

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BĘDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, 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.

Listopad.
Grudzień.

→ ROCZNIK TRZYNASTY. ←

1911.

I. PRACE ORYGINALNE.

Leczenie kataforezą galwaniczną (jonizacja)
ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki
(*maculitis*) i pozapłamkowych w naczyniówce
(*chorioiditis ad maculam*).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek. w Petersburgu.

Już bardzo niewielkie zmiany chorobowe w okolicy jamki naośnej w siatkówce lub poza jamką w naczyniówce prowadzą utratę widzenia naośnego.

Zmiany te wyrażają się podmiotowo albo widzeniem mniejszej lub większej plamy w miejscu naośnego widzenia, albo brakiem w widzeniu naośnem.

Brak w widzeniu naośnem jest oznaką zniszczenia w tem miejscu utkania siatkówki, plama przeciwnie jest dowodem, że utkanie w jamce naośnej zostało przynajmniej częściowo zachowane, ale twory chorobowe, nagromadzone przed jamką

i w jamce: krew, wysięki, pigment, resztki utkania zastaniają jamkę naośną przed padającym na nią obrazem przedmiotu.

Jakkolwiek twory chorobowe, zastaniające jamkę naośną lub nawet przenikające ją, mogą już same przez się ulegać rozkładowi i wessaniu, to jednak zawsze pozostaje w miejscu byłego ogniska wielka ilość resztek wsiękanu nieulegających.

Otóż do usuwania tych pozostałych resztek w wysokim stopniu upośledzających widzenie naośne używam od wielu już lat i nieraz z bardzo dobrym wynikiem galwanicznej katarforezy.

Katarforezą w elektroterapii oznaczają wprowadzanie do organizmu leków przez nieuszkodzoną skórę.

Sposób ten wprowadzania leków do ustroju oparty jest na spostrzeżeniu, że prąd elektryczny może przenosić cząsteczki ciał od anody do katody, jak to widzimy w lampie łukowej Davy'ego, gdzie przenoszone są od anody do katody cząsteczki węgla na końcówkach węglowych.

Przemieszczania cieczy od anody do katody dowiódł w r. 1863 Quincke:

Przepuszczał on prąd galwaniczny przez wążką lekko wychyloną cewkę stożkowatą z przymocowanymi do niej dwoma pręcikami platynowymi, w cewce znajdował się niewielki słupek cieczy. Przy połączeniu dolnego pręcika z anodą, a górnego z katodą słupek cieczy posuwał się ku górze.

Ponieważ tkanki ciała ludzkiego mogą być przyrównane do układu cewek stożkowatych, więc przepuszczając prąd galwaniczny przez nieuszkodzoną skórę, możemy cieczę przyłożone do skóry wprowadzić w głąb ludzkiego ciała.

W. Kühne łączył pod drobnowidem dwa końce żywego włókna mięśniowego i spostrzegał przemieszczenie treści włókna w kierunku od anody do katody; przytem włókno mięśniowe naocznie pęczniało przy końcówce odbierającej t. j. przy anodzie.

Należy zaznaczyć, że przemieszczeniu ulegają nie tylko ciecz nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity.

Przytem jedne ze składników mogą być wprowadzone

w głąb ciała tylko przez anodę, drugie tylko przez katodę. Przez anodę mogą być wprowadzone metale i alkaloidy, bo te dążą do katody; przez katodę kwasy i metaloidy, bo kwasy i metaloidy dążą do anody. Przy wprowadzeniu do ciała elektrolity ulegają dysocjacji swych drobin zwanych tu jonami.

Pęd, z jakim jony przenikają do tkanek, jest różny dla różnego rodzaju jonów, ale ogólnie jest niewielki i dla tego seanse jonizacji muszą być długie np. 45 a nawet 60 minut.

Dla kataforezy używane były szklane cewki napełnione roztworami cieczy, zamiast cewki szklanej Richardson używał kawałka zwykłej gąbki, napojonej roztworem leku. Richardson wprowadzał w ten sposób znieczulający płyn w głąb ciała i otrzymywał całkowite znieczulenie na całej przestrzeni pomiędzy dwoma końcówkami prądu. Ten sposób znieczulania Richardson oznaczył mianem »Voltaic Narcotism«; używał go dla znieczulenia garbiaka przedniego rogówki.

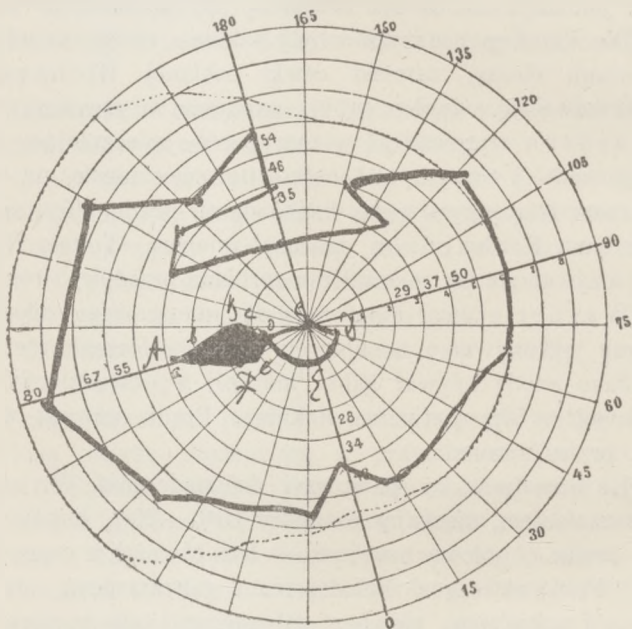
Wagner używał kataforezy dla miejscowego znieczulania przy wykonywaniu mniejszych zabiegów leczenia ręcznego.

Jako anody używał gąbki mającej w obwodzie 7·5 cm, umoczonej w 5% roztworze kokainy. Prądu używał o sile 6 MA przez 5 minut.

Lewandowski powtórzył doświadczenia Wagnera ze znieczulaniem, używając roztworu 15%—20% kokainy, ale o sile prądu o połowę mniejszej — 3M również w ciągu 5-ciu minut. Porównawcze doświadczenia z galwanizacją, ale bez kokainy i z kokainą, ale bez galwanizacji nie sprowadzały znieczulenia.

Munk wprowadzał przez nieuszkodzoną skórę do głębiej położonych tkanek roztwory jodku potasu i chininy, stwierdzając następnie ich obecność w wydzielinach śliny i moczu. Oprócz jodku potasu i chininy wprowadzano i strychninę, mianowicie anodę w postaci gąbki, napojonej roztworem strychniny stawiano na skórze królika po usunięciu z danego miejsca sierści i przepuszczano następnie prąd galwaniczny i królik już po upływie kilku minut umierał przy objawach otrucia strychniną.

Już od dawna używam kataforezy przy leczeniu ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozapłamkowych w naczyniówce (*chorioiditis ad maculam*). Ogniska te rzadko kiedy niszczą całkowicie utkanie płamkowe siatkówki i o wiele częściej przeszkadzają widzeniu naosnemu resztki wybroczynowe powstałe w plamce, przed plamką lub poza plamką.

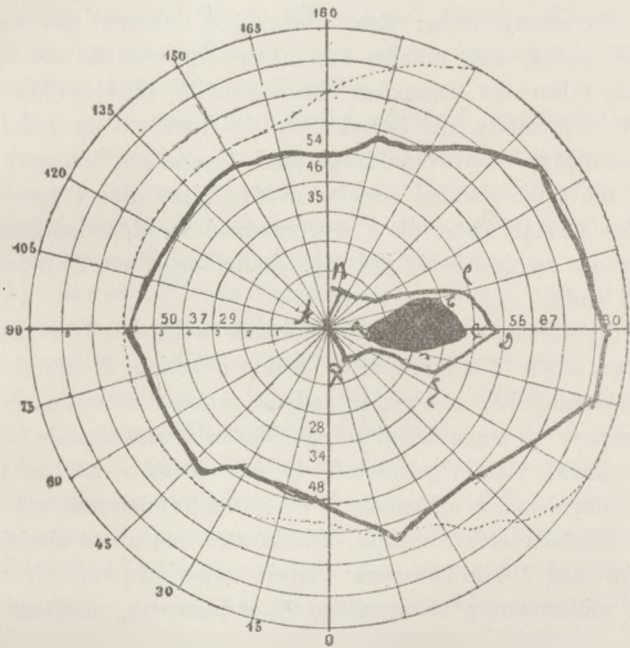


Byłoby rzeczą wielkiej wagi zachować te części utkania płamkowego siatkówki, które nie zostały zniszczone, a tylko uciśnięte i upośledzone w odżywianiu dzięki właśnie tym resztkom po sprawach zapalnych i wybroczynowych.

Stwierdzić zachowanie chociażby tylko częściowe utkania płamkowego w siatkówce można z łatwością. Chory bowiem przy całkowitem zniszczeniu utkania płamkowego w siatkówce ma wrażenie nieobecności tej części przedmiotu, na którą ustala swe oko; przy zachowaniu utkania płamkowego

po za ogniskiem udarowem chory ma wrażenie plamy, przeszkadzającej mu widzieć miejsce ustalenia swego spojrzenia.

Opierając się na fakcie, że prąd w cieczach, nieulegających rozkładowi, przenosi ciecz i cząstki stale w niej zawarte od anody do katody, postanowiłem użyć prądu galwanicznego dla usuwania resztek pozapalnych, zanieczyszczających jamkę



naosną siatkówki (*translavatio*). Prąd galwaniczny przechodzi przez spojówkę gałki, twardówkę, ciało szkliste, następnie płynie przez siatkówkę, unosząc luźne cząsteczki, zawarte w ognisku poudarowem lub powysiękowem do przestworów chłonnych, działając jednocześnie na wytwory chorobowe rozkładowo, a na zachowane jeszcze części utkania katalitycznie.

Działanie katalityczne, jak wiadomo, jest działaniem fizyologicznem prądu, mianowicie rozszerzaniem i zwężaniem naczyń krwionośnych i chłonnych, powiększaniem i pomniej-

szaniem ciśnienia wewnątrztkankowego, działaniem ożywczem na włókna nerwowe i komórki.

Działanie rozkładowe galwanicznego prądu polega na t. zw. jonizacyi, która polega na tem, że ciała ulegające rozkładowi pod działaniem prądu galwanicznego, unoszone są w dwóch przeciwnych kierunkach: jedne do anody, drugie do katody.

Do anody dążą: tlen, chlor, jod, kwasy; do katody: wodór, potas, sod, miedź, ługi. Przytem rozkład nie ogranicza się tylko do cząsteczek bezpośrednio przylegających do katody lub anody. aie odbywa się ów rozkład na całej drodze pomiędzy obydwoma biegunami. Zapomocą jonizacyi możemy nie tylko działać rozkładowo na pozapalne i poudarowe ognisko w siatkówce, ale i wprowadzać w odpowiedniem rozcieńczeniu swoiste leki, jak np. dwuchlorek rtęci, jodek potasu i sodu.

Co do siły prądu, to jakkolwiek wielu autorów mniema, że prąd o sile 2 miliamperów przez przeciąg 2 minut może być używany bez obawy, to jednak ciżsami donoszą, że dwa miliampery w ciągu 5 minut sprowadzają uszkodzenie w utkaniu rogówki. Należy pamiętać, że gdy idzie o oko, to mamy tu do czynienia z utkaniem o wiele delikatniejszym niż w innych działach elektroterapii. Siatkówka nie znosi silniejszych prądów nad 1·4 miliampera; należy więc używać nie więcej niż 1 miliamper, a zaczynać od $\frac{1}{2}$ miliampera, przytem nigdy dłużej nad dwie minuty.

Używam do kataforezy hydroelektrody¹, przyrząd ten był dokładnie opisany z podaniem rysunku w Postępie okulistycznym².

Hydroelektroda jest zwykłym kroplomierzem. wzdłuż którego przechodzi pręt metalowy z platynowym końcem; pręt ten połączony jest zakrętką z przewodnikiem układu galwanicznego.

Sposób postępowania z hydroelektrodą przy leczeniu kataferezą jest następujący:

Usadawia się chorego na krześle z wysoką poręczą

i przechyla się mu głowę w tył. Następnie wskazicielem lewej ręki unosi się powiekę górną, a paluchem tejże ręki odciąga się powiekę dolną ku dołowi.

Teraz hydroelektrodą wlewa się roztwór do worka spojówki, nie dotykając końcem hydroelektrody spojówki i nie przerywając związku między cieczą w worku spojówki i cieczą w cewce hydroelektrody, przepuszcza się prąd galwaniczny przez czas od 60 do 120 sekund. Druga elektroda stawia się na karku lub pod żuchwą tej strony, po której znajduje się poddana kataforezie siatkówka.

Być może należałoby ściślej odróżnić sposób kataforezy od sposobu jonizacyi, rozumiejąc pod kataforezą samo tylko przenoszenie cieczy od anody ku katodzie, podjonizacya zaś i rozkład elektrolitu na aniony i kationy z przenoszeniem anionów ku anodzie, a kationów ku katodzie.

Ponieważ używam kataforezy i jonizacyi już od dawna w chorobach naczyniówki, siatkówki i ciała szklistego, mógłbym więc przytoczyć na potwierdzenie skuteczności tej metody bardzo wiele wypadków, uważam to jednak za zbyt liczne i tylko dla przykładu pozwolę sobie podać jeden z nich.

P. Lw., l. 60, z Tweru. zwróciła się do lecznicy ocznej w Pohulance po raz pierwszy 4-go maja 1898 r., skarżąc się na niemożność czytania, pisania i wogóle widzenia drobnych przedmiotów. Badanie przedmiotowe wykazało: braki widzenia naośnego w obu oczach, przy wysokim stopniu krótkoogniskowości — 20 D; rozlane zapalenie twardówko-naczyniówkowe i ognisko-pozanlamkowe w naczyniówce (*sclerochorioiditis diffus. et chorioiditis ad maculam oc. utr.*).

Na załączonym rysunku linia *A B C D E* określa braki w polu widzenia przed leczeniem kataforezą; linia *a b c d e* określa braki w polu widzenia po przebytem leczeniu kataforezą. Chora znajduje się stale pod dozorem, przyjeżdżając co rok do Pohulanki. Ostatnio widziałem chorą we wrześniu r. b. Pisze ona i czyta z zupełną łatwością, uskarża się jednak, że w oku lewem dotąd linie druku są nieco wykrzywione ku dołowi.

Literatura.

1. Noiszewski. Demonstracya hydroelektrody. Sekcyja okulistyczna VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891 r.
— Eine Hydroelektrode. Centr. f. pr. Augenheilkunde Febr. heft.
— Trudy V. sjezda ros. wraczej. Petersburg 1894.
2. Noiszewski. Hydroelektryzacya oka. Postęp okulistyczny. Listopad, r. 1900, str. 409—418.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniw. Jag. R. dw. Prof. Wicherkiewicza
w Krakowie.

Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Podał

Dr MARYAN SZAFNICKI,

asystent prywatny.

O powiększeniu plamy Mariotta w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego nie spotykamy w literaturze za ostatnie 30 lat żadnej wzmianki. W odnośnych przypadkach autorzy, badając pole widzenia, znajdowali inne nieprawidłowości, jak: zwężenie częściowe lub całkowite, *scotoma centrale*, a jeśli spotykamy wzmiankę o *scotoma paracentrale*, to nigdy z pewnością twierdzić nie można, że odnosi się to do powiększenia plamy Mariotta. Dopiero w podręczniku Axenfelda, a następnie w pracy Van der Hoeve'go spotykamy następujący ustęp: »Dass dieses Scotom (t. j. powiększona plama Mariotta) gefunden wird bei allen Abweichungen, welche die Papille vergrössern oder Atrophie ihrer Umgebung verursachen, wie markhaltige Nervenfasern, cirkumpapiläre Retinalatrophie bei Myopie, Stauungspapille u. s. w. ist ohne weiteres deutlich und kann hier ohne Betracht bleiben«.

Te dwie książki dostały się do moich rąk, kiedy przeglądanie odnośnej literatury było już w toku i to skłoniło mnie do tem usilniejszej pracy nad wyszukiwaniem odnośnych źródeł. Pierwszą zachętę do tego usłyszałem z ust szefa mego prof. Wicherkiewicza. Nie szczędził mi on licznych uwag i przypadków z własnej praktyki, za co składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

W bardzo wielu przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego autorzy nie wspominają nie o badaniu pola widzenia, nawet tam, gdzie bystrość wzrokowa pozwalała na tego rodzaju badanie. Inni autorzy, jak: Wilbrandt, Horstmann, Pufahl, Adamiuk, Viques, Klopfer, Coppez, Veasey, Königshöfer, Crzelitzer, Brückner, Liebrecht, Derby, Fleischer, Bichellonne, Parisotti, Hippel, Knapp, Le Roux, Strzemiński badając pole widzenia w odnośnych przypadkach nie znajdowali powiększenia plamy Mariotta, lecz inne zmiany. O pracach tych autorów wspominać nie będę. Ponieważ chodzi głównie o wykazanie ścisłego związku między zmianą anatomiczną, a ujawnieniem się jej graficznem, więc nie będę się szczegółowo zatrzymywał nad etyologią poszczególnych wypadków. Mogę tylko zaznaczyć, że etyologia nie odgrywa tu żadnej roli.

Baquis podaje tu przypadek dotyczący dziewczyny 20 letniej, gdzie bez żadnego powodu wystąpiło zapalenie n. wzrokowego. Widzenie przez mgłę, zresztą żadnych objawów podmiotowych. Bystrość wzroku prawidłowa. W polu widzenia *scotoma* sięgające górą 5° , dołem 45° , wewnątrz 10° , zewnątrz 35° , lecz autor nie wspomina o związku z plamą Mariotta, całe to *scotoma* nazywając *centrale*.

Berger miał sposobność leczyć kobietę z powodu osłabienia wzroku, gdzie przyczyną było zatrucie barwikiem anilinowym używanym do włosów. Stwierdził przekrwienie i obrzęk tarczy. Perymetr wykazał *scotoma centrale* na czerwoną i zieloną barwę. Granice: 10° ku górze i dołowi, 10° ku nosowi, a 18° ku skroni. A więc i w tym przypadku *scotoma* obejmowało plamę Mariotta, lecz autorowi to nie podpadło pod

uwagę. gdyż żadnej wzmianki o powiększeniu plamki ślepej w pracy jego nie znalazłem.

Paunz badając dziewczynę 20 letnią z powodu' bólów głowy stwierdził obok schorzenia nosa, zaróżowienie i obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego oka prawego. Żyły były rozszerzone, silnie pocięte, tętnice cienkie. W górno-zewnętrzny kwadrancie tarczy pasek krwawy. Granice zewnętrzne pola widzenia prawidłowe, lecz w pośrodku znalazł autor *scotoma paracentrale*, które było prawie koliste, tylko w dolnej środkowej części przerwane; w jakim oddaleniu od środka znajdowało się to *scotoma*? czy można je uważać za powiększenie plamy Mariotta? o tem autor nie wspomina.

Paunz podaje 5 przykładów schorzeń n. wzrokowego, występujących ze zmianami w jamach otaczających. Z tych dwa przytoczę jako najcenniejsze. Tu dopiero można przypuszczać że autor podejrzewał związek powiększenia się plamy Mariotta z obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego, lecz również wyraźnie o tem nie mówi. W jednym z tych przypadków było: prawostronne ropienie komory tylnej kości sitowej po prawej stronie. Tarcz n. wzrokowego była odbarwiona. granice nieco zatarte, dookoła tarczy liczne duże plamy barwikowe. W części skroniowej pola widzenia w odległości 10° od środka znajdowało się prawie owalne *scotoma* stojące pionowo. przekrój poziomy wynosił 15° , a pionowy 25° , odpowiadałoby to więc w zupełności położeniu plamy Mariotta. Drugi przypadek: Prawostronne zapalenie ostre tylnej komory kości sitowej (i jamy klinowej?). Zapalenie n. wzrokowego po tejże stronie. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe. *Scotoma centrale* bezwzględne dla barwy niebieskiej. względne dla czerwonej. Tarcz wyniosła. granice zatarte. tętnice cienkie, żyły rozdęte $V = \frac{5}{70}$. Po 5 ciu dniach tarcz widoczna $c + 2D$, dno emmetrop., granice bardziej zatarte. Pole widzenia wykazuje *scotoma paracentrale* bezwzględne ku zewnątrz, a także ku dołowi wewnątrz od środka. Granice jego w stopniach nie podane i raczej należałoby się domyślać, że jest ono w związku z plamą Mariotta. Po 14 dniach granice tarczy wyraźniejsze,

tarcza mniej wypukła, naczynia więcej prawidłowe, *scotoma paracentrale* zniknęło $V = \frac{5}{5}$.

W roku 1909 zjawia się praca Van der Stoeve'go, w której autor wprawdzie sam nie stwierdza związku między zapaleniem n. wzrokowego, a plamą Mariotta, lecz przypuszcza, że związek ten musi być na podstawie pracy wyżej przytoczonej Paunza. Sam autor znajduje powiększoną plamę Mariotta przy innych schorzeniach n. wzrokowego, nawet przy zaniku i na podstawie kilku spostrzeganych przypadków wyraża przypuszenie, że powiększenie plamy Mariotta jest charakterystycznym objawem dla chorób n. wzrokowego wywołanych wskutek schorzeń nosa. — To wszystko, co mogłem znaleźć w odnośnej literaturze.

Korzystając z zachęty i łaskawych rad szefa mego, badałem wszystkie przypadki obrzękowego zapalenia n. wzrokowego, spostrzegane w klinice w ciągu 1910 r. Wspomnę, że badanie pola widzenia u osób mało inteligentnych napotyka tu na wiele trudności, szczególnie w przypadkach, gdzie chodziło o *scotoma* względne. W tych razach wyniki kontrolowałem i podaję tylko tę, które uważam za zupełnie pewne.

1. K. M. ślusarz, l. 10, od dzieciństwa przechodził szkarlatynę i zapalenie płuc, na oczy nigdy nie chorował, rodzice i rodzeństwo zdrowi, od czterech miesięcy ma bóle nad okiem lewym, jednocześnie zauważył, że oko mniej więcej wywukła się ku przodowi, szczególnie przy zmianach powietrza i powieki brzękną. Urazu nie doznał. Upośledzenia wzroku i dwojenia nie zauważył.

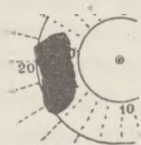
St. praesens. 1. o. wysadzone ku dołowi i zewnątrz. *exophth.* p. 22, l. 27. distant. 104. Brzeg oczodołu wszędzie gładki, w okolicy wewnętrznej oczodołu wyczuć można twardą, kostną wyniosłość, która ku tyłowi nie daje się ograniczyć, ku przodowi dochodzi do więzadełka wewnętrznego. O. tarcza różowa, granice zatarte, zwłaszcza od strony nosa i górą, naczynia, szczególnie żyły przekrwione; p. o. o. 7. n.

$\sqrt{\text{p. } \frac{6}{4-3} \text{ Em.}}$
 $\sqrt{\text{[e. } \frac{6}{5} \text{ Mp. 1 D.]}}$

Pole widzenia p. o. prawidłowe, l. o. *scotoma* od skroni na białą barwę, sięgające ku górze 15° , ku dołowi 30° , ku skroni 22° , a ku nosowi 12° , na barwę czerwoną o 2° we wszystkich wymiarach większe.

Rozpozn. *Empyema sinus front. resp. ethmoidalis sin. Neuritis n. opt. o. s.* Leczony operacyjnie. Po 3-ech miesiącach gałka lewa wysadzona była tylko na 1 mm, lecz dno pozostało bez zmian. Również i perymetr wykazywał powiększoną plamę Mariotta. Paczyent więcej się nie zgłosił.

2. M. K. służąca, l. 16. W dzieciństwie chorób żadnych nie przechodziła. Obciążenia dziedzicznego wykazać nie można. Od czasu do czasu cierpi na bóle głowy. Pierwsza regularność w 14 roku życia, obecnie co 4 tygodnie, 3—4 dni trwająca, obfita i bolesna. Od 2 tygodni widzi gorzej co spostrzegła nagle. Przed 4 tygodniami uderzyło ją wieko od skrzyni w skroń lewą, jednak niezbyt mocno. Od 3 tygodni silniejsze bóle głowy po stronie lewej.



Rys. 1.

St. praesens. p. o. prawidłowe, o. media czyste, żyły przekrwione, granice tarczy zatarte dość znacznie.

Tarcz przekrwiona. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe, lecz w miejscu plamy Mariotta *scotoma* jak rys. 1.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. } \frac{6}{5} \text{ em. Albr. } 5:9-\infty \\ \text{l. } \frac{6}{10} \text{ em. Albr. } 5:10-27. \end{array}}$$

Rozpoznano. *Neuritis n. optici o. s.*

3. A. F., pisarz kopalniany, l. 29. Chorób żadnych nie przechodził. Od 11 lat pali przeciętnie 12 papierosów dziennie i pije 3 kieliszki wódki i butelkę piwa. Kilka razy do roku upija się. Od roku zauważył, że gorzej widzi z daleka, a od 2 miesięcy i zbliżka.

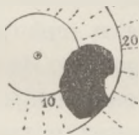
$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. plc. } 5 \text{ m } \pm \text{ nl. Albr. } 6:13. \\ \text{l. plc. } 2 \text{ m } \pm \text{ nl. Albr. } 2,3:12. \end{array}}$$

St. praesens. Zewnętrznie pr. l. o. prawidłowe. O pr. o. tarcza o granicach lekko zatartych, l. o. granice tarczy silnie zatarte, tarcz lekko wyniosła. Plama Mariotta na obu oczach znacznie powiększona. Szczególnie na lewym, gdzie ma postać owalu pionowego, dłuższa oś wynosiła 20°, krótsza 10°. Wobec silnie upośledzonej bystrości wzrokowej stawiono rozpoznanie: *Amblyopia ex intoxicatione. Neuritis n. opt. o. u. praec. o. s.*

4. B. H. Kobieta l. 41, zgłosiła się do kliniki ze skargą, że od 3 lat gorzej widzi zblizka. Chorób żadnych nie przebywała. Od kilku miesięcy napadowe bóle głowy.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. } \frac{6}{8} \text{ Hp. } 1.25. \text{ Snell. } 5 \text{ c } + 2.5:30. \\ \text{l. } \frac{6}{5} \text{ Hp. } 1.5. \text{ Snell. } 5 \text{ c } + 2.75:30. \end{array}}$$

St. praesens. p. o. blade, źr. 4 mm, na światło nie odziaływa o. granice tarczy zatarte, tarcz przekrwiona, wyniosła, szczyt c + 6 D, żyły lekko pokręcone, rozszerzone, l. o. o. jak prawe. Zewnętrzne granice pola widzenia nieco zwężone. Na prawym oku w miejscu plamy Mariotta *scotoma*, jak na rys. 2, na lewym oku — plama nieco mniejsza w wymiarze pionowym.



Rys. 2.

Rozpozn. *Neuritis. n. opt. o. u.* Badanie neurologiczne wykazało nowotwór mózgu.

5. M. R., kucharka, l. 20, od 3 tygodni źle widzi zblizka i zdaleka okiem prawym. Od 2 miesięcy bóle głowy. Chorób żadnych nie przechodziła. Urazu nie doznała.

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{p. } \frac{6}{24} \text{ snl. Snell. } 6:25. \\ \text{l. } \frac{6}{5} \text{ Hp. } 0.75. \text{ Snell. } 5:14-\infty. \end{array}}$$

St. praesens. p. o. blade, o. żyły nieco przekrwione, granice tarczy mniej wyraźne. W środku tarczy zagłębienie fizjologiczne dość znaczne, brzeg tarczy wyniosły e + 3 D. W polu

widzenia brak w miejscu plamki ślepej w postaci leżącego owalu 10° i 20° średnicy. L. o. o. f. n., perymetr prawidłowy.

Rozpozn. *Neuritis n. opt. o. d.* 6. M. M. kobieta l. 23 przyszła po poradę, gdyż od kilku tygodni źle widzi zblizka. Od kilku lat pali 20—25 papierosów dziennie.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{6} \text{ Hp. 1.75. Snell. 5 z konw: } 25 - \infty. \\ \text{l. } \frac{6}{5} \text{ Hp 05. Snell. 5 z konw: } 10 - \infty. \end{array}$$

Plama Mariotta na obu oczach powiększona: wymiar poziomy 15°, pionowy 10°.

St. praesens. pr. l. o. zewnątrznie zmian nie przedstawiają. O. pr. o. dno w lekkiej mgłę, granice tarczy zatarte, tarcz silnie przekrwiona, szczyt $c + 6 D$, dno $c + 2 D$. Przy tarczy od skroni dołem plama ciemna wiśniowa okrągła o granicach wyraźnych zachodząca brzegiem nosowym na obwód szarego pierścienia, który widać w miejscu granicy tarczy, w środku tej plamy drobniutkie zagłębienie żółtawe. L. o. granice tarczy jeszcze więcej zatarte, tarcz bardziej wyniosła.

Rozpozn. *Haemorrh. retinae o. d. Neuritis n. opt. o. u.* Stosowano cały szereg zabiegów leczniczych, pomimo to dotychczas zmiana jeszcze nie ustąpiła, lecz znacznie zmniejszyła się, a plama Mariotta, choć w mniejszym stopniu, pozostaje powiększona.

7. R. S. dziewczyna l. 15. Przed tygodniem prawie nagle zaniewidziała, okiem prawem widzi nieco lepiej. Czasami cierpi na bóle głowy i bicie serca. Przed zaniewidzeniem miała się zgniewać.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. plc. 1.20.} \\ \text{l. il. św. poj. ob.} \end{array}$$

W polu widzenia brak zajmujący środek i sięgający na boki 20°, a ku górze i dołowi 10°.

St. praesens. p. o. blade, źr. 5 mm, leniwo oddziaływa, o. tarcz widoczna $c + 2 D$, podczas gdy dno $c - 1 D$, granice tarczy zatarte, widać drobne prążkowanie, a między niem ma-

leńkie smugi krwi. Żyły nierównomiernie przekrwione, lekko pokręcone, tętnice miejscami zasłonięte, pokręcone, mniej ukrwione. Plamka żółta zabarwiona nieznacznie ciemniej. L. o. o. tarcz więcej wypukła, granice tarczy bardziej zatarte, żyły silniej przekrwione, pokręcone.

Rozpozn. *Neuritis n. opt.* o. u.

8. H. Z. mężczyzna l. 29. Przed 4 laty miał trypra, przed rokiem lues, leczony odrazu. Od roku gorzej widzi; co pewien czas traci na kilka secund przytomność szczególnie po zmęczeniu. Przed 4 miesiącami b. silny ból głowy i wymioty.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{8} \text{ Em. Albr. 5:15} - \infty.} \\ \text{l. } \frac{6}{6} \text{ Em. Albr. 5:15} - \infty. \end{array}$$

St. praesens. P. o. o. żyły nieco przekrwione, granice tarczy. zatarte, tarcz wyniosła, szczyt c \perp 4 D. Na lewym oku zatarcie granic tarczy może nieco silniejsze. Pierwotne badanie pola widzenia nie wykazało żadnych zmian, dopiero przy powtórnym badaniu, gdy chory lepiej zrozumiał, o co chodzi, otrzymano pole widzenia z wybitnie powiększoną plamą Mariotta.

Rozpoznanie. *Neuritis n. opt. luetica* o. u. Stosowano Salvarsan, a następnie cały szereg innych leków. Pomimo to obraz wzornikowy i pole widzenia pozostało bez zmian. Chory był w leczeniu przeszło 3 miesiące. Bystrość wzroku utrzymywała się stale jednaka.

9. A. P. Kobieta l. 43 od kilku dni odczuwa, jak gdyby dym przed oczami. Przedmioty wydają się jej o zmienionej postaci. Od miesiąca gorzej widzi zbliżka zwłaszcza okiem prawem. Przed 2 laty porażenie jednostronne całkowite.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{p. } \frac{6}{12} \text{ Emm. Albr. 5 c } \perp \text{ 1.5:30.}} \\ \text{l. } \frac{6}{8.6} \text{ Emm. Albr. 5 c } \perp \text{ 1.5:30.} \end{array}$$

St. praesens. p. o. blade, źr. 4 mm, na światło oddziałuje, o. granice tarczy lekko zatarte, żyły nieco pokręcone, prze-

krwione. Zewnętrzne granice pola widzenia prawidłowe, w miejscu plamy Mariotta *scotoma*, jak na rys 3. L. o. prawidłowo.

Rozpozn. *Neuritis n. opt. o. d.*

Chorą odesłano do kliniki chorób nerwowych, gdzie rozpoznano: *Meningitis basilaris luetica* Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Zapisano do domu jod. Po 2 miesiącach chora zgłosiła się do badania. Bystrość wzroku, dno i pole widzenia były zupełnie prawidłowe.



Rys. 3.

We wszystkich wyżej przytoczonych przypadkach wziernikowaniem stwierdzić można było wyraźny obrzęk tarczy i pole widzenia przedstawiało wybitną zmianę, jako powiększenie plamy Mariotta, lecz obserwowałem jeszcze kilka przypadków dopiero co rozpoczynającego się zapalenia tarczy n. wzrokowego, gdzie wziernikiem ledwie ślad przekrwienia stwierdzić było można, a i tu przy uważnem badaniu perymetrem udało mi się stwierdzić wprawdzie nie powiększenie plamy Mariotta, bo do tego podstawy nie było, ale wyraźniejsze znikanie, w miejscu odpowiadajacem plamce ślepej, znaczka, niż na drugim oku nie przedstawiającem zgoła żadnych zmian wziernikowych. W takich przypadkach badanie pola widzenia ma ogromne znaczenie, gdyż pozwoli ono nam rozstrzygnąć, czy mamy tu rzeczywiście z rozpoczynającym się zapaleniem nerwu wzrokowego do czynienia, czy też zmiany w wyglądzie tarczy są powodowane pewnymi wadami refrakcyi. Jak wielkie znaczenie ma badanie pola widzenia, a szczególnie badanie na plamę Mariotta o tem najlepiej świadczą słowa Graefe'go, już w roku 1856 napisane: »Es sind dann weiter zu erwähnen die Untersuchungen, welche sich an den Mariott'schen Fleck anschliessen und im Falle vollständiger Aufhebung der Funktion sich als Vergrösserungen dieses Fleckes darstellen. Dieselben sind sehr häufig und von grosser Wichtigkeit«.

Piśmiennictwo.

- v. Graefe. Ueber die Untersuchung des Gesichtsfeldes bei Amblyopischen Affektionen Arch. f. Opht. II.
- Pufahl. Campimetrie. Arch. f. Aug. VII.
- Wilbrand. Neuritis axialis. Arch. f. Augen. VIII.
- Ulrich, Richard. Ueber Stauungspapille und consecutive Atrophie des Schnervenstammes Arch. f. Aug. XVIII.
- Hortsmann. Ueber neuritis optica specifica. Arch. f. Aug. XIX.
- Baquis. Della neuriti ottica primitiva. Ann. di Ottalm. XXII.
- Adamiuk. Etwas zur Patologie n. optici Arch. f. Aug. XIX.
- Viques. Névrite rétrobulbaire par syphilis héréditaire tardive. Soc. franc. d'ophth. 1894.
- Klopfer. Neuritis optica in Folge von Heredität und congenitaler Anlage. Inaug. Dissert. Tübingen 1898.
- Peters. Ueber einen Fall von Neuritis retrobulbaris durch chronische Benzinvergiftung. Sitzungsbericht d. Niederhein. Ges. f. Nat. u. Heilk. zu Bonn. 1900.
- Brose. Retrobulbar Neuritis with permanent central scotom following the treatment of extensive burns with jodoform. Arch. d'Ophthalm XXIX.
- Copper. Névrite optique par absorption de thyroïdine. Arch. d'ophth XX. N. 12.
- Wilbrand. Perineuritis und Neuritis interstitialis nervi optici bei Tabes und Pseudotabesluetica. Arch. f. Aug. XLIV.
- Veasey. Klinische Studie doppelter Stauungspupillen in einem Falle otitischer Thrombose des sinus sigmoideus ohne Pyämie. ophth. Record Juni 1889.
- Uhthoff. Graefe Saemisch Handbuch II. T. XI.
- Berger. Sehstörung in Folge der Anwendung eines Anilinhaltigen Haarfärbemittels. Arch. .. Augh. L.
- Königshofer. Neuritis optica im Anschluss an Rheumatismus articu-
lorum acutus. Württenb. med. Corresp. blatt. 1896.
- Brückner. Einseitige neuritis optica nach Gelenkrheumatismus.
— Ein schwerer Fall von Neuroretinitis.
- Paunz. Durch Nasenkrankheiten verursachte Augenleiden. Arch. f. Aug. LII
- Miebrecht. Schädelbruch und Auge. Arch. f. Aug. LV.
- Derby. Zur Zeit der Lactation auftretende Neuritis optica und andere oculare Veränderungen. Arch. f. Aug. LV.
- Stölting. Beitrag zur Klinik der Sehnervenerkrankungen in Folge von Gefässatheromatose. klin. Monatsbl. t. f. Augh. XLIII, 2.
- Fleischer. Sehnervenerkrankung und Multiple Sclerose.
- Biehelloro. De la névrite optique »a frigore« Annal. d'ocul. CXXXV.
- Paracols. Les névrites de la syphilis Recueil d'ophth. XXVIII.

- v. Hippel. Die Pallativtrepanation bei Stauungspapille. Arch. f. Aug. LXI.
Paunz. Ueber die rhinogene Sehnervenentzündung. Arch. f. Aug. LXI.
Knapp. Neuritis optica nach Erkrankung der hinteren Sibbeinzellen
Arch. f. Aug. LXII.
Le Roux. Complications oculaires des oreillons. Arch. d'ophth. 1903.
Strzemiński. Quelques complications oculaires rares des oreillons Rec.
d'ophth. 1902.
Bagh. Ueber Neuritis optici, bei multipler Sclerose. Klin. Monatsbl. f.
Augenh. 1907.
Van der Hoeve. Sehnervenkrankung bei Erkrankung der hinteren Neben-
höhlen der Nase. Arch. f. Aög. LXIV.
Birch Hirschfeld. Beitrag zur Kenntnis der Sehnervenkrankungen bei
Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen. Arch. .. Aug. LXV.
Czsellitzer. Geschwulst in der Hypophysis-gegend mit ungewöhnlichen
Sehstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1909.
Van der Hoeve. Vergrößerung des blinden Fleckes, ein Frühsymptom
der die Erkennung der Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der
hinteren Nebenhöhlen der Nase. Arch. f. Aug. LXVII.
Axenfeld. Lehrbuch der Augenheilkunde.
Strachof. Diemanstracya balnoj z abajudostaronnim papilitom i nar-
malnoj astratoj i palem z8ienia. Wiestn. oŃtał. 1910, 7, 8.
Jung. Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Sehnervenentzündung
und Nasenerkrankung. v. Graefes Arch. f. ophth. LXXIV.
Maitland Ramsay and Sutherland. Spindleshaped enlargement of the blind
Spot, associated with congestion of the optic disc. The ophthalmic
Review 1906.

II. STRESZCZENIA.

Centrblt. f. prakt. Augenheilkunde. R. 1911. Z. 4 (kwie-
cień). Z. 5 (maj). Z. 6 (czerwiec). Z. 9 (wrzesień). Z. 10 (paź-
dziernik). (Ref. Dr L. Gruder).

**Zmętnienie soczewki wskutek działania kwasu sol-
nego.** (Linsentrübung nach Salzsäure-Verätzung). Dr Fehr w Ber-
linie.

Guillery przy doświadczeniach na oczach królika doszedł
do wniosku, iż kwasy nieorganiczne, zwłaszcza kwas solny, siar-

kowy, azotowy, nie bardzo rozcieńczone, w zetknięciu z rogówką, wywołują zmętnienie soczewki. Kwasem octowym lub wapnem i ługiem nie otrzymał tego samego wyniku. Guillery przypuszcza, że to zmętnienie jest działaniem kwasów mineralnych; może ono powstać już w kilka godzin po zetknięciu się z rogówką. Uszkodzenie dotyczy zarówno torebki jak i samej substancji soczewki. Na nabłonku torebki wykazano zmiany, napotymane na soczewce np. wskutek działania światła ultrafioletowego lub przy typowej zaćmie starczej: Warstwy nabłonka miejscami brak, komórki są zbite, jądra napęczniałe, blade lub w stanie skurczu, liczne przestwory w jądrze i pierwoszczy. Zmiany te widoczne są głównie w obrębie żrenicznym, który jest otoczony wązkim, silnie zabarwionem zgrubieniem nabłonka.

W przedniej korze masa soczewki dotkniętą jest najwięcej. Widać delikatne przestwory (*vacuolen*) wewnątrz włókien lub zupełny rozkład w białą masę, która mikroskopijnie składa się z kulek i kropli, a z prawidłowej budowy soczewki ani śladu nie ma. Boczne części soczewki, dzięki ochronie tęczówki, mało są zmienione, lecz zmiany mogą się przetrzącić około równika w tył na tylną korę. Równik prawie nigdy nie jest spotykany prawidłowym.

Na podstawie spostrzeżeń, czynionych na przypadkach Tert-scha i Schmidta i na szczegółowych badaniach przypadku z własnej praktyki, Dr Fehr przychodzi do wniosku, że doświadczenia, dokonane przez Gaillery'ego na króliczych oczach, odnoszą się też i do ocz ludzkich. Należy przypuszczać, iż kwas solny, najłatwiej przenikający (*diffusible*) z pośród kwasów nieorganicznych, przenika nie tylko rogówkę, lecz także twardówkę, wchodząc do ciała szklistego i tak wnika w soczewkę z różnych stron.

Fakt, że u ludzi w takich razach mało zmętnień soczewki spostrzegano, Guillery tłumaczy okolicznością, że lekarz w takich razach przeważnie zajmuje się przednimi częściami ocz, które najbardziej są kwasem nadżarte, częścią zaś przyczyna leży w okoliczności, iż zmętnienie rogówki nie dozwala na badanie soczewki szczegółowo.

Hermann Knapp. Nekrolog.

Przerzutowy ropień twardówki. (Metastatischer Skleral-Abscess). Dr A. Vogt w Aarau.

Przed czterema miesiącami chory 49-letni cierpiał z powodu *carbunculosis* skóry grzbietu. Po tym czasie utworzył się w twardówce ropień, który makroskopijnie wyglądał jak furunkuł. Ponie-

waż stanu tego nie poprzedził żaden uraz, autor uważa ten ropień w twardówce za przerzutowy (drogą krwi; gruczołów nie ma w twardówce). Rogówka prawie była niezmienną. Charakterystycznym dla głębokości abscesu jest silne lokalne zapalenie tęczówki, zmętnienie cieczy wodnej i zmiany w naczyniówce (ognisko białe, wielkości $\frac{1}{2}$ tarczy n. wzrokowego). Znamieniem jest też dla zapalenia twardówki ciemno-szare zabarwienie twardówki po wygojeniu. Charakterystycznym było: obraz do furunkułu podobny, dokładne odgraniczenie głęboko idących brzegów wrzodu i czop ropny na dnie tegoż wrzodu.

Przyczynę długiego trwania choroby (przeszło sześć tygodni) autor widzi w silnej i twardej konsystencji tkanki, która nie dozwalała na szybkie oddzielenie nakrotycznej części.

Przypadek dziedzicznego glejaka siatkówki. (Ein Fall von vererbtem Netzhautgliom). Dr L. Caspar w Mülheim nad Renem.

W r. 1892 autor wyłuszczył oko lewe u dwuletniego dziecka z powodu *glioma retinae*. Już przed $1\frac{1}{4}$ rokiem żółty blask był widoczny z wnętrza oka. Gałka była silnie nastrzykniętą, twardą i powiększoną. Źrenica powiększona, za soczewką przeświecały masy nowotworu o barwie czerwono-żółtej, zaopatrzone w naczynia krwionośne. Anatomiczne badanie wykazało *glioma retinae*. Nerw oczny, z którego wycięto 1 cm długi kawałek, był wolnym od nowotworu. Do nawrotu nie przyszło.

Od tego czasu była zawsze zdrową. Po 19-u latach tasama, niegdyś operowana, zgłosiła się do autora ze swoim dzieckiem, liczącem blisko półtora roku. Badanie wykazało u tego dziecka glejaka naczyniówki na prawem oku. Gałka zwiększona, twarda, zaczerwieniona. Przednia komora płytka, źrenica szeroka, tęczówka odbarwiona. Za soczewką widać masy nowotworu. Gałka dobrze się poruszała. mało bolesna na dotyk. Gałkę wyjęto. Przerzutu na nerw nie było widać.

Przypadek ten jest zajmującym z powodu jego dziedziczności, albowiem u dziecka i u matki stwierdzono glejaka naczyniówki.

Carlo Reymond; Dr Paweł Chibret. Nekrologi.

O gorączce przy zapaleniach ocznych. (Ueber Fieber bei Augen-Entzündungen). Prof. Dr G. Abelsdorf w Berlinie.

Hirschberg podnosi wielką rzadkość gorączki przy zapaleniach ocznych. Prof. Abelsdorf zwraca zaś uwagę na stan

gorączki przy dyfteryi spojówek, mianowicie na t. zw. *Conjunctivitis membranacea*. Autor daje wyniki spostrzeżeń na trzech dzieciach. Spojówka obu powiek była pokryta dającą się lekko odjąć błoną, zresztą objawy zapalne były lekkie. Nos, podniebienie i gardziel były wolne. Podczas gdy jeden przypadek okazywał prawidłową temperaturę, w dwóch innych przypadkach temperatura wynosiła 38·2—38·4 C. Bakteryologiczne badanie obu tych przypadków wykazało prątek błonicy.

Autor radzi przy chorobach ocznych częściej zwracać uwagę na ciepłotę.

Wyniki ważenia soczewek, wyjętych w zamkniętej torebce. (Ergebnisse von Wägungen der in geschlossener Kapsel entfernten menschlichen Linse). Dr Th. Clausnitzer w Tybindze.

Z sumy przypadków niepowikłanych (22) i powikłanych (44) przeciętna waga niedojrzałych zaćm (30) wynosi 0·236 gr w zestawieniu do dojrzałych (36), gdzie waga równała się 0·213 gr. Soczewki zwichnięte, mętne = 0·183 gr, niezwmętne, zwichnięte = 0·227 gr.

Pod względem refrakcyi przy myopii soczewka przeciętnie ważyła 0·234 gr, przy hyperotropii 0·218 gr, przy emetropii = 0·216 gr.

Julius von Michel. Nekrolog.

O powtórnem zarażeniu się jaglicą. (Ueber wiederholte Ansteckung mit Trachom). Dr M. Meyerhof w Kairze.

Jaglica jest w Egipcie chorobą wczesnego wieku dziecięcego. Hirschberg w szkole misyjnej w górnym Egipcie znalazł zaledwie kilkoro dzieci, wolnych od jaglicy. Mac-Callan w szkole w dolnym Egipcie stwierdził 95·7% jaglicy. Wskutek tego u dorosłych Egipcyan świeża jaglica jest nader rzadką; przypadki świeżej jaglicy u dorosłych Egipcyan autor z tego powodu badał dokładniej, czy to nie jest powtórne zakażenie (reinfekcja) i przytem znalazł około 30 razy świeże ziarna w zupełnie zbliznowaciałej spojówce. Następnie opisuje szczegółowo dwa przypadki powtórnego zakażenia się jaglicą. Jeden przypadek, oficer egipski, już przed ośmiu laty był zupełnie wyleczony z pierwszej choroby i dopiero po tym czasie na nowo nabawił się tej choroby. Drugi przypadek dotyczy 23-letniej kobiety z Austrii, która w Egipcie nabawiła się jaglicy i po dłuższem leczeniu była wyleczoną. Po 3 i pół latach ponowne zapalenie na oku przedtem całkowicie wyleczonem. Oba przypadki miały t. zw. *trachoma papillo-folliculare*.

Autor w ten sposób udowadnia, że oko dawniej chore na jaglicę i wyleczone może powtórnie być zarażeniem i że temsamem raz przebyta jaglica nie chroni od ponownego zarażenia się.

Poparzenie rogówki i spojówki. (Verbrennung der Kornea und Bindehaut). Dr Maksymilian Rosenfeld w Budapeszcie.

Chora 28-letnia robiła dla uśmierzania bólu przy *fistula corneae* przez przeszło pół godziny gorące okłady. Po 6-ciu godzinach silne bóle w oku, nastrzyknięcie gałki, cała rogówka i spojówka, przytykająca do *limbus*, mleczno-biała. Pod lupą widać nabłonek odczepiony i zmieniony w pęcherzyki, z których niektóre były próżne i opadnięte. Chora była histeryczką i prócz innych typowych znamion histeryi posiadała zupełnie znieczulenie rogówki i spojówki, jako też znieczulenie skóry na rękach i górnej połowy twarzy. Rozpoznano więc poparzenie rogówki, której wytłumaczenie zawarte jest we wspomnianem znieczuleniu. Leczenie szło powolnie z pozostałością nieznacznych zmętnień w dolnej połowie rogówki

Nowoje w medycynie. R. 1911. nr 13. (Referent Dr M. Szafnicki.

Wpływ radium na przebieg jaglicy i los ciałek jaglicowych. I. W. Neapolitański.

Spostrzeżenia autora dotyczą 50-u chorych, leczonych systematycznie preparatem (siarczkiem) *radium* w ilości 10 mgr w ciągu 1—6 miesięcy. Chorych dzieli autor na trzy kategorie:

1) Przypadki czystej ziarnistej jaglicy (15 chorych). U 10-u po 5—7 seansach wystąpiło zupełne wyleczenie; ciała jaglicowe zaczęły znikać już po trzech seansach; u 5-ciu pozostał lekki katar spojówkowy bez wtętwów.

2) Przypadki ostrej jaglicy i silnie zaczerwienionego jaglicowego nacieczenia (wtętwy bardzo obfite). Działanie *radium* było bardzo słabe, a wtętwy uporczywie utrzymywały się.

3) Przypadki z rozpoczynającym się bliznowaceniem. Działanie *radium* niestałe. Trwałość wyleczenia pod działaniem *radium* była niejednakowa. Jednocześnie badał autor wpływ promieni *radium* na *bac. xerosis*, *staphyloc. aur. alb.*, *streptococ.* Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że *radium* przy tej długości działania, jakie wytrzymuje oko bez szkody, niema własności bakteryobójczych.

Wiestnik oftalmologii. R. 1911. (Lipiec, sierpień, wrzesień i październik). Referent Dr M. Szafnicki.

W kwestyi operacyjnego leczenia keratoconus. S. S. Gołowin.

Przypadek dotyczył słuchacza medycyny, u którego powstał *keratoconus* w ciągu kilku lat. Chory ten liczył zaledwie palce w odległości 3 metrów. Autor przypalił wierzchołek stożka na przestrzeni 3 mm, przyczem powstała przetoka, która chwilami zarażała, to znowu powstawała. Stan taki trwał 3 tygodnie. Nadmienić należy, że przy zamykaniu się przetoki i powstawaniu przedniej komory, chory uczuwał silny ból, który ustępował po odpłynięciu cieczy wodnej. Autor przypalał trzy razy okolicę przetoki, ale bezskutecznie. W końcu zamknął ją zapomocą płata spojówkowego sposobem Kuhnta. Płatek ten w pierwszych dniach w miejscu przetoki obrzękał, ale ostatecznie na 5 dzień p. k. zaczęła powstawać i po 10 dniach autor przeciął mostek spojówkowy w dwóch miejscach, zostawiając na rogówce pasek 6 mm długi, podstawy zaś wszył na dawne miejsca. Gdy chory po czterech tygodniach opuścił klinikę, w miejscu przetoki znajdował się kawałek przyrośniętej spojówki 4 mm średnicy, 1 mm ponad rogówkę wystający. Polecono zapuszczać dwa razy dziennie ezerynę. Następnie autor widział chorego po trzech miesiącach. W miejscu przyrośniętej spojówki było ściśle bielmo, okrągłe, 3 mm średnicy, zupełnie nie wystające ponad powierzchnię. Rogówka zdawała się być zupełnie kulistą. Bystrość wzroku z korekcyą = 0.4. W kilka dni potem wykonał autor irydektomię, poczem bystrość podniosła się do 0.5. W pół roku potem, gdy bielmo zostało zabarwione, bystrość wzroku dosięgła 0.7.

O gojeniu się oczodołu post exenterationem orbitae.

K. A. Judin.

Autor wykonał kilkadziesiąt doświadczeń na psach i przychodzi do następujących wniosków. Różnica gojenia się oczodołu po egzenteracyi z usunięciem okostnej i bez polega na tem, że w pierwszym przypadku ściana wewnętrzna oczodołu nie tylko wypukła się, ale silnie grubieje wskutek metapłazyi przytykającej tkanki łącznej, w drugim zaś przypadku zgrubienie ściany wewnętrznej jest znacznie mniejsze, a tworzenie się tkanki kostnej powstaje zwykłą drogą przy udziale okostnej. Zmiany w oczodole po egzenteracyi występują szybciej u osobników młodszych, również i asymetria czaszki występuje silniej u młodych. Badania na zwierzętach pozwalają przypuszczać, że podobne zmiany zachodzą

i w oczodołach ludzi po egzenteracji, o czym autor sądzi z 4-ech spostrzeganych przypadków. Występują tu pewne zmiany uwarunkowane innym kształtem ludzkiego oczodołu.

Przypadek kilkoletniej obecności ciała obcego w tęczówce. I. A. Koboziew.

Autor badał ślusarza, który skaleczył sobie oko przed 19 laty przy robocie. Lekarz, widząc po 5-ciu miesiącach chorego, rozpoznał nowotwór tęczówki bliżej nie dający się określić. Okiem tem chory rozróżnia zaledwie światło. Dotąd oko było zupełnie blade, obecnie zgłasza się chory z powodu zaczerwienienia i silnych bólów. Autor stwierdził: bliznę rogówkową, ciało obce w tęczówce, które przy bliższem badaniu okazało się żelazem, i zaćmę błoniastą. Po usunięciu ciała obcego elektromagnesem chory e + 12 D liczył palce w odległości 5 m. Kawałek żelaza miał 4 mm długości, 3 mm szerokości, ważył 0.03 gr. Gdy ciało obce znajduje się wewnątrz gałki, autor radzi wykonywać radiografię sposobem Köhlera.

Rzadkie zmiany na dnie oka. T. A. Rżanicyn.

Autor bardzo szczegółowo opisuje przypadek *neuroretinitis* na tle najprawdopodobniej gruźlicy, prowadzącej do zaniku nerwu wzrokowego i *retinit. prolifer.* Tydzień przed zmianami zapalnymi widział autor na tem oku znaczne odczepienie siatkówki, które bez leczenia zupełnie ustąpiło.

W sprawie tak zwanej polikoryi. D. A. Siwcew.

Autor opisuje przypadek dotyczący dziewczyny 16-letniej, u której na jednym oku źrenica była nieco ku górze wewnątrz przesunięta, a zewnątrz ku dołowi znajdował się drugi otwór pół mm średnicy, oddzielony od źrenicy *membrana pupill. persever.* Otworek ten, jak prawidłowa źrenica, rozszerzał się i zwężał pod działaniem środków leczniczych.

Obustronna iritis plastica przy erythema nodosum.

O. R. Łurie.

Wobec zbliżonych objawów zapalenia stawów i *erythema nodosum* autor jest zdania, że wielokrotnie brano tę ostatnią chorobę za reumatyzm, a występującą przytem *iritis* uważano jako *rheumatica*. Sam autor spostrzegał przypadek obustronnej *iritis*, która wystąpiła u zupełnie zdrowej kobiety, dopiero w kilka dni potem wystąpiły typowe objawy *erythema nodosum*. Przy odpowiedniej kuracji sprawa zakończyła się zupełnie pomyślnie. Należy

zaznaczyć, że gałki oczne były silnie bolesne w okolicy ciała kręskowego, a jednak autor nie stawiał rozpoznania *iridocyclitis* wobec tego, że w ciałku szklistem podczas całego przebiegu choroby nie było śladu mętów.

Symblepharon totale operowane z dobrym skutkiem.

Dr med. S. L. Segal.

Autor operował dziewczynę, u której obie powieki były przyrośnięte do gałki, zostawiając szparę 8 mm wysoką. Rogówka z wyjątkiem $\frac{1}{5}$ części nosowej pokryta była błoną. Chora rozróżniała tem okiem tylko światło. Autor ściał nożyczkami błonę aż do zewnętrznego kącika, odpreparował obie powieki, a następnie ściał błonę przeciał poziomo na dwie połowy, podkładając je pod odpreparowane powieki i zwracając nabłonkiem ku rogówce. Szpara się zagoiła. Ruchy gałki były zupełnie prawidłowe i chora liczyła palce w odległości 2 m. Na rogówce powstały w miejscu odpreparowanej błony zmętnienia. Drugi przypadek *symbleph. total. palp. inf.* operował autor ze znakomitym skutkiem zapomocą przeszczepienia błony śluzowej z ust.

Z kazuistyki pierwotnego wrzodu luetycznego powieki górnej. G. Bielski.

Autor opisuje przypadek, gdzie *ulcus durum* wystąpiło u mężczyzny zupełnie zdrowego. Wywiady wskazywały, że został on w bójkę ugryziony przez napastnika w powiekę górną. Charakter wrzodu, a następnie ogólne zmiany, pozwoliły z całą stanowczością postawić rozpoznanie *lues*.

Przyczynę do anatomii coloboma n. optici przy przejściu w twardówkę. Dr med. W. M. Jeleonskaja.

Autorka badała mikroskopowo oko wyjęte wskutek jaskry i podaje opis zmiany anatomicznej, znany już poprzednio. Następnie omawia teoryę powstawania tej wady rozwojowej, sama nie od siebie nie dodając.

W kwestyi powstawania zaćmy starczej. Teorya antycytotoksyn Gołowina-Römera-Fraenkla. E. G. Łazariew.

Autor na podstawie kilkuset doświadczeń na królikach przychodzi do następujących wniosków: 1) W surowicy krwi królików immunizowanych udaje się wykazać obecność precypityn soczewkowych, ale amboceptorów soczewkowych autor nie znajdował. 2) Amboceptorów soczewkowych nawet w surowicy krwi osób dotkniętych zaćmą wykazać nie było można. 3) Doświadczenia autora

zupełnie nie potwierdzają teorii Gołowina-Römera-Fraen-
kla. 4) Na podstawie doświadczeń *in vitro* z solą kuchenną i cie-
czą wodną należy przyjść do wniosku, że zmętnienie soczewki za-
leży od nadmiernego wydostawania się przez torebkę rozpuszczal-
nego białka. Im więcej wydostaje się tego białka, tym prędzej po-
wstaje zmętnienie. Najwidoczniej na przedostawanie się białka ma
wpływ stan torebki, która w późnym wieku zmienia się pod wzglę-
dem chemicznym, a nawet fizycznym i przepuszcza takie substan-
cje i w takiej ilości, które w zwykłych warunkach osmozy w mło-
dym wieku przedostają się w bardzo ograniczonej ilości. W wy-
padkach uszkodzenia torebki rozpuszczalne białko soczewki prędzej
wydostaje się z niej i dlatego zaćma powstaje szybciej.

Trzeszcz urazowy tętniący i jego leczenie. Dr med.
K. H. Orłow.

Autor operował odnośny przyśadek zapomocą podwiązania
v. ophthalmicae i był bardzo zadowolony z rezultatu. Opisuje szcze-
gółowo metodę operacyjną. Jest to piąty przypadek w literaturze
leczony tym sposobem. Jednak autor nie radzi od razu uciekać się
do niego, a stosować z początku wstrzykiwania żelatyny.

Amblyopia wskutek zatrucia chininą. A. I. Kulebiakin.

Uwzględniwszy odnośną literaturę autor opisuje trzy przy-
padki amblyopii, która wystąpiła po zażyciu około 40 chininy.
Przebieg choroby nie przedstawiał nic nadzwyczajnego. Ostatecznie
bystrość wzroku powróciła do normy, a jedynie pole widzenia
i obraz wzornikowy świadczyły o przebytem zatruciu.

Ugrupowana pigmentacja dna ocznego. K. M. Ta-
maszew.

Autor opisuje przypadek dotyczący mężczyzny 27-letniego
zupełnie zdrowego, który na oczy nigdy nie chorował. Ugrupowa-
nie plam barwinkowych zupełnie podobne, jak w jednym przypadku
ogłoszonym przez Hoega.

**Pyocyjanaza i jej działanie w schorzeniach przedniego
odcinka oka.** A. A. Gastiew.

Autor stosował pyocyjanazę w 16 przypadkach i na podsta-
wie wyników otrzymanych przychodzi do następujących wniosków:
1) Pyocyjanaza działa bezwątpienia dobrze przy ostrych katarach
spojówki, jak również w pryszczykowym zapaleniu spojówki i ro-
gówki, lecz działanie jej przy zwykłym sposobie zastosowania
(wkraplanie) jest znacznie słabsze i powolniejsze, aniżeli *arg. nitr.*

w ostrych katarach, a żółtej maści w skrofulicznych zapaleniach. Wobec tego jest ona cennym środkiem w tych razach, gdzie z jakichkolwiek bądź powodów nie można stosować *arg. nitr.* i żółtej maści, ponieważ można ją dawać nawet do rąk chorego wobec braku drażniącego działania i jadowitości, 2) Nieznaczny efekt działania pyocyanyzy prawdopodobnie jest w związku z powierzchownem zastosowaniem tego środka i krótkotrwałością działania przy zwykłym zakraplaniu do worka spojówkowego.

Przypadek urazowego zapalenia miąższowego rogówki. N. Rachlis.

Przypadek dotyczył kobiety 27-letniej. Wassermann dodatni. Wieczorem doznała urazu w prawe oko. a już na drugi dzień autor spostrzegł *kerat. parenchym.* w górno-wewnętrznym kwadrancie. Dwaj bracia chorzy przechodzili *kerat. parench.* Chorzej zastosowano atropinę, ciepłe okłady, wewnątrznie jod. Sprawa pomimo to postępowała i po dwóch miesiącach podobna zmiana pokazała się na lewym oku. Zastosowano *salvarsan* (0.4) wśródżylnie, jednak bez widocznego skutku, polecono dalsze stosowanie jodu i po dalszych dwóch miesiącach bystrość wzroku wynosiła 0.1, gdy podczas najsilniejszego przejawu choroby — il. światła. W tym stanie chora opuściła klinikę. Autor sądzi, że w tym przypadku należy stanowczo uważać uraz, jako moment wywołujący zapalenie miąższowe rogówki. Poprzednio autor spostrzegał chorą przez dwa lata, gdy przychodziła do leczenia z młodszym bratem, lecz żadnych zmian w oczach wówczas nie znalazł.

Sprawozdanie statystyczne *)

za rok 1910 z zakładów okulistycznych:

1. Klinika oczna Uniwersytetu we Lwowie (Prof. Dr Machek).
2. Oddział oczny szpitala powsz. we Lwowie (Prof. Dr Machek).
3. Oddział oczny szpitala powsz. w Kołomyi (Dr Łuniewski)
4. Oddz. oczny przy szpit. św. Józefa w Lublinie (Dr Zajdeman).
5. Prywatna lecznica i ambulat. w Kaliszu (Dr Koszutski).
6. Ambul. dla niezamożnych chorych w Kaliszu (Dr Koszutski).
7. Klinika okulistyczna U. J. (R. dw. Prof. Wicherkiewicz).
8. Oddział oczny szpitala św. Łazarza w Krakowie (R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

*) W. Reis. W sprawie wykazów statystycznych o czynności okulistycznych w Polsce. Postęp okul. maj i grudzień. 1910.

Z a k ł a d

	Klin. okulist. Lwów		Oddz. oczny Lwów		Oddz. oczny Kofomyja		Oddz. oczny Lublin		Pryw. lecznica i ambulat. Kalisz		Klin. okul. i oddz. oczny Kraków	
	1909/10	1910	1910	1910	1910	1910	1910	1910	1910	1910	1910	1910
Ogólna ilość operacji wykonanych na soczewce	208	11	15	60	8	8	313					
Wydobycie zaćmy	208	8	14	55	4	4	313					
» z irydektomią	178	8	1	54	4	4	238					
» bez irydektomii	17			1			52					
Wydobycie zwichniętej soczewki	2	1										2
Wydobycie zaćm powikłanych	11							1	2			21
Sztuczne dojrzenie (częścią irydektomią z masowaniem, częścią przecięcie soczewki)	76	2						1	2			2
Przecięcie zaćmy wtórzędnej								3	3			6
Ogólna ilość operacji wykonanych na tęczówce	289	21	5	19								253
» irydektomii	259	17	5	15								246

Irydektomia z powodu jaskry	98	13	4	4	4	91
Irydotomia						7
Sklerotomia	14	1	1			34
Operacje narządu wzroczego		2		10	10	11
» na powiekach	107	68	14	20	16	106
» » spojówce	14	3	1	1	4	9
» » rogówce	75	8	1			98
» » mięśniach	17					26
Wyluszczenie gałki	8	3	1	6	2	30
Wydobycie ciał obcych z gałki	14				1	1
Wypaproszenie gałki						23
Ogólna ilość większych operacji	777	117	58	116	44	912
	1.	2.	3.	4.	5.	6.

Zakład	Klin. okulist. Lwów. (Prof. Dr. Machek)	Oddz. oczny szpit. pow. we Lwowie.(Prof. Dr. Machek).	Oddz. oczny szpit. pow. w Kołomyi (Dr. Łu- niewski)
Rok	1909/10	1900	1910
Ogólna ilość chorych	7447	1336	301
Ilość stale leczonych	534	1336	301
Ilość dni leczenia . .	9782	24427	6537
Średnio dni	18 3	18 2	21 7

Miesiące	Ambul.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale
Styczeń	1910 514	65		131		19
Luty	« 568	62		114		27
Marzec	« 761	63		136		33
Kwiecień	« 553	51		103		43
Maj	« 755	69		148		16
Czerwiec	« 716	62		100		34
Lipiec	« 536	24		144		31
Sierpień	« 510	«		98		16
Wrzesień	« 509	«		93		21
Październik	1909 620	54		83		21
Listopad	« 464	49		93		15
Grudzień	« 407	35		93		25
Razem . .	6913	534		1336		391
		1.		2.		3.

Oddz. oczny przy szpitalu Św. Józefa w Lublinie (Dr. Zajdeman)	Pryw. lecz. i amb. Kalisz Dr. Koszutski	Lecznica dla przych. niezam. chorych Kalisz Dr. Koszutski	Klin. okulist. Kraków (R. Dw. Prof. Wicherkiewicz)	Od. ocz. szpit. Św. Łazarza w Krakowie (R. Dw. Prof. Wicherkiewicz)
1910	1910	1910	1010	1910
1171	1187	807	9713	748
300	19	—	612	748
—	216	—	11773	9792
—	11 $\frac{1}{3}$	—	192	13 09

Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale	Amb.	Stale
41	27	106	—	57		930	69		62
—	20	84	1	66		848	55		68
54	25	73	2	47		818	49		69
84	19	96	2	66		871	51		65
112	38	88	1	77		1115	82		67
68	17	99	3	69		936	72		65
96	25	104	1	67		770	45		63
112	25	140	3	93		378			68
104	18	112	1	89		464			55
48	26	86	1	60		658	58		59
89	33	90	1	41		713	72		60
73	27	109	19	75		598	59		57
871	300	1187	19	907		9101	612		748
4.		5.		6.		7.		8.	

III. ROZMAITOŚCI.

Przyrząd do odwracania powieki górnej t. zw. ektropionator podaje C. Hertzfel w *Deutsche med. Wochenschrift* 1911, nr 26. Ze względu na to, że dokładne odwrócenie powieki górnej takie, ażeby górny załamek spojówki w całości został wycelowany, nie zawsze się udaje, a przynajmniej we wielu przypadkach sprawia znaczne irudności, uważa H. za potrzebne używanie do tego celu osobnego przyrządu. Wprawdzie, gdy chodzi tylko o obejrzenie załamka górnego można się posłużyć pałeczką szklaną przy pomocy prawej ręki, spychając nią górną część powieki ku dołowi, ale gdy chodzi o wykonanie jakiegokolwiek zabiegu leczniczego na spojówce, to musimy do tego celu mieć prawą rękę wolną. Ektropionator pomysłu Hertzla składa się z metalowego napastrka, który lekarz wkłada na średni palec lewej ręki. Z napastrka tego wybiega krótki pasek metalowy zakończony półokrągłą, lekko ku przodowi odgiętą łopatką, której brzeg obły w chwili, gdy uchwyciwszy dużym palcem i wskazicielem rzęsy odwraca się górną powiekę, wciska jej część pod łukiem brwiowym ku dołowi tak, aby w ten sposób górny załamek spojówki należycie na zewnątrz wywinąć. Prawa ręka lekarza, nie biorąca w tym manewrze żadnego udziału, może na tak wycelowanym załamku górnym swobodnie wykonywać wszelkie zabiegi, jakich leczenie wymaga.

K. W. M.

Zmysł kierunku u niewidomych. Dr Bouquet analizuje w czerwcowym zeszycie *Monde Medical* 1911 zadziwiający zmysł orientacji, jaki dość często spotykamy u osób w zupełności ociemniałych. Powszechnie przypisuje się tę ich zdolność szczególnie pewnemu wysubtelnieniu i wyrafinowaniu pozostałych zmysłów, które zastępują brak wzroku, dostarczając niewidomemu całego szeregu wrażeń nieuchwytnych dla zwyczajnych ludzi widzących. Ten zbiorowy zmysł niewidomych nazywają jedni zmysłem kierunku, inni zmysłem przeszkód, inni wreszcie czuciem twarzowym, przypisując szczególnie rolę skórnym nerwom twarzy. Krogin uważa odczuwanie przeszkód przez niewidomych za specjalny zmysł pozwalający odróżniać niesłychanie drobne różnice termiczne. Wölflin i inni przypisują niewidomym wyjątkową wrażliwość dla minimalnych zmian i różnic ciśnienia atmosferycznego. Truchsel przedstawił niedawno w paryskiej Akademii Nauk nową teorię orientacyjnego zmysłu niewidomych. Przyjmuje on pewne uczule-

nie narządu słuchowego, w szczególności zaś błędnika. To wzmożenie wrażliwości słuchowej pozwala niewidomemu rozróżnić pewne, bardzo zresztą subtelne, zmiany w sferze wrażeń akustycznych, zależne od odbijania się fal głosowych od przedmiotów znajdujących się w pobliżu poruszanych w niewielkiej odległości, czy to zbliżających się, czy oddalających. Pewnego rodzaju potwierdzenie tej hipotezy stanowi spostrzeżenie kliniczne Allersa z Monachium, który miał w swej opiece człowieka zupełnie ślepego, dotkniętego równocześnie zaburzeniami w błędnikach usznych, które objawiały się napadowo w postaci zawrotów, złudzeń i omamów słuchowych, a wreszcie pewnych zбочeń równowagi. Otóż szczególna zdolność orientacji i wymijania przeszkód, jaką ten niewidomy od dawna posiadał, zniknęła zupełnie w czasie wyżej wspomnianych napadów. Aby prócz tego negatywnego dowodu, zaczerpniętego zresztą z patologii, dostarczyć na poparcie swej teorii bezpośrednich dowodów doświadczalnych wykonał Truchsel szereg prób na wychowankach »Zakładu dla ociemniałych« w Paryżu. Doświadczenia polegały w zasadzie na zbliżaniu do głowy osoby badanej arkuszyka kartonu przymocowanego do końca długiej laski trzymanej za drugi koniec wyciągniętą ręką. Zapisywano przytem w jaki sposób badany oddziaływa na to zbliżanie lub przesuwanie kartonu i o ile je spostrzega. Mowa tu przedewszystkiem o ociemniałych, nie posiadających nawet poczucia światła. Tacy ślepi odczuwali i względnie najdokładniej umiejscawiali wrażenie zbliżającego się kartonu po obu bokach głowy. Popelniali częściej pomyłki, gdy karton zbliżano z przodu, a stale nie odczuwali nic zgoła, gdy poruszano kartonem poza ich głowę. Zdolność odczuwania i lokalizacji zbliżanego przedmiotu zniknęła zupełnie, gdy badany zatkał sobie sam nos i uszy. Ten sam skutek osiągnęto przez obwinienie głowy badanego płótnem, sukniem, papierem, futrem lub inną materyą. Pewne odmiany w wynikach doświadczeń powodowało wyłączenie działania małżowin usznych przez wprowadzenie rurek kauczukowych do zewnętrznych usznych przewodów. Dalsze potwierdzenie teorii Truchsel'a stanowił fakt, że zupełna cisza pokoju do badań, co prawda trudna do uzyskania wobec wielkiej wrażliwości ślepych na bardzo nawet słabe podniety słuchowe — unicestwiała wszelką zdolność orientacyjną. Przeciwnie zdolność ta ujawniała się najsilniej przy pewnych szmerach ciągłych i jednostajnych np. przy odgłosie przejeżdżającego tramwaju, przy monotonnym szmerze samowaru i t. p.

Ciekawą jest rzeczą, że podobne zastępcze działanie bardzo wydolikowanego słuchu czy też innych zmysłów lub nerwów już dawno wykrył Spallanzani u zwierząt, mianowicie u nietope-

rzy. Zaklejał on tym stworzeniom oczy szczelnie papierem i puszczał je wolno następnie w pokoju, w którym poprzeciagane były od ściany do ściany nitki w najrozmaitszych kierunkach. Nietoperze latały po powietrzu równie sprawnie, szybko i swobodnie, jak gdyby widziały doskonale i żaden z nich nie zaczepił o nitkę, ani nie dotknął różnych przeszkód, jakie im w locie badacz podstawał. Analogia między tą zadziwiającą zdolnością orientacyjną nietoperzy, a zmysłem kierunku u ludzi ociemniałych jest niewątpliwie bardzo bliska, ale zaprzeczyć się nie da, że i w tym wypadku jak w wielu innych wyższość jest po stronie zwierzęcego instynktu.

K. W. M.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Dr Adam Szulistański

zmarł w dniu 24-go listopada r. b. we Lwowie.

Śp. Szulistański urodził się w r. 1865 w Tarnowie. Gimnazjum ukończył w Stanisławowie, poczem zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uzyskawszy w r. 1890 dyplom doktora wszech nauk lekarskich, oddał się okulistyce. Przez dwa lata (1901—1902) był asystentem zakładu okulistycznego Prof. Bolesława Wicherkiewicza w Poznaniu, następnie pracował w klinice okulistycznej Prof. Rydla w Krakowie i Prof. Fuchsa w Wiedniu. Nabywszy gruntownych wiadomości w obranym zawodzie, osiadł na stałe we Lwowie. Tutaj przez kilka lat był sekundaryuszem szpitala powszechnego na oddziale ocznym Prof. Macheka. Opuściwszy szpital wstąpił do służby rządowej i pracował przeszło pięć lat w biurze sanitarnem namiestnictwa. Równocześnie ogłasza drukiem szereg prac naukowych, na podstawie których w r. 1901 habilituje się na Uniwersytecie Lwowskim jako docent prywatny okulistyki, a w r. 1909 otrzymuje tytuł profesora nadzwyczajnego.

Przez szereg lat był ordynaryuszem w poliklinice powszechnej i okulistą kasy chorych miasta Lwowa. Przez kilka lat pełnił obowiązki generalnego Sekretarza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyrodni-

ków polskich we Lwowie podjął się żmudnej pracy Sekretarza generalnego Zjazdu. Należał do pilnych członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Śp. Szulisławski pracował gorliwie na polu piśmiennictwa lekarskiego, i to jeszcze w tych czasach, kiedy warunki pracy naukowej były gorsze jak obecnie. Przez prawie 20 lat, prawie rok w rok, spotykamy się z jego artykułami. Jako pracę habilitacyjną ogłosił cenne doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Z zamiłowaniem uprawiał dział okulistyki sądowej i dział higieny, które to działy u nas tak mało są uwzględniane. Z pracą Szulisławskiego »Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu §. 15 6. a. u. k.« winien się każdy lekarz sądowy zaznajomić.

Jako znawca sądowy posiadał duże doświadczenie i odznaczał się niezwykłą sumiennością. Nie pominął żadnego szczegółu z toku śledztwa, owszem umiał wyszukiwać i zużytkowywać nieznaczne na pozór fakta, badał z wielką dokładnością, wnioskował oględnie. Umiał nie tylko wyświeślać zawiłe sprawy procesowe, ale nadto jasnym i logicznym wywodem umiał zainteresować trybunał sędziów, w obrońcach zaś wzbudzić pełne zaufanie.

Cieszył się rozległą praktyką lekarską, wiele świadczył chorym bezinteresownie, był prawdziwym opiekunem i przyjacielem biednej ludności cierpiącej, a w stosunkach koleżeńskich przytem najlepszym kolegą.

Był to człowiek o nieposzlakowanym, pięknym charakterze, człowiek w całym tego słowa znaczeniu dobry. Z natury łatwo pobudliwy, żywo odczuwał i piętnował głośno fałsz i zło. Sprawiedliwy w ocenianiu ludzi, chętnie uznawał i podnosił zasługi drugich, wyrozumiały na drobne ich usterki. Stanowił typ niepowszedni — i postać Jego wspaniała i ubiór z polską noszony i całe zachowanie się Jego wyróżniało Go od otoczenia. Żył skromnie wśród rodziny a przyjemności szukał w muzyce, którą ze znawstwem uprawiał, i w lekturze.

Człowiek idei owiany duchem patryotycznym.

Miał wielu przyjaciół, prawdziwie Go ceniących, a zgon Jego nagły wzbudził głęboki żal.

Sp. Szulistański drukiem ogłosił następujące prace:

Przypadek kilkakrotnie powtarzającego się urazowego odczepienia siatkówki. Nowiny lek. 1891.

Trzy przypadki jednostronnego porażenia ździergacza żrenicy i mięśnia rzęskowego. Przegl. lek. 1893.

O operacyjnym leczeniu jaglicy. Przegl. lek. i Pamiętnik VII. Zjazdu lek.; przyr. pol. 1895.

Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych. Przegl. lek. 1896.

Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykle poprawą bystrości wzroku. Przegl. lek. 1896.

Przyczynę do leczenia stożkowatego wyđęcia rogówki. Gazeta lek. 1896.

Przeszczepienie mięsaka barwиковego z rogówki na spojówkę. Przegl. lek. 1896.

Ueber das Auftreten multipler Neubildungen der Horn und Bindehaut. Centralbl. f. Augenhk. 1896.

O zastosowaniu wazogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Przegl. lek. 1898.

Ueber das Verwendbarkeit des Jod und Jodoformvasogens in der Augenheilkunde. Centralbl. f. prakt. Aughik. 1898.

Ciastowaty przerost powieki górnej. Przegl. lek. 1899.

O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienia oczodołu. Przegl. lek. 1899 i Klin. Monatsblätter f. Augenhk. T. XXXVII.

O zastosowaniu protargolu w okulistyce. Przegl. lek. 1899.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Przegl. lek. 1900.

Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednym oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu §. 156 a. ustawy karnej. Przegl. lek. 1902.

O nowej metodzie Wingena oznaczania dziennego światła w szkołach. Przegl. higien. 1902.

Margo cantho plastica. Post. okul. 1902.

O zołzach. Przegl. higien. 1904.

Wzrok a okulary. Przegl. higien. 1904.

Z higieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówki i ochronie oczu niemowląt. Przegl. higien. 1905.

Kiła oka. Lwowski Tyg. lek. 1906.

O podspojówkowych pęknięciach twardówki pod wpływem urazów tępych. Tyg. leki 1908.

Z zakresu okulistyki sądowej. Przegl. lek. 1908.

Sposób zapobiegania wypadnięciu tęczówki po operacji zaćmy bez irydektomii. Geis	12
Uszkodzenie oka »rasillitem«. Cohen	12
O znaczeniu chlamydozoów przy jaglicy i śluzoropotoku. Halberstaedter i Prowazek	12
O miejscach, gdzie się znajdują ciała Prowazka. Heymann	13
Na uwagę zasługujące przypadki z okulistyki operacyjnej. Schult-Zehden	14
Przyczynek kliniczny do wiadomości o wrodzonych dziedzicznych porażeniach mięśni ocznych. Gebb i Voss	14
Przyczynek do zachowania się siatkówki w obrębie nowotworów naczyniówki. Napp	14
Migrena oczna i schorzenie zatok czołowych. Oertel	15
O dwóch uwagi godnych przypadkach nagłej obustronnej ślepoty w starszym wieku. Uhthoff	15
O sposobie działania światła kwarcowego na jagliczą spojówkę oka	15
Czy zarazek jagliczy powstaje przez mutację gonokoka. Halberstaedter	16
Zaburzenia źreniczne przy przedwczesnem niedołęstwie umysłowem. Meyer	16
Krótkie doniesienie o objawie ocznym u mańkutów Enslin	16
O oddziaływaniu na trzeszcz gałki przy chorobie Basedowa przez zabiegi w jamie nosowej. Hoffmann	17
Przetwór Ehrlicha »606« w cierpieniach oka. Schanz	17
Przetwór Ehrlicha-Haty w schorzeniach oka na tle kiły. Hirsch	18
Doświadczalne i kliniczne badania nad Salvarsanem (606) ze szczególnem uwzględnieniem działania na oko Igersheimer	18
O miejscowem działaniu środka Ehrlicha-Haty w miejscu wstrzyknięcia. Martius	19
Uwagi o pewnych wstrzyknięciach Haty wydarzających się objawach towarzyszących. Bohac i Sobotka	19
O zaburzeniach źrenic przy dementia praecox. Bumke	19
Wśródczodołowy krwotok w przypadku przemijającego trzeszczu gałki Richter	20

III. Z Towarzystw lekarskich.

Angielskie Towarzystwo okulistyczne	20
---	----

IV. Rozmaitości.	26
--------------------------	----

V. Sprawy osobowe	28
-----------------------------	----

VI. Kronika żałobna	28
-------------------------------	----

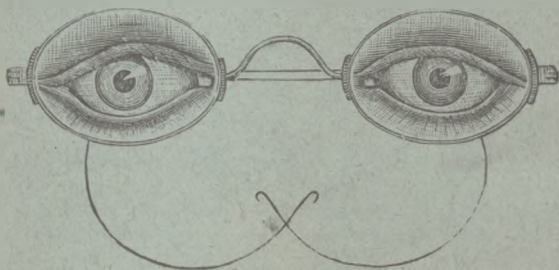
K. Zieliński,

optyk i mechanik.

Kraków, rynek gł., A-B, l. 39.

Poleca

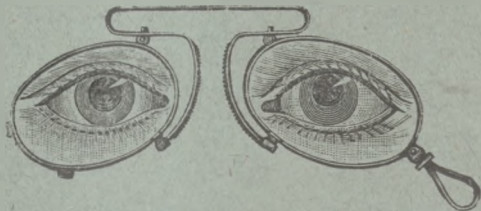
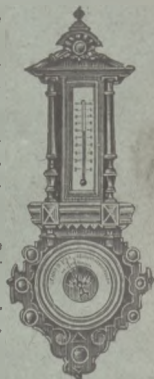
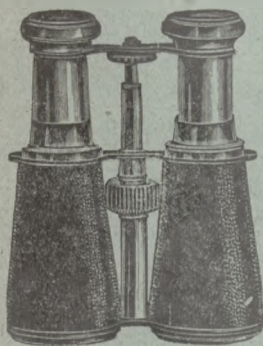
Wnym Panom P. T. Okulistom



swoją, pierwszą na Galicyę,
szlifiarnię szkieł optycznych,
urządzoną podług systemu me-
trycznego z popędem motoro-
wym.

Jako specjalność szlifuje wszel-
kie **soczewki kombino-
wane** z szkła białego, dym-
nego i niebieskiego.

Zarazem poleca swój magazyn,
obficie zaopatrzony we wszel-
kiego rodzaju
wyroby optyczne, apar-
aty elektryczne lekar-
skie i t. p.



Utrzymuje w znacznym wyborze sztuczne oczy ludzkie.