

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM 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, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO. PROF. PILTZA W KRAKOWIE. DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Sierpień,
Wrzesień.

→ ROCZNIK DZIESIĄTY. ←

1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu
Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie.

1. Użycie mergalu w okulistyce.

Podał

Dr JAN HAND,

c. k. lekarz pułkowy, elew wojskowy kliniki.

Mergal jest przetworem rtęciowym, w którego skład wchodzi *Hydrargyr. cholicum* 0.05 i *Albumen tannicum* 0.10, jest proszkiem żółtawo białym, w wodzie nierozpuszczalnym, w rozczynach alkalicznych z dodatkiem soli kuchennej rozpuszcza się zupełnie; podawany bywa w kapsułkach elastycznych, w żołądku się nie rozpuszcza, dopiero w jelitach, gdzie też ulega wessaniu.

Pomyślne wyniki uzyskali przy zastosowaniu tego środka w różnych okresach kiły Boss, Saalfeld, Keil, Lastikow, Zeissl, Gross i inni.

W klinice tutejszej używano tego środka tak w chorobach, w których kiłę wykazano, jakoteż w przypadkach o nie-

znanej etyologii, a w których środek resorbcyjny był wskazany; podawano go tak chorym klinicznym i szpitalnym, jakoteż ambulatoryjnie leczonym; z ostatnich jednak tylko niektórych w niniejszym referacie uwzględniono, gdyż obserwacya tego rodzaju chorych napotyka na trudności.

Doświadczenia rozpoczęto w r. 1906 i dotychczas się je przeprowadza.

Ogółem przytaczam 31 przypadków, jak po sobie następowały.

Podawano mergal zazwyczaj bez przerwy aż do wyjścia chorych z kliniki (szpitala), przepisywano go również celem dalszego leczenia w domu, gdy pobyt chorego w klinice z jakiegobądź powodu doznał przerwy.

Stosowano mergal obok innych zwykłych środków leczniczych, rozpoczynając zazwyczaj od 2 do 3 kapsułek i dochodząc stopniowo do 10 i więcej dziennie.

W artykule tym użyte skrócenia:

V = visus,	Conj = Conjunctiva,
P = prawe,	Cont. = Conjunctivitis,
L = lewe,	pap = papillo,
o = oko,	cat = catarhalis,
rr = ruchy ręki,	nuc. cort = nucleo-corticalis,
p = palce,	przyb = przybył (ła),
Sn. = Snellena tablice,	Supra = Suprareninum,
Alb. = Albranda »	Coca = Cocainum muriaticum.
ncz = nieczysta.	

Ask = Atropinum sulur. 0·03 + Scopolaminum hydrobromatum 0·025 + Cocainum muriaticum 0·05 — 0·10 + Aqu. dest. 10·0, (zamiast Aqu. dest. można przepisać Vaseline. Lanolin. aa 5·0).

Pek = Pilocarpinum muriatic. 0·20 + Eserinum salicylicum 0·01 — 0·02 + Cocainum muriatic. 0·05 — 0·10, Aquae destillat. 10·0 (zamiast Aqu. dest. można przepisać Lanolin. Vaseline. aa 5·0).

S. W. = Opaska Salzwedlowska tj. spirytusowa (60% alkohol),

W roku 1907 leczono:

7) Adamek L. l. 17, nr. pr. st. 6032, przyb. 27. XI. 1907 z *Keratitis superficialis vasculosa oc. sin.*

27. XI. Leczenie: *Ask, Ungt. flavum, Dionin*, opaska ochronna, ciepłe okłady, od 5. XII. także Mergal.

7. I. opuszcza szpital z lekkim zmętnieniem rogówki, ale bez objawów zapalnych.

8) Witkowski K. l. 48, nr. pr. st. 5827, przyb. 15. XI. 1907 z *Keratectasia, erosio corneae, iritis oc. dex.*

Leczenie: *Atropina*, Mergal, ciepłe okłady.

23. XII. ślad natrzyknięcia spojówkowego, zresztą stan oka dobry.

9) Mucha R. l. 29, nr. pr. st. 3095, przyb. 1. VI. z *Keratitts marginalis e combustione oc. dext.*

Leczenie: od 1. VI. do 19. VI. *Ungt. Ask, Supra* 3 razy dziennie, *Dionina*, S. W., małe polepszenie; od 20. VI. — oprócz tego podawano Mergal.

27. VI. widoczne polepszenie; na żądanie opuszcza szpital.

10) Klasa A. l. 47, nr. pr. st. 715, przyb. 21. I. 1907 z *Seclusio, oclusio pupillae, residua iritid. plastic. oc. dex. Atrophia bulbi dolorosa oc. sin.*

Leczenie: L. O. enukleacja, P. O. *Ask, Dionin*, S. W. Mergal — od 3 kapsułek dziennie poczynając; ponieważ chory wnet na żądanie wyszedł ze szpitala, obserwację i leczenie przerwano.

11) Fasuła F. l. 53, nr. pr. st. 6339, przyb. 16. XII. 1907 z *ulcus corneae, Hypopion, Iritis oc. dex.*

16. XII. P. O. *Pyoctanin, Dionina, Ask, Ungt. Xeroform.*; S. W.

18. XII. *Punctio corneae oc. dex.*

20. XII. kauteryzacja wrzodu.

7. I. 1908, wrzód się goi, dolna powierzchnia wrzodu jeszcze naciekała.

22. I. 1908, naciek przypalono, przyczem przedziurawiono rogówkę.

Leczenie: *Ungt. flavum, Ungt. Xeroform.*; opaska.

27. I. P. O. W miejscu przypalonym świeży naciek, w obrębie źrenicy szary wysięk, Tn.

Leczenie: *Collargol, Ask, Ungt. Xeroform.*; S. W., Mergal od 6 kapsułek dziennie poczynając.

16. II. P. O. maleńki tylko naciek z naczyniami do niego dochodzącymi.

Na żądanie opuszcza w stanie poprawy szpital, przyczem przepisano do domu: *Ungt. flav., Dionin*, Mergal, ciepłe okłady.

12) Greiner 5. I. 17, nr. pr. 4709, przb. 11. IX 1907 z *Buphthalmus*, *Hypotonia*, *Pannus tenuis* oc. dex. *Iridocyklitis incipiens*, oc. sin.

11. IX. L. O. *Acid. boric.* + *Supra*, *Atropin.*, *Ungt. Xeroform.* *Natr. salie.* na poty, *Ung. Hydrarg. ciner.* wcierać w skroń.

26. IX. *Enucleatio bulbi dextri et implantatio bulbi leporini*, (gałki króliczej).

3. X. L. O. *Ask*, ciepłe okłady, S. W.,

11. X. oprócz tego Mergal od 3 kaps. — *in dosi progrediente.*

11. XI. *Iridectomy sursum vergens* oc. sin.

30. XI. implantowana gałka do połowy zanikła.

10. XII. Żrenica lewa cienką błoną wysiękową zasłonięta, ślad nastrożnienia spojówkowego, zresztą oko bez podrażnienia.

V przedtem — palce na 1 m, obecnie na 4 m.

W tym stanie poprawy chory opuszcza klinikę.

13) Przybyło M. I. 19, nr. pr. st. 397, przyb. 4. I. 1907 z *Ulcera corneae scropulosa* oc. dex. *Conjunctivitis folliculo-papillaris* oc. utriusque.

4. I. P. O. *Argent. nitr.* 1%, *Ungt. Ask*, *Ungt. Xeroform.* L. O. *Zinc. sulf.* 1%.

8. I. obok tego Mergal od 3 kaps. dziennie.

21. I. Wrzody się zablizniają; na żądanie chora opuszcza szpital.

14) Żarnik M. lat 16, nr. pr. st. 1211, przyb. 19. II. 1907 z *Keratitis superficialis diffusa* oc. sin.

19. XII. Leczenie, L. O. *Ungt. flav.*, *Atropin.*, ciepłe okłady.

21. II. nadto jeszcze 10% *Dionina*.

od 25. II. jeszcze Mergal.

W stanie znacznej poprawy opuściła szpital.

15) Jaworska M. I. 10, nr. pr. 881, przyb. 7. II. 1907 z *Keratitis parenchymatosa vasculosa* oc. utr.

7. II. *Ungt. flav.*, *Dionin* 5%, S. W., Mergal.

Ponieważ chora tylko kilka dni była w obserwacji, wynik niezany.

16) Fertig S. I. 25, nr. pr. 2226, przyb. 16. III. 1907 z *Seclusio, oclusio pupillae, cataracta consecutiva* oc. utr., *Iritis recidivans* oc. dext., *Coryza*.

Leczenie Mergalem trwało tylko krótki czas, tak że skutek niezany.

17) Grünbaum L. I. 39, nr. pr. 5451, przyb. 1. VII. 1907 z *Stenosis ductus nasolacrymalis, ectasia sacci lacrymalis, abscessus pericysticus, dacryocystoblenorrhoea* oc. dex.

P. O. przepłukanie woreczka łzowego kolargolem, S. W., później nacięcie, wyskrobanie.

15. VII. *Ungt. flav.*, Mergal.

26. VII. Guz mniejszy, w jego środku otwór z wypociną słoninowatą; *Ungt. flav.*, S. W., Mergal 6 kaps. dziennie.

Wynik ostateczny nieznany z powodu przerwy w leczeniu.

18) Balon R. l. 60, nr. pr. st. 5344, przyb. 16. X. 1907 z *Conjunctivitis granulosa gravis stadium II*, *Pannus*, *Keratitis in panno oc. utr.*

16. X. *Cuprum sulfuric.*, *Ungt. Xeroform.*

13. XI. Bóle głowy, T + 1 (p. o.) -- Pek.

25. XI. 3 razy dnia *Supra*, *Ungt. Xeroform. + flav.*, Mergal od 3 kapsulek dziennie poczynając.

30. XII. P. i L. O. nieznaczna wydzielina, *Argent. 1%*, *Ungt. Xeroform.*

15. I. *Pannus* znika, ze znacznem polepszeniem opuszcza chory szpital.

19) Kulińska St. 15 l., nr. pr. st. 2688, przyb. 11. V. 1907 z *Keratitis parenchymatosa vasculosa diffusa oc. utr.*

$$\sqrt[p]{\frac{\text{plc. } 1/2 \text{ m}}{1 \text{ » } 1 \text{ m}}}$$

Leczenie: *Ask*, wieczór *Dionin*, ciepłe okłady, *Natr. jodat.* 20:150, *Natr. salicyl.*, Mergal od 3 kapsulek dziennie.

$$20. \text{ V. } \sqrt[p]{\frac{\text{plc. } 3 \text{ m}}{1 \text{ » } 1 1/2 \text{ m}}}$$

Rogówka się wyjaśnia, naczynia znikają. Stan ocz. zatem lepszy.

20) Tatarczuch A. l. 40, nr. pr. st. 1036, przyb. 6. II. 1907 z *Residua post keratitidem profundam oc. utr.*

6. II. *Dionina*, ciepłe okłady, Mergal od 6 kapsulek dziennie.

26. II. nieznaczne polepszenie, chora opuszcza na własne żądanie szpital, tak że dalszy przebieg nieznany.

21) Lehr T. l. 53, nr. pr. st. 1154, przyb. 16. II 1907 z *cataracta nucleocorticalis fere matura*, *Keratitis superficialis marginalis, synechiae posteriores, glaucoma consecutivum oc. utriusque.*

16. II. *Supra + Coca*, *Ungt. Xeroform. + flavum*, *Dionina*, Mergal.

od 28. II. do 12. III. co trzeci dzień także wstrzykiwania cyklityny. Nieznaczne polepszenie.

22) Jurystowska R. l. 23, nr. 1832, przyb. 8. III. 1907 z *opacitates corneae post iritidem serosam oc. dex.*, *iridocyclitis chronica, oclus. seclusio pupillae, hypotonia oc. sin.*

8. III. Injekcye cyklityny, P. O. Atropina, Dionina, cyklityna od 10—14. III — nr. 2, dziennie 1 wstrzyknięcie.

$$14. \text{ III. } \sqrt[p]{\frac{\text{plc}}{\text{l rr}}} 1 \text{ m} \quad \begin{array}{l} \text{Tp} - 1/2 \\ \text{Tl} - 2 \end{array}$$

17. III. Z powodu bólów po wstrzykiwaniach zaprzestano cyklityny.

$$22. \text{ III. } \sqrt[p]{\frac{\text{plc}}{\text{l rr}}} 3 \text{ m} \quad \begin{array}{l} \text{Tn} \\ \text{T} - 2 \end{array}$$

25. III. Dionina, ciepłe okłady, Mergal od 3 kaps. dziennie.

$$24. \text{ IV. } \sqrt[p]{\frac{\text{plc}}{\text{l rr}}} 3 \text{ m} \quad \begin{array}{l} \text{Tn} \\ \text{T} - 1 1/2 \end{array}$$

Żadnych objawów zapalnych nie widać; stan nieco lepszy.

23) Grüner B. l. 24, nr. 8743, przyb. 9. XI 1907 z *Gumma retinae oc. dextrae*.

Mergal od 6 kaps. dziennie poczynając, Dionina, Sajodin., *Ungt. Hydrargyr. ciner.* wcierać w czoło.

4. II. 1908. W miejscu kilaka siatkówka biała z nieco pokręconemi naczyniami.

Zauważono zatem prawie zupełne zniknięcie kilaka (ambulatoryjnie leczony).

24) Bieleś M. l. 38, nr. pr. 1353, przyb. 19. II. 1907 z *neuritis optica oc. utr.*

Leczenie: *Natr. jodat*, — *dosis progressiva*, wstrzykiwania podspojkowe sublimatu z przerwami.

28. X. Mergal — dłuższy czas bez skutku.

Rozwinęła się *atrophia nerv. optic. oc. utr.*

25) Wrzodek R. l. 56, nr. pr. 379, przyb. 16. I. 1907 z *cataracta nucleocorticalis nondum matura oc. dext., coloboma iridis artificiale oc. utr. Excavatio glaucomat. oc. sin.*

16. I. Mergal od 3 kaps. dziennie zaczynając — *in dosi progrediente*, *Ungt. Jothioni* wcierać w skroń i czoło.

Leczenie — bez skutku.

26) Schmeidler Ch. l. 25, nr. 624, przyb. 24. I. 1907 z *Keralitis parenchymatosa vascul. recens oc. dex. Residua keratitidis parenchymatosae oc. sin.*

$$24. \text{ I. } \sqrt[p]{\frac{\text{plc}}{\text{l rr}}} 3 \text{ m}$$

Wstrzykiwania 2⁰/₀ *Natr. chlorat.*, Mergal *in dosi progrediente* od 3 kaps. do 10 dziennie.

$$10. VII. \sqrt{\frac{p^{6/24}}{l^{6/24}}}$$

Stan znacznej poprawy.

27) Hofman J. l. 57, nr. pr. st. 5459, przyb. 27. X. 1907 z *Iritis plastica purulenta oc. sin.*

27. X. *Ask*, ciepłe okłady, wieczorem opaska, aspiryna 0·5 — 2 razy dziennie.

4. XI. *Punctio corneae*, Dionin, S. W.

7. XI. *Collargol*, *Ask*. S. W., Mergal od 3 kaps. dziennie.

4. XII. Stan lepszy.

28) Brożek J. l. 19, nr. 1966, przyb. 8. IV. 1907 z *Nubeulae corn. Myopia maioris gradus, Chorioiditis centralis oc. utr., opacitates corporis vitrei, sublatio retinae oc. dext.*

Mergal przez dłuższy czas podawano bez skutku.

W roku 1908 przybyli:

29) Meta K. l. 23, nr. pr. 205, przybył 8. I. 1908 z *Neuritis retrobulbaris oc. utr., Sclerosis disseminata incipiens.*

$$8. I. \sqrt{\frac{p^{6/18}; \frac{6}{18} c + 0.25}{l^{6/80-36} \pm nl}} \quad \begin{array}{l} \text{Sn } 0.5:7-25 \\ \text{Sn } 1.6:8 \end{array}$$

Leczenie: Chinina, Aspiryna, wieczór S. W. na oczy, ciemne okulary. 25. I. Mergal od 3 kapsulek dziennie *in dosi progrediente*.

$$8. II. \sqrt{\frac{p^{6/12} c + 0.25}{l^{6/86}; \frac{6}{80} c + 0.25}} \quad \begin{array}{l} \text{Sn } 0.5:8-22 \\ \text{Sn } 1:10 \end{array}$$

W końcu osiągnięto lepszą bystrość wzroku i większe pole widzenia.

30) Łopatiner P. l. 67, nr. pr. 1989, przyb. 19. VI. 1908 z *cataracta secundaria oc. sin.*

20. VI. *Discisio cataractae secund.*

Z powodu winy chorej nastąpiło zakażenie i rozwinęła się *cyclitis oc. sin.*

Leczenie: *Ungt.*, *Ask*, Dionin, S. W., pięć pijawek na skroń lewą, *Aspirin.*, *injectio Hydrargyr. oxycyanat.*

1. VII. Mergal, *Aspirin.* 0·5.

18. VII. W stanie poprawy opuszcza klinikę.

31) Piekielek K. l. 37, nr. pr. 3505, przyb. 9. V. 1908 z *Seclusio, oclusio pupillae, cataracta complicata oc. utr.*

9. V. rano *Ungt.*, *Ask*, wieczór *Dionin*, S. W.

15. V. *Extractio cataractae lobaris cum lobulo conjunctivae, iridectomia oc. sin.*

17. V. *Hyphaema*, Tn, *Dionin*, *Ungt. Xeroform*, S. W.

$\left. \begin{array}{c} \sqrt[p]{\frac{1}{\infty}} \\ \frac{1}{\infty} \end{array} \right\}$ poczucie światła, projekcja dobra.

27. V. *Iridectomia sursum vergens oc. dext.*, *Hyphaema*, rogówka lekko zmętniona.

4. VI. Tp — 1,

Tl n

od 24. VI do 13. VII. wstrzykiwania podspojówkowe soli kuchennej.

20. VI. Mergal, *natr. jodat.* 20% — kroplami w oczy wpuścić, gorące kąpiele nożne.

8. VII. $\sqrt[p]{\frac{\text{plc } 30 \text{ cm.}}{\text{l plc } 40 \text{ cm.}}}$ Tn Tn

Mergal przez 20 dni podawany obok zwykłego leczenia spowodował nieznaczne polepszenie wzroku.

Z wymienionych powyżej 31 przypadków — zauważono po użyciu mergalu pewien skutek w 22, w 4 pozostał bez wpływu na stan chorobowy, a w 5 skutek jest nieznanym z powodu krótkiej obserwacji.

Zgodnie ze spostrzeżeniami wymienionych autorów w naszej klinice przekonano się, że niekiedy przy stosowaniu mergalu występuje zapalenie błony śluzowej ust (*stomatitis*) lub lekkie rozwolnienie. Środek ten należy zatem podawać po jedzeniu, zaczynając od 3 kapsułek i dochodząc do 10 i 15 dziennie, przyczem unikać należy potraw trudno strawnych, jakoteż tłuszczów, owoców, alkohol jedynie dozwolony jako wino czerwone w miernej ilości po obiedzie i wieczery, przyczem wskazane jest płukanie ust i czystość ciała.

Środek ten zażywać można dłuższy czas do 12 tygodni bez przerwy i bez szkodliwych następstw, a zastępuje on w zupełności wstrzykiwanie środków rtęciowych lub ich wcieranie. — Jak każdy inny wewnętrznie stosowany środek rtęciowy, ma on przed innymi metodami zaletę, że ilość wessa-

nego środka jest znana, tak że łatwo uniknąć można zatrucia z powodu znacznego nagromadzenia rtęci w organizmie.

Mergal ulega według licznych zgodnych badań wessaniu w ciągu 2 do 3 dni i daje się łatwo w moczu wykazać, a po zaprzestaniu leczenia znika rtęć po 3 lub 4 tygodniach zupełnie z organizmu.

Z własności mergalu wynika, że środek ten nadaje się w związku z innymi lekami lub bez nich — do dalszych badań i prób, a to w przypadkach kiły, jakoteż tam, gdzie wogóle środek resorbcyjny jest wskazany.

Za miły obowiązek uważam Panu Rady Dworu, Prof. Dr. Wicherkiewiczowi, dyrektorowi kliniki okulistycznej, serdeczne dzięki złożyć za wybór tematu, podanie wskazówek i pozwolenie korzystania z materiału klinicznego.

Literatura.

1. Zur inneren Therapie der Syphilis von Dr. Edmund Saalfeld, Therapeutische Monatshefte, 1907, Januar.
 2. Über Quecksilberausscheidung aus Harn und Fäces nach Mergalgaben von Korpsstabsapotheker I. Varges, Dresden, Fortschritte der Medicin, 1907, Heft 27.
 3. Über Mergalbehandlung bei Syphilis von Dr. Henryk Gross; Fortschritte der Medicin, 25 Jahrgang, 1907, Heft 16.
 4. Über die Verwendbarkeit des Mergals in der Nervenpraxis, von E. Froehlich, Therapie der Gegenwart, Oktober 1907.
 5. Die Behandlung der Syphilis mit Mergal von Prof. Dr. S. Ehrmann, Dermatologisches Centralblatt, Elfter Jahrgang, Nr. 1.
 6. Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, einem neuen Antilueticum. Von Dr. S. Boss. Strassburg in Els.
 7. Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung von Prof. Dr. Maximilian von Zeissl. Österreichische Ärzte-Zeitung, Nr. 7, IV Jahrgang 1906.
-

2. Mergal w praktyce prywatnej.

W uzupełnieniu bardzo skrzętnie przez dr. Handa dokonanych zestawień materiału klinicznego i uwag nad stosowaniem mergalu zrobionych, pragnąłbym dodać jeszcze kilka

słów, by zaznaczyć doświadczenia z tym środkiem zrobione w praktyce prywatnej.

Tu właśnie więcej aniżeli w praktyce klinicznej czy szpitalnej zastowanie środka pewnego, dającego się dokładnie dawkować, okazało mi się pożądanem, a to tem bardziej, iż chorzy tacy często nie mogą, rzadziej nie chcą poddać się ścisłej kuracyi, zwłaszcza gdy takowa zdradza pochodzenie cierpienia. To też zanim mergal wprowadziłem jako środek leczniczy w uniwersyteckiej klinice i ocnym oddziale szpitala św. Łazarza, pozostającym pod mojem kierownictwem, już miałem sposobność na polecenie dr. Bossa wypróbować skuteczność mergalu na chorych prywatnych, a uczynić mogłem to tem pewniej, iż doświadczenia poczynione na zwierzętach z tym środkiem miały wykazać bardzo łatwą wessalność, ale też łatwe wydzielanie się środka (*cholsaures Quecksilberoxyd*).

Jak wiadomo i tlenek rtęciowy należy do środków żrących i łatwo przewidzieć można było, że nie będzie on obojętnym dla błony śluzowej. Z tego to powodu dodał autor środek ściągający, by zrównoważyć ujemne rtęci działanie, a tym równoważnikiem miał być białkan garbnikowy (*albuminum tannicum* w stosunku 0.1 na 0.05 *hydr. ox. cholicum*).

Polecałem stosowanie mergalu tak u dorosłych jako też u dzieci w chorobach ocznych, które z góry jako luetyczne były rozpoznane (*keratitis parenchymatosa diffusa, iritis*) jako też innych, których natura była mniej jasna czy wątpliwa, jak: zmętnienia ciała szklatego, przewlekłe zapalenia spojówki w rodzaju jaglicowego bez widocznego ustępowania po zwykłej terapii, zapalenia naczyńówki, nerwu wzrokowego a nawet postępujący zanik nerwu wzrokowego przy wiaździe rdzenia pacierzowego. Polecałem dzieciom od 2—3 perełek mergalu dziennie, zawsze po jedzeniu. Skutek w kilku przypadkach zajęć specyficznych był widocznym, w innych nie zawsze dającym się stwierdzić. Chorzy (około 20) znosili środek ten wogóle znakomicie. Rzadko wystąpiły przy odpowiedniem pielęgnowaniu jamy ustnej objawy zapalenia dziąseł lub ślino-

płyn, a tylko w dwóch przypadkach, u dorosłych, objawy nieprzyjemne ze strony przewodu pokarmowego, jak ciśnienie żołądkowe, brak łaknienia a nawet rozwolnienie zniewoliły mnie do zaprzestania środka tego zkadinał chętnie przez chorych branego. W razie skuteczności kuracya trwała 4—6 tygodni, jeżeli jednak po tygodniu nie występowała poprawa objawów zapalnych oka, stosowanie dalsze uważałem za bezcelowe.

Do osobistego zabrania głosu w tej materii czuję się tem więcej zobowiązany, iż w przeciwieństwie do mego doświadczenia i takiego, które widzieliśmy na mojej klinice i oddziale szpitalnym odmawiano mergalowi wszelkiej skuteczności i dlatego też mało jeszcze środek ten bywa stosowanym.

Wobec wybitnych jednak korzyści leczenia mergalem w porównaniu do innych metod antiluetycznych, warto dalsze podjąć doświadczenia, by wypośredkować przyczyny ujemnego działania tej tak łatwej metody, która w razach wątpliwych, zwłaszcza niespostrzeżenie stosowana, może lekarza oświecić, dać mu broń skuteczną w rękę a chorego zasłaniając, nie szkodzić mu. A wszakże zawsze pozostanie naszym zadaniem: *primum non nocere*.

Prof. Wicherkiewicz.

Słów parę o możliwych kombinacjach szkieł dla okularów.

Napisał

J. ŻURKOWSKI

(Humań, g. kijowska).

Przyjętem jest, że dla korekcyi niezborności mieszanej (As. M. H.) najczęściej używa się kombinacyi szkła sferycznego (+ lub —) z walcem o znaku odwrotnym; nieco rzadziej stosuje się dwa cylindry (+ i —); ponieważ w pierwszym spo-

sobie możemy wziąć walec o znaku $+$ i $-$, a sferę o znaku odwrotnym, więc stąd wynikają trzy notoryczne sposoby korekcyi nieźborności mieszanej. Oznaczmy dla przykładu ilość dyoptryj myopii w południku pionowym przez A, a ilość dyoptryi hypermetropii w południku poziomym przez B, to otrzymamy następujące formuły szkieł dla korekcyi As. takiego oka:

- 1) concav cylinder A (dyoptryi) a. h.
 \subset convex cylinder B a. v.
- 2) concav cylind. (A $+$ B) a. h.
 \subset convex spher B
- 3) convex cylind. (A $+$ B) a. v.
 \subset concav spher A

Te trzy rozmaite kombinacye są pod względem optycznym dla oka identyczne. Zwróćmy uwagę, że w formułach 2) i 3) ilość dyoptryi przy cylindrze jest większą, aniżeli ilość dyoptryi przy sferze tegoż szkła, ponieważ (A $+$ B) $>$ A i (A $+$ B) $>$ B. Przy dobieraniu okularów zaś bywa czasem taka ewentualność: najlepsza kombinacya, dająca maximum V przedstawia się np. tak:

$$\begin{array}{l} \text{concav spher A} \\ \subset \text{convex cylind B} \end{array} \quad \text{a. v.} \quad . \quad . \quad \text{(I)}$$

i przytem A $>$ B; robi to wrażenie, że mamy do czynienia z nieźbornością mieszaną, ponieważ mamy kombinacyę *concav* z *convex*; żeby uniknąć tego złudzenia, zamieńmy podaną formułę na inne, optycznie identyczne; dla tego zwróćmy uwagę na to, że każde sferyczne szkło można zamienić na kombinacyę dwóch cylindrycznych o tejżesamej ilości D, z takimże samym znakiem i postawionych tak, żeby ich osie były pionowe względem siebie; znaczy:

$$\text{concav spher A} = \begin{array}{l} \text{concav cyl A} \quad \text{a. v.} \\ \subset \text{concav cyl A} \quad \text{a. h.} \end{array} \quad . \quad . \quad . \quad \text{(II)}$$

Jeżeli w formule (I) zamienimy sferę tem, czemu się ona równa według formuły (II), to otrzymamy:

$$\begin{aligned} & \text{concav cyl A a. v.} \\ \supset & \text{concav cyl A a. h.} \\ \supset & \text{convex cyl B a. v. . . . (III)} \end{aligned}$$

W tej potrójnej kombinacyi mamy dwa cylindry z a. v., z których jeden *concav*, a drugi *convex*; ponieważ pierwszy przeważa, więc zastąpimy ich jednym, który = concav cyl (A — B) a. v.; otrzymujemy:

$$\begin{aligned} & \text{concav cyl (A — B) a. v.} \\ \supset & \text{concav cyl A a. h. (IV)} \end{aligned}$$

Mamy więc kombinację dwóch cylindrów o znakach jednakowych, jak przy niezborności złożonej (As. M M.); taka zaś kombinacja już może być zastąpiona kombinacją sfery z cylindrem o znakach jednakowych, co uskuteczniamy tak: ponieważ stopień niezborności w kombinacyi (IV) = A — (A — B) = B, więc bierzemy dla korekcyi As. concav cyl B a. h. i kombinujemy go ze spher (A — B); otrzymujemy:

$$\begin{aligned} & \text{concav spher (A — B)} \\ \supset & \text{concav cyl B a. h. (V)} \end{aligned}$$

Cały powyżej przytoczony szereg kombinacyi (I, III, IV i V) jest identycznym pod względem optycznym; więc (I) = (V), znaczy:

$$\begin{aligned} & \text{concav spher A} \\ \supset & \text{convex cyl B a. v.} = \text{concav spher (A — B)} \mid \text{przytem} \\ & \hspace{10em} \text{concav cyl B a. h.} \mid A > B \end{aligned}$$

Z tego wysnuwamy prawo:

Jeżeli mamy kombinację sfery z cylindrem o znaku odwrotnym, gdzie ilość D sfery jest > niż ilość D cylindra, to takową kombinację możemy zamienić na inną, gdzie sfera i cylinder będą mieć jednakowy znak (jak w danej sferze), przyczem ilość D sfery w nowej kombinacyi =

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LIX. Z. 3. (Referent Dr Bałaban).

O obustronnym urazowym braku tęczówki i soczewki. (Über doppelseitige traumatische Aniridie und Aphakie). Dr Gebb.

Przypadki urazowego braku soczewki i całkowitego braku tęczówki są wcale rzadkie. Przypadek opisany przez autora tyczył się 66 l. sługi, którego krowa uderzyła w lewe oko rogiem. Przy badaniu była spojówka podbiegła krwią, powyżej górnej granicy rogówki twardówkowej znajdowała się blizna 1 cm długa, 1 mm szeroka. Tęczówka była niewidoczną, soczewka brakuje, w ciałku szklistem krwotok, ucisk śródoczny zmniejszony. Po upływie 4 miesięcy można było rozpoznać prawidłowe dno oka. Po 1½ roku okaleczał badany w podobny sposób na oku prawem. Badanie wykazało podobny stan, jak na oku lewem. Na oku lewem powstał zanik nerwu, prawdopodobnie wskutek jego zgniecenia lub przedarcia.

Metoda plastyki powiekowej przy środkowej szparze powieki. (Methode der Blepharoplastik bei centralem Colobom des Augenlides). Prof. Falchi.

Konieczność zapobiegania środkowej szparze powieki wynika nie tylko z oszpecenia, ale również i z powikłań, które zostają spowodowane niedostatecznym pokryciem rogówki. Małe szpary powiekowe dają się uleczyć odnowieniem brzegów i szwem. Metoda ta jest jednak niedostateczną przy większych i środkowych szparach, a to z powodu powstającego podwinięcia powiek. Wielką wagę przypisuje autor pokryciu rogówki spojówką. Następnie przytacza autor metody Knappa, Landolta, Wicherkiewicza, Dora, Moaury i Peschela, których zasadą jest odnowienie brzegów szpary powiekowej. Przy swej metodzie odnawia autor najpierw brzegi szpary i powiek, jak przy tarsorafii. Następnie wykonuje prostopadłe cięcie ku górze wzdłuż całej powieki i to na zewnętrznym kącie powiekowym. Następnie zeszywa brzegi ranki szpary i powiek i cięciem podłużnym skierowaniem ku skroni przedłuża zewnętrzny kącik powiekowy. Powstały płat skórny przesuwa na powiekę i zeszywa z dolną powieką. Powstały brak w skórze wypełnia płatem bez szypuły, wziętym z ramie-

nia. Zaletą tej metody jest prawidłowe napięcie powieki, normalny jej wygląd i dokładne działanie.

Fizyologiczne wahania osmotycznego ucisku w prawidłowej surowicy zwierzęcej, z szczególniejszem uwzględnieniem osmotycznych warunków uciskowych w cieczach śródgałkowych. (Die physiologischen Schwankungen des osmotischen Druckes im normalen Tiereserum mit besonderer Berücksichtigung der osmotischen Druckverhältnisse der intraocularen Flüssigkeiten). Dr Rissling.

Ciśnienie osmotyczne surowicy krwi posiada ważne zadanie przy odżywieniu narządów. W ustroju istnieje dążność do utrzymania możliwie stałego ucisku osmotycznego i to zdaniem Hamburgera za pośrednictwem nerek. Także sól i płyny, które wprowadzamy codziennie do ustroju zmieniają się i są zawisłe od zmiany w ucisku osmotycznym. W miarę wahania zachowania się surowicy zmieniają się również płyny w gałce ocznej. Tak n. p. udowodnił Kunde, że pod wpływem zastrzykiwań solnych mętnieje u żab soczewka. Autor postawił sobie zadanie przedsiębrać u różnych zwierząt zapomocą metody czerwonych ciałek krwi porównawcze badania nad uciskiem osmotycznym surowicy krwi i płynów śródgałkowych. Chciał się on przytem przekonać, czy jest prawdziwem twierdzenie autorów, że ciśnienie osmotyczne w przedniej komorze i w ciałku szklistem jest o wiele wyższem, aniżeli ciśnienie surowicy krwi.

Metody służące do oznaczania ciśnienia osmotycznego są następujące:

Metoda komórek roślinnych, m. ciałek krwi, t. z. metoda hematokrytyczna, metoda obniżania punktu marznięcia, i metoda elektrycznego przewodnictwa.

Metoda ciałek krwi umożliwia używać żyjących komórek jako odczynnika osmotycznego i polega na tem, że się bada, wiele wody dodać należy do surowicy krwi, aby módz spowodować odłączenie się barwika od ciałek krwi. Następnie oznaczał autor:

1. Ilość wody, która jest potrzebną do pierwszego odłączenia się barwika.

2. Ilość wody, przy której wszystkie ciała krwi odbarwiają się.

Z przeprowadzonych badań osiągnął autor następujące wyniki:

Najłatwiej odbarwiają się ciała krwi u owcy, najtrudniej u cielęcia.

Przy doświadczeniach należy używać zawsze surowicy z tego samego zwierzęcia. Wahania pomiędzy ciśnieniem osmotycznym i su-

rowicą nie odpowiadają sobie wzajemnie. U jednego i tego samego zwierzęcia ciśnienie osmotyczne surowicy może być równem ciśnieniu płynów śródocznych, lub też może być ono większem, albo też mniejszem. Ucisk osmotyczny surowicy i śródocznych płynów u więcej zwierząt tego samego rodzaju bywa różny.

Badania swoje przeprowadził autor na 15 koniach, 25 wołach, 25 owcach i 15 świniach.

Przypadek zwyrodnienia tęczówki przy mikroftalmii.
(Ein Fall von Irismissbildung bei Mikrophthalmus). Dr Pagensteher.

Zapatrywania co do wrodzonych zmian tęczówki są zdaniem Zimmermana nieustalone, a z powodu różnorodności tych zboczeń jest też ich wytłumaczenie bardzo trudnem.

Opisany przypadek, tyczył się 14 l. chłopaka, pochodzącego ze zdrowej rodziny. Na oku prawem znajdowała się szpara w tęczówce, zajmująca większą jej część tak, że tylko wewnętrzna jej część była prawidłowo zachowaną, i tutaj była ona przyrośłą do tęczówki. Soczewka była zmętniałą, gałki oczne drżały. Podobne zmiany znajdowały się na oku lewem, przyczem widocznym był brak zewnętrznej połowy tęczówki. Obustronnie znajdowały się w naczyniówce szpary. Po dyscyssy i wchłonięciu soczewek pozostała zaćma następowa, którą następnie operacyjnie usunięto. Przypadek ten tłumaczy autor w sposób następujący: Przednia przyczepina nie powstała w następstwie pęknięcia rogówki z powodu wrzodu, gdyż brak było blizny na rogówce. Początkowo była też tęczówka lepiej rozwiniętą w kierunku środka źrenicy i została dopiero następnie pociągniętą ku tyłowi. Jako przyczynę tej zmiany przyjmuje autor wedle Bacha postronkowe zgrubienie mezodermy, które przeciągając z ektodermy do obfitej w naczynia torebki soczewki, nie odłączają się dość wcześnie. W pracy swej nie daje autor wytłumaczenia co do sposobu, w jaki szczątkowa tęczówka przylepiła się do rogówki. Z literatury znane są przypadki zupełnego braku tęczówki (aniridia), w których szczątkowa tęczówka przylegała do rogówki. Opisany przypadek jest pośrednim pomiędzy szparą tęczówki, a aniridią.

Uwagi o pracy Prof. Greeffa, Froscha i Clausena nad powstawaniem jaglicy. (Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. Greeff, Frosch und Clausen über die Entstehung des Trachoms). Dr Goldzieher.

Pomimo licznych badań wydzieliny i jagieł nie mógł autor wykazać jagieł t. zw. »Granula«. Nie wyciąga on z tego jednak

żadnego wniosku, a li tylko zwraca się przeciwko twierdzeniu, jakoby komórki Lebera nie były fagocytami, a tylko powstawały z komórek przybłonka, gdyż posiadają jądro komórek przybłonkowych.

Że komórki te nie są swoistemi dla jaglicy, to wynika z tego, że wykazał on ich istnienie w gruczołach chłonnych mezenteryalnych przy durze brzuszynym. Komórki te nie dają się nigdy spostrzegać w świeżych jagłach, a dopiero wówczas, gdy jagły ulegają już zmianom wstecznym. O ile zamierające składniki komórek nie zostają wchłonięte, o tyle wchłaniają one same te składniki. Powstające przez to miejsca zostają wypełnione komórkami, które się do nich przedostają z obwodów jagieł, i delikatną tkanką łączną, która pochodzi z *tunica adventitia* małych naczyń.

T. LIX. Z. 4.

Przyczynek do nauki o zachowaniu się źrenicy w patologicznych warunkach. (Beitrag zur Lehre vom Verhalten der Pupille unter pathologischen Verhältnissen). Prof. Laqueur.

Zapatorywania autora są zupełnie zgodne z doświadczeniami Bacha i uzupełniają je w szczegółach.

a) Przecięcie nerwu wzrokowego.

0.01% przypadków tyczyło się okaleczenia nożem, drutem, skałą drzewną, widłami i t. p., przyczem oczodół nie był okaleczalym. W tych przypadkach gałka oczna nie okaleczała i była ociemniałą. Jeżeli nerw wzrokowy zostaje okaleczonym w przedniej części, to zmiany na dnie oka występują pod obrazem zatoru środkowej tętnicy siatkówki. Natomiast przy okaleczeniu tylnej części n. wzrokowego powstaje zanik nerwu. Zachowanie się źrenic: Źrenice są rozszerzone i natychmiast po okaleczeniu nie oddziałują na światło, natomiast oddziaływanie współczulne i na zbieżność pozostaje utrzymanem. W jednym przypadku było oddziaływanie na zbieżność utrzymane, natomiast brak było oddziaływania współczulnego. Autor sądzi, że pobudka dla żdziergacza źrenicy jest inną na zbieżność, a inną na współczulne oddziaływanie.

b) Ślepota przez utratę krwi.

Z siedmiu przypadków była ślepota w 5-ciu obustronną, a w dwóch jednostronną. Zaburzenia w widzeniu dały się spostrzegać po upływie kilku dni. Wskutek zapalenia powstaje zanik nerwu wzrokowego, spowodowany przepojeniem krwi wodą, a nie anemią siatkówki lub nerwu wzrokowego. Przytem są źrenice bardzo sze-

rokie, nie oddziałują całkowicie na światło, a na zbieżność tylko leniwie.

c) Zator środkowej tętnicy siatkówki.

Zaburzenia wzrokowe występują gwałtownie i nagle. Tętnice są wąskie, następnie mętnieje siatkówka przez zatknięcie dopływu krwi przy schorzeniach serca, arteriosklerozie i przewlekłym zapaleniu nerek. Żrenice nie oddziałują na światło przy całkowitym zatorze, natomiast pozostaje zachowaniem ich oddziaływanie na zbieżność i współczulne. Przy zatorze małej tętnicy zachowują się źrenice prawidłowo. Przy połowicznej ślepotcie pozostaje oddziaływanie źrenic także prawidłowem.

d) Tarcza zastoinowa.

Znanem jest z doświadczenia, że często przy bardzo znanym obrazie wziernikowym tarczy zastoinowej pozostaje pole widzenia i czynność wzroku prawidłową. Przy nowotworach przysadki mózgowej są źrenice maksymalnie rozszerzone i nie oddziałują. Jakieś charakterystyczne zachowanie się źrenic przy tarczy zastoinowej nie istnieje.

e) Zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego.

Żrenice są rozszerzone o słabem oddziaływaniu i przy upośledzonej bystrości wzroku. Jeżeli przyjdzie do ślepoty, to wówczas źrenice nie oddziałują zupełnie na światło, natomiast oddziałują na zbieżność. Powrót do czynności wzroku bywa już kilka dni naprzód poprzedzonym powrotem oddziaływania źrenic. Zaburzenia widzenia zazwyczaj ustępują całkowicie, a tylko przez długi czas pozostaje mierne rozszerzenie źrenic. Najczęstszą przyczyną tego zapalenia są zaziębienia, alkohol, tytoń i wieloogniskowe stwardnienie rdzenia pacierzowego.

f) Wiądnienie pacierzowego.

Objaw Robertsona daje się spostrzegać w 70—80% przypadków. Wskutek porażenia mięśnia *dilatator pupillae* atropina rozszerza zwężone źrenice tylko bardzo mało. Zwężenie źrenic jest spowodowane sprężystością m. zdziergacza. Opisywany jako »niepokój źrenic«, objaw daje się spostrzegać przy wiądzie, nigdy jednak przy *dementia praecox*. T. z. »*Reflectorische Pupillenstarre*« jest charakterystycznym objawem, zdarza się on czasem po urazie, ale bardzo rzadko.

g) Zanik nerwu wzrokowego z innych przyczyn.

W tej kategorii cierpien n. wzrok. nie można dać ogólnych reguł co do zachowania źrenic. Zazwyczaj są one rozszerzone, i jak długo jest jeszcze jakaś bystrość wzroku, tak długo źrenice oddziaływują jeszcze.

Przy zaniku po przebytem zapaleniu mózgu są źrenice bardzo szerokie i nie oddziałują.

Przy połowiczej ślepcie jest oddziaływanie źrenic zawsze prawidłowe. Tak zwane połowiczne oddziaływanie źrenic nie istnieje.

h) Miejscowe schorzenia gałki ocznej.

Przy tępych urazach, stłuczeniu, trwa rozszerzenie źrenic bardzo długo. Przy guzach śródgąłkowych oddziałuje źrenica początkowo prawidłowo, następnie staje się szeroką i nie oddziałuje (glejak). Przy trzeszczu wywołanym nowotworem, zachowuje się źrenica odpowiednio do bystrości wzroku. Przy oderwaniu siatkówki jest oddziaływanie początkowo prawidłowe, następnie źrenica się rozszerza i oddziałuje leniwiej. Rozszerzenie źrenicy i porażenie akomodacji powstałe przez kłtę dają *quoad restitutionem* złe rokowanie.

i) Paradoksalne zachowanie się źrenicy.

W jednym przypadku uleczonego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego oka lewego była źrenica 3 mm. szeroką. Po zakryciu oka prawego rozszerzała się ona na 6 mm i nie oddziaływała. Przy odkryciu tego oka oddziaływała ponownie. Podobnie zachowały się źrenice u dziecka, chorego na prawostronne wrodzone porażenie źrenicy. Zaburzenia te są umiejscowione w dośrodkowej części łuku odruchowego. Zmiany te przemawiają za istnieniem źreniczno-motorycznych włókien siatkówki.

Do techniki usunięcia worka łzowego. (Zur Technik der Exstirpation des Thränensackes). Dr Krauss.

Wycięciu worka łzowego sprzeciwiają się niektórzy okuliści, a to z powodu powstających przytem krwotoków i potrzebnej narkozy. Dotychczas posługiwano się przy tym zabiegu dwojaką metodą. Przy pierwszej robi się cięcie oddalone 3—5 mm od wewnętrznego kącika powiekowego i to przez skórę, (Eversbusch, Hesse, Müller, Rollet i i.), przy drugiej metodzie robi się cięcie na *crista lacrymalis*, lub też jeszcze więcej ku środkowi i to przez wszystkie tkanki. Autor postępuje w ten sposób, że zachowuje drogę pośrednią i to na podstawie badań nad rozgałęzieniem się żyły oczodołowej. Tak zrobione cięcie w miejscu pomiędzy oboma powyżej opisanymi zapobiega całkowicie krwawieniu.

Postępuje on przytem w ten sposób, że po zastrzyknięciu w okolicy woreczka łzowego kokainy i adrenaliny robi cięcie 4—5 mm powyżej więzadła powiekowego przez skórę. Cięcie to jest około $2\frac{1}{2}$ cm długie i łukowate. Po włożeniu do ranki wziernika Müllera odkrywa się *crista* i torebkę worka. Następnie podważa się worek przy pomocy raspatoryum, przecina się kanaliki łzowe i mięśnie. Ranę przepłukuje się roztworem soli i zeszywa. Opatrunek pozostaje przez 2—3 dni.

Doświadczalne badania nad działaniem na oko gorącego powietrza, w porównaniu do innych sposobów używania ciepła. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Heissluftanwendung am Auge, im Vergleiche zu anderen Wärmeapplicationen). Dr C Sattler.

Stasiński podał, że w cierpieniach ocznych, w których jest wskazanem użycie gorąca, dają się osiągnąć lepsze wyniki lecznicze przez stosowanie ciepła w postaci gorącego powietrza, aniżeli innymi sposobami. Stosowanie ciepła sprowadza na oku przekrwienie i zmianę cieczy śródocznej. Autor opisuje szczegółowo swoje badania, przyczem poddawał działaniu 80° gorącego powietrza przez 1—6 godzin oko królika. Przychodzi przytem do wniosku, że gorąco stopniowe nie ma żadnego wpływu na zmianę zawartości białka w przedniej komorze, natomiast zwiększa się białko bardzo znacznie przy 100° gorąca. Temperatury, które powodują silny obrzęk spojówek, zwiększają zawartość aglutynin i hemolizyn w przedniej komorze. Leczenie gorącem nie powoduje jednak znacniejszego przedostania się niweczników ku przedniej komorze, aniżeli to ma miejsce przy zwyczajnem stosowaniu ciepła. Jeżeli zatem mamy zamiar przez stosowanie ciepła na oku wywołać w celu leczniczym przekrwienie i przedostanie się niweczników to możemy to również dobrze osiągnąć znanymi dotychczas sposobami używania ciepła. Być może, że odgrywa jakąś rolę przy metodzie Stasińskiego działanie wysuszające*).

*) Z punktu widzenia teoretycznego może Sattler mieć słuszość, chociaż przy leczeniu chorób sprawdza się, jak nigdzie zdanie, że „jede Theorie ist blau“. Praktyka natomiast poucza nas, że znane i stosowane dotychczas sposoby użycia ciepła na oko, nie odpowiadają w całości potrzebom. Nie tutaj miejsce, abym miał wykazywać wszystkie strony ujemne używanych po dziś dzień aplikacji ciepła, jak rurek Leiterowskich, gorących okładów, kataplazmów, termoforów, ale i to jedno muszę podnieść, że działanie ich jest nierównomierne i niedogodne, wskutek rychłego oziębienia się. Od lat 18-tu posługuję się znowu przyrządem, służącym do naparzania ocz, którego nowy model przedstawiłem w roku zeszłym na Zjeździe lekarzy we Lwowie. Główną zaletą mego przyrządu jest równo-

Szpara w soczewce po pęknięciu rąbka Zinniusza. (Linsencolobom nach Zonulariss). Dr Issakowitz.

Jeżeli zdarzy się jakieś zaburzenie w jednym z ważnych czynników, które wspólnie współdziałają przy wzroście soczewki, to jest rzeczą konieczną, że powstać muszą nieprawidłowości w jej postaci. Autor opisuje przypadek, w którym u 18 l. człowieka spostrzegał obustronne szpary w soczewce, powstałe urazowo po optycznej irydektomii. Szpara znajdowała się na brzegu soczewki w miejscu odpowiadającym irydektomii optycznej. Torebka soczewki była odpowiednio temu miejscu zmętniała, tu też brak było włókien rąbka Zinniusza. Właśnie wskutek braku tych włókien miejsce to zostało spłaszczonem i nie rozwijało się więcej.

Wrodzony obustronny trzeszcz gałki ocznej. (Angeborener, doppelseitiger Exophthalmus). Dr Bertram.

U 10 dni liczącego dziecka, u którego obok nieprawidłowej budowy czaszki znajdował się obustronny trzeszcz gałki ocznej, miał autor sposobność spostrzegać całkowite zwichnięcie prawej gałki ocznej. Na oku lewem były granice tarczy wzrokowej nieco zatarte, żyły rozszerzone, krwotoków brak. Oko prawe wyłuszczone. W 14 dni po operacyi jednak dziecko umarło. Sekcya nie wykazała nowotworu, o którym pierwotnie myślano, natomiast t. z. szwy wieńcowe czaszki były przedwcześnie skostniałe, jak również i szew lambdowy. Mózg wciskał się ku przodowi, gdyż wskutek jego wzrostu nie było dlań miejsca w tylnej części czaszki. Wywiady na kiłę i gruźlicę były ujemne, 12-cioro rodzeństwa było zdrowe.

O punktowatym zaniku naczyńiówki i o barwiku. (Über punktförmige Aderhautatrophie und Pigmentierung). Dr Gebb.

Chodzi o 23 l. mężczyznę ze zdrowej rodziny, a którego trojga starszego rodzeństwa 3 umarło w wieku do 1 roku. Zaburzenia w widzeniu trwają od roku, brak jednak kurzej śle-

mierna i wysoka temperatura ponad 100° C., która powoduje drażnienie nerwów i skurcz naczyń. W następstwie tego zwiększa się zawartość białka w przedniej komorze — moment, który jedynie jest miarodajnym przy użyciu ciepła i który jako jedynie skuteczny wpływa na przebieg spraw zapalnych. Przy sposobności powrócę szczegółowo do tego przedmiotu, a gdy przyrząd kol. Stasińskiego nie jest mi z praktyki znany, to zdaje mi się jednak, że zaletami swemi jest on zbliżony do mego adhalatora parowego. Dlatego też sądzę, że przyrząd ten zasługuje w każdym razie więcej na uznanie i użycie w praktyce, aniżeli znane dotychczas sposoby używania ciepła na gałkę oczną.

Uwaga referenta.

poty. Zewnętrznie są gałki oczne prawidłowe, liczy palce w odległości 1— $1\frac{1}{2}$ m. Pole widzenia dla barwy białej i barw innych jest prawidłowe, w środku pola widzenia znajduje się brak dla barwy zielonej i czerwonej, natomiast rozpoznaje on dokładnie kolor niebieski, żółty zaś niepewnie. Tarcza wzrokowa jest bladą o ostrych granicach, naczynia są prawidłowe. W żółtej plamce znajduje się jasne ognisko z czarną obwódką. W odległości 2—3 przekroi tarczy wzrokowej znajdują się niezliczone białe żółtawe plamki częściowo otoczone barwikiem, częściowo zaś bez niego. Przez te plamki przeciągają zewsząd naczynia. Najbardziej zbliżone są te zmiany do t. z. *retinitis punctata albens Fuchsa*. Najcharakterystyczniejszym w naszym przypadku jest zanik naczyńcówki. Jako etylogię należałoby najprawdopodobniej przyjąć wrodzoną kiłę.

O adaptacji w ciemności przy schorzeniach na dnie oka.
(Über Dunkeladaptation bei Augenhintergrunderkrankungen). Dr Horn.

Autor poddał badaniu doświadczenia L o h m a n n a i przedstawił ich wyniki w postaci linii krzywych. Badania były robione adaptometrem Nagla w miesiącach od lipca do września, a każde badanie trwało przez 60 minut. Badano myopię, wrodzone niedowidzenie kurzą ślepotę ze zmianami i bez takowych na dnie oka, zanik nerwu wzrokowego, jaskrę, oderwanie siatkówki, ślepotę na barwy i t. p. Wogóle badano 33 przypadków, z których przytoczoną jest dokładna historia choroby. Podaję tylko wyniki badań, jak to je autor na końcu swej pracy przedstawia.

1. Myopia sama przez się, chociażby nawet wysokiego stopnia, nie spowoduje zaburzeń w adaptacji.

2. Przy wrodzonym niedowidzeniu jest adaptacja zmieniona.

3. Bardzo ciężkie zaburzenia adaptacji przychodzą przy alkoholizmie, zapaleniu nerek i cukrzycy nawet wówczas, gdy brak jest zmian na dnie oka.

4. Podobne zaburzenia sprawdzają się przy zapaleniu siatkówki i naczyńcówki, nabytem dziedzicznie przez kiłę.

5. Zapalenie nerwu wzrokowego nie powoduje zaburzeń w adaptacji.

6. Jaskra powoduje ciężkie zaburzenia w adaptacji i mogą one być uważane za jeden z ważnych objawów jaskry.

7. Przy oderwanej siatkówce adaptacja jest prawidłowa.

8. Przy *commotio retinae* jest adaptacja opóźniona.

9. Przy ślepcie na barwę czerwoną i zieloną adaptacja jest prawidłową, przy całkowitej ślepcie jest natomiast zmniejszoną.

Wyniki wszystkich badań zgadzają się całkowicie z badaniami L o h m a n n a.

O ziarniniaku na wolnym brzegu powiekowym. (Über das Granulom der freien Lidränder). Dr Cosmetatos.

Po opisanym przez Moaura nowotworze brzegu powiekowego, badał podobne guzy Rumszewicz i Panas. Nowotwory te nazwano ziarniniakami. Guz ten wielkości grochu, był malinowato czerwonym, miękkim, łatwo przesuwalnym, a znajdował się zawsze na wolnym brzegu powiekowym. Anatomicznie składał się z komórek epitelioidalnych o obfitej protoplazmie. W przypadku Panasa był guz ten pokrytym wielowarstwowym przybłonkiem. Podobny obraz przedstawiał też guz usunięty przez autora, przy czem jednak głębokie warstwy przybłonka bujały wgłąb i wciskały się tam w postaci przybłonkowych czopów. Po wycięciu nie przyszło jednak więcej do nawrotów.

Ziarniniaki spotykane na spojówce, które zawsze powstają na podłożu blizny są łagodne, a różnią się od ziarniniaków brzegu powiekowego brakiem przybłonka. Ziarniaki brzegu powiekowego niezawsze są łagodnymi.

T. IX. Z. 1.

*Doświadczalne badania nad uciskiem ocznym, jako-
też jakościowymi i ilościowymi wpływami na przemianę
śródocznego płynu.* (Experimentelle Untersuchungen über den Augendruck, sowie über qualitative und quantitative Beeinflussung des intraocularen Flüssigkeitswechsels). Dr K. Wessely.

Autor postawił sobie zadanie poznać przy pomocy doświadczeń przyczyny, od których ucisk śródoczny jest zależnym. Badania te nabierają tem więcej znaczenia, ile że ucisk śródoczny jest miarodajnym czynnikiem dla krążenia w oku, które znowu ma wielkie znaczenie dla fizjologii i patologii odżywiania oka. Ucisk oczny jest zależnym od ciśnienia na ściany i od wypełnienia naczyń ocznych, a także od ilości płynów ocznych. Ponieważ dalej ucisk oczny jest zawisłym od ucisku krwi, musi więc ucisk oczny i ucisk krwi być równocześnie mierzonym i graficznie przedstawionym. Ważnem jest przytem, aby zawartość oka nie była zmniejszoną, ani też zwiększoną. Autor opisuje przeróżne znane dotychczas metody, a następnie opisuje zbiornik własnego pomysłu, wypełniony rtęcią, a zrobiony z rozszerzonej rury metalowej. (Opis patrz w oryginale). Przy końcu swej pracy ogłosi autor wyniki swych badań, a obecnie zwraca uwagę, że krzywa przedstawiająca ucisk śródoczny, nie wykazuje charakterystycznych wtórnych elewacji, właściwych pulsowi tętnic. Przy zwiększeniu się ucisku wzmacnia się również i ucisk śródoczny. Przy zmniejszaniu

się ucisku krwi (drażnienie n. błędnego) zmniejsza się ucisk śród-oczny i to temwięcej, im wyższym był początkowo. Podczas gdy przy wkraplaniu 1% roztworu adrenaliny źrenica się rozszerzała, to podobne wyniki nie dały się nigdy osiągnąć przez śród-żylne zastrzykiwanie adrenaliny. (Ciąg dalszy w następnym zeszytcie).

O rzadkim obrazie wziernikowym. Choroba Hippla pod postacią glejaka siatkówki. (Über ein seltenes ophthalmoscopisches Bild von Hippel'scher Krankheit unter dem Bilde des Glioma retinae). Dr K n a p e.

10 l. chłopak skarżył się od 2 miesięcy na zmniejszenie się bystrości wzroku na oku lewem, przed 14 zaś dniami ociemniał. Badanie wykazało szerokie źrenice, które nie oddziaływały; na dnie oka przekrwienie żylne. Pod siatkówką znajdowały się bardzo liczne żółtawe guzki, na zewnątrz i ku dołowi była siatkówka oderwaną, T + 1. Leczenie polegało na zastosowaniu tuberkuliny. Stan oka po upływie 5-ciu miesięcy wykazał na dnie bardzo rozszerzone naczynia, czerwone wzniesienia, od wewnątrz oderwaną siatkówkę. Oko zostało wyłuszczone, przytem pokazało się, że siatkówka zmieniała się w twardą zgrubiałą tkankę. Badanie drobnowidowe wykazało glejaka, który wychodził z zewnętrznej warstwy ziarnistej z typowemi różyczkami. Znajdujące się na dnie oka czerwone guzki były to nowowytworzone naczynia. C z e r m a k, który spostrzegał podobny przypadek, uważał te zmiany jako wrodzone nowotwory naczyniowe. Takie przypadki opisywali Hippel, W a g e n m a n n, S a t t l e r, F u c h s, H e r z o g i i. We wszystkich tych przypadkach rochodzi się o zmiany w naczyniach, które powodują podobny obraz wziernikowy, ale przez różnorakie przyczyny mogą być spowodowane.

Przyczynek do rozpoznania jednostronnego zwyrodnienia barwnikowego siatkówki. (Beitrag zur Kenntniss der einseitiger Retinitis pigmentosa). Dr R e u t e r.

Pomimo dokładnie znanych objawów tego schorzenia, jest jego etyologia dość niejasną. Największy procent daje się spostrzegać w rodzinach spowinowaconych ($\frac{1}{3}$ 0/0). Niektórzy autorowie posądzają kiłę, inni znowu przeczą temu. L e b e r opisał przypadek jednostronnej tej choroby. W przypadku autora rochodzi się również o jednostronne schorzenie, powstałe na podstawie kiłowej u 65 l. mężczyzny. Przed 25 laty przebył on kiłę i zapalenie tęczówki na lewem oku. Przebieg chorobowy tego cierpienia aż do ociemnienia jest o wiele szybszym, aniżeli w przypadkach obu-stronnych.

Do sprawy uleczenia jaglicy promieniami Becquerela. (Zur Frage über die Heilung des Trachoms durch Becquerelstrahlen-Radium). Dr Selenkowsky.

Ogłoszenie autora 9-ciu nowych przypadków uleczonych przy pomocy radium, ma na celu pogłębić doświadczenie w tym kierunku i sprzeczne zapaśrywania autorów. Wyniki badań są podobne, jak badań Heineckiego, Goldberga, Londona i t. p., a wykazują szybkie działanie promieni radium na komórki tkanek limfatycznych przez rozkład chromatyny jądra. Badania przedsiębrano 1, 10 i 30 mgm radu, zatopionego w wąziutkich rurkach szklanych i trzymanyh od oka w odległości 2—3 mm. Wyniki były następujące: 1) Odczyn oka bywa proporcjonalnym do ilości radu i do trwania jego działania. 2) Zmiany zwyrodnienia na siatkówce nie muszą być spostrzegane wziernikiem, a powstają przez zbyt wielkie ilości i przez zbyt długie i częste opromieniowania. 3) Odczyn na oku pojawia się dopiero po dłuższym czasie (2 tygodnie). 10 mmgm są dla oka królika nieszkodliwemi, nawet przy bezpośredniem opromieniowaniu rogówki; dla oka ludzkiego jest ta ilość również nieszkodliwą, nawet przy dłużej trwałem działaniu na odwróconą powiekę. Autor leczył 25 przypadków jaglicy z ziarnami zapomocą 10 mgm radu i to przez 15—20 minut każdorazowo. Przy promieniowaniu jednak powieki zasłaniał on rogówkę oka drugą powieką. Rurkę przykładał wprost do spojówki, a łyżę poprzednio usuwał, gdyż takowe szkoda przedostawianiu się promieni. Uleczenie było całkowitem, gdyż jagły znikwały zupełnie, a nawrotów nie było. Zabieg ten stosował autor co 2—3 dzień. Jagły stawały się początkowo płaskie, poczem znikwały bez śladu, nie tworząc blizn. Jeżeli jeszcze pozostał obrzęk, to używał 1% lapisu lub cynku. Dalsze badania w tym kierunku przedsiębrał Dr Kardo Ssissojeff u 80-ciu chorych na 114 oczach. Stosował on co 2-gi dzień 10 mgm radu przez 3—10 minut, a po polepszeniu się 2 razy tygodniowo. We wszystkich tak leczonych przypadkach czas trwania choroby był o wiele krótszym, aniżeli przy leczeniu innymi sposobami. Przegląd dotychczasowej literatury wykazuje już obecnie wiele zwolenników, jak również i przeciwników tej metody. Złe wyniki bywają przypisywane niedokładnemu stosowaniu metody, niedostatecznej ilości radu i niejednostajnemu preparatowi. Metoda ta jest niebolesną, i może być z dobrym skutkiem stosowaną u dzieci.

Przyczynek do zagadnienia o powstaniu czerwonego widzenia z olśnienia. (Beitrag zur Frage der Entstehung der Blendungserythropie). Dr Vogt.

Zapatorywanie Schuleka, potwierdzone przez Fuchsa i Birch-Hirschfelda, jakoby promienie pozafołkowe były przyczyną widzenia czerwonego, zostało obalonem przez następujące doświadczenie. Jeżeli oko, którego źrenica jest rozszerzoną eufalminą i kokainą, spogląda na płaszczyznę oświeconą słońcem, to po wpatrzeniu się oka w miejsce słabo oświetlone występuje po upływie 10—15 sekund widzenie czerwone, które trwa przez kilka minut. Jeżeli przed oko przedłoży się 9 mm grube szkło, t. z. Schwerflint, (vide Archiv f. Augenheilkunde Band LIX. 1. p. 24), który pochłania wszystkie promienie pozafołkowe, część promieni fołkowych i niebieskich, to przy patrzeniu się w przestrzeń słabo oświetloną występuje pomimo tego widzenie czerwone.

Z tego wynika zatem, że przy powstawaniu widzenia czerwonego, promienie pozafołkowe nie odgrywają żadnej czynnej roli.

Archives d'Ophthalmologie. R. 1908. Nr 7 i 8. (Referent K. W. Majewski).

Włókniak naczyńiowy oczodołu. (Angiofibrome de l'orbite). Lapersonne.

Autor wyłuszczył u 23-lego chorego guz wyrastający z oczodołu pod dolną powieką, rozpoznany jako *angioma orbitae*. Na rozpoznanie to wpłynęła także obecność dużego znamienia naczyńiowego na powiece dolnej, pozostającego z guzem w ścisłym związku. Szczegółowe badanie anatomiczne wyciętego nowotworu, nie wykazało jednak typowego utkania naczyńiaka, lecz przewagę tkanki łącznej włóknistej, tak, że trzeba było guz określić jako *angiofibroma*.

Gruźlica oczna i tuberkulina T. R. (Tuberculose oculaire et tuberculine TR.). Rohmer.

Na podstawie 8-miu własnych spostrzeżeń dochodzi autor do następujących wniosków: należy rozróżnić dwie postacie gruźlicy ocznej: gruźlicę dna oka i gruźlicę przedniego odcinka. Ta ostatnia postać nadaje się szczególnie do leczenia zapomocą tuberkuliny. Rozpoznanie dawniej nastroczające pewne trudności, dziś jest ułatwione dzięki zdobyczom ostatniej doby, jak odczyn skórny Pir-

queta i odczyn oczny Calmette'a. Co do tuberkuliny TR. sądzi autor na podstawie swych doświadczeń, że stosowana w dawkach umiarkowanych nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa a ujawnia wybitne działanie lecznicze zwłaszcza wobec gruźlicy przedniego odcinka gałki. Rogówka przy mięszszowem zapaleniu na tle gruźlicy szybko się wyjaśnia, wysięki i gruzełki tęczówkowe znikają. I stan ogólny chorych w przypadkach autora poprawiał się wybitnie pod wpływem zastrzyknięć tuberkuliny: chorzy tyli, przybierali na wadze, a nawet u niektórych rozpoczynające się zagaśczenia w szczytach płucnych rozeszły się po kilku przemiągających zaostreniach bez pozostawienia śladów.

Porażenie naprzemienne 6-ej i 7-ej pary nerwów mózgowych w następstwie urazów czaszki. (Paralysies alternes de la sixième et de la septième paire, suites de traumatismes craniens). Bourgeois.

Autor przytacza 2 spostrzeżenia własne, jedno świeże, drugie dawniejszej daty, gdzie pod wpływem urazu doznanego w głowę przyszło do skrzyżowanego porażenia z jednej strony nerwu odwodzącego z drugiej nerwu twarzowego.

Nieprawidłowy pierścień naczyniowy okalający tarczę nerwu wzrokowego. (Un anneau vasculaire péripapillaire anormal). Copper.

U pewnej 39-letniej kobiety spostrzegął autor nader rzadką nieprawidłowość w układzie naczyń na dnie oczu. Tarcz nerwu wzrokowego, rozgałęzienia tętnicy, żyły środkowej, zresztą cała siatkówka i naczyniówka nie przedstawiają żadnych zboczeń. Uderza natomiast dość regularny pierścień utworzony z łączących się ze sobą rozgałęzień szerokich płaskich naczyń, ciemno-czerwonych, bez połysku, okazujących zatem znamiona naczyń żylnych. Pierścień ten okala tarcz nerwu wzrokowego i wysyła w różnych kierunkach promienisto ułożone rozgałęzienia żyłne. W niektórych miejscach okrężne żyły łączące się w pierścień rozdwarzają się, a u lewego oka w jednym miejscu część obwodu pierścienia rozdziela się aż na 3 żyłne koryta. Cały ten system żył nie pozostaje w żadnym związku z siecią naczyń siatkówkowych, które ponad nim swobodnie przebiegają, jest więc widocznie położony pomiędzy siatkówką a naczyniówką. Autor znalazł w literaturze jeden tylko podobny przypadek opisany przez Schradera. Schrader ten pierścień naczyniowy uważa za ektopię koła tętniczego Zinniusa. Autor mając na względzie żylny charakter pierścienia uważa go raczej za nadmiernie rozwiniętą sieć żylną, odpowiadającą temu kołu tętniczemu.

Skostnienie błony szklistej. (Ossification de la membrane hyaloïde). Vassiliades.

Autor zmuszony był wyjąć zanikłą gałkę oczną pewnemu tureckiemu oficerowi z powodu grożącego zapalenia współczulnego. Badanie anatomiczne wykazało, że wewnątrz gałki wypełnione było muszelkowatym konkrementem odpowiadającym błonie szklistej. Ze środka wklęsłej powierzchni sterczała ku przodowi kostna igiełka odpowiadająca kanałowi Cloqueta. Że zwapnienie to a raczej skostnienie, jak to wykazał mikroskop nie dotyczyło siatkówki ani naczyńówki, o tem świadczy obecność tych dwóch błon pokrywających, co prawda w stanie zanikowym, zewnętrzną wypukłą powierzchnię konkrementu. Grubość kostnej muszelki wynosiła przeciętnie 2 mm, a ciężar 36 centygramów.

O sklerekтомii prostej w leczeniu jaskry przewlekłej. (De la sclérectomie simple dans le glaucome chronique simple). Lagrange.

Lagrange oddawna zdawał sobie sprawę, że dopiero wtedy ostatecznie przekona świat okulistyczny o potrzebie wycinania twardówki dla uzyskania blizny przesączającej kiedy zdoła wykazać się korzystnymi wynikami samej sklerekтомii wykonanej bez irydektomii. Do tej pory nie mógł się jednak na to odważyć z obawy wypadnięcia tęczówki i jaskry następowej. W ostatnich czasach wykonał nareszcie w sześciu przypadkach jaskry prostej po poprzednim energicznem ezerynowaniu, samą tylko sklerekтомię i ani razu tęczówka nie wypadła dzięki temu, że i po operacji przez 5—6-ciu dni codziennie rozpuszczano ezerynę. W 5-u przypadkach wynik był bardzo pomyślny, oczy zmiękły i nie tylko jaskra przestała czynić dalsze postępy, ale nawet wzrok i pole widzenia doznały poprawy. Szósty przypadek operowany zbyt świeżo nie mógł być jeszcze w tem zestawieniu zużytkowany. W każdym razie autor mniema, iż dostarczył niezbitego dowodu, że w zaleconej przez niego irydosklerekтомii istotną i jedynie skuteczną część operacji stanowi wycięcie twardówki, irydektomię zaś dodaje się tylko ze względów technicznych.

Przyczynek do sprawy nowotworów okołogałkowych. (Contribution à l'étude des tumeurs peribulbaires). G. Frugieuele (Neapol).

Autor operował 43-letniego wieśniaka, wyłuszczył mu mianowicie guz prawego oczodołu, wielkości małej pomarańczy, kryjącej w sobie na poły zniszczoną gałkę oczną. Badanie anatomiczne

wykazało w przedniej owrzodzonej części nowotworu typowe utkanie raka, w pozostałych zaś częściach guza przeważała wyłącznie prawie włóknista tkanka łączna. Autor przypuszcza, że ten nadmierny rozrost łącznotkankowy części gałkę otaczających był bądźto odczynem wobec szerzącego się nacieczenia nowotworowego (*epithelioma peribulbare*), bądźteż takimże odczynem wobec niewątpliwie przebytego ropnego zapalenia gałki ocznej.

Phthiriasis powiek. (Phtiriase palpébrale). Villard (Montpellier).

Jest to dość obszerna monografia omawiająca rzadkie, zdaniem autora, cierpienie. (U nas zwłaszcza wśród ubogiej ludności żydowskiej zaniedbanej i niechlujnej, spotkać jednak można dość często *phthiriasis ciliarum* (przyp. ref.). Wszawica rzęs znaną już była w starożytności Celsusowi i Gallenowi. W ostatnich czasach poświęcono jej cały szereg prac i artykułów. Autor podnosi jako rzecz szczególną, że w przypadkach wszawicy spotyka się wśród rzęs *phthirius pubis*, którego obecność zazwyczaj można równocześnie wykazać na wzgórku łonowym i pod pachami, a nigdy *pediculus capitis* pomimo bliższego sąsiedztwa. Badanie przez lupę wykrywa na brzegu powiek oprócz wszy różnego wieku także ich gnidy uczipione do rzęs i ekskrementa w postaci czarnego pyłu. Przy zaniedbaniu cierpienia przychodzi następowo do mniej lub więcej znacznego zapalenia brzegu powiekowego. Leczenie polegać może albo na jednorazowym mechanicznym usunięciu pasożytów i ich jajek przy użyciu szczypczyków o delikatnych ząbkach, lub też na kilkukrotnym wtarcu maści z żółtego tlenku rtęciowego, lub szarej maści rtęciowej.

Zapalenie rzeżączkowe spojówki i ropnie spojówkowe na tle przerzutu. (Conjonctivite blennorrhagique metastatique et abcès conjonctivaux). Vigier.

Wiadomo od dawna, że w przebiegu rzeżączki cewki moczowej powstają niejednokrotnie zapalenia przerzutowe w odległych narządach. Predylekcyjnym miejscem jadu tryprowego są stawy. Zdarzają się jednak wypadki, gdzie sadowi się on w innych częściach na przykład w oku. Autor nie ma tu na myśli rzeżączkowego zapalenia tęczówki, ale sprawy zapalne i ropne na spojówce powiekowej i gałkowej, okazujące tyle analogii z zajęciem błony synowialnej stawów, że Ricord określił je mianem *Arthritis gonorrhoeica oculi*. Należy rozróżnić dwie postacie tych zapaleń, lżejszą polegającą tylko na przekrwieniu spojówki z nieznaczną wydzieliną i cięższą postać, w której powstają ropnie pod spojówką gałki.

Autor przytacza szereg odnośnych spostrzeżeń nie pozostawiających co do związku z tryprem żadnych wątpliwości, gdyż badanie bakteriologiczne w ropy spojówkowej wykazywało obecność dwoinek Neissera.

Wagier zwapniały w oczodole. (Cysticerque calcifié de l'orbite). Pascheff (Sofia).

Już po raz drugi w ciągu bieżącego roku miał autor sposobność wyłuszczać guz z oczodołu, który przy badaniu mikroskopem okazał się węgram w zupełności zwapniałym. Zarówno pęcherz cały, *receptaculum capitis* jak i *scolex* były zupełnie zwapniałe. Tak zwana *tunica adventitia*, zawierała liczne komórki eozynaochłonne.

Berl. klin. Wchschrift. 1908. (Referent Dr W. Reis).

Nr. 15. *O zwężeniu źrenicy przy zwrotnej nieruchomości tejże* (Über Miosis bei reflektorischer Pupillenstarre). Levinsohn.

Autor stara się udowodnić, że pojęcie rdzeniowego zwężenia źrenicy nie ma uzasadnienia, że zwężenie zatem źrenicy spotykane przy zwrotnej nieruchomości jest objawem mózgowego a nie rdzeniowego pochodzenia. Rdzeniowe zwężenie źrenicy nie powstaje przez porażenie włókien współczulnych, rozszerzających źrenicę, lecz zawdzięcza swe powstanie podrażnieniu zwieracza źrenicy. Jako ognisko dla tego schorzenia przyjąć należy z wszelkiem prawdopodobieństwem jądro Edinger-Westphala. Także zwrotna nieruchomość źrenicy zależy od schorzenia odwodzących dróg źrenicznych, położonych w samym jądrze. Dla wytłumaczenia tych objawów przyjąć należy przypuszczenie, według którego jądro zwieracza źrenicy z dwóch części miałoby się składać: jednej, która jest w stanie bodziec świetlny zamienić w skurcz zwieracza i drugiej, które przenosi na zwieracza bodźce akomodacyjne. Schorzenie pierwszej części wywołuje zwrotną nieruchomość źrenicy a przy podrażnieniu drugiej części także zwężenie źrenicy. Za tem tłumaczeniem tych objawów przemawiają spostrzeżenia przypadków, w których przy przejściu zwrotnej nieruchomości źrenicy w bezwzględną nieruchomość zawsze występuje rozszerzenie poprzednio zwężonej źrenicy.

Nr. 16. *Znaczenie pracy z blizka dla powstania krótkowidztwa.* (Die Bedeutung der Nahearbeit für die Entstehung der Kurzsichtigkeit). Thorner.

Od czasu badań statystycznych Cohna i późniejszych badaczy uchodzi za niezbitą pewnik fakt, że krótkowzroczność u dzieci szkolnych wzrasta równomiernie wraz z przejściem do coraz wyższych klas i zakładów naukowych i że główną przyczynę zwiększania się tej wady należy upatrywać w natężającej pracy z blizka. Dla wytłumaczenia związku przyczynowego, jaki zachodzi między pracą z blizka a krótkowzrocznością, istnieją rozmaite teorie, często niezgodne ze ścisłym spostrzeganiem właściwych czynników działających. (Napięcie mięśnia akomodacyjnego, ucisk mięśnia skręcającego). Autor na podstawie własnych spostrzeżeń stara się uzasadnić inne przypuszczenie służące do objaśnienia związku przyczynowego między pracą z blizka a krótkowzrocznością. Przy badaniu ruchów gałek ocznych należy odróżnić dwa rodzaje ruchów: jedne odbywają się powoli i równomiernie, drugie zaś rzutami i z przerwami. Pierwsze nazywa T. ruchami ciągłymi, drugie przerywanymi. (Kontinuierliche und diskontinuierliche Bewegungen). Rzecz wyjaśnia autor na przykładzie. Skoro spoglądamy na wóz obok nas przejeżdżający, wykonujemy okiem ruchy ciągłe, przy oglądaniu zaś poszczególnych części obrazu wykonujemy ruchy przerywane. Dla przeprowadzenia dokładniejszego rozbioru ruchów gałek ocznych przy rozmaitych zajęciach zawodowych posługiwał się T. sporządzonym przez siebie wziernikiem ocznym, dającym znaczne powiększenie dna oka i pozwalającym kontrolować nawet bardzo delikatne ruchy wykonywane okiem drugim. Jako wynik badania podaje T., że przy patrzeniu w dal oko wykonuje ruchy ciągłe, przy pracy z blizka ruchy przerywane. Z wszelkich zajęć z blizka czytanie powoduje najliczniejsze ruchy przerywane. Ruchy przy czytaniu tak są częste, że w jednej sekundzie rzuca się oko 5—7 razy, co na godzinę czyni 18000—25000 ruchów, odbywających się rzutami. Przy każdym takim rzucie występuje naciąganie twardówki i tarczy nerwu wzrokowego, które przez tak częste powtarzanie nie pozostaje bez wpływu na gałkę oczną. Zrozumiałem jest, że oko takie ruchy odbywające uledeć musi pewnym zmianom, które nie występują przy ruchach gałki ciągłych. Podobnie ma się rzecz przy maszynach, części składowe wykonujące szybkie ruchy powrotne prędzej się zużywają niż części równomiernie się poruszające.

Liczba ruchów odbywających się rzutami przy czytaniu nie jest zależną od odległości, w której trzyma się książkę a wskutek

tego naciąganie gałki będzie tem większe, im bliżej oka tekst będzie się znajdował.

Gdy dalsze badania potwierdzą spostrzeżenia powyższe, zapobieganie krótkowidztwu uległoby pewnym zmianom. Zamiast zakazu całkowitego wszelakiej pracy z bliska, należałoby tylko ograniczyć czytanie, jako czynnika przyczyniającego się najbardziej do powstania i rozwoju krótkowidztwa.

Nr. 17. *O nowszych wynikach badań nad zapaleniem współczulnem.* (Über neuere Untersuchungsergebnisse bei der sympathischen Ophthalmie). Lenz.

Autor omawia obszernie wyniki nowszych anatomicznych badań w dziedzinie zapalenia współczulnego i istniejące teorye, przyjmując dla wytłumaczenia powstania zapalenia współczulnego teoryę swoistych przerzutów jako najbardziej prawdopodobną. Podobnie jak znane są dla innych narządów swoiste bodźce chorobotwórcze (np. prątek tężcowy dla układu nerwowego), tak samo należy też przypuszczać istnienie jakiegoś zarodka szkodliwego tylko dla oka, a obojętnego dla całego ustroju. Ze stanowiska klinicznego brak jednakże wskazówek, któremi kierować by się można przy orzeczeniu, czy dane oko może wywołać zapalenie współczulne; przy najlżejszem więc podejrzeniu wyjęcie oka pierwotnie chorego pozostaje nadal jedynym obowiązkiem lekarza.

O miejscowej tuberkulinowej nadwrażliwości spojówki. (Über lokale Tuberkulin-Ueberempfindlichkeit der Conjunctiva). Cohn.

Przy stosowaniu tuberkulinowego odczynu spojówkowego Wolf-Eisnera stwierdził autor fakt, że chorzy klinicznie za gruźliczych nie uznani, nabywają pewnej nadwrażliwości spojówki na wkraplanie tuberkuliny i dają odczyn dodatni przy powtórnem zakropleniu, mimo że przy pierwszym wkraplaniu na tuberkulinę wcale nie oddziaływali. Tuberkulina użyta do wkraplań była 1% starą tuberkuliną, a czas potrzebny do wywołania tej sztucznej nadwrażliwości nie dał się z góry określić i wahał się w granicach od kilku dni do kilku tygodni. Autor spostrzegał w kilku wypadkach wystąpienie tej nadwrażliwości po 3½ miesiącach a w jednym przypadku otrzymał odczyn dodatni nawet po 4 miesiącach. Pytania, czy sztuczna nadwrażliwość jest odznaką gruźlicy ukrytej, on też nie rozstrzyga, zwraca jednakże uwagę, że w kilku przypadkach, w których wystąpił wyraźny objaw sztucznej nadwrażliwości, sekcyja zwłok nie wykazała żadnych śladów makroskopowo dostrzegalnej gruźlicy.

Do właściwości »sztucznej nadwrażliwości« zaliczyć należy także gwałtowne wystąpienie odczynu spojówkowego po podskórnym wstrzyknięciu tuberkuliny. Ponieważ odczyn ten występuje często po podskórnym wprowadzeniu już 1 mg. tuberkuliny, przyjąć należy, że spojówka nabrała własności przyciągania i zagęszczania tuberkuliny, gdyż przy równomiernem rozdzieleniu 1 mg. tuberkuliny we krwi na oko wypadłaby część tak nieznaczna, że nie byłaby w stanie wywołać odczynu w oku nawet jak najbardziej wrażliwem.

Nr. 18. *Serodyagnostyka kiły w okulistyce.* (Die Sero-diagnose der Syphilis in der Ophthalmologie). Cohen.

W etyologii chorób ocznych zajmuje kiła również pokaźne miejsce. Częstość jednakie są objawy kiły tak odległe, że w braku danych przedmiotowych rozpoznanie postawić można tylko *ex juvantibus*. Autor stosował w 64 przypadkach rozmaitych schorzeń ocznych (zapalenie tęczówki i naczyńki, zapalenie miąższowe rogówki, zaćmienia w ciele szklistem, zanik nerwu wzrokowego) serodyagnostyczną próbę Wassermana i otrzymał w 23 przypadkach odczyn dodatni. W szeregu tych przypadków można było stwierdzić klinicznem badaniem na pewne tylko 8 razy kiłę. Reszta przypadków dała odczyn ujemny. Według autora wynik dodatni próby Wassermana może być bardzo cennym dla rozpoznania i dla zastosowania odpowiedniego leczenia.

Ctrlblt. f. pr. Aghk. 1908. Z. 5 (maj). (Ref. Dr Gruder).

Wiąd i kiła. (Tabes und Syphilis). Dr Otto Wernicke w Buenos Aires.

Ogólnie przyjętem jest, iż wiąd rdzenia jest prawie zawsze następstwem kiły, nigdzie zaś autor nie spotkał się z twierdzeniem, że niektórzy, obciążeni kiłą, są prawie zawsze wolni od wiądu. Na mocy spostrzeżeń na kilku przypadkach z własnej praktyki autor przychodzi do następującego wniosku: Obarczeni kiłą, którzy przebyli iritis specifica, zostają wolni od tabes.

Autor nie czuje się powołanym do wyjaśnienia związku między iritis i tabes, przypomina tylko znane twierdzenie, że tabes, rozpoczynające się zanikiem nerwu ocznego, zwykle ma przebieg dobry.

Przypadek lymphangioma cavernosum oczodołu. (Ueber einen Fall von Lymphangioma cavernosum orbitae). Dr Fehr w Berlinie.

Chora 45-letnia od półtora roku spostrzega, że gałka prawa stopniowo występuje ku przodowi. Bóle głowy i oka, zamglenie wzroku na prawem oku.

Stan obecny wykazywał: 1) *Protrusio bulbi dextri* na 12 mm wprost ku przodowi. Ruchy gałki dobrze utrzymane, powieki i spojówka niezmienione. 2) Znaczna dalekowzroczność przy równoczesnej emmetropii drugiego zdrowego oka. $V_{pr} = \frac{1}{5}$, $+5.0D = \frac{5}{15}$. Lewe oko $= \frac{5}{5}$ E. Pole widzenia prawidłowe. Podwójnego widzenia nie można było wywołać. 3) Wybitna tarcz zastoinowa na tem oku.

Stan ten wystarczał do rozpoznania narośli pozagałkowej, która spowodowała *protrusio bulbi*, spłaszczenie tylnego bieguna gałki i temsamem hypermetropię osiową, a przez ucisk na naczynia krwionośne zaburzenia krążenia w nerwie ocznym. Okoliczność, że gałka sterczała wprost ku przodowi i utrzymanie ruchów gałki przemawiały za umiejscowieniem narośli w lejku mięśniowym. Ból i upośledzenie wzroku skłoniły do operacyi, dokonanej wedle metody Krönleina.

Po resekcyi trójkątnego kawałka kości bocznej ściany oczodołowej otwarto periorbitę poniżej mięśnia prostego zewnętrznego. Palcem natrafiono w lejku mięśniowym na elastyczną narośl, wypełniającą przestrzeń między gałką, a wierzchołkiem piramidy oczodołowej. Nerw oczny leżał po stronie nosowej, niezrośnięty z naroślą. Bez trudności udało się wyjąć narośl, wielkości śliwki. Krwotok bardzo skromny. Przebieg leczenia bardzo pomyślny.

Już przy zmianie pierwszego opatrunku znikły *protrusio bulbi* i hypermetropia. Tarcz zastoinowa ustąpiła po dwóch tygodniach, a bystrość wzroku wróciła do prawidłowego stanu. Lekkie porażenie mięśnia odwodzącego z czasem zupełnie ustąpiło.

Po dwóch miesiącach chora doniosła, iż czuje się bardzo dobrze, że ruchy gałki są bardzo dobre i że prawie zapomniła o przebytej chorobie.

Narośl posiadała postać i wielkość śliwki (27: 21 mm), owinięta w torebkę.

Instytut patologiczny wykazał: *Lymphangioma cavernosum orbitae*.

Ten, sposobem Krönleina usunięty, nowotwór jest pierwszym przypadkiem głęboko umieszczonego *lymphangioma cavernosum orbitae*, wyleczony bez żadnych uszkodzeń w czynności.

Narośl polipowata spojówki. (Zur Kasuistik der polypoiden Geschwülste der Bindehaut). Dr Hilbert w Sensburgu.

Po odwinięciu górnej powieki prawego oka widać narośl polypowatą, wychodzącą z załamka górnego, mniej więcej w połowie tegoż, i zwisającą na 1 cm ku dołowi.

U nasady ta narośl cienka, jak nitka, ku dołowi stopniowo grubsza, u końca wolnego ma średnicę 1 mm. Barwa czerwona; miękkiej treści, o powierzchni niegładkiej.

Rozpoznano t. zw. narośl polypową spojówki, którą odcięto przy pomocy nożyczek. Po sześciu tygodniach stan był wolny od nawrotu.

Autor przy końcu zwraca uwagę na rzadkość takich przypadków.

Z. 6 (czerwiec) 1908.

Podwójne przedziurawienie gałki ocznej scyzorykiem i implantacja rzęsy, jakoteż zarodka przybłonkowego w bliźną tylną ścianę ocznej. (Doppelte Durchbohrung des Augapfels mit einem Taschenmesser und Implantation einer Cilie und eines Epithelkeims in die Narbe der hinteren Augenwand). Dr Warnecke w Berlinie.

Chodzi o ciężkie skaleczenie oka scyzorykiem, który przebił gałkę całą na wylot przez tylny biegun gałki, przechodząc przez siatkówkę, naczyniówkę i twardówkę. Gałkę wyjęto; mikroskopijne badanie wykazało obecność rzęsy i wysepki z nabłonkiem, porwanych przez uraz i przeniesionych (Implantation) do naczyniówki i twardówki.

Z. 7 (lipiec) 1908.

Przypadek wrodzonego drgania ocz. (Ein Fall von vererbtem Augenzittern). Dr L. Caspar w Mühlheimie n. Renem.

Pacjent 31-letni, od dzieciństwa cierpi z powodu ustawicznego, powolnego, w poziomym kierunku idącego drgania ocz, które wzmacnia się przy patrzeniu w bok. Bystrość wzroku na pr. oku = $\frac{5}{50}$ (Astigm.), na lewym = $\frac{5}{30}$ (Astigm.). Dno oka prawidłowe; pole widzenia i barwy prawidłowe. Lekki zanik barwika naczyniówki.

Dokładne wywiady wykazały przeniesienie tego stanu ocz przez rodziców ze strony matki na męskie potomstwo, które prawie bez wyjątku było tą chorobą obciążone.

Z. 8 (sierpień) 1908.

Ueber Darstellungen von Blindenheilungen auf altchristlichen Sarkophagen. Prof. Dr R. Greeff w Berlinie.

Fotograficzne reprodukcye z wielkiego zbioru starochrześcijańskich rzeźb i epigrafiki w chrześcijańskim muzeum laterańskim w Rzymie.

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

Nr. 18. *Odczyn oczny na gruźlicę, metoda klinicznie i praktycznie na razie nieużyteczna (oraz uwagi o odczynie skórnyim Pirqueta).* (Die Ophtalmoreaktion auf Tuberkulose, eine zurzeit klinisch und praktisch nicht brauchbare Methode (nebst Bemerkungen über die Pirquetsche Kutanreaktion). Klieneberger.

Autor odradza stosowanie odczynu ocznego wobec niepewnej jego wartości rozpoznawczej i często spotykanych przykrych następstw dla samego oka i skłania się raczej do zastosowania całkiem bezpiecznego odczynu skórnoego Pirqueta.

Przyczynki do fizyologii nadnercza i o istniejących we krwi oraz innych istotach rozszerzających źrenicę. (Beiträge zur Physiologie der Nebennieren und über im Blut vorhandene und andere pupillenerweiternde Substanzen). Ehrmann.

Artykuł autora stanowi przyczynek do biologicznej metody ilościowego oznaczenia adrenaliny. Do tego celu służą wyłuszczone żabie gałki oczne, które wkłada się do małych lejków szklanych, źrenicą do góry i do jednej z nich dodaje się kilka kropli badanego roztworu, do drugiej, służącej do kontroli nieco fizyologicznego rozczyntu soli. Obie gałki wystawia się na działanie światła. Podczas gdy źrenica w gałce użytej dla kontroli zwęża się do kształtu szczeliny, to źrenica w oku z płynem badanym rozszerza się stopniowo coraz bardziej. Znając rozcieńczenie płynu badanego można ze stopnia rozszerzenia źrenicy i czasu wystąpienia odczynu oznaczyć ilość zawartej w płynie adrenaliny. Metoda ta jest tak czułą, że najmniejsze ilości adrenaliny, które na żywej żabie nie wywołują żadnego odczynu, zastosowane na oku wyłuszczonego dają bardzo wybitne rozszerzenie źrenicy. To odmienne zachowanie tłomaczy E. tem, że adrenalinę wprowadzoną do żywego zwierzęcia wychwytyją także inne narządy, źrenica zaś pozostaje pod wpływem powikłanych czynników nerwowych. Z innych istot znajdujących

się w ustroju żadne nie posiadają takich samych właściwości, jak adrenalina. Amoniak wywołuje wprawdzie rozszerzenie źrenicy ale równocześnie ją zniekształca. Mocznik, kwas moczowy, cholina nie wywołują rozszerzenia źrenicy. Następnie stwierdza autor, że wydzielanie adrenaliny nie jest zależnem od ciśnienia krwi i przytacza znane już doświadczenia innych badaczy, że przy przewlekłym zapaleniu nerek i wyluszczeniu nerki u zwierzęcia stwierdzić można we krwi zwiększone ilości adrenaliny. Wyniki działania adrenaliny na narządy są podobne jak przy elektrycznem drażnieniu współczulnych włókien tychże. W końcu omawia E. zastosowanie lecznicze wyciągu z nadnercza przy zapadzie sercowym i osłabieniu serca u człowieka w postaci śródżylnych wstrzykiwań.

Nr. 19. *O wczesnem przeszczepianiu przy oparzeniach powiek.* (Über Frühtransplantationen bei Verbrennungen der Augenlider). Pfalz

Rany oparzelinowe powiek pozostawione samowolnemu zagojeniu dają w następstwie powód do tworzenia się rozległych blizn, wywinięcia lub podwinięcia powieki. Aby temu zapobiedz radzi autor natychmiast po odgraniczeniu strupa oparzelinowego przystąpić do pokrycia ubytku metodą Thierscha. Przeszczepiania należy dokonać już przy ubytkach o wielkości grochu a w oparzeniach położonych przy kącie wewnętrznym oka, w sąsiedztwie punktów łzowych nawet przy ubytkach znacznie mniejszych. Przy ubytkach powstałych w spojówce powinien płat przyskórka służący do przeszczepiania być podobny do złożonego arkusza listowego papieru i wszyty w dolny lub górny załamek dla ochrony przed przesunięciem. Najodpowiedniejszy czas nadający się do operacji jest 4—6 dzień po oparzeniu; resztki obumarłej tkanki należy wyskrobać ostrą łyżeczką.

Nr. 21. *Układowe znamię rogowate — znamię rogówki — zaćma młodzieńcza. Ciężkie zmiany na dnie oka.* (Systematisierter Hornnaevus — Naevus der Cornea — Cataracta juvenilis. Schwere Veränderungen des Augenhintergrundes). Kreibich.

Przypadek nadmiernego zrogowacenia znamienia skórniego daje autorowi sposobność do wyrażenia przypuszczenia, że takie zmiany istniejące na oku (zrogowacenie rogówki, zaćma, oderwanie siatkówki i ogniskowe bujanie gleju) dadzą się sprowadzić do wspólnej przyczyny t. j. do zaburzeń w przybłonkowym zawiązku skóry i oka.

Nr. 25. *Przepis okładów ocznych w praktyce przychodniej.* (Die Verordnung von Augenumschlägen in der ambulanten Praxis). Openheimer.

Nr. 27. *Przyczynek do seroterapii przy schorzeniach oka.* (Ein Beitrag zur Serumtherapie bei Erkrankungen des Auges). Hippel.

Autor stosował w 40 przypadkach rozmaitych schorzeń oka — wrzody rogówkowe, wrzód pełzający, zapalenia miąższowe rogówki, zapalenia tęczówki i sprawy zakaźne w ciele szklistem — surowicę Deutschmanna, otrzymaną ze zwierząt żywionych przez dłuższy czas żyjącymi komórkami drożdżowymi i zaleca wstrzykiwania surowicy w przypadkach wrzodu pełzającego i zapalenia włóknikowego tęczówki. Sposobu działania surowicy Deutschmanna H. nie objaśnia.

Nr. 28. *O zapaleniach oczu w życiu płodowem.* (Über fötale Augenentzündungen. (Seefelder).

Sprawy zapalne w oku podczas życia płodowego, których istnienie dziś już jest stwierdzonem, mogą być albo zewnętrznego albo wewnętrznego pochodzenia. Leber przypuszcza, że niektóre postacie wrodzonych plam rogówkowych zawdzięczają swe pochodzenie zapalnej sprawie rogówki pochodzenia zewnętrznego. Autor nie godzi się z tem zapatrywaniem, uzasadniając swe twierdzenie tem, że trudno wyobrazić sobie zakaźną sprawę na rogówce, któraby równocześnie nie zajęła także wody płodowej.

Daleko więcej prawdopodobieństwa przedstawia możliwość zakażenia wewnętrznego, w szczególności zaś kiłowego.

Przy powstaniu zaćmień rogówkowych także mechaniczny urazowy moment może wchodzić w rachubę. Błona Descemeta pękając dozwala na przystęp cieczy wodnej do pokładów rogówki i powoduje miąższowe zaćmienie. Jaskrowe zaćmienie rogówki przy wrodzonem wolem oku w ten sam sposób można wytłumaczyć.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1908. Nr. 12 i 13. (Referent K. W. Majewski).

Przyczynek do Deutschmanowskiego leczenia surowiczego. (Beitrag zur Deutschmann'schen Serumtherapie). Zimmermann.

Podczas gdy we Francyi od dłuższego już czasu stosuje się tak zwane paraspecyficzne leczenie, polegające na wstrzykiwa-

niu surowicy przeciwbłoniczej w przypadkach innego rodzaju zakażeń, jak zakażenie gronkowcami, łańcuszkowcami i t. p., w Niemczech do tej pory prób podobnych nie robiono. W pierwszym rzędzie należałoby, zdaniem autora, zużytkować w tym celu surowicę Behringa. Tymczasem ogłasza autor szereg spostrzeżeń przemawiających za skutecznością drożdżowej surowicy Deutschmanna w przypadkach różnych zakażeń ocznych. Wyniki w przypadkach wrzodów rogówkowych, zranień oka zakażonych, infekcyi po operacjach etc. nie są wprawdzie tak zachęcające, jak wyniki Darrier'a, Teulières'a i Badal'a uzyskane zapomocą surowicy Roux'a, wykazują jednak w każdym razie pewną wartość leczniczą surowicy Deutschmanna i zachęcają do dalszych doświadczeń w tym kierunku.

Gruźlica tęczówki stwierdzona i wyleczona zapomocą tuberkuliny. (Tuberkulose der Iris, festgestellt und behandelt mit Tuberkulin). Dr L. d'Allessandro.

Autor podaje opis przypadku gruźlicy tęczówki u trzynastoletniej dziewczynki, leczonej z początku przez czas dłuższy bezskutecznie zapomocą wciekań rtęciowych. Dopiero odczyn, jaki wystąpił tak miejscowo, jak i ogólnie po próbnem wstrzyknięciu tuberkuliny, utwierdził autora w przekonaniu, że ma do czynienia z gruźlicą przedniego odcinka gałki ocznej, zczem przemawiał zresztą i obraz kliniczny i przeszłość chorej, która przebyła już raz zapalenie opłucnej. Dalsze wstrzykiwania tuberkuliny (pierwotnej, nie nowej T. R.) doprowadziły w stosunkowo krótkim czasie do wygojenia zmian w tęczówce i w rogówce z pozostawieniem niezbyt znacznych blizn i zaćmień.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. R. XLVI. czerwiec 1908.
(Referent Dr Liebermann).

O znieczulaniu w oczodole. (Ueber regionäre Anästhesie in der Orbita). Dr Arnold Löwenstein — Praga.

Autor wstrzykuje do ganglion ciliare 1⁰/₀ rozczyn kokainy. Postępuje on w następujący sposób: Po znieczuleniu spojówki wbija igłę Prawatza w kąciку zewnętrznym oka mniej więcej poniżej dolnego brzegu mięśnia prostego zewnętrznego. Poruszając igłą jak dźwignią (by wyminąć większe naczynia i nerw wzroko-

wy) wstrzykuje 1 cm³ 1% kokainy w okolicy węzła rzęskowego. Po upływie 1¹/₂ minuty znieczulenie jest zupełnem.

Przyczynek do operacyi katarakty u diabetyków. (Beitrag zur Kataraktoperation bei Diabetikern). Dr S. Kitamura (Japonia).

Zestawienie wyniku operacyi w 112 przypadkach. Żaden z operowanych nie utracił wzroku.

Zapalenie tęczówki pooperacyjne występuje daleko częściej niż u ludzi nie cierpiących na cukrzycę. Bardzo często zmniejszają wynik operacyi krwotoki śródgałkowe. Zapalenia tęczówki tłumaczy autor małą odpornością diabetyka na działanie zarazków w miejscu operacyi.

Uwagi o leczeniu jaglicy skoncentrowanem światłem na sposób Finsena. (Bemerkungen über die Behandlung der Trachoms mit konzentriertem Lichte ad modum Finsen). Dr K. K. Lundsgaard — Kopenhaga.

Kilkakrotne naświetlanie powoduje gładkie zbliżnianie się spojówek. Po każdym naświetleniu występuje dosyć znaczna reakcyja zapalna, po zniknięciu której można dopiero przystąpić do powtórnego naświetlenia. Naświetlano przeciętnie przez 5 minut.

Ophthalmology. (Milwaukee) 1908. Vol. II. Nr 4. (Referent K. W. Majewski).

Mięsak naczyniówki. Sprawozdanie z trzech spostrzeżeń. (Sarcoma of the Choroid with a Report of Three Cases). Le Fever. (Filadelfia).

Autor przytacza opis trzech przypadków mięsaka naczyniówki. Dwa z nich spostrzegał przez cztery lata, trzeci zaś tylko przez cztery tygodnie przed operacją. W żadnym nie można było wykazać obciążenia dziedzicznego pod względem nowotworów złośliwych, w żadnym też było urazu. Byli to dwaj mężczyźni i jedna kobieta (lat 45, 61, 54). W jednym tylko przypadku przyszło do objawów zapalnych już przed operacją. Na podniesienie zasługuje, że u dwojga chorych, u których guz w chwili operacyi był jeszcze mały, siatkówka oderwaną była prawie w całości, u trzeciego zaś chorego, u którego nowotwór doszedł do znacznych

rozmiarów, siatkówka przylegała do guza, a poza jego obrębem przylegała do naczyniówki, i pole widzenia było częściowo utrzymane. Autor tłumaczy to tem, że w przebiegu mięsaka naczyniówki, siatkówka odrywa się najczęściej wtedy, gdy przystąpią objawy zapalne, wtedy bowiem nagromadza się płynny wysięk, który ją od naczyniówki oddziela, objawy zaś zapalne częstokroć występują już we wczesnych okresach wzrostu nowotworu, innym zaś razem brak ich mimo, że guz wypełnia już znaczną część wnętrza gałki. W przypadkach autora badanie mikroskopowe wykazało dwa razy *melanosarcoma*, a raz *leucosarcoma*. Omawiając sposoby rozpoznawcze, sprzeciwia się autor wnioskowi Holden'a, który radzi we wszystkich przypadkach podejrzanego oderwania siatkówki wykonywać próbne nakłucie. Jest to zabieg bardzo niebezpieczny, bo w razie, gdy mamy rzeczywiście do czynienia z nowotworem, przez nakłucie takie możemy z łatwością przenieść i przeszczepić komórki nowotworowe z wnętrza gałki do tkanki oczodołowej. Po starannie dokonanej enukleacyi radzi autor przez przeciąg przynajmniej pięciu lat bacznie śledzić stan ogólny operowanych, zwracając szczególną uwagę na wątrobę, która, jak wiadomo, jest ulubionem miejscem przerzutów.

Pęknięcie siatkówki. Niezwykły obraz wziernikowy. (Tear in the Retina, An unusual ophtalmoscopic Picture). Percy Friedenbergl. (Nowy York).

Autor spostrzegł u ośmnastoletniego kantorzysty, u którego po nadmiernym wysiłku (ćwiczenie w pływanu) wystąpiło nagle obniżenie wzroku oka lewego, niezwykły obraz wziernikowy. Siatkówka na całej przestrzeni dna okazywała wejrzenie galaretowate i jakby obrzęk powodujący różnicę w niveau (w porównaniu z tarczą nerwu wzrokowego) wynoszącą 3,0 D. Szczegóły naczyniówki nigdzie niewidoczne i zatarte. Drobniejsze rozgałęzienia naczyń siatkówkowych dość wybitnie pokręcone. W miejscu plamki żółtej poprzeczna podługowata rozpadlina, o brzegach poszarpanych i strzępiastych. Na dnie tej rozpadliny tło jasno-czerwone. Nigdzie nie widać nagromadzenia barwika. Zmianę w plamce żółtej uważa autor za pęknięcie, przez które ciecz wysiękowa z pod oderwanej siatkówki przedostała się do ciała szklatego. Przypadek zasługiwał na opis szczegółowy dlatego, ponieważ obraz wziernikowy przedstawiony na rycinie dodanej do artykułu, różni się zupełnie od tych, jakie spotykamy w atlasach oftalmoskopowych i w podręcznikach okulistycznych.

Mały mięsak ciała rzęskowego, okazujący niezwykle stopień złośliwości. (A small Sarcoma of the Ciliary Body showing same unusual Manifestations of Malignancy). Verhoeff. (Boston).

U 65-cio-letniego chorego przyszło w przeciągu dziewięciu miesięcy do utraty wzroku jednego oka. Badanie wykazało czarną wyniosłość małych rozmiarów w okolicy rąbka spojówkowego, objawy jaskry następowej i zaćmienie soczewki. Oko zostało wyjęte i poddane badaniu mikroskopowemu, a to wykazało obecność małego mięsaka barwikowego w ciele rzęskowym, który był punktem wyjścia licznych drobnych przerzutów, rozsianych w tęczęwce i w obwodowym kącie przedniej komory, prócz tego jedno większe ognisko przerzutowe na granicy rogówko-twardówkowej, wydobywające się pod spojówkę. Dalej wszystkie znamiona chronicznej jaskry następowej, a wreszcie zupełne zarośnięcie światła tętnicy środkowej w następstwie *endarteriitis*. Na podniesienie zasługuje wyjątkowa zdolność do rozsiewania się nowotworu, którego pierwotne (największe) ognisko w ciele rzęskowym w chwili badania okazywało zupełną prawie nekrozę komórek, widocznie jako następstwo nadmiernego ucisku wśródocznego.

Przyczynek do leczenia zapalenia współczulnego. (A Suggestion as to the Treatment of Sympathetic Irydocyclitis). Borghetti (Wellington).

Zachodzi dość uderzająca analogia między znaczeniem ciała rzęskowego dla oka, a znaczeniem łożyska dla płodu. Jedno i drugie odgrywa w odżywieniu całości pierwszorzędną rolę. Z powodu bogactwa naczyń krwionośnych ulega ciało rzęskowe pod wpływem zakażenia współczulnego sprawie zapalnej wcześniej, niż inne części oka, a ten stan zapalny doprowadza zazwyczaj do zarośnięcia źrenicy lub nawet do zaniku całej gałki ocznej. Oko z rozwinięciem zapaleniem współczulnem uchodzi w oczach przeważnej liczby operatorów za *noli me tangere*. Autor potępia tę wstrzemięźliwość i zaleca dla ratowania resztek wzroku bardzo energiczne zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie niekorzystnego wpływu akomodacyi, zmniejszenie przekrwienia i otwarcie dróg dla wessania wysięków zapalnych. Potrójny ten cel osiąga przez wycięcie możliwie największego kawałka tęczęwki, nie cofa się nawet, jeśli tylko możebne, przed wydobyciem całej tęczęwki. Następnie usuwa w całości soczewkę wraz z torebką. W ten sposób stwarza przestrzeń wolną, którą wypełnia ciecz wodna. Wszystkie drogi odpływowe stają szeroko otworem. Masy wysiękowe nie mają punktu

oparcia, nie mogą tworzyć zorganizowanych zrostów i rozpuszczają się powoli w cieczy wodnej. Ułatwione krążenie i szybka odnowa cieczy wśródocznych sprawiają, że zapalenie przygasa i oko ostatecznie się uspokaja. Autor przytacza historię jednego przypadku ciężkiego zapalenia współczulnego, które mu się powiodło przełamać zapomocą tych tak energicznych i śmiałych zabiegów operacyjnych, zachęca więc do naśladowania i prosi o wiadomość, jakie, ten jego sposób leczenia daje wyniki, chce bowiem bliżej określić granice wskazań i ustalić techniczną stronę zaleconych przez siebie operacji.

Irydocyclitis z życia płodowego. Wole oko. Frzymiot wrodzony. (Prenatal Iridocyclitis. Buphthalmos. Inherited Syphilis). Risley. (Filadelfia).

Rodzice chorej, obecnie 15-letniej dziewczyny, pochodzący z Irlandyi, wypierają się swej kiły lub nie o niej nie wiedzą. Matka jednak 4 razy roniła, dopiero gdy wraz z mężem przebyła energiczne leczenie rtęcią i jodem, urodziła na czasie zdrową córkę, która żyje, i żadnych znamion kiły nie okazuje. Następna ciąża, podczas której matka już leczenia swoistego nie powtórzyła, wydała dziecko płci żeńskiej z typowymi zmianami kiły wrodzonej, nadto obie tęczówki i źrenice przedstawiały obraz przebytej w macicy *iridocyclitis*. Leczenie rtęciowe przez dłuższy czas prowadzone poprawiło znacznie ogólny stan dziecka. Zaczęło też rozeznawać większe przedmioty, ale tylko okiem lewym. Prawe oko zupełnie ślepe zaczęło się z biegiem lat powiększać, i dla usunięcia zapaleń i bólów musiało być wreszcie wyjęte. Gdy na lewym oku zaczęły występować podobne objawy, wykonał autor szeroką irydektomię, która położyła kres dalszemu powiększaniu się gałki, nie zdołała jednak na stałe uratować wzroku, który po kilku latach do reszty podupadł tak, że trzeba było dziewczę oddać do zakładu ciemnych. Autor zaleca bardzo wczesną irydektomię w przypadkach, gdzie zanosi się na powstanie *buphthalmus*.

Przypadek iritis hypopyon w przebiegu meningitis cerebrospinalis epidemica. (Hypopion Iritis Associated with Epidemic Cerebrospinal Meningitis). Fr. F. Tooke (Nortveal).

Autor opisuje przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych u dwuletniego dziecka, u którego w ostatnich dniach życia wystąpiło ropne zapalenie tęczówki lewego oka. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie co do meningitis. Oko zostało wyjęte i poddane dokładnemu badaniu mikroskopowemu, nadto hodowle wykazały w *hypopyon* i osłonkach nerwu wzrokowego obecność

diplococcus intracellularis meningitidis. Zdaniem autora zapalenie tęczówki wystąpiło na drodze przerzutu.

Rzadka postać zaćmy powikłanej. (A rare Form of complicated cataract). W. Zentmayer (Filadelfia).

W kwietniowym zeszytcie *Archives d'Ophthalmologie* opisał Purtscher rzadką postać zaćmy powikłanej, okazującej następujące znamiona: Twardówka barwy szaro-błękitnej, przednia komora niezwykle głęboka, tęczówka barwy wypłowiałej z oznakami zaniku, wywiniecie rąbka barwикового, osłabienie odczynu źrenicznego, *iridodonesis* i rozpływ ciała szklistego, skłonność do *iridocyclitis*, do jaskry i do oderwania siatkówki. Zmiana ta oczna ma wybitny charakter rodzinny, Purtscher spostrzegał zaćmę taką u kilkorga rodzeństwa. Wobec tylu powikłań wynik operacyi był z reguły niepomyślny.

Autor opisuje 4 przypadki zaćmy, odpowiadające w zupełności wyżej nakreślonemu obrazowi klinicznemu, u osób między sobą spokrewnionych. Jedyną różnicę stanowił tylko brak wywinęcia rąbka barwикового. Nadto przypadki autora wyróżniały się korzystnie tam, że we wszystkich wynik operacyi był zadowalniający.

Postępowanie wobec zez. (The Management of Squint). Brandburne (Southport).

Praca nie zawiera rzeczy nowych. Jest to krótka, treściwa monografia, obejmująca mniej więcej wszystko, co się odnosi do etyologii, patogenezy, rozpoznania i leczenia zezu towarzyszącego.

Dłutko do ciał obcych, połączone z lampką elektryczną. (An Illuminated Spud). Snell (Rochester).

Koniecznym warunkiem przy usuwaniu drobnych ciał obcych utkwionych w rogówce jest należyte oświetlenie małego pola operacyjnego. Zazwyczaj używamy do tego celu oświetlenia ogniskowego przy pomocy soczewki trzymanej w odpowiedniej odległości między płomieniem lampy a rogówką. Pozbawiamy się w ten sposób pomocy lewej ręki, i musimy prawą nie tylko dokonać zabiegu, ale i rozwierać powieki operowanego oka, o ile nie chcemy używać blefarostatu. Utrzymanie soczewki podczas tego w odpowiedniej odległości, zwłaszcza przy niespokojnych ruchach oka jest trudne i uciążliwe. Aby tym niedogodnościom zapobiedz, zaleca autor obmyślany przez siebie przyrząd, będący dłutkiem do wydobywania ciał obcych, które ma ze swym trzonkiem stale połączoną miniaturową lampkę elektryczną. Lampkę tę zamyka z przodu soczewka zbierająca, która ogniskuje jej światło dokła-

dnie na końcu dłutka, oświetla zatem w chwili operacyi i ciało obce i instrument. Trzymając w jednym ręku dłutko i lampkę zarazem, możemy palcami drugiej ręki swobodnie rozchyłać powieki, a zatem obejść się bez rozwórki. Wszelkie inne korzyści, jakie zapewnia przyrząd Snell'a, wynikają wprost z powyższego opisu. Dobre wyniki, jakie autor przy pomocy swego przyrządu uzyskał, zachęciły go do zaopatrzenia igielki dyscyzyjnej również w taką samą lampkę elektryczną. Zresztą tak dłutko, jak i igielka dyscyzyjna dają się nasadzać i wyjmować z trzonka, mogą być zatem osobno wyjąłowione.

O prześwietlaniu oka. (Diaphanoscopy of the Eye). W ü r d e m a n n. (Milwaukee).

Pierwszą myśl zastosowania dyafanoskopii w okulistyce powziął Reuss, on też podał pierwszy przyrząd do tego celu służący. Po nim podali szereg różnych modeli Gartner, Birnbacher, Rochon-Duvigneaud, Bolz, Leber i Sachs. Przyrządy dwóch ostatnich autorów dziś najwięcej używane, mają tę wadę, że się zbyt szybko rozgrzewają. Autor podaje i zaleca swój mały, lekki i poręczny transluminator i z opisem tego przyrządu łączy jasny wykład o zasadach dyagnostyki dyafanoskopijnej. Pracę zdobi piękna chromolitografia, przedstawiająca szereg dyafanoskopijnych obrazów i objaśniająca ich znaczenie rozpoznawcze. Między innemi podkreśla autor znaczenie koła jasnego, jakie przy odpowiednim ustawieniu transluminatora daje tak zwana przestrzeń około-soczewkowa (*spatium circumlenticale*). Autor wykazał, że zgodnie z teorią Priestley-Smith'a w oczach skłonnych do jaskry szerokość tego jasnego pierścienia jest wybitnie zmniejszona. Po wybuchu jaskry znika ów pierścień prawie zupełnie.

Uwagi o mięsieniu wibracyjnem w okulistyce. (Remarks on Vibratory Massage in Eye Disease). Leartus Connor (Detroit).

Autor na podstawie doświadczenia w bardzo wielu przypadkach uznaje mięsienie wibracyjne za dzielny środek leczniczy w chorobach ocznych. Przypisuje on jemu działanie idące nie tylko w głąb gałki ocznej, ale i do części położonych głęboko w oczodole, jak nerwy i naczynia krwionośne. W pewnych warunkach może ono zmniejszyć ciśnienie wśródoczne, przyspiesza krążenie, a tem samem i wessanie wytworów zapalnych, niejednokrotnie zmniejsza zaćmienie środków łamiących, wreszcie we wielu cierpieniach sprowadza uczucie ulgi i dogody (*euphoria*). Samo przez się się rozumie, że mięsienie wibracyjne musi być stosowane z wielką

ogłędnością i ze znajomością rzeczy, a zwłaszcza przed jego użyciem należy sobie jasno zdać sprawę ze stanu chorego oka i z natury zmian chorobowych, jakie ono okazuje. W niektórych cierpieniach można je stosować zaledwie raz w tydzień, w innych częściej, a nawet codziennie. Na ogół najkorzystniej działa zdaniem autora często powtarzane krótkotrwałe i niezbyt silne mięsienie. Ani podczas, ani po mięsieniu chory nie powinien odczuwać bólu.

Revue générale d'Ophtalmologie. R. 1908. Nr 7. (Ref. K. W. Majewski).

Zaszycie oczodołu i pokrycie tegoż powiekami. (Occlusion de l'orbite et suppression des paupières). Rollet.

W przypadkach rozległych nowotworów złośliwych, zajmujących powieki i przechodzących na gałkę oczną, trzeba niejednokrotnie dokonać wypaproszenia oczodołu, i to tak doszczętnie, że o noszeniu oka sztucznego mowy być nie może. Autor w tych razach wyściela jamę oczodołową bądź to skórą powiek pozbawioną spojówki, bądź też, jeśli i powieki trzeba było poświęcić, płatem skóry zesuniętym z czoła i policzka (Blépharoplastie à tiroir). W podobnem położeniu możemy się znaleźć także w razie bardzo znacznego sparzenia powiek, połączonego ze zniszczeniem gałki ocznej. Autor przytacza podobny przypadek, w którym powieki przyrośnięte zupełnie do zbliżnowaciałej tkanki oczodołu, pozostawiały między sobą małe tylko pole odkryte, tworzące powierzchnię czerwoną, wiecznie sączącą, wydzielającą obficie śluz i ropę. Aby położyć koniec tym dolegliwym objawom, okroił autor brzegi powiek, wyciął całą odsłoniętą wysepkę spojówkową i brzegi rany spoił szwami tak, że cały oczodół został skórą gładko pokryty.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryżkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 7-go kwietnia 1908 r.

Pollak: *Dermoepithelioma conjunctivae bulbi.*

Prelegent przedstawia młodego chorego, okazującego na obu oczach na spojówce gałki w okolicy mięska łzowego po jednym guzku żółtawo-czerwonej barwy o powierzchni gładkiej, z pępko-watem wklęśnięciem na szczycie. W dotyku guzki te są dość mię-kie, jakby cieczą wypełnione. Wejrzenie tych guzków naprowadza autora na myśl, że jestło postać nowotworu spojówki, opisana przez Parinauda pod nazwą *dermoepithelioma*.

Valude: *Uwagi o irydosklerektomii Lagrange'a.*

Autor dość często wykonywa operację Lagrange'a i doszedł do przekonania, że w przypadkach przewlekłej jaskry niezapalnej, a zwłaszcza jaskry prostej daje ona stanowczo lepsze wyniki, niż irydektomia, przytacza jednak jeden przypadek, w którym i irydo-sklerektomia, chociaż bez zarzutu wykonana, nie dopisała, i nie zdołała zapobiedz ponownemu wzmożeniu napięcia.

Drouin: *Wrodzone niedowidzenie z zezem rozbieżnym.*

D. zdołał u 32-letniej kobiety, bystrość oka zezującego za-pomocą korekcyi, ćwiczeń jednoocznych i ćwiczeń diploskopowych podnieść w krótkim czasie z 0,1 na 0,8.

Poulard i Canque: *Jednostronna pigmentacja gałki powiek i okolicy oka.*

Pigmentacja jest w tym wypadku następstwem urazu. Przed trzema laty bryłka ziemi z pod kopyta końskiego uderzyła chorego silnie w jedno oko. Powstało oderwanie siatkówki. W kilka tygo-dni później pojawiło się czerwono-brunatne zabarwienie gałki ocznej, powiek i sąsiednich części nosa, skroni i czoła aż w obręb skóry głowy włosami pokrytej. Obecnie widać w obrębie zajętej skóry liczne szaro-łupkowe plamy. Dolna część siatkówki oderwana okazuje w jednym miejscu lśniąco białe pasmo przypominające *retinitis proliferans*. Mimo że radyogram nie wykazuje żadnego cienia, prelegenci przypuszczają obecność ciała obcego żelaznego i zabarwienie oka i skóry uważają za objaw żelazicy (*siderosis*).

Sauvineau i Morax: *Leproma corneae*.

Autorowie przedstawiają mieszańca z wyspy Haiti od wielu lat trędowatego. Przed dwoma laty dostał ropnia na rogówce prawego oka. Wkrótce przyszło do przebiccia rogówki i wypadnięcia tęczówki. Całość przybrała z czasem wejrzenie gąbczastego nowotworu. Oko wyjęto, a badanie mikroskopowe wykazało utkanie zbliżone do utkania mięsaka o komórkach wrzecionowatych. Przy znaczniejszem powiększeniu widać wśród nacieczenia duże komórki, podobne do limfocytów, zawierających liczne prątki Hansena.

Dyskusya:

Terson widział również jeden przypadek *leproma corneae*. Był to stożkowaty guz o słoninowatym wejrzeniu, sterczący na jeden centymetr z rogówki. Szczególniejsze znaczenie miałyby spostrzeżenia pierwotnej zmiany trądu na oczach.

Cantonnet i Offret: *Angioma cavernosum orbitae*.

Autorowie przedstawiają preparaty, pochodzące ze zwłok 24-letniego chorego zmarłego wskutek paraplegii, wywołanej gruźlicą kręgów szyjnych. Był on ślepy na lewe oko, a w piątym roku życia przez prof. Panasa operowany na *angioma* lewego oczodołu. Badanie mikroskopowe wykazało zupełny zanik nerwu wzrokowego lewego, który był ze wszystkich stron obrosnięty pozostałościami naczyniaka.

Monthus: *Znaczenie objawów Stellwag'a i Graefe'go*.

Prelegent przytacza spostrzeżenia odnoszące się do 34-letniego chorego, u którego mająca się rozwinąć choroba Basedowa objawiała się początkowo tylko lekkim uniesieniem powieki górnej prawego oka. Dopiero później przystąpiły inne objawy, jak drżenie kończyn, przyspieszenie akcji serca i objawy Stellwag'a i Graefe'go. Autor w dłuższym wywodzie wykazuje, że samo istnienie tych dwóch ostatnich objawów upoważnia nas już do rozpoznania choroby Basedowa.

K. W. Majewski.

IV. RÓZMAITOŚCI.

O doborze oka sztucznego przez zamówienie listowne.
(De l'adaptation de l'oeil artificiel par correspondance). R. Coulomb.

Najlepszym sposobem dostosowania protezy ocznej do warunków danego oczodołu i możliwego upodobnienia jej do oka zdrowego pozostanie zawsze sporządzenie umyślne oka sztucznego dla danej osoby na wzór jej drugiego oka. Nawet w największym zbiorze gotowych oczu sztucznych w rzadkich tylko przypadkach znajdzie się takie, jakiego rzeczywiście potrzeba. W razach jednak, gdzie ani chory nie może się udać do fabrykanta, ani fabrykant do chorego, pozostaje droga zamówienia listownego, przyczem oczywiście koniecznem jest fachowe pośrednictwo okulisty. Coulomb, autor cennej monografii o oku sztucznem, daje w obecnej pracy wskazówki, w jaki sposób należy opisać oko zdrowe i na jakie szczegóły w tym opisie należy zwrócić uwagę, ażeby ułatwić fabrykantowi sporządzenie odpowiedniej protezy. Najtrudniej jest określić barwę tęczówki, zwłaszcza, że w rzadkich wypadkach jest ona jednostajną, trzeba zatem podać dokładnie barwę tła i barwę rzeźbionego na tem tle rysunku tęczówki, a często także i plam barwowych. Najlepiej, jeśli tylko możebne przesłać akwarelową lub pastelową podobiznę oka zdrowego.

Wiele zależy od podania szczegółowego rozmiarów, postaci i głębokości oczodołu. Tu opisy nie na wiele się przydadzą. Najlepiej jest sporządzić odlew parafinowy. Do tego celu podaje autor osobny przyrząd. Na wydrążonym metalowym trzpieniu umieszczone są dwie owalne, metalowe płytki, działające podobnie, jak Desmarres'a hemostatyczne uciskadła powiekowe. Różnica leży w tem, że obejmują one równocześnie powiekę dolną i górną i zamykają sobą od przodu szparę powiekową. Metalową rurkę, na której płytki te są osadzone łączy się krótką wstawką kauczukową ze zwyczajną strzykawką o kilku centymetrach kubicznych pojemności, wypełnioną stopioną parafiną. Parafinę tę wstrzykuje się do jamy oczodołowej (poprzednio kokainą znieczulonej) pociągając ku sobie całym przyrządem powieki, aby nadać im takie położenie, jakie będą zajmowały po włożeniu protezy. Parafinę wstrzykuje się tak długo, póki mała jej perełka nie pokaże się w kąciку wewnętrznym powiek, poczem przez 10—12 minut trzyma się przyrząd nieruchomo, aby parafina stężała. Po usunięciu płytek wraz z strzykawką znajduje się na parafinie miejsce odpowiadające źrenicy i wyjmuje się

ostrożnie odlew, który przesłany fabrykantowi może mu oddać najlepsze usługi przy sporządzeniu protezy.

Autor dodatkowo zwraca uwagę, że dla powiększenia złudzenia źrenica oka sztucznego powinna być nieco mniejsza od przeciętnej wielkości źrenicy oka zdrowego, jeżeli bowiem jest tej samej wielkości, wtedy skutkiem odmiennej nieco konfiguracji szpary powiekowej po stronie oka sztucznego powstaje złudzenie, jakoby była większą niż na oku zdrowym. Tosamo odnosi się do wielkości całego oka sztucznego, które z tych samych powodów, jeżeli jest równej wielkości z okiem zdrowym, wydaje się za wielkiem.

K. W. Majewski.



V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Cirincione prof. nadzw. w Rzymie, mianowany prof. zwycz.

POLA ESPERANTISTO

Miesięcznik w Języku Polskim i Esperanckim

poświęcony sprawie rozpowszechnienia Języka Międzynarodowego

ESPERANTO,

wychodzi w Warszawie przy współudziale najwybitniejszych esperantystów polskich i zagranicznych.

Prenumerata roczna »P. E.« łącznie z »Dodatkiem powieściowym« i »Podręcznikiem języka Esperanto w 12-u lekcjach« — jako premium wynosi w Warszawie, w kraju i zagranicą 2 r. z przesyłką pocztową.

Numer okazowy wysyła się na żądanie bezpłannie.

Adres Administracji: Warszawa, Hoża 40 m. 8.

Nauczenie się gramatyki języka »Esperanto« bez nauczyciela wymaga najwyżej godziny czasu. — Kilka tygodni rzetelnej pracy po parę godzin dziennie wystarczy do gruntownego nauczania się tego języka. — Biegłości w mowie i piśmie można nabrać w ciągu kilku miesięcy, czytając Esperanckie pisma i książki i prowadząc z Esperantystami korespondencję.
