

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

Kwiecień

—\*— ROCZNIK PIĄTY —\*—

1903.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewicza  
w Krakowie.

### **Iridodialysis et inversio iridis traumatica.**

Podał

DR PIOTR GEISLER.

Przypadki oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego pod wpływem urazu nie należą bynajmniej do rzadkich. Jeżeli mimo tego przypadek, który niedawno miałem sposobność widzieć w klinice Rady Prof. Dra Wicherkiewicza zasługuje na ogłoszenie, to nie tyle z powodu powstania oderwania, lecz głównie z powodu szczególnego obrazu klinicznego.

Przeszukawszy odpowiednią literaturę, znalazłem cały szereg opisanych przypadków iridodylizy połączonej z wypadnięciem tęczówki przez pękniętą rogówkę względnie twar-dówkę, lub tylko oderwanie tęczówki częściowe albo całkowite bez rany zewnętrznej, albo nareszcie naddarcia zwieracza źrenicy promieniste lub w postaci wycinka koła, a mianowicie:

Fox[1] opisuje przypadek, w którym po urazie wypadła

oderwana tęczęwka przez bardzo małą ranę rogówko-twardówkową i śladu po niej w oku nie było.

Bogusz [2] opisuje dwa przypadki oderwania tęczęwki wskutek urazu, a równocześnie gałka pękła i przez mały otwór cała tęczęwka wypadła.

Garliński [3] przypadek oderwania tęczęwki.

Tuyl A. [5] opisuje przypadek całkowitego oderwania tęczęwki połączony z wywichnięciem soczewki bez pęknięcia gałki.

Bağlan [4] podaje trzy przypadki oderwania tęczęwki: pierwszy przypadek wskutek strzału z rewolweru bez zranienia gałki, dwa następne wskutek uderzenia.

Levinsohn [6] opisuje 3 przypadki przedarcia tęczęwki i omawia teorię powstawania tychże.

Sweet W. [7] opisuje trzy przypadki naddarcia tęczęwki na brzegu źrenicznym.

Przypadku jednak, gdzieby tęczęwka wskutek tępego urazu oderwała się prawie całkowicie od wieńca rzęskowego i odwróciła się na dużej przestrzeni warstwą tylną ku przodowi, nie znalazłem w literaturze opisanego.

Korzystając z pozwolenia mego Szefa, Rady Prof. Wicherkiewicza, za co mu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie, podaję poniżej opis tego spostrzeżenia.

Antoni Warchoł, 30 lat liczący wyrobnik z Jaślik, zgłosił się 27 listopada 1902 roku do kliniki Prof. Wicherkiewicza, podając, że przed 6 dniami został uderzony kawałkiem drzewa w oko lewe, które mu natychmiast opuchło, a obecnie tem okiem tylko światło widzi.

*Status praesens:* L. o. Na powiece górnej zablizniająca się ranka na 1 cm. długa. W szparze powiekowej *chemosis rubra*. Powierzchnowe warstwy rogówki miejscami zdarte. Przednia komora głęboka. Tęczęwka od wieńca rzęskowego górą oddarta zwisa łukowato.

Szczegóły dna niewidoczne z powodu ogólnego zaćmienia ciemnoczerwonego w c. szklistem, przemawiającego za krwotokiem wśródgałkowym. Z dna oka odbłasku wydobyć nie można, do-

tyk niebolesny. Wówczas z powodu zaćmienia rogówki nie można było stwierdzić, czy tęczęwka w całości została oddarta, czy też pewne części zostały przy wieńcu rzęskowym.

V pr. o. =  $\frac{6}{6}$  :  $\frac{6}{6}$  Hp. 0.5 D.

» l. » =  $\frac{1}{\infty}$ .

Rozpoznanie: *Vulnus cutaneum palpebrae superioris, laesio corneae, iridodialysis, haemophthalmus oc. sinistri.*

Chorego z powodu braku miejsca w klinice odesłano na oddział oczny do szpitala św. Łazarza i zalecono następujące leczenie:

L. o. Opłukanie *Solut. ASC. Ung. Xeroformi*, opaska półmokra.

Zapiski szpitalne są jednak dosyć skąpe.

28/XI. *Ung. Ichtyol.* 20% *Ung. ASC.* Zimny Leiter.

Chory pozostawał w szpitalu do 16/XII 1902 r., w którym to dniu dostał do domu *Ung. Ichtyoli* 10% + *Xeroformi* 3% + *Scopolamini*  $\frac{1}{3}$ %, równocześnie polecono mu zgłosić się po kilku miesiącach.

W dniu 12 marca 1903 zgłosił się powtórnie do kliniki, a stan oka jego był następujący:

L. o. Dolną zewnętrzną część rogówki zajmuje plama nieregularnej postaci, barwy szaro-białej. W dolnej części przy brzegu rogówko-twardówkowym widać resztki tęczęwki. Przez soczewkę od góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz przebiega zupełnie czarny pas oderwanej tęczęwki. W górnej części i po bokach zupełny brak tęczęwki.

Badając chorego w ambulatoryum, uważaliśmy czarny pas, przechodzący przez środek soczewki zaćmionej za warstwę barwika tęczęwki pozostałego po zdarciu warstw powierzchniowych. Prof. Wicherkiewicz przedstawiając chorego na wykładzie jednak stwierdził, że wszystkie warstwy tęczęwki są obecne, a tęczęwka została odwróconą, stąd warstwę barwиковą widzimy od przodu. Rozpoznanie to zostało potwierdzonem badaniem drobnowidowem.

Dołem widać, że tęczęwka jest poprzerwana i cofnięta wstecz. W środku górnego brzegu wyżej wspomnianego pasa tęczęwkowego widać łukowate wycięcie. Soczewka cała zmętniona. T + 1. —

$$\begin{aligned} V \text{ pr. o.} &= \frac{6}{6} : \frac{6}{6} \text{ Hp. } 0\text{--}5 \text{ D.} \\ \text{» l. »} &= \frac{1}{8}. \end{aligned}$$

Rozpoznanie: *Iridodialysis, inversio iridis partis superioris, Cataracta traumatica, Glaucoma consecutiv. oc. sin.*

Chorego przyjęto do kliniki i zastosowano *Pilocarp.* i zimny Leiter.

Rozpoznanie inwerzyi tęczęwki opiera się przede wszystkim na następującej okoliczności: Przy ogniskowem oświetleniu i przy użyciu lupy można zauważyć wśród ku górnej krawędzi pasa oderwanej tęczęwki wyraźne wycięcie łukowate wklęsłością zwrócone ku górze. Jest to nic innego, jak tylko brzeg dawnej źrenicy. Ponieważ wzmiankowany pas tęczęwki został niewątpliwie oderwany od górnego obwodu *coronae ciliaris*, boć dołem pozostały jeszcze kawałki tęczęwki nieoderwanej, więc jasny stąd wniosek, że łukowate to wycięcie odpowiada górnemu brzegowi źrenicy; łatwo zatem pojąć, że musiało tu przyjść do zupełnego odwrócenia tęczęwki.

Dnia 13 marca b. r. przystąpił Prof. Wicherkiewicz do usunięcia zaćmionej soczewki.

Przebieg operacji był następujący: W przewidywaniu wypływu ciała szklistego cięcie płatowe zrobiono małe i poprowadzono samym brzegiem rogówki. Następnie po wyprowadzeniu haczykiem tęnym środkowej części oderwanej tęczęwki odcięto mały kawałek i przechowano do dokładnego zbadania. Następnie zrobiono cystotomię i wyrwano kawałek torebki. Po wyciśnięciu soczewki pokazuje się dość duża perła ciała szklistego, która jednak wnet cofa się w głąb rany: dalszych manipulacji zaniechano.

Opłukanie, maść ichtyolowa 10%, opaska uciskowa.

Przebieg leczenia: 14/III. L. o. Oko mało podrażnione, rana gładko zlepiąca, żadnego śladu wypadnięcia ciała szklistego.

T. n. wydzieliny brak.

Thrp. *Pilocarp.*, opaska papierowa pusta.

16/III. Opłukanie, opaska pusta.

18/III. Skąpa wydzielina śluzowa, nastrzyknięcie rzęskowe, i mierne przekrwienie spojówki gałkowej. Okolica ranki dobrze sklejona, trochę wydęta, prześwieca czarniawo. Na rogówce oprócz dawnych plam żadnych nowych zaćmień nie widać. Głębokości przedniej komory nie można dokładnie ocenić z powodu zupełnego braku tęczówki i soczewki. Górą zewnątrz tylko daje się widzieć strzępek pozostałej tęczówki.

*Ther.* Opłukanie *Pilocarp.*, opaska pusta.

20/III. Ranka zaczyna się trochę wypuklać, zresztą stan niezmienny. *Ther. eadem.*

21/III. *Pilocarp.*, konserwy.

23/III. Blizna coraz bardziej się wypukla. T. n. Górą nieznaczne nastrzyknięcie rzęskowe. *Ther. eadem.*

26/III. Górą nastrzyknięcie rzęskowe i rozdęcie powierzchniowych żył spojówkowych. Blizna miernie wydęta, płat spojówkowy dość silnie unaczyniony. W kąciку wewnętrznym blizny uwięzły kawałek tęczówki. Przy oświetleniu ogniskowem widać przednią komorę głęboką. dołem zewnątrz małą pozostałość tęczówki, zresztą przednią komorę od tylnej oddziela dość gruba torebka zaćmiona, na której widać małe strzępki krwawych skrzepów. O. Odblask różowy z dna oka, szczegółów nie widać.

*Ther. Pilocarp., Cocain.* 2 razy dziennie.

28/III Z powodu bielma rogówkowego i pozostałych resztek, które są nieznaczne, trudno dostrzedz szczegółów dna, odblask czerwony jednak wyraźny, nawet widać tarcz we mgle. Wydęcie blizny wybitniejsze. W kąciку wewnętrznym ranki wypukla się mały kawałek wrosniętej w bliznę tęczówki i tworzy guzek wielkości łąbka od szpilki. W l. o. światło ilościowe, z wyjątkiem od góry.

30/III. Z powodu coraz bardziej wypuklającej się blizny wykonał Prof. Wicherkiwicz dla wzmocnienia jej i przypłaszczenia oraz dla pokrycia wrosniętej w ranę tęczówki syndesmoplastykę.

Okrojono spojówkę gałki tuż ponad blizną, następnie rozcięto ją w kierunku pionowym i spojono za pomocą dwóch szwów jedwabnych tak, że pokryto zupełnie bliznę, a nawet górny skrawek rogówki. Założono masę ichtyolową i opaskę papierową pustą.

31/III. Wydzieliny brak, szwy dobrze trzymają, płat spojówkowy przylega płasko, jest trochę obrzmiały i żywo nastrzyknięty. Opłukanie *Pilocarp.*, *Cocain. Ung. Ichtyoli*, opaska.

1/IV. Rany spojówkowe dobrze zabliznione, szwy trzymają dobrze, opłukanie *Pilocarp.*, *Cocain.*, opaska pusta.

3/IV. Szwy wyjęto, kseroform w proszku, opaska.

4/IV. Chory opuszcza klinikę. Stan oka następujący:

Dzięki syndesmoplastyce blizna przypłaszczona, pokryta przekrwioną jeszcze spojówką. Wrośniętej w bliznę tęczęwki nie widać. Oko zresztą niezadrażnione. Przez płamę rogówkową widać obecnie pozostałą część tęczęwki, mianowicie wązki pasek, zajmujący cały dolno-zewnętrzny kwadrant wieńca rzęskowego. Pasek ten najszerszy jest w części skroniowej. Zresztą tęczęwki brak, a szczegóły dna oka zasłania wyżej opisana błona torebkowa, pokryta miejscami małymi skrzepami krwi. Odblask czerwony z dna oka wyraźny, tarcz widać w grubej mgle. T. n. Chory żadnych bólów nie doznaje.

V. I. o. palce przy oku. Widzi nawet słabe światło, ale tylko górą zewnątrz.

Zapisano do domu. *Solutio Pilocarpini + Cocaini aa 2%*.  
*Ung. Xeroform. 3%*, *Ichtyoli 5%*.

Polecono zgłosić się za sześć tygodni. Na drogę dostał opaskę.

Z powodu niemożności obejrzenia wziernikiem szczegółów dna oka niepodobna stanowczo orzec, czy i jakie zmiany wywołał uraz w tym przypadku w głębokich błonach ocznych. Tarcz widać tak niewyraźnie, że niepodobna rozstrzygnąć, czy nie jest może dobrzeżnie zagłębona, co by nie było dziwnem wobec następowej jaskry, z którą chory się zgłosił do kliniki. W każdym razie zmuszeni jesteśmy przyjąć istnienie jakichś głębo-

kich zmian dla wyłómaczenia słabej bystrości wzroku pomimo względnie przezroczystej rogówki i niezbyt grubej zaćmionej torebki. Być może, że wykonana w przyszłości dyscysja będzie mogła jeszcze poprawić cokolwiek bystrość tego oka.

Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka tęczówki wykazało obecność wszystkich warstw anatomicznych tej błony, co daje potwierdzenie rozpoznania postawionego w tym przypadku „*iridodialysis et inversio iridis traumatica*“ i to jest właśnie szczególnie główny, który czyni spostrzeżenie to zajmującym i wyróżnia je od tylu innych podobnych przypadków.

### Literatura.

1. Fox G. H.: Totale Aniridie: zwei Fälle, der eine traumatisch (mit ectopia lentis), der andere congenital. — Med. Record. 16. Dec. 1899.
2. Bogusz v.: Über zwei seltene Fälle von Irideremie. Wr med. Wschrft. 1900, str. 29.
3. Garliński: Ein Fall von Iridodialysis. — Kron. Lek. 1900. Nr. 6.
4. Bałłaban: O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz. — Postęp Okul. Kwiecień. 1899, str. 129.
5. Tuyl A.: Ein Fall von Irideremia traumatica mit Luxation lentis ohne Ruptura bulbi. — Ztschrft f. Aghk. III., str. 149. 1900.
6. Levinsohn G.: Über indirecte Zerreiſung der Regenbogenhaut. — Arch. f. Aghk. XLI, str. 79.
7. Sweet W.: Ruptur der Iris durch Quetschung des Augapfels. — Ophth. O. Record. Juli. 1901.
8. De Schweinitz G. E.: Riss des Sphincter iridis und V förmiger Riss der Chorioidea an der nasalen Seite in Folge einer Contusion des Augapfels. — O. Record. Mai. 1901.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra B. Wicherkiewicza  
w Krakowie.

## Wydobycie odprysku żelaznego z przedniej komory za pomocą elektromagnesu Haaba.

Podał

DR KONSTANTY IPOHORSKI-LENKIEWICZ,  
wolontaryusz kliniki.

Do wydobywania ciał obcych tkwiących w rogówce używa się w klinice krakowskiej, jak wszędzie zresztą, przyrządów bądź to w postaci zwyczajnej igiełki irydyoplatynowej, dającej się wyjałowić przez wyżarzenie, bądź też dłutka stalowego.

Jeżeli zaś obce ciało, reagujące na działanie magnesu, dostało się w głąb oka, to po dokładnem stwierdzeniu obecności i położenia jego za pomocą sideroskopu Asmusa, wprowadza się po przecięciu odpowiednich warstw oka ręczny elektromagnes Hirschberg'a.

W ten sposób udało się już niejednokrotnie odpryski żelazne wydobyć z głąbi oka z zachowaniem gałki ocznej, a nawet pewnej części bystrości wzroku, jak to podał w swej pracy o sideroskopie Asmusa Dr Adam Bednarski<sup>1)</sup>. W następnych latach powiodło się jeszcze w kilku przypadkach z dobrym wynikiem wydobyć żelazo z głąbi oka za pomocą tegoż małego elektromagnesu.

Przypadki te będą zapewne publikowane, albo przynajmniej uwzględnione w statystyce zakładu. Miałem sposobność widzieć w muzeum krakowskiej kliniki, miniaturowy rozmiarami, ale okazały już liczbą zbiór różnych ciał obcych wydobytych z głąbi oka, a w tem kilka kawałków żelaza wyciągniętych elektromagnesem Hirschberg'a. Zakład posiada także duży elektromagnes Haaba, który jednak dotychczas nie oddawał wiele usług.

Prof. Wicherkiewicz nie jest zwolennikiem używania potężnego magnesu do wyjmowania żelaza z głąbi oka z po-

<sup>1)</sup> Wiadomości z klin. okulist. 1898.



wodu niebezpieczeństwa przedarcia i poszarpania głębokich błon ocznych przez odprysk żelazny, przyciągany z wielką siłą do bieguna magnesu.

W wyjątkowych jednak wypadkach, gdzie ciało obce znajduje się w przednim odcinku gałki ocznej, np. w rogówce, w przedniej komorze, tęczówce lub przedniej warstwie soczewki, może być z korzyścią użyty elektromagnes H a a b'a. Zazwyczaj potrzeba tylko utorować drogę odpryskowi przez nakłucie rogówki za pomocą noża grotowego. W każdym razie jest rzeczą korzystną, jeżeli można uniknąć wprowadzania szczypczyków do przedniej komory.

Niedawno miałem sposobność widzieć przypadek z dobrym wynikiem przez Prof. Wicherkiewicza operowany.

Uzyskawszy od Szefa, w którego klinice obecnie jako wolontaryusz pracuję, pozwolenie na ogłoszenie tego przypadku, podaję poniżej jego opis:

Dnia 1/III 1903 roku zgłosił się do kliniki I. W., pałac kolejowy, podając, że dnia poprzedniego odprysk drutu stalowego wpadł mu do prawego oka.

Badanie wykazało: Nastrzyknięcie rzęskowe, przekrwienie tęczówki, źrenica wązka, przednia komora miernej głębokości, soczewka przezroczysta. Na rogówce od środka ku dołowi zewnętrznie nieznaczna ranka, przez którą dostał się do przedniej komory odprysk żelaza igielkowatej postaci, utkwivszy jednym końcem w tylnej warstwie rogówki, a drugim oparty o tęczówkę poniżej źrenicy. Wobec tego postawiono rozpoznanie: *Vulnus corneae perforans, corpus alienum in camera anteriore oculi dextri.*

V p. o.  $\frac{6}{24}$ ;  $\frac{6}{18}$ . Hp. 0.5  $\subset$  cyl — 1 D 0°.

Chory został przyjęty do kliniki. Leczenie tymczasowe polegało na zapuszczaniu mieszanki atropinowej (*Atrop.*  $\frac{1}{2}\%$  + *Cocain.* 1% + *Scopol.*  $\frac{1}{4}\%$ ) i opasce papierowej.

3/III. b. r. wykonał Prof. Dr Wicherkiewicz operację, polegającą na zbliżeniu oka do bieguna elektromagnesu H a a b'a przy całkowitem wyłączeniu opornicy. Ciało obce wysunęło się natychmiast przez ranę, którą samo zrobiło było

w rogówce i przyskoczyło do bieguna. Po opłukaniu zapuszczono atropinę, założono odrobinę maści kseroformowej i zaklejono oko opaską papierową.

5/III. Chory, opuszczając klinikę, okazywał stan następujący: Pr. o. blade, ani śladu nastrzyknięcia rzęskowego, na rogówce w miejscu skaleczenia szara blizenka, zresztą rogówka czysta, przednia komora głęboka, źrenica szeroka, regularna, czarna. Na tęczówce żadnego śladu obrażenia, medya, w szczególności soczewka, przezroczyste, wziernik nie wykazuje na dnie oka żadnych zmian. T. *normalis*. Bystrość wzroku poprawiła się:

V pr. o. =  $\frac{6}{8}$  nc.;  $\frac{6}{6}$  Hp. 05 D.

Widać z powyższego, że w podobnych do opisanego przypadkach elektromagnes H a a b'a przy odpowiednim zastosowaniu może oddać rzeczywiście rzetelne usługi.

## II. STRESZCZENIA.

*Jak widzą oczy okazujące niezborność? Studium doświadczalne* (Étude expérimentale de la vision des astigmatiques.). Dr Sulzer (Ann. d'Oc. 1903. Nr 2.).

Cheąc sobie zdać sprawę ze stopnia wyrazistości obrazków siatkówkowych w oku niezbornem, zrobił autor użytek z płyty fotograficznej wstawionej w oko sztuczne, posiadające pewien, dokładnie określony stopień astygmatyzmu. Żeby ściślej ocenić szczegóły obrazków, można albo uzyskane zdjęcia dowolnie powiększyć, albo lepiej zbudować oko sztuczne w rozmiarach odpowiednio, ale zupełnie równomiernie powiększonych. Weźmy jako przykład oko ludzkie posiadające w południku pionowym łamliwość 50 D (co odpowiada ogniskowej tylnej = 20 mm), a w południku poziomym łamliwość 45 D (co odpowiada ogniskowej tylnej — 22 mm). Niezborność wynosi tu zatem 5 D. Wyobraźmy sobie teraz oko to powiększone dziesięciokrotnie we wszystkich wymiarach, ale tak, żeby stosunek poszczególnych wymiarów, a tem samem jakość obrazków siatkówkowych — nie uległy żadnej zmianie. Wtedy ogniskowa tylna w południku pionowym wyniesie 20 cm, co odpowiada łamliwości 5 D, w południku zaś poziomym ogniskowa urośnie do 22 cm, a przez to samo łamliwość spadnie do 4,5 D. Niezborność zatem tak po-

większono oka wynosić będzie 0,5 D. Wynika z tego, że, umieściwszy przed przyrządem fotograficznym o ogniskowej głównej = 20 cm szkło walcowate wklęsłe 0,5 D, uzyskamy zdjęcia odpowiadające najzupełniej obrazkom siatkówkowemu oka ludzkiego, którego  $As = 5 D$ . Uzyskawszy w ten sposób wierny model oka niezbornego, umieszczał Sulzer płytę fotograficzną bądź to w miejscu odpowiadającym linii ogniskowej tylnej, bądź przedniej, bądź wreszcie w położeniu pośrednim, a zatem tam, gdzie przekrój konoidu Sturm'a ma postać regularnego koła. Jeden rzut oka na uzyskane w tych warunkach zdjęcia (figury gwiazdziste Wecker'a, lub liter Snellen'a) przekonywa, dlaczego ludzie dotknięci niezbornością akomodują z reguły tak, aby na siatkówkę przesunąć jedną z linii ogniskowych, przednią albo tylną, choćby nawet była najdłuższą, a nigdy prawie nie nastawiają oka na przekrój pośredni. Obrazki odpowiadające położeniu jednej z linii ogniskowych okazują wprawdzie spaczenie zarysów, t. j. wydłużenie, względnie przypłaszczenie liter i oddają wyraźnie albo same tylko pionowe, albo tylko poziome ich części składowe, na obrazkach jednak odpowiadających pośredniemu (okrągłemu) przekrojowi konoidu Sturm'a wszystko jest niewyraźne i to tak dalece, że szkody tej nie może wynagrodzić, ani zrównoważyć zupełnie poprawna postać ogólnych zarysów (brak deformacji). Chory woli widzieć przedmioty w nieco zmienionej postaci (co do wzajemnego stosunku poszczególnych wymiarów), byle przynajmniej niektóre zarysy (np. pionowe lub poziome) tych przedmiotów widzieć możliwie wyraźnie.

W dalszym ciągu swej krótkiej, ale bardzo zajmującej pracy wykazuje Sulzer wpływ rozmiarów źrenicy na długość linii ogniskowej. Wiadomo, że długość linii ogniskowych przy danym stopniu niezborności zależy w prostym stosunku od średnicy otworu źrenicznego. Porównanie dwóch zdjęć fotograficznych, odpowiadających obrazkom siatkówkowemu oka o niezborności równej 5 D przy źrenicy rozwarłej na 10 mm i na 2 mm, — daje pojęcie o ogromnej różnicy wyrazistości szczegółów, — oczywiście na niekorzyść źrenicy szerokiej. —

K. W. Majewski.

*Budanie źrenicy* (L'exploration de la pupille.). Dr H. Coppes (Arch. d'Opht. 1903. Nr 2.).

Autor wykazuje potrzebę ujednostajnienia sposobów badania źrenicy, co jedynie może ułatwić porozumienie między badaczami i porównywanie różnych spostrzeżeń. Podaje zatem szemat badania, opierając się częścią na cennych pracach Baas'a, Frenkl'a, Bach'a i Schirmer'a, częścią na osobistym doświadczeniu. Rzecz właściwą poprzedza omówieniem stosunków anatomicznych ośrod-

ków dla zwieracza (*sphincter*) i dla rozwieracza (*dilatator*) źrenicy. Ten ostatni ośrodek znajduje się w przednich rogach między częścią szyjną a piersiową rdzenia pacierzowego.

Szemat badania źrenic obejmuje najpierw porównanie rozmiarów obydwóch źrenic, potem oddziaływanie ich na światło — bezpośrednio i współczulne i oddziaływanie na konwergencyę. Na uwagę zasługuje jednak użytek, jaki autor zaleca robić z kokainy i atropiny celem rozstrzygnięcia pytania, czy *mydriasis*, względnie *miosis*, jest w danym przypadku pochodzenia skurczowego, czy porażennego. Pamiętając, że atropina rozszerza źrenicę przez porażenie zakończeń nerwu okoruchowego, a kokaina przez podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego, pojmiemy łatwo, że:

1. Przy *mydriasis spastica* atropina jeszcze bardziej źrenicę rozszerzy, kokaina zaś pozostanie bez wpływu.
2. Przy *mydriasis paralytica* rzecz będzie się miała wprost odwrotnie.
3. Przy *miosis spastica* kokaina rozszerzy źrenicę bardzo słabo, atropina natomiast silnie. Wreszcie:
4. Przy *miosis paralytica* atropina rozszerzy źrenicę silnie, a kokaina pozostanie bez wpływu. — *K. W. Majewski.*

*Kilka uwag odnoszących się do historii kineskopii* (Quelques considérations sur l'histoire de la kinéscopie.). Dr S. Holth z Chrystyanii (Ann. d'Oc. 1903. T. CXXIX. Z. 3.).

Już po ogłoszeniu pracy o nowej metodzie oznaczania refrakcyi, zwanej kineskopią<sup>1)</sup>, przekonał się autor, że zjawiska, na których się metoda ta opiera, były już dawno po części przynajmniej znane i opisywane, nikomu jednak na myśl nie przyszło zużytkować je w celu wykrycia i oznaczenia stopnia wad optycznych oka. I tak już w r. 1837 opisał Jan Mile następujące spostrzeżenie: Jeśli patrzymy przez mały otwór w kartonie na dwie szpilki umieszczone w nierównej odległości i wpatrujemy się w bliższą, wtedy poruszając z lekka kartą z otworkiem widzimy, że dalsza szpilka porusza się pozornie w kierunku zgodnym z ruchem zasłony. Jeśli natomiast wpatrujemy się w szpilkę dalszą, wtedy bliższa wykonywa pozornie ruchy odwrotne, przeciwne poruszeniom otworu stenopeicznego. Szpilka, do której w danej chwili akomodujemy, — nie porusza się wcale. Hermann Mayer w swem dziele »Zur Physik des Auges« (1851) przytacza szczegółowo to spostrzeżenie Mile'go. Javal był pierwszym, który zauważył zjawiska kineskopii zależne od nieźorności. W roku 1862 przedsięwziął on na sobie

<sup>1)</sup> Por. Post. Okulist. 1902, str. 411.

szereg doświadczeń, mając sam *As. hp. inversus*. Przekonał się mianowicie, poruszając szparę stenopeiczną w kierunku pionowym (tj. równolegle do południka refrakcyi nadmiarowej, że przedmioty widziane poruszają się pozornie i to zgodnie z ruchami szpary. Poruszając szparę pionową poziomo (równolegle do południka refrakcyi miarowej) — nie dostrzegał żadnych ruchów pozornych. —

Analogiczne spostrzeżenia porobili też: Czermak, Chauvel (1883), Sagnac i Schoute (1898). — *K. W. Majewski.*

*O stereoskopowych lupach i okularach* (Ueber stereoskopische Lupen und Brillen.). Dr Emil Berger z Paryża (Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. T. 25.).

Wiadomo, że we wielu rodzajach używanych dotąd lup obocznych i okularów stereoskopowych (lupy Brücke'go, Liebreich'a i inne) usiłowano wyzyskać pryzmatyczne działanie obwodowych części wypukłych soczewek sferycznych krótkoogniskowych, przez ustawienie środków ich w odległości mniejszej, niż odległość środków źrenic. Dr Berger wykazuje na odpowiednich rysunkach szematycznych, że przy takim urządzeniu promienie padające na bardziej obwodowe części soczewek ulegają całkowitemu odbiciu i nie dostają się wcale do oka, są zatem dla widzenia stereoskopijnego zupełnie stracone. Jest to ujemna strona dotychczas używanych przyrządów, bo właśnie te promienie, gdyby przeszły przez soczewki w miejscu najsilniejszego działania pryzmatycznego i gdyby wpadły do obydwu źrenic, toby mogły się przyczynić do spotęgowania wrażenia bryłowości.

Autor wpadł na pomysł skośnego ustawienia soczewek stereoskopowej lupy. Okręca on mianowicie obydwie szkła dookoła ich średnicy pionowej tak, żeby się zewnętrznymi stronami oddaliły od oczu, a wewnętrznymi do nich zbliżyły. Dzięki takiemu ustawieniu soczewek zostają wyzyskane właśnie te skrajne promienie, przechodzące przez obwodowe części szkieł, przez co się zwiększa różnica zachodząca między obydwoma obrazkami siatkówkowymi oglądanego przedmiotu, a tem samem potęguje się wrażenie bryłowości. Tak ulepszonej lupie możnaby zarzucić, że przez skośne ustawienie szkieł wywołuje w nich działanie cylindryczne i stwarza w ten sposób niezborność. Dr Berger wykazuje jednak, że jeśli tylko nachylenie wzajemne soczewek nie przekracza pewnej granicy, to działanie cylindryczne lupy jest bardzo nieznaczne, a nawet wprost korzystne, bo wyrównywa fizyologiczną, prawie stale zachodzącą niezborność, która polega, jak wiadomo, na przewodzie krzywizny w przekroju pionowym (tkzw. *As. rectus*). W razie istnienia niezborności znaczniejszej, czy to prostej, czy przewrotnej (*As inversus*), można

przez odpowiednie, drugorzędne nachylenie szkieł tej lupy wyrównać tę niezborność bez uciekania się do szkieł walcowatych.

Dzięki tym zaletom mogą w ten sposób urządzone lupy, względnie okulary stereoskopowe oddawać w zawodach, jak zegarmistrzostwo, rytownictwo, złotnictwo, miniaturowe malarstwo i t. p., rzetelne usługi, a także znaleźć zastosowanie w niejednej pracowni naukowej.

K. W. Majewski.

*Rozpoznanie wziernikowe krwotoku do pochewek nerwu wzrokowego* (Le diagnostic ophthalmoscopique des hémorrhagies intravaginales du nerf optique.). J. Gonin (Ann. d'Oc. 1903. Nr 2.)

W przypadkach nagłej utraty wzroku usiłuje wielu autorów wynaleźć znamiona wziernikowe i objawy czynnościowe, któreby pozwalały odróżnić zator względnie zakrzep w tętnicy środkowej od krwotoku do pochewek nerwu wzrokowego. Magnus był pierwszym, który w roku 1874 w dłuższej rozprawie skreślił kliniczny obraz takiego krwotoku, który ma się tem wyróżniać od embolii, że zmętnienie siatkówki występuje o wiele prędzej, że zwężenie światła naczyń dotyczy tylko tętnic, a żyły nie tylko nie są zwężone, jak przy embolii, ale przeciwnie rozdęte i przekrwione, a wreszcie zaćmienie pola przy krwotoku posuwa się od środka ku obwodowi, przy embolii zaś przeciwnie rozpoczyna się od części obwodowych.

Opis ten »apopleksyi nerwu wzrokowego« przyjął Wecker do swego podręcznika (*Traité complet*, 1889), dodając jako jeszcze jeden znamieny objaw krwawe wynaczynienia widzialne wziernikiem, otaczające tarcz nerwu wzrokowego w postaci czerwonych płomyków.

Badania i późniejsze spostrzeżenia innych autorów ustaliły i rozszerzyły jeszcze ten zbiór objawów, mający przemawiać za krwotokiem do pochewek nerwu wzrokowego, tak, że obecnie przyjęte są następujące znamiona wziernikowe: 1. Zwężenie naczyń, szczególnie tętnic i zmleczenie siatkówki w okolicy bieguna tylnego. 2. Wybroczyny w otoczeniu i sąsiedztwie tarczy. 3. Krwotoki do ciała szklistego, wychodzące z brzegu tarczy i prowadzące z czasem do powstawania obrazu *retinitis proliferans*. Wreszcie 4. Mniej lub więcej wybitna tarcz zastoinowa.

Autor poddaje szczegółowej krytyce miarodajność wszystkich tych oznak rozpoznawczych i dochodzi wreszcie do wniosku, że przeważnej ich liczbie należy odmówić tego znaczenia, jakie się im obecnie przypisuje. Opiera się zaś na kilku wiarogodnych spostrzeżeniach, w których wylew krwi do pochewek nerwu wzrokowego został stwierdzony badaniem pośmiertnem. W liczbie tych spostrze-

zeń przytacza także przypadek Dra Talki (opisany w Kl. Monatsbl. f. Aug. 1873, str. 341). Otóż w żadnym z tych spostrzeżeń obraz wziernikowy nie przypominał nawet embolii tętnicy środkowej. Jedyną zmianą dostrzegalną wziernikiem był mierny stopień tarczy zastoinowej z wynaczynieniami w siatkówce lub bez tychże. Zdaniem autora ani zmłoczenie siatkówki u tylnego bieguna dna oka, ani zwężenie światła tętnic, ani wreszcie wyboczyny przylegające do obwodu tarczy nie są objawami, któreby przemawiały za krwotokiem wśródpochewkowym. Z drugiej strony brak wszelkich zmian dostrzegalnych wziernikiem nie upoważnia nas jeszcze do stanowczego wykluczenia wylewu krwi do pochewek nerwu wzrokowego. Zaburzenia wzrokowe, jakie mogą być następstwem takiego krwotoku, nie są jeszcze należycie poznane, bo zazwyczaj chodzi tu o przypadki, w których przyszło wskutek silnego urazu do znacznych wyboczyn wśródpochewkowych, do pęknięcia podstawy czaszki i tym podobnych powikłań, które ze swej strony także mogą wywołać utratę lub znaczne upośledzenie wzroku, albo przynajmniej zwężenie pola widzenia.

K. W. Majewski.

*Gruźlica pnia nerwu ocznego* (Die Tuberkulose des Sehnervenstammes). Prof. v. Michel (Münch. Med. Wschrift. Nr. 1. 1903.).

Gruźlica zajmuje pień nerwu ocznego w różnych odcinkach od jego początku przy *chiasma* aż do wśródocznego zakończenia we włóknach nerwowych i na tarczy nerwu wzrokowego, w charakterystycznych dla gruźlicy postaciach i wywołuje różne obrazy wziernikowe i zaburzenia w widzeniu zależne od umiejscowienia i postaci gruźlicy.

Gruźlica pnia nerwowego zdarza się szczególnie w wieku dziecięcym. Obraz wziernikowy okazuje obok ziarn gruźliczych na tarczy nerwu ocznego albo zapalenie, albo zanik tarczy, czasami także tarcz zastoinową wskutek wzmożonego ucisku wśródczaszkowego w następstwie gruźlicy mózgu. Często widzieć można w obrazie wziernikowym obok powyższych zmian na tarczy, świeże albo wygojone gruźlicze guzki na naczyniówce. Zaburzenia w widzeniu mogą brakować albo być nieznaczące, czasami można wykazać środkowe skotoma, jeżeli ognisko gruźlicze się utworzy w tkance otaczającej naczynia środkowe nerwu ocznego i jeżeli włókna nerwowe idące od tarczy ku plamce żółtej zostaną uszkodzone. Czasami występuje ślepotą przy prawidłowym obrazie wziernikowym tarczy, wskutek zniszczenia śródczaszkowego odcinka nerwowego przez obrzęk granulacyjny.

Przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych podstawy czaszki

może przyjść do zapalenia nerwu ocznego wskutek przeniesienia się sprawy zapalnej z opon mózgowych na osłonki nerwowe.

Tarcz nerwowa może być sama siedzibą licznych guzków gruźliczych umiejscowionych albo w części przedniej ku ciału szklistemu zwróconej albo w tylnym odcinku wewnątrz (*lamina cribrosa*).

Przy gruźlicy gałki ocznej, która występuje z reguły pod postacią gruźlicy więzadła grzebieniastego względnie ciała rzęskowego i tęczówki, znajdują się prawie we wszystkich częściach oka gruzełki. Sprawa gruźlicza pnia nerwowego odgrywa się najczęściej w osłonkach tegoż, przeniesiona po największej części z opon mózgowych na podstawie mózgu, przyczem znaleźć można gruźlicze guzki na różnych miejscach opony twardej i w wypustkach opony miękkiej nerwu ocznego, jako też w tkance łącznej naczyń środkowych albo na *adventitia* tychże. W odcinku znajdującym się we *foramen opticum* mogą również występować gruźlicze sprawy, może częściej aniżeli się przypuszcza. V. Herff opisuje przypadek, w którym na prawem oku rozpoznano zanik, na lewem zapalenie nerwu wzrokowego z następowym zanikiem. Sekcja wykazała gruźlicze zapalenie mózgu i gruźlicę płuc, w miejscu *chiasma* gruźliczą tkankę granulacyjną, a koło *foramen opticum* w osłonie twardej gruzełek 3 mm. gruby. W końcu nadmienić należy, że tak wewnątrz-czaszkowy odcinek nerwu wzrokowego, jako też *chiasma* mogą być siedzibą gruźliczych guzków.

Dr. Piotr Geisler.

*Przypadek mocznicowej ślepoty* (Ein Fall von urämischer Amaurose). Hauenschild z Norymbergi (Münch. Med. Wschrift) Nr. 4 1903.

Przypadek ten dotyczy żołnierza, który w dniu 14/1 1902 zgłosił się jako chory do wizyty lekarskiej, podając, że od dwóch dni czuje się osłabionym i że miał mieć wymioty. Badania wykazały obrzęk powiek i worka mosznowego, a w moczu znaleziono wielką ilość białka. Na podstawie tych objawów rozpoznano ostre zapalenie nerek i oddano chorego do szpitala.

W piątym dniu leczenia wystąpił ciężki napad mocznicowy połączony z bezwiednem oddawaniem moczu pod siebie. Na drugi dzień chory był osłabiony i spał bardzo długo, a gdy się nareszcie obudził, zauważył, że nic nie widzi i nawet światła świecy poznać nie może. Dokładne badanie wykazało zupełną ślepotę, która trwała przez całą noc do 10 godziny rano dnia następnego. Badana teraz bystrość wzroku okazała się prawidłową. Ilość moczu, która początkowo wynosiła 3600 cm i zawierała 0.8% białka, zmniejszyła się w dwóch dniach po napadzie do 2600 cm. z 0.55% białka a w następnych dniach coraz bardziej się zmniejszała. W 16



dniu leczenia nastąpił exitus wśród objawów obrzęku płuc. Sekcya wykazała mięszone zapalenie nerek. Na otwarcie klatki piersiowej i czaszki rodzina się nie zgodziła.

Badanie wziernikowe dna oka podczas całej choroby, a szczególnie podczas ślepoty nie wykazało żadnych zmian na twarzy, na naczyniach siatkówki i na samej siatkówce. Badanie pola widzenia i poczucia barw, o ile to było możliwem, wykazało stosunki prawidłowem.

Dr. Piotr Geisler.

*Wniknięcie przybłonka do przedniej i tylnej komory jako przyczyna jaskry po operacyi zaćmy* (Epithelaukleidung der Vorder- und Hinterkammer als Ursache von Glaukom nach Staroperation.). Prof. Elschmig z Wiednia (Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Z. 3.).

Do wiedeńskiej kliniki ocznej prof. Schnab'la zgłosił się 56letni chory operowany na zaćmę przed rokiem w Innsbrucku — z powodu gwałtownych bólów w oku operowanem. Jaskra, która była powodem tych bólów, wystąpiła już w 4 tygodnie po operacyi i wśród ciągłych nawrotów i zaostrzeń doprowadziła do utraty wzroku. Oko przedstawiało już znamieny *status glaucomatosus* i chory przystał na enukleacyę, którą wykonano w uśpieniu eterowem.

Badanie drobnovidowe wyjętej gałki wykazało bardzo nieregularną bliznę pooperacyjną, położoną w znacznej części w rogówce i wydętą w jednym końcu pęcherzykowato. Całe wnętrze przedniej komory, tj. zarówno tylna powierzchnia rogówki, jak i przednia powierzchnia tęczówki i kącika tęczówko-twardówkowego, dalej tylna powierzchnia tęczówki i wyrostki rzęskowe, wreszcie przednia powierzchnia zaćmy wtórorzędnej zasłaniającej całą źrenicę i szparę tęczówkową — były pokryte kilkowieściowym pokładem przybłonka. Nawet na tylną powierzchnię zaćmy wtórorzędnej przedostał się przybłonek przez mały otwór w zaćmionej torebce. Pęcherzykowate wydęcie blizny wyścielone było również nieprzerwaną warstwą przybłonka. W ścianie tego pęcherzyka znalazł też autor w jednym miejscu czop przybłonkowy, pełny, wychodzący z powierzchownego przybłonka rogówko-spojówkowego, i sięgający na  $\frac{1}{4}$  mm w głąb blizny, gdzie ślepo się kończył. Ten to czop przybłonkowy uważać należy za pierwotne bezpośrednie przejście przybłonka powierzchownego, rogówko-spojówkowego na ściany przedniej i tylnej komory. Z czasem ciągłość tego połączenia w miarę rozwoju tkanki bliznowatej, uległa przerwie. To wyścielenie przedniej, a częściowo i tylnej komory kilkowieściowym pokładem przybłonka uważa autor za jedyną w tym wypadku przyczynę wystąpienia objawów jaskry.

Z jednej strony mianowicie ciecz wydzielana przez wyrostki rzęskowe, pokryte przybłonkiem, nie mogła się dostać do komór, z drugiej wszystkie drogi odpływowe dla cieczy śródocznych (przestrzeń Fontany, przewód Schlemm'a) zostały zupełnie odcięte, czego nieuniknionem następstwem musiało być wzmożenie ucisku wśródgawkowego. —

K. W. Majewski.

*Zaburzenia wzrokowe pochodzenia elektrycznego ze stanowiska sądowo-lekarskiego* (Des troubles visuels d'origine électrique au point de vue médico-légal). Dr. F. Terrien (Progr. méd. 1902, Nr. 49).

Mowa tu o zmianach, jakie powstają w oku pod działaniem silnych prądów elektrycznych. Wypadki podobne stają się obecnie coraz liczniejszymi, w miarę, jak coraz powszechniej używa się elektryczności jako siły popędowej na kolejach miejskich i do innych podobnych celów. Na podstawie 45 własnych spostrzeżeń nakreśla autor szczegółowy obraz zaburzeń ocznych, występujących w następstwie porażenia prądem elektrycznym. Należy jednak zwrócić uwagę, że porażenia te różnią się zasadniczo od skutków uderzenia piorunu, bo prąd nie przechodzi tu przez ciało człowieka, tylko wywiązuje się między dwoma punktami, znajdującymi się w pobliżu niego, działa raczej zatem tylko wstrząśnienie wysoką ciepłotą i nader silny blask, aniżeli właściwe wyładowanie energii elektrycznej.

Autor rozróżnia objawy zapalne, czynnościowe i nerwowe. Do objawów zapalnych zalicza oparzenia skóry powiek, obrzęk ich i zaczerwienienie, mniej lub więcej silny odczyn zapalny ze strony spojówki, przekrwienie, a nawet zapalenie tęczówki, wreszcie *papillitis* i *chorio-retinitis*. Zmiany czynnościowe polegają na zmniejszeniu bystrości wzroku, nieraz bardzo znacznem i zwężeniu pola widzenia. W pierwszej chwili po wypadku utrzymuje się krócej lub dłużej znaczne olśnienie, które nieraz ustępuje miejsca erytropsyi. Upośledzenie wzroku i zwężenie pola bywa zwykle przemijające i po rozmaicie długim okresie trwania ustępuje zupełnie. W przypadkach jednak ciężkich przychodzi często do trwałego obniżenia bystrości wzroku. Znamiennym objawem jest często występująca niezdolność do wpatrywania się. Gdy chory usiłuje utrzymać wzrok na jednym punkcie, występuje łzawienie, ścisk powiek i tym podobne objawy, co niepospolicie utrudnia badanie wzroku i pola widzenia. Objawy nerwowe dzieli Terrien na czuciowe, ruchowe i wydzielnicze. Do czuciowych zalicza: światłowstręt, bóle głowy, neuralgie, bolesność dotykową i t. d. Z objawów ruchowych najczęstszym jest ścisk powiek, zależny od światłowstrętu. Nierzadko

też zdarza się zwężenie źrenic. Natomiast w bardzo ciężkich przypadkach źrenice są szerokie i nieruchome, albo pod wpływem blasku zwężają się tylko na chwilę, aby się następnie silnie rozszerzyć. To szczególne zachowanie się źrenic stanowi, zdaniem autora, bardzo niepomysłną oznakę prognostyczną. Ze zmian wydzielniczych głównie wchodzi w grę bardzo znaczne niekiedy i uporczywe łzawienie.

Na końcu swej pracy zwraca autor uwagę na znaczenie tych zaburzeń ocznych pod względem sądowolekarskim i podnosi trudność, jaką przedstawia rokowanie i ocena, na jak długo wypadek uczyni chorego niezdolnym do pracy. Należy też być ostrożnym ze względu na możliwą symulację. Nakoniec pamiętać trzeba, że część objawów nerwowych może być wyrazem hysterii urazowej, a nie bezpośrednim skutkiem elektrycznego porażenia.

K. W. Majewski.

*O wpływie za silnego i długo trwałego oświetlenia na oko* (Ueber den Einfluss zu starker und zu lange andauernder Beleuchtung auf das Auge). Doc. Dr. J. Herrnhaiser w Pradze. Die ärztl. Praxis Nr. 21—23, 1902.

Wiadomo od dawna, że wpatrywanie się w światło słoneczne wywołuje często wysokiego stopnia przemijające albo trwałe upośledzenie w zdolności widzenia. Także znane są przypadki oślepienia przemijającego po dłuższem chodzeniu po śniegu na wysokich górach, a w nowszych czasach zdarzają się częste przypadki oślenia wskutek patrzenia w światło elektryczne łukowe.

Przy wpatrywaniu się w światło słoneczne następują rozległe albo nieznaczne zmiany na siatkówce w okolicy plamki żółtej, a przy oślepieniu przemijającym, zwykle wziernikiem żadnych zmian znaleźć nie można.

Czerny, a później Deutschmann, którzy do oświetlenia dna oka u rozmaitych zwierząt używali światła słonecznego, spostrzegli ograniczone plamy na dnie oka, których przedtem nie było. Badania mikroskopowe wykazały, że w plamach tych przyszło do ścięcia białka siatkówki wskutek silnego działania ciepła. Przypadki o ujemnym obrazie wziernikowym dadzą się tylko w ten sposób wytłómaczyć, że ogniska nekrotyczne istnieją w okolicy plamki żółtej, tylko są tak małe, że naszymi środkami optycznymi widzieć ich nie możemy. W celu wykazania, że ciepło, a nie światło wywołuje te zmiany na siatkówce, przepuszczał autor snopy promieni słonecznych nie tylko przez źrenicę, ale także przez twardówkę i w obydwóch wypadkach znalazł rozległe zmiany na dnie oka, dalej przepalał autor nieznacznie twardówkę galwanokauterem i również powstały podobne zmiany na siatkówce.

Najważniejsze objawy ślepoty śnieżnej są: zmiany na przednim odcinku oka i widzenie barw. Do zmian przedniego odcinka oka należą uczucie ciał obcych w oczach, łzawienie, światłowstręt, obrzęk spojówki w obrębie szpary powiekowej, który się najdłużej utrzymuje. Na rogówce tworzą się czasami pęcherzyki w następstwie złuszczenia przybłonka.

Zjawiska świetlne powstające przy ślepcie śnieżnej tłumaczy Fuchs w następujący sposób: Wskutek dłuższego działania silnego światła, siatkówka zupełnie bieleje w skutek utraty czerwieni wzrokowej. Po przejściu do ciemności tworzy się na nowo czerwien wzrokowa i czopki zostają purpurowem światłem oświecone.

Przy działaniu rażącego światła staramy się zapobiedz nieprzyjemnemu uczuciu osłepienia przez zaciskanie powiek, przyczem uczuwa się ból w oku, który trudno zlokalizować. — Nagel na podstawie doświadczeń wykazał, że, jeżeli źrenicę rozszerzymy homatropiną, bólu tego nie ma, wobec tego przypuszcza, że ból ten jest następstwem gwałtownego skurczu zwieracza tęczówki.

Wpływ światła elektrycznego na oczy opisali najpierw Francuzi i podzielili objawy na lekkie i na ciężkie. Lekka forma objawia się pod postacią nieznacznego obrzęku spojówek w obrębie szpary powiekowej, światłowstrętu, i zjawisk świetlnych. Objawy te prędko znikają. Przy ciężkiej postaci występują bóle w głowie i w oczach, uczucie ciała obcego w oczach, światłowstręt i nastrzyknięcie dokoła rogówki, oprócz tego zaburzenia czynnościowe siatkówki, środkowe braki w polu widzenia dla barw.

Widmark, który badał wpływ różnych promieni zawartych w świetle słonecznym na przedni odcinek oka, wykazał, że promienie świetlne t. j. widoczna część widma, żadnego wpływu na przednie części oka nie wywierają, promienie ciemne pozaczzerwone nieznaczną rolę odgrywają, pozostają zatem, jako szkodliwe, promienie pozafioletkowe t. j. chemiczne.

Do dalszych doświadczeń używał światła elektrycznego jako najobfitszego w promienie pozafioletkowe i wykazał, że spojówka i tęczówka najprędzej i najbardziej się pod wpływem tych promieni zmieniają, natomiast rogówka, która posiada wybitniejszą fluorescencyę już nieznacznie się zmienia, a soczewka jako najbardziej ze wszystkich części przedniego odcinka oka fluoryzująca wcale zmianom nie ulega, tylko wysyła te promienie zamienione na świetlne na siatkówkę.

W celu wykazania, jaki wpływ wywiera rażące światło na siatkówkę, przepuszczał światło elektryczne o sile 1200 świec przez 6 cm długą a 5 cm szeroką rurę, opatrzoną po obydwóch końcach soczewkami o 13.6 cm ogniskowej odległości, w środku rury znaj-

dowała się woda z 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem chininy w celu usunięcia promieni pozafiołkowych. Światło lampy elektrycznej znajdowało się w ognisku jednej soczewki, a ognisko drugiej w szeroko atropiną rozszerzonej źrenicy badanego zwierzęcia.

We więcej jak połowie przypadków znalazł wybitne zmiany na dnie oka, które po trzech tygodniach znajdowały się w okresie końcowym, a wzornikiem można było wtedy wykazać ceglaste dosyć ostro ograniczone plamy z nieregularnie rozmieszczonym barwikiem obok małych, białych plam, odpowiadających miejscu oświetlonemu światłem elektrycznym. Badania mikroskopowe wykazały, że światło może na siatkówce i w inny sposób wywołać zmiany patologiczne, odmienny od ścinania się białka wskutek ciepła, bo światło to przechodząc przez rurę napełnioną wodą straciło prawie zupełnie energię ciepła.

Dr Piotr Geisler.

*O wpływie utlenionej wody (Merck) na oko i jej zastosowanie w okulistyce.* (Ueber den Einfluss des Wasserstoff-superoxyd (Merck) auf das Auge und dessen Verwendbarkeit in der Augentherapie) Dr Huss z Karlsruhe. (Zeszyt XI i XII Klin. Monatsbl. f. Aghk.).

Woda utleniona (H<sub>2</sub> O<sub>2</sub>), którą już od dawna w wielu gałęziach sztuki lekarskiej używają i gorąco polecają, nie znalazła dotąd szerszego zastosowania w okulistyce. Autor postanowił zatem na dosyć liczny materiał przekonać się o jej wartości. W pracy swej, opartej na tych doświadczeniach, podaje w ogólnej części fizyczne, chemiczne, fizyologiczne i bakteryologiczne własności tego gazu (które nie nadają się do krótkiego streszczenia) i zaznacza, że najtrwalszym przetworem jest 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwór wyrabiany w fabryce Mercka, bo w chłodnym i ciemnym miejscu utrzymuje się bez zmiany przez 2 miesiące, a 1—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztwory, którymi się posługiwał w swych doświadczeniach, przez 2 tygodnie; silniejszych autor nie poleca, ponieważ wywołują ból, zadrażnienie oka, a nawet zmętnienie rogówki.

W celach leczniczych stosował Huss wodę utlenioną w postaci kropeł, opłukiwań i wilgotnych opatrunków (po tychże szpara powiekowa oczyszcza się nawet wobec bardzo silnej wydzieliny), wreszcie do okładów i pędzlowań.

Wyniki były następujące:

*Blepharaden. squam. i ulcer.*: po dokładnym zmyciu brzegu powiek (pędzlowanie kilka razy dziennie; mimo skuteczności autor wrócił do swego dawnego leczenia t. j. do protargolu.

Znacznie lepszy skutek w *blennorrhoea. sacci lacrym.*: przepłukiwanie woreczka łzowego 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem H<sub>2</sub> O<sub>2</sub>, która wśród

silnego pienienia się wydobywa się na zewnątrz i zabiera ze sobą ropę. Wytwarzanie się gazu — wolnego O — powoduje, że ściany worka łzowego napinają i wygładzają się, wskutek czego oczyszczenie jest tem dokładniejsze. Ropienie w krótkim czasie znika.

W chorobach spojówki okazała się  $H_2O_2$  prawie bezskuteczną: w ostrem zapaleniu i w jaglicy zmniejsza wprawdzie wydzielinę, na samą sprawę chorobową jednak wpływu nie wywiera — a w przyszykowem zapaleniu nawet wywołuje pogorszenie, podczas gdy w rzeżączkowem dopiero wówczas poleca autor ją stosować, gdy powstaną owrzodzenia na rogówce.

Bo też w pewnych sprawach rogówkowych działanie jej jest bez porównania lepszem, mianowicie, gdy mamy do czynienia z ubytkiem przybłonka i ropiejącemi owrzodzeniami, kilkakrotne zakraplanie 3% roztworu, ewentualnie i okłady, znakomicie oczyszczają dno i zapobiegają dalszemu szerzeniu się, a hypopyon znika (*ulcus traumat., ulc. serpens*). W razie przebicia wrzodu następuje szybkie zabliznienie. W głębszych sprawach, gdy niema ubytku przybłonka, działanie bezskuteczne. Tutaj wypowiada autor swe zdanie — nie oparte na własnych doświadczeniach, — że w przypadkach ropienia w przedniej komorze przepłukiwanie utlen. wodą, zwłaszcza po punkcyi, winno dawać dobre wyniki.

Zakraplanie 1% roztworu podczas operacyi (zezu, iridektomii) tamuje szybko krwotok.

Wreszcie podaje autor dwa przypadki zranienia gałki ocznej septycznemi ciałami obcemi celem wykazania, że przepłukiwanie świeżej rany jest w stanie zapobiedz ropieniu.

Dr Edward Goldwasser.

*O próbie leczenia w przypadku wrodzonego wgłobienia gałki ocznej.* (Ueber einen Heilungsversuch in einem Falle von Enophthalmus congenitus). Dr Józef Melzer. (Wien. Med. Wschrft Nr. 12, 1903).

Chora M. K. 19 lat licząca po bezskutecznem szukaniu pomocy lekarskiej we wielu klinikach, zgłosiła się we wrześniu 1901 r. do wiedeńskiej powszechnej polikliniki, podając, że od urodzenia ma mieć szparę powiekową prawą węższą od lewej i oka prawego otwierać nie może. Przed rokiem przecięto jej w klinice prof. Fuchsa wszystkie mięśnie proste, ale skutku pożądanego nie osiągnięto.

Przy przyjęciu na powyższy oddział chora przedstawiała obraz następujący: Prawa połowa twarzy mniejsza od lewej, nos niesymetryczny, od urodzenia ma mieć chrypkę, a badanie krtani wykazało zanik więzadeł głosowych szczególnie prawych. Oko prawe zamknięte, powieka górna zwisa i jest zgrubiała. Przy biernem

otwarciu szpary powiekowej okazuje się pomniejszona i głęboko leżąca gałka oczna. Odpowiednio do małych wymiarów gałki, także jama oczodołowa mało rozwinięta. Z całego przedniego odcinka gałki widzieć można tylko pomniejszoną i mało wypukłą rogówkę, podczas gdy twardówka całkowicie zmarszczkami spojówki przysłonięta.

Przednia komora nieco głębsza, ruchomość gałki w wysokim stopniu upośledzona.

W pr. o. = palce na  $\frac{1}{2}$  mtr.

» l. o. =  $\frac{6}{9}$ .

Badanie wzornikiem wykazuje medya czyste i szeroki ubytek w naczyniówce.

Ponieważ chora nie zgodziła się na wyjęcie gałki i na noszenie protezy, próbował autor przez wstrzykiwanie wazeliny do oczodołu poza gałkę, zwiększyć ucisk pozagałkowy i zmusi gałkę do posunięcia się ku przodowi. W tym celu wbijał, odpowiednio do gałki zakrzywioną igłę Pravaza po zewnętrznej stronie oka do oczodołu i wstrzyknął najpierw rozczyzn Schleicha w celu znieczulenia, a powtóre, aby się przekonać o ile oko posunie się ku przodowi. Gałka jednak po wstrzyknięciu tego rozczynu jakoteż po następnym wstrzyknięciu  $1\text{ cm}^3$  wazeliny pozostała na dawnym miejscu, nastąpił tylko obrzęk spojówki gałkowej i powiek, który po 2 dniach ustąpił.

Ponieważ przypuszczano, że zrosty po przecięciu mięśni tak silnie trzymały gałkę więc przecięto w narkozie tkankę bliznowatą i bezpośrednio potem wstrzyknięto  $2\text{ cm}^3$  wazeliny, ale i teraz gałka się nie wysunęła. Po 14 dniach ponowiono wstrzykiwania i wtedy po ustąpieniu obrzęku powieki i spojówki gałkowej zauważono, że gałka w dolnym odcinku została wypchniętą ku przodowi, a w górnym ku tyłowi. Po dwóch następnych wstrzyknięciach po  $3\text{ cm}^3$  wazeliny, nastąpił silny obrzęk powiek i spojówki gałkowej, a oprócz tego przyłączyły się silne bóle głowy, które dopiero po 10 dniach ustąpiły. Obrzęk powiek pozostał nadal, a badanie wykazało, że wstrzyknięta masa przebiła wiotką tkankę w oczodole i usadowiła się w górnej powiece. Wskutek tych powikłań nie wstrzykiwano więcej wazeliny, a natomiast przystąpiono do usunięcia jej z powieki, co się częściowo udało, a dalsze leczenie jeszcze jest w toku.

Ujemne wyniki ze wstrzykiwaniami wazeliny przypisuje autor w tym przypadku silnym zrostom, które gałkę przytrzymały, a możliwem jest, że wśródoczodołowy odcinek nerwu wzrokowego był za krótki i niepodatny i autor przypuszcza, że gdyby robiono te próby przed przecięciem mięśni ocznych, skutek byłby lepszym.

Bystrość wzroku wskutek tych doświadczeń nie zmieniła się,

bo przy wprowadzaniu igły poza gałkę nie uszkodzono nerwu wzrokowego.

W końcu nadmienia autor, że jakkolwiek w tym przypadku próby zawiodły, to nie jest wykluczonem, że w innych przypadkach z dobrym skutkiem ten sposób leczenia dałby się zastosować.

*Dr Piotr Geisler.*

*Dalsze przyczynki do leczenia (surowiczego) choroby Basedowa.* (Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii). Prof. Dr Otto Lanz (Münch. Med. Wschrft Nr 4, 1903).

Autor wychodząc z założenia, że główna przyczyna choroby Basedowa leży w gruczole tarczycowym, który ma wydzielać fermenty szkodliwe dla ustroju, starał się zubożnić te fermenty podawaniem mleka z kozy, której wycięto gruczoły tarczycowe.

Do jakich wyników doszedł autor, niechaj posłuży następujący przypadek:

Chora 38letnia kobieta leczona była mlekiem kozy w szpitalu przez 5 tygodni. Przy przyjęciu do szpitala przedstawiła obraz choroby Basedowa w ostatnim okresie. Wywiady prawie nie możliwe, bo chora daje niewyraźne i niedokładne odpowiedzi, bardzo się jąka i często wybucha spazmatycznym płaczem i łkaniem. Chora średniego wzrostu, jest w wysokim stopniu wynędzniała, waży 49 klg. Drżenie rąk i nóg w wysokim stopniu, skóra na całym ciele mokra, włosy w ostatnich czasach silnie wypadają. Stłumienie serca także na lewo powiększone, tony sercowe ze szmerem skurczowym, koniuszkowe uderzenie rozlane i silne, tętno przeciętnie 140 na minutę, obrzęki dolnych kończyn, silne wysadzenie gałek ocznych, gruczoł tarczycowy bardzo powiększony. Chora jest w wysokim stopniu podniecona, spi bardzo niespokojnie, regularności od pewnego czasu zupełnie nie ma.

Po 5 tygodniach opuściła szpital ze znaczną poprawą i leczyła się w dalszym ciągu w domu mlekiem kozy z wyciętym gruczolem tarczycowym. W 5 miesiącu leczenia, chora ważyła już 63 klg. i czuła się pod każdym względem dobrze. W rok po rozpoczęciu leczenia przedstawiła się autorowi jako zupełnie wyleczona.

Chora opowiadała, że już w 6tym tygodniu leczenia się mlekiem o wiele lepiej wyglądała, mogła całą noc spać, bicia serca ustąpiły i od 6 miesięcy się nie powtórzyły, regularność po przerwie 9 miesięcznej wróciła, obecnie czuje się silną może od rana do nocy pracować, również cieszy się, że uporczywe pragnienie znikło i włosy już nie wypadają. Przedmiotowo można także było stwierdzić wielką poprawę, drżenie rąk i nóg znikło zupełnie, tętno wynosiło 96, wysadzenie gałek znacznie zmniejszone, oczy może



zupelnie zamykać, tylko wól nieznacznie się zmniejszył, z dawniejszej nerwowości nie było śladu, chora mówiła spokojnie i rozumnie. Stan ten utrzymywał się od dłuższego czasu, pomimo że chora mleka już od 6 tygodni nie piła.

W innych 6 przypadkach leczonych mlekiem kóz z wyciętymi gruczołami tarczycowymi miał autor podobne wyniki.

*Dr Piotr Geisler.*

*O nowym elektromagnesie do wyciągania magnetycznych ciał obcych z ocz* (Über einen neuen Elektromagneten zur Extraction von magnetischen Fremdkörpern aus Augen.). Dr fil. Jan Schenkel z Berna (Deutsche Med. Wschrift. Nr. 51. 1902.).

Jeszcze jako asystent przy zakładzie fizycznym uniwersytetu w Bernie miał autor często sposobność być obecnym przy wyjmowaniu odprysków żelaznych z oczu za pomocą silnych elektromagnesów w tym zakładzie, bo klinika okulistyczna nie rozporządzała ani prądem elektrycznym, ani elektromagnesem odpowiednim. Próby w zakładzie fizycznym wykonywano za pomocą wielkiego elektromagnesu w postaci podkowy, który był opatrzony na jednym biegunie niebardzo ostro zakończoną nasadą. W większej ilości świeżych przypadków udało się wydobyć odpryski żelazne. w przypadkach zaś starszych, w których rana już się częściowo zabiżniła, próby tym magnesem zawiodły, bo siła przyciągająca była za słabą. Ponieważ umyślnie do wydobywania odprysków żelaznych sporządzone elektromagnesy również nie odpowiadają wszelkim wymaganiom. a mianowicie: elektromagnesom systemu Haab'a brak ruchomości i manipulacya nimi utrudniona, a Hirschberg'a magnesy nie posiadają w niektórych przypadkach dostatecznej siły przyciągającej, więc autor zbudował nowy elektromagnes, który obok wielkiej siły przyciągającej posiada jeszcze tę zaletę, że w każdym przypadku daje się z łatwością użyć.

Elektromagnes autora różni się głównie tem od systemu Haab'a, że żelazne zakończenia biegunów nie są na śrubach osadzone na elektromagnesie, lecz za pomocą stawów kulistych, tak, że łatwo im można nadać inny kierunek bez poruszania samego magnesu. Te zakończenia są różnych postaci i można do każdego wypadku najodpowiedniejsze zakończenie biegunowe wybrać. Cały elektromagnes daje się naokoło swej pionowej osi z łatwością obracać. Zakończenia biegunowe można przed operacyą wygotować, a następnie w kulistej panewce na biegunie magnesu umieścić i za pomocą pierścienia niklowanego z łatwością przytwierdzić. —

*Dr Piotr Geisler.*

*Ruchy oczu drgawkowe* (Les tics des yeux). Dr H. Meige (Ann. d'Oc. 1903, T. CXXIX. Z. 3.).

Autorem tej ciekawej pracy nie jest okulista, lecz neuropatolog. Nie mniej jednak z całą ścisłością i z widoczną kompetencją rozbiera znamiona kliniczne tych tak częstych, a nieraz mało uwzględnianych, mimowolnych ruchów drgawkowych, znanych pod ogólną nazwą *tics convulsifs*. Drgawki te nawiedzają bardzo często mięśnie oczne i to zarówno mięśnie powiek, jak i gałek ocznych, a nawet, zdaniem autora, mięśnie wśródgałkowe. Przedewszystkiem należy dobrze odróżnić ruchy drgawkowe (np. *blepharotic*) od ruchów skurczowych (np. *blepharospasme*). *Tic* jest zaburzeniem psychomotorycznym, powstałym przez przyzwyczajenie do bezcelowego wykonywania pewnego, nieraz bardzo złożonego ruchu, który w początkach choroby mógł mieć swe uzasadnienie. Jest to zatem zła nawyczka, którą chory może zawsze przez wysiłek woli do pewnego stopnia poskromić i powściągnąć. Skurcz (*spasmus*) jest natomiast wynikiem podrażnienia trwałego lub przemijającego jakiegokolwiek miejsca łuku odruchowego, występuje zatem zwykle w przebiegu organicznych chorób, lub wogóle anatomicznych zboceń układu nerwowego, dotyczy często jednego tylko mięśnia, lub nawet jednej tylko części mięśnia i odznacza się tem, że wysiłek woli ze strony chorego nie może go w żadnym razie przewyciężyć. — W pracy powyższej zajmuje się autor wyłącznie ruchami drgawkowymi pochodzenia psychomotorycznego.

Najczęstsze są ruchy drgawkowe powiek, jak nadmierne mruwanie, zaciskanie powiek, które się często łączy z kurczeniem *corrugatoris supercilii* lub z przeróżnymi grymasami mięśni twarzowych.

Nie mniej częste są drgawki mięśni gałkowych zewnętrznych. Nieraz towarzyszą one ruchom drgawkowym powiek, ale mogą także występować samodzielnie. W początkach swego powstania mają one pewien cel, lub przynajmniej istnieje namacalna przyczyna, która je wywołuje, a z czasem dopiero stają się one nawyczką, której niełatwo jest pozbyć się choremu. Autor wykazuje związek, jaki ma istnieć między drgawkami temi a powstaniem prawdziwego *nystagmus*.

Nareszcie mają istnieć przypadki drgawkowych skurczów akomodacyi i zwieracza źrenicy. Do tego ostatniego działu zaliczyćby można tak zwaną skaczącą źrenicę (*hippus*), ale co do przypuszczenia, że zdarza się także *tic de l'accomodation*, to można mieć tu pewne wątpliwości, gdyż autor jako oznakę tego zaburzenia wymienia na pierwszym miejscu przemijającą mikropsję, a wiadomo przecie, że mikropsya jest objawem niedowładu, a nie skurczu akomodacyi.

Ważne są wskazówki lecznicze, jakich autor na końcu swej

pracy udziela, czerpiąc ze swego długoletniego doświadczenia neuropatologicznego. Wychodząc ze założenia, że prawdziwy *tic* jest zбочeniem psychomotorycznym, jest poprostu złą nawyczką, można nienal w każdym przypadku spodziewać się wyleczenia lub przynajmniej znacznej poprawy, jeśli tylko chory wspiera lekarza dobrą chęcią. Autor uzyskał bardzo pomyślne wyniki, zalecając metodyczne ćwiczenia, wykonywane w dwóch kierunkach: 1. Powściągnięcie drgawkowych ruchów przez skupienie uwagi i wysiłek woli, a zatem utrzymanie powiek i gałek ocznych w zupełnej nieruchomości przez możliwie długą chwilę. 2. Wykonywanie metodyczne i spokojne prawidłowych ruchów ocznych. Ćwiczenia te powtarzane codziennie odbywają się bądź to pod dozorem samego lekarza, bądź pod dozorem osób z otoczenia chorego, bądź wreszcie wykonywa je chory sam pod kontrolą zwierciadła. —

K. W. Majewski.

*Jak rosną oczy u niemowląt.* Chaim-Hencel Barac. Rozprawa inaug. Petersburg. 1902.

Doświadczenia robił na oczach 29 zwłok niemowląt z domu wychowawczego, które żyły od 8 miesięcy do jednego roku. Badania dokonane w pracowni dziecięcej kliniki upoważniły autora do następujących wniosków:

1. Oko noworodka różni się od dorosłego tak wielkością, jak i pod innymi względami.

2. Znamionują je: twardówka uwydatnia się w tylnozewnętrznej ćwierci *for. centralis* więcej oddalona na zewnątrz od tylnego bieguna gałki, rogówka znacznie grubsza, przednia komórka płytka, soczewka więcej kulista.

3. Wzmiankowane znamiona znikają już w końcu miesiąca po narodzeniu dziecka.

4. W pierwszych dniach życia znajdujemy fizyologiczne zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, pomimo przeciwnych twierdzeń Schön'a i Herrnhaiser'a.

5. U noworodków już odróżnić łatwo jądro soczewki.

6. Najszybciej rośnie gałka oczna w ciągu pierwszego roku życia. —

Dr J. T.

#### IV. Z TOWARZYSTW.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie naukowe dn. 20 lutego 1903.

Prof. Dr Machek: „O zastosowaniu klinicznym jekwirytolu Römera“.

Prelegent, omówiwszy we wstępie działanie jekwiryty, podanego przez Wecker'a, jakoteż badania Ehrlich'a i Römer'a nad abryną i surowicą antyabrynową, przechodzi do omówienia działania jekwirytolu i surowicy jekwirytolowej Merck'a, które to środki już od roku stosuje w swej klinice, jakoteż w oddziale ocznym szpitala powszechnego. Machek ma jeszcze w pamięci działanie jekwiryty i może porównać działanie jego z działaniem jekwirytolu. Oftalmia po jekwiryty zbliża się więcej do zapalenia śluzoprotokowego, podczas, gdy oftalmia jekwirytolowa występuje przeważnie pod postacią zapalenia krupowego.

W przypadkach silnej oftalmii błony krupowe pokrywają i rogówkę. We wszystkich okresach zapalenia jekwirytolowego zdarza się, że powstają nacieki w rogówce. Jekwirytol nie jest środkiem leczniczym jaglicy i nie we wszystkich postaciach okazuje skuteczne działanie. W świeżych przypadkach jaglicy pogarsza nawet stan spojówki, bo chociaż wyjaśnia rogówkę, to jednak jest potem więcej ziarn i brodawek na spojówce. Natomiast w przypadkach starej, suchej łuszczy, przy t. zw. *pannus inverteratus*, i li tylko w tych przypadkach jest środkiem nadzwyczajnym. Już po jednorazowym wywołaniu odczynu następuje bardzo znaczne wyjaśnienie rogówki. Chorzy, którzy przedtem liczyli za ledwie palce przed okiem, mogą swobodnie chodzić o własnej sile wzroku. Co do działania surowicy jekwirytolowej stwierdzono wielokrotnie dzielne jej działanie już w przeciągu pierwszych 24 godzin występujące i zdaje się, że dzięki tej surowicy nie dopuszczono nigdy do wystąpienia zapalenia dyfterytycznego. Po surowicy ustępuje obrzęk powiek. Zapalenie woreczka łzowego, które wystąpiło jako powikłanie po jekwirytolu, jakoteż *parotitis*, która również jako powikłanie raz wystąpiła, także po surowicy ustąpiły. Bardzo ważnym ze względu na *immunitas* po jekwirytolu był jeden przypadek, w którym zeszłego roku zapuszczano jekwirytol. Chory odnośny zgłosił się po raz wtóry po 9 miesiącach i mimo bardzo dużych dawek silnego jekwirytolu (Nr. 3 i 4) nie przyszło u niego do należytego wystąpienia odczynu jekwirytolowego. — Poczem nastąpiło przedstawienie odpowiednich przypadków chorobowych.

W dyskusyi zapytuje kol. Bednarski o działanie małych dawek słabego jekwirytolu (Nr 1), których Coppez używa jako środka dzielnie usuwającego objawy zadrażnienia zapalnego, z którym chorzy najczęściej zgłaszają się do klinik. — Kol. Bałaban miał w kilku przypadkach łuszczy łącznotkankowej dobre wyniki i zauważył, że małe dawki słabego jekwirytolu zmniejszają objawy zadrażnienia zapalnego przy jaglicy. Kol. Sieradzki podnosi, że abryna należy do toksalbuminów, które rozpuszczają ciała czer-

wone krwi i dadzą się porównać z chemolizynami, a w małych ilościach wstrzykiwane podskórnio wywołują *immunitas*. Badania kol. Machek'a są i z tego względu bardzo ważne, że wykazują, iż *immunitas* ta trwać może przez dłuższy czas. — W rozprawach brał jeszcze udział kol. Bylicki.

Kol. Machek w odpowiedzi raz jeszcze zaznacza, że jekwirytol działa bardzo korzystnie tylko w przypadkach starej suchej łuszczyki. Sądzi, że stosowanie jekwirytolu w tym okresie łuszczyki utrzyma się, co do działania zaś w innych okresach i w innych sprawach chorobowych zapatruje się pesymistycznie. Jak wogóle każdy nowy środek, tak i jekwirytol będzie stosowanym w różnych cierpieniach i zrazu chwalonym, a później zarzuconym. —

Kol. Prof. Machek: *Przedstawienie chorej po operacji plastycznej z powodu trichiasis górnej powieki.*

Od lat paru wykonuje kol. Machek w przypadkach rozpaczliwych, zaniedbanych *trichiasis*, połączonych z wygięciem chrząstki powiekowej i z wygładzeniem brzegu powiekowego, operację, polegającą na tem, że przecina cięciem poprowadzonym równoległe do brzegu powiekowego spojówkę powiekową i chrząstkę wzdłuż na dwie połowy, a następnie, skoro asystent uchwyci dwoma szczypcami chrząstkę w ten sposób, że zewnętrzne powierzchnie obu połów chrząstki przylegają do siebie, zeszywa kilku szwami brzegi przecięte. Chrząstka, która była czółenkowato zagięta, skutkiem tego zostaje w przeciwnym kierunku aż do *maximum* odwinięta i w ten sposób szwami utrzymana. Po operacji zrazu powieka taka skutkiem obrzęku i sterczącego niejako grzebienia ku gałce nie wygląda dobrze, w kilka dni jednak po wyjęciu szwów tak estetycznie jak i praktycznie nie pozostawia nic do życzenia. Operacji w ten sposób wykonanych ma kol. Machek kilkadziesiąt, czas obserwacji najdłuższy wynosił przeszło rok i okazał, że wynik dobry utrzymuje się trwale.

W dyskusyi kol. Szuiisławski zaznaczył, że miał sposobność widzieć bardzo dobre wyniki po operacyach tym sposobem dokonanych. —

A. BednarSKI.

## Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu.

Posiedzenie dn. 1 stycznia 1901 r.

1. Ainhorn przedstawił 39letniego chorego z wągrem w lewym oku. Gdzie był umiejscowiony — nie powiedziano.

2. Kaniewski odczytał »sprawozdanie o działalności ruchomego okulistycznego oddziału w powiecie kałużskim«. — Udzielono porady 1211 chorym. Najwięcej było z chorobami dróg łożo-

wych — 116 (szerokie nosy) i jaskry — 144 (z nich 107 z *gl. absolutum!*), niewielu cierpiało na jaglicę — 54. Ekstrakcyi wykonano 54, irydektomii — 97. Nieuleczalnie ślepych okazało się 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, z nich 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub> od jaskry — niech zapamiętają to prowdyrowie wyżej stawiający ruchome okulistyczne oddziały aniżeli stałą okulistyczną pomoc przy szpitalach!

Z powodu ekstrakcyi przy cierpieniach dróg łzowych (cięcie z płatem spojówki) wynikły rozprawy:

Schroeder zaleca przyżeganie punkcików łzowych galwanokauterem, po nałożeniu ligatury na przewodniki łzowe. Bellarmi-now: Nie zapobiega to zakażeniu, gdyż taki strup nie trzyma się długo, zwykle miesięczne leczenie śluzoropotoku wystarczy wtedy, gdy próbny watowy opatrunek nie pokazuje śladu ropy. — Gagarin: Czas trzymania się strupka dostateczny, żeby rana gałki zagoiła się.

3. Kubli pokazał własnego pomysłu zasłonę lampy przy pracy. Zrobiona z kartonu w postaci pudełka 30 ctm. dług., 25 ctm. szer. i 1,5—2 ctm. grub. z otworami, przez które wychodzi ogrzane powietrze, pudełko rusza się na statywie wysokości 50 ctm. Tarcz tę stawia się między pracującym a źródłem światła, użyteczna przy każdej lampie, a przytem niedroga (2 r. s.). Różnica temp. z tej i z drugiej strony przyrządu wynosi 2.5—3, nie ogrzewa więc głowy pracownika.

Zarzacano Drowi K., że jego zasłona jest mała (Felsler), że zmniejsza oświetlenie (Noiszewski), że zwykły tani kartonowy abażur dostateczną daje ochronę (Bellarminow) itp. Prelegent odpowiedział ostatniemu, że zwykłe pojedyncze abażury prędko się ogrzewają i kurczą się, czego nie bywa przy podwójnym.

4. Tenże odczytał »o kilku przypadkach trachomofobii«. — Przyczyny: Mało rozpowszechnione wiadomości o tej chorobie, a szeregolnie przesąd o jej jakoby nieuleczalności; sprzyjają temu i sami lekarze »unitaryści«, którzy każde ziarenko w spojówce zaliczają do jaglicy. W rozprawach wypowiedziano słusznie, że podobna fobia zależy głównie od nerwowego stanu chorych, zwykle hypochondryi, i że odnosi się to i do innych chorób ocznych, nie tylko jaglicy.

5. Łobanow odczytał »o naznaczaniu okularów przy krótkowzroczności«. Wypowiedziawszy pod tym względem zapatrywania Pfalz'a i Heine'go (zjazd w Hajdelbergu 1901), prelegent zapytuje, jak zapatrują się członkowie na sprawy zupełnego wyrównywania Mp., czy stosują to, lub nie i wogóle jakiego trzymają się regulaminu przy naznaczaniu szkieł przy Mp.? — Rozprawy nad tym przedmiotem odłożono do następnego posiedzenia. — Dr J. T.

## V. ROZMAITOŚCI.

*O udawaniu objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadczeniach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych.* Dr Wacław Męczkowski. Warszawa, 1903. 178 str. in 8<sup>o</sup>.

Literatura odnosząca się do orzeczeń lekarskich w przypadkach cierpień urazowych przybrała ogromne rozmiary od czasu wprowadzenia w niektórych państwach obowiązkowego ubezpieczenia robotników od wypadków. Polskie piśmiennictwo, do tej pory ubogie w tym względzie, zostało wzbogacone cenną pracą Dra Męczkowskiego, który w sposób wyczerpujący przedstawia swe poglądy na sposoby badania chorych żądających odszkodowania za doznane przy pracy uszkodzenia, na sposób postępowania z takimi chorymi, a przede wszystkim omawia rozliczne metody, służące do wykrycia tak częstej w podobnych razach symulacji lub aggrawacji.

Cenne są wskazówki autora, nawołujące do wielkiej ostrożności w wydawaniu orzeczenia lekarskiego. Jak z jednej strony lekarz nie powinien zbyt powadzać się współczuciem dla biedaka, który doznał nieszczęśliwego wypadku, tak z drugiej należy się wystrzegać przesady w przeciwnym kierunku. Błędem jest widzieć w każdym, kto się domaga renty, czy odszkodowania za doznane uszkodzenie, — symulanta i oszusta, usiłującego zmylić czujność lekarza i wyzyskać swego pracodawcę, czy towarzystwo ubezpieczeń. Należy się postawić w położenie robotnika, który uległ wypadkowi czyto na kolei, w fabryce, czy w kopalni i doznał przytem silnego wstrząśnienia nerwowego. Wiedząc, że jest ubezpieczony lub że mu się należy odszkodowanie od pracodawcy, nie może się nieraz oprzeć pokusie zdobycia większego grosza. Dlatego ociąga się z powrotem do pracy, żeby nie stracić widoków uzyskania jakichkolwiek korzyści. Podszepty przyjaciół i różnych doradców prawnych utwierdzają go w tym nastroju prawie chorobliwym. Często ponawiane badania lekarskie, komisye śledcze, troska o wynik procesu, gorsze warunki bytu spowodowane zmniejszeniem płacy, — wszystko to może się przyczynić do istotnego pogorszenia stanu, do wystąpienia nowych rzeczywistych przypadków nerwowych lub do zaostrzenia istniejących już objawów. Znane są nawet niewątpliwe przypadki, gdzie dopiero w czasie i wskutek długotrwałych pertraktacji o odszkodowanie rozwinęła się z udawanej prawdziwa ciężka nerwica. Niemcy nazwali nawet to cierpienie: »Prozess-neurose«. Najlepszym środkiem leczniczym jest w takich razach możliwie rychłe zakończenie sprawy

cywilnej i to oczywiście zakończenie korzystne dla chorego, który na to zasługuje, skoro nie udaje swego cierpienia.

Z drugiej strony wszystkie wymienione okoliczności stwarzają dla poszkodowanego silną pokusę do udawania choroby. Wielu jest takich, co nie są w stanie oprzeć się tej złej pokusie. Niejeden, choć nie udaje całej choroby, to przynajmniej udaje niektóre objawy; jeśli i to nie, to jednak przesadza ciężkość swego stanu. Rozmaite zaburzenia oczne dają symulantom szerokie pole do popisu i wymagają ze strony lekarza dokładnej znajomości rzeczy i wielkiej przenikliwości. Autor też w osobnym rozdziale przedstawia wszystkie niemal znane sposoby wykrywania jednostronnej udanej ślepoty, jednostronnego i obuocznego niedowidzenia, osłabienia poczucia barw i t. d. Są tu uwzględnione najnowsze także, w ostatnich czasach, podane metody, a wszystkie przedstawione są tak zrozumiałe, choć krótko, że dziełko to może zwłaszcza nie specjalistom najlepsze oddać usługi, a życzyć sobie tylko wypada, żeby się nie dostało w niepowołane ręce ludzi ubiegających się o odszkodowanie...

*K. W. Majewski.*

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Haltenhoff został mianowany zwyczajnym profesorem okulistyki w Genewie.

Dr Adam Bednarski został przez ministerstwo oświaty zatwierdzony jako docent okulistyki przy uniwersytecie lwowskim.

Dr Stanisław Kaczkowski mianowany etatowym ordynatorem kliniki okulistycznej uniwersytetu warszawskiego.

Dr Edward Goldwasser, b. elew kliniki krakowskiej prof. Wicherkiewicza i wiedeńskiej prof. Fuchsa osiada z dniem 1 maja b. r. jako okulista w Karlsbadzie.