

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

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

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

CENA ROCZNIKA: W Austrii 12 kor. — W Niemczech 12 młk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Francyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1-20 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gohethora i Wolfa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń.

—* ROCZNIK DZIEWIĄTY. *—

1907.



KRAKÓW.

WZCIĄGNIĘCIEM DOKUMENTU DOKUMENTU UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządkiem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1907.

T R E Ś Ć .

I. Prace oryginalne.

Nowokaina jako środek znieczulający w okulistyce. Kilka uwag z własnego doświadczenia. Bol. Wicherkiewicz.	1
Przyczynek do kazuistyki skaleczenia ocz przez ciała wybuchowe. Dr W. Witaliński	5

II. Streszczenia.

Leczenie zaćmień rogówkowych zapomocą czynników fizycznych. Sulzer	8
Stała obecność zarazków w worku spojówkowym i znaczenie tychże dla zapaleń spojówek, występujących epidemicznie w Egipcie. Meyerhof	9
Urazowe zwichnięcie oczodołowego gruczołu łzowego. Collobomb i Doret	10
Przypadek porażenia nerwu współczulnego. Querenghi.	10
Leczenie odwinięcia powiek zapomocą galwanokautyki połączonej z blefarorafią. Thilliez	11
Zaburzenia oczne w zakażeniach wywołanych przez trypanosomy. Morax	11
Łzawienie, a sinusitis maxillaris. Cabannes et Villemonte	12
Trzy nowe przypadki jaskry urazowej. Villard	12
Badania nad bystrością wzroku. Pergens	12
Przyczynek do nauki o pierwotnych nowotworach barwiko- wych oczodołu. Van Duyse	13
Nowy model kampimetru. Aubaret	13
Środkowy ubytek w polu widzenia w przypadkach niedowidzenia wrodzonego i związek tegoż z nieprawidłowościami porodu. Scrinii i Fortin	15
Porażenie mięśnia prostego dolnego wskutek urazu. Cosmetatos	15
Przyczynek do anatomii oka krótkowzrocznego. Terrien.	15
Wędrówki następowe soczewki zwichniętej pod spojówkę. Cantonnet	16
Przyczynki do nauki o zaburzeniach wzrokowych i ślepotcie w następstwie schorzenia tylnej komórki siwowej i jamy kości klinowej. Onodi	17
O prądach w przedniej komórce. Türk	17
Doświadczalne badania nad działaniem przekrwienia zastoinowego Bier'a na narząd wzrokowy. Wessely	18
O dowolnem rozszerzaniu źrenic. E. Bloch	19
O rodzinnem zwyrodnieniu rogówki. Velhagen	19
Uwagi do oceny lekarskiej wpływu zmniejszania się bystrości wzroku na zdolność zarobkowania. Schmidt-Rimpler	20
Anatomiczno-patologiczne badania oczu w dwóch przypadkach kiły wrodzonej. Schlimpert	20

(Dalszy ciąg na 3-ej stronie okładki).

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK IX.—1907.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NA KŁADEM WYDAWCY.

1907.

100,100.
II.



Okuliści polscy ¹⁾
według obliczenia z r. 1907.

- | | |
|--|--|
| <p>*Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wa-
łowa, l. 7.</p> <p>Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac
WW. Świętych, l. 11.</p> <p>*Dr Bednarski Adam, docent okulist.
Uniw. lwowskiego. Lwów, Aka-
demicka, l. 5.</p> <p>*Dr T. Berezowski, asyst. c. k. kli-
niki okul., Kraków.</p> <p>Dr Bernhardt Józef. Wilno.</p> <p>*Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).</p> <p>Dr Bieniecki. Kalisz.</p> <p>Dr Borowski. Wilno.</p> <p>*Dr Brudnicki. Bieżno (Kr. Polskie).</p> <p>*Dr Brudzewski Karol. Kraków, Flo-
ryańska, l. 38.</p> <p>*Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna,
d. Reform. kolegium.</p> <p>Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.</p> <p>Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa,
Długa, l. 18.</p> <p>*Dr Cichański Al. Przemyśl.</p> <p>Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpato-
rya (Rosya).</p> <p>*Dr Cywiński Maryan. Mohylew
Białoruski.</p> <p>*Dr Dąbrowski. Grodno.</p> <p>Dr Daszewski. Kielce.</p> <p>*Dr Dawidson. Warszawa.</p> <p>Dr Dembowski. Razdzielna.</p> <p>Dr Demidowicz Bronisław Maryan,
lekarz wojskowz. Włodzimierz nad
Kłazmą.</p> | <p>Dr Dobrzański Aleks. Warszawa,
Złota, l. 14.</p> <p>Dr Dudziński. N. Sącz.</p> <p>Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.</p> <p>Dr Działowski Alfred. Toruń.</p> <p>Dr Eberson Maur. Tarnów.</p> <p>*Dr Elkner Maryan Aleks. Kamie-
niec Podolski.</p> <p>*Dr Ettinger Jakób. Warszawa.</p> <p>Dr Feinstein Leon. Warszawa- Kar-
melicka, l. 3.</p> <p>Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Sta-
rowiślna, l. 45.</p> <p>Dr Fukała Winc. Wiedeń.</p> <p>*Dr Garliński Władysław M. Łódź.</p> <p>*Dr Geisler Piotr. Jarosław.</p> <p>*Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz.
lek. oftalm. Instytutu. Warszawa,
Krakowskie-Przedm., l. 65.</p> <p>Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn).
Warszawa. Al. Jerozolimskie, l. 25.</p> <p>*Dr Gidlewski. Lwów.</p> <p>Dr Gedrojc Juraga Witold. Aleksan-
dropol.</p> <p>Dr Gilus Wincenty, lek. oft. leczni-
cy im. Wołudskich w Moskwie.</p> <p>*Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.</p> <p>Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de
Trevise, l. 21.</p> <p>Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft.
w Charkowie.</p> <p>Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj,
obwód Siemireczyński-śrođ.</p> |
|--|--|

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapi-
sanego w administracyi P. O.

- *Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karo-
la Ludwika, l. 5.
- *Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p.
Wilejski.
- Dr Hertyk. Maryampol.
- Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz
zakładu oftalmicznego. Wilno.
- Dr Hoene Jan. Kijów.
- Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
- Dr Hulenicki Władysław, Sioło Us-
pieńskie, Sławianoserbsk, Ekst. g.
- *Dr Hulewicz. Bytom.
- *Dr Huszczo Józef. Białystok.
- Dr Idzikowski Józef. Łódź.
- Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pen-
sylvania (Ameryka).
- Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa,
Ciepła, l. 4.
- *Dr Kaczkowski. Warszawa, Chło-
dna, l. 22.
- *Dr Kaczkowski St., ordynator klin.
uniw. Warszawa, Bracka, l. 20.
- *Dr Kamocki Walenty. Warszawa,
Widok, l. 7.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- *Dr K. Karnicki. Petersburg.
- Dr Kępiński Michał. Warszawa, Se-
natorska, l. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Koper-
nika, l. 3.
- Dr Romana Klinkowstein, wolon-
taryuszka kl. ok. U. J.
- *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrk-
owska, l. 86.
- Dr Kozłowski Michał Kazimierz, nacz.
lekarz oftalm. szpitala Popowych,
Kijów.
- Dr Krajski Waclaw Adolf. M. Ataki
(pow. Sorokskiego). Besarabia.
- Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa,
Nowo-Senatorska, l. 6.
- *Dr Krzymuski. Tomsk.
- Dr Kreutz. Stanisławów.
- *Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski,
Siedlce (Król. Polskie).
- *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
- *Dr Lenkiewicz-Ipohorski. Bobrujsk.
- Dr Lewandowski Czesław Mikołaj,
wolno-prakt. Odessa.
- *Dr Lewicki Stefan. Odessa.
- Dr Liebermann. Kraków, Floryań-
ska, l. 20.
- Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwa-
da, l. 12.
- Dr Łasiński Ignacy. Radca zdrowia.
Wrocław.
- *Dr Łuniewski Stefan, b. II asystent
krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- *Dr Maciesza Aleksander. Płock.
- *Dr Machek Emanuel, Prof. okulist.
Uniw. Fr. I. we Lwowie, Akade-
micka, l. 11.
- *Dr Majewski Kazimierz W., docent
okulistyki Uniw. Jagiell. Kra-
ków. ul. Szczepańska, l. 11.
- Dr Majkowski. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks, Kraków, ul.
Wiślna, l. 10.
- *Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
- Dr Markiewicz D. Przemysłany.
- Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. An-
drzeja, l. 5.
- Dr Matuszewicz, pryw. asys. Prof.
Wicherkiewicza.
- *Dr Michalski. Łódź.
- Dr Muttermilch Stanisław. Warsza-
wa, ul. Miodowa, l. 5.
- Dr Niegolewski Felicyan. Poznań,
Pl. Królewski, l. 6.
- *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk
(Dynaburg).
- Dr Nowicki. Disna.
- *Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
- Dr Płachecki Jan. Końskie.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- *Dr Przybylski Jan. Odessa.
- Dr Putiatycki. Drezno.
- *Dr Radzwicki. Smoleńsk.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Ratul L. Paryż, Boulevard Bar-
bès, l. 57.
- *Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagielloń-
ska, l. 17.
- *Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica
Trzeciego Maja, l. 7.
- Dr Rosenbauch Edw., asyst. kl. ok.
U. J. w Krakowie.
- Dr Rotbert. Warszawa, Nowy-Swiat,
l. 7.
- *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
- *Dr Rymza Waclaw, Hurykowa,
pow. Klecki.
- Dr Sawicz Witold, ordyn. szpit. wojsk.
w Moskwie.
- Dr Stasiński Jan. Poznań.
- Dr Świętochowska, wolontaryuszka
Okul. ok. U. J. w Krakowie.

- Dr Świda Ignacy. Mińsk.
 *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
 *Dr Szuliński Adam, docent okulistyki Uniw. lwowskiego. Lwów, ul. Jagiellońska, l. 8.
 *Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.
 *Dr Talko Włodz. Lublin.
 Dr Tomaszewski. Smigiel.
 Dr Topolański. Wiedeń, Szpit. Braci Miłosierdzia.
 *Dr Uziembło. Saratów.
 *Dr Weisberg. Łódź.
 *Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań, St. Marcin, l. 6.
 Dr Wicherkiewicz Bolesław, c. k. Radca Dworu ; Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, ul. Wolska, l. 15.
 Dr Winawer Adolf. Warszawa, Elektoralna, l. 4.
 *Dr Witaliński Wincenty, I asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
 Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
 Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista portu w Petersburgu.
 *Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
 *Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.
 Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa, Marszałkowska, l. 140.
 Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska, l. 21.
 Dr Zazuliński. Winnica.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Styczeń.

—*— ROCZNIK DZIEWIĄTY. —*—

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Nowokaina jako środek znieczulający w okulistyce.

Kilka uwag z własnego doświadczenia.

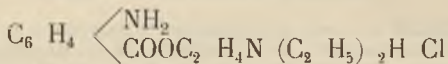
Napisał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Lubo kokaina, jako środek znieczulający wogóle nas zadowolnia, to jednak posiada ona pewne ujemne strony, których chcielibyśmy chętnie uniknąć, zastępując kokainę innymi środkami. Do tych ujemnych stron zaliczać wypada działanie trujące, wpływ na źrenicę, a nie mniej silne nieraz obniżenie napięcia, które zwłaszcza przy operacjach zaćmy u osób starszych dawać się może operatorowi we znaki. To też starano się pozyskać środek jaki lepszy, któryby posiadając dodatnie własności kokainy, wolnym był od jej działania ujemnego. I prawie wszystkie nowsze środki, które w ostatnich czasach pod tym względem polecane były, nie omieszkałyśmy poddać badaniom klinicznym. Jednakże żaden z nich nie zdołał pozyskać naszego zaufania, ani kokainy wyrugować.

Przed rokiem mniej więcej, firma Meister, Lucius i Brännig w Hoechst przysłała nam najnowszy środek znieczulający nowokainę z prośbą o wypróbowanie go.

Nowokaina, wodnik chlorowy aminobenzoyldiathyl-ami-noäthanolu =



worzy biały proszek z drobnych igiełek krystalicznych składający się, który w równych częściach rozpuszcza się we wodzie. Już $\frac{1}{4}\%$ rozczyyny znieczulają, jak Biberfeld wykazał (Med. Wchschr. Nr 48. R. 1905), grube pnie nerwowe na prądy przerywane. A z drugiej strony nawet 20% rozczyyny na świeże zapuszczane rany, nie wywoływały żadnego podrażnienia. Środek ten jest daleko mniej trującym od kokainy, gdyż trująca dawka podskórna wynosi 0,35—0,4 gr dla królika a 0,25 dla psa, gdy kokaina już w dawkach 0,05—0,1 dla królika, a 0,05—0,07 dla psa śmiertelną bywa. Także zastrzykiwania nowokainowe wśródzylne i podpajęczynówkowe (subarachnoidalne) są mniej trujące aniżeli kokainowe. To też nic dziwnego, że z wielu stron zastosowano nowokainę do potrzeb klinicznych. Doświadczenia nasze własne wykazały, że znieczulenie spojówki i rogówki po nowokainie w rozczyinach 1—2% zastosowanej, występuje równie szybko jak po kokainie i trwa również długo. Lecz nowokaina nie wpływa na źrenicę ani akomodację, a pod tym względem bezsprzecznie w wielu razach pierwszeństwo jej się przed kokainą należy. Z drugiej jednakże strony nie działa jak ta zwiężajaco na naczynia i znieczulenie w działaniu powierzchownem nie jest tak silne, jak po zastosowaniu kokainy. Nie zauważyliśmy jednakże, stosując ją w całym szeregu przypadków do operacyi zaćmy, by takowa napięcie gałki podobnie jak kokaina obniżała. A ta własność różniaca ją od kokainy jest nie mniej dodatnią, wiemy bowiem, jak bardzo obniżenie to przeszkadza należytemu usunięciu i soczewki.

Głównie rozpocząłem doświadczenia moje w tym właśnie kierunku, używając do operacji zaćm rozczynów 2%. Znieczulenie występowało wystarczająco silnie, atoli nie uważałem żadnego wobec kokainy pod tym względem zysku, natomiast ponownie podpadało mi, że w przypadkach operowanych pod nowokainą zlepianie się brzegów rany następowało później, często dopiero czwartego i piątego dnia, a nie przypuszczając w tem wyłącznie tylko dziwnego zbiegu okoliczności, skłonny byłem nowokainie ten wpływ przypisać, lubo wytłumaczyć go byłoby trudnem. To też wnet dla zaćm znieczulający ten środek usunęliśmy, powracając do kokainy. Jako środek znieczulający przy operacjach spojówkowych, zeza, skrzydlika, usuwania ciał obcych z rogówki, nie posiada nowokaina, działająca słabiej od kokainy, nic takiego, coby jej przed tą nadawać kazało pierwszeństwo. Natomiast ma nowokaina stanowczo większy wpływ znieczulający przy zastosowaniu podskórnem i podspojówkowem, gdyż tu działanie jej wnika więcej w głąb. Operacje zrostu powiek, często bardzo bolesne, jako też dłuższe operacje zeza (przemieszczenie) przy zastrzykiwaniu podspojówkowem, wyłuszczenie narośli powiek i t. d. można było przy zastosowaniu nowokainy wykonać prawie bezboleśnie.

Gdy powstała metoda znieczulania przez nabieg sposobem Schleicha wprowadziliśmy ją także do naszej chirurgii ocznej, posługując się do tego kokainą, wedle wskazówek Schleicha. Lubo wyniki w niektórych operacjach a zwłaszcza celem usunięcia mniejszych narośli powiekowych, celem wykonania operacji *trichiasis* i *distichiasis*, podwinięcia powiek, zwieszenia powieki i t. d. bywały wogóle nie złe, to jednakże wyłuszczenia gałki albo wypaproszenia oczodołu przy takim znieczuleniu nie dało się wykonać bezboleśnie, a nadto sposób ten znieczulania już z tego powodu nie polecał się, iż w odpowiednio silnych rozczynach, kokaina w wielkich ilościach płynu zastosowana byłaby wywołała niebezpieczeństwo zatrucia. Pomijam zaś zupełnie tę okoliczność, iż luźna tkanka oczodołowa nie nadaje się do infiltracji, która przesuając zbyt części

w oczodole zawarte, prawidłowe wykonanie operacyi utrudnia. To też po kilku nie świetnych próbach odstąpiłem od szleichenowania, *sit venia verbo* dla tych właśnie operacyi.

Podjąłem sposób ten jednakże przed rokiem ponownie z nowokainą i przekonałem się, że środek ten da się znakomicie zastosować do nabiegu znieczulającego; działa on bowiem głębiej a usuwa nawet wrażliwość tkanki zapalanej. Z nowokainą mogliśmy w ten sposób niekiedy bolesne gałki wyłuszczać prawie bezboleśnie. Do pierwszego zastosowania próbnego w tym kierunku znalazłem sposobność, zamierzając przemieścić oko królicze w torebkę Tenona sposobem Lagrange'a u chorego, u którego z powodu wybitnej wady serca uśpienie sztuczne nie było wskazanem. Tu więc sikawką Prawaza, zastrzyknąłem przed operacją podspojówkowo w kierunku czterech mięśni prostych mniej więcej 1 cm następującego rozczyntu: *novocaini* 0,125, *suprarenini* 0,00016, *natrii chlorati* 0,225, *aquae dest.* 25,0. Odłączywszy spojówkę od rogówki i odciąwszy zwykłym sposobem cztery mięśnie proste, wszystko bez najmniejszego bólu, zastrzyknąłem poza gałkę odpowiednio zakrzywioną kanką może $\frac{1}{2}$ cm kub. powyżej opisanego płynu, a w kilka minut później znowu zupełnie bezboleśnie przeciąłem nerw wzrokowy i rzęskowe tylne, a zwichnąwszy gałkę, przeciąłem mięśnie ukośne bez najmniejszego bólu. Że przemieszczenie następne oka króliczego i zakończenie operacyi żadnej choremu nie sprawiało dolegliwości, zbytecznem chyba dodawać.

O wynikach tego zabiegu, podejmowanego później ponownie w celach osiągnięcia lepszej protezy, podam przy innej sposobności bliższe szczegóły, gdy tu jedynie korzystne znieczulanie nowokainą kilku słowy zaznaczyć pragnąłem. Dodam nadto, że znieczulenie nowokainą w ten sposób osiąmane pod względem trwania zupełnie wystarcza, ażeby nietylko wyłuszczenie gałki, ale nawet i wyłuszczenie narośli powiekowych i oczodołowych a nadto i plastyczne operacye powiek wykonać, gdy te nie zajmują więcej nad 10—15 minut czasu, a tylko chyba wyjątkowo operacye te więcej go wymagają.

Na jedną okoliczność ważną dla osiągnięcia celu winienem jeszcze zwrócić uwagę, a mianowicie, iż najprzód trzeba nam nabieg wykonać ściśle w powierzchownych warstwach skóry, w obrębie pola operacyjnego, a dopiero potem przejść do głębszych zastrzyknięć, które też większej wymagają od pierwszych ilości płynu. Późniejsze bóle po dokonaniu operacji zazwyczaj nie występują, jednakże co do przemieszczeń gałek, to, prawda każe to wyznać, do tej operacji znieczulenie infiltracyjne mniej się nadaje, gdyż przebieg gojenia prawie we wszystkich przypadkach był powolniejszy aniżeli wtenczas, gdy operacya wykonana była w uspieniu chloroformem.

Streszczając wyniki moich doświadczeń, uważam, iż nowokaina bardzo się nadaje do wykonania operacji takich, przy których możemy wykonać infiltracyę głęboką, — a zatem, wyłuszczenie narośli powiekowych i oczodołowych, operacye zeza, wyłuszczenie gałki, — natomiast przy operacyach czysto spojówkowych i rogówkowych, kokainy nowokaina nie zastąpi.

Z c. k. Uniw. kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Przyczynek do kazuistyki skałeczenia ócz przez ciała wybuchowe.

Podał

Dr W. WITALIŃSKI,

I. asystent kliniki.

Uszkodzenia gałek ocznych drobnymi odłamkami kapsli wydarzają się niestety bardzo często. Rokowanie zazwyczaj niepomysłne, trudno bowiem usunąć operacyjnie wbite blaszki miedzi lub spiżu; magnes tak pomocny przy wydobywaniu kawałeczków żelaza nie da się tu użyć. Zazwyczaj nawet po usunięciu ciała obcego przychodzi do zaniku skałeczonej gałki, a zawsze grozi zapalenie współczulnej oka drugiego. Zdarzają się wypadki, że oko samo, jakby się broniąc, wydziela ze siebie ciało obce, lub przynajmniej zmiany, jakie następowo się to-

czą, ułatwiają w wysokim stopniu zabieg operacyjny. Należy więc zawsze rozważyć, czy jest rzeczą korzystną wykonywać natychmiast zabieg operacyjny, lub też nieco odczekać i przez ten czas leczyć zachowawczo.

Roku zeszłego (1906) 24 listopada zgłosił się do kliniki W. Jan, l. 15 liczący, syn leśnego z pod Jasła, podając, że ma oko prawe skaleczone kapslą. Przed dwoma tygodniami naprawiał stary pistolet, przyczem uderzył młotkiem kapszę na kominku nasadzoną. Nastąpił wybuch, a kawałeczek tejże zranił mu oko prawe. U lekarza wcale nie był i żadnych środków z wyjątkiem okładów z zimnej wody w domu nie stosował. Oko jednak zranione coraz go więcej boli, a światło razi i to go skłoniło do przybycia do kliniki.

Stan oka prawego w dniu przyjęcia: Spojówka gałki silnie przekrwiona, ślad nastrzyknięcia rzęskowego; w twardówce 5 mm od górnego brzegu twardówko-rogówkowego równoległa linijna ranka zlepiona 3 mm długa, 0,5 mm szeroka, nieco rowkowana, w niej cieniutki paseczek barwika. Rogówka czysta, gładka, lśniaca. Przednia komora dość głęboka, w niej u góry w samym kącie grudka wypociny szaro-żółtawej, o powierzchni gładkiej, wielkości ziarna siemienia; dolna jej część przedłuża się w dwa fałdy przed sobą stojące, które jakby opuszczały się ku źrenicy. Ciecz wodna nie zupełnie czysta. Rysunek tęczówki dość dobrze zachowany, barwa nieco więcej wysycona. Źrenica tworzy owal stojący (średnica 3,5 mm i 3 mm), zarysy jej regularne, sama zaś w całości nieco ku górze podciągnięta. W oku lewym zmian nie znaleziono. Dno obu oczu prawidłowe, media czyste.

$W_1^p = \frac{6}{8}$ Szkła nie poprawiają. Alb. 0,5 : 10 do 50 cm $T_1^p = \frac{-1}{n}$
 $\frac{6}{6}$ Hp 1 D. Alb. 0,5 : 10 do 50 cm

Leczenie: Oko prawe: zrana *Ung. Atrop + Scopol + Cocain Ung. Thigenoli*, opaska spirytusowa.

Wieczorem: Dionina 10%, *Ung. Thigenoli* i po-
 nownie opaska spirytusowa.

Już szóstego dnia w ciągu leczenia poczęły się odrywać drobne grudki wysięku; opadały one zwolna wśród czystej cieczy wodnej na dno przedniej komory, gdzie wnet po kilku dniach zupełnie wessane znikaly. Skutkiem tego pozostała masa wypocinowa coraz więcej malała.

Dnia 7-go grudnia można było zauważyć, jak pozostała jeszcze u góry grudka okrągława, z przebłyskującą wśród niej utkwioną blaszką, zaczęła się zwolna opuszczać po linii łukowatej przez sam środek źrenicy ku dołowi. W ciągu kilku (5) godzin opadła aż na dno, ciągnąc za sobą smugę nieco szerszą, niż owa szarawa, złożona z drobnutkich punkcików i linijek wysięku.

Następnego dnia nie zostało ani śladu z tej smugi, ciecz wodna była dosyć czystą, jedynie mała grudka z błyszczącą w niej tkwiącą blaszką pozostała na dnie przedniej komory.

Dnia 10/XII Dyrektor kliniki zrobił grotem małe nacięcie na granicy rogówko-twardówkowej u dołu nieco na zewnątrz i wy dobył zbitą grudkę szarawą, o gładkiej powierzchni, kulistą, wielkości ziarna prosa. Po rozdzieleniu jej igielkami wy dobyto małeńki kawałeczek blaszki miedzianej z kapsli (1 mm długi, $\frac{1}{2}$ mm szeroki).

Przebieg po operacyi był bardzo dobry. Objawy zadrażnienia w ciągu kilku dni zupełnie ustąpiły, tak, że chory, zupełnie wyleczony, mógł 17/XII opuścić klinikę.

W dniu tym oko było zupełnie blade, o napięciu prawidłowem.

Małeńka linijna ranka zupełnie gładko się zagoiła.

Przednia komora równie głęboka, jak w oku lewem, okrągła, regularna.

W pr = $\frac{6}{8}$ Sn 0,5 c + 4 D : 30 cm.

Ośrodki czyste, dno bez zmian.

W wypadku opisanym zmiany, jakie się toczyły w skaleczonem oku, ułatwiły zabieg operacyjny.

Samo nakłucie rogówki wystarczyło do usunięcia nietylko wysięku, ale i ciała obcego.

Nie było potrzeba robić szerokiego nacięcia, ani irydektomii, ani też szczypczykami manipulować w samej ranie i wrywać ciało obce. Leczenie zachowawcze uchroniło oko przed zabiegami wcale nie obojętnymi, i owszem wpływającymi wiele na późniejszy przebieg cierpienia i bystrość wzroku.

W każdym przypadku zranienia oka przez odpryski kapsli należałoby dokładnie rozważyć, czy nie lepiej zabieg operacyjny, mający na celu usunięcie ciała obcego, odłożyć na później, czy może przy odpowiednim leczeniu oko samo niejako ułatwi operację, przez co zmniejszy się także niebezpieczeństwo wywołania uszkodzeń przy wydobywaniu utkwionych odłamków.

We wielu zapewne przypadkach możnaby to osiągnąć i zabieg operacyjny ograniczyć do najmniejszych rozmiarów, a czasem i zupełnie ominąć. Trzeba bowiem pamiętać, że bądź co bądź żaden zabieg operacyjny nie jest zupełnie obojętny dla oka i powiększa prawdopodobieństwo powikłań.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr. 11. *Leczenie zaćmień rogówkowych zapomocą czynników fizycznych.* (Traitement des opacités cornéennes par les agents physiques). Sulzer.

Autor badając wzrok wielkiej ilości dzieci przekonał się, że $\frac{9}{10}$ przypadków upośledzenia bystrości wzrokowej zależy od plamek rogówkowych. Sposoby wyjaśniania tych plamek mają zatem doniosłe znaczenie tak pod względem lekarskim, jak społecznym. Podaje on wyniki uzyskane przy zastosowaniu różnych metod leczenia fizycznego. Przedewszystkiem stosuje elektrolizę, używając prądu 110 wolt i umieszczając elektrodę dodatnią na karku, a ujemną, którą stanowi drucik srebrny zakończony małą główką, wprost

na plamki rogówkowe. W mięszu rogówki w miejscu dotknięcia powstają pęcherzyki gazowe, które wprost podnoszą powierzchowne plamki, przybłonek częściowo się złuszcza i zaćmienie nieco się wyjaśnia.

Drugim sposobem, jaki autor zaleca, jest fototerapia. Za źródło światła używa on lampy łukowej Brocka-Chatina. Łuk powstaje między dwoma węglami nasyconymi solą żelazową. Światło to bogate w promienie krótkofaliste ześrodkowuje się zapomocą odpowiedniej soczewki na rogówce oka po poprzednim zwężeniu źrenicy zapomocą ezeryny, co ma zapobiegać olśnieniu siatkówki. Czas trwania naświetlań waha się między 20 a 90 sekundami. Wyniki optyczne, jakie Sulzer uzyskał zapomocą fototerapii są o wiele korzystniejsze od wyników elektrolizy. Najlepiej jednak łączyć obie te metody, jak to autor robił w przeważnej części przypadków. Zamiast fototerapii używa autor u chorych wrażliwych naświetlania zapomocą promieni radium, które nie wywołują żadnego silniejszego odczynu i nie sprawiają choremu żadnej przykrości, a skutecznością dorównują fiołkowym promieniom lampy Brocka-Chatina.

Stala obecność zarazków w worku spojówkowym i znaczenie tychże dla zapaleń spojówek, występujących epidemicznie w Egipcie. (Sur la persistance des agents infectieux dans la conjonctive et son rôle dans les conjonctivites épidémiques d'Égypte). Meyerhof (z Kairo).

W Egipcie występują rokrocznie w miesiącach letnich groźne epidemie zapaleń spojówkowych, które nie mają nic wspólnego z jaglicą, choć zwykle rozwijają się na oczach, dotkniętych zmianami jaglicowemi. Koincydencya ta znajduje wyjaśnienie w znanym fakcie, że wśród ludności tubylczej w Egipcie do wyjątków należą osobniki wolne od jaglicy lub przynajmniej od śladów po jej przebyciu. Epidemie zaś, o których mowa, grasują przeważnie wśród ubogiej ludności arabskiej. Autor przeprowadził szereg badań bakteriologicznych, które upoważniają go do następujących wniosków: ostre zapalenia spojówkowe, wybuchające epidemicznie w dolinie Nilu w miesiącach letnich, zależą głównie bądź to od prątków Koch-Weeks'a, bądź też od dwoinek Neisserowskich. Drobnoustroje te dają się wykazać w worku spojówkowym w czasie zimy, nie wywołują jednak żadnych objawów zapalnych. Dopiero pod wpływem upałów letnich nabierają one własności chorobotwórczych i dają powód do ostrych zaraźliwych spraw zapalnych, udzielających się od osoby do osoby przez zetknięcie, zapomocą palców, za pośrednictwem przedmiotów codziennego użytku, a także za pośred-

nictwem much. Epidemie, wywołane prątkiem Koch-Weeks'a są groźniejsze i zajmują rozleglejsze przestrzenie niż epidemiczna *conjunctivitis gonorrhoeica*. Ta ostatnia występuje w mniejszych rozmiarach i pojawia się corocznie zwykle w miesiącu czerwcu. Obecność prątków podwójnych *Moraxa* stwierdził autor mniej więcej w połowie przypadków mniej świeżych lub dawnych zmian jaglicowych, a prawie we wszystkich przypadkach *trichiasis*. Zakażenie zalem prątkiem tym jest w Egipcie bardzo pospolite i ma charakter nagminny i przewlekły, zazwyczaj bowiem nie powoduje ostrych spraw zapalnych.

Urazowe zwichnięcie oczodołowego gruczołu łzowego. (La luxation traumatique de la glande lacrymale orbitaire). Collob i Doret.

Do lecznicy okulistycznej imienia Rothschilda (w Genewie) przyprowadzono 5-letniego chłopca, który upadł z wysokości 3 metrów na ostre kamienie i rozciął sobie górną powiekę prawego oka. Przez ranę wypadł gruczoł łzowy. Po starannem oczyszczeniu z pasku i ziemi i opłukaniu słabym roztworem sublimatu odprowadzono wypadnięty gruczoł aż do zagłębienia kostnego za górnym brzegiem oczodołu i spojono ranę kilkoma szwami głębokimi i powierzchownymi. Autorowie przeszukali literaturę urazowego zwichnięcia gruczołu łzowego i zestawili tablicę synoptyczną 18 opisanych dotąd spostrzeżeń. Co do postępowania leczniczego oświadczają się stanowczo za odprowadzeniem, a przeciw wyłuszczeniu zwichniętego gruczołu. Mimo bowiem, że po usunięciu gruczołu łzowego wytwarzanie łez nie ustaje, bo czynność tę zastępczo obejmują inne gruczoły, to jednak nie mamy prawa stąd wnosić, jakoby gruczoł ten był zbyt ważnym i nie mamy również prawa usuwać bez dość ważnych powodów narząd, który, bądź co bądź, bez trudu może być zachowany i może następnie dalej pełnić swą czynność. Jedynym powodem, któryby mógł usprawiedliwić wycięcie zwichniętego gruczołu łzowego, mogłoby być zapalenie ropne.

Przypadek porażenia nerwu współczulnego. (Syndrome oculaire sympathique). Quereghi.

U 55-letniej kobiety, która od dawna cierpiała na nerwobóle nadoczodołowe wystąpiło nagle osłabienie wzroku oka lewego. Badanie wykazało zmniejszenie szpary powiekowej lewej, przy równoczesnem znaczniejszem wystawianiu gałki ocznej, rozszerzeniu przednich żył rzęskowych, zaćmienie siateczkowate głębokich warstw rogówki, po nad którym przyblonek zmian nie okazywał, zmniejszenie czucia rogówkowego i znaczne zwięźenie źrenicy. Po atro-

pinie źrenica rozszerzyła się nieznacznie, ale regularnie. Wszystkie opisane zmiany odnosi autor do porażenia nerwu współczulnego. Nie mógł jednak dociec przyrody zmiany patologicznej, która porażenie to wywołała. Przypuszcza jednak, że zmiana ta nie była nsadowiona ani w górnym zwoju szyjnym, ani tem mniej w zwoju rzęskowym, a raczej gdzieś w przebiegu włókien między tymi dwoma zwojami, prawdopodobnie w okolicy lewej zatoki jamistej, gdzie nerw współczulny ma połączenie z pierwszą gałęzią nerwu trójdzielnego. W ten sposób możnaby połączyć nerwobóle z objawami porażennymi.

Leczenie odwinięcia powiek zapomocą galwanokaustyki połączonej z blefarorafią. (Traitement de l'ectropion par la cautérisation ignée de la conjonctive et la blepharorrhaphie). Thilliez.

Autor przypomina polecony przez siebie sposób operowania znaczniejszych stopni odwinięcia powieki przez galwanokaustyczne przypalanie wywiniętej spojówki i zeszywanie brzegów powiekowych przynajmniej na połowie długości szpary powiekowej. Zeszyte powieki rozdziela nanowo po upływie 4 tygodni. Wyniki uzyskane tym sposobem w wypadkach ciężkich i uporeczywych są zupełnie zadawalniające i trwałe. Obecnie przyjmuje autor odmianę swego sposobu zaleconą przez J o e c q s'a, który nie zszywa powiek od kącika zewnętrznego, lecz wykonywa blefarorafię w środku szpary powiekowej i rozdziela powieki nanowo po upływie dwóch tygodni. Wyniki są również dobre, a leczenie o połowę krótsze.

Nr 12. *Zaburzenia oczne w zakażeniach, wywołanych przez trypanosomy.* (Les affections oculaires dans les trypanosomiases). M o r a x.

Autor przechodzi kolejno różne choroby zwierząt, wywołane zakażeniem drobnoustrojami, objętymi ogólną nazwą trypanosomów, a więc choroby koni, psów, bydła rogatego, wielbłądów jak *nagana*, *surra*, *mboři*, *souma*, *caderas*, *durine*, a nakoniec tegoż samego rodzaju zakażenie, występujące w strefach zwrotnikowych u ludzi pod postacią t. zw. choroby snu. Omawia on zaburzenia oczne, jakie w przebiegu tych chorób u zwierząt i u człowieka występują. Zakażenia zwierzęce częściej dają powód do różnych powikłań ocznych aniżeli choroba snu. U zwierząt występuje ropne zapalenie spojówek i powiek, prowadzące nieraz do zniszczenia rogówki, a nawet gałki ocznej, zapalenie rogówki mięsaszowe, ustępujące w niektórych przypadkach bez śladu. Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, wreszcie zmiany w siatkówce i naczyniówce. W przy-

padkach choroby snu u ludzi spostrzegano *chorioretinitis, iritis i oedema palpebrarum*.

Łzawienie, a sinusitis maxillaris. (Larmoiment et sinusite maxillaire). Cabannes et Villemonte.

Łzawienie występuje wogóle albo wskutek utrudnienia odpływu łez, albo wskutek zwiększonego ich wydzielania. Do przypadków tej ostatniej kategorii zaliczają autorowie łzawienie towarzyszące otokom ropnym jamy Highmor'a. Dwa takie spostrzeżenia przytoczone są w powyższej pracy. W jednym przypadku łzawienie ustąpiło po dwukrotnem nakłuciu zatoki górnej szczęki i wypuszczeniu z niej ropy, w drugim po wyjęciu zepsutych zębów, połączonem również z wypływem ropy z jamy Highmor'a. Łzawienie w takich przypadkach występuje nagle i znamionuje się tem, że łzy nie spływają po twarzy, tylko oko napęcznieje i nie płynie, poczem spływają one przez przewód do nosa i wywołują potrzebę użycia chustki. Objaw ten najsilniej występuje rano po obudzeniu się. Punkciki łzowe, woreczek i przewód noso-łzowy zmian nie okazują i wstrzyknięty płyn z łatwością przepuszczają, widocznie zatem łzawienie zależy od wzmożonego wydzielania. Dla ułatwienia rozpoznania należy wypytywać chorych, czy nie miewają czasem ropnego wypływu z nosa i w każdym przypadku badać przedmiotowo jamę nosa i jej zatoki. Zwiększenie wydzielania łez przy *sinusitis maxillaris* można uważać za objaw odruchowy, zarówno bowiem oko, jak jama Highmor'a zaopatrzone są przez gałązki nerwu trójdzielnego. Można też tłumaczyć je poprostu blizkiem sąsiedztwem dość dużego zbiornika ropy. Nakoniec pewną rolę może tu odgrywać również kollateralne obrzmienie ścian przewodu noso-łzowego, utrudniające w pewnym stopniu odpływ łez do nosa.

Trzy nowe przypadki jaskry urazowej. (Trois nouveaux cas de glaucome traumatique). Villard.

O możliwości powstania jaskry w następstwie tępego urazu pisał już autor w jednej ze swych prac. (Porównaj «Postęp okulistyczny» r. 1906, str. 61). W ostatnich czasach miał on sposobność spostrzegać jeszcze 3 podobne przypadki i ogłasza je obecnie w uzupełnieniu dawniejszej swej kazuistyki.

Badania nad bystrością wzroku. (Recherches sur l'acuité visuelle). Pergens.

Autor zdaje sprawę z dalszego szeregu szczegółowych badań nad właściwościami bystrości wzrokowej. Analizuje on czynniki, od których zależy większa lub mniejsza łatwość rozróżniania przed-

miotów. Dla uproszczenia zagadnienia bierze za podstawę swych dochodzeń dostrzegalność postaci pewnych prostych figur geometrycznych, oczywiście w możliwie jednakich warunkach zewnętrznych, jak oświetlenie, stopień adaptacji, barwa znaków, rodzaj ła etc. Oprócz wielokątów, ograniczonych bokami prostolinijnymi przeprowadził Pergens badania nad dostrzegalnością wielokątów umiarowych, których niektóre boki zostały zastąpione odcinkami koła na wielokącie opisanego. Poszukiwania te wykazały, że *maximum* dostrzegalności uzyskujemy dla tych wielokątów (czworoszeście- i ósmiokątów) które powiększyliśmy odcinkami koła opisanego na bokach wprost przeciwległych. *Minimum* dostrzegalności okazują wielokąty, na których odcinki koła opisanego sąsiadują ze sobą. Łatwą dostrzegalnością odznaczają się wreszcie te wielokąty umiarowe, w których co drugi bok zastąpiony jest odcinkiem koła opisanego.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 11. *Przyczynek do nauki o pierwotnych nowotworach barwиковych oczodołu.* (Contribution à l'étude du chromatophorome primitif de l'orbite). Van Duyse.

Ogólnem jest zdanie, że prawdziwe mięsaki barwиковe mogą powstawać pierwotnie tylko w takich narządach, które posiadają barwik już w stanie prawidłowym, a zatem np. w skórze, w naczyniówce, w tęczówce. Autor podaje opis spostrzeżenia odnoszącego się do 47-letniego mężczyzny, który zmarł w klinice chorób wewnętrznych w Gandawie i u którego sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci przerzutowego mięsaka barwиковego wątroby. Pierwotne ognisko nowotworowe znajdowało się w oczodole prawym. Prócz tego istniały ogniska przerzutowe w skórze powiek. Autor w dłuższym wywodzie wykazuje, dlaczego w tym przypadku guz pozagątkowy musi być uważany za pierwotny punkt wyjścia sprawy nowotworowej, a temsamem obala wyżej wymienione utarte zapatrywanie, odnoszące się do umiejscowienia mięsaków barwиковych.

Nowy model kampimetru. (Etude d'un nouveau modèle de campimètre). A u b a r e t.

Jest to krążek z ebonitu, na którym z jednej strony wryty jest zwyczajnych rozmiarów graficzny szemat pola widzenia, a z dru-

giej znajduje się empirycznie sporządzona okrężna podziałka, oraz ruchoma wskazówka, podobna do wskazówki barometru. W środku krążka przymocowana jest mała skrzyneczka z walcem w środku, na który nawinięta jest mocna nitka, i który pozostaje w połączeniu z osią wskazówki. Do końca nitki przymocowany jest znaczek do badania granic pola widzenia. Jest to kostka, której cztery boczne ścianki pomalowane są na kolor biały, czerwony, zielony i niebieski. Kostka ta może być dowolnie którąkolwiek z tych ścianek zwróconą do oka badanego. Rozmiary pola widzenia oznacza się w ten sposób, że, trzymając krążek w odległości 15 cm od oka badanego posuwamy kostkę od środka ku obwodowi, wyciągając wraz z nią przez odpowiednią szczelinę nitkę ze skrzyneczki, przez co wałek zostaje wprowadzony w ruch obrotowy, który za pośrednictwem kółek zębatach udziela się wskazówce, a ta na okrężnej skali wskazuje w chwili, gdy badany znaczek widzieć przestaje, wprost stopień łukowy do którego sięga granica pola widzenia. Stopień ten można od razu zaznaczyć kredką na wyrytym na krążku szematcie pola widzenia. Sprężynka zawarta w oku sprawia, że po wypuszczeniu z palców kostki nitka nawija się nań z powrotem, przyciągając znaczek do środka na sposób pasków mierniczych w okrągłych blaszanych pudełkach, jakich używają geometrycy. Kostkę można przesuwając od środka kolejno we wszystkich południkach, wyciągając nitkę ze skrzyneczki wzdłuż promienistych linii szematu, wyrytych na ebonitowym krążku. W taki sposób możemy z wystarczającą dokładnością oznaczyć postać i rozmiary pola widzenia, względnie jego zwężenia lub ubytki i to tak dla barwy białej, jak i dla innych kolorów. Krążek ebonitowy jest płaski i poruszenia kostki odbywają się w jednej płaszczyźnie, uzyskane zatem wymiary odpowiadają stycznej kąta, który stanowi miarę rozwarłości pola widzenia. Transmisja jednak, przenosząca obrót walca na oś wskazówki jest tak obliczona, że na okrężnej skali, umieszczonej na odwrotnej stronie krążka, odczytujemy wartości nie *tan*g kąta rozwarłości, lecz wprost wielkość tego kąta w stopniach łukowych zupełnie tak samo jak na zwyczajnych perymetrach z ruchomym ramieniem łukowym. Opisany kampilometr posiada wszystkie zalety i dogodności przenośnych przyrządów do badania pola widzenia, daje się zatem użyć we wielu przypadkach ciężkich chorób wewnętrznych, w chorobach nerwowych, w porażeniach i wogóle u chorych obłożnych, których nie można sprowadzić do gabinetu ordynacyjnego, ani usadzić przed zwyczajnym perymetrem.

Srodkowy ubytek w polu widzenia w przypadkach niedowidzenia wrodzonego i związek tegoż z nieprawidłowościami porodu. (Du scotome central dans l'amblyopie congenitale et de son rapport avec l'accouchement). Scrinii i Fortin.

Na podstawie 45 własnych spostrzeżeń niedowidzenia wrodzonego wykazują autorowie istnienie w przypadkach tych względnego, lub nawet bezwzględnego ubytku w środku pola widzenia. Utrzymują oni, że amblyopia wrodzona polega na niedostatecznym rozwoju, lub też na zaniku skutkiem uszkodzenia w czasie porodu wiązek włókien nerwu wzrokowego, zaopatrujących plamkę żółtą. Scrinii wykazał już poprzednio, że u noworodków, które na świat przyszły wśród ciężkiego porodu, przy użyciu kleszczy lub innych zabiegów położniczych często dają się wykazać wybroczyny w siatkówce. Powstawaniem takich wybroczyn możnaby zatem objaśniać uszkodzenie pewnych części siatkówki już od urodzenia istniejące i powodujące następnie niedowidzenie trwałe.

Porażenie mięśnia prostego dolnego wskutek urazu. (Paralyse traumatique du muscle droit inférieur). Cosmettatos.

Wskutek upadku z rusztowania, z wysokości 3 metrów, powstały obrzęk i krwawe podbiegnięcie powiek lewego oka u 21-letniego czeladnika malarskiego. Gałka oczna była silnie wysadzona i zwrócona rogówką ku górze i na zewnątrz. Po ustąpieniu obrzęku badanie podwójnego widzenia wykazało porażenie mięśnia prostego dolnego. Porażenie to w ciągu dni 15-tu ustąpiło bez śladu. Autor omawia różne sposoby powstania porażenia mięśni ocznych zewnętrznych w następstwie urazu. Może ono być trwałe, jeśli spowodowane jest przedarciem ścięgna lub samego mięśnia. Jeśli jest przemijającym, jak w przypadku opisanym, wtedy przypuścić należy ucisk spowodowany przez wylew krwi. Po wessaniu krwotoku mięsień wraca do stanu prawidłowego.

Przyczynek do anatomii oka krótkowzrocznego. (Contribution à l'anatomie de l'oeil myope). Terrien.

Na podstawie swych badań mikroskopowych dochodzi autor ostatecznie do wniosku, że zmiany w oku krótkowzrocznym są wyłącznie następstwem rozdęcia tylnego odcinka gałki, ale wbrew twierdzeniu Stillinga nie chodzi tu o sprawę chorobową identyczną lub przynajmniej analogiczną do sprawy, jaka się toczy w przypadkach wodooocza (*hydrophthalmus*), gdyż tam w równej

mierze cierpi także przedni odcinek gałki ocznej, Nie mniej jednak i przy myopii spotykamy zmiany w przedniej części oka, jak cofnięcie się rąbka zębatego, wygładzenie kąta łęczówkowego i rozstępy w błonie Descemeta. Zmiany te jednak nie mają nic wspólnego z jaskrą, która stanowi istotę wodocza. W oku krótkowzrocznym należy przypuścić wrodzoną podatność tylnego odcinka twardówki, sprzyjającą jej rozdęciu już pod wpływem prawidłowego ucisku śródocznego przy współdziałaniu różnych przypadkowych czynników drugorzędnych.

Wędrowki następowe soczewki zwichniętej pod spojówkę. (Les migrations secondaires du cristallin luxé sous la conjonctive). C a n t o n n e t.

Nawiązując do jednego spostrzeżenia z paryzkiej kliniki profesora Lapersonne'a podspojówkowego zwichnięcia soczewki wskutek urazu zestawia autor 85 podobnych przypadków z literatury i omawia szczegółowo sprzyjające warunki, mechanizm takiego zwichnięcia i kierunek wędrowki, jaką odbywa soczewka. Zwichnięcie soczewki pod spojówkę jest wogóle zdarzeniem rzadkiem. Desbrières i Bargy na 392 przypadków urazu ocznego spostrzegali dwa razy, a Homburg na 520 urazów ocznych również dwa tylko przypadki podspojówkowego zwichnięcia soczewki. Autor twierdzi, że wędrowka soczewki odbywa się dopiero następowo i nie bywa bezpośrednio wywołaną przez uraz. Czynnikiem sprzyjającymi są: obecność niepękniętej torebki soczewkowej, która utrzymuje soczewkę w całości i łatwiej pozwala się jej wyśliznąć przez ranę twardówkową. Obecność nabiegu wodnisteo pod spojówką gałki, który spojówkę tę podnosi i stwarza miejsce dla zwichniętej soczewki; wreszcie w pewnych przypadkach odgrywa rolę siła ciężkości, soczewka bowiem własnym ciężarem opuszcza się ku dołowi i zajmuje najniższe miejsce pod spojówką. Bezpośrednią przyczyną, wywołującą wydobycie się soczewki pod spojówkę przez ranę wywołaną urazem bywa albo uraz ponowny, wstrząśnienie ogólne, mimowolne uciśnięcie oka (podczas snu), albo silny skurcz mięśnia obrączkowego. Za słusznością przypuszczenia następowych wędrowek soczewki zwichniętej przemawia okoliczność, że w bardzo wielu przypadkach nie znajduje się ona pod spojówką w najbliższej okolicy pęknięcia twardówki, lecz w innych miejscach najczęściej niżej położonych. Widocznie zatem obsuwa się ona mocą ciężkości pomiędzy spojówką a twardówką ku dołowi.

Berl. klin. Wchschrift. 1906. (Referent Dr W. Reis).

Nr 47. *Przyczynki do nauki o zaburzeniach wzrokowych i ślepotcie w następstwie schorzenia tylnej komórki siłowej i jamy kości klinowej.* (Beiträge zur Lehre der durch Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle und der Keilbeinhöhle bedingten Sehstörung und Erblindung). Onodi.

Na licznych rycinach objaśnia autor stosunek anatomiczny nerwu wzrokowego i skrzyżowania nerwu do jam wyż wymienionych, które częstokroć tylko przez cienką jak bibułka ściankę kostną oddzielone są od nerwu wzrokowego. Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego oraz zanik jego mogą być zależne od zmian chorobowych w jamach i nieprawidłowego ich stosunku do nerwu. Przedmiot ten ma być przez autora obszerniej opracowany w większej pracy.

Nr 47. (Sprawozd. z Tow. lek. berl.).

O prądach w przedniej komórce. (Über eine Strömung in der vorderen Augenkammer). Türk.

Na istnienie prądów w cieczy komórkowej zwrócił uwagę Ehrlich. Skoro królikowi wstrzyknie się w dostatecznej ilości fluorescynę do dróg chłonnych lub krwionośnych, to po krótkim czasie występuje w środku przedniej komórki pionowa zielona linia barwika. Linia ta zmienia szybko postać i położenie: pozostaje linia pojedyncza przez całą długość komórki przedniej albo rozwidla się na obu końcach, szczególnie zaś na górze, na dwa ramiona lub wreszcie może wystąpić jako obraz ujemny, jako bezbarwna linia środkowa między lekko zielono zabarwionymi półkami komórki przedniej. Autor podaje wyjaśnienie tego zjawiska, powołując się na znany z doświadczalnych badań fakt, że ściany komórki przedniej nierówną posiadają ciepłotę. Tylne ściana—tęczówka i soczewka—jest cieplejszą od ściany przedniej, utworzonej przez rogówkę wystawioną na działanie powietrza atmosferycznego i doznającą ciągłego ochładzania przez wyparowanie cieczy na jej powierzchni. Różnice w ciepłocie ścian powodują powstanie prądów a przebieg ich zależnym jest od postaci komórki przedniej (postać szkiełka zegarkowego). Przy znacznem podobieństwie w budowie oka ludzkiego i króliczego przypuszczać można, że należyte tłumaczenie opisanego zjawiska przyczynić się może do zrozumienia ruchu cieczy w oku ludzkim. Postać trójkątna wysięków na tylnej ścianie rogówki w zapaleniu tęczówki

i ciała rzęskowego jest według T. prawdopodobnie zależną od istnienia prądów w komórce przedniej oka ludzkiego.

Nr 51. (Tow. lek. berl.).

Doświadczalne badania nad działaniem przekrwienia zastoinowego Bier'a na narząd wzrokowy. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Bier'schen Stauung auf das Auge). Wessely.

Autor starał się doświadczalnie zapoznać się ze sposobem działania przekrwienia zastoinowego na oko. Do doświadczeń użył 65 królików, 15 kotów i 9 psów. Do próbnego założenia opaski szyjnej nadają się najlepiej króliki, już po 12—24 godzinach powstaje znaczny obrzęk całej głowy, która zamienia się wprost w bezkształtną bryłę. Spojówka gałkowa wykazuje również mniej lub więcej znaczny obrzęk a cała gałka jest wysadzona. W narządach zaś wewnętrznych oka przekrwienie albo wcale nie występuje albo tylko wyjątkowo i to w nieznacznym stopniu.

Przekrwienie naczyń siatkówkowych można oglądać wziernikiem; dla stwierdzenia zaś przekrwienia naczyń ciała rzęskowego posługiwał się autor metodą pośrednią. Naczynia ciała rzęskowego posiadają tę właściwość, że w stanie prawidłowym wydzielają tylko nieznaczne ilości białka do cieczy komórkowej, a prawie zupełnie nie przepuszczają fluorescyny wstrzykniętej do dróg krwionośnych ustroju. Z chwilą jednak wystąpienia choćby najlżejszego tylko przekrwienia naczyń, przepuszczają one białko lub fluorescynę w znacznie wzmożonej ilości, tak że wprost z procentowego oznaczenia tych ciał w komorze przedniej, możemy wnosić o stopniu przekrwienia naczyń ciała rzęskowego.

Daleko silniejsze objawy ze strony oka występują przy użyciu bezpośrednim baniek ssących. Począwszy od ciśnienia manometrycznego 20 mm Hg występuje obrzęk powiek, spojówki gałkowej i znaczne wysadzenie gałki ocznej — oko królika daje się wprost wciągnąć do wnętrza bańki. Gdy ciśnienie przewyższa 100 mm Hg występują liczne krwotoki podspojówkowe. Przekrwienia zaś wnętrza oka, podobnie jak przy opasce szyjnej, nie można również zauważyć.

Zachowanie się ucisku śródocznego mierzył autor własnym przyrządem, stale zapisującym wahania w napięciu gałki i stwierdził, że ucisk śródoczny przy założeniu opaski szyjnej nieznacznie się tylko podwyższa, przy bańkach zaś ssących dochodzi do znacznej wysokości (80 mm Hg), utrzymuje się przez cały czas czynności ssącej przyrządu, by po zdjęciu bańki ustąpić miejsca znacznemu obniżeniu ucisku śródocznego.

Lecznicze więc zastosowanie przekrwienia zastoinowego w głębokich zapaleniach narządu wzrokowego nie może odnieść dodatnich wyników, czy zaś opłaca się stosować ten zabieg, w każdym razie niezupełnie bezpieczny, w zapaleniach zewnętrznych oka — odpowiedź na to pytanie pozostawia W. dalszym klinicznym badaniom.

Deutsche med. Wchschrift. 1906. (Referent Dr W. Reis).

Nr 44. *O dowolnem rozszerzaniu źrenic.* (Ueber willkürliche Erweiterung der Pupillen). E. Bloch.

Autor spostrzegał u chorego, stale nadużywającego morfiny objaw dowolnego rozszerzania źrenic. Pacjent jest w stanie objaw ten wywołać na żądanie w sposób następujący: siada w środku pokoju z głową w tył odrzuconą, wzrok kieruje ku powale i podczas tego myśli usilnie o rozszerzeniu źrenic, łamując równocześnie oddech. Po 3—4 sekundach występuje wybitne rozszerzenie źrenic. Na pozór wydawałoby się mogło, że rozszerzenie źrenic jest może następstwem chwilowego nagromadzenia się beżwodnika kwasu węglowego, podczas zatrzymania oddechu, objaw ten jednakże występuje i przy wolnem oddechaniu. Spostrzeżenie to może, zdaniem autora, wpłynąć na zmianę dotychczasowych pojęć o ośrodku źrenicznym. Według dzisiejszych zapatrywań ośrodek dla ruchu źrenic leży podkorowo albo w przednich wzgórkach czworaczych albo w rdzeniu przedłużonym. Jeśli zaś ktoś jest w stanie pod wpływem woli rozszerzać swe źrenice, to musimy ośrodek dla ruchu źrenic przenieść tam, gdzie znajdują się ośrodki dla ruchów dowolnych t. j. do kory mózgowej. Dotychczasowe ośrodki stałyby się wówczas ośrodkami drugiego rzędu. Przypadek spostrzegany przez autora zdaje się potwierdzać zapatrywania Haaba i Monakowa, którzy przypuszczają istnienie włókien nerwowych idących z kory mózgowej do ośrodka źrenicznego, których podrażnienie udziela się w następstwie włóknom źrenicznym.

Nr 45. *O rodzinnem zwyrodnieniu rogówki.* (Über die familiäre Hornhautentartung). Velhagen.

Autor zalicza trzy przypadki przez siebie spostrzegane do rzędu znanych już i opisanych dziedzicznych i rodzinnych schorzeń oka, które Groenou w nazywa zaćmieniem guzkowatym rogówki, a Haab zaćmieniem kratkowatym. Obrazy kliniczne odpowiadały w zupełności tym postaciom chorobowym z tem tylko nadmienienie-

niem, że w przypadkach przez autora spostrzeganych były owe plamiste i guzkowate zaćmienia na rogówce połączone z zaćmieniami linijnymi, co przemawiałoby tembardziej za jednolitą istotą obu tych zmian chorobowych.

Nr 47. *Uwagi co do oceny lekarskiej wpływu zmniejszenia się bystrości wzroku na zdolność zarobkowania.* (Bemerkungen zur aerztlichen Begutachtung des Einflusses der Sehschärfenverringierung auf die Erwerbsfähigkeit). Schmidt-Rimpler.

Nr 48. *Anatomiczno-patologiczne badania oczu w dwóch przypadkach kiły wrodzonej.* (Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita). Schlimpert.

Autor przedsięwziął poszukiwania za krętkiem bladym we wszystkich częściach gałki ocznej u wymiękłego, przedwcześnie urodzonego płodu i u płodu donoszonego zmarłego w 14 dni po urodzeniu. U matek stwierdzona była kiła. Po przeprowadzeniu szczegółowego badania obu ocz dochodzi S. do następujących wniosków: przede wszystkim zwraca uwagę autora stosunkowo mała ilość krętków w narządzie wzrokowym w porównaniu z ogromną ilością tychże w innych wewnętrznych narządach przy kile dziedzicznej. Także w świetle naczyń było krętków zawsze znacznie więcej. Naczyniówka, jako narząd najbardziej unaczyniony, jest w kile dziedzicznej siedliskiem zmian najcięższych. Znaczenie krętka bladego w gruczole łzowym przyczynia się do obalenia hipotezy Förstera, według której gruczoł łzowy miał być odporny przeciw kile; stwierdzenie zaś tych pasożytów w mięśniach ocznych wytlómaczyć może powstawanie zezą u dziedzicznie kiłą obciążonych nie tylko schorzeniem układu nerwowego lecz wprost zmianami chorobowymi w samych mięśniach ocznych.

Krętek bladey w oku ludzkim. (Spirochätenbefunde im menschlichen Auge). Bab.

Autor dochodzi na podstawie szczegółowego badania oczu u wymiękłego, również przedwcześnie urodzonego płodu do podobnych wyników, jak autor pracy poprzedniej. Poza tem zwraca B. uwagę na zachowanie się krętków w rogówce, w której znaleźć je tylko można w głębszych warstwach. Zgadza się to z klinicznym doświadczeniem, gdyż przy mięszowem zapaleniu rogówki brak jest zupełny zmian powierzchniowych przybłonka. Gęściejsze rozmieszczenie zmian chorobowych na obwodzie naczyniówki może być zależnem od rozdziału naczyń. Soczewka zdaje się być w rze-

czywistości odporną przeciw kile, gdyż w soczewce był brak krętka bladego, także ciało szkliste pozostaje wolnem od krętka. Podobnie jak w soczewce torebka soczewkowa, tak dla ciała szklistego stanowi pokład barwikowy wał ochronny przed wkroczeniem krętka bladego.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. R. XLIV. T. I. czerwiec 1906. (Ref. Dr Liebermann).

Dwa przypadki zranienia oka przez krótkie spięcie elektryczne. (Zwei Fälle von Verletzungen des Auges durch elektrischen Kurzschluss). Dr Lundsgaard — Kopenhaga.

Skutkiem krótkiego spięcia elektrycznego spostrzegał autor w dwóch przypadkach zmiany na dnie oka przypominające zmiany, jakim ulega siatkówka przy wpatrywaniu się w słońce, gdzie na dnie oka tworzy się niejako obraz widzianego przedmiotu.

Neuritis retrobulbaris po oparzeniu skóry. (Neuritis retrobulbaris nach Hautverbrennung). Dr Lindenmeyer — Frankfurt nad Menem.

W dwu przypadkach, po stosunkowo nie bardzo rozległym oparzeniu skóry, nastąpiło w niejaki czas później obustronne zapalenie nerwu wzrokowego.

O leczeniu krótkowzroczności. (Zur Behandlung der Myopie). H. Sattler — Lipsk.

Autor jest zwolennikiem pełnej korekcyi i mniema, iż można w ten sposób zapobiedz postępowi dalszemu cierpienia pod warunkiem, jeżeli chory zachowa zawsze odpowiedni kierunek i odległość przy pracy z bliska.

O wrodzonym zboczeniu rozwojowem oka (nitkowaty wzrost blaszki barwikowej tęczęwki z rogówką). (Eine auffallende Entwicklungsanomalie der Augen (Strangförmige Verbindung zwischen Hornhaut und Pigmentblatt der Iris). Dr Herbst — Barmen.

W obu oczach osobnika zresztą zdrowego i prawidłowo rozwiniętego odchodził od warstwy barwikowej tęczęwki korkociągowato skręcony postronek, który w prawem oku był zrosnięty z rogówką,

w lewym oku zaś zrost był przerwany. Miejsce zrostu wykazywało pewne zaćmienie, w lewym zaś oku naprzeciwko przyczepu postronka widać w rogówce również plamkę.

Jakichkolwiek śladów przebytego zapalenia wysiękowego tęczówki brak.

R. XLIV. T. II. wrzesień 1906.

O nowym objawie ocznym w przebiegu choroby Basedowa. (Ueber ein neues Angensymptom bei Morbus Basedowii): H. Gifford — Omaha-Nebraska.

Autor zauważył, że w bardzo wczesnych okresach choroby Basedowa, powieka górna daje się tylko z trudem odwinąć, a po odwróceniu powieki widać bladą niedokrewną spojówkę.

Choroby oczne a erythema nodosum. (Augenerkrankung und erythema nodosum). Dr Wilhelm Reis — Bonn.

U pewnego chorego następowały częste nawroty zapalenia ropnego jagodówki i ciała rzęskowego. Jako powód wykryto chorobę skórną (*erythema nodosum*).

O stosowaniu alypiny w okulistyce. (Alypin in der Augenheilkunde). Dr W. Zimmermann — Görlitz.

Autor zachwala alypinę jako zupełnie nieszkodliwy, nie działający na akomodację, a parcie śródoczne obniżający środek znieczulający. Do podskórnych wstrzykiwań używał 1⁰/₀-ego, do zakraplań 5⁰/₀-ego roztworu. Aby usunąć zaczerwienienie, jakie skutkiem rozszerzenia naczyń alypina powoduje, dodawał autor nieco roztworu adrenaliny (1:1000).

R. XLIV. T. II. październik 1906.

Leczenie początków zaćmy starczej wstrzykiwaniami jodku potasu. (Die Behandlung der Cataracta senilis incipiens mit Einspritzung von Kaliumjodatium). Dr v. Pflugk — Drezno.

Pod wpływem zastrzyknięć jodku potasu udało się autorowi powstrzymać postęp a nawet zmniejszyć sprychowate zaćmienia początkowej katarakty. Po dokładnem znieczuleniu zastrzykuje roztwór KJ (kalii jodati 0 2, Natrii chlor. 0 20, Aq. dest. 10) z dodatkiem jednej kropli 1⁰/₀ roztworu akoiny na każdy gram roztworu KJ.

Wstrzykuje początkowo co drugi dzień $\frac{1}{2}$ strzykawki Praważy w późniejszych dniach $\frac{3}{4}$ strzykawki. Leczenie trwa około 4 tygodni.

Badanie pola widzenia oka przystosowanego do ciemności, z szczególnem uwzględnieniem odczepienia siatkówki. (Die Untersuchung des Gesichtsfeldes bei Dunkeladaptation mit besonderer Berücksichtigung der Solutio Retinae). Dr K. Star-gard t — Kilonia.

Badanie pola widzenia oka przystosowanego do ciemności daje daleko dokładniejsze wyniki, niż zwykłe badanie.

O zapaleniu spojówki ze szczególnego rodzaju wydzieliną, której przyczyną był streptococcus mucosus. (Ueber eine Konjunktivitis mit eigentümlicher Secretion und den Streptococcus mucosus als Erzeuger). Dr R. Wirtz — Strassburg.

Autor opisuje przypadek zapalenia spojówkowego, w którym wydzielina była gęstą jak żelatyna i silnie do spojówki przylegała. Typowe leczenie lapisem nie odnosiło skutku, a nawet sprawa chorobowa pogorszyła się. Choroba ustąpiła dopiero pod wpływem obfitego zmywania spojówki 3% roztworem chlorku potasowego (*kalichloricum*).

O wpływie zastoiny w głowie (sposobem Biera) na oko prawidłowe i na niektóre choroby oczne. (Einwirkungen der Stauungshyperämie als sog. Kopfstauung (nach Bier) auf das normale Auge und den Verlauf gewisser Augenkrankheiten). Dr Hoppe — Kilonia.

Wyniki swoich badań streszcza autor w następujących zdaniach:

1) Stosowanie zastoiny w głowie wymaga ze strony lekarza znacznego ćwiczenia, gdyż zabieg ten może się stać szkodliwym.

2) Stosować można ten sposób leczenia tylko w przypadkach opierających się wszelkim innym sposobom leczenia.

3) Mierna zastoina (za pomocą opaski na szyi) rozprzestrzenia się wszędzie i przechodzi aż na osłonki oka.

4) Wynikiem zastoiny jest zmniejszenie bolesności, a w niektórych przypadkach i zwiększenie wessania patologicznych wydzielin.

5) W czasie zastoju biernego można stwierdzić daleko wybitniejsze działanie atropiny na oko aniżeli w warunkach prawidłowych.

Przyczynę do leczenia retinitis pigmentosa podspojówkowemi zastrzykiwaniami soli kuchennej. (Zur Therapie der Retinitis pigmentosa durch subconjunctivale Kochsalzinjectionen). Dr Edmund Redslob — Berno.

Zachęcony względnie dodatnimi wynikami osiągniętymi w klinice bazylejskiej, postanowił autor przeprowadzić doświadczenia co

do wpływu soli kuchennej na barwikowe zwyrodnienie siatkówki. W obydwu jednak przypadkach, w których ten sposób leczenia zastosował — wynik był wprost przeciwnym, nastąpiło bowiem znaczne pogorszenie, a pole widzenia znacznie się zacieśniło.

R. XLIV. T. II. lipiec—sierpień 1906.

O zapaleniu rogówki skutkiem zatrucia antypiryną. (Ueber Antipyrinkeratitis). Michigasu Inouye — Uchi-Saiwai-Cho, Tokio.

Po zażyciu 1·80 gr antypiryny, wystąpiły u 48-letniej chorej, objawy zatrucia pod postacią obrzęków. Na obu rogówkach powstały owrzodzenia. Pod wpływem dioniny 2% i okładów z wody borowej choroba ustąpiła.

Przyczynę do nauki o uszkodzeniach oka sztucznymi barwnikami anilinowymi. (Beitrag zur Schädigung des Auges durch künstliche Anilinfarben). Dr R. Mellinghoff — Dysseldorf.

Jadowitość barwików anilinowych wzmaga się w miarę wzrostu ich zasadowości. Wogóle, mimo ciężkich początkowo objawów, wynik leczenia jest zazwyczaj dosyć dobrym. Objawy chorobowe polegają na silnym obrzęku i niebieskiem zabarwieniu spojówki i przybłonka rogówkowego. Wszystkie te zmiany pod wpływem okładów z wody borowej ustępują. W świeżych przypadkach wskazanem jest przemycie oka 5%—10% roztworem tanniny.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1906. (Referent K. W. Majewski).

Nr 12. *Zachowanie się fizjologicznych czynności siatkówki w przypadku wrodzonego niedowidzenia.* (Fonctions rétiniennes dans un cas d'amblyopie congénitale). Połack.

Jako niedowidzenie wrodzone (*amblyopia congenita*) określamy jak wiadomo takie od urodzenia trwające upośledzenie bystrości wzroku, przy którym nie stwierdzamy ani żadnych zaćmień w środkach łamiących oka, ani też żadnych przy pomocy wizernika dostrzegalnych zmian na dnie oka. W jakich jednak rozmiarach i w jakim stopniu upośledzoną jest siatkówka w przypadkach takich w swych różnych czynnościach fizjologicznych co do tego są zdania autorów bardzo podzielone. Dlatego to autor, korzystając

z przypadku wrodzonego niedowidzenia na jednym oku u pewnej młodej kobiety, która będąc artystką malarką była w stanie przy różnych podmiotowych sposobach badania ściślej i dokładniej robić spostrzeżenia, stara się zagadnienie to nieco rozwikłać. Przeprowadziwszy u tej osoby przy użyciu specjalnych przyrządów ściśle badanie bystrości wzroku naosiowej, oraz bystrości co raz to bardziej obwodowych częściach siatkówki dalej pola widzenia, poczucia barw, pobudliwości świetlnej, powidoków dodatnich i ujemnych, plamy Mariotte'a i plamy Maxwella, a wreszcie widzenia obuocznego, przekonał się, że oko z niedowidzeniem wrodzonym we wszystkich tych kierunkach nie różniło się wcale od drugiego oka zdrowego, z wyjątkiem tylko znacznego upośledzenia ($\frac{1}{40}$) bystrości wzroku naosiowej. Mimo tak znacznej różnicy w sile wzroku istniało jednak prawie zupełnie dobre widzenie obuoczne. Najwidoczniej zmiana wrodzona, która to upośledzenie powoduje musi się ograniczać do wrażliwych składników plamki żółtej. Rozwiązanie zagadnienia, jakiego rodzaju może być ta zmiana, pozostawia autor przyszłym badaniom histologicznym odnośnych przypadków.

Kilka przypadków szkodliwego działania protargolu.
(De quelques méfaits du protargol). Moreau i Grandclément.

W 3 przypadkach u dzieci z lekkim stopniem śluzoropotoku spojówek wystąpiło po zastosowaniu 50% protargolu znaczne pogorszenie i przyszło do powstania owrzodzeń rogówkowych. Aby wyświecić, o ile w tych przypadkach obwiniać należy protargol o wywołanie tego pogorszenia, przeprowadzili autorowie szereg badań doświadczalnych na królikach. Wpuszczali do jednego oka roztwór protargolu 50%, a do drugiego bądźto lapis, bądź też protargol, ale albo w roztworze słabszym, albo przeciwnie w postaci proszku. We wszystkich przypadkach zeszywali tymczasowo powieki, aby wykluczyć przy powstawaniu owrzodzeń wpływ zewnętrznych urazów. We wszystkich przypadkach na oku, w które zapuszczali 50% protargol lub proszek powstawały owrzodzenia na rogówce, drugie zaś oko, które dostawało bądź to lapis, bądź słabszy protargol nie ulegało zmianie. Z doświadczeń tych wnoszą autorowie, że protargol w roztworach silniejszych (50%) nie jest bynajmniej obojętny dla rogówki nawet wtedy, gdy jest wedle przepisu t. j. na zimno rozpuszczony i świeżo przygotowany. Dlatego to w przypadkach śluzoropotoku u noworodków zalecają oni używać protargolu co najwyżej 30%, który napewne nie przedstawia dla rogówki żadnego niebezpieczeństwa.

Ctrblt. f. pr. Aghk. 1906. Z. 11. (Ref. Dr L. Gruder).

Zator arteriae centralis retinae z powodu tętniaka aorty. (Ein Fall von Embolie der rechten Netzhaut-Schlagader infolge von Aneurysma der Aorta). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dorożkarz 69-letni przy schyłaniu się nagle oślepnął na prawem oku. Lewe oko prawidłowe. Prawe, chore, widzi tylko ruchy ręki od strony skroniowej i daje typowy obraz, napotykaną przy zatorze tętnicy siatkówkowej: źrenica szeroka, nieruchoma, siatkówka w środkowej okolicy białawo-mętna, w środku mała, czerwona plamka. Wszystkie tętnice wąskie, przytem jasno-czerwone; naczynia żyłne są szersze od tętnic, lecz węższe i ciemniejsze od prawidłowych. Zastosowano codzienne mięsienie oka i JK, bez skutku.

Badanie organizmu wykazało białkomocz i niewyraźne tony serca. Następnie wykazano: *aneurysma aortae, bronchitis chronica i nephritis parenchymatosa chronica*. Badanie Roentgenem również wykazało silne rozszerzenie (*aneurysma*) *aortae ascendentis* i *arcus*.

Przebieg dalszy: Obrzęk siatkówki zwolna ustępował, naczynia krwionośne lepiej się wypełniały; bystrość wzroku nie poprawiała się, a wkrótce powstawały białe pasy, okalające tętnice na siatkówce.

1906. Z. 12.

Historyczne uwagi o sztucznych oczach. (Geschichtliche Bemerkungen über künstliche Augen). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

1. A. Paré pierwszy (1564) zalecił sztuczne oko ze złota emaliowanego z naturalnymi barwami do jamy ocznej u żyjącego człowieka, jeśli chodziło o upiększenie po zaniku gałki. Czy takie sztuczne oko było wtedy nowością, A. Paré o tem nie wspomina.

2. Wiele mumij egipskich ma w masce twarzowej sztuczne oczy, nader podobne do dzisiejszych.

3. Starożytni Rzymianie i Grecy ozdabiali swe posągi różnego rodzaju sztucznymi oczami z metalu lub pół-kruszców szlachetnych. Fabrykant takich sztucznych oczu nazywał się *faber ocularis*, gdy tymczasem lekarz nazywał się *medicus ocularis*.

Leczenie zatoru arteriae centralis retinae. (Zur Behandlung der Embolie der Netzhaut-Schlagader). Dr A. Schapring.

Autor mówi o zatorach, powstałych przez bańki powietrzne; które np. po kaszlu mogą się dostać do naczyń krwionośnych i spowodować zator tychże.

W takich wypadkach autor radzi jak najrychlej umieścić chorego w t. zw. komorze pneumatycznej i kazać mu wdechiwać przez dłuższy czas zgęszczone powietrze, przy zastosowaniu odpowiednich środków ostrożności.

O sztucznych oczach w Starym Meksyku i u innych narodów. (Ueber Kunstaugen aus Alt-Mexiko und bei einigen anderen Völkern). Dr Edward Pergens.

Autor miał sposobność widzieć w British Museum w Londynie różne rodzaje oczy sztucznych, wyrabianych u dawnych Meksykańczyków i ich sąsiednich narodów. Przeważna część była robioną ze szkła, metalu, kości perłowej lub drzewa, z naturalnemi barwami.

III. BIBLIOGRAFIA.

Dr Zygmunt Kramsztyk: *»Objawy kliniczne chorób oczu«* (2 tomy). Warszawa, 1907.

Wytwórczość oryginalnych prac okulistycznych treści monograficznej wzmogła się znacznie w ostatnim dziesięcioleciu, zwłaszcza od czasu, gdy powstał *»Postęp okulistyki«*, pierwszy i jedyny dotąd polski miesięcznik okulistyce poświęcony. Dzieł jednak treści zbiorowej, podręczników, książek pisanych w celach dydaktycznych piśmiennictwo nasze okulistyczne posiada dotąd bardzo niewiele. Obecnie poważny i doświadczony praktyk okulista obdarzył nas książką, w której ze szczerym zapętem do nauki i do nauczania zaznajamiania młodych adeptów okulistyki ze semiotyką chorób ocznych. Dzieło swemu daje autor zakres ograniczony, wyczerpując tylko część tych nauk i wiadomości, jakie obejmuje cała dziedzina okulistycznej wiedzy. Ogranicza się tylko do przedstawienia najprostszyc sposobów badania klinicznego, jakie przeprowadzić może każdy praktyk w swym gabinecie ordynacyjnym bez kosztownych i zawiłych przyrządów—i opisuje poszczególne objawy chorób ocznych, objaśniając ich powstanie i znaczenie. Pominięte są w tej książce milczeniem badania drobnowidowe, bakteryologiczne i ścisłejsze pomiary optyczne, wymagające urządzeń i przyrządów, w jakie mogą być wyposażone tylko bogate zakłady kliniczne i pracownie naukowe. Mimo tych ograniczeń urosło dzieło do dwóch sporych tomów, co się tłumaczy bardzo obszernem i gruntownem objaśnianiem każdego, drobnego nawet szczegółu z pomocą długich nieraz porównań i opisów robiących miejscami wrażenie wprost

popularnego wykładu. Zaprzeczyć się zatem nie da, że sposób przedstawiania rzeczy jest wszędzie nader jasny i przystępny. Bardzo wielką wagę kładzie autor i słusznie na należyte i na jednolitej zasadzie oparte uporządkowanie przedmiotu. Cała książka ułożona jest w tym porządku, w jakim systematyczne badanie chorób oka powinno się odbywać, przyczem kolejno omówione są wszelkie objawy, z jakimi przy takim badaniu można się spotkać. Autor odstępuje więc od utartej drogi przedstawiania typowych obrazów klinicznych poszczególnych chorób ocznych, a to, aby nie narzucać uczniom gotowych pojęć, lecz uczyć ich samodzielnego wnioskowania, i aby nie dopuszczać do niewolniczego włączania spostrzeganych przypadków w ciasne ramy określonych i tradycyjnie uznanych klinicznych jednostek chorobowych. W tym też właśnie układzie dzieła tkwi piętno jego oryginalności. Że skutkiem tego o jednej i tej samej chorobie musi być mowa we wielu miejscach książki, to jest to już tylko koniecznem następstwem niewzruszonego trzymania się przyjętej zasady układu wedle poszczególnych objawów, choćby należących do obrazu różnych chorób. W podręcznikach dyagnostyki, w których przedstawione są kolejno i w całości poszczególne choroby oczne, widzimy przecież, że muszą się naodwrot z analogicznych powodów wielokrotnie powtarzać opisy tych samych objawów. Nierozstrzygając pytania, jaki układ przedmiotu należy uważać za lepszy pod względem dydaktycznym, musimy się zgodzić, że konsekwencya w przeprowadzeniu jakiegokolwiek, na rozumnej podstawie opartego podziału stanowi zawsze wielką zaletę dzieła, i tę zaletę książce kol. Kramsztyka przyznać bezwarunkowo należy.

W pierwszym tomie omawia autor szeroko wywiady, przechodząc kolejno wszelkie skargi, z jakimi chorzy do okulisty się zgłaszają. Następny rozdział poświęcony opisowi spostrzeżeń, jakich nam dostarczyć może przyglądanie się choremu z daleka, a więc: wiek, zajęcie, ubiór, postawa, chód, trzymanie głowy, mrużenie oczu etc., przyczem autor objaśnia, jakie z tych spostrzeżeń wysnuwać możemy wnioski co do cierpienia ocznego. W trzecim rozdziale zestawione są systematycznie wszelkie objawy chorób oka, dające się stwierdzić badaniem zewnętrznem, gdy chory siedzi przed nami twarzą zwrócony ku światłu. Tu zaznajamia autor czytelnika z poszczególnymi objawami chorób powiek, spojówki, twardówki i rogówki, wreszcie ze zboczeniami w ustawieniu i ruchach oczu. Szkoda, że w tem miejscu niema choćby krótkiego objaśnienia sposobu Maddox'a wykazywania i mierzenia heteroforyi. Sposób ten niezmiernie łatwy w zastosowaniu i nie wymagający niczego więcej, jak tylko nżycia byle jakiego pręcika szkla-

nego daje przecież bardzo dokładne i nieraz bardzo ważne wskazówki rozpoznawcze.

W drugim tomie przeprowadza nas autor do ciemni i pierwszy rozdział poświęca opisowi zmian i objawów dostrzegalnych przy oświeleniu ogniskowem, a więc zaćmienia rogówki, zmiany w przedniej komorze, w źrenicy, w tęczęwce, w soczewce. Tu także mowa o napięciu śródocznem, dalej opis zaniku gałki ocznej, rzecz o jaskrze i bardzo dobre zestawienie porównawcze jaskry ze zaćmą. Dalszy rozdział obejmuje naukę o wzierniku i o wszelkich obrazach zmian, jakie nam wziernik w głębi oka odkrywa, a więc w soczewce, w ciele szklistem, w naczyniówce, siatkówce i nerwie wzrokowym. W tem miejscu pomieszcza też autor opis przedmiotowych sposobów oznaczania refrakcyi zapomocą wziernika i skiaskopu. Ostatni rozdział zawiera wyjaśnienie sposobów badania sprawności czynnościowej oka, jakie przeprowadzamy, usadzając chorego twarzą od światła. Tu zatem mowa o podmiotowych sposobach oznaczania bystrości wzroku, refrakcyi, akomodacyi, pola widzenia, poczucia barw, widzenia zdwojonego i poczucia światła.

Niepodobna mi wchodzić w szczegóły bogatego w treść dzieła. Wspomnę tylko, że w dziale objawów chorobowych ze strony spojówki podaje autor podział zapaleń spojówkowych, różniący się znacznie od podziału spotykanego w przeważnej części podręczników okulistyki. Rozróżnia on następujące typy zapaleń: Katar spojówki (*catarrhus conjunctivae*), zapalenie ostre spojówki (*conjunctivitis acuta*), zapalenie przewlekłe (*conj. chronica*), zapalenie bliznowe (*conj. cicatricialis*), jaglica (*folliculosis conjunctivae*), zapalenie jaglicowe (*conj. follicularis*). Nazwę *trachoma* wykreśla autor zupełnie, jako przestarzałą i nie odpowiadającą, zdaniem jego, żadnej ściśle określonej jednostce chorobowej. Różnicę w przebiegu niektórych zapaleń połączonych z wytwarzaniem się ziarnistości na spojówce tłumaczy stopniem nasilenia sprawy zapalnej, która w lżejszych przypadkach i przy krótszem trwaniu przemija bez śladów, a gdy sięga w głąb tkanki spojówkowej i wlecze się latami, prowadzi do zbliznowacenia i znanych tegoż następstw.

Na uwagę zasługuje również pogląd autora na zmiany chorobowe głębokich błon ocznych i na bezprzykładny i, zdaniem jego, ścisłej nauki niegodny chaos, jaki panuje w mianownictwie tych chorób. Nazwy chorób siatkówki i naczyniówki odnoszą się bądź to do obrazu wziernikowego, bądź do etyologii cierpienia, bądź wreszcie do umiejscowienia zmiany na dnie oka i braknie zgoła jednolitej i naukowej zasady podziału lub jakiegokolwiek myśli przewodniej w określaniu różnych postaci chorobowych. Ogranicza się autor jednak do dosadnej krytyki tego bezładu, nie wprowa-

dzając nowych zasad podziału, od czego go uwalnia zresztą czysto semiologiczny charakter książki.

Rycin posiada książka niewiele, tylko takie, bez których wyłożenie i dokładne objaśnienie zawilszych zagadnień nie mogło by się wcale obejść. Bogatsze wyposażenie w tym kierunku następnego wydania będzie bardzo pożądane.

Na zakończenie, jak zwykle należy poświęcić kilka uwag stronie językowej i tu wobec na ogół pięknej i poprawnej polszczyzny dzieła nie podnosiłbym z pewnością drobiazgowych zarzutów, gdyby nie to, że autor sam występuje jako surowy sędzia wszelakich usterek językowych w piśmiennictwie polskim lekarskim wogóle, a okulistycznym w szczególności. Wobec tego Szanowny autor, jak sądzę, przygotowany jest na to, że się do jego książki surowszą pod tym względem przyłoży miarę. Pozwolę sobie zatem na kilka uwag co do niektórych wyrażen: np. »męty«, względnie »zmętnienie rogówki lub soczewki« zastąpiłbym raczej wyrazem »zaćmienie rogówki, soczewki«, bo zdaje mi się, że można mówić tylko o zmętnieniu ciał płynnych lub półpłynnych, a więc np. łez, cieczy wodnej, lub ciała szklistego. Zamiast »wybroczyny powszechnie siatkówki« wolałbym powiedzieć »wybroczyny rozlane« (*diffusae*) w przeciwstawieniu do rozsianych (*disseminatae*). Tu wypada zwrócić uwagę także na zupełnie nowy wyraz, przynajmniej nigdzie dotąd nie spotykany, mianowicie »patrznia«, mająca oznaczać plamkę żółtą. Nie wiem, czy stworzenie tego nowego słowa było rzeczywiście potrzebą usprawiedliwione. Już wprost chybnem muszę nazwać wyrażenie »skurcz spojrzenia«, nie przypuszczam bowiem, żeby autor rozumiał przez spojrzenie cośkolwiek, coby się skurczyć mogło. Nakoniec można zauważyć, że nie unika autor wcale wyrazów obcych, choć istnieją odpowiednie polskie, mimo, że wymaga tego od innych pisarzy, i tak spotykamy bardzo często takie wyrazy, jak: pacjent, organ, katar, kanał, paraliż, specyficzność etc., choć mamy na to doskonałe i od dawna utarte wyrazy polskie, jak: chory lub badany, narząd, nieżyt, przewód, porażenie albo bezwład, swoistość i t. d.

Wszystkie te jednak drobne usterki nie zmniejszają bynajmniej wartości pożytecznego i zajmującego dzieła, które jako owoc żmudnej i długiej pracy zasługuje ze wszech miar na uznanie. Godzi się, żeby się książka ta znalazła w ręku nietylko uczniów, dla których widocznie jest przeznaczoną, ale i w ręku specjalistów i znawców przedmiotu, których zaciekawi niejednym oryginalnym poglądem autora i niejedno osobiste zapatrywanie na długoletniem oparte doświadczeniu.

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Dobrowolne rozszerzanie źrenicy. W tow. lek. wied. przedstawił dr Haber er młodego człowieka, który posiada możność pojedyncze mięśnie do skurczu pobudzić i tak *rectus* i *obliquus abdominis*, środkową część przepony brzusznej, *biceps* i t. d. a nadto i dowolnie także źrenicę rozszerzać.

Niewidomi zajmowani do mięsienia. Wiadomo, że dla tych z najniezwyklejszych ilość i jakość zajęć jest bardzo ograniczoną.

Zakres działalności niewidomych rozszerzono w Anglii, wykorzystując właśnie niezwykle często do tego zajęcia zdolność osób pozbawionych wzroku.

Już w r. 1900 powstał w Londynie pod kierunkiem P o w e r a zakład mięsienia, wykonywanego przez niewidomych. Zakład ten okazał się nadzwyczaj pożytecznym, a obecnie już 40 operatorów jest tamże czynnych w roli nauczycieli. Zresztą *nihil novi sub sole*, gdyż zużytkowywanie w tym kierunku niezwykłych własności czuciowych u ślepych nie rzadkiem było od niepamiętnych czasów w Japonii, która i w tem jak wielu innych rzeczach prześcignęła ludy cywilizowane starej Europy.

Miejmy nadzieję, że i u nas w ten sposób złagodzi się cierpki los tylu ślepotą unieszczęśliwionych bliźnich, dając im możliwość stosownego zarobku, do czego w pierwszym rzędzie zakłady ortopedyczne są powołane.

Popiersie Gayeta, byłego prof. okulistyki w Lyonie, odsłonięto tamże w dniu 13 stycznia r. b. w gmachu Wydziału lekarskiego przy wielkim udziale przedstawicieli władz i świata naukowego.

Pomnik dla Moorena. W Dyseldorfie zawiązał się komitet budowy pomnika dla znakomitego specjalisty a zarazem i lekarza ogólnie praktykującego.

Zjazd polskich lekarzy i przyrodników (od 20—24 lipca b. r.) we Lwowie zapowiada się bardzo korzystnie. Sekcya okulistyczna (gosp. prof. Mach ek, sekretarz doc. dr Bed narski, Akademicka 5) będzie miała niejedno ważne zadanie do spełnienia, a nie wątpimy, iż wobec znacznej już rzeszy polskich okulistów licznie będzie reprezentowaną.

Już dziś zachęcamy do jaknajliczniejszego udziału i w zgłaszaniu tematów, zwłaszcza do ogólnych narad, chętnie pośredniczymy. Wobec tego, że już w końcu lutego ma być drukowany oficjalny program czynności, pośpiech jest wielce pożądanym.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Otto Schirmer w Gryfii obejmie katedrę w Kilonii po Voelkersie.

Prof. Kuhnt z Królewca obejmuje katedrę okul. w Bonn, opróżnioną przez ustąpienie prof. Saemischa.

Dr Vanderstraeten mianowany prof. okulistyki w Leodjum.

Dr Seggel, lekarz jeneralny armii bawarskiej i znany okulista obchodził 7-go stycznia b. r. 70 ą rocznicę swych urodzin. Życzenie „*Ad multos annos*“ przesyłamy czcigodnemu Koledze na tej drodze.
