

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU. R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO. DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO. PROF. PILTZA W KRAKOWIE. DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE. DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU. DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Październik.

→ ROCZNIK DWUNASTY. ←

1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Punctum lacrymale quadruplex.

Podał

Prof. Dr KAZIMIERZ MAJEWSKI.

W lipcu b. r. zgłosiła się do mnie p. Jadwiga K., lat 45, nauczycielka muzyki, z Kielc, z powodu przypadłości nieżytywych ze strony spojówek, oraz dla doboru szkieł. Badanie wzroku wykazało:

$\sqrt{\text{Pr. o. } \frac{6}{8} \text{ Mp. } 2,5 \text{ D} \ominus \text{ Cyl.} - 1,0 \text{ D } 0^{\circ}}$	} $\frac{6}{8} \text{ } ^{8-6}$	Snel. 0,5 : 30 cm
$\text{L. o. } \frac{6}{8} \text{ Mp. } 3,0 \text{ D} \ominus \text{ n. l.}$		Snel. 0,5 : 30 cm

Gdy po zbadaniu wzroku przystąpiłem do obejrzenia powiek i spojówek, uderzyła mnie odrazu zmiana na powiece dolnej prawego oka, w pobliżu kącika wewnętrznego. Mianowicie okolica punkcika łzowego dolnego, gdzie brzeg powieki tworzy w prawidłowym stanie kątowate zagięcie, była jakby zciósana, lub skalpelem skrojona. Przez to brakło owego kątowatego zagięcia, na którego wierzchołku przylegającym do gałki spotykamy zazwyczaj dolny punkt łzowy. Natomiast brzeg powieki przedstawiał w tem miejscu romboidalnie roz-

szerzoną powierzchnię krawędziową, jakby z przekroju powstała. Na tej romboidalnej płaszczyźnie spostrzegłem ku memu zdziwieniu nie jeden, ale kilka punktów łzowych. Były to otworki, z których trzy większe różniły się tem tylko z wejścia od prawidłowego punktu łzowego, że nie były okrągłe, ani owalne, lecz miały zarys kłósków jęczmienia lub owsa, zwróconych ostrym końcem ku zewnątrz. Przytem otworki te były nierównej wielkości, ale wszystkie nieco większe od prawidłowego punktu łzowego przeciętnych rozmiarów. Ponadto każdy z nich posiadał wyraźną, nieco nad poziom otoczenia wystającą obwódkę, czyli typową brodaweczkę łzową (*papilla lacrymalis*), utworzoną z jaśniejszych barwą, okrężnych, włókien sprężystych. Obwódka ta stawała się mniej wyraźną z tej strony, gdzie obwód otworu wybiegał w kończystą szczelinę. Ułożenie tych trzech dużych punktów łzowych było następujące: największy z nich leżał najbliżej kącika wewnętrznego, trochę bliżej, niżby to odpowiadało prawidłowemu punkcikowi łzowemu; drugi (pod względem wielkości), bardziej ku zewnątrz, czyli dalej od kącika wewnętrznego i ku stronie wolnej krawędzi brzegu powieki; trzeci jeszcze dalej od kącika, po stronie krawędzi, przylegającej do gałki ocznej. Przy dokładnem oglądaniu już nawet gołem okiem, ale daleko lepiej przy użyciu lupy, można było dostrzedz jeszcze czwarty otworek, bardzo mały, trochę szczelinkowaty, nie posiadający już obwódki, ani nic, coby przypominało brodawkę łzową, a położony pomiędzy pierwszym a trzecim, z wyżej opisanych otworów.

Stwierdziwszy tak niezwykłą nieprawidłowość, przystąpiłem do zbadania związku czterech otworków z kanalikiem łzowym, woreczkiem i przewodem nosołzowym. Do każdego z trzech większych otworków można było z wszelką łatwością wprowadzić kaniulę strzykawki łzowej Meyera. Woda, wstrzyknięta przy płytkiem wprowadzeniu kaniuli do jednego otworu, natychmiast wypływała częściowo przez dwa inne otworki, a następnie przepływała bez żadnej przeszkody do nosa. Przy głębszem wprowadzeniu kaniuli do któregokolwiek z trzech

większych otworków, woda nie wypływała innymi, lecz w całości przechodziła do nosa. Drożności czwartego, najmniejszego punkciku nie można było stwierdzić drogą przestrzykiwania, bo nie przepuszczał kaniuli strzykawki łzowej. Drożność tę jednak dało się wykazać później przy badaniu zgłębnikiem.

Do największego z punktów można było z łatwością wprowadzić sondę Bowmana nr 2. Prawdopodobnie przeszedłby także nr 3, nie było jednak celu dokonywać tej próby. Sondę przesunąłem z łatwością w kierunku prawidłowym, aż końcem znalazła się w woreczku łzowym i oparła się o jego ścianę. Wprowadzać ją do przewodu nosołzowego nie widziałem potrzeby. Do dwóch innych otworków wchodziła z łatwością sonda Bowmana nr 1 i taksamo dawała się wsunąć bez przeszkody do worka łzowego. Czwarty, najmniejszy otworek był zamały, ażeby można było myśleć o wprowadzeniu doń sondy Bowmana nawet nr 1. Natomiast powiodło mi się bez trudu wprowadzić cieniutki drucik platynowy, służący do przetykania igieł od strzykawki Prawaza. Zauważyłem przytem, że drucikiem tym można było w pewnych granicach swobodnie poruszać i co ważniejsza, przy tych poruszeniach dostrzegałem chwilami, przez otwór pierwszego i drugiego punktu łzowego, błyszczącą w głębi platynę.

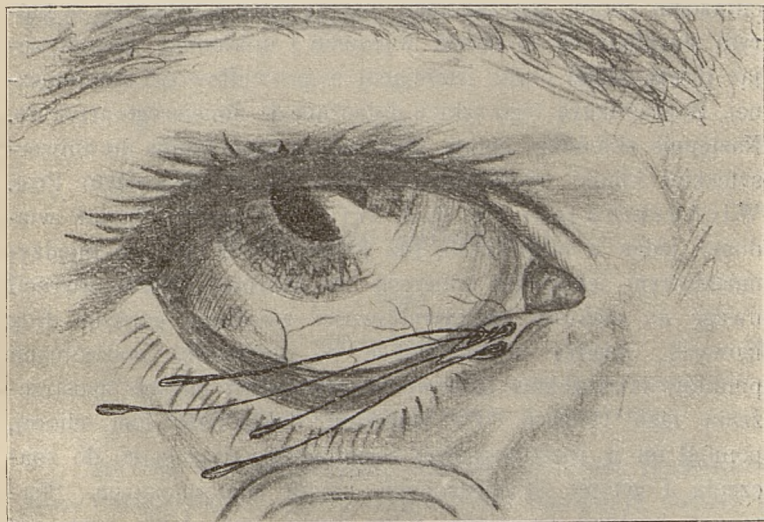
Na tem zakończyłem badanie drożności i stosunku znalezionych nieprawidłowych punktów łzowych do dalszych części przewodu nosołzowego. Dodam tylko jeszcze, że badałem po zapuszczeniu 1% kokainy i że badanie to nie sprawiało chorej, na ogół dość wrażliwej, ani większej przykrości, ani jakiegokolwiek bólu i że, ani przy przestrzykiwaniu, ani przy wprowadzaniu zgłębników Bowmana i drucików platynowych nie było najmniejszego krwawienia, co wszystko dowodzi, że przyrządami tymi wchodziłem do już istniejących kanałów, nie raniąc tkanki i nie tworząc żadnych nowych dróg sztucznych.

Jakież wnioski co do stosunków anatomicznych tej osobliwej nieprawidłowości możemy wysnuć z powyższego badania?

Przedewszystkiew trzeba przyznać, że bezwzględną pewnością co do stosunków anatomicznych kanaliku łzowego, a raczej kanalików łzowych, mogłoby w tym wypadku dać tylko badanie ściśle anatomiczne, które nie obeszloby się bez wykonywania cięć i przekrojów. Z rozmysłu jednak wstrzymałem się od wykonania najdrobniejszego chociażby nacięcia, nie chciałem nawet żadnego z opisanych punktów łzowych rozszerzyć w zwykły sposób nożykiem Webera, co byłoby się niewątpliwie przyczyniło do wyjaśnienia niejednej wątpliwości, a nie chciałem dlatego, bo mam zamiar po feryach, o ile chora będzie mogła przybyć, przypadek ten przedstawić w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem i pragnę oczywiście zachować do tego czasu znalezione nieprawidłowe stosunki w nietkniętym i nienaruszonym stanie.

Rzecz jasna, że, jeżeli są cztery otworki łzowe, to muszą one prowadzić do czterech kanalików, choćby najkrótszych. Nie wynika z tego jednak, żeby wszystkie te kanaliki miały prowadzić, każdy z osobna, aż do woreczka łzowego. Ta okoliczność, że w naszym przypadku woda wstrzyknięta przez jeden z otworków, gdy zaledwie sam koniec kaniuli do otworu wprowadzono, wyciekała natychmiast innymi otworkami, a dopiero później przedostawała się przez przewód łzowy do nosa, przemawia za tem, że rzeczony otworki są wylotami krótkich kanalików, uchodzących do wspólnego koryta, lub też łączących się w jeden kanalik łzowy. Za tem przypuszczeniem przemawia i to, że, gdy się kaniulę strzykawki wprowadzi przez którykolwiek z trzech większych punktów łzowych i zasunie się ją głębiej w kierunku woreczka łzowego, wtedy woda wstrzyknięta nie wraca już innymi punktami, lecz wszystka przepływa do nosa. Osobiście odniosłem wrażenie, jakoby króciuchne kanaliki, odpowiadające wszystkim czterem punktom łzowym, uchodziły do wspólnej przestrzeni, niejako do rozszerzonej nieco lakuny, zwężającej się następnie w pojedynczy, przeciętnej szerokości przewodnik łzowy, wiodący w sposób prawidłowy do woreczka łzowego. W przekonaniu tem utwierdza mię jeszcze wspomniane wyżej spostrzeżenie,

że platynowy drucik, wsunięty do najmniejszego (czwartego) punktu, przy poruszeniach ukazywał się w głębi sąsiednich otworków.



Jeżeli te moje przypuszczenia odpowiadają rzeczywistym stosunkom, to nieprawidłowość w naszym przypadku mamy prawo określić raczej mianem *punctum lacrymale quadruplex*, niż *canaliculus lacrymalis quadruplex*, gdyż w istocie w takim razie cztery otwory prowadzą odrazu do jednego przewodu. Zresztą mniejsza o nazwę, bo na upartego mógłby ktoś i pierścień uważać za rodzaj bardzo krótkiego kanału.

Poza opisaną zmianą w wewnętrznym kąciuku powieki dolnej żadnych innych zboczeń anatomicznych, ani na temże oku prawem, ani na drugim oku, nie było. W szczególności punkt łzowy górny prawego oka i tak górny, jak i dolny lewego oka nie przedstawiały żadnych nieprawidłowości. Toż samo gałki oczne, ani zewnątrz, ani oftalmoskopijnie nie okazywały zmian patologicznych, ani żadnych nieprawidłowości wrodzonych. Wreszcie, wedle zapewnienia chorej, nie

ma ona sama, ani nikt w rodzinie na ciele żadnych wad ustrojowych.

Z powodu nieżytu spojówek zapisałem jej rozczyn siarakanu cynku, a z powodu myopii odpowiednie szkła. Przed odjazdem chorej sporządziłem jeszcze szkic rysunkowy, w którym starałem się możliwie wyraźnie i dokładnie, szematyzując nieco, oddać obraz istniejącej nieprawidłowości anatomicznej. Reprodukcję tego szkicu dołączam do niniejszego artykułu. Następnie skłoniłem chorą, żeby się ze mną udała do uniwersyteckiej kliniki okulistycznej, gdzie ją przedstawiłem Prof. Wicherkiewiczowi. Prof. Wicherkiewicz*), jak wiadomo, jeden z pierwszych, już przed 16-stu laty, na międzynarodowym lekarskim kongresie w Rzymie (1894) zwrócił uwagę na niektóre nieprawidłowości wrodzone górnych dróg łzowych, między innymi także na przypadki podwójnych punktów i kanalików łzowych i opisał dwa własne spostrzeżenia tego rodzaju. Po zbadaniu dokładnem mej chorej, pomógł mi w rozstrzygnięciu zasadniczego pytania co do znaczenia i genezy stwierdzonych zmian anatomicznych. Pierwszem bowiem pytaniem, jakie trzeba było sobie postawić, było, czy zmiany te należy uważać za wadę rozwojową, czy za następstwo zaburzeń chorobowych, czy wreszcie za artefakt. Co do ostatniego przypuszczenia, nie da się nawet pomyśleć, ażeby cztery punkty łzowe, wieńcem ułożone, mogły być następstwem, czy sondowania, czy przecinania kanaliku łzowego, czy jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Tak samo uchylić trzeba i drugie przypuszczenie, ażeby cztery otwory, z których trzy przynajmniej przedstawiają się jako typowe okazy punktów łzowych, miały być np. przetokami, pozostałymi po jakiejś sprawie ropnej za życia przebytej. Również niepodobnaby wytłumaczyć sobie powstania takich zmian działaniem urazu ostrego, czy tępego. Rzec można nawet, że, jeśli ta mnogość punktów łzowych jest już dość dziwną jako

*) Prof. B. Wicherkiewicz: «O niektórych nieprawidłowościach przyrodzonych górnych dróg łzowych». Post. okul. 1904. Z. 3—4.

wada rozwojowa i ze stanowiska embryologii niełatwą do wyjaśnienia, to jeszcze trudniejszą byłaby do wyjaśnienia i jeszcze dziwniejszą, gdybyśmy ją uważali czy to za artefakt, czy za następstwo sprawy ropnej, lub urazu. Zresztą w takich razach ważne znaczenie mają wywiady.

(Dok. nast.).

W sprawie anisokoryi*).

Przez

Z. BYCHOWSKIEGO,

ordynatora oddziału dla chronicznych chorych nerwowych
w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

Sz. Pp. Wobec panującej jeszcze dotychczas rozbieżności zdań i poglądów na semiotyczną wartość anisokoryi, chciałbym podzielić się z Sz. Pp, jako specjalistami, niektórymi swemi uwagami w tej kwestyi, która wszak powinna obchodzić internistów niemniej, niż okulistów, i która tylko przy wspólnej pracy może zostać wyświetlona.

Panowie wiedzą, że od czasu, gdy Baillarger pierwszy w końcu zeszłego stulecia zwrócił uwagę na to, że nierówność źrenic bywa często przy bezwładzie postępowym, objaw ten uzyskał pierwszorzędną wagę kliniczną. Doszło nawet do tego, że na zasadzie jedynie li N. Ź. (= nierównomierność źrenic) uważano się za uprawnionego do rozpoznania bezwładu postępowego. Klasyczna praca Budgego »Ueber die Bewegungen der Iris«, która wkrótce się ukazała i która wykazała wpływ rdzenia i nerwu sympatycznego na wielkość źrenicy, jeszcze więcej zwróciła uwagę klinicyстів na badanie źrenicy. I oka-

*) Odczyt wygłoszony 21. IV. 1910. w Towarzystwie polskich oftalmologów w Warszawie.

zało się, że N. Ż. zdarza się nietylko przy bezwładzie postępowym, lecz i przy innych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego (wiad rdzenia), a także przy wielu sprawach chorobowych, zachodzących w klatce piersiowej (cierpienia wśród-piersia, gruźlica płuc i t. d.). Ale, jak to zwykle bywa, i wprost przeciwny pogląd nie dał na siebie długo czekać. Na zasadzie dużych i licznych statystyk zaczęto dowodzić, że N. Ż. wogóle jest pozbawiona wszelkiej wartości rozpoznawczej, ponieważ zdarza się u zupełnie zdrowych ludzi. Tak, żeby przytoczyć tu jeden tylko przykład (szczegółowy przegląd całej odnośnej literatury, z powodu braku miejsca, pomijam), tak często cytowany autor rosyjski Iwanow na 134 zdrowych rekrutów tylko u 12 znalazł równe źrenice. Jakkolwiek inne statystyki nie wykazują takiej ogromnej obfitości »zdrowych« ludzi z N. Ż., ale w każdym razie pod wpływem tych prac zaczął się wytwarzać pogląd, że N. Ż. wogóle żadnego znaczenia nietylko patognomonicznego, ale wogóle patologicznego nie posiada. Jeżeli się jednakże bliżej studyje odnośną literaturę i porównywa naprzykład rozmaite wydania jednych i tych samych podręczników, to widzi się, że poglądy na N. Ż. ciągle jeszcze podlegają wahaniom, nawet ze strony jednego i tego samego autora.

Pomijam tu zestawienie wszystkich tych cytat.

Wobec tego jednakże, że przed kilkoma laty w krótkiej notatce (Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? *Gazeta lekarska* 1902) wypowiedziałem się, wbrew ogólnie rozpowszechnionemu zdaniu, za patologicznem znaczeniem N. Ż., przyjemnie mi teraz zaznaczyć, że ostatnio daje się znowu zauważyć pewien prąd w kierunku, że tak powiem, rehabilitacyi patologicznej wartości N. Ż. Tak, w ostatniej francuzkiej zbiorowej oftalmologii (T. IV str. 399) Moro — autor odnośnego rozdziału — dosłownie powiada: »Jeżeli bada się źrenice przy wyżej wymienionych warunkach i przy jednakowem oświetleniu obydwu oczu, nigdy się nie widzi t. zw. fizyologicznej N. Ż. Cierpienia jednego tylko oka (o ile, oczywiście, nie dotyczą bezpośrednio tęczówki), zmiany ze strony

siły widzenia lub pola widzenia, a także ze strony refrakcyi nigdy nie pociągają za sobą nierównomierności źrenic. Jeżeli jest N. Ż., należy ją uważać za objaw patologiczny. (Si l'anisocorie existe il faudra la considérer comme un phénomène pathologique). Inny autor francuzki Lafon (Pathogénie et semiologie des troubles pupillaires. Archives d'ophtalmologie 1909) w oryginalnej pracy, poświęconej fizyologii i patologii źrenicy, powiada, że należy przestać mówić o fizyologicznej albo zależnej od niej jednakowej refrakcyi N. Ż., które w istocie są tylko spowodowane przez wadliwe badanie. I jeżeli wrodzona N. Ż. się zdarza, dodaje L., to zdarza się ona bardzo rzadko (*très rare*).

W wydany niedawno (1910) przez Curshmana zbiorowym podręczniku chorób nerwowych Schoenborn mówi (str. 4), że »prawidłowo obie źrenice są jednakowej wielkości i rzadko zdarza się wrodzona N. Ż. Zwykle zaś każda N. Ż. wskazuje na cierpienie zwężających lub rozszerzających źrenice dróg nerwowych, przynajmniej w jednym oku«.

Krótko, ale bardzo dobitnie wyraża się o zajmującej nas kwestyi Heddaeus w nowem wydaniu zbiorowego podręcznika oftalmologii Graefego i Saemisch'a. »Źrenice człowieka zdrowego, powiada on, są zawsze jednakowej wielkości« (*gleich weit*). Sprawiedliwość jednakże wymaga nadmienić, że Bach, który dużo pracował nad unerwieniem źrenicy, uważa w swojej monografii o źrenicy (Pupillenlehre 1908), iż N. Ż. bez zaburzenia w ich oddziaływaniu jest względnie niewinnym objawem (*relativ harmloses Symptom*), który może się zdarzyć nie tylko u ludzi z zupełnie zdrowym układem nerwowym, ale nawet prawie napewno i u ludzi zupełnie zdrowych«. Natomiast chwiejne i nieokreślone jest stanowisko w tej kwestji drugiego monografisty źrenicy Bumkego (Die Pupillenstörungen bei Geistes- u. Nervenkrankheiten 1904). Jakkolwiek autor sam mówi w jednym miejscu o niebezpieczeństwach, które kryją się w dużych statystykach, będących z natury rzeczy »niedokładnymi i szematycznymi«, nie przeszkadza mu to jednakże powoływać się w innem miejscu na wyżej wspo-

mnianą statystykę Iwanowa. Dodaje zresztą następnie, że taka różnica (w rozmiarach źrenic u jednego i tego samego osobnika) należy u zdrowych do wcale rzadkich anomalii (*recht seltene Anomalie*). A na str. 128 wraca jeszcze raz do tej sprawy i każe w każdym przypadku N. Ź. szukać przyczyny jej nie tylko w ośrodkowym układzie nerwowym lecz i w n. sympatycznym«. Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze pogląd Axenfelda w wydanym przez niego podręczniku zbiorowym oftalmologii (1909). »Wogóle, powiada A., ludzie zdrowi mają jednakowe źrenice. Każda nierówność źrenic powinna natychmiast zwrócić na siebie uwagę badacza i zmusić go do szczegółowego zbadania ich oddziaływania. N. Ź. jest często drogowskazem do rozpoznania ważnych cierpień układu nerwowego. Błędne byłoby jednakże zapatrywanie się tak na każdą nierówność źrenic. Wyjątkowo bywa ona i fizyologiczną przy niejednakowej refrakcyi obydwu oczu«.

Zdanie Axenfelda jest z tego względu ciekawe, że autor uzależnia tu z pewną stanowczością N. Ź. od anisometrii (ale, ma się rozumieć, nie twierdzi bynajmniej, jak to czynią inni, że każda anisometropia pociąga za sobą N. Ź.), co, jak widzieliśmy już wyżej, niektórzy z niemniejszą stanowczością zaprzeczają. Wogóle przegląd odnośnej literatury (osobistego doświadczenia pod tym względem, jako nie okulista, nie posiadam) nasuwa zasadnicze wątpliwości co do wpływu anisometrii na N. Ź. Bo gdyby odmienna refrakcyja w tem lub owem oku była w stanie spowodować i odmiennie rozmiary danej źrenicy, to należałoby oczekiwać pewnej stałości w tych dwóch zjawiskach, mianowicie, że węższa źrenica będzie zawsze w oku więcej myopiecznym i naodwrot. Tymczasem duże statystyki wykazują brak wszelkiej pod tym względem prawidłowości. Tak np. ze statystyki Rechego (*Pupillengerleichheit*. Deutsche med. Wochenschrift 1893), który u 14.392 chorych z kliniki i polikliniki Magnusa (*Augenpatienten*) znalazł 143 razy, więc tylko 1% »czystą N. Ź.« i na zasadzie tego odmawia jej wszelkiej wartości patognomonicznej, wynika, że źrenica oka krótkowzrocznego była w 15-stu

przypadkach szersza, w 9 ciu zaś węższa. W 22-ch znowu przypadkach N. Ź. z jednym hypermetropicznem okiem źrenica w tem oku była 12 razy szersza, a 10 razy węższa. Oczywiście, że wobec takich faktów cała w wielu podręcznikach rozpowszechniona nauka o przyczynowym związku pomiędzy anisotropią i N. Ź. traci wszelką podstawę.

Sz. Pp. Interesując się od wielu lat z rozmaitych względów kwestyą N. Ź. i śledząc za odnośną literaturą, przyszedłem do przekonania, że do całej tej kwestyi, traktowanej że tak powiem, zbyt empirycznie, należy dojść z odmiennego nieco, więcej ogólnego punktu widzenia. Istotnemu zrozumieniu całej tej sprawy przeszkadza wielce rozpowszechnione mniemanie, że wobec braku w naturze absolutnie jednakowych i równych organów, nawet u jednego i tego samego osobnika, nie dziwnego, iż i źrenice mogą być od urodzenia nierówne. (Bumke i w. in.). Mógłbym nawet dodać, że i u boskiej Venus z Milo anatom Hess ku zdumieniu swemu znalazł niezupełnie jednakowe wymiary dla obydwu stóp i t. p. Ale zapomina się przytem, że źrenica wcale nie jest organem w zwykłym anatomicznym tego słowa znaczeniu. Właściwie mówiąc, źrenica, jako taka, wszak wcale nie istnieje; jestto dziurka, otwór, którego rozmiary są w ciągłej zależności od dwu nieustannie działających przeciwległych sił, t. zw. zwężaczy i rozszerzaczy. Zawitych anatomiczno-fizyologicznych szczegółów, ma się rozumieć, nie poruszam. Dla nas ważne jest, że źrenicy nie należy porównywać z jakimś organem, że jest ona raczej funkcją (w znaczeniu matematycznym a nie fizyologicznym) dwu lub więcej sił. I wychodząc z tego założenia, należy przypuszczać, że rozmiary wchodzących tu w grę mięśni (*sphincter* i *dilatator iridis*) grają w warunkach prawidłowych rolę drugorzędną co do wielkości źrenic. My tu bowiem nigdy nie mamy do czynienia z pozbawionymi wszelkich wpływów nerwowych mięśniami. I gdyby nawet w tym lub owym przypadku same mięśnie były niejednakowych rozmiarów w obydwu oczach, to i pomimo tego źrenice, jako funkcye rozmaitych sił, które, jak to zaraz zobaczymy, działają jednocześnie

i równomiernie na oba oczy, będą równe. Ciekawe jest zresztą, że spostrzeżenia nad trupami, gdzie więc mamy do czynienia istotnie tylko już z mięśniami źrenic, pozbawionymi wszelkich wpływów dynamicznych, przekonały Bacha, iż N. Ź. po śmierci najczęściej znika (*Bestehende Anisokorie verschwindet meist im Tode*). Wynika, oczywiście z tego, że i w pierwotnym swoim morfologicznym założeniu źrenice są daleko częściej równe niż zwykle przypuszczają, i że za życia N. Ź. nie jest zależna od nierówności odnośnych mięśni, lecz, mówiąc ogólnie, od rozmaitych wpływów nerwowych, pod którymi się znajduje.

Ale oprócz bardzo złożonych aparatów nerwowych, normujących rozmiary każdej oddzielnej źrenicy na szczególną uwagę zasługuje przy rozważaniu kwestyi N. Ź. zjawisko t. z. konsensualnego oddziaływania źrenic (przy oświetlaniu jednej źrenicy i druga dochodzi do tych samych rozmiarów, co i pierwsza). Pod względem filogenetycznym mamy tu do czynienia z urządzeniem względnie młodem; spotykamy je bowiem tylko u zwierząt, stojących już wysoko na drabinie rozwoju. Z biegiem filogenezy aparat oddziaływania konsensualnego okazał się prawdopodobnie tak pożytecznym, że stał się on automatycznym, niezależnym od woli i wszelkich warunków zewnętrznych odruchem. Cel tego aparatu jest obecnie dla nas zupełnie zrozumiały. Jeżeli bowiem tęczęwka ma spełniać rolę diafragmy, która stosownie do warunków zewnętrznych przepuszcza na siatkówkę odpowiednią potrzebną dla dobrego widzenia ilość promieni, to, oczywiście, widzenie obydwoma oczyma byłoby niedokładne, gdyby obie diafragmy nie funkcjonowały zupełnie współcześnie i z jednakową intensywnością. W celach bowiem dobrego widzenia leży, aby na jednoimienne miejsca obydwu siatkówek dostawały się jednocześnie zupełnie jednakowe ilości promieni świetlnych. Albowiem tylko wtedy reakcje fotochemiczne, które zachodzą w obudwu siatkówkach, są zupełnie jednakowe pod względem swojej intensywności i eks-

tenzywności, co dopiero nadaje istotną wyrazistość wspólnemu z obydwu oczu idącemu wrażeniu wzrokowemu*).

Nie ulega więc wątpliwości, że ów aparat oddziaływania konsensualnego źrenic, któremu mamy zawdzięczać »dobre« i »wyraźne« widzenie, i który jest zawsze, za wyjątkiem snu, czynny, będzie dążył do utrzymania obu źrenic w jednakowych rozmiarach, nawet wtedy, kiedy aparat mięśniowy jednej źrenicy będzie się różnił od aparatu drugiej. Dla uprzyślednienia sobie i Panom niektórych tych twierdzeń teoretycznych przeprowadziłem szereg doświadczeń; wyniki niektórych z nich pozwolę sobie Panom przedstawić.

(Dok. nast.).

II. STRESZCZENIA.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1910. Nr. 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 37, 42. (Referent Dr W. Reis).

W sprawie miejscowego leczenia zapalenia tęczówki. (Zur örtlichen Behandlung der Iritis). Oppenheimer.

Kilka uwag dla lekarzy praktycznych w sprawie stosowania atropiny.

Złamanie podstawy czaszki z obustronnem porażeniem mięśnia odwodzącego i objawami zapalnymi opon mózgowych w następstwie krwotoku. (Schädelbasisfraktur mit doppelseitiger Abduzenslähmung und meningitischen, durch Blutung bedingten Erscheinungen). Zimmer.

Przypadek kazuistyczny.

*) W odczycie o »znaczeniu tropizmów dla psychologii« (Bedeutung der Tropismen für die Psychologie. Leipzig. 1909. str. 10 i d.), wygłoszonym na VI. międzynarodowym Zjeździe Psychologów w 1909 r. Jacques Loeb rozwija między innymi tę samą myśl co do potrzeby dla dobrego widzenia jednakowego i jednoczesnego oświetlenia symetrycznych punktów na obydwu siatkówkach.

O hemianopsyi. (Über Hemianopsie). Behr.

Wykład kliniczny.

Zapalenie miąższowe rogówki jako schorzenie typowo kiłowe. (Die Keratitis parenchymatosa eine echtluetische Erkrankung). Igersheimer.

U dziecka 14-letniego, bez znamion kiły odziedziczonej, z dodatnim wynikiem próby Wassermann'a wystąpiło w górnio zewnętrzny odeinku zaćmienie, silnie unaczynione, sięgające aż do brzegu źrenicznego.

Idąc za przykładem Lebera, który przez wycięcie zaćmionej części rogówki zapobiegł dalszemu posuwaniu się procesu chorobowego, wycięto także i w tym przypadku zajęłą część rogówki, a ubytek przykryto spojówką. Zaćmienie rogówki dalej nie posuwało się, lecz nawet zaczęło się wyjaśniać. Chory przez cały czas nie był leczony przeciwkiłowo. W wyciętym kawałku rogówki stwierdzono metodą Levaditi'ego istnienie krętka bladego.

Czarna ciecz wodna. (Schwarzes Kammerwasser). Salus.

Przy wydobyciu zaćmy u chorej 39-letniej, cierpiącej na cukrzycę, wydobyla się z rany operacyjnej rzadka, brudno-szaro zabarwiona ciecz. Przebieg gojenia się rany operacyjnej był prawidłowy.

Badanie mikroskopowe cieczy wykryło istnienie w cieczy wodnej licznych ziarenek barwikowych oraz wielkich napęczniałych komórek, skąpo w barwik zaopatrzonych. Obecność w cieczy wodnej komórek barwikowych jest zjawiskiem zwykłym przy kurasach operacyjnych na trupach lub oczach świńskich, gdy gałki oczne nie są zbyt świeże — wystąpienie zaś tego zjawiska przy operacjach u osobników żyjących należy do rzeczy rzadkich i głównie wydarza się przy cukrzycy. Przyczyny powstawania tych zmian chorobowych w przybłonku barwikowym dokładnie nie są znane. Kamocki przypuszcza, że istnieje związek przyczynowy między skazą moczówkową a schorzeniem przybłonka barwikowego za pośrednictwem zmienionego chemicznego składu cieczy wodnej.

Wewnątrzkomórkowe twory przy wiewiórze cewki moczowej. (Zelleinschlüsse bei Harnröhren gonorrhoe). Jancke.

W kilkunastu przypadkach zapalenia wiewiórowego cewki moczowej, wywołanego dwóinkami Neissera stwierdził autor wewnątrz komórek przybłonkowych istnienie typowych ciałek jagliczych Provaszka.

Obłęd atropinowy u chorego z dychawicą. (Atropinwahnsein bei einem Asthmatiker). Fickler.

Czterdziestoletni mężczyzna, chory na dychawicę oskrzelową, zażywał przez ośm tygodni z przerwami po 14 i 10 dni atropinę w wysokich dawkach. W ostatnich dniach dawka przewyższała 1 mg. W tym czasie wystąpiły u niego zaburzenia w połykaniu, wymioty, zaburzenia wzrokowe, rozszerzenie i nieruchomość źrenic, przyspieszenie tętna i omamy, które doprowadziły do ostrego obłędu. Obłęd ustąpił dopiero po 11 tygodniach.

O istocie bodźca chorobotwórczego przy jaglicy. (Über die Natur des Trachomerregers). Herzog.

Na podstawie całego szeregu badań doszedł autor do przekonania, że ciałaka jaglicze utożsamiać należy z nieznanymi dotychczas postaciami zanikowemi dwoinek wiewiórowych Neissera. Postacie te przysposowawszy się do pasożytnictwa wewnątrzkomórkowego rozwijają się wewnątrz komórek przybłonkowych spojówki i tu tworzą twory znane pod nazwą ciałek jagliczych. Na poparcie swego twierdzenia przytacza H. następujące dane: 1) autorowi udało się otrzymać morfologicznie identyczne postacie rozwojowe przez ciągłe hodowanie dwoinek Neissera; 2) wśród znanych dotychczas pierwotniaków nie ma istot tak drobnych i tak mało uorganizowanych jak ciałaka jaglicze; 3) przy śluzoropółku spojówki wywołanym dwoinkami wiewiórowymi spostrzegał H. po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych i osłabieniu jadowitości drobnoustrojów zupełne zniknięcie dwoinek wiewiórowych, a wystąpienie natomiast postaci zanikowych o znamienym wyglądzie ciałek jagliczych; 4) w przypadkach świeżej jaglicy można było obok typowych ciałek jagliczych stwierdzić także w komórkach przybłonkowych formy przejściowe t. n. przez autora mikrogonokoki; 5) przez przeszczepienie czystej hodowli dwoinek wiewiórowych na zdrową ludzką spojówkę oka ślepego z powodu jaskry otrzymał H. typowe ciałaka jaglicze.

O kilku dalszych przypadkach różnobarwności obu tęczówek. (Ueber einige weitere Fälle von Heterochromia iridum). Lutz.

Na podstawie spostrzegania kilkudziesięciu przypadków różnobarwności obu tęczówek przychodzi autor do następujących wniosków: 1. Różnobarwność tęczówek jest objawem rzadkim, stwierdzić ją można w 0·2% materiału klinicznego (na 15000 chorych w 30 przypadkach). 2. Różnobarwność ta jest zmianą rozwojową i może powstać przez to, że jedno oko albo w pierwszych dniach

po urodzeniu, lub też w latach późniejszych (między 5—15 rokiem życia) wykazuje wielorozwój barwika albo też jedno oko traci następowo barwik. 3. Dla wytłumaczenia powstania tej zmiany należy w pierwszym rzędzie przyjąć odziedziczenie zabarwienia tęczęwek po rodzicach; należy jednak uwzględnić także i dalsze zaburzenia (być może nieprawidłowy embryonalny rozwój naczyń). 4. Oczy o różnobarwnych tęczęwkach wykazują pewne powikłania, które jako przypadkowe mogą się znaleźć w obu oczach (szczeliny wrodzone w tęczęwce) lub też jako znamienne powikłania, umiejscowione zawsze w oku o jaśniejszym zabarwieniu. 5. Charakterystycznym powikłaniem jest zapalenie ciała rzęskowego na oku jaśniejszym, które posiada pewne odrębne właściwości. Zapalenie to jest przewlekłe, jednostronne, gałka zupełnie nie jest nastrzykana, strąty na tylnej ścianie rogówki są nadzwyczaj delikatne, brak tylnych przyczepin, często powstaje zaćma, która przy operacji daje jednakże dobre rokowanie. Zapalenie ciała rzęskowego powstaje najwcześniej około 20 roku życia, zwykle później, a zabiegi lecznicze nie wiele mają nań wpływu. 6. Zapalenie ciała rzęskowego powstaje tylko na tle niedostatecznie pigmentowanego oka, nie ma zaś wspólnej jakiejś przyczyny dla powstania różnobarwności tęczęwek i zapalenia ciała rzęskowego.

Objawy oczne przy schorzeniach zatoki czołowej i komórek sitowych. (Augensymptome bei Erkrankungen der Stirnhöhle und Siebbeinzellen). Gutmann.

Autor przytacza kilka kaznistycznych przypadków rogówki oczodołu po przebitym ropniaku z zatoki czołowej, po zropiałym śluzowiacu i po schorzeniach przednich komórek sitowych. W tem ostatniem cierpieniu przy rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić następujące dane: obrzęk zapalny powieki górnej i dolnej, umiejscowienie ropnia w kącie zewnętrznym oka i odchylenie gałki ku skroni bez zmiany położenia w linii poziomej.

Trwały bulion surowiczy dla hodowli łańcuszkowców. (Haltbarer Serumbouillon für Streptokokkenkultur). Elschmig.

Wykrycie w worku spojówkowym łańcuszkowców (do których E. zalicza także dwoinki zapalenia płuc) napotyka na znaczne trudności, tak, że niektórzy autorowie nie stwierdzają istnienia tychże bakterii na spojówce w bardzo wielu przypadkach. Tymczasem E., stosując metodę przez siebie podaną, znalazł łańcuszkowce w 30% oczu napozór zupełnie zdrowych. Metoda E. polega na zastosowaniu odpowiedniej hodowli, sporządzonej z wyschniętej surowicy końskiej i zwykłego bulionu. Zasuszoną suro-

więc wyrabia firma Merck w odpowiednich fiolkach; po wysypaniu zawartości jednej fiołki do 1 cm³ bulionu otrzymuje się pożywkę doborową. w której nieliczne nawet łańcuszkowce szybko się rozmnażają.

Nowy szczegół histologiczny przy glejaku siatkówki. (Ein neuer histologischer Befund bei Glioma retinae). Peschel.

Przy badaniu histologicznem gałki wyłuszczonej z powodu glejaka siatkówki stwierdził autor przesunięcie licznych komórek zwojowych siatkówki do warstw głębszych, a mianowicie do warstwy ziarnistej wewnętrznej. Takiego przemieszczenia komórek zwojowych przy glejaku siatkówki dotychczas jeszcze nie spostrzegano.

O istocie zarazka jagliczego. (Ueber die Natur des Trachomerregers). Lindner.

Uwaga do artykułu Herzoga.

O przejściowej ślepotie korowej w następstwie wstrząśnienia mózgu. (Ueber passagere Rindenblindheit durch Commotio cerebri). Hirsch.

Dwunastoletni chłopak, przejechany przez samochód, stracił natychmiast po upadku przytomność i odniósł rany na częściach miękkich sklepienia czaszki. Równocześnie wystąpiła całkowita ślepotą, chory nie miał zupełnie poczucia światła. Już po południu mógł uszkodzony odróżniać przedmioty, a wieczorem wystąpiło jednostronne niedowidzenie połowicze. Po dwóch dniach pole widzenia i bystrość wzroku powróciły do stanu prawidłowego. W przeciwieństwie do tego przypadku, w którym zaburzenia wzrokowe wywołane wstrząsem mózgu, bez głębszych zmian anatomicznych, trwały bardzo krótko, przytacza autor przez siebie spostrzegany przypadek niedowidzenia połowiczego w następstwie krwotoku opony twardej, utrzymującego się przez dziewięć miesięcy.

Arsenobenzol (Ehrlich 606) przeciw schorzeniom kiłowym oka. (Arsenobenzol (Ehrlich 606) gegen syphilitische Augenleiden). Grósz.

Autor uznaje za słuszne żądanie Ehrlicha, by preparatu 606 nie stosować w przypadkach rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Nie widzi jednakże przeciwwskazania dla stosowania tego preparatu w innych kiłowych cierpieniach ocznych. G. przeczył wstrzykiwaniami arsenobenzolu następujące przypadki: pierwotny wrzód twardy spojówki, zapalenia rogówki, tęczówki, twardówki i naczyńówki, razem przypadków 14. Nie wdając się

w omawianie szczegółów, które będą przedstawione obszernie w czasopiśmie okulistycznym, stwierdza G. że arsenobenzol nadzwyczaj korzystnie oddziałuje na choroby oczne o naturze kiłowej.

O istocie zarazka jagliczego. (Ueber die Natur des Trachomerregers). Herzog.

W uzupełnieniu poprzednich wywodów co do istoty zarazka jagliczego zaznacza H. raz jeszcze, że opisywane wewnątrzkomórkowe twory w przybliżeniu spojówkowym przedstawiają postacie kanikowe (*Involutionsformen*) dwoinek nie barwiących się Gramem. za podstawie danych z zakresu bakterjologii i klinicznego obrazu Nglicy należy w pierwszym rzędzie uwzględnić dwoinki wiewiójawe. W każdym razie zaliczanie ciałek jagliczych do *chlamydozoaroe* jest uzasadnionem. Ze względu na ważność wyników powyższych badań należałoby jednak i resztę flory bakteryjnej badać na szostacie zanikowe.

O przemijającej ślepcie. (Ueber transitorische Amaurose). Pollnow.

Autor przytacza przypadek przemijającej ślepoty, która rzekomo miała wystąpić u dziewczynki 12-letniej po szczepieniu ochronnem przy ospie lub też po zapaleniu gardła, które wystąpiło w tym samym czasie. Klinicznie przedstawiał się ten przypadek jako zapalenie nerwu wzrokowego, a wziernikiem stwierdzić można było obustronnie tarcze zastoinowe. Oprócz tego przypadku opisuje P. jeszcze dwa spostrzeżenia przemijającej ślepoty w następstwie płonicy, które klinicznie przedstawiały się jako pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego.

Graefe's Archiv für Ophthalm. R. 1910. T. LXXV. Z. 1.
(Referent Dr T. Kleczkowski).

Zachowanie się ciała rząskowego względem niweczników. (Das Verhalten des Corpus ciliare zu Antikörpern). R. Salus — Praga.

Doświadczalne badania autora, przeprowadzone na królikach, wykazały, że ze wszystkich niweczników najłatwiej przechodzą do przedniej komory aglutyniny i antytoksyny (przy biernem uodpornieniu antytoksyną dyfterytyczną) w słabszym stopniu przechodzą bakterjolizyny, a w najmniejszej ilości hemolizyny, aczkolwiek

w przypadkach silnej hemolizy w organizmie można spostrzegać jako jej objaw zaczerwienie płynu p. komory (szczególnie po punkcyi). Komplementów nigdy autor nie mógł wykazać. Ilość wszystkich niweczników ulega znacznemu zwiększeniu, gdy poprzednio zostało wykonane nakłucie komory przedniej. Zasadniczo inaczej do wszystkich niweczników zachowują się precypityny białkowe, które bez uprzedniej punkcyi nigdy w doświadczeniach autora do p. komory się nie przedostawały. Wytlumaczenia tego zjawiska nie można szukać według autora w różnicy budowy drobinowej precypityn, ale zdaje się, we właściwościach wśród względnie nabłonka ciąłka rzęskowego.

Badania nad odpornościowymi, w szczególności fagocytarnymi procesami w oku. (Studien über immunisatorische, insbesondere phagocytäre Vorgänge am Auge). M. Zade — Jena.

Zade jest jednym z dalszych badaczy, który wykazał, że łzy nie zawierają ani opsonin, ani ciał bakteryobójczych, a czynność ich fizyologiczna ogranicza się jedynie do ich działania mechanicznego w usuwaniu drobnoustrojów. Podobnie w prawidłowych warunkach niema opsonin w płynie przedniej komory; jednorazowa jednak już punkcyja wystarcza, by opsoniny w płynie p. komory wykazać. Tak jak punkcyja, tak również podrażnienia oka wywołują pojawienie się opsonin w płynie p. komory. Doświadczalnie autor mógł stwierdzić obecność opsonin w przedniej komorze po zapuszczeniu dioniny, a w większym stopniu po wstrzyknięciach podspojówkowych soli kuchennej. Opsoniny dające się wykazać przy zakażeniach rogówki i ciąłka szklistego nie były swoiste. Doświadczenia autora robione w myśl teorii o bakterytropinach Neufelda i Bimpaua w dwóch surowicach odpornościowych, nie wykazały bakterytropin.

Przyczynek do anatomii patologicznej stożka rogówkowego. (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Keratoconus). Dr Erdmann — Rostock.

Do siedmiu dotychczas opisanych drobnowidowo przypadków stożkowatego wydęcia rogówki dodaje autor opis swego przypadku połączonego z zaćmą piramidalną, zanikiem nerwu wzrokowego i zmianami po przebytej *retinitis pigmentosa*. Wyniki badania drobnowidowego autora zgadzają się z wynikami dawniej otrzymanymi, głównie przez Salzmann'a, a polegają na obecności powstawania w przypadkach *keratoconus* pęknięć w błonie Bowmana, bujanie w tych okolicach nabłonka rogówkowego i zbliźnowacenia środkowych części miąższu rogówkowego. Do zmian tych

dodaje autor przerost błony Descemeta dotąd nieopisany. Autor w końcu zwraca uwagę na zupełne podobieństwo zmian anatomicznych w rogówce w przypadkach *buphtalmus* w porównaniu do przypadków z *keratoconus*.

Przypadek postrzału w skroń z następowem porażeniem nerwu sympatycznego. (Ein Fall von Schläfenschuss mit Lähmung des Augensympathicus). R. Cords — Lipsk.

Przypadek autora jest pierwszy w literaturze. Zupełnie porażone były nerwy *sympathicus* i *trochlearis* przejściowo jedynie 1-sza gałązka nerwu trójdzielnego i nerwu *abducens*. Autor przytacza z literatury doświadczenie Oehl'a, który po zniszczeniu u psa gałązek sympatycznych w okolicy pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego dostatnio od *gangl. Gasseri* nie mógł wywołać rozszerzenia źrenicy drażniąc nerw sympatyczny na szyi. Zdjęcie Roentgenem w przypadku autora wykazało właśnie obecność kuli w miejscu odpowiadającym doświadczeniu Oehl'a.

Stosunek perspektywy do bystrości wzrokowej i do czytania. (Die Perspektive in ihren Beziehungen zur Sehschärfe und zum Lesen). G. Ovio — Modena.

Autor badał wpływ perspektywy: 1) na wielkość i postać obrazków siatkówki, 2) na bystrość wzrokową i 3) na czytanie. Badania tego rodzaju, o ile autorowi było wiadomem, nie były dotychczas wykonane przez nikogo. W pierwszej części swej pracy zajmuje się autor wielkością obrazów siatkówkowych położonych w położeniu czołowym prosto, to znaczy w płaszczyźnie równoległej do płaszczyzny wzrokowej umiejscowionych. Wielkość tego rodzaju obrazów stoi w prostym stosunku do wielkości, a w odwrotnym stosunku do oddalenia przedmiotu. Położenie boczne przedmiotu pozostaje bez wpływu na jego wielkość, to znaczy, że równej wielkości przedmioty: jeden w położeniu czołowym, drugi w bocznem, rzucają równej wielkości obrazy na siatkówkę. Inaczej się dzieje z przedmiotami nachylonymi, t. j. w przestrzeni położonymi w ten sposób, że płaszczyzna przedmiotu tworzy kąt z płaszczyzną wzrokową. Wielkość takich przedmiotów w położeniu czołowym jest mniejsza, aniżeli wielkość zupełnie takiego samego przedmiotu położonego prosto. Wielkość dalej takich obrazów zmniejsza się w miarę zwiększenia się kąta nachylenia przedmiotów. Oba te prawa mają znaczenie tak dla oddaleń skończonych, jak też nieskończone wielkich. Biorąc jednak pod uwagę oddalenie przedmiotów, doszedł autor jeszcze do innych praw. Jak wiadomo projekcja segmentu na płaszczyźnie jest równa dostawie kąta

zamkniętego między tą płaszczyzną, a płaszczyzną nachylnego przedmiotu. Gdy przedmiot więc nachylony znajduje się w nieskończoności, to wielkość jego musi być równa dostawie kąta zawartego między płaszczyzną danego przedmiotu, a płaszczyzną, na której dany przedmiot jest widziany. Prawo dostawy nie może odnosić się do przedmiotów nachylonych, będących w odległości skończonej, bo promienie w takim wypadku nie przebiegają równolegle lecz zbieżnie. Wielkość obrazów przedmiotów nachylonych w skończonej odległości, zmienia się zależnie od odległości (zmniejsza się wielkość w miarę zmniejszania się odległości od oka), lecz w mniejszym stopniu, aniżeli się to tyczy przedmiotów prostych.

Do przedmiotów nachylonych w nieskończoności leżących, ale z boku od oka umiejscowionych stosują się te same prawa co do takich samych obrazów czołowo ustawionych. Gdy nachylony przedmiot bocznie od oka leżący zostanie z nieskończoności przeniesiony w odległość skończoną, wtedy wielkość jego jest równa takiemu samemu przedmiotowi w podobnych warunkach będącemu ale czołowo położonemu. Gdy jednak przedmiot taki zostanie skręcony prostopadle na osi rotacyjnej, wtedy wielkość obrazu nie jest równa temu samemu przedmiotowi w położeniu czołowym. Obraz mianowicie raz jest większy, raz mniejszy od obrazu w czołowym położeniu, zależnie od nachylenia przedmiotu. Postać obrazu przedmiotu położonego prosto i czołowo, nie ulega żadnym zmianom. Inaczej rzecz się ma z obrazami przedmiotów nachylonych. Obrazy przedmiotów w nieskończonej odległości się znajdujące, ulegają zniekształtnieniu i tak np. koło staje się elipsą.

Zmiana postaci w obrazach przedmiotów nachylonych w nieskończoności i w położeniu czołowym umiejscowionych zależy od kąta nachylenia, a zmienia się w myśl prawa dostawy. W razie przesunięcia przedmiotu w odległość skończoną, zmiana postaci występuje nietylko w jednym kierunku (zależnie od kąta nachylenia), ale we wszystkich kierunkach i to tem wybitniej, im przedmiot bliżej oka leży. Przy przedmiotach z boku od oka położonych, nachylonych, a w skończonej odległości leżących obowiązują te same prawa. W skończonej odległości umiejscowione przedmioty, w razie skręcenia ich wzdłuż osi nachylenia, wywołują obrazy równe co do swej wielkości, ale różne postacią; skręcenia zaś koło osi rotacyjnej wahadłowe, powoduje zmianę tak w postaci, jak i w wielkości.

W drugiej części swej pracy zajmuje się autor wpływem perspektywy na bystrość wzrokową. Badania autora wykazały, że bardzo nieznaczny wpływ na bystrość wzrokową był wywierany,

gdy tablica z literami (z odległości 6 m) została nachyloną w osi poziomej, lub gdy jej prawy lub lewy bok został ku przodowi lub tyłowi cofnięty. Zmiana w bystrości wzrokowej występowała, gdy tablica skręconą została w osi pionowej (skręcenie o 45° V $\frac{2}{3}$, o 60° V $\frac{1}{2}$ i t. d.).

Trzecia część badań autora zajmująca się wpływem perspektywy na czytanie wykazała, że wpływ ten podczas czytania jest ciągły—podczas czytania bowiem. oczy są w ciągłym ruchu, w następstwie których zmienia się akkomodacya i wielkość obrazów siatkówki (z powodu ciągłej zmiany kąta nachylenia) Przy czytaniu jednoocznem, wszystkie ruchy oka można według autora uważać za korzystne, nie zaś za szkodliwe. Inaczej jest przy czytaniu obuocznym. Przy czytaniu obydwoma oczyma punkt fiksacyjny jest w nierównej odległości od obu oczów (wyjawszy umiejscowienia punktu tego ściśle w linii środkowej), z powodu czego i ruchy oczów są nierówne i w nasileniu akomodacyi obu ócz zachodzi różnica. Następstwem tego są dwa obrazy siatkówek nierówne co do wielkości łączące się w jeden obraz stereoskopijny.

Klinische Monatsblätter f. Aghk. R. 1910. R. XLVIII kwiecień. (Referent Dr Liebermann).

Uproszczona metoda enukleacyi. (Neue vereinfachte Methode der Enukleation). Dr M. Menacho — Barcelona.

Przeciawszy *rectus internus et externus* i odpreparowawszy spojówkę aż do równika, przeciaga autor pętle jedwabne przez odcięte ściętna wspomnianych mięśni. Podczas gdy asystent lekko podciąga pętlami gałkę ku górze, kończy operator swój zabieg.

Pierścieniowate zmętnienie przedniej powierzchni soczewki, skutkiem urazu. (Ein Beitrag zur Kasuistik der ringförmigen Trübung an der Linsenvorderfläche nach Kontusionsverletzung des Auges). Dr J. Hescheler — Stuttgart.

Następstwem uderzenia kamieniem w oko, był krwotok do przedniej komory. Gdy nastąpiło wessanie wybroczyny, zauważono pierścieniowate zmętnienie na obwodzie przedniej powierzchni soczewki, które bardzo powoli ustępowało. *Restitutio ad integrum* nastąpiła dopiero po upływie 10 miesięcy.

Nadzwyczajny przypadek porażenia akomodacji spowodowany dyfteryą. (Ein aussergewöhnlicher Fall von Akkommodationslähmung nach Diphtheritis). Dr E. Wiegmann — Hildesheim.

Po przebytej dyfteryi wystąpiło u dziecka obustronne porażenie akomodacji, które na lewem oku niebawem ustąpiło, na prawem jednak utrzymywało się jeszcze przez 4 lata.

O krwotokach w siatkówce skutkiem influenzy. (Ueber Netzhautblutungen nach Influenza). Dr E. Wiegmann — Hildesheim.

Bez widocznej przyczyny nastąpiło u chorego młodego człowieka pogorszenie wzroku na oku lewem. Badanie przedmiotowe wykazało, iż dno oka zasiane jest bardzo licznymi wybroczynami w siatkówce. Anamnestycznie dowiedziano się od chorego, iż przed rokiem cierpiął na bardzo uporczywą influenzę, której napady powtarzały się i później bardzo często. Leczenie oka polegało na podawaniu jodku potasu później sajodyny. Chory zupełnie wyzdrowiał, wzrok powrócił do stanu prawidłowego.

Przyczynek do teorii krótkowzroczności. (Zur Theorie der Myopiefrage). Doc. Dr Lohmann.

Wychodząc z zasady, iż *conus* na tylnym biegunie oka jest wynikiem niejednorodnego rozrostu błon ocznych, tłumaczy tym objawem rozmaite postacie tego pierwszego. Przyjmując mianowicie przypadek ten, iż twardówka rozrasta się najbardziej ze wszystkich otoczek oka, musi ona wywierać ciągnienie na siatkówkę i naczyńiówkę. Zależnie zaś od punktu, w którym twardówka najsilniej rośnie i zależnie od niejednorodnej spistości, względnie niejednorodnej siły przyczepu dwóch innych błon, przybierze *conus* rozmaite postacie. W tych bowiem miejscach, w których naczyńiówka słabo do twardówki przylega, poddaje się ona i nadziewa się niejako na *n. opt.*, a w miejscu przeciwnem, silnie przyrośniętem, powstaje *conus*.

Więstnik oftalmologii. R. 1910. nr 7, 8, 9 i 10. (Referent Dr M. Szafnicki).

Działanie surowicy krwi na oko. W. P. Filatow.

Autor przeprowadził kilkadziesiąt doświadczeń ze wstrzykiwaniem do przedniej komory ciała szklistego i pod spojówkę oczu

różnym zwierzętom domowym surowicy prawidłowej i immunhemolitycznej i przyszedł do następujących wniosków. Wstrzykiwanie prawidłowej surowicy do przedniej komory prawie zawsze miało bez śladu, do ciała szklistego zaś powodowało często zapalenie jagodówki. Działanie surowic immunhemolitycznych było nieco silniejsze. Przy wstrzykiwaniu do przedniej komory kilka razy spowodowało stany zapalne, a przy wstrzykiwaniu do ciała szklistego prawie zawsze ciężkie stany zapalne jagodówki. Surowicę do wstrzyknięć brał autor od różnych zwierząt domowych. Wszystkie doświadczenia przeprowadził ściśle aseptycznie.

Dane anatomo-patologiczne z dziedziny dróg łzowych. Doc. pryw. L. I. Świerzewski.

Autor, rynolog, na podstawie bogatego materiału anatomicznego nadzwyczaj szczegółowo opisuje topografię woreczka i przewodu łzowego, a następnie podaje minimalne i maksymalne wymiary oddzielnych części dróg łzowych. Prócz tego opisuje 4 typy zakończeń przewodu łzowego w nosie. I-szy rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się równocześnie z kostnym: a) w postaci błony z otworkiem w środku; b) w postaci otworku przykrytego śluzką; c) w postaci szerokiego otworku bez śluzki. II. rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się w błonie śluzowej mniej lub więcej szerokim otworkiem różnej postaci poniżej kanału kostnego. III. rodzaj: Kanał łącznotkankowy przechodzi w błonie śluzowej w postaci mniej lub więcej wąskiego kanaliku. IV. rodzaj: Kanał łącznotkankowy kończy się wąskim otworkiem znacznie ku przodowi lub tyłowi kanału kostnego. Przy typie II, III, i IV. wystarczają bardzo nieznaczne zmiany chorobowe nosa, by spowodować zatkanie kanału nosołzowego. Pracę swoją autor bogato ilustruje fotografiami preparatów anatomicznych.

O znaczeniu prognostycznym retinitidis albuminuricae. G. A. Rabinowicz.

Na podstawie 33 spostrzeganych przez siebie przypadków, autor przychodzi do wniosków, które już są ogłoszone przez kilkudziesięciu niemieckich badaczy. Chorobę częściej spotykał u mężczyzn, najczęściej w wieku 50 — 60 lat. Śmierć zwykle następowała (95%) w przeciągu pierwszych 2-ech lat. Wszystkie wypadki, z wyjątkiem trzech ciężarnych, dotyczyły *nephrit. interstitialis*.

O niezycie wiosennym. B. B. Orieczkina.

Autor opisuje cztery przez siebie spostrzegane przypadki, a następnie szczegółowo omawia obraz kliniczny, anatomię patolo-

giczną, dyagnostykę różniczkową i sposób leczenia tego cierpienia, nie oryginalnego nie wnosząc do literatury.

O działaniu podspojówkowych wstrzyknień Natrii iodici, Kalii iodati i innych lekarstw przy powstającej zaćmie. A. I. Schiele.

Autor przytacza wszystkie środki stosowane w okulistyce przeciw powstającej zaćmie, a następnie przytacza przypadek z własnej praktyki, gdzie stosował NaJ z dobrym skutkiem. Po zrobieniu 50 wstrzyknień, zmętnienia w soczewce całkiem zniknęły, lecz po 4-ch miesiącach zaczęły się napowrót tworzyć; po zupełnem zmętnieniu soczewkę usunięto operacyjnie. Przypadek dotyczył dziewczyny 17-letniej, gdzie zaćma powstała na tle zapalenia naczyńówki.

Przypadek obustronnego zapalenia gruczołów łzowych. K. M. Tamamszew.

Przypadek dotyczył dziecka 6-letniego. Jako rzadko występujący objaw przytoczyć należy zupełną bezbolesność gruczołów łzowych. Zajęta była tylko część powiekowa gruczołów i dla tego trzeszczu gałek nie było. Sprawa trwała tydzień. Stosował autor okłady z octanu glinowego. Przyczyny choroby wykazać nie można było. Występowały wprawdzie równocześnie silne bóle zębów, lecz autor związku między temi dwoma cierpieniami nie przypuszcza.

Ważność określenia utajonej konwergencji dla wczesnego rozpoznania skurczu akomodacji. Dr med. E. S. Boniewicz.

Na początku swej pracy autor wskazuje na przykre skutki długo trwającego, a nie rozpoznanego skurczu akomodacji. Zwycię określenie refrakcyi subiektywne i obiektywne często nie pozwala oznaczyć tego stanu, a jedynie zapomocą oznaczenia stopnia utajonej konwergencji sposobem Maddoxa skurcz akomodacji zawsze zostaje ujawnionym. Autor badał w ten sposób 500 osób i przyszedł do następujących wniosków. Utajoną konwergencję spotykamy nie tylko u hypermetropów, lecz przy emmetropii i myopii. Przy patrzeniu w dal częstość utajonej konwergencji wynosi u emmetropów 24·32%, przy myopii 25·19%, przy hypermetropii 31·08%. Jeżeli do Mp. i Hp. dołączyć M. Ast. i H. Ast., to wynik będzie dla Mp. — 23·66%, a dla Hp. 32·38%. Dalej autor podaje tablice, z których wynika, że ukrytą konwergencję od 11 do 30 roku spotykał mniej więcej od 23% do 28% wszystkich badanych. Liczby dla młodszego i starszego wieku nie są pewne, gdyż za mało miał autor odnośnych przypadków.

Spostrzeżenia z praktyki własnej. Dr F. F. German.

1. *Pneumonia crouposa utr. Nephritis acuta, Neuroretinitis albuminurica haemorrhagica, ablatio retinae o. u. Exitus letalis.* Przypadek dotyczył mężczyzny 29-letniego. Jako rzadkość autor podaje odczepienie siatkówki, które powstało w ciągu nie całych 2-eh tygodni.

2. *Morbus maculosus Werlhofii.* Przypadek dotyczył 18-letniego mężczyzny. W czwartym tygodniu dura brzuszego zjawilo się krwawienie z dziąseł i wybroczyny podspojówkowe. Równocześnie krwawienie z nerek. Stan taki trwał 5 dni, przyczem chory stracił 800 cm sześć. krwi. Czwartego dnia pokazały się wybroczyny na całym ciele. 7-go dnia objawy zaczęły ustępować i po miesiącu chory zupełnie zdrów opuścił szpital. Dno ocz podczas całego trwania choroby było prawidłowe, jedynie podczas krwawień naczynia siatkówki były nieco cieńsze.

3. *Empyema ossis ethmoidalis et ossis frontis. Pyaema septica consecutiva, exitus letalis.* 14-letnia dziewczynka od tygodnia gorączkowała. Autor stwierdził obrzęk powieki górnej oka lewego, gałka nieco przemieszczona ku dołowi i zewnątrz, wewnątrz górą można było wyczuć guz miękkiej. V. lo. — $\frac{6}{6}$. Z nosa nieprzyjemny zapach. Stawiono rozpoznanie, jak w tytule. Na czwarty dzień otworzono *sinus frontalis* i wydobyła się ropa w ilości 1 łyżeczki od herbaty. Pomimo to stan gorączkowy trwał bez przerwy i dziecko po dwóch tygodniach zmarło. Przyczyną tego autor widzi w spóźnionem otwarciu *sinus frontalis*.

4. *Empyema ossis ethmoidalis et ossis frontis.* Przypadek nie przedstawiający nic ciekawego.

Mięsak woreczka łzowego. Doc. pryw. K. W. Sniegi-riew.

Dotychczas opisano 5 odnośnych przypadków i to jedynie we włoskiej literaturze. Autor badał kobietę 49-letnią, zupełnie zdrową. Dziedziczności wykazać nie można. Od 20 lat oko prawie łzawi. W okolicy prawego woreczka łzowego guzek różowy wielkości bobu, elastyczny. Przy ucisku na ten guzek wydobywa się z dolnego punktu łzowego nieznaczna ilość cieczy śluzoworopnej. Bólów brak. Postawiono rozpoznanie: *Ectasia sacci lacrymalis o. d.* Wyłuszczenie Po nacięciu woreczka znalazł autor niewielki guzek różowy na tylnej powierzchni woreczka pokryty błoną śluzową. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie mięsaka okrągłokomórkowego. Po 8-miu miesiącach nawrotu nie było. Autor na podstawie

swego i wziętych z literatury przypadków przychodzi do następujących wniosków: 1) mięsaki woreczka żłowego spotykane były prawie wyłącznie u kobiet (1 raz u mężczyzny) w wieku od 25 do 63 lat; 2) wyłącznie w prawym woreczku żłowym (raz obustronnie); 3) choroba rozpoczyna się żławieniem; 4) stopniowo występuje rozstrzeń woreczka żłowego; 5) nawroty czasami powodują śmierć; 6) sondowanie nie odgrywa tu żadnej roli.

O zaćmie w związku z tężyczką (tetania). I. A. Koboziew.

Autor znalazł w literaturze 73 odnośne przypadki. Sam badał kobietę 27-letnią, u której wywiady wykazały już od 17 lat powtarzające się napady przypominające częściowo padaczkę ze zupełną utratą przytomności, takich było 8 i trwały do dwóch godzin każdy. O wiele częściej miała chora napady, gdzie przy zupełnej świadomości, występował toniczny skurez rąk i nóg i silny ścisk powiek. Napady takie trwały od 4-eh do 6-ciu godzin, od roku rzadziej występują. Specjaliści rozpoznali tężyczkę, Od 8 miu miesięcy chora zauważyła, że jej wzrok słabnie. Autor rozpoznał miękka zaćmę. Poza tem ściśle badanie całego organizmu prócz śladów białka w moczu i przebytej *perimetritis* i *salpingitis* nie wykazało innych zmian chorobowych. Chora zachodziła w ciążę cztery razy, pierwszy i ostatni raz poroniła, dwoje dzieci umarło: jedno w drugim, drugie w ósmym miesiącu. Powodu podać nie umie. Napady z utratą świadomości wystąpiły po drugim porodzie prawidłowym przed 3-ma laty. Po usunięciu zaćm bystrość wzroku prawa oka = $0.4c + 12D$, a lewego $0.8c + 12D$. Przyczynę powstania zaćmy widzi autor, jak i wielu innych badaczy, w zatruciu organizmu jadem tężyczkowym, powstającym pod wpływem zaburzeń w czynności gruczołu tarczycowego.

Wziernik bez środkowego otworu. S. S. Gołowin.

Autor poleca wziernik przez siebie skonstruowany szczególnie dla początkujących. Posiada on zwierciadło wklęsłe, okrągłe, 4 cm w przekroju, lecz bez środkowego otworu. Brzeg tego zwierciadła w jednym miejscu półkolisto wykrojony, wobec tego przypomina ono kształtem półksiężyc. Na stronie przeciwległej do wykroju znajduje się rączka, przymocowana w ten sposób, że zwierciadło można okręcić w miejscu przymocowania o 180^0 w pionowej płaszczyźnie. To ostatnie urządzenie było niezbędne, gdyż przy wziernikowaniu tym przyrządem wycięcie w zwierciadle musi wypadać zawsze po stronie nosa badającego. Za zwierciadłem jest oprawa do zakładania szkieł, jak u Liebreicha.

Bacillus subtilis, jako przyczyna chorób ocznych.

W. P. Filatow.

Z 42 doświadczeń, wykonanych przeważnie na królikach, autor wnioskuje, że *bac. subtilis* jest szkodliwy dla oka. Przy wprowadzeniu hodowli do przedniej komory, powstało lekkie zapalenie tęczęwki, przy wprowadzeniu zaś do ciała szklanego często rozwijała się bardzo szybko *panophthalmitis*. Równie szkodliwe były i spory *bac. subtilis*. Autor mógł zauważyć pewną zależność powstawania zjawisk chorobowych od ilości wstrzykiwanego czynnika szkodliwego. Nawet przy wprowadzeniu *bac. subtilis* do ciała szklanego, lecz w małej ilości, powstawało bardzo słabe zapalenie jagodówki. Przy wprowadzeniu *bac. subtilis* do ogólnego krążenia tylko wtedy powstawało schorzenie oka, jeśli przedtem w oku wytworzył się *locus minoris resistentiae*. Przy skaleczeniach oka igłą powstawała zawsze *panophthalmitis*. To samo stwierdził autor po przypaleniu *limbus*. Mniej ciężkie uszkodzenia, jak: przekłucie rogówki, oziębianie eterem, tępy uraz nie powodowały zmian chorobowych w oku. Również nie powstawało sympatyczne zapalenie przy *panophthalmitis* drugiego oka, wywołanej wstrzykiwaniem *bac. subtilis* do ciała szklanego. Kilka doświadczeń przeprowadzonych na psach i kotach dało podobne wyniki. Obraz anatomo-patologiczny przedstawiał rozlany naciek ropny wszystkich warstw oka, a często i otoczenia. Czy *bac. subtilis* tworzy przytem swoje spory w oku, tego autor nie może twierdzić z pewnością. Fagocytoza występowała jako czynnik samoobrony bardzo wcześnie, bo już w 7 godzinach po wstrzyknięciu. W kilku przypadkach autor stwierdził, że *bac. subtilis* przechodzi z oka do innych narządów: wątroby, śledziony.

Rzadkie schorzenie sinus frontalis. Doc. pryw. K. W. Sniegirew.

Przypadek dotyczył mężczyzny 56-letniego. *St. praesens*. Nad okiem prawem pod brwią przetoka, z której wydobywa się w miernej ilości cuchnąca ropa. Wprowadzona sonda napotyka obnażoną kość, daje się wsunąć $4\frac{1}{2}$ cm ku nosowi i górze. Wzrok prawidłowy. T(n). Dwojenia brak. Guz czołowy prawy silnie ku przodowi wystaje. W tem miejscu chory uczuwa ból. Lewe oko i oko-lia bez zmian. Z wywiadów dowiedział się autor, że przed $1\frac{1}{2}$ rokiem chory uczuł ból nad nosem, a po dwóch miesiącach wytworzył się nad prawem okiem duży wrzód, który spuszczał się nad okiem i przeszkadzał patrzeniu. Chory wypuścił z niego ropę nakłuciem zwyczajną igłą i od tego czasu powstała przetoka. Badanie nosa wykazało mnóstwo polipów śluzowych i obrzmienie

muszli środkowej prawego przewodu nosowego. Autor postawił rozpoznanie: *empyema sinus frontalis* i postanowił zrobić trepanację. Przedtem usunięto polipy nosowe i przez cztery dni przepłukiwano *sinus frontalis Hydr. cyanat.* (1:6000) i H_2O_2 . Gdy potem ciepłota podniosła się do 38° i brzegi przetoki nabrzmiały, autor otworzył *sinus frontalis*. Ściany jego były bardzo grube, wewnątrz mało ropy, lecz mnóstwo polipów śluzowych, które wyskrobano ostrą łyżeczką, przepłukano H_2O_2 , wytarto *Tra Iodi*. Przez nos przeprowadzono dren, a ranę zaszyto. Przebieg prawidłowy. Po 26 dniach chorego wypuszczono z opieki lekarskiej. Wypuklenie guza czołowego było znacznie mniej-ze. Mikroskopowe badanie wykazało utkanie polipa włóknistego z przewlekłym zapaleniem tkanki łącznej i przemianą jej w tkankę kostną. Miejscami widać wrastający wgląd nabłonek, tworzący jakby przewody gruczołowe.

Syphiloma ciała rzęskowego. D. Siwcow.

Autor miał w leczeniu mężczyznę 38-letniego, który zgłosił się ze skargą na bóle, zaczerwienienie i ślepotę oka lewego. Choroba rozpoczęła się przed 2-ma miesiącami silnym bólem głowy, łzawieniem i zaczerwienieniem oka. *St. praesens. Chemosis*, światłowstręt. Rogówka lekko zmętniała, nieznaczne nacieki w różnych jej warstwach, naczynia powierzchowne przechodzą na nią. P. k. prawidłowo głęboka. Tęczęwka przekrwiona. Źrenica nieprawidłowego kształtu, pomimo atropiny wązka. W górnio-zewnętrznej części przedniej komory masa szaro-biała, wychodząca z pod brzegu rogówkowego, półkolistą. $\frac{1}{3}$ część komory zajmująca, zasłaniająca nieco źrenicę. T. mniejszy V. ruchy ręki. Proj. wadliwa. Dna nie widać. Badanie ogólne wykazało świeże ślady przebytej kiły. Choremu zaordynowano *inj sublimati* (1%), wewnątrz KJ., na oko atropinę i ciepłe okłady. Po dwóch miesiącach wypuszczono chorego z kliniki. Na rogówce w okolicy byłego *syphiloma* — bielmo, na twardówce po nad bielmem dwie małe szare plamki, źrenica zarośnięta $V = 0.2$. T(n). Polecono powtórzyć swoiste leczenie.

III. ROZMAITOŚCI.

XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie odbędzie się w lipcu od 18-go do 22-go lipca 1191 r.

Prezesem Kom. gosp. jest prof. Nowak, do którego należy zwracać listy w sprawie zjazdu: ul. św. Jana, l. 20: wiceprezesami:

r. dw. prof. Dr Janczewski i prof. Dr Walery Jaworski, skarbnikiem prof. Dr Dobrowolski, jen. sekretarzem prof. Dr Bruner.

Sekeyi utworzono czternaście. Sekeya okulistyczna, będąca 13-tą sekeyą zjazdu, będzie zarazem stanowić:

Pierwszy zjazd Tow. okulistów polskich,

jaki miał się odbyć w bież. roku, a dla niedostatecznych zgłoszeń i na życzenie wielu członków towarzystwa musiał być odroczonym.

Ustanowione dla tego zjazdu biuro pozostaje nie zmienionem, a funkcjonuje zarazem jako komitet sekeyjny XI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Referaty i komunikaty, o ile były dla zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze nie pojawiły się — wejdą w program naszego zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1 go maja 1911 r.

Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom zjazdu.

W następnych numerach »Postępu okulistycznego« będziemy w porządku zgłoszeń podawali do wiadomości tytuły odczytów.

Tematy dla referatów stawiamy następujące:

Etyologia i postacie kliniczne zapalenia trachomatycznego, sprawozdawca: Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Porównawcze badanie skuteczności rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych.

Porównanie znaczenia rozmaitych operacyi mających zapobiedz zapaleniu sympatycznemu.

Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

W Krakowie, w listopadzie 1910 r.

Komitet I. zjazdu Towarzystwa okulistów polskich:

R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz,
przewodniczący.

Prof. Dr K. W. Majewski.
sekretarz.

Dr Wincenty Witaliński,
skarbnik.

Dr Edward Rosenhauch,
kierownik biura.

Dr T. Kleczkowski,
kierownik wystawy.

Dr Szafnicki,
kierownik gospodarczy.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilitowali się: Dr Gilbert w Mnichowie, Dr Aur Shily we Fryburgu w Bryzgowii, Dr Martin Zade w Heidelbergu, Dr Rob. Salus w Pradze na wydz. niemieckim, Dr Józef Igersheimer w Halli.

Mianowani profesorami: prof. Lagrange na miejsce Badala w Bordeaux, Dr Ahlström w Lundzie, Dr Tscherning w Kopenhadze, Dr Maklakoff w Moskwie.

Profesorowie nadzwycz.: Greeff i Horstmann w Berlinie otrzymali tytuł tajnych radców medycynalnych.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Trousseau, naczelny lekarz kliniki ocznej H. Rothschilda w Paryżu, zginął 1-go b. m. w wypadku automobilowym.

VI. OD REDAKCYI.

W ostatnim numerze »Postępu okulistycznego« zestawiamy corocznie spis wszystkich okulistów polskich.

Kolegów, którzy zostali pominięci w dawniejszych spisach przez pomyłkę, lub wskutek niezgłoszenia się, jako i tych, którzy wstąpili w szeregi okulistów, prosimy o niezwłoczne podanie adresów dokładnych, inaczej nie moglibyśmy należycie spełnić zadania, jakie sobie stawiliśmy w interesie właśnie samych okulistów polskich.

Spis pp. współpracowników i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

- Dr Ballaban, Archiv für Augenheilkunde.
Prof. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique, Medycyna Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.
Dr T. Berezowski, Zeitschrift für Augenheilkunde.
Prof. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
Dr Ebersson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aertzliche Zentralzeitung i Przeglad lekarski.
Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek., Czasopismo lek.
Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.
Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
Dr Kleczkowieki, Graefego Archiv f. Ophthalmologie.
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
Dr Luniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.
Prof. Dr Majewski, Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmology Milwaukee.
Dr Matusewicz, Wracz i Ophthalmic Review.
Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophtalmologie.
Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.
Dr Szafnicki, Wiestnik oftalmologii.
Prof. Dr Szulislowski, czasopisma higieniczne. Vierteljahrsschrift für ger. Medicin. Münchener Med. Wochenschrift.
Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i o podanie odnośnych czasopism. *Redakcja.*

Otwarta prenumerata na rok XIII (1910)

Przeglądu Filozoficznego

Rocznie: w Warszawie rb. 4, na prowincyi 5.

Pismo, mające zapewnione współpracownictwo wszystkich wybitniejszych pracowników na polu filozofii, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnie polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny wogóle.

Każdy zeszyt zawiera

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Artykuły oryginalne | 5. Autoreferaty |
| 2. Przegląd nauk szczegółowych | 6. Sprawozdania |
| 3. Przegląd krytyczny | 7. Przegląd czasopism |
| 4. Przegląd systematów współczesnych | 8. Wiadomości bieżące i notatki |
| | 9. Bibliografię |

Redaktor i wydawca **Dr Władysław Weryho**

Warszawa, ul. Smolna 15, tel 169—62.

Redakcja otwarta od godz. 4-ej—7-mej.