też doświadczenia nad działaniem ergotyny i stwierdzał zupełnie podobne zmiany w przybłonkach barwikowych, jak po podaniu naftaliny, jeśli tylko zwierzę żyło dosyć długo, ażeby te zmiany miały czas się rozwinąć. Z tego wnosi Peters, że zatrucie sporyszem może w dalszem następstwie doprowadzić także do wytworzenia się zaćmy. —

Vossius (z Giesseny): *Wól i zaćma*. Autor spostrzegał w 14 przypadkach zaćmę u osób, przeważnie kobiet w wieku od 30—50 lat, dotkniętych równocześnie wolem. Były to z reguły zaćmy twarde, jądrowe, nadające się do wydobycia bez irydektomii. Tego wytwarzania się zaćmy u wolowatych nie uważa Vossius za czysty przypadek, lecz upatruje tu pewien związek przyczynowy, polegający na samozatruciu ustroju z powodu zniesienia, względnie upośledzenia czynności gruczołu tarczycowego.

W rozprawach Uhthoff, Pflüger i Sattler wyrazili powątpiewanie, czy taki związek istnieje. —

Elschnig (z Wiednia): *O sztucznych wytworach histologicznych w nerwie wzrokowym*. Na zeszłorocznym zjeździe Towarzystwa hajdelberskiego wypowiedział Siegrist wykład o pewnych, nieznanych dotąd zmianach patologicznych w nerwie wzrokowym¹⁾, a potem ogłosił tę samą rzecz w »Arch. f. Augenheilk.« T. XLIV. pag. 178, objaśniając ją 54ma rycinami na 15stu tablicach. Opisuje on ogniska w postaci plamek, barwiących się rozmaicie, zależnie od

¹⁾ Por. »P. O.« 1902. str. 117.

użytej metody, ale odmiennie od zdrowej tkanki nerwowej, i uważa te ogniska za miejsca rozpadu i tłuszczowego zwyrodnienia włókien nerwowych. Zdaniem Siegrist'a, opisane przez niego zmiany patologiczne w nerwie wzrokowym zdarzają się często (znalazł je w 81% badanych przypadków) i to przy najrozmaitszych chorobach tak ocznych, jak i ogólnych, n. p.: *panophthalmitis, iridocyclitis, sarcoma chorioideae, glioma retinae, tumor, abscessus cerebri, meningitis, alcoholismus, diabetes, leukaemia etc.*

Obecnie Elschnig wykazuje, że wszystkie te przez Siegrist'a opisane zmiany nie są niczem innym, jak tylko wytworami sztucznymi, zawdzięczającymi swe powstanie nieuniknionym zgnieceniom nerwu wzrokowego przy prawidłowo nawet wykonanej enukleacyi, a tembardziej przy nieumiejętnem i nieostrożnem wydobywaniu całego pnia nerwowego z oczodołu *post mortem*. Zupełnie takie same ogniska, jakie Siegrist przedstawia na swych licznych tablicach, widywał Elschnig już przed 15 laty, a przestał się z nimi spotykać dopiero od czasu, gdy zaczął sam własnoręcznie u zwłok z wielką starannością wydłutowywać najpierw kostne otoczenie kanału, przez który nerw wzrokowy wchodzi do oczodołu, a potem cały preparat wkładać do płynu Müller'a, nie dotknąwszy się niczem samego nerwu, który wydobywał dopiero po zupełnem stwardnieniu preparatu. Chcąc jeszcze dobitniejszego dostarczyć dowodu, zrobił cały szereg preparatów porównawczych, częścią z nerwów wzrokowych wydobytych z wszelkimi nieodzownymi ostrożnościami, częścią zaś z nerwów umyślnie uszkodzanych przez uderzanie grzbietem nożyka lub zgniatanie zapomożą szczypczyków. Podczas, gdy w pierwszej seryi preparatów żadnych zmian nie było, to w drugiej uzyskał Elschnig w wielkiej ilości zupełnie takie obrazy makroskopowe i drobnowidowe, jakie Siegrist opisuje, podając je jako wyraz zmian patologicznych, za życia powstałych i wielkie posiadających znaczenie. —

Hippel (z Hajdelbergi): *O sposobie powstawania typowych szpar wrodzonych w gałce ocznej.* U potomstwa królika, samca, okazującego *coloboma nervi optici*, wykazał Hippel na 56 badanych płodów (112 gałek ocznych) w 23 oczach (około 20%) tężsamą wadę rozwojową. Badając płody 13, 14, 15, 16, 18dniowe, oraz króliki nowourodzone, miał autor sposobność przesledzić poszczególne okresy rozwoju tej wady. *Coloboma nervi optici* powstaje dlatego, że czop tkanki pochodzącej ze średniego listka zarodkowego wciska się między brzegi szpary płodowej i nie pozwala im zrósć się ze sobą. Począwszy od 18 dnia życia płodu rozrost siatkówki zaczyna przeważać nad wzrostem treści i innych części gałki ocznej. Następstwem tego jest, że siatkówka marszczy się i tworzy

zwłaszcza na mezodermalnym czopie załamki o dwóch listkach, z których zewnętrzny okazuje potem ułożenie odwrócone, to jest przylega do tkanki mezodermalnej warstwą włókien nerwowych. Jedyłą, pierwotną przyczyną wytworzenia się szpary w oczach badanych królików był oddziedziczony po ojcu zaród tej wady. Wszelkie inne przyczyny, jak sprawę zapalną; działanie toksyn, ucisk owodni, pierwotne zaburzenia w rozwoju mózgu — można było stanowczo wykluczyć. Odwrotne ułożenie siatkówki spotykane w torbielach oczodołowych znajduje w wyniku opisanych badań należyte wyjaśnienie.

Dyskusya: Wagenmann spostrzegł *coloboma* u pewnej kobiety, po której wszystkie dzieci zmianę tę oddziedziczyły, jakkolwiek pochodziły od trzech zdrowych ojców.

Landolt przypomina tak zwane pozorne zapalenie nerwu wzrokowego (opisane przez Horner'a) polegające na wypukleniu siatkówki dookoła tarczy i dające takie wrażenie, jak gdyby zbyt wielka siatkówka została wciśnięta w zbyt małe oko. Toteż zmiana ta zdarza się właśnie przy wysokich stopniach hypermetropii. —

Wagenmann (z Jeny): *O znieczuleniu chlorkiem etylu.* Przy mniejszych operacjach na powiekach i w okolicy oka używa mówca znieczulenia przez zamrożenie zapomocą chlorku etylu. Doświadczenia na królikach przekonały, że chlorek etylu, dostawszy się do worka spojówkowego, nie wywołuje znaczniejszego podrażnienia, ale zmrężanie powierzchni gałki jest stanowczo szkodliwe i powinno się go unikać bezwarunkowo. Dlatego przy znieczuleniu powiek lub części w pobliżu oka położonych zasłania autor gałkę oczną płytką z twardego kauczuku. Znieczulenie jest zupełne, ale nie sięga głęboko, to też zachodzi potrzeba znieczulać po cięciu powierzchnię ranną zapomocą kokainy. Chlorku etylu użył autor przy całym szeregu różnych zabiegów operacyjnych: w przeszło 30 przypadkach wyluszczenia worka łzowego, przy 6 operacjach podwinięcia powiek, 15 operacjach wzrostu rzęs i bardzo często przy przecinaniu czyraków, ropni, zropiałych woreczków łzowych, jęczmyków i t. d.

W rozprawach: Schmidt-Rimpler wskazuje na tę ujemną stronę chlorku etylu, że tylko powierzchownie znieczula.

Franke stawia wyżej znieczulenie sposobem Schleich'a.

Augstein zwraca uwagę, że nacieczenie tkanek płynem Schleich'a utrudnia zespolenie się brzegów rany. Chlorek etylu oddawał mu dobre usługi. —

Pflüger (z Berna): *Narkoza ogólna w berneńskiej klinice ocznej.* — Pflüger używa do narkozy chloroformowej obmyślanego przez siebie przyrządu, który ma tę zaletę, że pozwala cho-

remu wdychiwać mieszaninę powietrza z chloroformem i sprowadza głębokie i spokojne usypienie.

Dyskusya: Nieden zwraca uwagę na nowy sposób usypiania zapomocą trzech podskórnych wstrzyknięć skopolaminy. Pierwsze wstrzyknięcie robi się na godzinę, drugie na pół godziny przed operacją, a trzecie już w ostatniej chwili. Jest to jednak sposób z powodu niebezpieczeństwa zatrucia niezbyt zachęcający.

Thier oświadcza się za narkozą eterową.

Schoenemann przekonał się, że przez poprzednią kokainizację błony śluzowej nosa można narkozę chloroformową uczynić spokojniejszą i głębszą.

Mayweg wstrzykuje dorosłym morfinę przed narkozą chloroformową, ale nie radzi czynić tego u dzieci.

Elschnig podnosi, że w wiedeńskiej klinice Schnabl'a narkoza eterowa daje bardzo dobre wyniki. Tylko u potatorów stosują tam mieszaninę chloroformu z eterem. Zresztą rozstrzygnięcie sprawy narkozy ogólnej nie może należeć do klinik ocznych, gdzie się jej zbyt mało używa.—

Fuchs (z Wiednia): *Scleritis posterior*. U 16letniego chorego wystąpiły bóle i upośledzenie wzroku najpierw u prawego oka, a w dwa miesiące później u lewego. Wziernikiem znalazł autor szarołupkowe zaćmienie i wypuklenie siatkówki w okolicy plamki żółtej. W ciągu kilku tygodni wszystkie te zmiany ustąpiły bez śladu. Z tego powodu, a także ze względu, że w kąciку zewnętrznym można było zauważyć obrzmienie i nastrzyknięcie tkanki przytwardówkowej, przyjmuje Fuchs w tym przypadku ognisko zapalne w twardówce, usadowione u tylnego bieguna gałki i powodujące owo zaćmienie i wypuklenie przemijające błon wewnętrznych.

Schloesser i Peters podają, że spostrzegali zupełnie analogiczne przypadki.—

Stock (z Fryburga): *Badania doświadczalne nad przerzutami zakaźnymi w oku, oraz przyczynek do etyologii zapalenia tęczówki i rozsianego zapalenia naczyńiówki*. Mówca wstrzykiwał królikom do żyły usznej hodowlę bakteryi ropnych (pyocyaneus β) i uzyskiwał dosyć często zapalenia przerzutowe w oczach z reguły pod postacią rozsianych guzków w tęczówce. U jednego tylko królika stwierdził także rozległe zapalenie naczyńiówki. Badanie drobnowidowe wykazywało we wszystkich przypadkach zatory bakteryowe. Stock przekonał się, że częstość przerzutów ocznych jest tem większa, im cięższe jest zakażenie ogólne. Guziczkowata postać zapalenia tęczówki nie musi być koniecznie gruźliczego pochodzenia i może być wyleczoną tak, jak *iritis* zwyczajna. U 13 zwierząt, którym autor wstrzyknął do krwiobiegu hodowlę prątka gruźliczego,

wystąpiła 13 razy *iridochorioiditis disseminata tuberculosa*, z tego w jednym przypadku przyszło do zupełnego wyleczenia.

Dyskusya: Uhthoff i Wangenmann przytaczają ze swej praktyki przypadki guzków gruźliczych naczyniówki, gdzie przyszło również do zupełnego wyleczenia¹⁾.

Vossius spostrzegał guziczkową postać zapalenia tęczówki bez prątków gruźliczych.

Axenfeld widzi przyczynę wielkiej częstości przerzutów ocznych, jakie Stock w doświadczeniach swych otrzymywał, w tem, że robiono zastrzykiwania nie podskórne, lecz wśródżyłne. Tylko u kotów udaje się często wywołać przerzuty także przy podskórnem zakażeniu.—

Posiedzenie z demonstracyami.

Przewodniczy Schirmer z Geifswaldu.

Elschnig (z Wiednia) pokazuje preparaty: 1. Bardzo rozprzestrzenione po siatkówce włókna rdzenne i szczególna łącznotkankowa siateczka na wewnętrznej powierzchni siatkówki. — 2. Wniknięcie przybłonka do przedniej komory przez błiznę. Cała przednia komora wyścielona warstwą przybłonka. Brak błony Bowman'a. Powierzchnowe warstwy rogówki zastąpione tkanką łączną, pokrytą grubym pokładem przybłonka. Preparaty pochodzą z przypadku jaskry po operacyi zaćmy. 3. Preparaty z łuszcзки jaglicowej. 4. Stereoskopowe fotografie i mikrofotogramy z przypadku pierwotnego brodawczaka rogówki (*papilloma corneae*).—

Axenfeld (z Fryburga): 1. Preparat makroskopowy z przypadku złamania górnej ściany oczodołu u 60letniego mężczyzny. Z otworu w miejscu złamania sterczy ku mózgowi guz, będący krwiakiem przedartej opony twardej. 2. W osłepłem z powodu jaskry oku znalazł autor tęczówkę pokrytą w całości tak na przedniej, jak i na tylnej powierzchni, aż po ciało rzęskowe, szklistą, jednostajną błoną, zdającą się mięszk tęczówki silnie uciskać. Mniejsze stopnie takiego szkliwa na obwodowych częściach tęczówki są w oczach jaskrowatych częstem zjawiskiem. 3. Włókniste złogi w zaćmie zwapniałej i zwichniętej. —

Wangenmann (z Jeny) okazuje preparaty z przypadku pęknięcia naczyniówki i oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego.—

Uhthoff (z Wrocławia): Drobnowidowe preparaty błonicy

¹⁾ Przypadek szczęśliwego wyleczenia gruźliczych guzków naczyniówki opisał także prof. Wicherkiewicz w swej pracy p. t. »Uwagi nad etyologią odcepienia siatkówki«. Por. »Postęp Okulist.« R. 1901, str. 436 i następne.

spojówki u człowieka. 1. przyp.: błonica spojówki i powiek. Błony rzekome, rozpoczynająca się zgorzel rogówki, zapalenie nerwu wzrokowego. 2. przyp.: Zgorzel całej spojówki gałki i głęboka nekroza rogówki. 3. przyp.: Błonica skarlatynowa. Spojówka gałki zajęta zgorzelą, spowodowaną przez streptokokki i owrzodzenia na rogówce.—

Thier (z Akwizgranu) pokazuje wielki kostniak, który wydłutował z górnej ściany oczodołu u 20letniej dziewczyny. Podczas operacji uległ guz zwicnięciu w głąb oczodołu i ucisnął nerw wzrokowy. Natychmiast pojawiły się na oku objawy ostrej jaskry, które jednak zaraz po wydobyciu nowotworu ustąpiły.—

Dimmer (z Gracu) przedstawia fotografie dna oka. Dzięki dokonany ulepszeniom w budowie swego przyrządu fotograficznego, uzyskał Dimmer lepsze oświetlenie dna oka, a zarazem usunął szkodliwe działanie odbłasków świetlnych. Obecnie udają się zdjęcia przy ekspozycji trwającą $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{18}$ sekundy. Bezpośrednie zdjęcia fotograficzne posiadają średnicę 30 mm, ale mogą być z łatwością zapomocą przefotografowywania dwukrotnie, a nawet trzykrotnie powiększone. Fotografie przedstawiają dno oka w obszarze 5—6 średnic źrenicy, są o wiele ostrzejsze od zeszłorocznych i pozwalają drobne szczegóły dokładnie rozeznąć. Aparat Dimmer'a pozwala fotografować również obwodowe części dna oka.—

Gullstrand (z Upsali) przedstawia przyrząd służący do wytworzenia promienistych figur dookoła punktów świecących. Promienisto ułożone smugi świetlne, jakie widzimy dookoła punktów świecących, n. p. dookoła gwiazd na firmamencie, nie pochodzą od nieregularnego astygmatyzmu naszego oka, lecz są skutkiem prawidłowej aberracji naszej soczewki. Aby tego dowieść, złożył Gullstrand 4 wypukłe szkła walcowate tak, że razem przedstawiały wartość soczewki sferycznej + 12,0 D. Skoro takiej kombinacji szkła użyjemy jako obiektywu w lunecie astronomicznej, to będziemy widzieli dookoła gwiazd takie same promienie, jak wolnym okiem; tylko liczba tych promieni ogranicza się w tym przypadku do czterech.—

Pflüger (z Berna) pokazuje niektóre instrumenta okulistyczne, między innymi przyrząd złożony z 2 nożyków i służący do rozcinania zaćmy wtórnej lub przecięcia przyczepin bez odpływu cieczy wodnej.—

Stoeber (z Witten) przedstawia przyrząd do wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce. Jest to mała łyżeczka na trzonku wewnątrz wydrążonym. Wydrążenie to wchodzi też w samą łyżeczkę i posiada wylot na jej wklęsłej powierzchni, na drugim zaś końcu trzonka łączy się z gumowym balonikiem. Po wykonaniu dużego cięcia pławowego i szerokiej irydektomii wprowadza Stoeber łyżeczkę do przedniej komory, zgniatając palcami balonik, i przy-

kłada ją do przedniej powierzchni soczewki. Gdy następnie puści balonik, wtedy wywiera tenże przez kanalik w trzonku i przez otwór w łyżeczce działanie ssące na torebkę soczewki. Teraz można soczewkę mocno do łyżki »przyssałą« z łatwością przez ranę wydobyc.

Dyskusya: Pflüger radzi ze względu na aseptykę zastąpić gumowy balonik małą strzykawką o szczelnym tłoku.

Stoever uważa balonik za wygodniejszy. —

Pflugk (z Drezna) pokazuje fantom do ćwiczeń we wzieraniu i w oznaczaniu refrakcyi w obrazie prostym, w obrazie odwrotnym, oraz zapomocą skioskpii. —

Herzog (z Berlina) przedstawia liczne preparaty odnoszące się do rozwoju mięśni wśródgałkowych. *Sphincter* i *dilatator iridis* są pochodzenia przybłonkowego, mięsień zaś rzęskowy mezodermalnego. —

(C. d. n.)

K. W. Majewski.

IV. Dr Edward Meyer.

Wspomnienie pośmiertne.

Kosa śmierci ścina kłos po kłosie z pięknego łanu okulistów, wyrosłego z osobistego posiewu genialnego Graefe'go, a do tych, dziś już nielicznych, kłosów należał, pełen pięknego ziarna, ten, o którego śmierci podaliśmy wiadomość w numerze zeszłym »Postępu«, a którego przyjaźnią osobistą od wielu szczyciliśmy się lat.

Urodzony 13 listopada 1838 r. w Sandersleben w księstwie Anhaltsko-Dessawskim z rodziców ubogich, lekcjami prywatnemi dopomagał sobie w osiągnięciu potrzebnego wykształcenia. Odbiwszy studia lekarskie w Halli, a później w Berlinie, doktoryzował się tamże w r. 1860, poczem pod okiem Graefe'go kształcił się w okulistyce do roku 1862, kiedy to, idąc za radą swego mistrza, przeniósł się do Paryża, gdzie, po obronie rozprawy: »Du strabisme et du succès de la ténotomie«, otrzymał paryski doktorat w r. 1864.

Los tutaj od razu sprzyjał Meyer'owi, gdyż udało mu się, jak wspomina prof. Dor, niebawem przypadkiem wejść w szeroki świat paryski. Przywołany przez znajomego lekarza wojskowego do zwiedzenia koszar, w których wystąpiło endemiczne zapalenie ocz, umiał takowe w krótkim czasie opanować, co mu zyskało krzyż legii honorowej, a nazajutrz przedstawiony cesarzowi Napoleonowi III, usłyszał od tegoż znaczące, a zarazem pochlebne słowa: gdybym był wiedział, żeś Pan tak młody, byłbym Panu dał jeszcze czekać na to odznaczenie.

Już w roku 1864 udzielał kursów okulistycznych w paryskiej szkole praktycznej, a nadto zgromadzał około siebie lekarzy i uczni w swej prywatnej, od Sichel'a nabytej, klinice, z której niemało, z jego podniety i pod jego kierunkiem, wyszło prac naukowych i spostrzeżeń cennych.

W roku ostatniej walki Niemców z Francuzami przeniósł się Meyer do Vernex w Szwajcaryi, ale już w wrześniu tegoż roku powrócił do Paryża i pozostawał w nim podczas oblężenia i komuny.

Później naturalizował się we Francyi, a drugiej swej przybranej ojczyźnie zachował całą swą sympatyę, nie zrywając stosunków z dawną.

Była to natura szeroka, nawskróś szlachetna. Niczem, mimo swego pochodzenia semickiego, Meyer nie objawiał właściwości szczepowych, które czasami mało bywają sympatyczne. Przeciwnie, Meyer przyswoił sobie wykwintne formy towarzyskie, które mu otwierały podwoje do najpierwszych domów, a mimo to umiał zawsze równą grzecznością obdarzać i małych i wielkich. Jego niezwykle przymioty serca i duszy czyniły go wielce poszukiwanym. Zawsze skromny, nigdy wysoką swą erudycją innym się nienarzucał, a jednak na wszystkich zebraniach, — a bywał wszędzie, gdzie poważnie uprawiano naukę, — umiał i dyskusyi nadać właściwy kierunek i niejedną zawiłą kwestyę swym bystrym rozumem rozstrzygnąć lub bogatym doświadczeniem poprzeć.

Na międzynarodowych zjazdach był on szczególnie pożądanym dla swych lingwistycznych zdolności. Nie zapomnę wrażenia, jakie, wraz z innymi, odniosłem na kongresie w Kopenhadze.

Nie miano podówczas jeszcze tej rutyny w urządzaniu tych wielojęzycznych turniej, co dziś, gdy każdy odczyt zapowiedziany musi poprzednio być streszczonym w językach urzędowych zjazdu, a streszczenia takie stanowią podkład do dyskusyi. To też, kiedy w stolicy duńskiej w r. 1884 w sekcyi okulistycznej zrazu dyskusya bardzo leniwym postępowała krokiem, albo na odczyty wcale nie reagowano, ktoś ze zgromadzenia objawia życzenie, aby odczyty i ważniejsze przemówienia, wygłoszone w jednym języku, streszczano zaraz w dwóch drugich urzędowych. — Roli tej podjął się chętnie Meyer, a jak się z niej wywiązał, o tem świadczy okoliczność, iż nieraz wogóle mało dla niewielkiej części zrozumiały wykład, stał się dopiero jasnym, gdy go Meyer streścił, i to równie poprawnie odczyt francuski w języku angielskim i niemieckim, jak angielski i niemiecki w dwóch drugich. Gdy zaś na jednym z posiedzeń Meyer'a nie było, a zastępstwa w tej koleżeńskej przysłudze podjął się znany członek komitetu, zaprzestać musiał usiłowań, bo zgromadzenie zanadto odczuło różnicę i z pośrednictwa korzystać

nie mogło. Wymowa Meyer'a była dźwięczna, a wszystkimi trzema językami władał równie poprawnie.

Do Meyer'a towarzysze kongresowi tak się przyzwyczaili, że zdawało się, iż bez niego zjazd taki mniej będzie udanym.

Posiadał on bowiem rzadki przymiot pozyskiwania sobie przyjaciół, a w dyskusyi, gdy ona przybierała czasem znamię osobistych wycieczek, umiał Meyer w bardzo zręczny sposób, nie narzucając się, jednać i godzić tak, że poważnieni sami tego nie spostrzegli, komu zawdzięczają ten pojednawczy zwrot. To też zdaje się, że Meyer, mimo swego powodzenia zawodowego, nie miał jawnych nieprzyjaciół lub nawet niechętnych, a piękne świadectwo uczuć przyjaźni wystawia mu prof. Dor z Lyonu, pisząc w redagowanym wspólnie z Meyer'em »Revue Générale d'Ophthalm.«: »le 9 sept. j'appris la mort de mon meilleur ami, dont l'inaltérable affection n'a pas varié un seul jour pendant 33 ans et qui a pris part à toutes mes joies et toutes mes tristesses« i t. d.

On to z Dor'em założył przed 21 laty, dziś bardzo ceniony i rozpowszechniony, powyżej cytowany miesięcznik, powołując swego czasu do współpracownictwa piszącego te słowa.

W roku 1870 wydaje w Paryżu dzieło, zaopatrzone w liczne ilustracye: »Traité des operations qui se pratiquent sur l'oeil«.

Pod względem naukowym najważniejszym jego dziełem jest podręcznik okulistyczny »Traité pratique des maladies des yeux«, w którym zwięźle i jasno wyłożył w r. 1873 stan naszej specjalności, opierając się głównie na nauce, od Graefe'go zaczerpniętej. Dzieło to doczekało się kilku wydań w języku francuskim, a nadto przetłómaczone zostało na języki: niemiecki, angielski, hiszpański, włoski, polski, rosyjski, nowogrecki, a nawet na japoński.

Nadto ogłosił bardzo wiele prac w rozmaitych czasopismach w rozmaitych językach, przeważnie atoli w języku francuskim, którym władał jak rodowity Paryżanin. Nie wyliczamy ich, bo je znajdzie czytelnik w Nagla »Jahresbericht«.

Meyer w nauce i w zajęciach zawodowych szukał zaspokojenia swych potrzeb duchowych i ukojenia trosk, jakich mu życie nie mało sprawiało.

Przed kilku laty stracił żonę, później starszego syna, a przed rokiem młodszego, zaledwie 30letniego, który po nim objąć miał dziedzictwo naukowe.

Od lat kilku zagrożony nieuleczalną chorobą gardła, szukał od czasu do czasu pokrzepienia sił w ustroniach leczniczych, by mózż jeszcze i zawsze jeszcze dorzucić cegiełkę do gmachu ulubionej wiedzy, ale widząc koniec niezbyt od siebie oddalony, kroczył ku niemu z filozoficznym spokojem, a rzadką cierpliwością.

Zakończył swój pracowity żywot w Falkensteinie w górach Taunus, gdzie nie znalazł upragnionej ulgi, w przededniu zamierzonego powrotu do Paryża.

Oby mu ziemia lekka była.

B. Wicherkiewicz.

V. Siedmdziesięciopięciolecie Instytutu oftalmicznego imienia ks. Lubomirskiego (dnia 31 sierpnia 1902 r.).

Szkic, skreślony przez
DR. J. TALKO.

„Bez gniewu i stronności“.

Dnia 31 sierpnia b. r. skończyło się 75 lat od chwili otwarcia w Warszawie tej, tak potrzebnej w kraju, instytucji, która nosi imię ś. p. księcia Edwarda Lubomirskiego, zmarłego w pojedynku w 27 roku życia. Zakład ten bowiem powstał z funduszów tego ostatniego, dzięki staraniom egzekutora testamentu, hr. E. Raczyńskiego.

Z początku zakład rozpoczął swą czynność w domu, należącym do byłego szpitala Dzieciątka Jezus, potem przeniesiono go do własnego domu przy ulicy Marszałkowskiej, gdzie był czynnym do 1864 r.

Zamknięty przez lat 6 (a więc, chociaż istnieje 75 lat, był czynnym tylko 69), został nareszcie otwarty dnia 1/13 października 1870 r., we własnym 3piętrowym gmachu, zbudowanym podług planu budowniczego ś. p. Markoniego, przy ul. Smolnej, gdzie do dziś dnia pod l. 8 funkcjonuje.

Kuratorem z czasów Szokalskiego jest Jan Tadeusz ks. Lubomirski, zasłużony 50letni jubilat. Instytut zostaje pod ogólnym zarządem warszawskiej Rady miejskiej opieki publicznej, nie pobiera jednak zasiłków od rządu, utrzymując się jedynie z odsetek od funduszu zapisowego ks. E. Lubomirskiego (fundusz żelazny wynosi 80.723 rubli i 39 kop.) i opłaty od stałych chorych.

Pierwiastkowo instytut mieścił 12 łóżek, liczba ta z latami powoli zwiększała się, tak, że w r. 1873 było już 56 większych łóżek i 10 dziecięcych. W razie potrzeby, instytut może zmieścić 76 łóżek. W roku 1878 (w czasie wojny rosyjsko-tureckiej) umieszczono tu chwilowo 30 łóżek żołnierskich dla chorych ocznych, a potem, za profesury Wolfringa i Kostienicza, urządzono uniwersytecką oftalmiczną klinikę (od r. 1885/6), którą w roku zeszłym przeniesiono do nowo zbudowanego szpitala Dzieciątka Jezus. Chorzy na salach płacili z początku 20, potem 22¹/₂ kop. dziennie, od roku 1878 po 30 i 60 kop., dziś wszyscy płacą po 1/2 rubla; pensjonarze płacili dawniej po 1 rub. 35 kop. za pokój oddzielny i 1 rub. za pokój, urządzone dla 2 chorych, dziś pierwsi płacą za pokój 2 r., a łóżko w pokoju na dwie osoby płaci się po 1 r. 50 k.

Zakład jest czynny przez rok cały. Przyjmowani są chrześcijanie i żydzi; ci ostatni jednak wyjątkowo, o ile dla braku miejsca nie zostali przyjęci do szpitala starozakonnych, stosownie do rozporządzenia Rady miejskiej, wydanego na życzenie warszawskiej gminy starozakonnych.

Piękny gmach instytutu, w stylu włoskim, zwrócony frontem na południe, tyłem zaś na północ. Fronton jego zdobi popiersie fundatora i krzyż kaplicy. Napisu na nim nie położono żadnego, a to dla tej przyczyny, że musianooby obok polskiego umieścić i urzędowy, lub też położyć jeden tylko w języku łacińskim albo francuskim, niepotrzebujących satelity ¹⁾.

Instytut oftalmiczny uzyskał sankeyę najwyższą w d. 16/28 marca 1826 r., rozpoczął jednak swą działalność 19/31 sierpnia 1827 r. W książce mojej »Materyały do historii oftalmologii w Polsce« (1884 r. Warszawa) wspomniałem o działaczach w instytucie oftalmicznym warszawskim, poczynawszy od chwili jego otwarcia. — Naprzód prowadził go Jan Hülferding z Wiednia. Po śmierci jego (1829 r.) obowiązki lekarza instytutu pełnił Maurycy Wojde. Następcą po nim był Adolf Angel, jedni twierdzą, że Anglik, drudzy, że poddany austriacki. W tymże czasie ordynującym w instytucie był Leopold Leo (1838—1841). Angel ustąpił miejsca ś. p. W. Szokalskiemu, którego z początku (1854) zaproszono na konsultanta, a potem na naczelnego lekarza instytutu (1858); godność tę nasz nestor piastował do samej śmierci (d. 6 stycznia 1891 r.) Pierwszym jego pomocnikiem był Ksawery Jasiński, Poznańczyk, potem asystentem był Dr med. Zenon Cywiński, dzisiejszy dyrektor oftalmicznego zakładu w Wilnie, od 1858 do 1868 r. Dr med. Emil Wolfring, były następnie prof. okulistyki w uniwersytecie warszawskim, a obecnie emeryt, wreszcie Bolesław Gepner (1861—1864 r.), jako lekarz ordynujący. — W r. 1870 lekarzem ordynującym naznaczony był Aleksander Dobrzański, lecz tej posady nie przyjął, a natomiast posadę tę otrzymał Dr med. Witold Narkiewicz-Jodko, po nim wreszcie, gdy schorowany przeniósł się do majątku swego na Litwę, otrzymał etatową ordynaturę Bolesław Gepner, który mianowany był bezpłatnym ordynatorem w drodze konkursowej. (do konkursu stawał i Dr med. Zygmunt Kramsztyk) jeszcze w r. 1878 ²⁾.

Wtedy to sekundaryszem drogą konkursową (do konkursu

¹⁾ Dlatego też i świeżo eksportowaną u nas rodzimą stołową wodę »Ursus« z Oblegorka zdobi etykieta ... francuska.

²⁾ Gepner mianowany został ordynatorem etatowym jeszcze za życia swego szwagra Jodki-Narkiewicza, na rok przed podaniem się tego ostatniego do dymisji. (Obaj żonaci byli z pannami Skworców).

stawał i Dr med. Michał Kępiński) wybrano Walentego Kamockiego, który dotąd ordynuje w instytucie, dosłużywszy się rangi radcy kolegiального; nadetatową jego ordynaturę zamieniono w r. 1890 na etatową.

W r. 1892 mianowany został ordynatorem instytutu Dr med. Bronisław Ziemiński, Dorpatczyk, nie drogą konkursową, lecz bezpośrednio z urzędu. Zajął on etatową ordynaturę Gepnera, który został naczelnym lekarzem; jest dziś już radcą kolegialnym.

Gwiazdą promienną instytutu oftalmicznego warszawskiego był — jak wiadomo — prof. Dr med. Wiktor Szokalski, nestor okulistów polskich, autor dzieła »Choroby przyrządu wzrokowego« i wielu, wielu innych prac naukowych i spostrzeżeń, materiały do których spostrzegawczy jego umysł tu czerpał. Jakim był kolegą, naczelnikiem, obywatelem kraju i niezmordowanym pracownikiem na niwie literackiej, aż nadto wiadomo każdemu u nas i poza granicami ziem polskich. Pamięć o nim do dziś dnia święcie przechowuje instytut. Szkoda tylko, że dotąd nie pomyślano o popiersiu tego znakomitego ziomka, który imię polskiego uczonego daleko rozniósł po świecie.

Póki żyją jeszcze świadkowie jego działalności, rodzina i przyjaciele, powinni pomyśleć o wmurowaniu w kaplicę zakładu popiersia tego, który przez trzydzieści parę lat tak był zespolony z powierzoną jego pieczy instytucją, że instytut oftalmiczny i prof. Dr Szokalski — to jedno!¹⁾

Szczęśliwszym pod tym względem jest ś. p. Witold Jodko-Narkiewicz, była prawa ręka Szokalskiego, który jemu i Gepnerowi powierzył wykonywanie operacji. Narkiewicz-Jodko zajmował się *con amore* w instytucie i dzięki jego pracy mamy coroczne naukowe sprawozdania z ruchu chorych, poczynwszy od roku 1870 do 1879, a więc 9 sprawozdań. W roku zeszłym pamięć tego sumiennego pracownika uwieczniono popiersiem w metalowej płaskorzeźbie, otoczonej marmurową tablicą, na której położono taki napis:

»Ś. p. Narkiewicz-Jodko ur. w gub. Mińskiej 23/XII 1834, zmarł 12/XI 1899 r. Doktor medycyny, docent szkoły głównej, ordynator Inst. Oftalm. od 1870—1883. Myślą i czynem ludziom służył. Strudzonemu pracownikowi wieczny odpoczynek racz dać, Panie.«

¹⁾ Prócz olejnego portretu ś. p. Szokalskiego, pędzla Horowitz'a, w sali posiedzeń Tow. lek. warsz., to ostatnie uczciło pamięć swego stałego sekretarza ustawieniem pięknego popiersia z białego marmuru w kościele św. Aleksandra (polewej stronie). Nekrolog jego podałem w »Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.« (Febr.-Heft, 1891) i w »Ostałmoł. Wiestniku« (Ks. 1. 1891).

Pomnik ten, wykonany kosztem czcigodnej żony, mieści się po lewej stronie przy wejściu do kaplicy, wprost ołtarza, przed mozaikową gwiazdą w podłodze, wokoło której czytamy: *Versus patriam!*¹⁾

Po Narkiewiczzu-Jodce, jak wzmiankowałem wyżej, etatową ordynaturę objął Dr med. Bolesław Gepner w r. 1883, a po śmierci prof. Szokalskiego w r. 1891 mianowany został naczelnym lekarzem instytutu oftalmicznego. Godność więc tę piastuje dwunasty rok, dosłużywszy się rangi radcy stanu. Kol. G. jest dziś najstarszym naszym okulistą (ur. w r. 1835) po rz. r. st. kol. Z. Cywińskim (ur. w r. 1830). Ogłosił on, jeszcze za życia swego szwagra Jodki, 10te roczne sprawozdanie z czynności instytutu i przygotował 11ste za 1881—1882 i 1883 lata, — ale czy ujrzały one światło dzienne, niewiadomo mi. Od tej pory publiczność lekarska zupełnie nie wtajemnicza się w czynności instytutu, gdyż sprawozdań wcale się nie ogłasza drukiem. Kto temu winien? Naturalnie główna wina spada na kierownika tej poważnej, a tak pożytecznej instytucji krajowej. Wypowiadam to śmiało, kierując się zasadą: „*Amicus Socrates, amicus Plato, amicissima — veritas*“. Może ten brak, ta ujemna strona będzie wypełnioną w roku bieżącym? O ile słyszałem, prawdopodobnie nie. Bo naczelnemu lekarzowi dość trudno po tylu latach grzebać się w sprawozdaniach, a ordynujący lekarze, którym to chciano powierzyć, nie chcieli poddać się w tej sprawie cenzurze naczelnej władzy szpitalnej. A więc to fiasko odbija się na nauce polskiej, okulistyka nasza — mająca dziś sporo adeptów — poniesie niepowetowaną stratę w dniu 31 sierpnia b. r., a instytut oftalmiczny musi się rumienić za swą opieślność... Moznaby tu tylko zapisać małe usprawiedliwienie tej luki, że musiano by ogłaszać sprawozdanie w dwóch językach, a to w takim razie, jeśliby chciano wydawać oddzielną broszurę; ale i temu moznaby było zaradzić, drukując sprawozdanie w jednym z pism lekarskich. Myślę, że i redakcja »Postępu Okulistycznego« chętnie odmówiłaby swej gościnności na stronicach polskiego archiwu oftalmicznego²⁾.

Jako przykład przytoczę tu, że prawie rówieśniczki naszego instytutu, a mianowicie lecznice oftalmiczne w Petersburgu i Moskwie, wystąpiły z treściwymi sprawozdaniami swoich dyrektorów (hr. Dr Magawly i Dr Łożecznikow) za czas 75letniej czynności tych

¹⁾ Krótki życiorys Jodki, mego serdecznego druha, wraz z portretem, podałem w »Biesiadzie Literackiej« (Nr 51, 1898), a także w »Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.« (Dec.-Heft, 1898).

²⁾ Redakcja »P. O.« chętnie pod tym względem służy kolegom. —
W.

zakładów! My zaś, rumieniąc się, musimy przyznać słuszność naszym wrogom, gdy nam wytykają lak osławioną „*polnische Wirtschafft*“. Przypuszczaliśmy, że dzień jubileuszu swego instytut oftalmiczny warszawski będzie święcić nabożeństwem w swej pięknej kaplicy, że może zbiorą się pracownicy jego na wspólną ucztę lub urządzą koleżeńskie zebranie i dadzą nam naukową strawę, pomni, że od tego więcej będzie zapotrzebowano, komu dano więcej. Niestety, omyliliśmy się w naszych skromnych żądaniach: w dniu tym jubileuszowym instytut oftalmiczny przeszedł eicho do porządku dziennego i tylko niektóre pisma warszawskie królko wzmiankowały o 75letnim jego jubileuszu, jakby nie chcąc rozbudzić z drzemki staruszka...

A jednak było materiału bardzo dużo i to obfitego w poważne przypadki i spostrzeżenia. Dzielili się niemi w swoim czasie: ś. p. Szokalski, ś. p. Narkiewicz-Jodko, obaj Gepnerowie, Kamocki, Ziemiński i jego pomocnik przedwcześnie zmarły Br. Wagner († 1900 r.). Należało przynajmniej podać do wiadomości publicznej, ilu leczono chorych w ciągu 75 lat, ile dokonano większych operacyi, w tej liczbie wydobycia zaćm (za czasów Jodki za 15 lat — 907) i t. d. Tem bardziej, że nikt, n. p. z lekarzy prowincjonalnych, nie wie, jakie choroby najczęściej leczono, jakich się obecnie używa w zakładzie sposobów operacyjnych i metod leczniczych, nie wiadomo, czy instytut stosuje otwarte leczenie ran po operacyach zaćmy i jakie wprowadził innowacje gospodarcze i naukowe i t. p.

Wiemy tylko, że coś niedobrego rozgościło się w murach instytutu od pewnego czasu. Między etatowymi ordynatorami i naczelnym lekarzem wytworzył się taki stosunek, że porozumiewają się tylko drogą urzędową, na piśmie; że droga konkursowa do otrzymania ordynatury pozostawia z ostatnich lat nieco do życzenia; że sali operacyjnej dotąd instytut nie posiada, nie dość na tem, ale chorych operują na zwykłej sali szpitalnej wśród innych chorych, już operowanych, którzy załatwiają tu nawet funkcyje życiowe (*horrendum!*)¹⁾; że ordynujący koledzy chodzą w fartuchach, kupionych za własne pieniądze; że fundusze instytutu są niewystarczające, żeby urządzić kanalizację, wentylację, jaką taką bibliotekę, odnowić meble, chociażby w gabinecie lekarskim, i t. d.

¹⁾ Kilkoletnie usilne starania ordynatorów oddziałów kobiet, poparte przez inspektora szpitali cywilnych miasta Warszawy, doprowadziły radę miejską do platonicznego przeświadczenia o potrzebie zmiany istniejących warunków. Urządzenie jednak sali operacyjnej — jak pisma codzienne doniosły — odłożone zostało do chwili skanalizowania ul. Smolnej, czyli *ad calendas graecas*.

Pomimo to naczelny lekarz myślał o zasileniu zakładu nowymi ordynatorami, a to wychodząc z tej zasady, że ruchome okulistyczne oddziały przysparzają więcej chorych instytutowi, że ten ostatni mógłby wyrobić więcej pracowników zdolnych do rozjazdów, gdyż starsi nie są poehopni do takich letnich wycieczek. Przedstawiono na te posady Bolesława, syna (Gepner junior)¹⁾ i Michała Januszkiewicza²⁾. Ten ostatni tylko parę razy jeździł, młody zaś Gepner usuwa się, i słusznie, od tych miłych wycieczek. Ciekawą była rzecz, jak się zachowa Rada miejska wobec tej propozycji naczelnego lekarza, wobec nieodwołalnie potrzebnych ulepszeń, zgodnych z wymaganiami czasu i rozwojem nauki, w instytucie oftalmicznym warszawskim, na które jakoby brakowało środków. O ile wiemy, zamianowano tych lekarzy ordynatorami nadetatowymi, t. j. pracownikami *honoris causa!* Widzimy z poniżej załączonej tablicy, że zwiększenie liczby ordynatorów było koniecznem z powodu znacznie zwiększającej się liczby chorych w ostatnich latach.

Obecny rozkład zajęć w instytucie oftalmicznym jest następujący:

Oddział męski (24 łóżek). podzielony pomiędzy ordynatorów nadetatowych M. Januszkiewicza i Gepnera (syna).

Oddział żeński (30 łóżek) podzielony pomiędzy ordynatorów etatowych — W. Kamockiego i Br. Ziemińskiego.

Z pokojów oddzielnych, które zajmuje zamożniejsza publiczność, stanowiąca dawniej wspólną własność wszystkich ordynujących w instytucie lekarzy, zrobił naczelny lekarz swój osobisty oddział, gdzie wspólnie z synem leczą i operują.

Ambulatoryum, naturalnie bezpłatnie, przyjmują codziennie, oprócz świąt: lekarze ambulatoryjni Jakób Ettinger i Kazi-

¹⁾ Aczkolwiek wysoko cenię uczucia ojcowskie, jednakże jestem przeciwny służbie syna pod naczelną władzą ojca z zasady. Podobno i prawo nie toleruje tego. Mogą bowiem łatwo wyniknąć z tego familijnego stosunku nieprzyjemne skutki, jak to świeżo miało miejsce w moskiewskim Basmanowskim szpitalu (naczelnym lekarz F. i syn jego). — »R. Wracz« w Nrze 33 z r. b. z powodu tej sprawy sądowej zrobił uwagę: »Wspólna służba bliskich krewnych, jak w danym razie ojca i syna, naturalnie pozwala robić przypuszczenia nadużyć i tam, gdzie ich wcale i nie było. Stanowczo w tej sprawie przyłączamy się do wypowiedzianego na jednej z sekcji ostatniego pirogowskiego zjazdu, iż niepożądanem jest wcale to zjawisko w życiu lekarskiem«.

²⁾ Posada ta słuszniej należy się S. Cetnarowiczowi, który poprzednio stawał do konkursu (10 stycznia 1900 r.) z młodszym Gepnerem i Januszkiewiczem i zyskał uznanie zdolnego fachowca. C. otrzymał drugie miejsce, a J. trzecie. Pomimo to mianowano na posadę tego ostatniego. Widocznie więc i mury instytutu oftalmicznego nie są wolne od zewnętrznych wpływów, a szkoda!

mierz Bein, i ordynatorzy nadelatowi B. Gepner (syn) i M. Januszkiewicz.

Asystentami są Dr med. Rothert — przy Ziemińskim i Ludwik Czyżewski — przy Gepnerze. Asystenci mianowani są przez Radę miejską Dobr. publ. na przeciąg czasu 3letni.

Płace lekarzy nieosobliwe: naczelny dostaje 600 rub., etatowi po 300 rub., pozostali pracują bez wynagrodzenia.

Przy instytucie jest jeden felczer i 5 szarytek.

Wspomnieć też dziś tu należy i o intendencie instytutu. Jest nim dymisyonowany major L. Grzybowski, który wieloletnią oszczędnością i sumiennością oczyścił instytut z długów i złożył pewien fundusz zasobowy. Podupadły na zdrowiu, oby jeszcze długo mógł pracować dla dobra instytutu, do czego, bez wątpienia, przyczyni się coroczny letni odpoczynek w Nałęczowie.

Opuszczając niedawno sympatyczne, a tyle budzące miłych wspomnień z dawnych, dobrych czasów, mury warszawskiego oftalmicznego instytutu, w których przez szereg lat podziwiałem mrówczą pracę ś. p. kolegów Szokalskiego i Narkiewicza-Jodki, a w progu których przywitał mnie dawny znajomy, posiwały w usługach bliźnich, uprzejmy szwajcar Aleksander Kuźmicki, smutno mi się zrobiło, bo, porównyując przeszłość (z czasu, gdym kreślił opis instytutu oftalmicznego w powyższej mej monografii, to jest 18 lat temu) i terażniejszość, przekonałem się, że nie tylko nie postąpił on na drodze rozwoju, lecz, że — przeciwnie — cofnął się nawet wstecz. Coby powiedział na to nasz nestor, gdyby żyjącem okiem dozwolonem mu było spojrzeć na tak pokrewną mu instytucję, to dziecię, tak długo pielęgnowane przez niego? Mimowolnie zastanowiłem się nad przyczyną tak smutnego stanu, grożącego — nie daj, Boże, — uwiadem starczym, na schyłku 75 lat od dnia otwarcia instytutu. Prawda: spokój i wewnętrzny ustrój jego zakłócano od r. 1878 do połowy roku zeszłego. gdy tu czasowo umieszczano chorych z ujazdowskiego wojskowego szpitala, a potem urządzono okulistyczną uniwersytecką klinikę przez lat 16 (od 1885/6 do połowy 1901 r.), — był tu wtedy, że tak rzekę, rząd w rządzie. Lecz to mniejsza. Główną przyczynę nieporządku bezstronny widz upatrzy głównie w 2 przyczynach: 1. w braku jedności i solidarności pracującego w nim personalu lekarskiego, rozbrat między lekarzami jest wprost niesmacznym, — a co doszło, jak słyszeliśmy, już do wiedzy i władzy administracyjnej; 2. i w tem, że kurator instytutu wraz z naczelnym lekarzem, zamiast zwrócić uwagę i starania ku podniesieniu i ulepszeniu instytucji, wszelkimi,

zależnymi od nich, środkami (materyalnymi i naukowymi), wołą ujawniać swą czynność na zewnątrz w upartem rozsyłaniu, na modłę rosyjską, ruchomych oddziałów okulistycznych, które im wcale nie przysporzą nowych liści wawrzynowych do wieńców zasług na polach publicznej działalności¹⁾.

Instytut oftalmiczny warszawski domaga się ulepszeń i reform, zgodnych z duchem czasu i potrzebą społeczeństwa i nauki. Na takim punkcie, jak stoi obecnie, istnieć mu niepodobna, chociażby dla honoru imienia ks. Lubomirskich. Jeśli kiedy, to dziś Polacy nie powinni się rumienić wobec społeczeństwa obcego i wrogiego nam żywiołu krzyżackiego.

Wiem, że to, co piszę, nie podoba się niektórym, bliżej interesowanym, osobom. Ale to trudno. Kiedyż już wypowiedzieć prawdę, jeśli nie dziś? Byle to tylko wyszło na pożytek instytutu. O prywatę ani o osobiste względy nikt chyba mnie posądzać nie będzie. Jedynie dobro publiczne miałem na celu, dlatego czoła swego nie zakrywam przyłbicą. Pomny, że może w czem pomyliłem się, lub przesadziłem, z chęcią wysłucham odpowiedniej repliki i wyjaśnień. Ważną jest rzeczą w podobnych razach dewiza: *audiatur et altera pars!*

Te kilka słów, skreślonych w dniu 75letniego jubileuszu instytutu oftalmicznego warszawskiego, podyktowała mi bezstronność i wieloletnia życzliwość, jaką noszę w swem sercu do tej instytucji, której pozwałam sobie życzyć, aby na przyszłość zaświeciła krajowi znów blaskiem powagi, porządku i nauki! Żeby 100letni jej jubileusz — gdy nas już nie stanie — nie przeszedł tak smutnie i nieprodukcyjnie, jak dzień brylantowych godów!

Powyżej powiedziałem, że instytut faktycznie był czynnym tylko 69 lat, a i z tych posiadamy statystyczne daty od czasu otwarcia zakładu w nowym, własnym, do dziś dnia istniejącym gmachu, t. j. tylko za lat 31, z których za lat 13 (1871—1883) podałem dokładne dane w książce jubileuszowej prof. Szokalskiego (1884, na str. 92).

Obecnie dołączam zebranie dat statystycznych od roku 1884 do 1902 r.; są one nieco niedokładne, bo pochodzą nie z lekarskich, lecz z administracyjnych sprawozdań.

¹⁾ P. mój artykuł »W kwestyi ruchomych oddziałów okulistycznych« w Nrze 10 »Krytyki Lekarskiej«. — Komitet tych oddziałów, jak podają »Warsz. Dniownik« i »R. Wracz« (Nr 37), znajduje się przy instytucie oftalmicznym.

Zebranie dat statystycznych od r. 1871 do r. 1902.

W roku	Leczono wogóle	Ambulatoryjnie	Udzielono konsultacyi	Na salach instytutu	Przez dni szpitalnych	Wykonano większych operacyi	W tej liczbie oper. na soczewce
1871	2392	2127	12682	265	9034	125	35
1872	3055	2577	14677	478	14850	225	76
1873	3203	2663	12493	540	16351	269	76
1874	3168	2616	12844	552	15872	274	83
1875	3177	2674	14325	503	17608	272	60
1876	3730	3181	18918	549	16042	236	63
1877	3890	3250	17488	640	20862	328	124
1878	4235	3529	17578	706	22070	295	87
1879	4255	3634	17396	621	17676	274	96
1880	4292	3605	18805	687	20246	322	99
1881	4459	3801	17286	658	22189	285	64
1882	4790	4134	17461	664	21831	254	74
1883	4805	4228	17817	577	20214	235	69
1884	5332	4831	29784(?)	501	21072	131	58
1885	4842	433	25697	519	21410	150	79
1886	5909	5330	(?)	579	19947	167	107
1887	5990	5421	(?)	569	20018	182	95
1888	5686	5116	(?)	570	20806	206	113
1889	6080	5550	(?)	533	20300	235	112
1890	6356	5786	(?)	570	20556	237	109
1891	6492	5951	(?)	541	19142	264	111
1892	6936	6323	(?)	613	21105	291	166
1893	6400	5827	(?)	573	20888	(?)	(?)
1894	7011	6489	(?)	522	18467	274	141
1895	7416	6861	(?)	555	19656	264	138
1896	7382	6866	(?)	516	20686	377	174
1897	6626	6176	(?)	450	16716	327	161
1898	9421	8909	(?)	512	19462	310	163
1899	10694	10111	(?)	583	21374	370	206(!)
1900	12297(!)	11755(!)	69558(?)	542	21382	334	171
1901	10689	10130	60556(?)	559	20973	380(!)	182
W ogółem w ciągu 31 lat	182010	163774	(?)	17247	606305	7893	3193
						w ciągu 30 lat	

Uwaga. Cyfry te nie obejmują operacyi, dokonanych w klinice okulistycznej (1885/6—1901), chorzy kliniczni natomiast są wliczeni. Przytem, dodając cyfry leczonych na salach do liczby ambulatoryjnych chorych, wypadnie, że leczono wogóle o 989 chorych mniej, niż podano w tablicy, to jest 181021.

Otóż ogólna ilość operacyi, dokonanych w klinice okulistycznej w ciągu 16letniego jej istnienia w instytucie oftalmicznym, wynosi liczbę 593, z tej zaś na operacye zaćmy przypada 184.

Pisałem we wrześniu. Lublin.

VI. LECZNICTWO.

Sumak jadowity (*Rhus toxicodendron*) przeciw wrzodom artrycznym rogówki.

Abadie przekonawszy się na pacyencie dotkniętym wrzodem rogówkowym z silnymi bólami, iż ostatnie, poprzednio bardzo uporczywe, właśnie dopiero po zażyciu homeopatycznego środka (*rhus tox.*) ustąpiły, stosował go często z dobrym skutkiem w podobnych przypadkach, a mianowicie w dawkach allopatycznych, podając nalewkę sumakową w ilości 15—20 kropeł dziennie. — (*La clinique ophthal.* Nr. 13. 1902).

Rzeźączkę worka łzowego leczy Morisot wstrzykiwaniem dwutlenku wodoru (*Wasserstoffsperoxyd*). Po sondowaniu przewodu nosołzowego sondą Bowmana Nr 3, wstrzykuje środek ten z wodą przekroploną w równych częściach o ciepłocie 30 R., poczem ropa wychodzi punkcikami łzowymi. Tlen łączy się przy tem z ciałami białkowemi, przez co powstać ma próżnia, a w następstwie czego zostaje przewód zwolnionym, gdyż ropa z dołu do góry podąża. — Zastrzykiwanie takie działa więc odkażająco i czyszcząco przez aspiracyę. — (*Gazette des hopit.* 1901. 58.).

Narkoza morfino-skopolaminowa¹⁾, polecona pierwotnie przez Schneiderlina, wypróbowana w klinice Schinzingera w Fryburgu, daje, wedle statystycznego zestawienia 130 przypadków przez Dra B. Korffa bardzo dobre wyniki. Zwłaszcza brak wszelkiego przykrego późniejszego działania wyróżnia tę narkozę przed innemi. Zadne nie zachodzą nudności, wymioty lub bóleści, natomiast występuje po narkozie uczucie przyjemnego spokoju lub sen, często kilka godzin trwający.

Autor poleca następujące wypróbowane przeprowadzenie tej narkozy: 4 godziny przed operacyą zastrzykuje się (po śniadaniu płynnem) 0.01 morfiny i 0.0012 skopolaminy, po dwóch godzinach powtarza się to zastrzyknięcie, a w pół godziny przed operacyą samą robi się trzecie zastrzyknięcie.

Białko- albo cukromoczu nie spostrzegano. — (*Münchener Med. Wochenschrift.* 1902. 27.).

W.

¹⁾ Por. streszczenie tegorocznego zjazdu w Hajdelbergu (*Post. Ok.* str. 450).

VII. ROZMAITOŚCI.

Drugi przypadek luxationis bulbi traumaticae K. Rothenpieler'a.

W ciekawem swem spostrzeżeniu kol. Działowski przytacza na str. 406 »Postępu Okulistycznego« spostrzeżenie Dra R. — urazem spowodowane zwichnięcie gałki ocznej u 20letniego mężczyzny. — Otóż tenże Dr R. podał drugi takiż przypadek, który miał miejsce u 18letniej dziewczyny, której z oczodołu wypadła gałka oczna wskutek silnego uderzenia maszyną. Rozcięty wzdłuż cały górny brzeg oczodołu, odklejona okostna od górnej złamanej jego ściany, *levator palp. sup.* rozerwany, gałka oczna wypadła na zewnątrz powiek. Chora długo była nieprzytomną, utraciwszy dużo krwi. — Autor zeszył okostną, połączył brzegi rozerwanej powieki, wprowadził gałkę oczną do oczodołu z dobrym wynikiem. Po kilku dniach $v = \frac{6}{12}$; chora następnie wyzdrowiała. — (»Beiträge zur Augenheilkunde«. 1902. 49.).

Wykład Inauguracyjny Dra Feliksa Rymowicza, docenta przy katedrze okulistyki w Kazaniu, odbył się dnia 20 b. m. — (»Kraj«. 1902. Nr. 41.).

Dr J. T.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Z. Kramsztyk zwolniony na własne żądanie od obowiązków naczelnego lekarza starozakonnych w Warszawie.

Dr Borowski, były elew kliniki okulistycznej krakowskiej, przeniósł się na stałe z Tarnowa do Arco w Tyrolu.

Prof. Cirincione w Palermo mianowany profesorem okulistyki przy uniwersytecie w Siena.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Tatsushichiro Jnouje młodszy zmarł w Tokio.

Omyłki drukarskie.

Na str. 391 wiersz 3 od dołu, zamiast: Eyze, powinno być: Eyre. —