

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,
Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁA-
BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA
LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRA-
KOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE,
DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KI-
JOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

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

BIURO REDAKCYJI znajduje się: ul. Wolska 1. 15. — Administracya i ekspedycya: **Dru-
karnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Zgoda 1. 4;** tamże przyjmuje się ogło-
szenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz
petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 15 kor. — W Niemczech 15 mrk. — W Polsce i Rosyi
7 rb. — We Francyi i Belgii 18 franków. — Pojedynczy numer 1.50 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolfa w War-
szawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanow-
skiego w Krakowie, Leitgehera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń.
Luty.

✧ ROCZNIK PIĘTNASTY. ✧

1913.

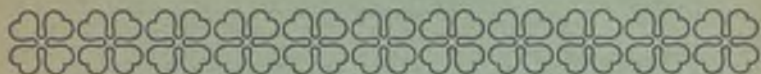
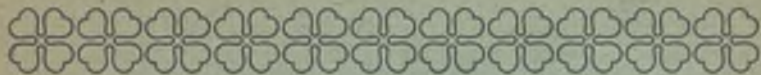


KRAKÓW.

ODCISKAMI DRUKARNI UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

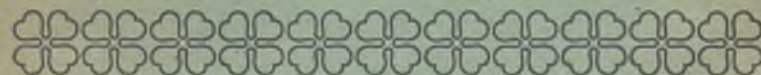
NA KŁADEM WYDAWCY.

1913.



T r e ś ć.

	Str.
Dr Bolesław Gepner, ojciec (wspomnienie pośmiertne) Prof. Wicherkiewicz	1
 I. Prace oryginalne.	
O sposobach wyrównania niezborności złożonej (As. H. H. i As. M. M.). Dr M. Żurkowski.	4
II. Streszczenia.	18
 III. Z Towarzystw lekarskich:	
Sprawozdanie z obrad Polskiego Tow. okulistycznego w Królestwie Polskiem za rok 1911. Dr med. A. Paradowski	24
IV. Rozmaitości	48
V. Sprawy osobowe	50
VI. Kronika żałobna	50
 Ogłoszenia.	



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁA-
BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA
LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRA-
KOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE,
DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KI-
JOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Styczeń.
Luty.

→ ROCZNIK PIĘTNASTY. ←

1913.

Dr Bolesław Gepner, ojciec.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dr Bolesław Gepner, senior okulistów polskich, głośny warszawski okulista, rozstał się z tym światem w dniu 26-go stycznia 1913 r.

Ubywa nam jeden z najsympatyczniejszych kolegów, którzy nie tylko wiedzą, sumiennością i zręcznością, ale i miłym z chorymi obejściem zdobywają sobie ich zaufanie i wdzięczność. Charakter jego czysty sprawiał, iż Gepner zyskał sobie licznych zwolenników sercem mu oddanych, taktowne zaś zawsze obcowanie z kolegami zawodu nie dopuszczało do starć a jednało mu życzliwość i przyjaźń towarzyszy zawodowych.

Urodził się w Warszawie dn. 1-go listopada 1835 roku gdzie też odbył nauki gimnazjalne, by następnie w Petersburgu ze skutkiem przejść studia lekarskie. W r. 1858 skończył Akademię wojskowo-lekarską ze stopniem lekarza. W roku następnym otrzymuje stopień doktora medycyny od b. Rady lekarskiej Król. Polsk. Zamiłowanie szczególne zwraca go od razu do okulistyki. Początkowe tejsze zasady i praktyki przyswaja sobie na stanowisku ordynatora Instytutu oftalmicznego

w Warszawie, które obejmuje po Wolfringu. Pragnąc pogłębić swą wiedzę, gdy chwilowo zamknięto Instytut Lubomirskich, przenosi się niebawem do Berlina, by korzystać z wiedzy i doświadczenia głośnej sławy Graefego. Pracuje przy jego boku w latach 1865—67, a następnie wzbogacony we wiedzę i doświadczenie, pragnie poświęcić je na usługi ziomków. Wraca więc do Warszawy, gdzie odrazu zyskuje sobie rozgłos dobrego okulisty. Ponownie obejmuje obowiązki ordynatora w roku 1878 obok Jodko-Narkiewicza w zakładzie ks. Lubomirskich, którego kierownikiem naukowym stał się Szokalski od czasu, kiedy powrócił do stolicy kraju z Paryża, gdzie Graefemu ułatwiał stawiać pierwsze kroki na polu tej specjalności, której rozwój w znacznej części jemu zawdzięczamy. Gepner z Instytutem Lubomirskich związany przez szereg lat zawsze jeszcze jako ordynator, staje się od roku 1890 jego lekarzem naczelnym.

Niewątpliwie wpływ Szokalskiego działa bardzo dodatnio na młodą tę siłę pozyskaną dla Instytutu, który wobec odejmowania nam w zaborze rosyjskim i to ze względów politycznych, wszelkiej sposobności kształcenia się i uprawiania nauki w urzędowych ogniskach naukowych, pozostając i nadal zakładem dobroczynnym, stał się nadto prawdziwym warsztatem pracy naukowej rodzimej, a to tembardziej, że Szokalski, który mianowany w r. 1861 profesorem chorób ocznych, a nie posiadając w Szkole głównej żadnej kliniki, tu jako lekarz Zakładu Lubomirskich, studia praktyczne dla swych słuchaczy urządzać był zniewolonym. Ale i później, gdy Szokalski po zamknięciu Szkoły głównej i niezatwierdzeniu go profesorem na nowo utworzonym Uniwersytecie, zniewolony był nawet zwinąć prywatnie przez siebie utworzoną klinikę w szpitalu św. Ducha, znowu cała nauka okulistyki za swym mistrzem przenosi się do Instytutu oftalmicznego ks. Lubomirskich.

W tej to pracy w skromnym podejmowanej zakątku, pracy pełnej zapału i poświęcenia wspierają swego mistrza Wolfring, a później Gepner. To też znać w pracach acz nie-

licznych ale sumiennych Gepnera to piętno naukowości, jakie Szokałski umiał nadawać kierunkowi umysłowemu swych uczni i słuchaczy. Prócz kilkunastu publikacyi kazuistycznych, świadczących o doskonałym zmyśle spostrzegawczym autora, napisał Gepner obszernie sprawozdania lekarskie i to X, XI, XII, XIII z Instytutu oftalmicznego i przysłużył się nauce spolszczeniem znakomitego dzieła Dondersa o anomaljach refrakcyi i akomodacyi, a nadto przełożył pracę Iwanowa: O anatomii mięśnia rzęskowego (Gazeta lek 1870).

Gepner ponownie wybierany wiceprezesem warsz. Tow. lekarskiego, zostaje później jego prezesem, a w końcu nawet członkiem honorowym. Nadto był członkiem honorowym poznańskiego Towarzystwa przyj. nauk i czł. korespondentem Tow. lekarzy czeskich w Pradze, Tow. lek. w Wiedniu.

Pozostawił syna, również Bolesława, znanego dziś okulistę warszawskiego, z którym do ostatnich chwil dzielił nieraz trudy praktyki, czyniąc nazwisko swe głośne na polu praktycznej okulistyki krajowej. Miłe pozostaną nam zawsze chwile, niestety nieliczne, spędzone w towarzystwie tego zacnego Kolegi, któremu towarzyszy w nieznaną krainę z pamięcią i cześć nasza głąkoka.

Bol. Wicherkiewicz.

I. PRACE ORYGINALNE.

O sposobach wyrównania niezborności złożonej (As. H. H. i As. M. M.).

Napisał

Dr M. ŻURKOWSKI,
Humań, g. kijowska.

W pracy swojej: »Ile mamy sposobów wyrównania niezborności mieszanej (As. M. H.) i jakie« (Post. okul. 1910 nr 8 i 9) wyszczególniłem i opisałem szereg sposobów, a raczej postaci szkieł, któreby mogły zadość uczynić wynaganiom, stawianym szkłom okularowym przy wyrównaniu wyżej wspomnianej wady refrakcyi oka; teraz zaś chcę zebrać, wykazać i uporządkować wszystkie sposoby, jakimi możemy rozporządzać, życząc wyrównać niezborność złożoną, która, jak wiadomo, bywa dwóch rodzajai: niezborność złożoną nadwzroczna (As. H. H.) i niezborność złożoną krótkowzroczna (As. M. M.). Do tych sposobów zaliczę jak znane już oddawna, tak i mniej znane, a także i rozmaite ich kombinacje.

Ażeby szkło dla okularów mogło wyrównać daną prawidłową nadwzroczną niezborność, stawimy mu zwykle takie żądanie, aby ono wyrównywało dokładnie dwa główne południki, t. j. południk o największej hyperopii i południk o najmniejszej hyperopii, które są między sobą prostopadłe; co się tyczy innych południków, to o nie mniej się troszczymy, a zadawalniamy się tem, jeżeli szereg refrakcyi ich tworzy stopniowe przejście od refrakcyi południka najbardziej łamiącego do refrakcyi południka najmniej łamiącego, bez względu na to, jak się odbywa to stopniowanie.

Przypuśćmy, iż mamy oko o niezborności złożonej nadwzrocznej, w którym południk poziomy ma B_1 dyoptryi hyperopii, a południk pionowy B_2 dyoptryi hyperopii i że hypero-

pia w południku poziomym jest większą, aniżeli w pionowym (jak to najczęściej bywa) t. j., że $B_1 > B_2$. Żeby wyrównać taką niezborność, musimy postawić przed okiem, posiadającym ją, takie szkło, któreby w poziomym kierunku miało refrakcyę $+ B_1$ dyoptryi, a w pionowym $+ B_2$ dyoptryi; najprościej osiągnąć to możeby w ten sposób, że stawimy przed okiem dwa walcowe szkła wypukłe tak, że walec o sile B_1 dyopt. ma oś pionową, a walec o sile B_2 dyopt. ma oś poziomą. Skombinowanie takich dwóch walców w jednym szkłe, noszące także miano okularów à la Chamblant, jest więc pierwszym, a pod względem optycznym najbardziej elementarnym sposobem wyrównania rozpatrywanej niezborności. Możemy takie szkło wyrazić następnym wzorem:

$$\begin{aligned} P^*) = & \text{convex cylind. } B_1 \quad \text{a. v.} \\ & \text{< } \text{convex cylind. } B_2 \quad \text{a. h.} \end{aligned} \quad (I)$$

Drugim również notorycznym sposobem wyrównania jest połączenie szkła sferycznego z cylindrem; żeby zaś ono było optycznie identyczne z pierwszym. rozumujemy je tak: jeżeli przed okiem postawimy tylko szkło sferyczne $+ B_2$, to takie szkło wyrówna zupełnie południk pionowy, w którym mamy hyperopię B_2 , ale w południku poziomym jeszcze nie nastąpi wyrównanie, tam bowiem jest hyperopia B_1 , która o $(B_1 - B_2)$ dyoptryi jest większą; dla wyrównania więc tej różnicy musimy przed szkłem sferycznem $+ B_1$ postawić jeszcze pionowo walec wypukły o sile $(B_1 - B_2)$ dyoptryi; otrzymujemy więc szkło, które wyrazimy tak:

$$\begin{aligned} P = & \text{convex sfer. } B_2 \\ & \text{< } \text{convex cyl. } (B_1 - B_2) \quad \text{a. v.} \end{aligned} \quad (II)$$

Możemy również postawić przed okiem wypukłe sferyczne szkło o sile nie B_2 dyoptryi, lecz B_1 dyoptryi wówczas ono wyrówna południk poziomy, który ma większą hyperopię, lecz za to południk pionowy będzie nadmiernie wyrównany

*) P jest skrócone: perspicillum, szkło dla okularów.

(przekorygowany), a mianowicie o $(B_1 - B_2)$ dyoptryi zbytnio; wskutek tego nadmiar ów musimy zdjąć z południka pionowego, co uskuteczniamy w ten sposób, iż dodajemy do wypukłego szkła walec wklęsły o sile $(B_1 - B_2)$ dyoptryi i stawimy ós jego poziomo; wzór więc takiej kombinacji będzie następujący:

$$P = \begin{array}{l} \text{convex sfer. } B_1 \\ \text{⊂ concav cyl. } (B_1 - B_2) \quad \text{a. h.} \end{array} \quad \text{(III)}$$

Podane trzy wzory (I, II i III) są powszechnie znanymi wzorami sposobów wyrównania niezborności złożonej nadwzrocznej.

Teraz rozpatrzmy mniej znane, a mianowicie sposoby wyrównania przy pomocy szkieł torycznych i ich kombinacji.

Szkła toryczne mają tę osobliwość, że w nich obie główne krzywizny niezbędne dla wyrównania dwóch głównych południków o rozmaitej sile refrakcyi leżą po jednej stronie szkła, gdy druga strona takowego zostaje płaską; lecz okoliczność daje możność tworzenia rozmaitych kombinacji.

W naszym wypadku musimy otrzymać szkło toryczne, które w jednym kierunku będzie mieć łamliwość $+B_1$ dyoptryi, a prostopadłym do niego $+B_2$ dyoptryi; przypuśmy, iż promień krzywizny w pierwszym kierunku będzie r_1 , a w drugim r_2 ; ponieważ wiadomo, że im większa jest ilość dyoptryi przy pewnej krzywiznie, tem mniejszy jest jej promień i odwrotnie, a także ponieważ wiemy, że $B_1 \geq B_2$, więc musi być:

$$r_1 < r_2^*)$$

W dalszym więc ciągu opisu odnośnych torycznych powierzchni będziemy mówić dla łatwości uzmysłowienia tylko

*) Ścisłe ta zależność między ilością dyoptryi B_1 przy danej krzywiznie o promieniu r_1 wyraża się w płasko wypukłym szkłe tak:

$$B_1 = \frac{100}{2r_1} \quad (\text{patrz Post. okul. 1909 str. 96}).$$

o promieniach krzywizny, pamiętając jeno, że większej ilości dyoptryi B_1 odpowiada mniejszy promień r_1 , a mniejszej ilości B_2 odpowiada większy promień r_2 .

Ażeby otrzymać powierzchnię, mającą w jednym z głównych kierunków krzywiznę wypukłą o promieniu r_1 , a w drugim do niego prostopadłym także wypukłą krzywiznę, ale o promieniu r_2 , możemy postąpić dwoma sposobami, jak to poniżej zobaczymy; przedewszystkiem bierzemy dwa łuki, z których jeden będzie mieć krzywiznę o promieniu r_1 , a drugi z krzywizną o promieniu r_2 i złożymy ich tak, żeby one stały prostopadle względem siebie; to uskuteczniamy w sposób prosty: bierzemy w każdym łuku po jednym tylko promieniu,

przechodzącym przez ich środek i nakładamy jeden promień z należąca do niego krzywizną na drugi tak, aby promienie ułożyły się jeden na drugim, a punkty końcowe promieni (c), w których one przecinają łuki, trafiłyby jeden na drugi (Fig. 1). Wtedy obracamy płaszczyznę, w której leży krzywizna r_1r_1 dookoła promienia o kąt prosty i wówczas otrzymujemy



Fig. 1.

rodzaj krzyża, utworzonego z dwóch łuków, jak na Fig. 2. Mając

tak ułożone względem siebie dwa łuki, możemy sposobem dwójaki z nich utworzyć powierzchnię, któraby miała dwie główne krzywizny o żądanych promieniach. a mianowicie: albo 1) łuk r_2r_2 ustawmy nieruchomo, a łukiem r_1r_1 suwajmy

po tym unieruchomionym łuku, albo 2) odwrotnie: łuk r_1r_1 zrobmy nieruchomym, a łukiem r_2r_2 suwajmy po nim, bacząc jeno. by promienie tych łuków wciąż leżały jeden na drugim. W obu wypadkach suwające się łuki przy swym ruchu utworzą powierzchnię wypukłą toryczną. Nasuwa się pytanie, czy powierzchnie utworzone pierwszym i drugim sposobem są jednakowe?



Fig. 2.

Dla otrzymania odpowiedzi rozpatrzmy obie powierzchnie

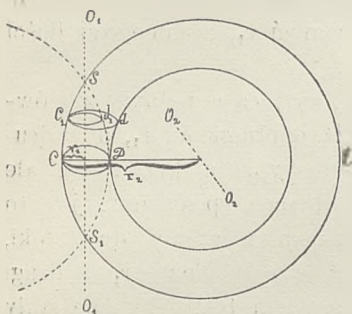


Fig. 3.

Z rysunku widać, że »wrzeciono« SCS_1DS leży wewnątrz »pneumatyku« $DCSES_1$ i przylega doń okręgiem krążka CD i łukiem SCS_1 , a w innych miejscach odstaje. O tem odstawanianiu przekonać się nie trudno, robiąc cięcie przez obie bryły — wrzeciono i pneumatyk — płaszczyzną C_1d (Fig. 3), równoległą do płaszczyzny krążka CD ; ponieważ przecięcia wrzeciona, prostopadłe do jego osi, dają zawsze koła, a jednocześnie przecięcia bryły torycznej da linię zamkniętą jajo-watą, więc rysunek obu przecięć da obraz, jak na Fig. 4, z której widać, iż linie przecięć stykają się tylko w punkcie C_1 , a znaczy powierzchnie mogą się stykać tylko na przebiegu łuku SCS_1 ; oprócz tego, jak widzieliśmy wyżej, obie powierzchnie stykają się jeszcze na obwodzie krążka CD . Widzimy więc, że są dwa rodzaje brył torycznych, z których odcięte skrawki, czyli soczewki czynią zadość zasadniczemu naszemu żądaniu t. j. temu żądaniu, ażeby w jednym kierunku była krzywizna o promieniu r_1 z odpowiednią jej ilością dyoptryi B_1 , a w drugim do niego prostopadłym krzywizna o promieniu r_2 , mająca ilość dyoptryi B_2 . Pierwszy rodzaj brył tworzy się od obrotu małego krążka dookoła osi



Fig. 4.

*) która jest prostopadła do płaszczyzny rysunku.

**) leżący w płaszczyźnie rysunku.

większego, a drugi od obrotu większego krążka dookoła osi małego. Przy pierwszym układzie obrotu stworzymy bryłę toryczną pneumatykową, a przy drugim — bryłę toryczną wrzecionową. Uwidocznić sobie to możemy nader łatwo z Fig. 3, na której widzimy, że obie odmienne bryły mają przy punkcie C dwie wspólne, a więc jednakowe krzywizny

Spójrzmy teraz na obie te bryły z lewej strony rysunku 3, jakbyśmy patrzyli na punkt C wzdłuż linii CD; wówczas przedstawia się odpowiednie części brył, jak na Fig. 5, gdzie punkt C przedstawia przecięcie dwóch krzywizn, należących jednocześnie do dwóch rozmaitych brył torycznych.



Fig. 5.

Jeżeli teraz odetniemy około punktu C (Fig. 5) skrawki od obu brył, to otrzymane skrawki będą soczewkami torycznymi wypukłymi. One przedstawia się nam w pewnym powiększeniu tak, jak na Fig. 6, na której linie krzywe ciągłe oznaczają brzegi soczewki pneumatykowej, a linie krzywe

kropkowe — brzegi soczewki wrzecionowej. Nazwijmy na tych soczewkach linie największego i najmniejszego wypuklenia, ułożone prostopadle względem siebie, południkami głównymi soczewki, punkt przecięcia się ich biegunem soczewki, linie idące ukośnie przez biegun — południkami ukośnymi soczewek.

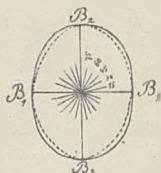


Fig. 6.

Widziemy teraz, iż dwie odrębne toryczne soczewki — pneumatykowa i wrzecionowa (Fig. 6) mają dwie główne krzywizny wspólne, a więc jednakowe; lecz linie przeprowadzone ukośnie przez biegun ich t. j. ukośne południki soczewek torycznych już się różnią na każdej dwóch rozpatrywanych powierzchni, a różnią się mianowicie tem, że ukośne południki powierzchni pneumatykowej leżą nieco powierzchowniej, aniżeli odpowiednie ukośne południki powierzchni wrzecionowej; to znaczy, że pierwsze są mniej wypukłe, a drugie bardziej wypukłe; z tego wynika, że pierwsze posiadają mniej-

sze ilości dyoptryi od odpowiednich im południków drugiej powierzchni. Wzajemny stosunek dwóch odpowiednich ukośnych południków przedstawia się tak, jak pokazuje Fig. 1, na której linia krzywa r_2r_2 może przedstawiać jeden z ukośnych południków, należący do powierzchni pneumatykowej, a r_1r_1 — odpowiedni mu południk powierzchni wrzecionowej. Wnioskujemy więc, że jeżeli wziąć w dwóch soczewkach towarzyszących szereg ukośnych południków, np. co 16° i uważać ich refrakcje, to spostrzeżemy, że te dwa szeregi stanowią stopniowe przejście od refrakcji południka najbardziej łamiącego do refrakcji południka o najśłabszej łamliwości; znaczy, krańcowe ogniwa tych obu szeregów są jednakowe, a ogniwa środkowe różnią się i jak zwróciłem uwagę wyżej, szereg, wyrażający w dyoptryach refrakcje południków pneumatykowych, będzie posiadać mniejsze ilości, aniżeli odpowiedni szereg, wyrażający dyoptrye ukośnych południków soczewki wrzecionowej. Żeby sobie lepiej uzmysłowić te dwa stopniowe przejścia, przypuśćmy dla przykładu, że rozpatrywane dwie soczewki mają w jednym z głównych południków 8 dyoptryi, a w drugim 5 dyoptryi.

W jaki więc sposób odbywa się przejście od 8 do 5 dyoptryi? Możemy znaleźć i wskazać wiele dróg, którymi skutecznia się to przejście, ale przytem musimy uważać, żeby to stopniowanie czyniło zadość następnym warunkom: 1) żeby największą ilością w obu tych szeregach było 8 dyoptryi, a najmniejszą 5 dyoptryi i 2) żeby wszystkie pośrednie kolejne (przejściowe) ilości z szeregu południków soczewki pneumatykowej miały mniejszą ilość dyoptryi od odpowiednich ilości dyoptryi południków soczewki wrzecionowej.

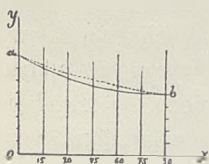


Fig. 7.

Uzmysłowić sobie te dwa rodzaje stopniowych przejść od ilości 8 dyoptr. do ilości 5 dyoptryi możemy metodą dyagramalną: jeżeli na linii poziomej Ox (Fig. 7) ułożymy, zaczawszy od 0 kilka podziałek, odpowiadających podziałkom kąta prostego co 15° , to pro-

stopadłe, wyrysowane w punktach podziałek: 15. 30. 45. 60. 75. i 90 będą służyć do odkładania na nich ilości dyoptryi, poszczególnych kolejnych ukośnych południków. Na pierwszej prostopadłej Oy odkładamy 8 podziałek jednakowych, oznaczających 8 dyoptryi; na prostopadłej, wychodzącej z punktu 90 odkładamy 5 podziałek takich samych, jak na linii Oy ; one oznaczają 5 dyoptryi. Na prostopadłych, wychodzących z punktów: 15. 30. 45. 60. i 75 odkładamy linie, odpowiadające ilościom dyoptryi odnośnych południków ukośnych obu soczewek. Teraz łączymy wierzchołki, otrzymanych w ten sposób pionowych linii i z tych połączeń otrzymujemy dwie krzywe, jedną narysowaną ciągłą linią ab , a drugą — punktami; obie krzywe wyrażają stopniowe zmniejszanie się ilości dyoptryi od 8 do 5; widzimy teraz, że linie pionowe, z wierzchołków których utworzyła się linia krzywa ciągła, są niższe od odpowiednich linii pionowych, których wierzchołki utworzyły linię krzywą kropkową, a tylko linie, odpowiadające punktom 0 i 90 są jednakowe.

Widzimy przeto, że obie krzywe wyrażają przejście od ilości 8 dyoptryi do 5 w ten sposób, że pierwsze i ostatnie ich punkty są jednakowe, ale za to poślednie punkty w kropkowej wszystkie leżą wyżej od odpowiednich punktów ciągłej; znaczy przejście, a raczej cały szereg przejściowych ilości, składa się w szeregu południków soczewki torycznej pneumatykowej z nieco mniejszych liczb (dyoptryi); zaś w szeregu liczb południków soczewki wrzecionowej z liczb, wyrażających nieco większe ilości dyoptryi; to znaczy, że obie krzywe zaczynają się razem w jednym punkcie i kończą się także razem w drugim punkcie, a w swoim przebiegu między temi dwoma punktami nieco się oddalają; przytem uważamy, że największe oddalenie osiągają na połowie drogi, t. j. około podziałki, oznaczonej liczbą 45; znaczy ta sama różnica cechuje i poszczególne ukośne południki soczewek torycznych — pneumatykowej i wrzecionowej —, które jak już wyżej zaznaczono, mają refrakcyę dwóch głównych południków jednakową; refrakcyę zaś południków ukośnych

dla zubożenia wpływu tej wklęsłości dodać wypukłość o tejże ilości dyoptryi, która zwiększy łamliwość przedniej strony soczewki we wszystkich południkach; znaczy i główne muszą otrzymać łamliwość o C dyoptryi większą. Otrzymujemy więc szkło peryskopijne o przedniej stronie torycznej wypukłej, a tylnej wklęsłej sferycznej, które wyrażmy wzorem w sposób następujący:

$$P = \begin{array}{l} \text{convex toricum} \\ \text{concav spher. C} \end{array} \cdot \left\{ \begin{array}{l} C + B_1 \text{ a. v.} \\ C + B_2 \text{ a. h.} \end{array} \right. \quad (\text{VI})$$

Następne szkło, mogące zadość uczynić żądaniu wyrównania danej niezborności złożonej nadwzrocznej, tworzymy tak: stawimy szkło toryczne stroną wypukłą do oka, a płaską naprzód i w tej pozycji nadajemy mu stopień peryskopijności C ; ponieważ do tylnej torycznej wypukłej strony musimy dodać wklęsłość takiej siły, aby zamienić jej wypukłość na wklęsłość; więc oczywiście siła tej wklęsłości, wyrażona w dyoptryach musi być nie mniejsza, aniżeli siła łamliwości południka najbardziej łamiącego, t. j. jak w naszym przypadku większa od B_1 ; znaczy musi być:

$$C > B_1$$

Dodając więc do tylnej strony soczewki torycznej, mającej w jednym kierunku convex B_1 , a w drugim convex B_2 soczewkę concav C , zobaczymy, iż ona przeważy siłę jednego południka o $(C - B_1)$ dyoptryi, a siłę drugiego o $(C - B_2)$ dyoptryi i utworzy na ich miejscu wklęsłość; wszystkie zaś południki razem utworzą powierzchnię toryczną wklęsłą na stronie tylnej. Dla zubożenia działania tej wklęsłej powierzchni dodajemy na przedniej stronie convex C , wskutek czego powróci dawniejsza łamliwość szkła, pomimo iż postać jego zupełnie się przeobrazi; jest to więc szkło o znowu innej postaci, a jednak czyniące zadość naszemu pierwotnemu żądaniu. Wzór jego tedy będzie taki:

$$P = \begin{cases} \text{convex spher C} \\ \text{concav toricum} \end{cases} \left\{ \begin{array}{l} C - B_1 \text{ a. v.} \\ C - B_2 \text{ a. h.} \end{array} \right. \quad (\text{VII})$$

Jeżeli teraz w soczewce torycznej płasko-wypukłej rozłożymy optycznie działającą jej powierzchnię na dwie powierzchnie, z których każda będzie posiadać połowę pierwotnej łamliwości, t. j. po

$$\frac{B_1}{2} \text{ i } \frac{B_2}{2}$$

i poukładamy takowe odpowiednio po obu stronach szkła; to otrzymamy soczewkę dwutoryczną wypukłą, która ma nową postać, ale takie same działanie optyczne, ponieważ w rezultacie obie powierzchnie dadzą łamliwość B_1 i B_2 ; jej wzór napiszemy tak:

$$P = \text{perspicillum bitoricum} \cdot \left\{ \begin{array}{l} \text{convex } B_1 \text{ a. v.} \\ \text{convex } B_2 \text{ a. h.} \end{array} \right. \quad (\text{VIII})$$

Trzeba zwrócić uwagę, że możemy rozłożyć toryczną powierzchnię na dwie inne toryczne, mające w sumie żądaną ilość dyoptryi nie koniecznie na dwie równe co do optycznej siły powierzchnie, ale również i tak, ażeby dać np. jednej stronie $\frac{1}{4}$ ogólnej siły refrakcyi, a drugiej $\frac{3}{4}$, lub jednej $\frac{2}{5}$, a drugiej $\frac{3}{5}$ i t. p.; stąd otrzymamy więc jeszcze kilka odmian soczewek, wyrażonych wzorem VIII; z drugiej zaś strony odmiany tego wzoru mogą zależeć od tego, jakie powierzchnie toryczne będziemy brać i jak je układać, a mianowicie: 1) obie strony toryczne mogą być pneumatykowe, 2) obie wrzecionowe i 3) przednia pneumatykowa, a tylna wrzecionowa lub 4) odwrotnie: przednia wrzecionowa, a tylna pneumatykowa.

Teraz soczewce wypukłej dwutorycznej nadajmy stopień peryskopijności C; ponieważ każda strona takiej dwutorycznej soczewki ma łamliwość:

$$\begin{aligned} & \text{convex } \frac{B_1}{2} \text{ a. v.} \\ \text{concav } & \text{convex } \frac{B_2}{2} \text{ a. h.} \end{aligned}$$

więc dla utworzenia szkła peryskopijnego dodajmy z jednej (przedniej) strony convex spher. C, a z drugiej (tylnej) concav spher C; ażeby na tylnej stronie utworzyła się powierzchnia wklęsła we wszystkich kierunkach, C musi mieć wartość bezwzględną większą od największej bezwzględnej wartości, wyrażającej w dyoptryach refrakcyę południków wypukłych każdej strony, t. j. większe od $\frac{B_1}{2}$; znaczy musimy wybrać C tak, ażeby $C > \frac{B_1}{2}$.

Wówczas na przedniej stronie utworzy się powierzchnia toryczna jeszcze bardziej wypukła, a mianowicie mająca o C dyoptryi więcej łamliwości, a na tylnej, wskutek zmniejszenia wypukłości o C dyoptryi, utworzy się wklęsłość torycznego kształtu; cała jednak łamliwość zostanie bez zmiany i otrzymamy nową postać — soczewkę dwutoryczną peryskopijną, którą wyrażamy takim wzorem:

$$P = \begin{cases} \text{convex toricum .} & \left\{ \begin{array}{l} C + \frac{B_1}{2} \text{ a. v.} \\ C + \frac{B_2}{2} \text{ a. h.} \end{array} \right. \\ \text{⊖ concav toricum .} & \left\{ \begin{array}{l} C - \frac{B_1}{2} \text{ a. v.} \\ C - \frac{B_2}{2} \text{ a. h.} \end{array} \right. \end{cases} \quad \text{. . . (IX)}$$

Z ostatniego wzoru (IX) łatwo się przekonać, że ogólna łamliwość w południku pionowym jest $+ B_1$, pamiętając tylko, że siła wypuklenia uważa się za ilość dodatnią, a siła wklęslenia za ilość ujemną; tak samo sprawdzamy, że refrakcyą w południku poziomym jest $+ B_2$.

Wzór IX nie jest wzorem jedynej postaci soczewki, czyniącej zadość naszemu zasadniczemu żądaniu, jak np. I, II, III, IV i V, ponieważ weń wchodzi ilość dowolna C, ograni-

czona tylko z jednej strony, t. j. co do minimum, a oprócz tego wzór ten daje zupełną dowolność wyboru jednej z dwóch wykazanych postaci torycznych, których ułożenie daje cztery odmiany, jak we wzorze VIII; mając na uwadze to, że każda z tych 4-ch odmian może jeszcze mieć tyle nowych odmian, ile weźmiemy stopni peryskopijności i jeżeli przyjmiemy, że takowych ułożymy n , to otrzymamy, że wzór IX ma 4. n odmian.

Otrzymaliśmy więc szereg, składający się z dziewięciu wzorów (I—IX) soczewek, służących dla wyrównania niezborności nadwzrocznej; szereg ten przedstawia wzory soczewek, zaczynając od najprostszycch i przechodząc stopniowo do bardziej złożonych; one ułożone zostały ze wszystkich możliwych kombinacyi znanych nam postaci soczewek, a mianowicie: sfery, cylindra, toryku i menisku; mówiąc nawiasem, mogliśmy utworzyć jeszcze jedną kombinację, a mianowicie we wzorach IV i V na płaskiej stronie dodać convex, a drugą jednocześnie osłabić na odpowiednią ilość dyoptryi, ale nie zaliczam tego sposobu do udatnych, ponieważ w ten sposób oddalilibyśmy ją od typu soczewki peryskopijnej, a powikłalibyśmy wyrób jej dodatkowym szlifowaniem.

Co się tyczy sposobów wyrównania niezborności krótkowzrocznej złożonej (As. M. M), to wszystkie one są zupełnie analogiczne ze sposobami dla wyrównania As. H. H.; różnica polega tylko na tem, że wszędzie zamiast convex trzeba brać concav i odwrotnie; będzie to zupełnie zrozumiałem, jeżeli zwrócimy uwagę, że każda wklęsła soczewka każdego typu jest odbitką takiejże soczewki wypukłej i odwrotnie. Dlatego możemy ograniczyć się tylko wyszczególnieniem wzorów szkieł, służących dla wyrównania As. M. M. Jeżeli więc przypuścimy, że myopia w południku pionowym ma A_1 dyoptryi, a w poziomym A_2 dyoptryi i przytem $A_1 > A_2$, to otrzymamy następujące wzory szkieł dla As. M. M.:

1) Kombinacja dwóch wklęsłych cylindrów:

$$P = \begin{array}{l} \text{concav cyl. } A_1 \text{ a. h.} \\ \text{⊂ concav cyl. } A_2 \text{ a. v.} \end{array}$$

2) Kombinacja słabszej wklęsłej sfery z wklęsłym walcem :

$$P = \begin{array}{l} \text{concav spher. } A_2 \\ \odot \text{ concav cyl. } (A_1 - A_2) \text{ a. h.} \end{array}$$

3) Kombinacja silniejszej wklęsłej sfery z wypukłym walcem .

$$P = \begin{array}{l} \text{concav spher. } A_1 \\ \odot \text{ convex cyl. } (A_1 - A_2) \text{ a. v.} \end{array}$$

4) Soczewka toryczna »pneumatykowa« :

$$P = \begin{array}{l} \text{Perspicillum} \\ \text{toricum pneumaticoforme} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \text{concav } A_1 \text{ a. h.} \\ \text{concav } A_2 \text{ a. v.} \end{array} \right.$$

5) Soczewka toryczna »wrzecionowa« :

$$P = \begin{array}{l} \text{Perspicillum} \\ \text{toricum fusiforme} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \text{concav } A_1 \text{ a. h.} \\ \text{concav } A_2 \text{ a. v.} \end{array} \right.$$

6) Soczewka peryskopijna wklęsła o przedniej stronie torycznej :

$$P = \begin{array}{l} \text{convex toricum} \\ \odot \text{ concav spher. } C \end{array} \left\{ \begin{array}{l} (C - A_1) \text{ a. h.} \\ (C - A_2) \text{ a. v.} \end{array} \right.$$

7) Soczewka peryskopijna wklęsła o tylnej stronie torycznej :

$$P = \begin{array}{l} \text{convex spher. } C \\ \odot \text{ concav toricum} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} (C + A_1) \text{ a. h.} \\ (C + A_2) \text{ a. v.} \end{array} \right.$$

8) Soczewka dwutoryczna wklęsła :

$$P = \text{Perspicillum bitoricum} \left\{ \begin{array}{l} \text{concav } A_1 \text{ a. h.} \\ \text{concav } A_2 \text{ a. v.} \end{array} \right.$$

9) Soczewka dwutoryczna wklęsła peryskopijna :

$$\begin{array}{l}
 \text{convex toricum} \\
 \text{P=} \\
 \text{⊖ concav toricum}
 \end{array}
 \left\{ \begin{array}{l}
 \left(C - \frac{A_1}{2} \right) \text{ a. h.} \\
 \left(C - \frac{A_2}{2} \right) \text{ a. v.} \\
 \\
 \left(C + \frac{A_1}{2} \right) \text{ a. h.} \\
 \left(C + \frac{A_2}{2} \right) \text{ a. v.}
 \end{array} \right.$$

Widzimy więc, że posiadamy dwa szeregi analogicznych sposobów, mających po 9 wzorów dla wyrównania niezborności złożonej dalekowzrocznej i krótkowzrocznej. Ta sama analogia widoczna jest przy porównaniu z 9-ma sposobami dla wyrównania niezborności mieszanej.

Że wszystkie podane wzory czynią najzupełniej zadość naszemu żądaniu co do wyrównania głównych południków, możemy łatwo się przekonać, wykonując podane w nich działania, lub postawiwszy na miejsce liter jakiegokolwiek liczbowe wartości.

II. STRESZCZENIA.

Graefes Arch. f. Ophthalm. R. 1912. T. LXXXII. Z. 2.
(Ref. Dr T. Kleczkowski.

Nerwy rogówki człowieka. (Die Nerven der Hornhaut des Menschen). G. Attias (Monachium).

Barwienie błękitem metylowym Ehrlicha jest według A. najlepszym sposobem do wykazania drobnowidowego nerwów rogówki. Nerwy rzęskowe, przebiegając na naczyniówce, doszedłszy do *pars plena corp. ciliaris* udają się częściowo do ciała rzęskowego, częściowo do twardówki. Te ostatnie unerwiają też rogówkę, a dzieli je autor na 4 grupy:

1) włókna nerwowe twardówki głębokie, oddające jedno włókno głębokie do rogówki;

2) podobne włókna, lecz dzielące się przed wejściem do rogówki na 2;

3) włókna anastomozujące tak podczas przebiegu ich w twardówce jako też i rogówce;

4) włókna podobne jak 3, lecz nie anastomozujące w zakresie rogówki.

Prócz tych nerwów głębokich znajduje się naokoło rogówki siatka nerwów nadtwardówkowych (*plexus epiduralis pericornealis*). Jedna część tych nerwów przechodzi do tkanki podspojówkowej (*subconjunctiva*), druga część tworzy siatkę około naczyń krwionośnych tkanki nadtwardówkowej (*episclera*), trzecia zaś część wnika do rogówki. Powierzchnowe nerwy okołorogówkowe odznaczają się w przeciwieństwie do nerwów głębokich swoim falistym przebiegiem i częstym położeniem około naczyń krwionośnych. Głębokie nerwy twardówki posiadają bardzo wybitne *perineurium* i pochewkę myelinową; włókienek nerwowych jest zazwyczaj w pniu nerwowym 20—40. Wraz z pniami nerwowymi przebiegają naczynia; pomiędzy nerwami a naczyniami spostrzegać można komórki barwikowe. Autor w przeciwieństwie do innych autorów nie spostrzegał nigdy podziału włókna myelinowego wzdłuż przebiegu na dwa włókna. W miarę zbliżania się nerwów do rogówki nerwy coraz bardziej zatracają myelinę. Nerwy episkleralne są częściowo myelinowe, częściowe nie posiadają myeliny; prócz tych rodzajów są pnie nerwowe o włóknach mieszanych. Tak nerwy episkleralne jak i podspojówkowe nie biegną razem z naczyniami w przeciwieństwie do głębokich nerwów twardówki. Ilość większych i mniejszych nerwów w rogówce wynosi, według autora, 60—70; głębokich pni nerwowych w rogówce jest 30, powierzchniowych 35. Główna część nerwów znajduje się w środkowej $\frac{1}{3}$ części. Zasadnicza różnica między nerwami rogówki człowieka, a zwierząt jest ta, że u człowieka nerwy nie mają skłonności tworzenia splećów (*plexus*). Pochewka myelinowa pni nerwowych w zakresie rogówki tem wcześniej wzdłuż przebiegu w rogówce znika im wcześniej dany nerw po wnikięciu do rogówki dzieli się dichotomicznie względnie trichotomicznie.

Autor rozróżnia w nerwach rogówki trzy rodzaje jąder:

1) jądra na powierzchni zewnętrznej nerwów;

2) jądra pomiędzy włóknami;

3) jądra w miejscach podziału nerwów.

Jądra pierwszego rodzaju tworzą otoczkę okołonerwową, dającą się spostrzegać aż do najdrobniejszych rozgałęzień nerwów.

Jądra drugiego rodzaju o ile położone są pomiędzy włóknami myelinowemi odpowiadają jądom pochewki Schwana. Włókna nerwowe kończą się albo w mięszu rogówki albo w nabłonku. W mięszu rogówki włókna nerwowe albo kończą się jedynie ścięzając się, lub zapomocą specjalnych zakończeń (płytki, pętle i t. d. Dogiela) zakończenia tego rodzaju spostrzegał autor tylko w obwodowych częściach rogówki. Po przebicu błony Bowmana część włókien nerwowych przebiega na jej powierzchni w rynienkowatych zagłębieniach, część zaś kończy się jajowatemi zgrubieniami pomiędzy komórkami nabłonka.

O nerwach błon oka. (Über die Nerven in den Augenhäuten). A. Agababow (Kazań).

Badania dotychczasowe i autora wykazały, że: 1) każda z błon oka posiada swoje własne nerwy, 2) we wszystkich błonach oka tworzą nerwy przed rozgałęzieniem się ich w danej tkance okrężnie złożone sploty nerwowe. W naczyniówce splot taki znajduje się naokoło tylnego bieguna oka; w ciałku rzęskowem mniej więcej w połowie jego grubości, w tęczówce przy nasadzie jej, w twardówce na granicy rogówko-twardówkowej, a w rogówce w obwodowych jej częściach. 3) W błonach oka, posiadających nabłonek lub śródbłonek tworzą nerwy siateczki t. zw. końcowe (nabłonek rogówki i śródbłonek tkanki nadnaczyniówkowej). 4) Mięsz rogówki, twardówka i tkanka podstawowa ciała rzęskowego posiadają zakończenia nerwów czuciowych. Rogówka posiada nie tylko w częściach obwodowych w nabłonku i pod nim końcowe węzły nerwowe (Dogiel) i końcowe guziczki (Arnstein) ale również i w częściach środkowych nabłonka (autor). 5) W tkankach oka posiadających naczynia krwionośne można wykazać nerwy naczynioruchowe, a w tkankach posiadających mięśnie nerwy ruchowe.

O lymfocytozie przy zapaleniu sympatycznym. (Über Lymphocytose bei sympathischer Ophthalmie). A. Purtscher i E. Koller (Wiedeń).

Badania autorów wykazały obecność lymfocytozy krwi we wszystkich przypadkach zapalenia sympatycznego. Zapalenie sympatyczne stwierdzone było już, to badaniem histologicznem już to tylko klinicznem. Badanie 16 przypadków *iridocyclitis chronica non sympathica* nie wykazywało nigdy lymfocytozy. Wyniki badań autorów są potwierdzeniem pierwotnych badań Ormonde'a, Gradle'go, Price Jones'a i Browning'a.

Revue Générale d'Ophthalmologie. R. 1912. Nr 7—12.
(Referent K. W. Majewski).

Ropień ciała szklistego u kobiety z cukrzycą z powodu czyraka na karku. (Abcès du corps vitré chez une femme diabétique, atteinte de furoncle à la nuque). H. Peretz (Kairo).

U kobiety 73-letniej, dotkniętej ciężką postacią cukrzycy, powstał na karku duży czyrak, a wkrótce potem wystąpiły objawy ropnego zapalenia śródgałkowego w oku prawem. Przebieg *panophthalmitis* był zupełnie typowy. Autor we francuskim szpitalu w Kairo dokonał ewisceracyi. Badanie bakteryologiczne wykazało zarówno w czyraku, jak w ropie śródgałkowej obecność gronkowca złocistego. Co do operacyi oświadcza się autor stanowczo za klasyczną ewisceracyą, a przeciw galwanokaustyce śródocznej, zalecanej przez Lapersonne'a.

Zaburzenia wzrokowe wskutek bezpośrednich obserwacyi ostatniego zaćmienia słońca. (Troubles visuels consécutifs à l'observation directe de la dernière eclipse de soleil). Valois i Lemoine (Never).

Autorowie zestawili 18 przypadków *scotoma helieclipticum*, przeważnie łżejszego typu. Nawet u chorych, u których bystrość wzroku w pierwszych dniach po obserwacyi zaćmienia była obniżona do $\frac{1}{10}$, po upływie trzech miesięcy objawy ustąpiły zupełnie, a przynajmniej nie dawało się wykazać *scotoma centrale*. Poza objawami klasycznymi zwrócili autorowie uwagę w pewnej części przypadków na niezwykle leniwe oddziaływanie źrenicy. Prócz tego niektórzy chorzy skarżyli się w początkowym okresie na wybitne żółtowiedzenie.

Uwagi w sprawie teoryi projekcyi wzrokowej. (Notes pour servir à l'étude des projections visuelles). Campos (Kairo).

Autor w dłuższym wywodzie zwalcza zapatrywania Parinauda, jakoby dwuwidzenie fizyologiczne punktów, względnie przedmiotów leżących poza horopterem miało być pochodzenia ośrodkowego i wynikało z czynności kory mózgowej. Wykazuje on za pomocą geometrycznych konstrukcyi oraz wzorów, które się nie nadają do streszczenia, że obrazy zdwojone, jakie powstają przy fizyologicznem widzeniu obuocznem polegają na prawidłowej i ściśle geometrycznej projekcyi wrażeń wzrokowych wywołanych na t. zw. nieopowiednich miejscach siatkówek.

Rozszerzenie źrenicy wywołane adrenaliną. (Mydriase due à l'adrénaline). Santos-Fernandez (Hawanna).

Autor zauważył po zapuszczeniu adrenaliny rozszerzenie źrenicy, objaw spostrzegany rzadko, o którym mimochodem tylko dotąd wzmiankowano w literaturze (Cords, Kuhnt, Loewy, Falta, Froehlich). Jest rzeczą godną uwagi, że adrenalina tylko w niektórych przypadkach wywołuje mierne rozszerzenie źrenicy, to też niektórzy autorowie (Gautrelet) nie wierzą w istnienie tego faktu. Najłatwiej można je zauważyć po zapuszczeniu adrenaliny do oka prawidłowego. W przypadkach zapaleń, gdy tęczówka przekrwiona, wielkość źrenicy nie doznaje żadnej zmiany. Autor tłumaczy sobie rozszerzenie źrenicy w pewnych razach zwiększeniem naczyń krwionośnych tęczówki.

Henryk Dor. 1835—1912. (Nekrolog). Prof. Rollet.

Czynne cofanie się gałki ocznej z równoczesnym mrużeniem powiek, oraz porażeniem akomodacji. (Enophthalmie active congénitale avec occlusion simultanée des paupières. Ophthalmoplégie interne associée). Auran (Lyon).

U 35-letniego mężczyzny z początkowymi objawami wiażdżenia spostrzegał autor porażenie akomodacji na oku prawem, które ustąpiło w stosunkowo krótkim czasie pod wpływem leczenia swoistego. Równocześnie okazywał chory zaburzenia ruchomości na oku lewem, istniejące od urodzenia. Przedstawiały one typowy obraz kliniczny, znany dopiero od lat niewielu, a mający za podstawę anatomiczną wrodzony brak mięśnia prostego zewnętrznego, którego miejsce zajmuje łącznotkankowe włókniste i zupełnie niepodatne więzadło. Ten stan rzeczy powoduje zupełne zniesienie ruchomości ku skroni, a równocześnie następują bezsilność, dobrze zreszlą rozwiniętego mięśnia prostego wewnętrznego. Przy usiłowanej addukcyi t. j. przy skurczu tego mięśnia gałka oczna nie może zwrócić się ku wewnątrz, lecz zostaje wciągniętą w głąb oczodołu. Równocześnie powieki przymykają się częściowo. W przypadku autora wszystkie te objawy występowały w wybitnym stopniu.

Po raz pierwszy syndrom ten został opisany w roku 1900 przez Wolfa. Po nim ogłosili podobne przypadki Türk, Collins, Sinclair, Fridenwald, Kuhn, Axenfeld, Schurenberg, Evans. W roku 1905 Duane zebrał już 54 spostrzeżeń. Obecnie przytacza autor jeszcze świeżo opisane przypadki przez Greena, Gałęzowskiego, Murraya, Browna, co razem z jego własnym czyni 59 spostrzeżeń.

Nowy przyrząd do narkozy eterowej przy operacjach ocznych. (Nouvel appareil à éthérisation pour la chirurgie oculaire). Rollet.

Autor oddawna zraził się do chloroformu z powodu kilku wypadków śmiertelnych, jakich był świadkiem. Od lat 14 używa do krótkich zabiegów ocznych, przy których znieczulenie miejscowe nie wystarcza, chlorku etylu (kelenu), nie zużywając nigdy więcej jak 10 cm³. Do większych operacyi, wymagających uśpienia używa wyłącznie eteru. Na 15.000 narkoz eterowych nie miał w swej klinice dotąd ani jednego zejścia śmiertelnego. Jako jedyną niedogodną stronę uśpienia ogólnego uważa R. źle obmyślane maski, które przeszkadzają przy operacyi, bo zasłaniają częściowo pole operacyjne, a w dodatku mogą stać się źródłem zakażenia rany. Dla usunięcia tego braku podaje autor przyrząd własnego pomysłu służący do wdechiwania eteru i zasłaniający tylko usta i nos operowanego. Dzięki temu urządzeniu operator nie jest zmuszony przerywać co chwilę operacyę dla narkozy, względnie narkozę dla operacyi.

Wyższość duboisyny nad atropiną w leczeniu chorób ocznych, zwłaszcza u dzieci. (La duboisine doit être préférée à l'atropine dans le traitement des maladies des yeux, surtout chez les enfants). Santos Fernandez (Hawanna).

Na wielu przykładach z własnej praktyki wykazuje autor, że duboisyna posiada stosunkowo w mniejszym stopniu własności trujące, niż atropina. Gdy $\frac{1}{2}\%$ roczyn atropiny, zwłaszcza wpuszczony do oka bez zmian zapalnych, wywołuje szczególnie u dzieci niejednokrotnie wyraźne objawy zatrucia, to z duboisyną mógł autor dojść bezkarnie nawet do 5% roczynu, nawet bez zachowania tej ważnej ostrożności, jaką jest zaciśnięcie kanalików łzowych podczas zapuszczania kropel. Pod względem siły rozszerzającej źrenicę i korzystnego wpływu na stan zapalny tęczówki i ciała rzęskowego duboisyna nie ustępuje wcale atropinie. Z tych względów autor zaleca u dzieci zawsze, a u dorosłych przynajmniej w tych przypadkach, gdzie *mydriatica* muszą być stosowane częściej i w większej ilości, zamiast atropiny używać duboisyny. mimo że cena tej ostatniej jest o wiele wyższą.

Wiestnik oftalmologii. R. 1912. Październik i Listopad.
(Ref. Dr M. Szafnicki).

Przeszczepienie przedniego odcinka gałki ocznej. Prof.
Szymanowski.

W ciągu kilkunastu lat autor przeszczepiał 6 razy przedni odcinek gałki, wyjętej już to za życia, już to po śmierci; w jednym przypadku w kilka godzin po zgonie. Przeszczepienia te robił za każdym razem innym sposobem, znajdując w każdym poprzednim przypadku pewne braki. Ostatecznie na podstawie tych 6-ciu przypadków przyszedł autor do następujących wniosków: Rogówkę można w całości przeszczepić i utrzymać ją w stanie zdolnym dla widzenia. Dla przeszczepienia można używać rogówek ludzi żyjących lub zmarłych, jednak w tym ostatnim razie nie później jak w $\frac{1}{2}$ —1 godziny po zgonie, Gałki od ludzi żyjących, a może też i od zmarłych, można przechowywać przy temperaturze 5° R. w pewnych płynach do 10-ciu dni bez utraty zdolności do życia. W przypadkach zupełnego przeszczepienia całej rogówki należy ją przeszczepiać wraz z tęczówką i przylegającą częścią rzęskową twardówki, jednak bez soczewki i prawdopodobnie lepiej bez ciała rzęskowego. Do przeszczepienia należy używać tylko ludzkich gałek. Płat przeszczepiony musi być jaknajstaranniej przystosowany do podłoża macierzystego (pozostałej części oka operowanego) i unieruchomiony gęstymi szwami, a rogówkę przeszczepioną, w celu ochrony jej od wszelkich zewnętrznych szkodliwych wpływów, należy na kilka pierwszych tygodni ochronić spojówką. W oku, na które przeszczepiono nową rogówkę, trzeba zachować w przednim odcinku naczyniówkę z ciałkiem rzęskowym i resztką tęczówki, siatkówkę i ciało szkliste. Oko, które ma być użyte do przeszczepienia, nie może być chore i słabe, a przeciwnie o ile możliwości najżywotniejsze, dlatego też najlepsze są oczy ludzi młodych.

W sprawie operacji dacryocystorhinostomia A. Totiego. Stud. S. Bohorad.

W klinice Uniwersytetu kijowskiego operowano tym sposobem 19 razy. W 78% przypadków wynik był znakomity.

O częstoci znajdowania wewnątrzkomórkowych wtrętów (ciałek Prowazek-Halberstaedter'a) przy jaglicy i innych cierpieniach spojówki na podstawie badań przeprowadzonych w pracowni szpitalnej. E. G. Łazariew i M. D. Pietrow.

Praca doświadczalna, nie oryginalnego nie przedstawiająca.

W sprawie—czy można mówić prawdę chorym, którym grozi ślepotą. Prof. S. W. Łobanow.

Właściwie autor omawia pytanie, czy można mówić chorym, którzy już zaniewidzieli, prawdę. Jest on zdania, że nie można kategorycznie powiedzieć, jak należy postępować z chorymi, którzy jeszcze nie byli u żadnego okulisty, tym zaś, którzy już radzili się poprzednio i którym lekarz powiedział, że nie da się wzroku przywrócić, należy, według autora, mówić to samo, żeby nie podrywać zaufania i powagi kolegi.

Przyczynek do kazuistyki powstawania tkanki kostnej w spojówce powiekowej. Dr A. Wakulina.

Autorka uwzględnia szczegółowo odnośną literaturę, następnie opisuje swój przypadek dotyczący kobiety 24-letniej. Na oczy nie chorowała nigdy. Prawe oko prawidłowe. Na lewym oku opadnięcie i lekkie zgrubienie górnej powieki. Na obu załawkach wyniosłości twarde wielkości ziarna konopi. Pod mikroskopem tworzy te przedstawiają utkanie kostne, w którym kilka ognisk tkanki łącznej skrobiowało zwyrodniałej. Autorka przytacza wszystkie znane teorie powstawania tkanki kostnej, a sama przychyliła się do tej, która głosi, że początkowo powstaje zwyrodnienie skrobiowate, następnie ulegają zwyrodniałe ogniska częściowemu wessaniu, przychodzi do wytwarzania się złogów wapna, które drażnią tkankę łączną, komórki jej zaczynają bujać i powstaje młoda tkanka, z której, jako z tkanki kostnotwórczej, rozwija się następnie typowa kość.

Rzadki przypadek pasmowatego tworów w ciałku szklistem. A. A. Bugajew.

Autor badał mężczyznę 21-letniego. Prawe oko zewnętrznie prawidłowe. V $\frac{1}{\infty}$ proj. db. Wziernikując, zauważył, że całe dno widać we mgle. Na dnie zanikowe plamy, jakoby ślady po przebyłym krwotoku siatkówkowym, a od tarczy ku przodowi i ku górze pasmo zielonkawo-szare, ku przodowi nieco się rozszerzające. Chory tem okiem jakoby od urodzenia nie widzi. Na drugim oku

V 0·6 Hp. 2, małe *coloboma chorioideae*. Autor uważa zmianę w prawem oku, jako *retinitis proliferans*, lecz równoczesna wada rozwojowa w oku lewem każe mu się wahać, czy niema tu do czynienia z *arteria hyaloidea persistens*.

O operacji Wicherkiewicza, zapobiegającej zapaleniu sympatycznemu (Tenotomia wszystkich prostych mięśni ocznych). Dr J. K. Ruszkowski.

Dziwnem się autorowi wydaje, że o stosowaniu operacji prof. Wicherkiewicza nigdzie w literaturze żadnej wzmianki znaleźć nie mógł, chociaż już przed 5 laty została ogłoszona*). Zachęcony dobrymi wynikami, które miał sam wynalazca, autor wykonał tę operację w 3-ch przypadkach ze znakomitym skutkiem. W pierwszym chodziło o chłopca 16-letniego. Rozpoznanie: *conj. blennorrh. chron. o. utr. leuc. corn. adhaer. occl. pup. o. dex. staphyloma corn. totale recens. o. sin.* T. pro. — 2, lo. n. Na prawem oku wykonano irydektomię, a na lewem przypalenie garbiaka, przyczem wypadło c. szkliste. Wypadnięte c. szkliste zaczęło ropieć, wystąpiły zaczerwienienie i silny ból oka. Ropienie pod odpowiednimi zabiegami ustąpiło, jednak została przetoka, przez którą wydobywało się c. szkliste. Przypalono przetokę, Tra iodi i chorego w dobrym stanie wypuszczono z kliniki. V pro. $\frac{5}{200}$. Po 10 ciu dniach zgłosił się powtórnie. Lewe oko podrażniczne i bardzo bolesne na dotyk, również i prawe oko bolesne. W następnych dniach objawy wzmagaly się. Wykonano operację Wicherkiewicza na oku lewem. W dwa tygodnie potem zanotowano: oczy blade V p. o. $\frac{10}{200}$. W rok potem V p. o. 0·1 Mp. 3·5, l. o. zupełnie ruchome i niebolesne. W drugim przypadku również znaczne polepszenie, lecz niestety chorą obserwowano tylko 10 dni po operacji. Trzeci przypadek dotyczył dziewczyny 10-letniej. Prawe oko przed 9 miesiącami skaleczone widelcem. Rozpoznanie: *iridocyclitis traumatica. Catar. traum. resorpta. Atrophia bulbi. Synech. post. circ. o. dex.* V p. o. 0, l. o. 0·6 c. cyl. $\pm 2\cdot5^{\circ}$. T. p. o. — 2, l. o. n. Na lewem oku światłowstręt. Wykonano tenotomię wszystkich mięśni. W 2 tygodnie potem V. l. o. 0·7, a w dwa miesiące V. l. o. 1. Po 8-miu miesiącach stan lewego oka bez zmian, a prawe więcej ku przodowi wystaje, niż poprzednio, blade, ruchome, niebolesne i więcej się nie pomniejsza.

*) Obce narody o nas zwykle, a często zasadniczo milczą, swoi zaś o rozgłos zdobywcy ziomeków nie dbają. Nie rzadki to objaw.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z obrad Polskiego Tow. okulistycznego
w Królestwie Polskiem za rok 1911.

Podał

Dr med. A. PARADOWSKI.

**Protokół ogólnego posiedzenia rocznego dnia 19-go
stycznia 1911 r.**

Obecnych 14-u członków.

Sekretarz odczytuje sprawozdanie z czynności Towarzystwa
w roku 1910.

Z wyborów członkami Zarządu Towarzystwa zostali: prze-
wodniczący kol. Br. Ziemiński, zastępca przewodniczącego kol.
B. R. Gepner, sekretarz-skarbnik kol. Ant. Paradowski.

W poczet członków Towarzystwa przyjęty został kol. Bron.
Koziorowski; opuściło grono Tow. dwóch: kol. Juliusz Mut-
termilch i kol. Stan. Popławska.

Endelman pokazuje dziecko 14-miesięczne dotknięte obu-
stronnym glejakiem siatkówki. Lewe oko znajduje się
w okresie ślepego oka kociego. Żrenica umiarkowanie rozszerzona
z żółto-złocistym odbłaskiem; ciśnienie śródoczne wzmożone. Prawe
oko: żrenica nieco węższa, tęczówka niezmieniona, ciśnienie śród-
oczne prawidłowe; wziernik wykazuje odklejenie ograniczone siatk-
kówki w odcinku wewnętrzno-dolnym dna ocznego o wyraźnie za-
rysowanych brzegach i wybitnie rozwiniętych naczyńach krwio-
nośnych, żrenica na światło nie oddziaływa. Dziecko, które jeszcze
przed dwoma tygodniami samo chodziło, wyciągało rączki po za-
bawki—obecnie nie może poruszać się w pokoju bez pomocy obcej
i niema nawet uczucia światła, gdyż nie oddziaływa na rzucanie
promieni świetlnych.

Ziemiński przedstawia ze swego oddziału szpitalnego:

1) przypadek glejaka siatkówki oka lewego u dzie-
wczynki w wieku około 3 ch lat, u której przed paru miesiącami
matka dostrzegła odbłask żółto-złocisty ze żrenicy, która stała się
szersza, niż w oku prawem. Dziecko do owej pory było ogólnie
zdrowe, nie chorowało też na oczy. Starsze rodzeństwo chorej cie-
szy się dobrem zdrowiem i ma oczy zdrowe. Ciotka, siostra ojca,
zmarła w 29-ym roku życia w trzy miesiące po rozpoznaniu guza
w jamie brzusznej, który, jak pono lekarze orzekli »nie nadawał
się do operacji«. Z oględzin dziecka przy oświetleniu z boku wy-

nika, że źrenica lewa jest nieruchoma, szeroka, choć nie wpuszczono atropiny, niema zrostów tylnych tęczęwki. Masy czerwono-żółte o połysku metalicznym wrastają w ciało szkliste, ich powierzchnia jest guzkowata. tu i ówdzie biało nakrapiana — po niej biegną liczne naczynia nowowytworzone, wężykowate. Wskutek wygórowania dno oka połyskuje w cieniu (*ślepe oko kocie*). Napięcie gałki jest nieco zwiększone. Wobec wieku dziecka (ma mniej niż 3 lata), wobec tego, że nie przechodziło ostrych chorób zakaźnych (odry, płonicy, duru, zapalenia opon mózgowych), wobec braku tylnych zrostów tęczęwki, wobec tego, że oko nie doznało urazu i wobec tego, że napięcie gałki nie jest obniżone — rzecz nieprawdopodobna. aby tu zachodziła jedna z postaci niby—glejaka (gruźlica naczyniówki [*tubercula conglomerata, tuberculoma*], lub obecność we wnętrzu oka błon pochodzenia płodowego albo grubych błon łączno-tkankowych po *choroiditis exsudativa ex Embolia infectiosa vel E. toxica, Iridocyclitis metastatica*, czy po *abscessus corporis vitrei* — niekiedy z urazu). Niewątpliwie więc rozwija się w tem oku glejak siatkówki, który przechodzi z okresu spokoju w okres zadrażnienia. Drugie oko jest zdrowe.

2) Przypadek pierwotnej prosówkowej gruźlicy spojówki gałki lewej i nacieku, obficie unaczynionego, rogówki tegoż oka. Na spojówce gałki od skroni w pobliżu rąbka i na nim w części dolnej i skroniowej widać guzki rozsiane, drobne, liczne, szaroróżowawe, widać je i na skraju rogówki, nadto cała ćwiartka górno-skroniowa i zewnętrzna połowa górno-nosowej ćwiartki rogówki jest w osnowie utkania zaćmiona i unaczyniona; w obrębie zaćmienia można dostrzedz pod lupą tu i ówdzie ogniska okrągławe. bladeżółtawe (gruzełki). Wokoło rogówki istnieje wyraźny nastrożek naczyń spojówki i niezbyt wydatne nastrożnienie spojówki gałki w stronie skroni. We wnętrzu oka zmian chorobowych nie dostrzeżono. Drugie oko zdrowe. W tym przypadku przed 5-ciu tygodniami wstrzyknięto pod spojówkę gałki w pobliżu dolnego załamka 0.5 grama 1^o/_o roztworu hetolu. Chora nie doznała silniejszego bólu przy i po wstrzyknięciu. Nazajutrz dostrzeżono w okolicy wstrzyknięcia guzowatość napiętą, wielkości dużego migdała, niebolesną na dotyk, trudno przesuwalną, w tej okolicy nastrożnienie naczyń spojówki jest znaczniejsze. Po 2-ch dniach wstrzyknięto równą ilość hetolu pod spojówkę górnej części gałki; po tym zabiegu powstał guz podobny, lecz nieco większy, niż w dolnej części gałki — guz nie chęłbocze, jest napięty, nietkliwy na dotyk. Po upływie 3-ch tygodni dolna guzowatość bardzo nieznacznie się zmniejszyła, górna zaś zmiękła, a za naciskiem z otworu w spojówce, który powstał przy wstrzyknięciu występuje biała

masa serowata, mazista. Tak wydatny i tak długotrwały odczyn po wstrzyknięciu 0.5 gr 1% roztworu hetolu chyba rzadko się zdarza. Trzeba zaznaczyć, że obecnie wysypka gruzelków prosówkowych na spojówce gałki lewej znikła bez śladów widocznych, a zaćmienie i unaczynienie rogówki wyraźnie się zmniejszyło.

B. R. Gepner: Dn. 18. XII. 1910. B. W., robotnik kolei Nadw., został uderzony w oko lewe kawałkiem żelaza, który odskoczył z pod młota. Blizna twardówki na granicy z rogówką długa przeszło 1 cm. *Coloboma iridis* w kierunku blizny, jakby po szerokiej irydektomii. Chory przybył do Instytutu na trzeci dzień po wypadku z raną pokrytą obrzękłą łącznicą. Pod ezeryną i opaską rana zagoiła się; w jej końcach jeszcze niedawno były dwa pęcherzowate wypuklenia, z których górne wygładziło się samo, dolne zaś większe po przecięciu nożykiem. Wypadnięcia tęczówki ani ciała rzęskowego nie było. Należy przypuszczać, że sam uraz był tak gwałtowny, że wepchnął tęczę ku wewnątrz. Soczewka nie jest zwichnięta. Plamka żółta przedstawia się pod postacią szarżółtej plamki, otoczonej nieprawidłowym czerwonym rąbkim. Ostrość widzenia oka lewego z soczewką wklęsłą 4.0 D wynosi 0.1. Ostrość widzenia oka prawego 1.0. Oftalmometr Javala wykazuje w oku lewym niezborność 3.0 D — oś 10° ku skroni. Wobec tego, że oko to uległo ciężkiemu urazowi, który może pociągnąć za sobą dalsze następstwa, należy przyznać w tym przypadku 30% utraty zdolności zarobkowania.

2) Dn. 7. XI. 1910. Cich. Bolesław, 18 lat, został raniony w oko lewe. Wtedy widać było w górnej części rogówki ranę liniową, częściowe oddzielenie tęczówki od kółka rzęskowego, ograniczone zaćmienie rogówki i wybroczyny do ciała szklistego. Ciało obce metaliczne tkwiło bardzo obwodowo w dolnej części ciała szklistego. 10. XI. 1910. wydobyto elektromagnesem Hirschberga ciało obce wagi 22 mm przez cięcie w twardówce. 27. XI. 1910. Męty w ciałku szklistem; oko niepodrażnione; V. oc. sin. — 0.5. 10. XII. 1910. Znaczne osłabienie wzroku, świeże krwotoki i męty. 15. XII. 1910. Oderwanie siatkówki; V — 0.01. Zastosowano dioninę w proszku w sporych ilościach trzy razy dziennie. Dziś: oderwania siatkówki niema; sama siatkówka nieco mętna; w dolnej części bardzo dużo czarnego barwnika — pozostałości krwotoków. W górnej części w dwóch miejscach widać obnażenie twardówki — prawdopodobnie w miejscu pierwotnego odbicia się ciała obcego. V — 0.3.

3) Przypadek *chorioretinitis circumscripta specifica*. Chory, Cz. Antoni, przed 7 miesiącami, po dłuższej podróży pieszej, zauważył mroczki przed okiem prawym, które odłąd coraz więcej mu

przeszkadzają. Przed 16 laty miał jakąś chorobę specyficzną, ale leczenia ogólnego nie stosował. Czuje się zupełnie zdrowym, żonaty, dzieci nie miał. W zewnętrzno-dolnej części pola oftalmoskopowego oka prawego w siatkówce i naczyniówce ognisko chorobne wielkości paru tarcz nerwu wzrokowego; w znacznej części tego ogniska naczyniówka uległa już zanikowi, w dolnej części istnieje nacieczenie szaro-żółte znacznie nad poziom wyniesione (do 4·0 D). Na obwodzie dużo barwnika. W pobliżu głównego ogniska kilka mniejszych świeżych barwy żółtawo-czerwonej ze zrzedzeniem nabłonka barwinkowego. W ciałku szklistem dużo drobnutkich mętów. V. o. d. — 0·6. V. o. sin. — 1·0. Wassermann + 1.

Czyżewski: Dn. 11. I. 1911. zgłosił się do ambulatoryum Instytutu oftalmicznego Józef Gr., l. 34 i podał, że poprzedniego dnia został uderzony widłami w oko lewe. W chwili uderzenia poczuł w oku silny ból, nagłą jasność i zauważył, że zupełnie zaniewidział na to oko. Wymiotów, zawrotu głowy, utraty przytomności, krwotoku z nosa, ust i z ucha nie było. Wogóle po wypadku czuł się zupełnie dobrze. Przed wypadkiem widział okiem lewym również dobrze jak i prawem. Badanie wykazało: górna powieka oka lewego nieznacznie obrzmiała i zaczerwieniona; w wewnętrznej części powieki górnej widać ranę długości $1\frac{1}{2}$ cm; kierunek jej prawie pionowy; ruchy gałki prawidłowe; środki łamiące oka prawidłowe; źrenica lewa nieco szersza niż prawa, na światło leniwie oddziałują; w tarczy i naczyniach siatkówki niema zmian chorobnych; w okolicy płamki żółtej obrzęk siatkówki szarego koloru, płamka zaś ma barwę czerwoną; brzeg oczodołu gładki, niebolesny przy uciskaniu. V. o. sin. — 0; v. o. d. — 1·0. Pole widzenia oka prawego prawidłowe. Rozpoznanie: »uszkodzenie nerwu ocznego w okolicy między dziurą wzrokową a wejściem naczyń siatkówki do nerwu».

2) U dziecka 2 letniego po kilku tygodniach leczenia na zapalenie pryszczykowe rogówki utworzył się w przednich warstwach rogówki oka prawego guzek wielkości ziarnka grochu. Pochodzenie guzka niewiadome. Oko lewe: zapalenie pryszczykowe rogówki.

Protokół posiedzenia dn. 16-go lutego 1911 r.

Obecnych 13 członków.

Czyżewski przedstawia pokazywany na posiedzeniu poprzedniemu przypadek guzka niewiadomego pochodzenia w przednich warstwach rogówki u 2-letniego dziecka. Ten guzek, po zastosowaniu atropiny i maści żółtej, znikł, pozostawiwszy nieznaczne zaćmienie rogówki.

B. R. Gepner: Przypadek niezwykłych zmian w siatkówce i naczyniówce. W oku lewem środkowa część pola wzernikowego przedstawia bardzo silne zabarwienie czarniawe, zwykłe u brunetów, bez widocznej jednak ziarnistości; na tem tle są rozrzucone większe kłęby, jakby splecionych nici, czarnego barwnika, pokrywające miejscami naczynia; ku równikowi oka zabarwienie ciemne dość ostro się kończy; odtąd barwnika jest wogóle mało, za to są liczne ogniska zapalne w siatkówce i naczyniówce dawnego pochodzenia. W oku prawem całe dno zlekka tylko szyfrowo zabarwione z ogniskami zapalnego pochodzenia i drobnymi plamami barwnikowemi. Okolica plamki żółtej w obu oczach szarawo-biała o różnem natężeniu zabarwienia, przez co ma wrażenie falistości. V. o. d. — 0 02; V. o. sin. — 0·1. Pole widzenia obwodowo nie zwężone; w środku przerwy dość niekształtne dla białego koloru; chory odczuwa barwę czerwoną, zieloną i niebieską tylko w niektórych wycinkach pola widzenia, nieprawidłowo rozrzuconych. Z wywiadów żadnych wyjaśnień, co do pochodzenia tej sprawy, nie otrzymano. Osłabienie wzroku w oku lewem rozpoczęło się przed rokiem, w prawem przed 8 miesiącami. Chory służył w wojsku i cieszył się dobrem zdrowiem. W a s s e r m a n n ujemny.

2) Kw., lat 42, zapalacz lamp, od 5-ciu miesięcy choruje na oko lewe: chory odczuwa nieznaczne klucie w oku i światłowstręt. Wewnętrzna połowa i dolna część rogówki barwy perłowej, dość gładka o połysku sadłowatym, oddzielona od zdrowej rogówki wązkim rowkiem białym, ostro odgraniczonym, po za który przechodzi lekkie białawe zaćmienie z głębokimi naczyniami; oddzielnie owrzodzenie okrągłe o średnicy 1 mm. Od strony wewnętrznej w zaćmioną część rogówki wchodzi z łącznicy szerokie, rozgałęziające się naczynie krwionośne. Schorzała część rogówki przed paru tygodniami była nieco wyniesiona nad poziom zdrowych części rogówki, obecnie jest zapadnięta, miękka, czułość jej zmieniona; ciecz wodna nie zmętniała; źrenica oddziaływa prawidłowo. Łącznica powiekowa zdrowa, gałkowa zlekka nastrzyknięta. Sprawa postępuje i kilkakrotne wyskrobywanie dotąd jej nie ograniczyło. Badanie bakteryologiczne wykryło tylko *bac. xerosis*; pleśni nie było.

W dyskusyi Ziemiński zaleciłby w tym przypadku oględne stosowanie nalewki jodowej do schorzonej okolicy rogówki.

3) 42-letni włościanin w maju 1910 r. uległ zranieniu oka prawego, które obecnie jest w zaniku bez objawów bolesności lub podrażnienia. Przed trzema tygodniami przybył do Instytutu Oftalmicznego z powodu owrzodzenia w środku rogówki oka lewego z opadem ropnym (*ulcus centrale hypopyon*). Sprawa trwa już

kilka tygodni. Przewód łzowy drożny. Żrenica obrączkowo przyrośnięta, wysięk zleпка ją zasłania. Owrzodzenie zagoiło się z pozostawieniem niewielkiego zaćmienia, pokrytego nabłonkiem (leczenie: opaska ogrzewająca, atropina, dionina in substantia, maść szkarłatna). Przed dwoma dniami chory zauważył pogorszenie wzroku. Badanie wykryło liczne osady na wewnętrznej powierzchni rogówki. Wobec tego rozpoznano zapalenie współczulne oka lewego, które musi trwać od dłuższego czasu i spowodowało zarośnięcie oraz odgrodzenie źrenicy, które na razie można było położyć na karb owrzodzenia rogówki; przyłączyło się ono tylko przypadkowo i zaostrzyło chwilowo przycichłą sprawę współczulną.

Protokół posiedzenia dn. 16-go marca 1911 r.

Obecnych 15-stn członków i 4-ch gości.

Wulffson pokazuje niezwykły przypadek choroby Basedowa. Chory, S. M., 45 letni. Choroba powstała przed 4-ma miesiącami: silne bóle głowy, lekki stan gorączkowy i osłabienie ogólne. Przedtem nigdy nie chorował; zawsze, podobno, miał gałki nieco wysadzone. Za przymiotem nie przemawia; wynik badania nosa i gardła ujemny. Stan chorego przed trzema miesiącami był następujący: nieznaczne wysadzenie gałki ocznej prawej, wyraźne zaś lewej, przytem obrzęk spojówki i powiek. Ruchy tego oka na zewnątrz trochę ograniczone i bolesne; bolesność uciskowa w głębi oczodołu. Silne bóle głowy, przeważnie lewostronne. Obraz wzornikowy prawidłowy. Wyraźnych objawów choroby Basedowa niema. Stan zapalny oka lewego stopniowo ustępował (stosowano ciepłe okłady); wygoiło się też powstałe z powodu niedomykalności powiek zapalenie rogówki. Natomiast coraz wyraźniej zaczęły występować objawy choroby Basedowa: drżączka, przyspieszenie tętna, objawy Graefego i Stellwaga. Powiększenia gruczołu tarczowego dotąd niema. Obrzęk spojówki i powiek obecnie ustąpił zupełnie; bolesność w oczodole znacznie się zmniejszyła. Choroba, która początkowo robiła wrażenie zapalenia okostnej lewego oczodołu, okazała się w dalszym przebiegu jako choroba Basedowa z silnie uwydatniającymi się lewostronnymi objawami ocznymi.

Bychowski: »O zaburzeniach wzroku przy cierpieniach w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych z pokazem chorych i preparatów«.

Na początku swego odczytu B. omawia anatomię skrzyżowania, jego stosunek do siodła tureckiego, przysadki mózgowej i naczyń, pokazując preparaty odnośne. Następnie przechodzi do nowych badań nad przypuszczalną rolą przysadki w gospodarce

organizmu. Ustalono fakt powiększenia przysadki podczas ciąży. Przy nowotworach przysadki powiększa się siodło tureckie i zmienia się jego postać, co można stwierdzić za życia zapomocą promieni Roentgena (pokaz klisz i preparatów). Nowotwory przysadki często uciskają na skrzyżowanie, co klinicznie się objawia pod postacią widzenia połowicznego. Wskutek niezupełnie równomiernego ucisku na skrzyżowanie pole widzenia w takich przypadkach rzadko ma wygląd geometrycznie prawidłowy, co szczególnie się zaznacza w pierwszych i ostatnich okresach choroby. Klinicznie nowotwory przysadki dają akromegalię i przerost tłuszczowo-płciowy (pokaz dwóch takich chorych, u których rozpoznanie nowotworu przysadki zostało potwierdzone przez operację). Następnie B. pokazuje zdjęcia pola widzenia z utratą połów skroniowych u innych spostrzeganych przez się chorych. Bywają przypadki powiększenia przysadki bez zmian ocznych, mianowicie, kiedy guz rośnie w kierunku z góry na dół (pokaz klisz i fotografii przypadku *dystrophiae adiposo-genitalis*). Przy nowotworach przysadki najczęściej zachodzi prosty zanik tarczy. Spotyka się jednak przypadki widzenia różnoimiennymi połowami oczu (skroniowemi) bez zmian wziernikowych. Najrzadziej się zdarza zapalenie nerwu wzrokowego (*neuritis optica*) i to wskazuje na pewną komplikację (opis przypadku torbieli przysadki i nowotworu mózdzku z objawami *dystrophiae adiposo-genitalis* i zapalenia nerwu wzrokowego). Przy urazach czaszki również spostrzegano widzenie różnoimiennymi połowami oczu (skroniowemi) bez zmian widocznych na dnie oka. Przymiotowe zapalenie opon mózgowych u podstawy mózgu często towarzyszy widzeniu skroniowemi połowami oczu, które wtedy ma wygląd niestały, często się zmieniający (pokaz rysunków). B. pokazuje i szczegółowo omawia 40 letnią chorą z daleko posuniętym widzeniem skroniowemi połowami oczu bez zmian wziernikowych, u której niema objawów ani nowotworu przysadki ani przymiotu, mimo to zamierza stosować u niej leczenie swoiste rtęcią. Nareszcie zwraca uwagę na możliwe uszkodzenie skrzyżowania przy stwardnieniu naczyń (*art. cerebralis ant.*). B. stawia wnioski następujące: 1) widzenie skroniowemi połowami oczu daleko częściej zachodzi, niż to się sądzi; 2) klinicznie takie widzenie nigdy się nie przedstawia tak symetrycznie jak to opisują w podręcznikach; 3) przy widzeniu połowami skroniowemi oczu tarcza może być niezmienną, albo ulegać zanikowi prostemu; 4) badanie systematyczne pola widzenia należałoby stosować daleko częściej niż to dotychczas się dzieje, tembardziej, że obecnie nowotwory uciskające na skrzyżowanie nadają się do leczenia chirurgicznego.

Protokół posiedzenia dn. 20-go kwietnia 1911 r.

Obecnych 10-ciu członków i 2-ch gości.

Endelman pokazuje: 1) chorego lat 62 z miażdżycą naczyń (przed paru laty był udar mózgowy) i cukrzycą, który od 2-ch miesięcy dostrzegł na obu gałkach ocznych, w obrębie szczeliny powiekowej, plamy czerwone, które stale acz zwolna się powiększają. Oględziny chorego wykazują ograniczony prawie ściśle do obrębu szczelin powiekowych nastroży naczyń powierzchownych (spojówkowych) i głębokich (twardówkowych). W oku prawem, w zewnętrznym kącie, gdzie nastroż ma barwę ciemno-karminową, widać na bardzo ograniczonej przestrzeni (wielkości ziarnka prosa) ścięczenie twardówki w postaci plamki barwy szyfrowej. Takiegoż rodzaju plamkę, aczkolwiek jeszcze mniejszą, znajdujemy u wewnętrznego kąta oka lewego. Poza temi zmianami stan oczu jest zupełnie prawidłowy. E. uważa ten przypadek za zapalenie nader przewlekłe tkanki nadtwardówkowej na tle cukrzycy.

2) Przypadek wrodzonych zboczeń zdolności ruchowej oczu. M. F., lat 47, nigdy nie doznawał żadnych dolegliwości ze strony oczu. Ile sięga pamięcią, asymetryczne ustawienie gałek istnieje od lat najmłodszych. Prawa szczelina powiekowa nieco szersza od lewej. Prawa gałka stoi wyżej i zlekka ku wewnątrz. Przy poruszaniu oczu w prawo gałka prawa niezupełnie dochodzi do kąta zewnętrznego (osłabienie mięśnia prostego, prawego, zewnętrznego); w górę i ku dołowi gałka prawa sunie równomiernie z lewą, jest jednak nieco posunięta ku górze, odpowiednio do odchylenia zasadniczego. Najbardziej godne zaznaczenia jest zaburzenie zdolności ruchowej gałki prawej przy patrzeniu w lewo: gdy przy otwartych obu oczach gałka lewa kieruje się w lewo, prawa wykonywa ruch bardzo nieznaczny w lewo, a jednocześnie wyraźnie sunie ku górze i cofa się do oczodołu (*retractio*). Jeżeli zasłonimy oko lewe i każemy patrzeć w lewo — to wówczas gałka prawa sprawnie wykonywa ten ruch. Dwojenia chory sam nie doznaje. Dopiero przy badaniu szklami barwnymi występuje dwojenie w kierunku pionowym, jak przy porażeniu dolnego prawego mięśnia prostego lub skurczu górnego mięśnia prostego. Poza temi zbozeniami zdolności ruchowej gałek i niezborności oka prawego z upośledzeniem ostrości wzroku — oczy są zdrowe. Zaburzenia powyższe należy uważać za wrodzone, na co wskazują wywiady, brak dwojenia i osuwanie się gałki w stronę lewą. Najprawdopodobniej zachodzi tu nieprawidłowość przyczepu prawego górnego mięśnia prostego wraz z zaburzeniami skojarzenia ruchów obu gałek, gdyż lewy mięsień prosty zewnętrzny działa równocześnie z prawym górnym mięśniem prostym.

Następnie kol. B y c h o w s k i uzupełnia kilku uwagami swój odczyt, który wygłosił na posiedzeniu poprzednim. B. zaznacza, że widzenie połowiczne z brakiem połów nosowych pola widzenia w obu oczach (*hemianopsia binasalis*) nadzwyczajnie rzadko się zdarza; w tym razie czynniki szkodliwe muszą działać jednocześnie na oba kąty boczne skrzyżowania nerwów wzrokowych, przyczem ulegają zniszczeniu włókna nieskrzyżowane ze skroniowej połowy każdej siatkówki, chory traci więc połowy nosowe pola widzenia w obu oczach. W czasie ciąży zwykle powiększa się przednia część przysadki, co wywołuje u niektórych chorych widzenie połowiczne z brakiem połów skroniowych pola widzenia (*hemianopsia bitemporalis*); ten objaw znika po przejściu ciąży. Doniosłą rolę przy rozpoznaniu nowotworów przysadki mózgowej odgrywają promienie Roentgena. Przy nowotworach mózgu prawie zawsze naprzód występuje zanik prosty nerwów wzrokowych, gdy przy nowotworach przysadki mózgowej bardzo często niema zmian na dnie oka. W przysadce mózgowej najczęściej rozwijają się gruczolaki. Przy wzmożonej czynności przysadki powstaje akromegalia. Stwardnienie tętnic oraz i przypadki zapalenia opon mózgowych podstawy mózgu również mogą wywoływać zaburzenia wzroku. Przeciwnie w stosunku do przysadki mózgowej pod względem czynności fizjologicznej zachowuje się ciało szyszkiowate (*gl. pinealis*), którego wydzielanie wewnętrzne ma pewien wpływ na dojrzałość płciową. B. przytacza przypadek Sławicha: u 7-letniej dziewczyny ze wszelkimi objawami dojrzałości płciowej ukazały się objawy nowotworu mózgu (tarcza zastoinowa); w krótkim czasie nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała obecność nowotworu gruczolu szyszkiowatego. Następnie B. pokazuje chorą, która straciła w obu oczach połowy skroniowe pola widzenia (*hemianopsia bitemporalis*); z początku przy wziernikowaniu zmian na dnie oka nie było; promienie Roentgena również nic nie wykazywały. Zastosowano 18 wstrzyknięć rtęci sozjodolowej (0.02), poczem pole widzenia znacznie się rozszerzyło i chora znacznie lepiej widzi; natomiast ukazały się podejrzane zmiany w tarczach nerwów wzrokowych. Postanowiono dalej stosować leczenie rtęciowe.

W dyskusyi nad tym odczytem E n d e l m a n zapytuje mówcę, czy w swoim tak licznym materiale klinicznym spotykał objaw połowicznego oddziaływania źrenic (*reactio pupillaris hemianopsica*). E. bada wszystkich chorych odpowiednich, lecz dotychczas ani razu nie udało mu się stwierdzić tego objawu. Co się tyczy zmian wziernikowych u chorych, dotkniętych schorzeniem przysadki mózgowej, zwłaszcza w przebiegu akromegalii, już dawniej zwróciła uwagę E-a niewspółmierność między zmianami wziernikowemi

i podmiotowem badaniem wzroku: najczęściej wzrok bywa znacznie upośledzony przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian na dnie oka; taki stan może trwać lata całe, na przykład, u pewnej akromegaliczki, która od dwóch lat zupełnie ociemniała na jedno oko, na tarczy nerwu wzrokowego brak jakichkolwiek zmian zanikowych. Zjawiska tego E. nie umie sobie wytłumaczyć, gdyż utrata wzroku może być wywołana jedynie przez ucisk rozrastającej się przysadki na nerw wzrokowy; zmiany zaś miejscowe po tak długim okresie czasu — należałoby się spodziewać — już dawno powinny były ujawnić się w postaci całkowitego zaniku tarczy nerwu wzrokowego. Bychowski w odpowiedzi zaznacza, że oddziaływanie połowiczne źrenic może wystąpić tylko w tych przypadkach, gdy czynnik szkodliwy ma siedzibę między skrzyżowaniem nerwów wzrokowych i ciałkami czworaczymi (w pasmie n. wzrokowego).

Protokół posiedzenia dn. 18-go maja 1911 r.

Obecnych 14-stu członków.

Cetnarowicz pokazuje chorą 17-letnią z guzem w okolicy wewnętrznej prawego oczodołu, ponad workiem łzowym; guz wystaje znacznie ponad poziom otaczającej go skóry powieki górnej i nasady nosa: średnica guza wynosi 12 mm; jest on dość miękki i jakby chęłbocze; po jego środku wyczuwa się powrózek nierówny, twardy, który poniekąd dzieli guz na dwie równe części wzdłuż całej jego długości. Z workiem nosowo-łzowym związku niema (woda swobodnie przechodzi przez prawy przewód łzowy). Przed 10-ciu laty już był operowany przez chirurga, lecz po pewnym czasie nastąpiła recydywa; w roku zeszłym operował go Cetnarowicz, lecz po kilku miesiącach znowu się pojawił. Podczas operacji określono charakter guza, jako torbieli śluzowej, głęboko zachodzącej poza gałkę oczną, mającej prawdopodobnie związek z jamą czaszkową. Obecnie poważną trudność stanowi udzielenie odpowiedniej pomocy chorej.

Ziemiński zaznacza, że w tym i podobnych przypadkach (zmiany chorobne oczodołu lub dróg łzowych) przedewszystkiem należy dokładnie zbadać stan nosa i jam (zatok) obocznych. Postępowanie odpowiednie zależy od wyniku tego badania.

Czyżewski pokazuje chorego z cierpieniem rogówki oka prawego: na rogówce prawie pośrodku jej znajduje się plamka szaro-biała, zlekka wyniesiona nad poziom rogówki, pokryta nabłonkiem, podrażnienie gałki ocznej nieznaczne; obwodowe części rogówki prawidłowe. Zmiany powyższe w rogówce stopniowo się rozwijały w ciągu 1½ roku z przyczyny niewiadomej.

Ziemiński przypuszcza, że w tym przypadku zaćmienie

rogówki mogłoby być następstwem niedostatecznej domykalności powiek.

B. R. Gepner i Kamocki uważają, że zmiany w rogówce są głębsze, pokryte nabłonkiem, zatem i niedomykalność powiek nie może być bezpośrednią przyczyną tego schorzenia.

Cetnarowicz przypuszcza, że to jest stara blizna, pozostała po oparzeniu rogówki.

Endelman pokazuje przypadek zapalenia siatkówki z rozrostem tkanki łącznej (*retinitis proliferans*). Chory lat 26, przed 1 $\frac{1}{2}$ rokiem miał owrzodzenie na członku, żonaty, żona ronila trzy razy, potem urodziła dziecko żywe. Na oko lewe nie widzi od lat 20 po uderzeniu kłamrą od paska. Przed 5-ciu miesiącami stopniowo zaczął tracić wzrok w oku prawem tak, że przez pewien czas (przed 3-ma miesiącami) nie widział nic zgoła; przed 2-ma miesiącami nastąpiła nieznaczna poprawa wzroku, trwająca do dnia dzisiejszego. W oku lewym zaćma zwapniała, zrosła z tęczęwką (*cataracta calcarea accreta*); źrenica oddziaływa, uczucie światła istnieje, lecz rzutowanie jest nieprawidłowe. Oko prawe zewnętrznie zmian nie przedstawia; przy oświetleniu wziernikiem odbłask dna ocznego przyćmiony, w ciałku szklistem dużo mętów ruchomych i nieruchomych. W obrazie odwróconym część ($\frac{4}{5}$) tarczy od strony nosa silnie zamglona, dwa naczynia — nosowe górne i nosowe dolne, ile sądzić można w warunkach znacznego zamglenia dna ocznego, zmian nie przedstawiają. Pozostata $\frac{1}{5}$ część tarczy (od skroni) jest jakby odcięta od reszty przez błyszczący, biały sierp z wklętością zwróconą w stronę plamki żółtej. Nieco dalej, już w okolicy plamki żółtej przebiega w kierunku z góry ku dołowi i od nosa ku skroni pas błyszczący, biały z odcieniem srebrzysto-błękitnawym. Pas ten szerokości dwóch tarcz leży nieco ponad poziomem dna ocznego, w górze zakończenie jego, przypominające kształtem swoim ogon koński, ginie bez wyraźnych granic w otaczającej siatkówce. U dołu ten pas rozdziela się na dwie odnogi, między którymi odnajdujemy świeżą wybroczynę krwawą postaci nieprawidłowej; ma ona wielkość tarczy i jest odgraniczona od strony tarczy pasem tkanki błyszczącej, białej. Dolne odnogi pasa giną w obwodzie dna ocznego w ognisku szaro-brunatnem, wyniesionem ponad poziom siatkówki (jest to wybroczyna krwawa, rozległa pochodzenia dawnego). Ten pas zaopatrzony w naczynia drobne krwionośne, nie jest zupełnie jednolity, gdyż tu i ówdzie się rozluźnia tak, że można dojrzeć leżącą pod nim siatkówkę. Tuż pod tarczą n. wzrokowego przylega do pasa wyżej wspomnianego ognisko krwawe stosunkowo świeże, znajduje się ono przed siatkówką, wykazuje wybitne ruchy paralaktyczne, jest po części

ruchome, aczkolwiek wyraźnie jednym końcem się czepia brzegu pasa łącznotkankowego. Oprócz tego na obwodzie dna ocznego w różnych miejscach, zwłaszcza u dołu, widać liczne wybroczyny różnej wielkości i różnej daty. Ostrość widzenia wynosi 0.01; widzenie naośnie stracone (rozległa przerwa środkowa bezwzględna). W tym przypadku stosowano energiczne leczenie specyficzne w ciągu 8-miu miesięcy, a przed 3-ma miesiącami zastrzyknięto 0.6 salwarsanu bez wpływu dodatniego na wzrok, przeciwnie po salwarsaniu przez czas pewien utrzymywała się zupełna utrata wzroku.

Br. Ziemiński. Przypadek zjawiska cieniowego Weissa-Otto w oku krótkowzrocznym.

Rozwój krótkowzroczności osiowej wywołuje różnorodne obrazy wzornikowe dna oka u wejścia nerwu wzrokowego. Gdy rozciągnięcie ścian gałki jest niezbyt wydatne, ukazuje się u skroniowej granicy tarczy t. zw. sierpek (*Falx*); gdy rozciągnięcie jest wydatniejsze powstaje wyraźny sierp (*Conus v. Conus falciformis*). Rozciągnięcie ścian oka krótkowzrocznego może doprowadzić do odgraniczonych rozdęć i wypukleń tylnego odcinka twardówki — *Sklerektasia posterior* — *Staphyloma verum posticum* — przy tak znacznym ścięczeniu ścianki, że jej grubość w miejscu odpowiednim może wynosić zaledwie dziesiątą część grubości prawidłowej (czyli około 0.1 mm); to ścięczenie albo jest następstwem nadmiernej cienkości wrodzonej i mniejszej odporności tkanek wobec napięcia śródocznego albo — mniej prawdopodobnie — to ścięczenie jest wtórne, zanikowe.

Staphyloma verum posticum znamionuje skłonność wrodzoną do krótkowzroczności, w tym razie zachodzi rozciągnięcie powłok gałki ocznej wraz z wypukleniami mniej lub bardziej wydatnymi — cała sprawa ograniczona do okolicy tylnego bieguna, jest złośliwa, chętnie się wikła ze schorzeniami płamki żółtej, z odcepieniem siatkówki i dochodzi do wysokich stopni rozwoju.

Conus zaś znamionuje krótkowzroczność szkolną — rzadko większą nad 6—7 D. — wyjątkowo się wikła ze schorzeniami płamki żółtej lub odcepieniem siatkówki. *Conus* występuje, jako sierp równomiernie żółtawo-biały u skroniowej (w obrazie odwróconym u nosowej) granicy tarczy, rzadko dochodzi w miejscu najszerszem do szerokości połowy tarczy, rąbek barwnika odgranicza go od strony siatkówki. Jest to zwykła postać *Conusa*, który w przypadkach typowych tem się różni od *Staphyloma*, że w jego obrębie nie widać naczyń naczyniówki — stwierdzenie naczyń sklerotycznych naczyniówki, zwłaszcza w są-

siedztwie sierpa przemawia za *Staphyloma*, brak ich bardziej — za rozpoznaniem *Conus*.

Conus ku dołowi, *Conus inferior*, który należy uważać za szczątkową szczelinę naczyńiówki, nieraz towarzyszy niedowidzeniu (*Amblyopia*) i niezborności (*As.*); może być zбочeniem rozwojowym; często zachodzi przy wrodzonym niedołęstwie umysłowym i przy padaczce.

Gdy rozdęcie dotyczy całej okolicy tylnego bieguna gałki wraz z miejscem wejścia nerwu wzrokowego, spostrzegamy wziernikiem opisany przez Weissa i Otto (*Graefe's Archiv f. Ophthalm.* t. 43) dosyć rozległy cień kolisty lub pierścieniowaty, który opasuje okolicę tarczy n. wzrokowego i plamki żółtej. Ten cień zjawia się nie tylko, gdy twardówka — u granicy rozdęcia — tworzy krawędź wydatną, która rzuca cień rzeczywisty na części, dalej ku tyłowi położone, lecz nawet wówczas, gdy, skoro patrzymy wprost, twardówka, u granicy rozdęcia, leży tak ukośnie, że promienie światła, od niej odbite, nie padają w pole źreniczne — już z tego powodu odpowiednia okolica dna oka musi się wydać ciemniejszą. Jeśli znów powstały rozdęcia spółśrodkowe dna oka, to widać różne schodki, nierówności, przyspy — ich obecność zdradzają nie tylko cienie koliste, spółśrodkowe, lecz i wężykowatość, falistość oraz załamania gałązek naczyń. Pozorne (paralaktyczne) przesuwanie się naczyń i wzmożona refrakcyja przed progiem schodka nieraz wydatnie się zaznacza. Przy krótkowzroczności $10_{,0}$ — $15_{,0}$ D tę schodkowatość powierzchni dna oka stwierdza się w połowie przypadków, a niemal stale się ją spotyka u krótkowidzów ponad $20_{,0}$ D. W obrębie wydęcia twardówki naczyńiówka i barwnik siatkówki może zupełnie zniknąć, wówczas niekiedy powstają owe dziwaczne białe postacie, które zajmują pozornie całe dno oka nadmiernie krótkowzrocznego.

Skądinąd, rowiaste wydęcia twardówki, powstałe w pewnej odległości, w kierunku spółśrodkowym do nosowego obwodu tarczy mogą wywołać zjawisko optyczne podobne do tych, jakie powstają od zwierciadła wklęsłego: w odległości mniej więcej jednej średnicy tarczy, równoległe do jej brzegu, występuje linijna, łukowa smuga z odblasku, która w postaci pasemka świetlnego obejmuje tarczę od strony nosa. To zjawisko opisał Weiss i uznał je niezupełnie trafnie za objaw, znamionujący odklejenie ciała szklistego przy krótkowzroczności postępowej; to zjawisko czasem występuje przy *E.* i przy *H.*

Przypadek pokazany dotyczy 37-letniej służącej, Ludwiki G., którą przyjęło 4. V. 1911 r. do oddziału Dr Ziemińskiego

z rozpoznaniem: *Myopia maxima maligna oc. utr. Opacitates mobiles corporis vitrei. Staphyloma verum posticum. Choroiditis disseminata atrophicans.* Badanie wzornikowe w obrazie odwróconym wykazuje w obu oczach, szczególnie zaś dokładnie w oku lewym, wyraźny szary cień kolisty, opasujący okolicę tarczy i plamki żółtej, lepiej zarysowany w stronie skroni. To zjawisko cieniowe odpowiada obwodowym granicom tylnego wyđęcia twardówki (*Sclerectasia* = *Staphyloma verum*), które się poznaje, przy badaniu w obrazie odwróconym, po pozornem (paralaktycznem) przesuwaniu się naczyń, po falistym ich przebiegu i po załamaniach gałązek naczyń, gdy się wynurzają z okolicy wyđętej.

K. Bein. Odszkodowanie za kalectwo oczne z wypadku.

Po dokładnem rozpoznaniu uszkodzenia i wykluczeniu udawania zadanie okulisty przy ocenie skutków wypadku składa się z dwóch głównych części: ustalenie związku przyczynowego między uszkodzeniem a wypadkiem i określenie procentowe stopnia zmniejszenia zdolności do pracy poszkodowanego. Co się tyczy związku przyczynowego, to tekst nowego prawa rosyjskiego tylko ogólnikowo o tem mówi: »uszkodzenia, spowodowane przez pracę przy produkcyi przedsiębiorstwa lub powstałe wskutek tej pracy«. Przepisy Rady lekarskiej rozróżniają trzy kategorye uszkodzeń: 1) uszkodzenia urazowe (rany, stłuczenia, oparzenia), 2) choroby urazowe (np. nerwice urazowe) i 3) uszkodzenia, jako wynik łącznego działania wypadku nieszczęśliwego i poprzedzających go chorób lub zbroceń fizycznych. Okulista ma najczęściej do czynienia z pierwszą kategoryą (plamy po ciałach obcych rogówki, rany rogówki i twardówki, zaćmy urazowe i t. p.). Z chorób urazowych B. spotykał najczęściej nerwice urazowe, zapalenie tęczówki i zanik nerwu wzrokowego. W nerwicach urazowych objawy oczne nie występują samodzielnie, i wypadki te należy pozostawić kompetencyi neuropatologów; należy jedynie tamować zbyt rozpowszechnione tendencye do szerokiego stosowania takiego rozpoznania. Zdaniem B. zakażenie jaglicze nie może być przeniesione na spojówkę przez ciało raniące; uraz może wywołać najwyżej zaostrenie cierpienia już istniejącego i wtedy nie można rozstrzygnąć pytania, czy komplikacye rogówkowe, towarzyszące cierpieniu, przypisać należy jaglicy czy wypadkowi. Zapalenie tęczówki można uznać za urazowe tylko w tych wypadkach, gdy gałka została zraniona lub uległa silnemu urazowi; samo »zaprószenie oka« tu nie wystarcza. Również tylko silny uraz może wywołać zapalenie i zanik nerwu wzrokowego; w przypadkach zaniku, przypisywanego wypadkowi, najczęściej mamy do czynienia z władem rdzenia. Bardzo często się przytrafia zmniejszenie zdolności zarobkowania

wskutek działania łącznego wypadku i poprzednich chorób lub uszkodzeń; do typowych przypadków należy tutaj: wrzód pełzający po skaleczeniu rogówki przy śluzoropotoku woreczka łzowego; nowe plamy rogówki wobec dawniejszych; uszkodzenia oczu przy wadach refrakcyi. Po dokładnem zbadaniu stanu oka i jego czynności należy określić w odsetkach stopień zmniejszenia zdolności do pracy, a, ściślej mówiąc, zdolności zarobkowania poszkodowanego, gdyż przedsiębiorca obowiązany jest wynagrodzić stratę ekonomiczną robotnika, nie należy więc zapominać o wpływie wypadku na zdolność współzawodniczą robotnika (kalectwo rażące musi być wyżej wynagrodzone, aniżeli analogiczne uszkodzenie, dostrzegalne tylko przy badaniu specjalnem). Prawidłowa czynność organu wzroku składa się z następujących funkcji: widzenie naośne, obwodowe i stereoskopowe, ruchy oczu, nastawność, zmysł barw. Do oceny zmniejszenia zdolności zarobkowania w zależności od osłabienia widzenia naośnego służą specjalne tablice; u nas obowiązuje schemat Jostena: drobne uszkodzenia są w nim ocenione zbyt wysoko, zaś ciężkie — zbyt nisko; lepsza jest tablica Maschkego, oparta na wyrokach niemieckiego państwowego urzędu ubezpieczeń (*Reichsversicherungsamt*) — najwyższej w Niemczech instancji w sprawach uszkodzeń za kalectwo z wypadku. Uszkodzenie widzenia obwodowego występuje zwykle nie samodzielnie, lecz jednocześnie z innymi zmianami; do oceny ich wpływu na zmniejszenie zdolności do pracy poszkodowanego służą specjalne tablice, jako to: Schroetera, Magnusa. Wobec ważności widzenia stereoskopowego przy wszelkiego rodzaju zajęciach, uszkodzenia oczu, połączone z utratą tego widzenia, powinny być wynagradzane możliwie hojnie; zwykle ta zdolność nie podlega specjalnemu badaniu, a o jej zaniku wnioskujemy ze zmniejszenia pojedynczego widzenia dwuocznego lub ze zmniejszenia siły widzenia poniżej 0.2. Przy porażeniach mięśni ocznych, o ile występują obrazy podwójne, odszkodowanie należy wyznaczyć, jak przy utracie jednego oka, gdyż poszkodowany musi zasłaniać oko przy pracy; opadnięcie powieki, zakrywające źrenicę jest także równoznaczne z utratą oka; przy innych porażeniach mięśni zewnętrznych oka można wyznaczyć mniejsze odszkodowanie (15—25%). Przy porażeniu akomodacji B., wbrew poglądom Magnusa, Maschkego, Groenouwa, wyznacza 5—10%. Utrata zdolności odróżniania barw ma znaczenie tylko dla kolejajcy; odszkodowanie musi być hojne ze względu na konieczność zmiany zajęcia przez poszkodowanego. Prócz uszkodzenia czynności oka w ścisłym tego słowa znaczeniu należy wziąć pod uwagę wszelkie dolegliwości, które pozostają po wypadku, jako skutek uszkodzenia:

ośnieniu przy porażeniu zwieracza tęczówki lub przy jej szczelinie (5—10⁰/₀), łzawienie (5—10⁰/₀), oszpecenie (5—10⁰/₀), przewlekłe zapalenie łącznicy (5—15⁰/₀). Nareszcie inwalidom i starcom powiększyć należy odszkodowanie o 5—15⁰/₀.

Protokół posiedzenia dn. 19-go października 1911 r.

Obecnych 17-stu członków.

B. R. Gepner pokazuje przypadek rozległej zgorzeli łącznicy gałkowej u 40-letniej kobiety. Choroba rozpoczęła się przed 3-ma tygodniami od uczucia swędzenia w oku; szybko rozwinęły się wybitny nadržek spojówki, obrzęk powiek, światłowstręt i ból głowy; gruczoł przeduszny był powiększony i bolesny. Gdy chora przybyła do G., łącznica naokoło rogówki pasem szerokości 4—10 mm uległa zgorzeli; pozostała zdrowa część łącznicy głęboko podminowana, wiśniowo-czerwona; rogówka czysta, źrenica zwężona, na światło oddziaływa. Obecnie po dwóch tygodniach zniszczona łącznica zaczyna się częściowo zablizniać. W rogówce zmian niema. Ból i światłowstręt ustąpiły. Przed początkiem choroby dziecku chorej zaszczerpiono ospę; przeniesieniu limfy do oka matki G. przypisuje opisane zachorowanie

Zajdeman pokazuje fotografie chorego z dużą szczeliną w powiece górnej lewej, operowanej według sposobu, stosowanego przy operacji wargi zajęczej. Szczelina pod postacią wcięcia trójkątnego miała podstawę długości 1½ cm o nieco mniejszej wysokości (wierzchołek dosięgał górnego brzegu chrząstki powiekowej); na wolnych końcach szczeliny znajdowały się dwa zgrubienia kuliste. Z. poprowadził cięcie wzdłuż szczeliny do wierzchołka, odtąd zaś ku dołowi po drugiej stronie szczeliny, oddalając się nieco od blizny, w odległości zaś 3 mm od brzegu powieki zakończył cięcie linią poziomą w kierunku wewnętrznym. Schematycznie figura cięcia przedstawia się tak: $\underline{\quad} \triangle$. Na szósty dzień po operacji szwy zdjęto i otrzymano obraz, jak wskazuje druga fotografia, powieki prawidłowej z równym brzegiem nieprzerywanym bez zazębienia, jakie się zwykle otrzymuje przy operowaniu sposobem zwykłym.

Ziemiński. *Collyria oleosa*.

Z kilkoletniego doświadczenia własnego Z. doszedł do wniosku, że wszystkie roztwory oleiste alkaloidów niewątpliwie energiczniej i skuteczniej działają na oko, niż odpowiednie roztwory wodne; że z nich najlepsze usługi oddaje *sol. oleosa cocaini* (przy uszkodzeniach, zwłaszcza urazowych, nabłonka rogówki) oraz *sol. oleosa eserini* tudzież *sol. oleosa acoini*. Stanowi to niewątpliwą zasługę Panasa i jego szkoły, że dał możliwość szerszego stosowania ezeryny, zalecając ją w roztworach oleistych nawet jedno-

procentowych, a wiadomo, że ten lek bardzo cenny, stosowany w roztworze wodnym lub w maści, zawsze wywołuje kurcze bolesne oka i już z tego powodu nie daje się stosować tam, gdzie zresztą byłby bardzo pożądany; w roztworze zaś oleistym nie sprawia tych dolegliwości, przytem nigdy z czasem nie przybiera barwy czerwonej, nigdy też nie tworzą się w nim połączenia, któreby drażniły oko.

B. R. Gepner. Operacya zaćmy z irydektomią obwodową (z pokazem chorych). G. wykonał operacyę Hessa w 10-ciu przypadkach. W dziewięciu przebieg pooperacyjny był prawidłowy, gojenie się szybkie, w jednym zaś, wskutek uderzenia się w oko przez chorego, po trzech dobach nastąpiło nieznaczne wypadnięcie tęczówki pod płat łącznicowy. W 4-ch przypadkach G. zmuszony był wykonać całkowitą irydektomię, mianowicie z powodu: 1) bardzo małego jądra przy zaćmie Morgagniego, 2) szerokiego wypadnięcia tęczówki po usunięciu soczewki, 3) wielkiego zwichnięcia soczewki, 4) nadwichnięcia bardzo starej zaćmy (podczas cystotomii) zupełnie czarnej ze zgrubiałą torbą i konieczności użycia pęlli. We wszystkich przypadkach wycinał płat łączniczy. Wykonanie irydektomii obwodowej nie jest trudne, niezawsze jednak udaje się wyciąć trójkąt idealnie mały, co już zaznaczał Hess. Wnioski G. są następujące: operacya Hessa nadaje się do zaćm twardych dojrzałych, prawie dojrzałych lub mało przejrzalnych, więc do tych, które łatwo dają się usunąć przez *extractio simplex*, jednakże wycięcie trójkąta z tęczówki ma tę dobrą stronę, że zmniejsza obawę wypadnięcia tęczówki i pozwala na zastosowanie leków rozszerzających źrenicę bezpośrednio po operacyi. Dla zaćm niedojrzałych, wymagających usuwania mas korowych łyżeczką, oraz dla zaćm powikłanych operacya z irydektomią zwykłą pozostaje jedynie wskazana.

W dyskusyi — na uwagę Ziemińskiego, co do częstości powstawania zrostów tęczówki z torebką przy stosowaniu tej metody — G. odpowiada, że i on widywał te zrosty w części źrenicy, odpowiadającej wyciętej tęczówce, co przypisuje zniesieniu w tej części działania rozwieracza tęczówki.

Ziemiński — w odpowiednich przypadkach operacyi zaćmy — zamiast wycięcia kawałka tęczówki (*iridectomia basalis*) — poprzestaje na nacięciu tęczówki w pobliżu jej nasady u ciała rzęskowego (*iridectomia basalis*) szczypeczykami nożyczkowymi.

Protokół posiedzenia dn. 16-go listopada 1911 r.

Obecnych 18-stu członków.

Szwarc pokazuje 1) przypadek wąglika obu powiek

oka prawego: 22-letni Ch. R. wyprawił skórę z chorej krowy; po upływie kilku dni zachorował: wystąpiły dreszcze, obrzęk prawej połowy twarzy i »kroszka« na górnej powiece oka prawego. Przy badaniu chorego, w kilka dni po zachorowaniu, S. stwierdził wybitny obrzęk całej twarzy i szyi zwłaszcza z prawej strony, silne obrzmienie obu powiek oka prawego, nie pozwalające na dokładne zbadanie gałki ocznej i pęcherze z ropą na powiece górnej; w narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Po leczeniu kilkotygodniowym miejsc schorzałych okładami z płynu Burowa i z przyżeganiu brodawkowania zbyt bujnego nalewką jodową udało się powiekę górną zachować w stanie prawidłowym, tylko powierzchnia powieki dolnej pozostała brodawkującą. Gałka oczna prawidłowa. Po pewnym czasie S. ma zamiar wykonać operację plastyczną powieki dolnej. U szczytu sprawy chorobowej gorączka dochodziła do 39°; siły chorego podtrzymywano kamforą.

2) przypadek ostrego pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego w obu oczach. Przed 1¹/₂ rokiem u 50-letniego J. T. wystąpiło w obu oczach raptowne upośledzenie wzroku przy silnym bólu głowy i głębi oczodołów, które się wzmagaly przy ruchach oczu i przy wciskaniu ich w głąb. Badanie wykazało: obie źrenice mocno rozszerzone, nie oddziałują na światło, przy wziernikowaniu zmian na dnie oczu nie widać. Widzenie = 0. Po upływie 5-ciu dni lewa źrenica zaczęła oddziaływać na światło, w dwa tygodnie później i prawa. Po upływie 6-ciu miesięcy obie źrenice dosyć żywo oddziaływały na światło. bóle w oczodołach ustąpiły; przy wziernikowaniu widać wyraźne zblednienie skroniowej części tarczy lewej; naczynia krwionośne zmian nie wykazywały. Obecnie wziernik wykazuje zupełny zanik tarczy prawej, a na lewej widać już zanik, obejmujący $\frac{2}{3}$ powierzchni tarczy od skroni. Źrenice dosyć sprawnie oddziałują na światło. Chory okiem prawem barw nie odróżnia, poznaje ruchy rąk w odległości 1 metra; okiem lewym liczy palce w odległości 2-ch metrów, barwy odróżnia z trudnością; barwa czerwona i zielona wydaje się choremu szarawą.

Kępiński pokazuje przypadek obustronnego wrodzonego zboczenia położenia soczewki (*ectopia lentis congenita oc. utr.* 21-letni A. Z. zeznaje, że zawsze źle widział obu oczami, od pewnego zaś czasu widzi coraz gorzej. Widzenie oka prawego z $+ 5,0 D = 0,1$; lewego z $+ 6,0 D = 0,08$; z bliska czyta bez szkielek poprawczych w odległości 15 cm prawem okiem druk Snellena 0,6, lewym — 1,5. Przy oświetleniu bocznem uwydatnia się zboczenie położenia soczewki ku górze i skroni; dolne brzegi obu soczewek znajdują się nieco poniżej środków źrenic. Obie so-

czewki zlekka zaćmione. W poruszonej przez K. sprawie chirurgicznego zabiegu w tym przypadku zabierali głos: Kramsztyk, Endelman i B. R. Gepner są przeciwni operacyi wobec stosunkowo dobrej jeszcze siły widzenia; usuwanie soczewek przemieszczonych często daje wyniki ujemne; ostrzegają przed stosowaniem w takich przypadkach środków rozszerzających źrenicę, aby nie wywołać przemieszczenia soczewki do komory przedniej.

Endelman pokazuje chorego lat 51 z ciężką postacią zapalenia ciała rzęskowego i tęczówki oka lewego o przebiegu nader przewlekłym. Obraz chorobny (oddzielne ogniska zapalne w tęczówce, zlekka wyniesione ponad poziom tkanek otaczających, po części umiejscowione bliżej zwieracza, a po części bliżej ciała rzęskowego, dobrze unaczynione, barwy rdzawoczerwonej, brak przyczepów tylnych, znaczna ilość osadu drobniotkiego na błonie Descemeta) wywiady i sam przebieg cierpienia nie pozwalały na ustalenia tła chorobowego. Leczenie przeciwprzymiotowe (w wywiadach są pewne dane co do przebytego przymiotu, ale odczyn Wassermanna jest ujemny) pozostało bez skutku, preparaty salicylowe, parówki i inne zabiegi napotne również pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Po wyzerpaniu wszelkich środków ogólnych i miejscowych zastosowano, w celu rozpoznawczym, zastrzyknięcie tuberkuliny, która dała odczyn ogólny (podniesienie ciepłoty ciała do 38.3°) i miejscowy (nastrzyk dookoła rogówki, zwiększenie osadu na błonie Descemeta). Wobec tego zastosowano leczenie tuberkuliną (TR). Rozpoczęto do $\frac{1}{100}$ mg, stopniowo podnosząc dawkę. Wykonano 50 (ostatnie po 2 mg) zastrzyknięć. Poza tuberkuliną innych środków nie stosowano. Wynik leczenia zupełnie dobry: ogniska w tęczówce uległy wessaniu, osady doszczętnie zginęły. Poprawa ostrości wzroku, niestety, nie nastąpiła, gdyż w przebiegu leczenia wynikło zaćmienie soczewki dość szybko postępujące. Trudno orzec, czy to powikłanie należy położyć na karb tuberkuliny, gdyż i na drugim oku zaczynają występować sprychowate zaćmienia soczewki.

K. Bein. Oftalmometrya kliniczna. Oftalmometrya, inaczej keratometryą zwana, jest to metoda określenia krzywizny rogówki zapomocą mierzenia wielkości obrazów, odbitych od rogówki, jak od lustra wypukłego; oftalmometrya kliniczna ina za zadanie określenie refrakcyi rogówki w jej południkach głównych w celu oznaczenia stopnia nieźborności. Twórcami metody byli: Kohlrausch (1839) i Helmholtz (1854), lecz dopiero Javal i Schiötz (1881) zbudowali aparat, zdatny do użytku dla lekarza praktyka. B. pokazuje najnowsze modele oftalmometru Javala i Schiötza, wyrobu Luëra w Paryżu oraz Pfistera i Streita

w Bernie, szczegółowo przedstawia fizyczną zasadę i budowę tych aparatów, również sposób badania. Przy zapisywaniu rezultatów badania notuje położenie najsilniejszego południka, jako identyczne z kierunkiem osi cylindra wypukłego, wyrównywającego niezborność (przy badaniu niezborności używa przeważnie cylindrów wypukłych). Jeśli refrakcja nie była uprzednio określona przedmiotowo, co ułatwia badanie, lecz nie jest koniecznem, B. w następujący sposób stosuje wyniki badania oftalmometrycznego do badania podmiotowego. Stawia przed oko badane cylinder wypukły, co do siły i kierunku osi ściśle odpowiadający wynikom badania oftalmometrycznego: 1) Jeśli cylinder wypukły poprawia siłę widzenia, to zachodzi przypadek niezborności dalekowzrocznej; jeśli przez dodanie słabej soczewki wypukłej ($+ 0.75$, $+ 1.0$) osiągamy lepszą siłę wzroku, to zachodzi niezborność nadwzroczna złożona; jeśli poprawę daje słaba soczewka wklęsła ($- 0.75$, $- 1.0$) to mamy niezborność mieszaną. 2) Jeśli soczewka walcowata wypukła nie poprawia siły widzenia, to zamiast zmieniania jej na wklęsłą, osią pod kątem prostym do poprzedniej ustawioną, przykładamy soczewkę wklęsłą tejże siły; w razie wyniku dodatniego mamy niezborność krótkowzroczną, zapomocą zaś przystawienia słabej soczewki wklęsłej rozpoznajemy niezborność krótkowzroczną złożoną. Z bardzo licznego szeregu spostrzeżeń B. wnioskuje, że wyniki badania podmiotowego w ogromnej większości wypadków ściśle odpowiadają badaniu oftalmometrycznemu (co do stopnia niezborności różnica przenosi $0.5 D$ zaledwie w 6% przypadków, kierunek zaś osi nie odpowiada w 7.5% przypadków). Różnica, aczkolwiek drobna, nie da się z góry obliczyć, jak to chciał osiągnąć Javal zapomocą swej formułki: $A_{so} = 0.75 + 1.25 A_{sc}$, co zresztą było do przewidzenia wobec różnorodności czynników, od których zależy niezborność ogólna (podmiotowa) i których formułka Javala nie uwzględnia zupełnie. B. uważa oftalmometr za przyrząd b. praktyczny, prawie niezbędny przy badaniu niezborności, gdyż ułatwia i skraca badanie podmiotowe tudzież przyczynia się do dokładności i pewności wyników, jakiej zapomocą samej tylko metody Dondersa w wielu przypadkach osiągnąć nie podobna.

Protokół posiedzenia dn. 21-go grudnia 1911 r.

Obecných 17-stu członków.

Cetnarowicz pokazuje przypadek, dotyczący 60-letniego mężczyzny, który przed dwoma laty cierpiał na półpasiec 1-ej gałęzi nerwu trójdzielnego z prawej strony, przyczem poważniejszych zmian ze strony oka nie było. W $1\frac{1}{2}$ roku później

chory zauważył zaćmienie w zewnętrznej ćwiartce rogówki oka prawego; wkrótce także zaćmienie zaczęło się ukazywać i w dolnej ćwiartce tejże rogówki w pobliżu rąbka. Chory za poradą specjalistów stosował żółtą masę rtęciową i leczył się w Karlsbadzie bez wyników dodatnich; sprawa dalej się szerzy i obecnie oba zaćmienia dochodzą już do brzegu źrenicznego. Ostrość widzenia 1:0; objawów zapalnych nigdy nie było. Charakter sprawy jest stosunkowo jednolity, powierzchowny, tylko w górnej części zaćmienia zewnętrznego dostrzega się nacieczenie wielkości małego łebka od szpilki. C. widzi w tym przypadku objaw zwyrodnienia, będącego w związku z nagromadzeniem się cholestearyny.

W dyskusyi zabierali głos: Ziemiński proponuje stosowanie dioniny. Endelman widział podobny przypadek zapalenia rogówki przy trądziku różowatym, przypuszcza, że w tym przypadku blizny już się potworzyły. Cetnarowicz nie sądzi, aby były blizny: początkowo chciał nawet zastosować fibrolizynę, nie uczynił tego dla braku blizn.

Endelman pokazuje chorą 14-letnią, dotkniętą zapaleniem naczyniówki i siatkówki o charakterze zanikowym w okolicy plamek żółtych w obu oczach. Osłabienie wzroku wystąpiło przed rokiem. Badanie dna ocznego przed 6-ciu miesiącami wykazało w oku prawem ognisko zanikowe w okolicy plamki żółtej kształtu owalnego, szerokość odpowiada 6-ciu średnicom tarczy, wysokość — 3 m. W oku lewem ognisko kształtu trójkątnego znacznie mniejsze. Ostrość widzenia w oku prawem 0:015: w oku lewem 0:3. Ten stan trwa bez zmiany w oku prawem, w lewem zaś ognisko nieco się powiększyło (obecnie $V = 0:2$). Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wiek chorej i brak jakiegokolwiek oznak co do etyologii tego cierpienia (wywiady nie wyjaśniają sprawy, brak zmian w narządach wewnętrznych, odczyn Wassermana ujemny).

W dyskusyi zabierali głos: Cetnarowicz przypuszcza, że sprawa trwa znacznie dłużej i że jest pochodzenia przymiotowego. radzi leczyć rtęcią. Endelman w odpowiedzi zaznacza, iż nie stosował rtęci tylko dlatego, że od niedawna zjawilo się zblednienie tarczy. Likiernik zapytuje, czy kol. Endelman przy badaniu w obrazie prostym nie zauważył pyłkowatych zmętnień w ciałku szklistem? Ziemiński jest zdania, że przy *atrophia optica postneuritica* niema przeciwwskazań, co do rtęci, tu by zalecił wciěrki i wstrzykiwania pod spojówkę 2% soli kuchennej.

Wskutek przedstawionego przez grupę kolegów, zamieszkałych poza Warszawą, wniosku przeniesienia terminu posiedzeń

Polskiego Tow. Okulistycznego z czwartku na sobotę po 15-tym każdego miesiąca, a to ze względu, że łatwiej im przybyć do Warszawy w przeddzień niedzieli i wracać do domu w niedzielę lub w poniedziałek zrana — wszczęto dyskusję w tej sprawie: Cetnarowicz przypuszcza, że dla wygody kolegów zamiejscowych należy przyjąć ten wniosek. Endelman i Kępiński są przeciwni temu, gdyż w soboty po 1-ym i 15-ym odbywają się zebrania sekcji neurologicznej Tow. lekarskiego. Daszewski również jest przeciwny, gdyż w sobotę po 15-ym odbywają się zebrania lekarzy prowincjonalnych. Ałapin proponuje urządzać zebrania w ostatnią sobotę każdego miesiąca. Wniosek kol. Ałapina przyjęto. Następne zebrania Polskiego Tow. Okulistycznego będą się odbywały w ostatnią sobotę każdego miesiąca.

IV. ROZMAITOŚCI.

Jubileusz 25-letni Towarzystwa okulistów w Moskwie obchodzono uroczystie w klinice uniwersyteckiej dn. 2-go b. m. Z tego powodu przesyłamy od redakcyi Postępu okulistycznego świetnemu Towarzystwu moskiewskich kolegów najszczerze życzenia dalszego rozwoju dla krzewienia nauki i umiejętności niesienia pomocy cierpiącym.

Nieetyczna oferta. Jakiś optyk, A. Schloetgen z Rathenowa, posiadający »eine optische Centrale« wysłał do okulistów obszerne pismo, w którym stara się zawiązać z nimi stosunek handlowy tego rodzaju, iż panowie ci przesyłając mu do załatwienia przepisy na szkła optyczne i na odpowiednie drogie oprawy, zyskują »bez trudu« 20% pobranej przez tego optyka od klienta ceny! Nie przypuszczamy na chwilę, by mógł znaleźć się wśród lekarzy okulistów, ceniących swoją osobistą i zawodową godność, jako i stanowisko społeczne, jakie zajmują, któryby korzystał z tak ubliżającej stanowi lekarskiemu oferty.

XII. międzynarodowy kongres okulistyczny w Petersburgu. Odnośnie do wzmianki naszej, uczynionej w nr 12

Postępu okulistycznego z r. z., odbieramy od kol. Dr Karnickiego z Petersburga sprostowanie, w którym zaznaczono, iż reprezentantów korespondentów posiada Komitet org. Kongresu we wszystkich Państwach, a nie tylko w tych, które P. O. wyliczył wedle przysłanego sobie orędzia niemieckiego.

Dla dokładności podajemy niniejszem korespondentów wedle uzupełnionego spisu:

Austro-Węgry: Profesorowie: E. Fuchs Wiedeń, A. Elsch-nig Praga, E. v. Grósz Budapeszt, B. Wicherkiewicz Kraków.

Niemcy: Profesorowie: Th. Axenfeld Fryburg, C. Hess Monachium, I. Hirschberg Berlin, H. Kuhnt Bonn, Th. Leber Heidelberg, W. Uthhoff Wrocław.

Dania: Prof. J. Bjerrum Kopenhaga, Pryw. doc. C. F. Heerfordt Kopenhaga.

Holandya: Prof. H. Snellen jun. Utrecht, Prof. M. Straub Amsterdam.

Norwegia: Dr S. Holth Chrystiania, Dr Lyder Borthen Trondhjem.

Szwecya: Prof. A. Dalen Lund, Dr E. Nordenson Sztokholm.

Szwajcarya: Prof. C. Mellinger Bazylea, Prof. A. Siegrist Berno.

Japonia: Prof. Dr Komoto Tokio, Dr Nobuo Jnouye Tokio, Dr Ogata Osaka.

Francya: Dr E. Landolt Paryż, Dr L. Dor Lyon, Dr Armaignac Bordeaux.

Belgia: Prof. Jean Coppez Bruksela, Prof. Daniel van Duyse Gandawa.

Włochy: Profesorowie: Alfons Neuschüler Rzym, Arnold Angelucci Neapol. Biardi Turin, Gaetano Lodato Palermo.

Hiszpania: Prof. Manuel Madryd, Dr Arruga Barcelona.

Portugalia: Prof. Gama Pinto Lizbona.

Rumunia: Prof. Stanculeanu Bukareszt.

Bułgarya: Dr C. Pascheff Sofia.

Serbia: Prof. Momtschilo Nintchitch Belgrad.

Grecya: Dr G. F. Cosmettatos Ateny.

Turcyja: Dr A. Trantas Konstantynopol.

Egipt: Dr Eloui Pascha Kairo.

Meksyk: Dr Rafael Silva City Mexico.

Brazylia: Prof. Gabryel Raja S. Paulo, Dr Raoul David de Sanson Rio de Janeiro.

Argentyna: Prof. P. Lagleyze Buenos-Ayres, Dr G. Welchli Rosario.

Chili: Dr Aleksander Mujica Santiago.

Wielko-Brytania: Dr Walter Jessop Londyn, Sir H. R. Swanzy Dublin, Dr Jerzy Mackay Edynburg.

Stany Zjednoczone Ameryki: Dr A. Knapp Nowy-York, Dr Edmund Blaaw Buffalo, Prof. G. E. de Schweinitz Filadelfia, Prof. Adolf Barkau S. Francisco, Dr W. H. Luedde St. Louis, Dr Juan Santos Fernandez Habana, Cuba.

Kanada: Dr P. Coote Québec, Dr W. Stirling Montréal.

Poł. Afryka: Dr Lindsay Johnson Johannesburg.

Indye: Mr Henry Smith Surgeon, I. M. S. Jullundur Punjab, Maynard Lieut. Col. I. M. S. Calcutta.

Australia: Dr A. L. Kenny Melbourne, Dr Roland Pope Sydney.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Bogdan Wicherkiewicz w Poznaniu otrzymał tytuł radcy sanitarnego.

Tytuł prof. nadzw. otrzymał doc. Józef Meller w Wiedniu.

Doc. Wessely mian. prof. zwycz. w Wyrzburgu.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Filip Steffan zmarł w 75 r. życia Marburgu. Uczeń Arlta przez 40 lat rozwijał wielką praktykę w Frankfurcie n/M.

I. Swinarski, okulista z Lublina, zmarł w Genui w 42 r. życia.