



Ogólnego zbioru № 2854.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktor Prof. Dr. J. Hornewski.

Wydawca Dr. W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji — Marszałkowska № 73.

Telefon 26-79. Konto pocztowej Kasy Oszcz. № 982.

ZAPARCIE NAWYKOWE
CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

 $C^{12} H^{10} O^5$

ŚRODEK



LEPRINCE

 $C^{12} H^{10} O^5$

PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Oddział dla Polski — Mokotowska 57 m. 6 w Warszawie

Spółka z o. p.

DROBNER

KRAKÓW Centrala zał. w 1868
Tel. 415.

WARSZAWA Oddział I Senator-
ska 6 Tel. 205-35.

POLECA:

Aparaty lekarskie do wszystkich działów, Mikroskopy — Utensylja do
laboratorjów bakterjologicznych i chemicznych — Instrumenty chirur-
giczne — Opatrunki — Watę — Protezy — Wyciągi, Czasopisma lekar-
skie zagraniczne. Lampy Finsena, Kvarcowe, Rontgena. Meble ope-
racyjne i t. d. i t. d.

ADRENASOL
=Spiess

Solutio Adrenalini 1 : 1000. Flakon 20 grm.

DIGITOL Spiess

Essentia Digitalis titrata ad usum intern. Flakon 15 grm.

DIGITRAT Spiess

Tabulettae Fol. Digitalis titrat. Rurka 20 tabletek po 0.1 grm. każda.

MESOTOL Spiess

Aether salicylatus. Stosowany w zamian Mesotanum. Flakon 25 grm.

PHOSPHIT PULVIS
„ Capsulae

Organiczny związek fosforu, otrzymany z nasion oleistych używany w gruźlicy, niedokrwistości, cierpieniach nerwowych, wyczerpaniu fizycznym i umysłowym i t. p. Słoik 10 grm. proszku. Pudełko 30 kapsułek.

TESTOSAN Spiess

Extract. Testiculorum glicerinat. Preparat szeroko stosowany w zamian Sperminum ad us. intern. Flakon 20 cm.³

PP. Lekarzom wysyłamy na żądanie literaturę ewentualnie próby:

Warszawskie Tow. Akcyjne Handlu Towarami Aptecznymi

dawniej

„Zjednoczeni Aptekarze“ i „Ludwik Spiess i syn“

w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16.



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
ŃNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, 15 grudnia 1921 roku.

Zjazd okulistów polskich

16 i 17 grudnia.

Ze wszystkich krańców ziem Polskich zjeżdżają się dziś do Warszawy okuliści polscy.

Czyż nie jest to dowodem żywotności polskiej, iż w krótkim stosunkowo czasie odbywają się dwa zjazdy naukowe jeden po drugim?

„Gazeta Lekarska“ niedawno witała Zjazd chirurgów polskich i poświęciła mu numer specjalny.

To samo czyni i dziś, witając serdecznie Zjazd okulistów, który zapowiada bogate plony, sądząc ze zgłoszonych wykładów.

Quod felix, faustum, fortunatumque sit.

Zaćma kurczowa (Cataracta spastica).

Podał Prof. Kazimierz Noiszewski.

Oddawna znany jest fakt, że skurcze, powstające przy ergotyzmie, przy rumieniu lombardzkim, przy tężcu, przy padaczce, a nawet przy histerji, sprowadzają występującą nagle zaćmę soczewki. Podawane dotąd tłómaczenie powstawania zaćmy kurczowej wskutek zatrucia w bardzo wielu przypadkach jak np. w histerji jest nie do przyjęcia. Ale już zupełnie niemożliwe jest, wytłómaczyć w ten sposób spostrzegany przezemnie przypadek natychmiastowego powstania zaćmy u osobnika zupełnie zdrowego. Z drugiej jednak strony żaden ze znanych dotąd poglądów na akomodację nie jest w stanie wytłómaczyć powstawania zaćmy, wywołanej przez nadmierny skurcz akomodacji.

Żona lekarza Kam., lat 42, zwróciła się do mnie o dobranie szkieł. Widzenie naośne i obwodowe zupełnie prawidłowe. Ośrodki przeziernie czyste, na dnie oka żadnych zmian. Szkło +1D było najzupełniej wystarczające do widzenia zbliska. Było tak wieczorem o godzinie 8-jej. Na drugi dzień przed południem wniesiono do jej mieszkania człowieka umierającego, którego podjęto na ulicy. Wstrząs nerwowy u p. K. był nadzwyczajny i chora nagle zaniewidziała i w parę godzin potem znalazłem u niej w obu oczach zaćmę w postaci rys na przedniej powierzchni soczewki. Zaćmę tę oczywiście sprowadził gwałtowny skurcz mięśnia ogniskującego w oku (*m. ciliaris*—mięsień rzęskowy). Zmiany ogniskowania w oku przy patrzeniu zbliska oddawna zwracały uwagę uczonych; było oczywiste, że zmiany te powstają wskutek załamywania się światła w ośrodkach przeziernych oka.

Jeszcze Lobé w pierwszej, połowie XVIII wieku przypuszczał, że zmiany w ogniskowaniu w oku zależą od zmian w krzywiznach rogówki. Pogląd ten przetrwał aż do r. 1801, kiedy Thomas Joung¹⁾ o wiele wcześniej przed Helmholtz'em wykazał doświadczalnie, że zmiany w krzywiznie przy patrzeniu zbliska występują nie w rogówce, lecz w soczewce.

Należy wspomnieć, że i Kepler przyczynę zmian w ogniskowaniu przy patrzeniu zbliska upatrywał w soczewce, ale nieprawidłowo tłómaczył te zmiany, mianowicie przemieszczeniem soczewki naprzód.

Pogląd ten jak i pogląd Boerhave'a, że

przy patrzeniu zbliska oko się wydłuża, ma dziś znaczenie tylko dla historii medycyny.

Ale jeżeli zostało dowiedzione, że zmiany w załamaniu występują tylko w soczewce, do dziś dnia nie ma zgody, jakie są te zmiany i od czego zależą.

Tak Furney¹⁾ przypuszczał, że zmiany w krzywiznach soczewki zależne są od przenikania cieczy do soczewki w czasie skurczu mięśnia ogniskującego (*m. ciliaris*), Cramer zmiany w załamaniu soczewki tłómaczył uciskiem na soczewkę tęczówki przy jednoczesnym ucisku na nią od tyłu ciała szklanego, wywołanym przez skurcz akomodacji.

Przypadek zachowania akomodacji przy braku zupełnym tęczówki (*aniridia*), opisany przez Graefego, zadał cios śmiertelny poglądowi Cramera.

Utrzymały się tylko dwa walczące dotąd ze sobą poglądy na przyczynę zmian w załamności soczewki, Helmholtz'a²⁾ i Tscherning'a.³⁾

Jeden i drugi pogląd jest zgodny, że zmiany w załamywaniu się światła zależne są od sprężystości soczewki trzymanej na wodzy przez mięsień ogniskujący (rzęskowy) za pomocą zawiasówki (zonula Zinii — obwódka rzęskowa).

Ale gdy Helmholtz utrzymuje, że skurcz tego mięśnia puszcza wodze i soczewka zwolniona z napięcia przyjmuje właściwą sobie postać kulistą, wypuklając się w kierunku rogówki, Tscherning sądzi przeciwnie, że skurcz mięśnia ogniskującego (rzęskowego) napina zawiasy soczewki, sprowadzając obrączkowe zakłębienie naokoło przedniego bieguna soczewki i spłaszczenie jej obwodu, nadając soczewce postać stożkowatą.

Helmholtz utrzymuje, że w czasie akomodacji powierzchnia przednia soczewki wypukla się naprzód; soczewka staje się grubsza, a przednia komora pośrodku płytsza, a na obwodzie głębsza; i że chociaż i tylna powierzchnia soczewki nieco się wypukla, ale wypuklenie to wyraża się tylko w powiększeniu wypuklenia soczewki ku przodowi.

Tscherning utrzymuje przeciwnie, że soczewka w czasie akomodacji nie jest grubsza, a komora przednia nie jest płytsza.

¹⁾ Furney. A theory of the mechanism of accommodation. The American Journal of Ophthalmology 1886.

²⁾ Helmholtz. Physiologische Optik 2-te Aufl.

³⁾ Tscherning. Optique physiologique str 166.

¹⁾ Thomas Joung. On the mechanism of the eye Philosoph. Transact. P. I. S. 23.

Większą powagą cieszy się pogląd Helmholtz'a, ale wielu zwolenników ma Tscherning.

Bardzo zajmujący jest pogląd meksykańskiego fizjologa Carmony Volle: nawpół płynne masy korowe, otaczające jądro soczewki, przesuwają się w czasie akomodacji w kierunku przedniego i tylnego bieguna soczewki, wywołując zmiany w krzywiznie soczewki i zwiększając jej załamywanie. Przytem soczewka wypukla się naprzód, a masy korowe następnie opuszczają się nieco w dół, co daje pozór opuszczania się soczewki.

Doświadczenia Heine¹⁾ przemawiać się zdają na korzyść poglądu Carmony Volle.

Heine¹⁾ znalazł, że wskaźnik załamania soczewki przy akomodacji jest większy niż w czasie jej spoczynku.

Heine tłumaczy zwiększenie załamywania się w soczewce, w czasie czynnego ogniskowania, obecnością u przedniego bieguna soczewki istoty białkowej z innym wskaźnikiem załamania niż wskaźnik załamania środka soczewki.

W czasie spoczynku ogniskowania ta istota białkowa znajduje się z tym danym wskaźnikiem załamania już nie u biegunów przednio tylnej osi soczewki, a przy jej równiku.

Zatrzymajmy się teraz na bezwzględnie pewnych danych anatomicznych i fizjologicznych w okresie akomodacji.

Kąt przedni mięśnia ogniskującego (*m. ciliaris*), który ma postać trójkąta, w czasie akomodacji odchodzi w tył, a kąt jego tylny naprzód. Powstające stąd zgrubienie mięśnia ogniskującego (rzęskowego) przybliża wypustki rzęskowe do równika soczewki.

W miarę zbliżania się przedmiotu do oka, a więc w miarę napięcia akomodacji, pomniejsza się głębokość komory przedniej równomiernie do napięcia.

Promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki podczas akomodacji staje się krótszy i zmniejszenie promienia krzywizny jest odwrotnie równomierne do zwiększenia napięcia akomodacji.

W czasie akomodacji powiększa się grubość soczewki równomiernie do wielkości napięcia ogniskowania; jednocześnie zmniejsza promień tylnej krzywizny soczewki.

Na korzyść poglądu Tscherninga przemawiają spostrzeżenia, Förstera nad chorymi z przepukliną rogówki: u takich chorych przy napięciu akomodacji przepuklina błony Descemeta ustępowała i występowała znowu przy spoczynku akomodacji.

¹⁾ Maklakow. Zmiany w środowiskach załamania w oku przy akomodacji Dyssert. Moskwa r. 1903. str. 23.

Jest to zgodne z faktem wiele razy spostrzeganym obniżenia ciśnienia przy jaskrze w czasie akomodacji (Sattler, Hess); działanie akomodacji jest tu analogiczne z działaniem pilokarpiny i ezeryny.

Na korzyść poglądu Helmholtza, że obwódka rzęskowa (zonula) jest zwolniona podczas aktu akomodacji, przemawia drżenie soczewki; drżenie to Tscherning tłumaczy drganiem mięśnia ogniskującego.

Jednak ani pogląd Helmholtza, ani pogląd Tscherninga nie może nam wytłumaczyć, dlaczego gwałtowny skurcz akomodacji sprowadza zaćmę kurczową.

Rozpatrzmy przyrząd akomodacyjny oka. Od przodu do soczewki przylega obwód źreniczny tęczówki, od tyłu ciało szkliste, naokoło równika soczewki zawiasy (zonula Zinii obwódka rzęskowa) utrzymują ją w związku z narządem akomodacyjnym, od którego oddziela ją warstwa cieczy.

W czasie skurczu akomodacji, skurcz jednocześnie zwieracza tęczówki, ściśle przylegającej swym obwodem źrenicznym do przedniej powierzchni soczewki, odgradza czasowo komorę tylną od przedniej; tłumaczy to, dla czego w czasie skurczu akomodacji obniża się ciśnienie w komorze przedniej, bo ciecz wodnista odpływa przez kąt przesączu, a nie dostaje się z komory tylnej. W ciałku szklistem ciśnienie w czasie akomodacji nieco się wzmacnia, ale najbardziej wzmacnia się ciśnienie naokoło równika soczewki, i jedyne miejsce soczewki, na które nie tylko wzmożone ciśnienie nie działa, ale przeciwnie obniżone ciśnienie w przedniej komorze pozwala na jej wypuklenie naprzód, jest środek soczewki, nie objęty przez tęczówkę.

Mamy więc w przyrządzie akomodacyjnym prawdziwy *tłok hydrauliczny*.

Tylko tłok hydrauliczny pozwala na tak dokładne stopniowanie akomodacji, jakie naprz spostrzegamy w stosunku akomodacji do zbieżności.

Zaćmę kurczową (*cataracta spastica*) sprowadza gwałtowny skurcz mięśnia ogniskującego (rzęskowego) w przyrządzie akomodacyjnym oka, oczywiście nie sam mięsień, ale przez ciecz naokoło równika soczewki, działając jak tłok hydrauliczny.

Przyjmując działanie tłoku hydraulicznego jako przyrządu akomodacyjnego, udaje się pogodzić poglądy Helmholtza, Tscherninga i Carmony Volle.

Tłok hydrauliczny spłaszcza soczewkę u równika i na obwodzie i wypukla ją w kierunku przednio tylnej osi. Występujący jednocześnie

skurcz zwieracza tęczówki zamyka przyrząd hydrauliczny od strony komory przedniej, co obniża ciśnienie w komorze przedniej, stale opróżnianej tłokiem ssącym przez kąt przesącza i czasowo wzmacnia ciśnienie w tylnym odcinku gałki przez odgradzanie komory przedniej skurczem zwieracza tęczówki.

Że przytem *zonula Zinii* nie odgrywa tej roli, którą jej przypisują Tscherning i Förster t. j. nie napina soczewki i nie odciąga obwodu soczewki, a jest w stanie zwolnienia, dowodzi drżenie soczewki przy napięciu akomodacji.

Kilka uwag w sprawie racjonalnego objaśnienia zjawisk skiaskopji.

Podał W. H. Melanowski, st. asystent kliniki ocznej Uniw. Warsz. (prof. Noiszewski).

„W okulistyce mamy dość rzeczy niejasnych, bezpotrzebnie więc tu szukamy cienia, „zamiast badać światło“.

„Wprowadzenie pojęcia „cień“ do objaśnienia istoty skiaskopji wywołało tylko szereg najbardziej od prawdy oddalonych teorii“.

E. Landolt.

Dwadzieścia dwa lata minęło od czasu wyznalezienia przez Helmholtz'a wziernika ocznego, gdy w roku 1873 Cuignet ogłosił swój sposób określania refrakcji «za pomocą zwykłego spostrzegania wziernikiem cienia, jaki rogówka rzuca na źrenicę».

Odtąd metodyka badania skiaskopowego rozwinięła się znacznie, i dziś wyobrazić sobie trudno, co byśmy robili bez tego cennego sposobu przedmiotowego określenia refrakcji w obecnych, tak skomplikowanych, warunkach bytu. Toteż dla okulisty jest to jeden z najwięcej wartościowych i codziennych sposobów badania.

A jednak, jeśli chodzi o objaśnienie zjawisk skiaskopji, to jakieś fatum zaciężyło nad tą metodą, zresztą od samego początku jej opracowania.

Cuignet umarł, nie wyjaśnwszy sobie sam istoty zjawisk skiaskopji, uważając «za błąd wielki» objaśnienia tych wszystkich, którzy, jak Landolt, Mengin i Parent, uważali, że «dno badanego oka żywy udział przyjmuje w tych zjawiskach».

I dotąd w wielu nawet poważnych podręcznikach spotkać się możemy ze zdaniem, że zjawiska skiaskopji są jeszcze niezupełnie wyjaśnione — stąd też i wielu autorów unika w tej kwestji objaśnień teoretycznych, a opisuje wprost zjawiska, nakazując nieomal nauczyć się na pamięć uczącemu, że np. przy krótkowzroczności cień przesuwają się w kierunku sprzecznym do ruchu płaskiego wziernika, przy dalekowzroczności — w kierunku zgodnym.

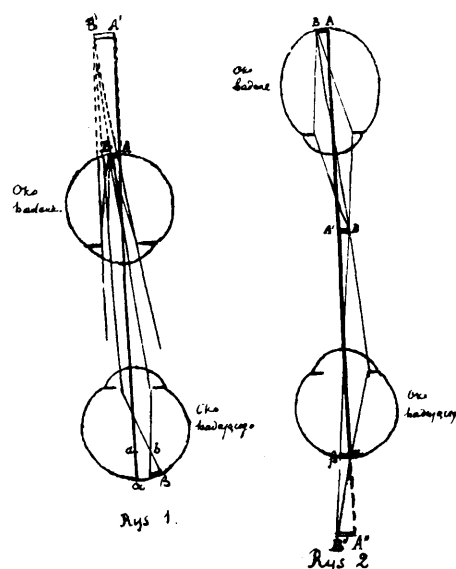
A tymczasem dalsze badania i rozumowania autorów jak Mengin, Landolt, Parent, Monoyer, Fick, Weiss, dowiodły niezbicie, że zjawiska skiaskopji są zjawiskami ogniskowania się (wzgl. rozpraszania) światła i że zależą one od siatkówki i od całego układu optycznego oka — przyczem oświetlona siatkówka występuje tu jako źródło światła.

Toteż, zabierając głos w sprawie skiaskopji, bynajmniej nie mam na celu dowieść tego, co już dawno zostało wyjaśnione i dowiedzione, ale chcę

głównie podkreślić, że dane dotychczasowe wystarczają w zupełności, by te zjawiska powszechnie uznać za wyjaśnione zupełnie, by uznać, że polegają one na ogniskowaniu się rzeczywistym, albo i wrzekomem promieni, wychodzących z badanego oka.

Skiaskopując, oświetlamy płaskim wziernikiem dno badanego oka i jednocześnie spostrzegamy źrenicę tego oka. Obrazek oświetlonej części siatkówki będzie albo przed źrenicą, albo poza źrenicą badanego — stąd oko badającego nie zobaczy go wyraźnie (widzieć go będzie w krążkach rozproszenia). Jednak, przesuwając poruszeniem wziernika światło i oświetlając różne części siatkówki badanego, zauważymy, że kierunek światła będzie w źrenicy raz zgodny, w innym razie spreczny z ruchami wziernika, w zależności od refrakcji badanego oka.

Rozpatrzmy poszczególne przypadki:



1. Przy dalekowzroczności (patrz rys. 1.) oko nasze, biegnąc za promieniami rozbieżnymi, wychodzącymi z oka badanego, łączy je we wrzekomy prosty obrazek poza siatkówką oka badanego. Obrazek ten przypomni nam swem umiejscowieniem podstawę górną (mniejszą) stożka ściętego, którego podstawę dolnej odpowiadać będzie źrenica badanego oka. Poruszając wziernikiem np. w lewą stronę, sprawimy, że część

KONKURS

W myśl polecenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 28/X 1921. № Z. 30050/7451/21 rozpisuję konkurs na następujące wolne posady lekarzy w Państwowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

- 1) Prymarjusza z poborami urzędnika państwowego VI-go stopnia.
- 2) Ordynariusza z poborami urzędnika państwowego VII-go stopnia.
- 3) Sekundariusza z poborami urzędnika państwowego VIII-go stopnia.

Podania zaopatrzone w stemple na 10 Mkp. adresowane do Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Warszawie przysłać należy na ręce Dyrektora Państwowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie do 15/I 1922. Później wniesione podania nie będą uwzględnione.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać:

- 1) że są obywatelami Państwa Polskiego,
- 2) że posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
- 3) wiek nieprzekraczający 40 lat (przy odpowiednich kwalifikacjach mogą być zamianowani kandydaci do l. 50).
- 4) nieposzlakowaną przeszłość przy dołączeniu „Curriculum vitae”,
- 5) że posiadają odpowiednie kwalifikacje (praktyka psychiatryczna w szpitalach i klinikach lub w większych zakładach psychiatrycznych, ewentualnie prace).

Posady będą nadane na razie prowizorycznie; stabilizacja na posadach nastąpi po roku zadawalającej służby.

Lekarze obowiązani są mieszkać w Zakładzie i zwracać za mieszkanie ze światłem i opałem przypadającą za nie należność.

Warsz. Tow. Akc. „**MOTOR**” niniejszem zawiadamia WW. PP. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



**TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO**

d. Magister Klawe, s. A.,

22/24, UL. KAROLKOWA, WARSZAWA.

JODERGON KLAWE

jest to jodowoorganiczny związek o własnościach lipotrowych z zawartością 30% jodu czystego.

Jodergon Klawe nie upośledza trawienia, nie drażni żołądka, dłużej od innych połączeń jodowych pozostaje w ustroju, nie drażni nerek.

Jodergon Klawe nadaje się do leczenia wszystkich stanów chorobowych, które wymagają długotrwałego stosowania przetworów jodowych, a więc przeważnie:

- Chorób serca** (zwyrodnienie tłuszczowe, dusznica bolesna i inne).
- Chorób naczyń** (miażdżyca),
- Chorób błon surowiczych** (wysięki długotrwałe, gościec przewlekły),
- Chorób narządów oddechowych** (dychawica, nieżyty przewlekły),
- Kiły** w okresie późniejszym,
- Dny i otyłości.**

Każda tabletką **JODERONU** odpowiada 0,05 J.

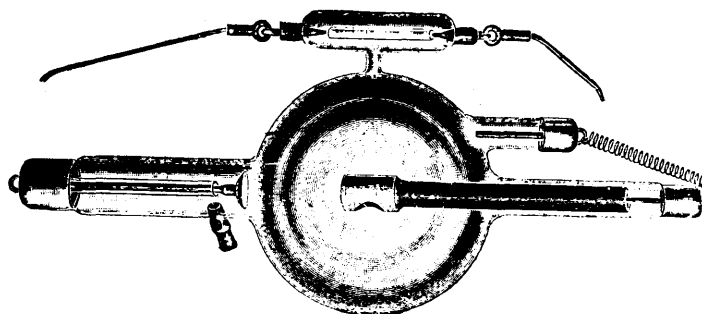
Dawki: 1 — 6 i więcej tabletek dziennie, po jedzeniu.

Opakowanie: flakon zawierający 20 tabletek.



CENTRALNY ZAKŁAD FABRYCZNY Urządzeń Technicznych i Sanitarnych

Inż. PAWEŁ LIS



KRAKÓW, ul. Długa 1. (Gmach Izby handlowej i przemysłowej).

Telefon 33 97. — Adres telegr.: „Lis, Kraków, Długa”. — Filje: Warszawa - Lwów.

POLECA:

Aparaty rentgenowskie do diagnostyki i terapii. — Lampy i przybory rentgenowskie różnych systemów. — Aparaty do galw., farad., endoskopji, kaustyki. — Kystoskopy. — Uretroskopy, — Maszyny dentystyczne. — Krzesła. — Sterylizatory. — Dezynfekcyjne aparaty. — Wszelkie zapotrzebowania sanitarne.

Jeneralna reprezentacja Towarzystw Akcyjnych: Odelga, Veifa, Czermack, Reiniger, Gebbert i Schall.

Ceny ściśle fabryczne.

Oferty odwrotnie.

ROK ZAŁOŻENIA 1910.

ZAKŁADY CHEMICZNE „LAOKOON“

Spółka z ogr. odp.

we LWOWIE.

Spółka z ogr. odp,

Fabryka chemiczna
LAOKOON — Lwów

III. Międzynarodowa wystawa farmaceutyczna Wiedeń 1913:
Dyplom honorowy — Medal złoty.

Fabryka farmaceutyczna
KRONED — Wiedeń

Preparaty:

Galeniczne — Chemiczne — Naukowe i płyny mianowane — Organozwierzęce — Dezynfekcyjne — Kosmetyczne — Weterynaryjne.
Polecamy pierwszorzędnej jakości preparaty fizjologiczne i klinicznie zbadane, uznane przez pierwszorzędne powagi lekarskie, polskie i zagraniczne:

Wszelkie wstrzykiwania podskórne, zbadane na jałowość przez dyr. Instytutu bakterjologicznego prof. Kuczerę i polecane przez Towarzystwo lekarzy lwowskich.

Absolutna pewność jałowości.

NEO-ALKARSODYLUM

ALKARSODYLUM { w ampułkach à 1 ccm. pudełko 10

GLICARSODYL I, II, III. { fiolek.

NOVASTESINUM

GLICEROFOSFAT w ziarenkach, pudełko 100 gr.

JODLYSIN 4% pepton jodu w roztworze na peptonie naszej

fabrykacji, skład stały.

KOLA granulae i KOLA pastylki.

PIPERAZIN efferv. (słoik 100 gr.) zawiera 5% czystej piperazyny.

MAMMID pasfylki à 0.30. { preparaty z wymion.

MAMMID iniekcje à 2 ccm. { preparaty z jajników.

OVARID pastylki à 0.90, preparat z jajników.

PEPTOFERLYSIN, org. związek żelaza 10% przez nas otrzymany najbogatszy preparat żelaza rozszczepia się w alkalicznej treści jelita i nie wymaga dżety, idealny w użyciu, flakon 40 gr.

ARSOFERLYSIN organiczne połączenie żelaza i arsenu w postaci kropeł.

OPAGEN opii agentia alcaloida — pastylki à 0,01 alkaloidów opium i iniekcje a 0.02.

STROPHANTUS pastylki à 0.001 strofantyny; stały skład.

Organozwierzęce preparaty:

SPERMIN essencja { preparaty z jąder.

SPERMIN iniekcje { preparaty z jąder.

HYPOPHYSID iniekcje, preparat z przysadki mózgowej.

NA ŻĄDANIE LITERATURA.

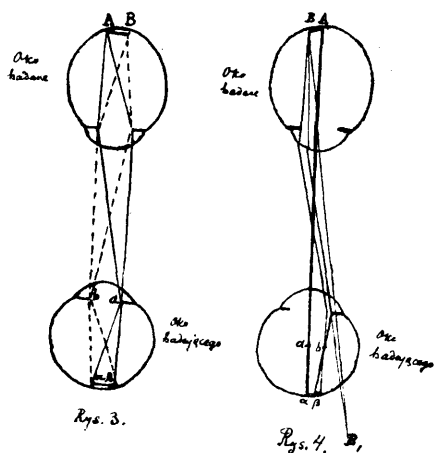
Upraszamy przy ordynacji wyraźnie stosować formułkę: *Fabricationis „Laokoon”*.
Żądać we wszystkich aptekach i nie przyjmować mniej wartościowych preparatów.

promieni, wychodzących rozbieżnie z badanego oka, nie wejdzie do naszego oka, napotkawszy po drodze naszą tęczówkę; te zaś promienie, które wejdą, dadzą na prawej stronie naszej siatkówki obrazek (rozproszony) oświetlonej lewej połowy siatkówki — słowem obrazek będzie zgodny z ruchem wziernika.

2. Przy krótkowzroczności odróżniamy trzy przypadki: a) gdy obrazek dna oka badanego będzie przed okiem badającego; b) gdy obrazek dna oka badanego będzie na poziomie źrenicy oka badającego; i c) gdy obrazek dna oka badanego wypadnie poza okiem badającego.

W przypadku a) (patrz rys. 2) promienie zbieżne, wychodzące z badanego oka dadzą nam obrazek dna odwrócony, którego strona prawa będzie odpowiadała lewej stronie siatkówki, górna strona — dolnej i t. d. Toteż, jeśli wziernikiem oświetlimy lewą połowę siatkówki, to w obrębie źrenicy ujrzemy światło z prawej strony. Jeśli zwrócimy tenże wziernik płaski do góry, to ujrzemy światło w dolnej części źrenicy — słowem obraz dna oka badanego (w krążkach rozpraszania — niewyraźny) przesunąć się będzie w źrenicy oka badanego w kierunku sprzecznym z ruchem wziernika.

W przypadku b), kiedy badający, zbliżając się coraz więcej do obrazka oka badanego i zwiększając przez to coraz więcej krążki rozsiania tego obrazu na swej siatkówce, dojdzie na taką odległość, że obrazek dna oka badanego będzie w źrenicy oka badającego (patrz rys. 3) wówczas krążek rozproszenia każdego punktu dna badanego oka zajmie całą źrenicę oka badającego; wówczas źrenica cała błyszczy równomiernym światłem, które może być silniejsze, lub słabsze, ale przesunąć się nie da, skoro bowiem obrócimy wziernikiem promienie z oka badanego, natychmiast znajdą się poza obrębem naszej źrenicy (punkt obojętny).

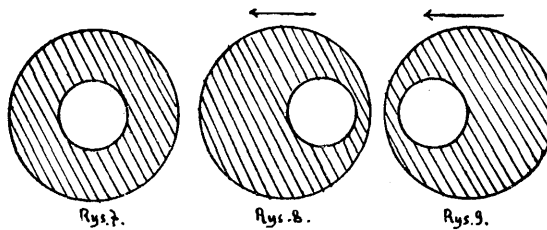
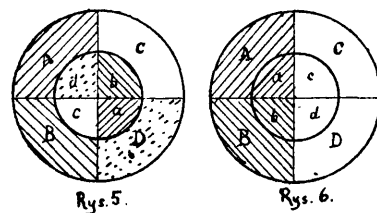


W przypadku c) (patrz rys. 4) kiedy obrazek dna oka badanego wypadnie poza okiem badającym, wówczas część promieni, idących zbieżnie, które dostaną się do oka badającego, oko to zogniskuje przed siatkówką, a na siatkówkę padnie krążek rozproszenia, odpowiadający zgodnemu obrazkowi dna oka badanego, ponieważ lewej stronie siatkówki badanego oka odpowie prawostronny obrazek na siatkówce badającego.

Przejrzysty ten sposób objaśnienia dał nam Ed. Landolt. Skiaskopja jest zbyt ważnym sposobem badania, by nad nim przechodzić do porządku dziennego, nie starając się go objaśnić możliwie przyszyłym lekarzom.

Toteż, pracując ze słuchaczami w klinice ocznej, sam sprobowałem wprowadzić pewne uproszczone metody objaśnienia skiaskopji, które tu w krótkości przedstawię.

Jako szemat, obrazujący stosunki jakie zachodzą przy krótkowzroczności proponuję rys. 5, z którego widać, że, ponieważ obrazek dna oka jest odwrótny, oświetlając lewą połowę siatkówki oka badanego otrzymamy rozproszony obraz świetlny w prawej połowie źrenicy i t. d. Stosunki przy dalekowzroczności obrazuje rys. 6.



Rys. 5. Przy krótkowzroczności mamy na pewnej odległości przed okiem badanym odwrócony obrazek dna tego oka. Toteż, jeśli oświetlimy np. stronę AB siatkówki, to zobaczymy oświetloną przeciwną stronę źrenicy a b, ponieważ a b jest obrazkiem części siatkówki AB.

Rys. 6. Przy dalekowzroczności obrazek dna oka jest domniemany i prosty. Oświetlając np. stronę CD siatkówki zobaczymy oświetlenie źrenicy po tej samej stronie, ponieważ obrazek (domniemany) cd jest obrazkiem prostym CD.

Rys. 8. Przy krótkowzroczności

Rys. 9. Przy dalekowzroczności.

By żywiej objaśnić ruchy obrazka dna oka w stosunku do źrenicy, korzystam z bardzo prostego fantomu: jest nim sklejoný z twardszego papieru stożek ścięty, którego podstawa górna (mniejsza) jest oklejona czerwonym papierem. Podstawa ta wyobraża obrazek siatkówki. Szeroka podstawa stożka ma odpowiadać źrenicy.

Przy pomocy tego fantomu krótkowzroczność przedstawimy przypadkiem, kiedy stożek będzie do nas zwrócony podstawą górną. Jeśli teraz przesuniemy nieco oko w lewo, patrząc wciąż na podstawę dolną (odpowiadającą źrenicy), to zauważymy, że podstawa górna (obrazek siatkówki) przesunęła się w stronę prawą. Jeśli poruszymy nieco okiem w dół, to obrazek siatkówki przesunie się ku górze i t. d.

Te ruchy paralaktyczne przypominają nam nieco ruchy obrazka siatkówki, z tą jednak różnicą, że w rzeczywistości, poruszając wziernikiem i oświetlając np. lewą połowę siatkówki przy krótkowzroczności, otrzymamy niewyraźny i odwrótny obrazek po stronie prawej badanej źrenicy (rys. 5.) i t. d.

Jeśli zbliżać się będziemy okiem do podstawy górnej stożka, to będziemy ją widzieć coraz

to mniej wyraźnie i o ile oko nasze będzie bardzo blisko tej powierzchni, to najmniejszy ruch oka wystarczy, by powierzchnia podstawy górnej stożka (siatkówka badanego oka) zniknęła nam z pola widzenia (punkt obojętny).

Przy dalekowzroczności obrazek dna oka jest prosty — temu typowi refrakcji odpowiedzą stosunki, jakie stwierdzimy, zwróciwszy stożek szeroką dolną (niezaklejoną) podstawą do oka badającego — wówczas, jeśli oko badającego poruszać się będzie np. w lewą stronę to i obrazek dna oka (podstawa górna) przesuwać się będzie w tym samym kierunku (patrz rys. 9)—lewa strona obrazka będzie bliżej lewej strony źrenicy.

Sądę, że tym czy innym sposobem, prawidłowo przedstawiając zjawiska skiaskopji, unikniemy nienaukowego, bo ujemnego «cienia», który w cieniu pozostać powinien tam, gdzie światło prawdy bije w oczy.

P. S. Nazwę samą „skiaskopji“ uważamy raczej za historyczną — jednak wobec tego, że najbliższa historycznie do daty odkrycia metody nazwa „keratioskopji“

wyszła prawie z użycia, najracjonalniejszą chyba byłaby nazwa „retinoskopja“ — stale zresztą używana przez autorów angielskich, którzy najściślej zazwyczaj sprawę objaśniają.

PISMIENNICTWO:

1. Graefe-Saemisch Handbuch der gesamten Augenheilkunde 1904. IV t. 2. Lagrange-et Valude Encyclopedie Française d'Ophtalmologie 1908 IV t. 3. F. H. Garrison History of medicine 1914. 4. Billot Détermination pratique de la réfraction oculaire par la keratoscopie ou skiascopie. Paris 1893. 5. N. Bishop-Harman Aids to Ophthalmology 1913. 6. C. Devereux Marshall Diseases of the Eye 1912. 7. Ch. May et P. Bouin Maladies de l'oeil 1918. 8. V. Morax Précis d'Ophtalmologie 1913. 9. A. Terson Ophtalmologie du medecin praticien 1916. 10. Truc-Valude-Fraenkel Nouveaux éléments d'Ophtalmologie 1908. 11. O. Habab Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie 1908. 12. T. Axenfeld Lehrbuch der Augenheilkunde 1921. 13. P. Silex Augenheilkunde 1917. 14. F. Schieck Grundriss der Augenheilkunde 1921. 15. Kramsztyk Objawy kliniczne chorób oczu 1907. 16. Ziemiński Zarys Okulistyki 1909. 17. J. Szymański Okulistyka w skróceniu 1920. 18. E. Fuchs Lehrbuch der Augenheilkunde 1900. 19. A. Vossius Lehrbuch der Augenheilkunde 1898. 20. H. Schmidt-Rimpler Augenheilkunde und Ophthalmoskopie 1894. 21. K. Brudzewski O błędach refrakcji oka. Kraków 1916.

Rozpowszechnienie jaglicy w Płockiem i konieczne środki zaradcze przeciw tej klęsce wogóle.

Podał Dr Aleksander Maciesza z Płocka.

(Odczytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Płockiego w dniu 29 października 1919 roku).

Pod względem rozpowszechnienia jaglicy Polska w porównaniu z krajami zachodnio-europejskimi — Anglią, Francją, Szwajcarią, Niemcami i Czechami przedstawia się najgorzej. W miejscowościach zamieszkałych przez Polaków, wśród ogółu chorych na oczy, cierpiący na jaglicę stanowią od 100 do 300 osób na 1000. W Anglii natomiast (Londyn, Glasgow) zdarza się chorych na jaglicę—5 na 1000. W Szwajcarii jaglica występuje tylko sporadycznie wśród przybyszów. We Francji wiele obszarów jest zupełnie wolnych od jaglicy i tylko w niektórych, naprz. w Bordeaux dosięga 25 na 1000. W Niemczech, na zachodzie—w Bawarii, Wirtembergji, Saksonji, jaglica zdarza się bardzo rzadko. W Czechach statystyka stwierdza chorych na jaglicę 40 na 1000 (naprz. w Pradze). W Państwie Pruskiem jaglica największe miała rozpowszechnienie w dzielnicach zamieszkałych przez Polaków w Prusach Wschodnich i Zachodnich, w Poznańskim i na Śląsku. W tych dzielnicach liczba chorych na jaglicę wahała się od 270 do 90 na 1000. Duże rozpowszechnienie jaglicy w tych dzielnicach i niebezpieczeństwo, grożące innym dzielnicom państwa pruskiego, zmusiły rząd pruski do rozpoczęcia w r. 1896 akcji rządowej, mającej na celu planowe zwalczanie jaglicy przy pomocy państwa.

Poza wymienionymi dzielnicami na zachodzie nigdzie dotąd w Polsce jaglica nie jest zwalczana planowo i rozpowszechnia się znacznie, stanowiąc poważną klęskę społeczną.

Nasze Ministerstwo Zdrowia Publicznego, uświadamiając wielkie szkody, wyrządzane przez jaglicę nie tylko jednostkom lecz i państwu, niewątpliwie rozpocznie planową walkę z tą klęską społeczną. Przy Ministerstwie bowiem już został utworzony referat ochrony wzroku i walki ze ślepotą.

Żeby rozpocząć walkę trzeba poznać wroga, bo nieznajomość wroga każdą walkę utrudnia. Dotychczasowy materiał statystyczny, dotyczący jaglicy w Polsce, jest niedostateczny. Dane cyfrowe otrzymywane w dużych zakładach leczniczych (w klinikach i szpitalach dla chorych na oczy), w wielkich miastach nie dają dokładnego obrazu o rozpowszechnieniu się jaglicy w poszczególnych miejscowościach Polski poza większymi miastami. Jedynie lekarze prowincjonalni, a w szczególności nieliczni okuliści, mieszkający i praktykujący na prowincji, mogliby tylko dostarczyć odpowiednich materiałów w tej sprawie.

Jako jeden z takich nielicznych okulistów, zamieszkały bez przerwy na jednym miejscu na prowincji w przeciągu lat osiemnastu, a mianowicie od r. 1901 w Płocku, rozporządzam pewną ilością materiału cyfrowego i obserwacyjnego, który podaję obecnie, aby przyczynić się do wyjaśnienia sprawy rozpowszechnienia jaglicy w Polsce.

Od dłuższego czasu, a w szczególności od r. 1910, notowałem w swoich księgach przyjęć nie tylko nazwiska chorych i rozpoznania, lecz także

i nazwy miejscowości wraz z wymienieniem gmin, z których chorzy pochodzą. Do obliczeń wziąłem 10.000 zapisów chorych na oczy, którzy u mnie po raz pierwszy szukali porady lekarskiej. Pośród tych chorzy było 56% płci męskiej i 44% płci żeńskiej, czyli przeważa płęć męska o 12%, gdy w Krakowie ta różnica wynosiła w latach 1877 82—14,2%, w latach 1896—97—19,4%, w Wiedniu u Arlta 16%.

Śród tych wszystkich chorych było cierpiących na jaglicę ogółem 1264 osób czyli na 1000 chorych na oczy przypadało 126 jaglicowatych.

Chcąc powziąć wyobrażenie, jak się przedstawia Płockie pod względem rozpowszechnienia jaglicy w porównaniu z innemi okolicami kraju, musimy otrzymaną przez nas cyfrę porównać z danymi, dotyczącymi innych dzielnic Polski, zebranymi w klinikach wielkich miast i przez oddziały okulistyczne. Musimy tylko pamiętać, że dane pochodzące z tych źródeł były gromadzone przez różne osoby i nie w jednakowych warunkach. Z tego względu konieczne są pewne zastrzeżenia i poprawki przy porównaniu naszej cyfry z danymi, dotyczącymi innych miejscowości, jakie wykazuje następująca tabela:

Miejscowość	Spostrzegający	Ogólna liczba chorych na oczy	Jaglicowatych na 1000 ch. na oczy	podał
Pow. Kalwaryjski i sąs.	Wajnsztein	2990	306	Wajnsztein
" Szczuczyński	Marczewski	925	273	Marczewski
" Kielecki	Cetnarowicz	670	220	Cetnarowicz
" Będziński	Marczewski	1220	219	Marczewski
" Łaski	"	1473	179	"
" Włocławski	"	759	153	"

Dane z oddziałów okulistycznych:

Pow. Kalwaryjski i sąs.	Wajnsztein	2990	306	Wajnsztein
" Szczuczyński	Marczewski	925	273	Marczewski
" Kielecki	Cetnarowicz	670	220	Cetnarowicz
" Będziński	Marczewski	1220	219	Marczewski
" Łaski	"	1473	179	"
" Włocławski	"	759	153	"

Dane zebrane przez kliniki i lekarzy stałych

Poznań i okol.	Wicherkiewicz	7962	150	Millingen
"	"	"	130	Roune
pow. Płocki i okol.	A. Maciesza	10 000	126	Maciesza
Łódź	"	"	116	Roune
Kraków	prof. Rydel	10.228	99	Machek
Łwów	prof. Machek	20.807	285	Machek
Warszawa	Gepner	21.234	98	Gepner
Wrocław	"	"	90	Hirschberg

Przytoczone w tej tablicy dwie grupy danych nie są współmierne. Do oddziałów okulistycznych zgłaszają się wyłącznie prawie chorzy z cięższymi i dokuczliwzszymi cierpieniami, a w szczególności z jaglicą. Dla tego oddziały okulistyczne zwykle wykazują stosunkowo więcej chorych na jaglicę. Dane zaś gromadzone na punktach stałych wykazują stosunkowo mniej jaglicy, albowiem na te punkty zgłaszają się wogóle chorzy nietylko w bardziej ciężkich, lecz i w lekkich wypadkach, a także stosunkowo więcej z wadami refrakcji.

W ostatnich latach przed wojną na punkty stałe zgłaszało się poza tem bardzo wielu jadących do Ameryki dla przekonania się, czy mają zdrowe oczy. Takich zgłaszających się naprz. w Płocku było przeszło 30%.

Biorąc to pod uwagę, należy przy wnioskowaniu zestawiać dane powyższej tabeli w granicach każdej grupy osobno.

Na podstawie danych pierwszej grupy można wyprowadzić jedynie wniosek, iż jaglica w Polsce ma tem większe rozpowszechnienie, im miejscowość leży więcej na północ i wschód. Dane drugiej grupy wskazują, iż wielkie miasta, posiadające kliniki i szpitale specjalne, wykazują jednakową stosunkową liczbę cierpiących na jaglicę, bo 90—99 na 1000.

W porównaniu z temi wielkimi miastami Płockie wykazuje większą ilość chorych na jaglicę bo 126 na tysiąc. Ostatnia ta cyfra właściwie dla celów porównawczych powinna być poprawiona przez usunięcie z obrachunku jadących do Ameryki, a przez to podniesie się ona do 160—180 na 1000. Z tego wynika, że Płockie pod względem rozpowszechnienia jaglicy zbliżone jest do Poznańskiego i Prus Zachodnich, gdzie, według prof. Hirschberga, liczba jaglicowatych w stosunku do 1000 chorych na oczy waha się od 119 do 160. Wogóle jednak Płockie należy w Królestwie do miejscowości, gdzie jaglica jest więcej rozpowszechniona, jak świadczą o tem dane zebrane przez okulistę wojskowego dra A. Ławrentjewa. Stwierdził on na podstawie pogłównych oględzin 170.500 powołanych do wojska w latach 1894—1900 i przysyłanych do Okręgu Wojskowego Moskiewskiego, dokąd między innymi wysyłano bardzo wielu rekrutów z Królestwa, że ogólna stosunkowa ilość jaglicowatych wynosiła śród zbadanych wogóle—5,7%, a w tem śród Polaków—4,5%. Jednocześnie jednak dr Ławrentjew stwierdził, że niektóre gubernie Królestwa dały wyższy odsetek od przeciętnego ogólnego średniego, a mianowicie w pierwszym rzędzie gub. Płocka 8,1% i Kaliska—6,7%.

Przechodząc do sprawy zachorowywania na jaglicę według płci, dane płockie stwierdzają, zresztą jak to już wszędzie spostrzegano, że mężczyźni bardziej zapadają na jaglicę niż kobiety, a mianowicie w Płockiem było chorych płci męskiej 60%, a żeńskiej 40%, gdy śród ogółu chorych na oczy pierwszych było 56,4%, a drugich 44,6%.

Przypisać to należy temu, że mężczyźni są bardziej wystawieni na szkodliwe wpływy zewnętrzne, tudzież że służą w wojsku, gdzie panuje jaglica, i że zarażają się często w Prusach na robotach.

W Płockiem stosunkowo najwięcej choruje na jaglicę ludność polska. Dowodzi tego porównanie ilości procentowych Polaków śród ogółu ludności i śród chorych na jaglicę. W powiatach Płockim i Gostyńskim ludności polskiej jest 75,7% i 77,2%, a śród chorych na jaglicę—83,6%.

Niemców i Żydów przypada śród chorych na jaglicę mniej więcej jednakowa ilość, a mianowicie po 8%. Biorąc pod uwagę, że śród ogółu ludności żydów jest więcej (w pow. Płockim—15,9%, Gostyńskim—7,5%, a Niemców mniej (w pow. Płockim—6,5%, Gostyńskim—14,6%) należy wywnioskować, iż Żydzi stosunkowo najmniej chorują na jaglicę. Natomiast śród Niemców zachorowuje dość spora liczba. Ten fakt stwierdzony został także przez dra Ławrentjewa, według którego — *największy procent jaglicowatych w wojsku moskiewskiego wojennego okręgu dali Litwini (13,0), Białorusini (10,1), Tatarzy (10,0), Małorusini (8,4) i Niemcy (8,2); śred-*

ni % Baszkiry (6,8), Czeremisy (6,7), Czuwasze i Wotiaki (5,7); *mały* % — Polacy (4,5), Rosjanie (3,8); Żydzi (3,4).

Zgłaszanie się chorych na jaglicę było zależne od odległości. Przybyło jaglicowatych z miejscowości odległych od Płocka:

do 7 wiorst 8-14 15-21 22-28 29-35 36-42 43 i wyżej
382 194 255 157 98 34

831 czyli 65,7% 289 czyli 22,8% 179 czyli 11,5%.

W samym powiecie Płockim wraz z przylączoną do niego gminą Brudzeń było:

331 134 162 132 81 13
627 czyli 73,5% 226 czyli 26,5%

Stąd wynika, że zaledwie $\frac{1}{10}$ część chorych na jaglicę, przy braku komunikacji kolejowej, przybywała z odległości dalszej niż 6 mil do lekarza, który przebywa w jednym miejscu od lat kilkunastu i do którego wogóle chorzy odnoszą się z wielkim zaufaniem. To może służyć za wskazówkę, że lekarze, niosący pomoc chorym na jaglicę, powinni być rozmieszczani jeden od drugiego w odległości nie dalej niż 50 klm.

W ostatnich latach na terenie gub. Płockiej i sąsiednich powiatów gub. Warszawskiej lekarze ci byli rozmieszczeni tak: w Płocku (Dr Al. Maciesza), w Bentkowie, pow. Lipnowskim (Dr Szwarec) w odległości 40 wiorst od Płocka, w Bieżuniu (Dr A. Wolski) w odległości 60 w., w Ciechanowie (Dr Zienkiewicz) w odległości 70 wiorst, w Włocławku w odległości 43,8 wiorst i w Torunin.

Rozpowszechnienie jaglicy w pow. Płockim przedstawia następująca tabela:

Odległość od Płocka w milach	Nazwy gminy	Ilość miejscowości wogóle	Ilość miejscowości z jaglicą	Chorych na jaglicę
—	m. Płock — — —	1	1	205
1—2	gm. Brwilno — — —	20	14	120
1—2	" Rogozino — — —	33	22	64
1—2	" Bielino — — —	20	14	53
1—3	" Kleniewo — — —	31	18	72
1—3	" Zągoty — — —	31	14	35
2—3	" Ramutówko — — —	28	18	47
2—3	" Brudzeń — — —	48	21	35
3	" Łubki — — —	25	11	35
3	" Starożreby — — —	30	17	38
3—4	" Majki — — —	37	17	39
3—4	" Mąkolin — — —	22	9	18
3—4	" Lelice — — —	21	7	17
3—5	" Święcice — — —	33	8	19
4—5	" Drobin — — —	35	15	37
4—5	" Gora — — —	24	5	18
4—5	" Rembowo — — —	21	3	5
5 $\frac{1}{2}$	m. Wyszogród — — —	1	1	3
1—5 $\frac{1}{2}$	Pow. Płocki razem	492	231	860

Z tej tabeli widać, że prawie połowa (47%) miejscowości zamieszkałych pow. Płockiego posiada chorych na jaglicę. To samo ma miejsce i w powiatach sąsiednich. W większości tych wsi

i miasteczek jaglica występuje endemicznie i stanowi wielką klęskę dla wielu rodzin.

Powstaje teraz zapytanie, jak ci liczni jaglicowaci leczą się? Przedewszystkiem zaznaczyć należy, iż chorzy na jaglicę w Płockiem zgłaszają się do lekarza wtedy, gdy choroba przybiera postać zapalenia ostrego przez zakażenie dodatkowe, bądź gdy następują powikłania ze strony rogówki i powiek, osobliwie gdy powstaje łuszcza lub owrzodzenie rogówki, albo też podwinięcie powiek. Znaczna większość jaglicowatych prowadzi leczenie niesystematycznie, dorywczo, jedynie do czasu ustąpienia ostrych dokuczliwych objawów cierpienia. Zwykle leczenie po paru tygodniach przerywają do czasu obostrzenia choroby, aby potem nanowo zacząć się leczyć w przeciągu znowu krótkiego czasu. Stosunkowo niewielni tylko zgadzają się na pozostanie w mieście na parę tygodni dla leczenia. Częściej to jeszcze zdarzało się przed wojną. Obecnie przy znacznej drożyznie i braku mieszkań jest to nawet z tych względów prawie niemożliwe. Jedynie chorzy pokazują się co pewien czas naprz. co 2 tygodnie, a w najlepszym razie co tydzień. Jest to maximum tego, do czego można skłonić chorych. Do tych warunków z konieczności musi być zastosowane leczenie.

Przedewszystkiem staram się wyjaśnić choremu, że jego cierpienie jest poważne i przekonać go o wielkiem niebezpieczeństwie, grożącym otoczeniu chorego. Staram się nakłonić chorego, aby miał osobny ręcznik, miskę do mycia, mydło i osobną pościel. We wszystkich przypadkach, gdzie jest wskazane leczenie operacyjne stosuję je przedewszystkiem za pomocą wygniatacza Donberga. Następnie w przypadkach, połączonych z wydzieliną śluzowo-ropną stosuję *sol. argenti nitrici* 2% z następnem spłukiwaniem słabym roztworem soli kuchennej. W późniejszych okresach stosuję *cuprum sulfuricum in bacillo*.

Przy zapisywaniu leków dla domowego leczenia dążę przedewszystkiem do ograniczenia wydzieliny, a więc zmniejszenia niebezpieczeństwa dla otoczenia, i w tym celu zapisuję *sol. protargoli* e 1,0 — 10,0 po 2 krople rano, oraz *sol. zinci sulf.* e 0,03 — 10,0 po 2 krople 2 razy dziennie w południe i wieczorem. Gdy istnieje znaczne ropienie, zapisuję maść do powiek na noc: *zinci sulfur.* 0,04 *vaselini am. albi* 10,0. W późniejszych okresach stosuję preparaty *cuprum* bądź jako *solutio*, bądź w maści, bądź w postaci *bacillum*.

Gorliwie leczą się jedynie ci, którzy zamierzają wyjechać do Ameryki.

Wogóle jednak zaznaczyć należy, iż ogół chorych, pozostawiony własnej inicjatywie i własnej pomocy, leczą się bardzo niedbale i niedostatecznie. Wskutek tego wytwarzają się warunki, w których jaglica coraz bardziej się rozpowszechnia.

Lata wojny, a połączone z tem nędza, brak bielizny, mydła, brak mieszkań, wobec zniszczenia na linji walk, i konieczność mieszkania w ciasnych dolach ziemnych — wszystko to powoduje spotęgowanie rozpowszechnienia jaglicy, która staje się poważną klęską narodu polskiego. Z powodu tej choroby państwo ponosi poważne straty. Jaglica bowiem szerzy się często niezauważona, długo trwa i chorzy, często dopiero już do-

znawszy znacznego upośledzenia wzroku, zgłaszają się do lekarza o pomoc. Przez to jaglica powoduje upadek dobrobytu warstw pracujących i obniża zdolność i sprawność żołnierza. Stąd wpływa konieczność i obowiązek państwa ujęcia w swe ręce planowej walki z jaglicą.

Obok podniesienia kultury i dobrobytu przez odpowiednie reformy i oświatę, należy walkę z jaglicą oprzeć przede wszystkim na dobrej organizacji leczenia w miejscowościach, w których ujawniona została jaglica.

Zasada wygłoszona przez Schnabla—wyleczyć jednego chorego znaczy tyle, co stu zdrowych ochronić od zachorowania—ma może bodaj największe zastosowanie w stosunku do jaglicy. W tym względzie sprawa została wyświetlona u nas przez szereg lekarzy-okulistów zarówno na zjazdach lekarskich i higienicznych, jak i w pismach fachowych przez B. Ziemińskiego, W. Kamockiego, L. Endelmana, S. Cetnarowicza, I. Kolińskiego, Z. Kramsztyka, B. R. Gepnera i innych, a następnie szczegółowo przez powołaną wiosną 1918 r. przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego komisję, złożoną z W. Kamockiego, Z. Kramsztyka, Likiernika, Rothermunda i B. Gepnera pod przewodnictwem członka Rady Lekarskiej dra J. Jaworskiego.

Na podstawie doświadczenia wyniesionego z osiemnastoletniej praktyki okulistycznej na prowincji uważam, iż przy wprowadzaniu w życie zalecanych środków i sposobów zwalczania jaglicy należy w pierwszym rzędzie wykorzystać doświadczenie dwóch krajów, które prowadzą planową walkę z jaglicą, a mianowicie — Niemiec i Węgier.

Przedewszystkiem konieczną jest rzeczą, aby sprawę walki z jaglicą wzięło w swoje ręce państwo, a mianowicie Ministerstwo Zdrowia Publicznego przy współudziale samorządów powiatowych i miejskich. Początek właściwie już został zrobiony. Przy Ministerstwie istnieje już Referat ochrony wzroku i walki ze ślepotą.

Niedawno uchwalona w sejmie zasadnicza ustawa sanitarna wprowadza w całym kraju rejestrację chorych na jaglicę. Ustawa ta wkłada ciężar walki z chorobami zakaźnymi, a więc i z jaglicą, na organizacje samorządowe. Ciężar ten jednak przekracza siły samorządów i dla tego wydatną część tego ciężaru państwo będzie musiało przyjąć na siebie z konieczności. W walce z jaglicą jest to konieczne i z tego względu, aby akcja mogła być jednolitą w całym kraju i aby kierowana była przez organy państwowe.

Punktem wyjścia dla środków zaradczych powinny być szkoły i wojsko, które dają dokładny obraz szerzenia się jaglicy w poszczególnych miejscowościach i jednocześnie stanowią najdostępniejszy grunt dla okazania pomocy lekarskiej.

Punkt zaś ciężkości wszystkich zarządzeń, mających na celu zwalczanie jaglicy, powinien leżeć, jak to przyjęto na Węgrzech, w zakładaniu domów zdrowia dla chorych na oczy lub specjalnych oddziałów przy ogólnych szpitalach i powoływaniu do prowadzenia tych oddziałów wykwalifikowanych w okulistyce lekarzy. Kierownicy tych zakładów na Węgrzech stanowią pośrednie ogniwo pomiędzy zwierzchniczem kierownictwem

całej organizacji przeciwko jaglicy a lekarzami, zajmującymi się leczeniem jaglicy, i prowadzą oraz nadzorują organizację w danym okręgu sanitarnym. Ten system, według mojego mniemania, wobec niedostatecznych funduszy państwowych i gminnych oraz ograniczonej ilości okulistów w kraju byłby najodpowiedniejszy i dla Polski.

Na podstawie tych założeń organizacja walki z jaglicą może być rozpoczęta u nas bądź z góry przez państwo i z inicjatywy państwa lub też przez samorządy na zasadzie ustawy sanitarnej z odwołaniem się o pomoc państwa. Wobec ogromu potrzeb, które w obecnej chwili musi zaspakajać państwo, zapoczątkowanie organizacji walki z jaglicą da się szybciej urzeczywistnić z inicjatywy samorządów.

Tę drogę należy też obrać w Płockiem, gdzie zostało wyraźnie stwierdzone znaczne rozpowszechnienie jaglicy.

Przedewszystkiem należy utworzyć oddział dla chorych na oczy w Płocku, na razie na 6—8 łóżek naprz. przy szpitalu św. Trójcy.

Sprawa ta znajdzie poparcie władz państwowych, albowiem niedawno Departament Sanitarny Ministerstwa Spraw Wojskowych zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia Publicznego z pismem, zaznaczającym potrzebę zakładania szpitali i oddziałów dla jaglicowatych w celu zapobieżenia rozpowszechnieniu jaglicy w wojsku.

Jednorazowe koszty urządzenia tych łóżek i zakupu narzędzi oraz stałe—wynagrodzenia ordynatora wykwalifikowanego w okulistyce—przyjąć muszą na siebie samorządy, powiatowy i miejski, odwołując się jednocześnie o pomoc do państwa.

Konsultant-okulista, poza obowiązkiem prowadzenia oddziału, powinien być obowiązany do prowadzenia i nadzorowania organizacji walki z jaglicą w okręgu, działając wspólnie z lekarzem powiatowym i mieć powierzone na podstawie otrzymanych zawiadomień o wypadkach jaglicy wydawanie odpowiednich zarządzeń.

Wszystkie dzieci każdej szkoły dwa razy do roku powinny być zbadane przez lekarzy obeznanych z jaglicą, dla wykrycia jaglicowatych i usunięcia niebezpiecznych dla otoczenia oraz dla zorganizowania leczenia bezpośrednio na miejscu, bądź przez skierowanie do konsultanta-okulisty. Koszty sprowadzenia lekarza do szkoły oraz związane z leczeniem dzieci ponieść powinna gmina.

W przypadkach niepowikłanych leczenie odbywać się powinno na miejscu przez lekarzy miejscowych, obeznanych z leczeniem jaglicy.

W celu oszczędzania sił lekarskich w długotrwałem leczeniu jaglicy środkami ściągającymi można użyć pomocy nauczycieli.

Wszystkie przypadki powikłane i operacyjne powinny być skierowywane do szpitala lub do przychodni, prowadzonych przez konsultanta-okulistę.

W miejscowościach, gdzie jaglica występuje endemicznie i chorych stwierdzona jest większa ilość, należy przeprowadzać, w miarę możliwości, oględziny pogłównie i organizować leczenie możliwie na miejscu.

Poza tem konsultant-okulista powinien prowadzić jak najszerzą akcję uświadamiającą: 1) or-

ganizować z lekarzami szkolnymi i biorącymi udział w walce z jaglicą konferencje, połączone z odpowiednimi pokazami z omawianiem odpowiednich referatów; 2) organizować wykłady i pokazy dla nauczycieli; 3) szerzyć zasady higieny i czystości w związku z walką z jaglicą drogą odczytów, pism miejscowych i druków; 4) propagować wśród instytucji filantropijnych konieczność rozdawnictwa ręczników dla chorych na oczy

z wydzieliną ropną; 5) współdziałać z lekarzami wojskowymi w zwalczaniu jaglicy wśród powołanych do wojska lub urlopowanych.

Zapoczątkowana w ten sposób akcja, mająca na celu walkę z jaglicą, niewątpliwie da wyraźne wyniki w niedługim czasie i przyczyni się do zmniejszenia jednej z poważnych klęsk społecznych, jaką jest dla Polski jaglica.

Z kliniki okulistyki Uniwersytetu Warsz.

Przyczynki do czerniaków pierwotnych oka.

Podał Dr Marja Starorypińska-Levenstam asystentka kliniki.

Cosmettatos z Aten podaje w *Archives d'ophtalmologie* Nr. 5 1921 spostrzegany przez niego przypadek czerniaka, wychodzącego z ciała rzęskowego u mężczyzny ogólnie zdrowego, lat 47. Rozpoznano czerniak wcześniej: przy objawach nieznacznej obniżenia siły wzroku stwierdzono niewielką narośl czarną, wielkości pestki winogrona, między tęczęwką i ciałkiem szklistem, wychodzącą z ciała rzęskowego. W pół roku później narośl zdawała się niepowiększona, nastąpiło natomiast silne obniżenie siły wzroku wskutek odszczepienia siatkówki, zresztą ciśnienie śródoczne pozostało cały czas niewzmężone, bólów nie było.

Gdy po roku od chwili spostrzeżenia pierwotnego usunięta została gałka oczna, nowotwór osiągał rozmiarów 9×4 mm, wyrastał z ciała rzęskowego w stronę ciała szklanego, pozostawiając tęczęwkę i naczyniówkę nienaruszoną, siatkówka aż do nerwu wzrokowego odszczepiona była przez wysięk. Nowotwór składa się z komórek wielokształtnych: okrągłych, owalnych i nabłonkowatych, otaczających promienisto naczynie; zawierał bardzo liczne ziarna barwika tak w komórkach, jak i wewnątrz ich, gdzieś niedługo barwik tworzył większe skupienia w postaci czarnych wysepek. $\frac{3}{4}$ nowotworu uległo martwicy: granice komórek zatarte, jądra w stanie karyolizy, wreszcie miejscami bezkształtna ziarnista protoplazma ze szczątkami naczyń i jąder komórkowych.

Zdaniem autora czerniaki pierwotne ciała rzęskowego są dość rzadkie: przypadków, opisanych w piśmiennictwie jest około 50. Klinicznie objawem stałym jest obniżenie siły wzroku wskutek zmętnienia środowisk przeziernych, wzmożonego ciśnienia śródocznego, odszczepienia siatkówki lub zaniku nerwu wzrokowego. Bóle w gałce pojawiają się wskutek wzmożonego ciśnienia, lub bezpośredniego ucisku nowotworu na nerwy wzrokowe. W późniejszym okresie nowotwór przebija ściany gałki, idąc wzdłuż naczyń nerwów rzęskowych, lub kanału Schlemma i zjawia się na twardówce pod postacią czarnych guzków.

Wewnątrz gałki nowotwór rozwija się w stronę ciała szklanego, lub ku przedniej komorze,

przerastając tkanki tęczęwki. Rozpoznanie staje się możliwym z chwilą, gdy przy rozszerzonej źrenicy daje się zauważyć narośl, wychodzącą z ciała rzęskowego. Rozpoznanie różniczkowe z kilakiem lub gruzelkiem można przeprowadzić na podstawie stanu ogólnego, skuteczności leczenia właściwego, jak również istnienia silniejszego odczynu zapalnego ze strony oka przy ziarniniakach. Rokowanie zawsze bardzo poważne polepsza się jednak przy wczesnym rozpoznaniu i wyłuszczeniu gałki ocznej. Gdy nawrót nie następuje po 5 latach, uważać można chorego za uratowanego.

Co do pochodzenia czerniaków zdaniem Ribbert'a i Schieck'a rozwijają się one z chromatoforów, które przechodzą przez okres komórek okrągłych, niezabarwionych, następnie komórek wrzecionowatych z wyrostkami, wreszcie komórek, posiadających wyrostki i barwik. Schreiber i Schneider potwierdzili taką ciągłość rozwojową chromatoforów przy pomocy srebrzenia azotanem srebra, lecz komórki nie zawierające barwika okazały się nieczułe na ów odczynnik, nie mogą więc być uważane za komórki macierzyste komórek barwиковych. Inni znów autorowie są zdania, iż komórki te rozwijają się ze śródbłonka naczyń. Pochodzenie barwika stanowi również dotychczas kwestję sporną. Część barwika pochodzi ze krwi: daje odczyn na żelazo. Są autorowie, którzy sądzą, iż barwik jest wytworem chromatyny jądra chromatoforów. Zdaniem Fuchs'a barwik jest samoistnym produktem protoplazmy komórek. W czerniaku spotykamy ogniska martwicy, otoczone fagocytami i różnej grubości warstwą łącznotkankową. Przy czyną martwicy jest tu złe odżywianie np. w nowotworach na nóżce, lub w przypadkach zwiększonego ciśnienia śródocznego. Ogniska martwicy spotykają się zdaleka od naczyń krwionośnych. Rozpadające się komórki uwalniają jady, które, drażniąc oko, mogą w niektórych przypadkach wywołać *iridocyclitis plastica*.

Autor podkreśla, iż w przypadku opisanym przez niego nie spotykał komórek wrzecionowatych, nie miał więc do czynienia z chromatoforami, lecz zdaniem, jego, nowotwór rozwijał się ze śródbłonka naczyń, ziarni barwika zaś uważa

za produkt wytwórczości komórek nowotworu. Wreszcie zwraca uwagę na liczne ogniska martwicy w bezpośredniej bliskości naczyń.

Praca, której streszczenie podałam, zainteresowała mnie w związku z dwoma przypadkami czerniaków, spostrzeganych świeżo w klinice ocznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Przypadek I. Chora lat 25, ogólnie zdrowa, zwróciła się do kliniki dn. 31VIII r. b. z powodu utraty wzroku oka prawego, która nastąpiła nader szybko, bez objawów zadrażnienia. Stwierdzono V.oc. $\text{dex} = \frac{1}{\infty}$, ciśnienie śródoczne niewzmożone. Komora przednia nierównomiernie głęboka. Tęczówka w dolno-zewnętrznej części wypchnięta ku przodowi. Żrenica rozszerzona, daje odczyn na światło. W obrębie żrenicy widać ciało brunatnoszare, niezrośnięte z tęczówką. W części niezajętej przez guz szary odbłask z dna oka. Bez zwłoki dokonano usunięcia gałki, która okazała się zewnętrznie niezmieniona. Rana pooperacyjna goiła się normalnie, dn. 10/IX chora została wypisana z kliniki.

Po rozcięciu gałki ujrzeliśmy w jej zewnętrznej polowie guz wielkości małego laskowego orzecha, o nierównej powierzchni, wychodzący z ciała rzęskowego i przyległej części naczyniówki, mniej więcej do równika gałki, oraz bardzo obszerne odwarstwienie siatkówki, ciało szkliste, zepchnięte ku wewnątrz, zajmowało około $\frac{1}{5}$ swej normalnej objętości. W przekroju guz okazał się dwubarwny: część ciemnobrunatna i część szara. Na preparatach mikroskopowych widnieją pasma komórek wrzecionowatych, krzyżujące się w różnych kierunkach. W niektórych komórkach grudki brunatnego barwika, niekiedy wypełniające całkowicie komórki. Naogół barwika mało. Na powierzchni guza resztki siatkówki.

Przypadek II. Chora lat 39. Zgłosiła się dnia 29/VII r. b. Od 2 tygodni zauważyła osłabienie wzroku oka lewego. Badanie wykazało: wzrok=0,5. Ciśnienie śródoczne 12 mm rtęci. Spojówka, rogówka i tęczówka normalne, żrenica reaguje na światło leniwie. Przy prześwietlaniu szarzielony odbłask z dolno zewnętrznej części dna oka.

Przy wziernikowaniu w dole, w obwodowej części dna widać odwarstwienie siatkówki o charakterze grzybowatym: widnieje szarobiała niefalująca masa o granicach wyraźnych, przednia część masy idzie w kierunku ciała rzęskowego: granicy tu nie widać. Istniejący odpowiedni do tych zmian ubytek w polu widzenia został dokładnie wymierzony i odrysowany. Za pomocą prześwietlenia przez twardówkę stwierdzono nieprzeziorność gałki w okolicy odpowiadającej odwarstwieniu siatkówki. Wasserman okazał się ujemny, mimo to chora otrzymywała wcierniania szaruchy. Przez 6 tygodni przy ciągłej kontroli pola widzenia i bystrości wzroku, stan chorej pozostawał bez zmian. W połowie września wzrok zaczął szybko upadać: 12/IX V.oc. $\text{sin} = 0,1$, zaś w miesiąc później już tylko V.oc. $\text{sin} = 1$ m. polu. Ubytek w polu widzenia powiększył się nieznacznie. Obraz wziernikowy wykazał powiększenie się białego pola w kierunku tarczy nerwu wzrokowego. Ciśnienie niewzmożone, natomiast pojawiły się bóle. Dnia 16/IX dokonano wyjęcia gałki ocznej. Ze-

wnętrznie gałka niezmieniona, jak również tkanki oczodołu. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wypisana dn. 24/XI.

Po rozcięciu gałki okazało się, iż spostrzegane wziernikiem odwarstwienie siatkówki odpowiada nowotworowi, wychodzącemu z naczyniówki w stronę ciała szklistego. Guz ten z jednej strony nie dochodzi do ciała rzęskowego, od nerwu oddziela go przestrzeń 3 do 4 mm; złożony jest z szarej istoty, wśród której widnieje tylko niewielka część czarna. Preparaty mikroskopowe ze skrawka nowotworu potwierdzają rozpoznanie kliniczne. Mamy mianowicie do czynienia z czerniakiem krążłokomórkowym, przytem komórki są bardzo silnie zabarwione, gdzieniegdzie barwik tworzy czarne wysepki.

Jeżeli podałam te dwa spostrzegane przeze mnie przypadki, to dlatego, iż 1) po pierwsze miałam z nimi do czynienia w ciągu stosunkowo krótkiego przeciągu czasu, gdy nowotwór ten, wychodzący z oka, nie należy do tak bardzo częstych.

2) Po drugie, że jeden z tych przypadków odpowiadałby poniekąd przypadkowi Dr Cosmettato, gdyż nowotwór wychodził z ciała rzęskowego, natomiast w drugim przypadku żadnego związku z ciałkiem nie miał.

3) Po trzecie, iż być może, zależnie od miejsca pochodzenia, komórki w każdym z tych nowotworów miały inny charakter. Gdybyśmy zwracali uwagę głównie na morfologiczne cechy komórek, moglibyśmy się dopatrywać tutaj różnic w pochodzeniu nowotworu, jak wiemy jednak te różnice morfologiczne świadczą o najwyżej o stopniu anaplazji komórek i w związku z tem o złośliwości samego nowotworu.

Nie mogłabym się zgodzić w jednym z poglądem Dr Cosmettato, który przypuszcza pochodzenie nowotworu ze śródbłonka naczyń; na to nie mamy dowodów przekonujących w jego pracy. Tembardziej nie mogłabym się zgodzić z tym poglądem, że dzisiaj pojęcia o pochodzeniu tych nowotworów są już prawie ustalone. Dawne to są już czasy, gdy nazywano te nowotwory *melanosarcoma* i zaliczano do mięsaków. Cały szereg wątpliwości, który powstał pod tym względem, dał swój wyraz nieco później w nazwie „*melanoma*”—czerniak, która unikała zaliczania tego nowotworu do mięsaków lub raków. Dziś, dzięki badaniom Blocha i innych, ustalono, iż w skład barwika czerniaków wchodzi specjalny zaczyn „dopa—oksydaza” swoista dla komórek pochodnych z nabłonka. W myśl tych badań należy wszelkie czerniaki zaliczać do nowotworów złośliwych typu nabłonkowego i jeżeli chodzi o nazwę, która określała ich miejsce w klasyfikacji, to byłaby ona *melanocarcinoma*. Jeżeli chodzi o oko, twór prawie wyłącznie ektodermalny, to nie ulega wątpliwości, iż nazwa ta dałaby się najzupełniej zastosować do nowotworów barwinkowych, wychodzących z niego. Punktem więc ich wyjścia byłyby komórki nabłonkowe, przynajmniej pod względem pochodzenia ich rozwojowego, a nie łącznotkankowe.

Uwaga krytyczna do pracy

Prof. A. Cangeo. Ostre zapalenie szpiku kostnego małych skrzydeł kości klinowej*(Arch. d'Ophthalmologie 1921 r. VI).*

Podał Dr Jan Ruszkowski.

W pracy swojej autor podaje ciekawy przypadek, jako przyczynek do patogenetyz ropowicy oczodołu.

Omawiając tę sprawę, autor przypomina, że ropowice oczodołu wychodzą: 1) z treści jego lub 2) ze ścian.

1) Pierwsze bywają następstwem przedostania się do tkanki tłuszczowej zarazków chorobotwórczych przez ranę drażącą, powikłaną lub nie obecnością ciała obcego, przez umiejscowienie przerzutowe zakażenia ogólnego lub przez szerzenie się zapalenia wgłąb narządów, leżących w przedniej części oczodołu (gałka oczna, powieki, narząd łzowy).

Mogą one niekiedy powstawać i z krwiaka zakażonego lub torbieli zropiałej.

Są to właściwe zapalenia tkanki oczodołu, ropowice oczodołu starych autorów.

2) Oczodół od góry, linii środkowej i dołu jest otoczony przez zatokę czołową, sitową, klinową i szczękową. Przy ich zapaleniu ropa rozsada je, sprowadza martwicę ściany kostnej i wylewa się do oczodołu.

W innych jeszcze przypadkach proces zapalny zaczyna się w samej ścianie kostnej. Jest to ostre pierwotne zapalenie kości i okostnej. Zapalenia takie mogą być swoiste lub zwykłe. Swoiste (kiłowe lub gruźlicze) mogą przybierać ostrą zapalną postać rzekomej ropowicy.

Swoiste zapalenia okostnej spotykamy na krawędziach oczodołu lub w okolicy górnej szpary oczodołowej.

Na tej podstawie, że kiłowe zapalenia okostnej umiejscawiają się często w okolicy górnej szpary szczeliny kości klinowej, co dało powód Rochon-Duvigneaud do wyodrębnienia ich w osobną jednostkę kliniczną, autor twierdzi, że w tej samej okolicy mogą powstawać i nieswoiste procesy zapalne, prowadzące do ropienia i tworzenia martwaków. Wyjątkowo tylko umiejscawiają się podobne procesy zapalne w małych skrzydłach kości klinowej.

Autor nie znalazł w piśmiennictwie lekarskim ani jednego pewnego spostrzeżenia ostrego zapalenia kości w okolicy szczeliny klinowej.

Wobec tego autor przytacza przypadek, który, zdaniem jego, jest pierwotnym zakaźnym zapaleniem szpiku kostnego w małych skrzydłach kości klinowej.

16-letnia dziewczyna, zupełnie zdrowa, nagle dostaje silnych dreszczów wysokiej ciepłoty i b. silnego bólu głowy. W ciągu najbliższych dni występuje wytrzeszcz gałki ocznej, opadnięcie powieki górnej, ograniczenie ruchów gałki ocznej zwłaszcza ku górze i zebranie się w głębi oczodołu ropy, która potem zbliża się do skóry górnej powieki.

Po przecięciu ropnia objawy miejscowe stopniowo ustępują, pozostawiając przetokę w górnozewnętrznej części oczodołu, a objawy ogólne pozostają bez zmiany.

Objawy powyższe, zdaniem autora, zgadzają się najzupełniej z objawami i rozwojem zapalenia szpiku kostnego u osobników młodych.

Po tym pierwszym okresie nastąpił drugi, w którym autor stwierdził stan zapalny opon mózgowych i mózgu.

Na sekcji znaleziono zmiany w środkowej części tylnego brzegu małego skrzydła kości klinowej, w odległości mniej więcej jednego centymetra od przednich wyrostków klinowych. Zmiany te przedstawiały się pod postacią zagłębienia w kości małego skrzydła, w której znaleziono trzy martwaki. Były one otoczone kością ze wszystkich stron, tylko w przedniej ścianie był otwór, prowadzący do kanału przetokowego, przebiegającego wzdłuż górnej ściany oczodołu.

Ropień mózgu wielkości małego kurzego jaja znajdował się na szczycie płata skroniowego, umiejscowiony pod istotą korową. Ściany jego były szare, brudne, o spistości prawie chrząstki. Innych schorzeń mózgu, ani opon mózgowych nie wykryto. Był to ropień pojedynczy.

Jakkolwiek badanie nosa nie wykryło żadnych zmian w zatokach dodatkowych nosa, szkoda wielka, że ani przy operacji, ani na sekcji nie były otwarte zatoki sitowa i klinowa.

Kilka miesięcy temu mieliśmy na klinice okulistycznej przypadek ropnia oczodołu z wytrzeszczem gałki ocznej. Ponieważ badanie nosa nie wykryło schorzenia zatoki sitowej, ani żadnej innej, operacja ograniczyła się do szerokiego otwarcia ropnia.

Objawy miejscowe ustąpiły, lecz pozostała przetoka właśnie w górnozewnętrznej części oczodołu, i dopiero otwarcie zatoki sitowej i doszczętna operacja powróciły chorej zdrowie.

Przyczyną powstawania ropni oczodołu i martwaków w jego ścianach tak często bywają zapalenia zatoki sitowej, że musimy je wykluczyć z całą pewnością, zanim pomyślimy o pierwotnym zapaleniu szpiku kostnego w kości, zawierającej go tak mało, jak małe skrzydło kości klinowej.

Streszczenie zbiorowe.

O uczuleniu w chorobach ocznych.

Podał Wiktor Arkin.

Pod uczuleniem, jak wiadomo, należy rozumieć stan organizmu, który po wprowadzeniu białka drogą pozajelitową staje się po pewnym czasie uczulonym na powtórna dawkę tegoż lub pokrewnego białka. Oddziaływanie to może się rozciągać na cały ustroj (wstrząs) lub też wywoływać zmiany miejscowe w postaci odczynu zapalnego lub zgorzeli.

Podług szkoły niemieckiej przyczyna tego uczulenia polega na zatruciu ustroju produktami pozajelitowego trawienia białka, które następuje przy złączeniu antygeny, przeciwciała i dopełniacza, natomiast francuscy uczeni uzależniają powstanie wstrząsu przy uczuleniu od zaburzonej równowagi koloidów, ich strącaniu.

Dociekania nad przejawami uczulenia doprowadziły wkrótce do zmiany poglądów na istotę niektórych chorób, naprz. zakaźnych. W dziedzinie chorób ocznych cały szereg uczonych, jak: Wessely, Kümmel, Szily, Morax, Berneaud, Elsch-nig, Dold i inni, wyprowadzili daleko idące teorie, opierając się na wielu ciekawych doświadczeniach a zarazem klinicznych spostrzeżeniach, dotyczących się przejawów miejscowego uczulenia na oku.

Do doświadczeń używano przeważnie morskie świnki, dla stwierdzenia wstrząsu posługiwano się głównie pomiarami spadku ciepłoty. Jako antygeny brano surowicę, zawieszinę lub wyciągi z tkanek ocznych.

Znamienne jest przytem, że tkanki oczne zawierają białko, mające większą swoistość dla danego organu (*Organspezifität*) niż dla rodzaju (*Artspezifität*). Doświadczenia Uhlenhutha, Mita, Krusius'a i Morax'a wykazały, że świnka, uczulona soczewką jednego zwierzęcia, dawała objawy wstrząsu po otrzymaniu w drugiej dawce soczewki innego zwierzęcia, natomiast dawała słaby odczyn z surowicą obydwóch.

Dużo sporu wywołało pytanie, czy można uczulić organizm własną soczewką lub jagodówką. Römer i Gebb zaprzeczają temu, jednak inni (Krusius) przypuszczają możliwość uczulenia, acz w słabym stopniu.

Przez wprowadzenie antygenów w miąższ rogówki, ciało szkliste i przednią komorę udało się wywołać miejscowe zmiany uczuleniowe i nawet ogólny wstrząs.

Przy powtórnych zastrzykiwaniach surowicy w ciało szkliste świnki Kümmel, Szily i inni wywołali ciężkie zapalenie ciała rzęskowego i tęczówki, Wessely i Clause otrzymali głębokie zapalenie rogówki przy zastrzykiwaniach śródmiąższowych. Godnem uwagi jest, że druga dawka, stosowana miejscowo lub nawet dożylnie, powodowała ciężkie zmiany, podczas gdy pierwsza—szybko przemijające zapalenie.

Zmiany spostrzegane miały przeważnie charakter miąższowego zapalenia (Köller, Szily), rzadziej wrzodziejącego (Zade) i anatomicznie były podobne do tychże przy *keratitis parenchymatosa*. Na początku zapalenia widać leukocyty wielo- i jednojądrzaste, później przy odradzaniu — komórki wielo-

kształtne, pochodne stałych elementów rogówki. Również przebieg naczyń jest typowy.

Wessely i Zade podają również kilka spostrzeżeń wywołania biernego uczulenia miejscowego na rogówce.

Z doświadczeń, przeprowadzonych przez Köllnera wynika, iż objawy uczulenia na rogówce są u młodych świnek słabsze niż u starych, co naogół zgadza się ze spostrzeżeniami Friedbergera o ogólnym uczuleniu.

Używając jako antygeny prątków błonicy rzekomej, nie udało się (Grüter) wywołać opisanych wyżej zmian, natomiast Guillery otrzymał je, stosując zaczyn prątka posocznicy krwawej.

Opierając się na tych doświadczeniach, Wessely starał się wyjaśnić niektóre schorzenia rogówki jej uprzednim uczuleniem. Pierwsze jego spostrzeżenie tyczyło się wrzodów, spowodowanych dwoinkami zapalenia płuc. Spostrzegał on bardzo często szybkie powiększenie bez widocznej przyczyny wrzodów rogówki, które przedtem objawiały skłonności do gojenia. Możliwym więc jest, podług W., uprzednie uczulenie rogówki dwoinkami.

Drugi szereg badań Wessely'ego tyczy się miąższowego zapalenia rogówki. Ponieważ obecność krętków w istocie rogówki zwykle nie wystarcza do wywołania miąższowego zapalenia, W. i tu widzi konieczność uprzedniego uczulenia rogówki produktami chorobnymi, które w następstwie powodują miejscowe zmiany. Aby potwierdzić swe poglądy W. wykonał wyżej opisane doświadczenia nad uczuleniem rogówki; dzięki nim zostało stwierdzone, że w okresie ogólnego uczulenia ustroju rogówka odpowiada przez miąższowe zapalenie na wprowadzenie antygeny w jej istotę. Tę teorię Wessely'ego potwierdza bezskuteczność leczenia swoistego w wielu przypadkach zapalenia miąższowego rogówki.

Igersheimer objaśnia powstanie miąższowego zapalenia w następujący sposób. Krętki kilowe przez długi czas mogą pozostawać w rogówce, nie wywołując jej zmeńnienia. Jednak rogówka zostaje uczulona produktami ich rozpadu i w następstwie już po zniknięciu krętków może ulegać zmianom pod wpływem swoistych jądów, które przechodzą do układu krwionośnego z innych ognisk kilowych; jednak niektóre łagodniejsze, zwłaszcza młodzieńcze postaci zapalenia, mogą powstać pod wpływem bezpośredniego działania krętków.

Godne uwagi jest wykrycie przez Hippla i Fischera metodą Abderhaldena zaczynów obronnych (*Abwehrfermente*) we krwi w kilku przypadkach zapalenia rogówki.

Stosunkowo najlepiej są zbadane przejawy uczulenia na łącznicy; szczególnie zasługuje tu na uwagę odczyn Celmette'a, który polega na wkraplaniu tuberkuliny do worka spojówkowego. U osobników gruźliczych wywołuje ono silne zapalenie spojówki, a nawet i rogówki już po jednorazowym, u zdrowych po kilkorazowym wkraplaniu. Ciekawy jest stosunek tego odczynu do zapalenia pryszczykowate-

go, według Erlangena można wywołać je powtór-
nem zakraplaniem tuberkuliny wtedy, gdy na dru-
giem oku już są lub były przyszczyki.

Na tle uczulenia powstaje prawdopodobnie i nie-
zbyt wiosenny (Szily). Przy tem cierpieniu znajdo-
wano we krwi eozynofilję, którą naogół często spo-
tyka się przy niewątpliwych objawach uczulenia.

Historyczną tylko wartość ma już dziś teoria
Römera. Tłumaczył on powstanie zaćmy krążącą
we krwi hypotetyczną leukotoksyną, lecz na zasadzie
późniejszych doświadczeń cofnął swe przypuszczenie.

Najbardziej obiecującym, a zarazem najtrudniej-
szem było dostawanie pojęć o uczuleniu do wyjaśnie-
nia istoty współczulnego zapalenia oka. Następowe
dziedziczenie choroby jednego oka po drugim, zda-
wałoby się, samo nasuwało to przypuszczenie. Jedną
z pierwszych w tym kierunku była teoria Elsch-
niga.

Dopuszcza on uczulenie obydwóch jagodówek
produktami, wsysaniami przy przenikających urazach
oka, lecz punkt wyjścia dla zapalenia widzi w cho-
robliwym stanie samego ustroju. Jego teoria była
później nieco zmieniona przez Dolda i Radosa.
Jednak żaden z nich nie otrzymał doświadczalnie
typowego obrazu tej zagadkowej choroby.

Powtórniemi wstrzykiwaniami antygeny do oka
nie udało się wywołać ani razu współczulnego zapa-
lenia drugiego, aczkolwiek na tem samym oku spo-

strzegano zapalenie jagodówki. Ta *ophtalmia anaphy-
lactica* różni się i anatomicznie od *ophtalmia sympatica*,
brak jej bowiem przerostu stałych komórek naczy-
niówki, który większość autorów uważa za typowy
dla współczulnego zapalenia.

Widzimy więc, iż dostosowanie najnowszych
zdobyczy serologii pozwala rzucić światło na istotę
niektórych chorób ocznych. Nie należy jednak zapo-
minać, że zbyt krańcowe dostosowanie pojęcia uczu-
lenia prędzej przyniesie szkodę i jedynie gromadzenie
faktów doświadczalnych i klinicznych może rozwiązać
wiele zawiłych spraw.

PIŚMIENNICTWO.

1) Aurel v. Szily: die Anaphylaxie in der Augenheil-
kunde 1914. 2) Dold und Rados. Versuche über sympa-
tische, spezifische u. unspezifische Sensibilisierung Zeitschr.
f. Immunität und exper. Therapie 1913. 3) Elschnig:
Über die Grundlagen der anaphylaktischen Theorie der
sympatischen Ophtalmie. Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper.
Therapie 1913. 4) Krusius Franz: Ueber empfindlichkeits-
Versuche vom Auge aus; Beiträge zur biologischen Stellung
des Linseneiweisses u. des ektodermalen Horngebilde. Arch.
f. Augenheilkunde 1910. 5) Römer: Untersuchungen über
das biologische Verhalten des Blutserums zum Linsenei-
weiss bei katarakt. Arch. f. Augenheilkunde 1914. 6) Wes-
sely K.: Ueber anaphylaktische Erscheinungen an der Horn-
haut (experimentelle Erzeugung einer parenchymatösen Ke-
ratitis durch artfremdes Serum) Münch. med. Wochenschr.
1911.

Zapalenie siatkówki nerkowe.

Podał W. H. Melanowski.

Zmiany w siatkówce w zapaleniu nerek często
nie mają żadnego widocznego związku z białkomo-
czem, owszem, częściej raczej spotykamy je w za-
paleniu nerek śródmiąższowem przewlekłym (*nephritis
interstitialis chronica*), gdy właśnie białkomocz jest
nieznaczny. Z tego wynika, że nazwa: „zapalenie
siatkówki białkomoczowe (*retinitis albuminurica*) jest
raczej przeżytkiem. Słusznie więc większość autorów
obecnie za racjonalniejszą uważa nazwę: „*retinitis
nephritica*“, zapalenie siatkówki nerkowe.“

Dotąd jeszcze niema ustalonego poglądu co do
istoty i przyczyny tej sprawy.

Zmiany w siatkówce mają charakter zwyrodnie-
nia raczej, niż zapalenia, gdyż wogóle są to zmiany
wtórne. Jedni autorzy jak Axenfeld, Römer,
Treacher-Collins widzą główną przyczynę zmian
w siatkówce w zwyrodnieniu szklistem naczyń siat-
kówki.

Inni znów, jak Leber, Terrien, Chauf-
fard główną przyczynę schorzenia siatkówki upatru-
ją w jadach, krążących we krwi, wskutek niedosta-
tecznej pracy nerek. Według Chauffard'a zmia-
ny w siatkówce zależą od hypercholesterynemji, we-
dług innych wprost od znacznej ilości mocznika we
krwi.

Oostatnio, w lipcu 1921 r. w Filadelfji P. Gau-
dissard, starał się ustalić stosunek zmian nerkowych
w siatkówce do hypercholesterynemji, jednak, na zasa-
dzie badania 26 przypadków zapalenia nerek śródmiąż-
szowego przewlekłego, z których 18 przypadków było
ze zmianami w siatkówce, stwierdził, że hypercholestery-

nemja niema żadnego związku z zapaleniem siatków-
ki nerkowem — natomiast, tak w przypadkach z hy-
percholesterynemją (11 przypadków) jak i bez niej
zmiany w siatkówce występowały równocześnie z wzmo-
żeniem ciśnieniem krwi i zwiększeniem ilości mocznika
we krwi; przypadki zaś zapalenia nerek bez więk-
szania ciśnienia krwi i z niewielką ilością mocznika
we krwi przebiegały przeważnie bez zmian w siatkówce.

Klasyczny typ zapalenia nerkowego siatkówki
śłada się:

1. Z obrzęku tarczy nerwu wzrokowego: tar-
cza o granicach zatartych i rozszerzonych żyłach,
przypomina nieco tarczę zastoinową przy guzach móz-
gu — przyczem opony nerwu wzrokowego często
bywają przepełnione płynem, zawierającym nieznaczną
ilość włókniaka (Rochon Duvigneaud).

2. Z obrzęku siatkówki, której grubość może
niezaz 8 — 10 razy przekraczać normę. Obrzęk ten
dotyczy głównie okolicy tarczy, a zajmuje warstwę
splotową zewnętrzną siatkówki (*Stratum plexiforme
intergranulosum*) — między ziarnistą zewnętrzną, a we-
wnętrzną. W warstwie splotowej zewnętrznej wy-
sięki często pozostawiają złogi włókniaka, który tworzy
w siatkówce białe plamy.

Niektórzy badacze, jak Chauffard, Guy
Laroche, Fontleraulx, Laubert, Adamiuk
znajdowali w plamach lipoidy, ostatnie jednak bada-
nia Mawas'a w roku 1913 — 1916 lipoidów w wy-
sięku w siatkówce nie wykazały. Obok wysięków
często w siatkówce spotykamy i wybroczyny krwawe.

Znaczniejszy wysięk może spowodować rozwarstwienie siatkówki (najczęściej w okolicy plamki żółtej) t. j. oderwanie się od siatkówki warstwy pręcików i czopków (*ablatio intraretinalis*).

Jednakże niezawsze zmiany w dnie oka w zapaleniu nerek występują w całej pełni: często zmiany te występują w słabym stopniu, często też są niewidoczne i wówczas mówimy jedynie o zmianach czynnościowych. Poza to, schorzenie ogólne (i leczenie środkami, rozszerzającymi źrenicę) może spowodować jaskrę oka.

Szczególnie pouczające są zmiany czynnościowe, bez widocznych zmian w dnie oka.

Tak, ślepotą (nagłą i najczęściej przemijającą) dowodzi, że cierpienie oczu jest wywołane zatruciem ogólnym; przerwy środkowe (*scotoma centrale*) w polu widzenia mówią, że zmiany dotyczą i okolicy plamki żółtej; osłabienie przystosowania wskazuje, że zmiany dotyczą głównie warstwy pręcików i czopków siatkówki; zmiany w poczuciu barw (osłabienie wrażliwości na czerwoną i zieloną, a częściej, na niebieską i fioletową) są w związku z obrzękiem nerwu wzrokowego.

Opisane przez Terrien'a ostatnio 4 przypadki *retinitis nephritica* dotyczą: w 1 przypadku obustronnego obrzęku tarczy nerwu wzrokowego z *periarthritis art. centr. retinae* u kobiety 55 letniej z osłabieniem obustronnym ostrości wzroku do $\frac{1}{2}$; w moczu białka nie stwierdzono. We krwi mocznika 8:1000; w trzy miesiące potem typowe zmiany w dnie oka, mocznica i śmierć.

2. Przypadek dotyczy kobiety 31 letniej, ciężarnej, która nagle zaniewidziała. Prócz objawów *neurorétinitis haemorrhagica* w dnie obu oczu, chora cierpiała na bóle żołądkowe i wymioty ciężarnych. W moczu białka 1:1000. W 5 miesięcy potem: typowy obustronny pozapalny zanik nerwów wzrokowych, bez odruchów źrenicznych; ostrość wzroku oka prawego 0.3. oka lewego — 0. W moczu białka 1:1000, we krwi mocznika 0.4:1000.

Pozostałe dwa przypadki to dziewczyna 14 letnia i chłopiec 13 letni, którzy w związku z nieco zwiększoną

ilością mocznika we krwi 0.5:1000 i 0.45:1000 mieli przejściowe osłabienie wzroku w ciągu kilku tygodni.

Wogóle według ostatnich danych Terrien'a, Genet'a jak i według danych dawniejszych Rabinowicza, Ahland'a Schmidt-Rimpler'a i innych, o ile lekkie zmiany ze strony oczu na tle zapalenia nerek, a także na tle niedomogi nerek u ciężarnych, mogą być czasowe i dają rokowanie niezłe, o tyle przypadki zapalenia nerek o zmianach typowych w dnie oka kończą się zwykle w ciągu roku śmiercią.

Co do leczenia — to prócz leczenia ogólnego cierpienia, wzrok zagrożony możemy ratować i miejscowo przez odpoczynek oczu, zalecając szkła dymne, ciepłe okłady i uważając pilnie na napięcie gałek ocznych, by we właściwym czasie zastosować pilokarpinę. W celu przeciwdziałania obrzękowi tarczy nerwu wzrokowego (którego to obrzęku przyczynę niektórzy autorowie jak Morax, Terrien i inni widzą w zwiększeniu się ilości płynu mózgowodzeniowego) bywało zalecane nakłucie lędźwiowe.*) Prócz tego czasem stosuje się pijawki, prawdziwe lub sztuczne, w okolicach wyrostków sutkowych, krwawe bańki na plecach, wewnątrz preparaty jodowe i t. p.

*) Według zdania prof. Noiszweskiego nakłucie lędźwiowe jest w tych przypadkach nie wskazane ze względu na niebezpieczeństwo wywołania jaskry (przypisek referenta).

PIŚMIENNICTWO.

1. F. Terrien — Les formes atténuées de la retinite néphritique — La Presse Médicale Nr 68. 28. VII 1921.
2. P. Gaudissart Hypercholestérimie et retinite albuminurique La Presse Médic. Nr 90. 9. XI 1921.
3. M. Genet. Pronostic de la retinite albuminurique Journal de Médecine de Lyon Nr 20. 1921.
4. H. Schmidt-Rimpler Die Erkrankungen des Auges in Zusammenhang mit anderen Krankheiten.
5. E. Traeher Collins and M. Stephen Mayon—Pathology and Bacteriology of the Eye 1911 i podręczniki: V. Morax'a, Truc Volude-Fraenkel'a, Axenfeld'a, Römer'a i innych.

Streszczenia z piśmiennictwa.

Ochsenius. Objaw oczny w tężyczce.

Autor, wezwany do dziecka 5-miesięcznego, po napadzie drgawek zauważył objaw szczególny, a m. opukiwanie nerwu twarzonego wywołało napad drgawek, przyczem nastąpiło wciągnięcie rogówki w kształcie podkowy; stan taki trwał $1\frac{1}{2}$ minuty. Następne badanie elektryczne wykazało zwiększoną pobudliwość na elektrodzie dodatniej w stosunku do elektrody ujemnej. Rogówka jest unerwiona przez nerw trójdzielny, nie posiada mięśnia. Autor sądzi, że nastąpiło tu nagle obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, ale przyczyny nie może sobie objaśnić. Należałoby nadal zwrócić uwagę na zachowanie się oczu w tego rodzaju sprawach.

M. Erlichówna.

(Monat. f. Kinderh. T. XXI Z 2 r. 1921).

L. Chenet i A. Noyer. Badanie nad odczynem Tournay'a

Nierówność źrenic przy spojrzeniu bocznem odkrył Tournay i doniósł o tem odkryciu po raz pierwszy w dniu 22 maja r. 1917 na posiedzeniu Akademii Medycznej w Paryżu. L. Chenet i A. Noyer zbadali na odruch Tournay'a wiele tysięcy osób różnego wieku, zdrowych i nerwowo chorych i nie tylko ludzi ale i zwierząt.

Unikając wpływu na wielkość źrenic tak nastawczości i zbieżności, jak i oświetlenia, autorowie na-przód sprawdzali wielkość źrenic przy spojrzeniu wprost, a następnie — naprawo i nalewo. Przytem głowę badanego ustawiano tak, że jego osie wzrokowe oboocześnie ustalały się na ten sam punkt w przestrzeni i ustawienia tego nie zmieniały. Następnie głowę badanego zwracano na strony przy niezmiennianiu kierunku osi wzrokowych. W wielu przypadkach autorowie posługiwali się przy ocenie wielkości

obrazem źrenic na szkle matowym aparatu fotograficznego, niekiedy zaś zdjęciami fotograficznymi.

Odruch Tournay'a przy spojrzeniu bocznem występuje w postaci drgawek tęczówki, rozszerzającej się przeciętnie o 0,4—0,5 mm. i już po upływie 3—4—5 sekund. Rozszerzenie źrenicy oka, ustawionego na stronę, występuje stale u wszystkich badanych, najwyraźniej u młodych, mniej wyraźnie u starszych, ale stwierdzić się daje nawet u starców. Źrenica oka, patrzącego ku wewnątrz, do nosa, zwęża się tylko niekiedy i tak nieznacznie, że zwężenie to nie wywiera wpływu na odczyn Tournay'a. Odczyn Tournay'a występuje najwyraźniej przy słabym oświetleniu, a więc przy źrenicach szerokich, tak przy oświetleniu sztucznem jak i dziennem. Odczyn ten jest stały u osobników zdrowych bez względu na refrakcję. Autorowie, badając odruch Tournay'a u niektórych zwierząt, stwierdzili jego obecność u tych zwierząt, które mają oczy osadzone bardziej z przodu i obdarzone są większą ruchliwością gałek ocznych.

Ogólny wynik badań:

1) u osobników zdrowych rozszerzenie źrenicy w oku, zwróconem na stronę od linii średnikowej ciała, zostało stwierdzone. Rozszerzenie to występuje u jednych bardzo wyraźnie, a u drugich jest mniej wyraźne, ale występuje zawsze, przytem bez względu na wiek i refrakcję;

2) Odruch Tournay'a udało się stwierdzić u kotów i psów, a brak odruchu u królików i koni;

3) Środkie, rozszerzające i zwężające źrenicę, albo znoszą zupełnie odczyn Tournay'a (pilocarpina, atropina), albo czynią go bardzo mało wyraźnym (kokaína);

4) Co do stanów chorobnych, to odczyn Tournay'a znajdowano nie tylko przy zaćmie, ale nawet przy zaniku n. wzrokowego, oczywiście o ile odczyn na światło był zachowany.

U nerwowo chorych spostrzegano brak odczynu, tylko w 15 przypadkach, mianowicie: w pięciu przypadkach porażenia postępującego; w jednym przypadku władu rdzenia, w trzech przypadkach stwardnienia wieloogniskowego; w jednym przypadku zapalenia przednich rogów rdzenia (*poliomyelitis anterior*) i w dwóch przypadkach choroby Parkinsona. Bardzo wyraźny był odczyn Tournay'a u chorych na padaczkę i w jednym tylko przypadku u chorego na szary zanik nerwu wzrokowego odczyn Tournay'a był odwrotny. Wreszcie autorowie są zdania, że objaw Tournay'a nie jest w ścisłym znaczeniu odruchem, ale raczej ruchem skojarzonym. Autorowie tej pracy nie wątpią, że odczyn Tournay'a może mieć kiedyś, gdy będzie dokładniej zbadany duże znaczenie rozpoznawcze, podobnie jak odczyn Argyll Robertsona.

Sieragowski.

Archives d'ophthalmologie, Nr 6 1921.

C. Pascheff. Nieżyt spojówek zakaźny zmartwiający. (*Conjunctivitis necroticans infectiosa*)

Trzy przypadki własne i jeden przypadek Günthera z 1916 r. zbadane bardzo sumiennie i wszechstronnie polecały autorowi wydzielić rzadki, a bardzo interesujący typ nieżyty spojówek.

Wśród objawów ogólnej słabości, dreszczów, utraty łaknienia, bólów głowy i wzmożenia ciepłoty oraz bolesnego zapalnego obrzęku gruczołów chłonnych szyi po stronie porażenia, występuje obrzęk powiek,

zaczerwienienie spojówek łącznie ze zjawieniem się na czerwonym tle spojówek tarczki i załamek licznych, drobnych białawych plamek, okrągłych lub owalnych, nieco wypuklających się ponad powierzchnię spojówki.

W ciągu 2—3 tygodni guzki plamki ulegają martwicy, owrzodzeniu i zabliznieniu i nie pozostawiają po sobie żadnych śladów.

Zmiany zapalne w gruczołach przyległych chłonnych trwają zwykłe od 1—3 miesięcy i najczęściej prowadzą do zropienia gruczołu. Czasem zapalenie i zropienie gruczołu nastąpić może i po wyleczeniu zmian w spojówkach.

Drogą szczepienia zwierzętom, mianowicie królikom i świnkom morskim, autorowi udało się wykryć drobnoustrój, powodujący cierpienie, drobnutki prątek dwoinkę wielkości 0,25—2 μ , Gram ujemny, bez rzęsek i bez otoczki; hoduje się on bez dostępu powietrza, i z dostępem powietrza, surowicy Loeffler'a nie rozrzedza, żelatynę rozpuszcza, buljon zmętnia, mleko warzy, w hodowli ma odczyn kwaśny; hodowle na ugarze bezbarwne, wymaga przeszczepiania co 8 dni. Autor nazwał drobnoustrój: *micrococcus polymorphus necroticans*.

Drobnoustrój jest bardzo jadowity dla królików i morskich świnek, powoduje śmierć zwykle w 8—10 dni po zaszczepieniu. Najbardziej typowe zmiany u tych zwierząt dotyczą śledziony, w której stale znajdowano szereg drobnutkich $\frac{1}{5}$ mm w przecięciu guzków białawych i twardych. Drobnowidz wskazuje że guzki te są odgraniczone od resztki tkanki śledziony pasmem tkanki szklistej bez śladów komórek, same zaś ogniska zapalne składają się z limfocytów i komórek śródbłonkowych. Wśród tych komórek wydziela się masa półprzezroczysta, szklista, ścięta—jako wynik ścięcia się tkanki zmartwiałej. Prócz tego w ogniskach tych spotyka się i białe ciała wielojądrowe oraz czasem czerwone ciała krwi. Podobne zmiany można wykryć i w innych narządach zwierząt zakażonych.

W spojówce człowieka plamki zawierają również nacieki, składające się z ciałek krwi białych wielojądrowych, komórek bujających tkanki i limfocytów, głównie na obwodzie nacieków, mających charakter guzków ziarniny.

Rokowanie u człowieka jest pomyślne, mimo przewlekłości choroby. U gryzoniów, szczególnie u świnek morskich, drobnoustrój wywołuje ogólne zakażenie i śmierć w 8—10 dni.

Autor porównuje opisany przez siebie typ cierpienia z nieżytem spojówek Parinaud i przychodzi do wniosku, że obie choroby są różne; jedyne podobieństwo—to zapalenie gruczołów chłonnych szyi po stronie zmian zapalnych spojówki, spotykane stale w obu cierpieniach.

W. H. Melanowski.

(*Arch. d'Opht.* Nr. 1 i 2 1921).

M. Duverger. Odtwarzanie kątów powiek

Autor opisuje różne sposoby operacji plastycznych, mających na celu odtworzenie zewnętrznego i wewnętrznego kąta powiek. Proponowane zabiegi polegają głównie na zrównaniu szarpanych nieraz brzegów ubytków i na zszywaniu powarstwowem tkanek.

W. H. M.

(*Arch. d'Opht.* Nr 1 1921).

J. Lhermitte. O śpiączce. Dane anatomopatologiczne, patologia doświadczalna i mikrobiologia śpiączki.

Pod względem patologoanatomicznym przy śpiączce ze strony mózgu spotykamy przede wszystkim przekrwienie, dotyczące i zwojów mózgu, które przybierają barwę siną, miejscami nakrapianą drobnymi wybroczynami. Często miękkie opony mózgowe też ulegają zmianom zapalnym z charakterystycznym zabarwieniem opalizującym. Najwięcej typowo zmiany wyżej opisane występują u podstawy mózgu w śródmózgowiu, w okolicy ciałek czworacznych i szypulek mózgowych. Wybroczyny rozprzestrzeniają się do zwojów środkowych (do warstwy wzrokowej ciała prążkowanego, do guzowatości i opuszki). Zmiany drobnoustrojowe polegają na rozszerzeniu światła naczyń, drobnych naderwaniach w naczyniach włoskowatych i naciekach wokół naczyń i guzkach zapalnych poza naczyniami, stanowiących objawy wsteczne zwyrodnienia komórek nerwowych.

Nacieki wokół naczyń zajmują głównie istotę szarą śródmózdzia i składają się z jednojądrowych komórek typu limfocytów, komórek plazmatycznych Unna'y, poliblastów i komórek wielojądrowych obojętnochołnych. W przypadkach więcej zadawnionych spotykano jeszcze komórki, zawierające ziarninę tłuszczową—ciałka Gluge'go, świadczące o zmianach rozkładowych tkanki nerwowej. Jedne z tych komórek, które tworzą dość gęstą otoczkę dookoła naczyń, przywędrowały z krwią, inne, jak plazmatyczne, rozwinęły się na miejscu wśród zapalnej tkanki łącznej. W pewnej ilości naczyń z naciekami, lub bez, można wykazać wybroczyny w błonie zewnętrznej. Prócz tego w zyłach, tak śródmózdzia, jak i podstawy mózgu spotyka się zakrzepy.

Też same tkanki, które spotykamy wokół naczyń, tworzą w szarej istocie mózgu, w zwojach podstawy mózgu (we wzgórku wzrokowym i ciałku prążkowanym) podobne, a niezależne od naczyń ogniska zapalne (jakby ropnie śródmózgowe).

Część tkanki nerwowej pod wpływem tych ognisk ulega zmianom wstecznym częściowym, inne znów komórki ulegają zniszczeniu i jako takie są wchłaniane (phagocytoza).

Zpśród śródmózdzia najczęściej i najwydatniej zmiany występują w okolicy istoty czarnej (*substantia nigra*); okolica plamy sinawej (*locus coeruleus*) tuż u jąder nerwu odwodzącego jest najczęściej nieporażona. W zamózgowiu (*rhombencephalon*) również występują zmiany i w okolicy naczyń i w tkance istoty szarej. W mózdku zmian zazwyczaj niema (czasem w jądrze zębata).

Ostatnio, niektórzy badacze znajdowali podobne do wyżej opisanych zmian w rdzeniu i w zwojach rdzeniowych.

Ze zmianami patologoanatomicznymi związane są i objawy schorzenia — a więc porażenia jądrowe mięśni okoruchowych (często III, IV i V para), porażenia, zakłócające stowarzyszone ruchy mięśni, np. zbaczanie chorobne mięśni w tę samą stronę (*deviation conjuguee*).

Badając objawy i zmiany patologoanatomiczne, może nareszcie znajdziemy wytłumaczenie niektórych danych fizjologicznych, np. stosunku odruchów żrenicy na światło do odruchów nastawczych — tembardziej, że objaw Argyll-Robertson'a czasem występuje przy śpiączce. Możliwe, że na ten objaw składają się zmiany w nerwie wzrokowym, szlakach

wzrokowych i ciałkach czworacznych, tembardziej, że, jak wykazał Karplus i Kreidl na małpie, rozcięcie strzałkowe okolicy ciałek czworacznych wywoływało objaw Argyll-Robertson'a.

Pozatem Manthner już wskazał pewien związek między czynnością oczu, a snem. Toteż zapewne bliskość ośrodków w okolicy komory III powoduje, obok objawów ocznych, i senność, tak typową dla tego cierpienia. Zresztą też same objawy senności mogą być spowodowane i przez inne cierpienia np. mechanicznie przez guz przysadki mózgowej i t. p.

Prócz tego przy śpiączce spotykamy się i z porażeniami kończyn również w związku z opisanymi zmianami, w pęczkach korowo rdzeniowych, z zakłóceniami równowagi, z brakiem działania wspólnego (*asynergia*), z bezładem ruchów (*ataxia*), zależnym od porażenia włókien, wiążących śródmózdze z mózdzkiem, ze sztywnością mięśni a czasem i płasawicą w związku z porażeniem ciała prążkowanego. Objawy psychiczne objaśniają się w dostatecznym stopniu zmianami w korze mózgowej.

Doświadczenia Wiesner'a na małpach wykazały, że jad znajduje się w tkance chorej mózgu, i jest jadem, powodującym wybroczyny (*haemorrhagiparus*).

Wiesner wykrył też dwoinkę, barwiącą się sposobem Grama, owalną i nieco wydłużoną, rosnącą w buljonie z glukozą w hodowli bezpowietrznej. Najwięcej tych drobnoustrojów ma być w tkance tuż pod oponą pajęczą. Motl, Marinesco i Fornlier potwierdzili te badania, robiąc doświadczenia na małpach i królikach.

Następni badacze wykryli jad w zawartości nosowogardłowej chorych na śpiączkę.

Ostatnie prace Harvier i Levaditi wykazały, że jad przesącza się nawet przez najgęstsze filtry i wysuszony nie traci na sile.

W. H. Melanowski.

(Arch. d'Opht. Nr 1 1921).

L. Weekers. Oko sztuczne, dostosowane przez urabianie.

Autor podaje sposób, wypracowany podczas wojny ostatniej, a polegający na odtwarzaniu za pomocą parafiny o topliwości około 40° zarysów bezokiego worka spojówkowego. Otrzymany zlepek odpowiednio wyglądamy z powierzchni przedniej, która ma odpowiadać przedniej powierzchni oka sztucznego; na tej stronie oznaczamy nakłuciem zapalną miejsce, odpowiadające źrenicy; wgłębiamy ten odcisk z powierzchni tylnej, której wgłębienie sprzyjać będzie ruchom oka sztucznego. Tak otrzymany model może być przesłany do fabrykanta oczów sztucznych z oznaczeniem wielkości źrenicy, koloru i zarysów tęczy. Co do wielkości źrenicy, to wystarczy zaznaczyć: źrenica wąska, średnia, szeroka. Kolory najlepiej dobrać, mając kilkanaście sztuk oczów sztucznych różnej barwy, tworzących, tak zwaną, gamę barw tęczy.

Model trwały oka sztucznego można wykonać z kauczuku według zlepka parafinowego sposobem, praktykowanym przez dentystów.

W. H. M.

(Arch. d'Ophtalm. Nr 1. 1921.)

Rollet et Bussy. Zaćma czarna.

Opisując przypadek własny zaćmy czarnej, który operowany przez Dor'a na jednym oku zakończył się, po zupełnie szczęśliwie dokonanej operacji, zapaleniem

całego oka i ślepotą na to oko, i po 2 latach operowany przez jednego z autorów z nadzwyczajną ostrożnością i bez powikłań w czasie zabiegu, również zakończył się źle dla chorego z powodu zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, autorowie opisują pokrótce historję zaćmy czarnej, i teorję, objaśniającę jej powstanie. Najwięcej prawdopodobny według nich jest pogląd Gatti'ego, który objaśnia ciemne zabarwienie soczewki, jako wynik utlenienia się tyrozyny, jednego z produktów rozpadu białka. Tyrozyna sama jest bezbarwna i tylko jej tlenki nadają m. in. barwę typową tkankom przy czerniakach, zgorzeli suchej, oraz mumjom zwłok. Tlenki tyrozyny zabarwiają też zapewne tkanki soczewki przy zaćmie czarnej, która zazwyczaj bywa twarda, przejrząca i daje rokowanie niepewne co do zejścia zabiegu wydobycia zaćmy.

W. H. M.

(Arch. d'Ophthal. Nr. 1. 1921)

H. Roux. Dwa przypadki wypryszczki rogówki po szczepieniu przeciwdurowem.

Po szczepieniu przeciwdurowem czasem, jako powikłanie, występuje wypryszczka na dziąsłach, wargach, skórze i śluzówce nosa, na skórze twarzy, spojówkach powiek i czasem, na rogówce. Wypryszczkę na rogówce spotyka się tylko na jednym oku; pęcherzyki wypryszczki zwykle mają wygląd drzewkowaty (*keratitis dendritica*), albo półkolisty (*keratitis circinata*) i występują zwykle po drugim lub trzecim szczepieniu, przy objawach światłowstrętu, bólów i łzawienia. Wczas leczona wypryszczka rogówki daje rokowanie niezłe, chociaż przypadki, opisane przez Morax'a, a także przypadki Gloagena skończyły się znaczniejszem upośledzeniem wzroku. W opisanych przez autora, przypadkach, wypryszczka rogówki wystąpiła raz w 48 godzin po drugim szczepieniu i drugi raz w 3 dni po trzecim szczepieniu. Pęcherzyki wypryszczki rogówki zajmowały w obu przypadkach owalną, o zarysach litery U, powierzchnię na granicy rąbka, dawały znaczne podrażnienie i, leczone gorącymi okładami, atropiną i argyrole, w 10—12 dni zniknęły bez śladu.

(Arch. d'Ophthal. Nr. 2. 1921)

W. H. M.

A. Bichon. Umiarowy i obustronny wrzód rogówki w związku z zapaleniem płuc.

Autor opisuje przypadek, gdzie u mężczyzny 39-letniego na trzeci dzień zapalenia płuc zaczęło się łzawienie i wystąpiły lekkie, mało bolesne zmiany zapalne w prawym oku, a w trzy dni potem wśród bólu w lewej skroni obrzęku powiek i łzawienia, — zmiany zapalne w oku lewym.

Tak w oku prawym jak w lewym w dolno-wewnętrznej części rogówki rozwinęło się owrzodzenie w głębi tkanki rogówki z rozlanym naciekiem wokoło owrzodzenia, bez ropy w komórce przedniej. Objawy ze strony oka lewego były cięższe.

W ciągu kilku tygodni oko prawe zostało wyleczone z upośledzeniem ostrości wzroku do 0.3; w oku zaś lewym rozwinęło się ciężkie i bolesne zapalenie całego oka z następczem przedziurawieniem, które to zmiany zmusiły do dokonania zabiegu wyluszczenia gałki ocznej. Badania bakterjologiczne wykazały obustronne dwoinki zapalenia płuc, prątki Koch-Wecks'a i gronkowce. Obustronność i umiarowość porażenia rogówki, brak zmian zapalnych ze

strony dróg łzowych, brak wydatnych zmian chorobnych ze strony spojówki, każe autorowi przypuszczać, że choroba oczu zależała tu od przyczyn wewnętrznych t. j. miała charakter przerzutowy.

W. H. M.

Arch. d'Ophthal. Nr. 1921.

Valter et Cousin. Zbaczanie chorobne oczu i głowy w tę samą stronę (*deviation conjuguee*) w następstwie urazu czaszkowo-twarzowego (*cranio-facial*) u osobnika kiłowego.

Autorowie opisują przypadek wypadkowego zranienia w lewą okolicę karku, szyi i twarzy wystrzałem z fuzji, nabitej śrutem i zwykłym prochem strzelniczym, z odległości 27 metrów. Oprócz szarpanych ran szyi, były stwierdzone przeszywające rany oczu: ze strony prawej rana okrężna długości 3 mm w odległości 2 mm od rąbka odpowiednio do godz. XI na tarczy zegara; na stronie lewej podobna rana tuż u rąbka, odpowiednio do godz. I na tarczy zegara, z wypadnięciem częściowem tęczówki. Soczewka ze strony lewej była zmętniała wskutek zaćmy urazowej. Oczy były miękkie i ślepe. Ustawienie oczu i głowy normalne. Na lewem oku dokonano zabiegu wycięcia kawałka wypadniętej tęczówki wraz z przykryciem spojówką rany w twardówce.

Prześwietlanie promieniami X wykazało znaczną ilość śrucin w głębi tkanek twarzy — przyczem jedna ze śrucin znajdowała się blisko blaszki zewnętrznej tuż u dołu skroniowego lewego.

W półtora miesiąca po wypadku zauważono u chorego, jako nowy objaw, zbaczanie chorobne oczu i głowy w lewą stronę, przy zachowaniu ruchów oczu i przy braku jakichkolwiek bądź innych objawów pochodzenia nerwowego. Objaw powyższy przypisano urazowi mózgu. Jednak w niespełna miesiąc potem wystąpiły uporczywe bóle głowy. Nakłucie leżdziwowe wykazało wzmożenie napięcia płynu mózgowo-rdzeniowego, w którym stwierdzono limfocytozę. Przyparty do muru, chory przyznał się, że kilka lat temu chorował na kiłę. Odczyn Wassermann'a dał wynik dodatni, a leczenie swoiste dało wyniki nadzwyczajne: objawy zbaczania chorobnego oczu i głowy ustąpiły zupełnie i nawet oko prawe odzyskało częściowo wzrok, który dosięgnął 0.3, pomimo krwawych wybroczyn w ciałku szklistem. Oko lewe było zanikające i ślepe.

W danym przypadku mamy bezwątpienia przykład, świadczący o pewnym stosunku między kiłą, a urazem, umiejscowionym w okolicy rowka Rolanda (kawałek śrutu w okolicy lewego dołu skroniowego). Uraz odegrał tu rolę, usposabiającą do kiły mózgowia.

W. H. M.

Arch. d'Ophthal. Nr. 2. 1921.

F. de Lapersonne, Velter i Prélat. Zęby nadliczbowe rozwinęte w oczodole.

Autorowie opisują rzadko spotykany przypadek, którego stwierdzenie było możliwe jedynie drogą radiografji.

Dziewczyna 15 letnia przybyła z powodu wytrzeszczu oka prawego z osłabieniem ostrości wzroku tegoż oka od lat dziecięcych. Oko zlekka wypięte naprzód z przesunięciem w górę i ku wewnątrz, z porażeniem ruchów gałki w dół i nazewnątrz i drżeniem wahadłowem gałek ocznych podczas patrzenia w dół. Dno oka prawego bez zmian, ostrość

wzroku tego oka 0,3 (+2,0D) oko lewe zresztą widzi to samo. Zmian uczucia skóry twarzy nie stwierdzono. Wytrzeszcz nie tętni, gałka oczna odprowadzić się nie daje. Strona prawa górnej szczęki jest nieco więcej wypukła. Badanie nosa zmian nie wykazało. Jedynie badanie promieniami X wykazało z prawej strony szereg, rozrzuconych w oczodole, względnie normalnej wielkości, nadliczbowych zębów. Pozatem szczęki były normalnie rozwinięte z prawidłową liczbą zębów z obu stron. Podając dane histologiczne i embriologiczne, objaśniające przypadek, autorowie wypowiadają się raczej za wyczekiwaniem, uważając operację za trudną i ryzykowną dla wzroku.

W. H. M.

Arch. d'Ophtal. Nr. 3. 1921.

L. Cheinisse. Własności bakterjobjęcze barwników anilinowych.

Gdy przed 30 laty okulista Stilling¹⁾ łącznie z botanikiem Worthmanem ogłosili pracę o antyseptycznym działaniu barwników anilinowych (*pyoktaniny* niebieskiej i żółtej oraz t. zw. *Scharlachroth*), ogólniejszy lekarski powitał to odkrycie z nadzwyczajnym entuzjazmem, poczem jednak nastąpiło dość prędko rozczarowanie, gdyż ta metoda dość często nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom. Doszło do tego, że niektóre podręczniki przechodzą teraz nad tą metodą do porządku dziennego. Najnowsze badania przecież wykazują, że warto do tej metody powrócić, tylko należy ją oprzeć na innych podstawach. Stillingowi zdawało się, że bakterjobjęcze działanie barwników anilinowych polega na tem, iż cząsteczki tychże przenikają do przestrzeni międzycyellarnej (*intermicellare*) błony komórkowej bakterji, hamując przez to przemianę materji, potrzebną do ich istnie-

nia — jednym słowem uważał, iż mamy tu do czynienia z działaniem czysto mechanicznym. Tymczasem okazało się, że bakterjobjęcze działanie barwników anilinowych zależy od ich budowy chemicznej. Jeden i ten sam barwnik zabija tylko pewne drobnoustroje, okazuje się zupełnie obojętnym dla innych.

Co się tyczy okulistyki, to najnowsza praca W. Löbleina²⁾ oparta na 10 letnich spostrzeżeniach w klinice tegoż w Greiswaldzie, wykazuje, że z barwników anilinowych własności bakterjobjęcze posiadają tylko barwniki zasadowe, kwaśne zaś tych własności są pozbawione. Tak np. na *pneumokokki* działa błękit metylenowy, asoflawina, chryzoidina; na *gronkowce* — błękit metylenowy i metylowy, zieleń jodowa, zieleń brylantowa, fiolet goryczkowy; na *pa-ciorkowce* — zieleń brylantowa, zieleń malachitowa, żółty barwnik Victoria; na *gonokokki* — błękit metylenowy i metylowy, safranina, chryzanilina i t. d.

W niektórych razach Löblein ucieka się do mieszaniny barwników. Tak np. przeciwko zakażeniu pneumokokkowemu używa połączenia asoflawiny, żółtego barwnika Victoria i różu bengalskiego, przeciwko zapaleniu rzeżączkowemu łącznie okazała się skuteczną odkryta przez Ehrlicha trypoflawina (1:100).

Barwniki anilinowe oddają usługi nie tylko w okulistyce. Gueyrat (w szpitalu Cochin) z dobrym wynikiem leczy szankra miękkiego mieszaniną Picka i Jakobsona (fuksyna Ziehla 10 kropeł i 8 kropeł na 20 cm³ wody przekroplonej roztworu wodnego błękitu metylenowego (1:100)). Mieszanina ta okazała się skuteczną w przypadku ropnia po durze brzuszny, gdzie znajdowano laseczniki Ebertha.

A. Pulawski.

Presse Méd. 1921 Nr 81 (8/11).

²⁾ Therapeutische Erfahrungen mit Anilinfarbstoffe in der Augenheilkunde. Therapie der Gegenwart. 1921. 15 sept.

¹⁾ Anilinfarbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis. Strassburg 1890.

Sprawozdanie z posiedzeń lekarzy szpitala Św. Ducha.

Posiedzenie dnia 16 I 1921 r.

I Dr Kopeczyński przedstawił 12 letniego chłopca z rozpoznaniem *encephalitis lethargica*. Wątpliwości rozpoznawczych przypadek ten nie przedstawia: stan podgorączkowy, senność i opadnięcie powiek obustronne. Dr Kopeczyński zaznacza, że przypadki *encephalitis lethargica* po kilkomiesięcznej przerwie znowu dają się zauważyć. dr. K. omawia sprawę powikłań, jakie widywał po przebiegu tego cierpienia: *paralysis agitans*, *chorea* i inne w zależności umiejscowienia sprawy chorobowej w mózgu.

W dyskusji dr Bełkowski wspomina o przypadku *Encephalitis* o typie myoklonicznym, spostrzeżanym przezeń w klinice prof. Rzędkowskiego w ciągu ostatnich tygodni; przypadek ten dotyczył starszego mężczyzny, który przybył do kliniki w stanie gorączkowym przy objawach ogólnego osłabienia (nie mógł chodzić, a nawet podnieść się na łóżku), bezsenności i długotrwałej męczącej czkawki; przez cały czas stanu gorączkowego chory miał dwojenie w oczach. Napady czkawki ustępowały tylko podczas snu, kiedy zastosowano chloral; inne środki pozostawały bez

skutku. Po kilku dniach pobytu w klinice stan chorego poprawił się: ciepłota wróciła do normy, czkawka ustąpiła, siły powoli wracać zaczęły. Przypadek ten zasługuje na uwagę jako dowód bliskiego pokrewieństwa pomiędzy czawką nagminną, o której tak dużo mówi się obecnie w Paryżu i która zaczyna się pokazywać i u nas w Warszawie, a zapaleniem mózgu nagminnym.

II Dr Landsberg przedstawił chorego z kliniki chorób wewnętrznych prof. Rzędkowskiego. Chory, lat 20, przybył do kliniki nieprzytomny w stanie podgorączkowym z objawami opadnięcia jednostronnego powieki i sztywnością karku. Wskutek zaburzeń psychicznych wywiady co do przebiegu choroby nie dają wyników żadnych: chory podniecony, ruchliwy, uważa się za zdrowego; wspomina tylko, że coś się z nim stało podczas przejazdu tramwajem. Przekucie łądźwiowe wykazało płyn mętny, zawierający do 120 ciałek białych, przeważnie wielojądrowych w 1mm³. Odczyn Nonne-Apelta — dodatni. Odczyn Wassermanna ujemny. Po kilku dniach przytomność

wróciła. Obecnie pozostało opadnięcie powieki jednostronne, z porażeniem nerwu i niedowładem dolnej gałazki nerwu twarzowego z tej samej strony. Dr. L. powstrzymuje się z rozpoznaniem w tym przypadku, podkreślając nastroczające się tu trudności.

W dyskusji dr Kopeczyński podziela te trudności; zdaniem jego ma tu miejsce najprawdopodobniej uraz podstawy czaszki (wylew krwawy).

III Prof Radliński przedstawił chorego po wycięciu raka dolnej wargi. Przy operacjach tego rodzaju prof. R. usuwa wszystkie gruczoły podszczękowe i tkankę tłuszczową podszczękową; na wardze wycina czworokąt i ubytek zapełnia sposobem Bruns'a. Podług statystyki Ostrowskiego tego rodzaju operacje dają 70% zupełnych wyleczeń.

IV Prof. Radliński przedstawił chorą (36 lat) po wycięciu raka sutki. Tutaj również usunął całą sutkę, tłuszcz i gruczoły pod pachą oraz cały mięsień piersiowy mały i część dużego.

V Prof. Radliński przedstawił chorego i chorą po operacji doszczętnej przepukliny nadbrzuszej sposobem Menge Pfannenstiela; operacja taka, jak to wyjaśnia prof. R., nie może dawać nawrotów.

VI Dr Rutkowski przedstawił przypadek zeszycia ścięgien mięśni wskazującego palca lewej ręki po zranieniu nożem.

Posiedzenie d. 20/II 1921 r.

I Prof. Noiszewski przedstawił chorych po dokonaniu następujących operacji:

2 przypadki zdjęcia katarakty u mężczyzn; operacji dokonano bez wycięcia kawałka tęczówki.

Przypadek operowanego pterygionu.

Przypadek operacji plastycznej zawinięcia brzegów powiek sposobem Milingena. Przypadek zawinięcia brzegów powiek, operowanego spos. Alt-Graefe'go.

II Dr Ruszkowski (z kliniki ocznej) przedstawił 2 przypadki wyluszczenia woreczków łzowych wskutek przewlekłego ropienia. Dr R. zaznacza, że z istniejących 2 sposobów leczenia tego cierpienia, mianowicie sondowania i wyluszczenia, ten ostatni prędzej prowadzi do celu.

W dyskusji prof. Radliński wspomina o istniejącym sposobie przeprowadzenia nitki jedwabnej wzdłuż kanału łzowego po wycięciu woreczka łzowego; wokoło nitki dość prędko narasta nabłonek, tym sposobem wytwarza się nowy kanał łzowy.

Prof. Noiszewski zaznacza, że cel ten można również osiągnąć za pomocą sondy.

III Dr Landsberg (z kliniki chorób wewnętrznych) przedstawił przypadek *encephalitis lethargica*. Przypadek dotyczył 16 letniego matołkowatego chłopca, który przebył zapalenie nerek, a po pewnym czasie wpadł w senność, trwającą kilka dni; później zjawiała się gorączka o typie przepuszczającym i chory dostał czkawki, następującej napadowo po 4—5 razy na minutę; stwierdzono lekkie drżenie gałek ocznych i nierówność źrenic (lewa nieco węższa). Nakłucie łądźwiowe dało płyn przezroczysty, zawierający kilka limfocytów w 1 mm³. Chory już oddawna miał wy-

ciek ropny z ucha, który, jak to stwierdził prof. Erbrich, nie mógł być punktem wyjścia dla wspomnianych przypadłości mózgowych. Obecnie chory nie gorączkuje, czkawka ustąpiła. Stwierdzić się daje wzmożenie odruchów ścięgniętych i wzmożenie napięcia mięśniowego. Dr L. umiejscawia sprawę chorobną w wielkich jądrach mózgowych.

W dyskusji Dr Kopeczyński byłby za umiejscowieniem sprawy chorobnej poniżej wielkich jąder w jądrze czerwonym, a dr Bełkowski — w rdzeniu kręgowym na wysokość 4 kręgu szyjnego (ośrodek m. przeponowego).

Dr Melanowski zapytuje co do objawów ze strony nerwu współczulnego. W odpowiedzi dr L. zaznacza, że objawów ze strony n. współczulnych nie było.

IV Dr Kopeczyński przedstawił w imieniu swoim i prof. Erbricha przypadek jednostronnego porażenia nerwów opuszkowych (od 8 do 12 go włącznie).

Przypadek dotyczył kobiety w średnim wieku, która skarżyła się na cichy głos i zmęczenie podczas mówienia. Badanie wykazało porażenie prawostronne nerwów od 8 do 12 go włącznie, odczyn zwyrodnienia mięśni odpowiednich. Co do rozpoznania, to waha się ono pomiędzy syringobulbią a sprawą nowotworową na podstawie czaszki.

W dyskusji prof. Radliński zapytuje, czy sprawa chorobna w danym przypadku nie dotyczy i nerwu twarzowego, który, jak mniemano, bierze udział w unerwieniu podniebienia.

Dr Kopeczyński zaznacza, że unerwienie podniebienia zależy przeważnie od X pary.

V Dr Rutkowski przedstawia przypadek zarosnięcia błony dziewiczej u 15 letniej dziewczynki, rozpoznany w okresie pierwszego miesiączkowania. Przypadek ten nastroczał pewne trudności rozpoznawcze i dopiero dokładne badanie wyjaśniło całą sprawę. Leczenie polegało na przekłuciu błony dziewiczej za pomocą trójgrańca, i opróżnieniu zawartości.

VI Prof. Radliński przedstawił preparat nerki gruźliczej usuniętej u dziewczynki, której stan ze względu na ogólne wyniszczenie jest ciężki. Przedstawiając jednocześnie preparat z zapaleniem ropnem miedniczki i nerki, prof. R. wykazuje różnicę zmian, jakie tu powstają pod względem anatomicznym.

VII Następnie prof. Radliński przedstawił przypadek operacji plastycznej wrzodu goleni. Naskórek przeszczepiono ze skóry uda, pozostawiono na owrzodzeniu bez opatrunku, a w celu zabezpieczenia przed wysychaniem otoczono kończynę kołpakiem z siatki drucianej, który następnie pokrywano wilgotnym opatrunkiem.

VIII Wreszcie prof. Radliński przedstawił rentgenogram pęcherza moczowego ze szpilką od włosów, pochodzący od dziewczyny, która cierpiała na zapalenie pęcherza. Szpilka wraz ze złogami kamieni, ją otaczających, była usunięta za pomocą cięcia nadłonowego. Operacja była dość trudna wskutek bardzo znacznego skurczenia się pęcherza. Przebieg pooperacyjny normalny.

J. Bełkowski.

Notatki kliniczne.

Badania oczów w przypadkach ciężkich zaburzeń sercowych należy dokonywać daleko częściej, niż to ma dotąd miejsce. W pewnym przypadku bloku serca stwierdziłem, naprz. nadzwyczaj wydatne rozszerzenie żył na dnie oka.

W innych przypadkach stwierdzić można wprost tętnienie żylnie oka w przypadku zaburzenia sprawności serca, jak na to zwrócił uwagę Weise (*Med. Klin.* 1919. № 11). Oczywiście obadwa wspomniane tu objawy znikają, gdy znika wywołująca je przyczyna.

MAGAZYN NAUKOWO-OPTYCZNY JAN BERENT

były współwłaściciel firmy BERENT, PLEWIŃSKI i S-ka
Marszałkowska 87 (daw. 90) I piętro front.

Od 1 stycznia r. b. jedyny, pod powyższem nazwiskiem
SKLEP OPTYCZNY.

TERMOMETRY LEKARSKIE WYŁĄCZNIE ZE ŚWIADECTWEM STACJI FIZYCZNEJ
PRZY M. P. i R.

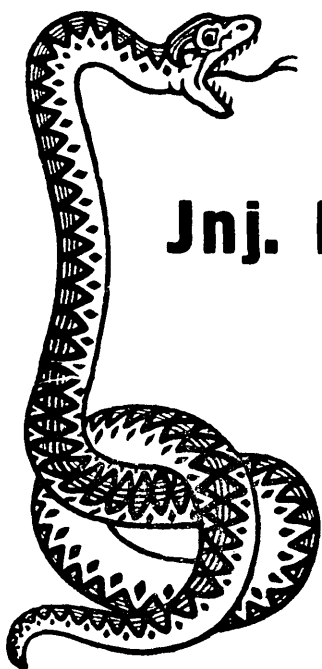
POZNAŃSKI ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY

im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytniu

(Dyrektor Dr. Wierzejewski)

przyjmuje chorych na choroby narządu ruchowego, zniekształcenie przyrodzone, zachorzenia kręgosłupa i kończyn, porażenia, gruźlicę kości, przewlekłe zachorzenia stawów i mięśni i t. p. Zarząd posiada piękne sale operacyjne, gabinet Roentgena, aparaty do diatermji, urządzenia mechano-i elektroterapeutyczne, fabrykę protez i aparatów ortopedycznych.

Poznań, Św. Łazarz, Ul. Gąsiorowskich 7, Telefon 40-90.



Ampulae sterilis. vitr.

Jnj. FERROFAG I, II, III Gessner

(żelazo, arsen, fosfor)

POLECA

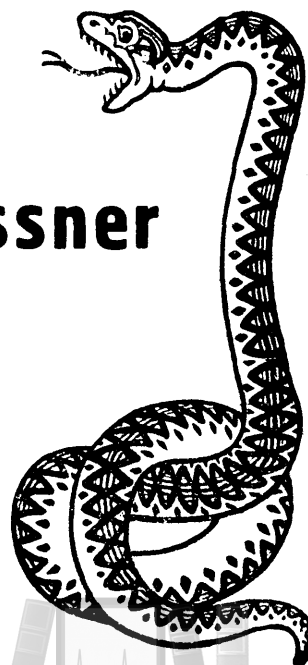
Apteka Mag. Farm. Jana Gessnera

dawniej E. GESSNER

W WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA: Literatura na żądanie — gratis i franco.



ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORJUM

D-ra KUPCZYKA specjaliści chorób nerwowych

KRAKÓW. Szujskiego 1. 9.

Wskazania: Chor. nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, podagra, cukrzyca, otyłość, choroby serca.

Lecznica Związkowa

Kraków, ul. Garncarska 11. Telefon № 523.

Pokoje dla chorych, porodów, sale operacyjne. Osobne pokoje do elektrozacji, cystoskopji gorącego powietrza, gorących długotrwałych irygacji, układania na równi pochyłej, kąpeli trwałych, prześwietlania Röntgena, gimnastyki leczniczej, mięsienia. Aparaty ortopedyczne, laboratorium chemiczne i bakteriologiczne.

Emanatorium radowe.

Nowy automatyczny kocioł parowy Patent Czermak

dla komory dezynfekcyjnej 4 cbm. w zakładach miast, szpitali etc.

1 pantostat 110 wolt. 1 aparat d'yrsonval. 1 aparat Bergonié. 12 lamp röntgenowskich (Müller, Radion).

natychmiast ze składu dostarcza

CENTRALNY ZAKŁAD FABRYCZNY URZĄDZEŃ SANITARNYCH

Inż. Paweł Lis

Centrala: KRAKÓW, ul. Długa 1.

Firma egzystuje
od 1819 r.

Alfons Mann

Firma egzystuje
od 1819 r.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

===== Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków. =====

ZA

JEDEN TYSIĄC MAREK

wpłaconych lub przekazanych pocztą

PORTRET nadesłany z FOTOGRAFJI

wykonany przez artystów zagranicznych przy najpopularniejszej firmie

MARJAN FUKS ===== Warszawa, Jerozolimska 35 róg Marszałkowskiej

Na prowincji poszukiwani agenci za dobrą prowizją tylko z kaucją.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

ZIMNICA I KOMARY MALARYCZNE U NAS

napisał

TADEUSZ KORZON.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena Mr. 75.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Ale pamięć o potrzebie podobnego badania może być w klinice bardzo pomocna, gdy idzie o szybkie rozstrzygnięcie, bez użycia skombinowanego tętnopisania, czy, naprz. dany przypadek tętna rzadkiego w przebiegu gośca zależy, czy też nie zależy od bloku serca, który w przebiegu tego cierpienia zdarza się częściej, niż się o tem myśli i pamięta.

Wł. Janowski.

Ułatwienie w prowadzeniu kart szpitalnych.

Każdemu, poszukującemu materiału klinicznego w „archiwum” kart szpitalnych, dobrze znane są trudności, związane z przerzucaniem stosów papieru, wśród których większość stanowi bezwartościowy papier białny, często jednodniowych, historii chorób; po-

zatem na oddziale gromadzą się stosy „dokumentów” zajmujących nazbyt wiele miejsca. Wszystkie te niewygody usuwa sposób, zastosowany od dłuższego czasu na oddziałach „Londyńskiego Szpitala”: mianowicie każdy nowoprzychodzący pacjent otrzymuje małą kartę, na której notuje się tylko nazwisko, wiek chorego, adres lekarza, datę przyjęcia i całkowite rozpoznanie, które wpisuje się po ukończeniu leczenia.

Karta ta zostaje na stałe na oddziale. Niezależnie od tego prowadzi się właściwą „Historję choroby”, którą umieszcza się w centralnem archiwum szpitala. Jak widać z powyższego, wyszukiwanie potrzebnego materiału przy pomocy „małych kart” jest nader ułatwione, a pracownicy oddziałowi są uwolnieni od pracy pielęgnowania foliów archiwowych.

E. Lewenstern.

Hospital Gazette. Lancet 15/X 21.

O C E N Y.

Higiena szkolna. Podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych pod red. D-r St. Kopeczyńskiego przy współpracy D-ra Biehler Matyldy, Prof. Czerneckiego, D-r Falskiego, D-r Gromskiego, Arch. Holewińskiego, D-ra Jareckiego, D-ra Jaroszyńskiego, D-ra G. Klęska, D-ra Łyskawińskiego, D-ra Matusiewiczówny, D-ra Mitkiewicza, Prof. Nawroczyńskiego, D-ra Ołtuszewskiego, Prof. Piaseckiego, D-ra Karp Rottermunda, Mjr. Sikorskiego, D-ra Sterlinga, D-ra Strumilly, D-ra Szmurły. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie 1921.

Wydanie dzieła higienicznego, zawierającego z górą 50 ark. druku, o treści bogatej, przez grono ludzi, przodujących oddawna w higienie szkolnej, jeszcze w czasach, gdy szkolnictwo miało do zwalczania trudności gdzieindziej niewidziane, jest zasługą pierwszorzędnego znaczenia. Od tego zacząć należało naszą nowoczesną pedagogikę i od tego ją rozpocząć; bo ciż sami ludzie wydali pierwsze przepisy postępowania higienicznego w szkole nowopowstałego Państwa Polskiego.

Sprawozdawca ma tutaj trudne zadanie, o ile chodzi o streszczenie całości: sprawozdanie musiałoby być nader obszerne i przekraczałoby może dozwolone wymiary.

Redaktor tej książki w przedmowie zaznacza braki, jakie z powodu trudności wydawniczych zaistniały w tem pierwszym wydaniu. Braków tych zdaniem mojem nie można uważać za poważne, wobec ogromu zasługi, jakie ta książka posiada, i za jaką całe polskie społeczeństwo winno być autorom wdzięczne.

Wstęp napisany przez d-ra S. Kopeczyńskiego, obejmuje cele i zadania oraz rys historyczny higieny szkolnej w Polsce, poczynając od ustaw pomnikowej Komisji Edukacyjnej i ich twórcy Piramowicza. Szkoły tej Instytucji wychowały szereg dzielnych obywateli, którzy zaznaczyli się w walkach o wolność.

Zasady higieny budynków szkolnych, przestrzegane później w zaborze niemieckim i austriackim, zwłaszcza w pierwszym, były pominięte natomiast pod rządem rosyjskim prawie zupełnie. Tylko usiłowaniu jednostek już w naszych czasach można

zawdzięczać postawienie dobrze urządzonych budynków szkolnych, jak się to stało w Warszawie dzięki staraniom D-ra Polaka, Górskiego, Rontalera, Tołwińskiej, Chrzanowskiego; to samo się dzieje w niektórych miastach, jak w Łodzi, Zawierciu, Włocławku, Lublinie i in.

Sprawa wychowania fizycznego, podniesiona w pracach Komisji Edukacyjnej, stała b. dobrze przed upadkiem politycznym Polski. Pisma Jędrzeja Śniadeckiego przyczyniły się znacznie do należytego jej zrozumienia. Później również uległa ona zaniedbaniu. Tylko Towarzystwa gimnastyczne z Sokołem na czele w Małopolsce rozwijały się b. dobrze. W Warszawie pierwszy zakład gimnastyczny otwiera H. Kuczalska w 1906, wzorując się na instytucie w Sztokholmie.

Instytut ogrodów Raua z inicjatywy D-ra Wł. Zawadzkiego od r. 1899 podjął się kierownictwa zabaw ruchomych i kształcenia kierowników.

Obecnie w Poznaniu pod kierownictwem prof. Piaseckiego powstało w r. 1919 studjum wychowania fizycznego.

Młodzież akademicka w Krakowie pierwsza dała pochop do utworzenia związków sportowych. Tutaj rozwinął się zdrowy sport wioślarski dla obojga płci. Obecnie potworzyły się także towarzystwa w innych miastach uniwersyteckich.

Dzięki prof. Jordanowi w r. 1888 powstał w Krakowie park Jego imienia, także parki dla ćwiczeń i gier ruchowych potworzyły się później w N-Sączu i Kołomyi; później we Lwowie tworzy się tow. zabaw ruchowych. W Warszawie rolę tę w 1899 odegrały ogrody Raua, rozrzucone w 9 punktach miasta.

Uchwały sejmu nauczycielskiego w Warszawie w kwietniu 1919 z przedstawicielami Rządu i nauczycielstwa całej Polski, przyjęte przez plenum zjazdu, dają wytyczne dążące do reorganizacji wychowania fizycznego. Rozp. Min. Zdrowia w grudniu powołuje przy Ministerstwie Radę wychowania fizycznego i kultury cielesnej.

Sprawę dozoru sanitarnego omawia autor jako trzeci dział higieny szkolnej, podnosząc epokowe prace Axel Herbel'a (1881) i Axel Keya (1889); w nich pokazało się, że 40% uczniów w Sztokholmie należy uważać za chorych i że krzywa zachorowań potęguje się w okresie rozkwitania. Badania Cohn'a (Wrocław) i Szokalskiego nas wykryły wpływ szkoły na krótkowzroczność. Frankfurt pierwszy jako miasto w 1883 wprowadza instytucję lekarza szkolnego. W 1908 jest już w Niemczech 1600 lekarzy szkolnych. W Anglii w 1907 uchwalono ustawę o opiece lekarskiej obowiązującej w szkołach. W 1913 dozór ten po wsiach kosztuje państwo 400.000 f. ster. We Francji projekt prawa powstaje w 1910. W Rosji posada lekarza szkolnego, lichy płatna, była zupełnie źle rozumiana. W Japonii natomiast w 1902 jest już czynnych 4582 lekarzy szkolnych.

Polska jedna z pierwszych wprowadziła lekarza szkolnego. Już w 1569 lekarz i filozof Piotr z Poznania stwarza na wszechnicy w Krakowie fundację wieczystą, zapewniającą studentom pomoc lekarską. W 1805 Tadeusz Czacki zaprasza do swego liceum w Krzemieńcu 2 lekarzy szkolnych.

Później, bo dopiero w 1885, odzywa się głos S. Markiewicza w licznych sprawach, dotyczących zdrowia młodzieży. Modrzejowski, Kosmowski, Dobrzańska piszą i przytaczają dane dotyczące zdrowia dzieci. W 1897 powstała Tow. Higieniczne wyłania sekcję wychowawczą, w której pracują liczni lekarze i wychowawcy; prace Kopczyńskiego wprowadzają na właściwe tory działalność lekarza szkolnego; Sulimierski, Wernic, Fidler dają tablice, dotyczące zdrowotności uczniów. Coraz wyraźniej zaznacza się praca w dziedzinie higieny szkolnej. Na licznych zjazdach polskich i międzynarodowych zabiera głos w licznych pracach Komitet Polski, złożony z przedstawicieli wszystkich zaborów. Piasecki w Paryżu przedkłada pracę o warunkach higienicznych szkoły polskiej. W 1906 zbudzona Macierz Szkolna utworzyła na krótko, bo jej życie skrócono, dozór higieniczno-lekarski w swoich kołach.

W 1910 dzięki staraniom Janiszewskiego i ówczesnej rady miejskiej Kraków wprowadził instytucję lekarzy szkolnych.

Dalej pracują w sprawach, dotyczących psychologii młodzieży: Dawid, Szyćłówna, Joteykówna, Jaroszyński, Jaxa-Bykowski i wielu innych

Sprawa jednak wchodzi na właściwe tory dopiero z chwilą stopniowego uzyskiwania niepodległości.

W Październiku 1915 powstaje sekcja higieny szkolnej przy wydziale oświecenia Kom. Obywat., potem przy Wydziale Szkolnym Magistr. m. Warszawy. Zostaje lekarzem naczelnym Dr J. Szmurło—dwudziestu lekarzy szkolnych i 11 higienistek opiekuje się dziećmi w Warszawie.

W 1917 Dr Rottermund opracował projekt powszechnego dozoru lekarskiego szkolnego. Tow. Medycyny Społecznej również projektuje organizację dozoru lekarzy nad szkołami. Niedługo potem Marszałek Rady stanu mianuje dr Kopczyńskiego referentem spraw higieny szkolnej. Dyrektor służby zdrowia Dr Chodźko tworzy referat higieny szkolnej z tymże referentem na czele.

W Styczniu 1918 Minister Wyznań i Ośw. Ponikowski powołuje na referenta higieny szkolnej Dra Wł. Osmolskiego; zaraz po tem Ministerstwo zatwierdza przepisy, według których każda szkoła i zakład wychowawczy musi pozostawać pod opieką lekarską. Już w marcu tegoż roku organizują się władze centralne higieniczno-szkolne, jako komisja międzyministerjalna, obejmująca działy: higieny nauczania, pedagogię leczniczą, wychowanie fizyczne, nauczanie i propagandę higieny przez szkołę, dozór sanitarny nad budynkami szkolnymi, walkę z chorobami zakaźnymi, dozór nad czynnością lekarzy szkolnych, pomoc lekarską dla dzieci, organizację żywienia, kąpieli i t. d.

1 Stycznia 1919 referat higieny szkolnej zamienia się na Wydział higieny szkolnej przy Min. Zdrowia. W rok później zorganizowano opiekę lekarską i pomoc dentystyczną w 57 szkołach państwowych średnich i 18 seminarjach nauczycielskich. Z 357 szkół prywatnych zaledwie kilkanaście nie posiada prawidłowej opieki lekarskiej i to z powodu braku sił fachowych na miejscu wskutek powołania lekarzy do służby wojskowej.

To samo nastąpiło w Małopolsce, gdzie Rada Szkolna Krajowa w 1919 zorganizowała dozór higieniczno-lekarski. Wydano z inicjatywy Wydziału zdrowia szereg wydawnictw i druków z dziedziny higieny szkolnej, jak: 1) Charakterystyka ucznia, 2) Metody badania psychologicznego w szkole, 3) Rola lekarza powiatowego w dozorze higien. lekarsk. nad szkołami, 4) Wskazówki do badań higien-szkolnych, prócz tego wydano 26.000 tablic z przepisami o zwalcz. chorób zakaźnych w szkole, 15 000 egz. Rad dla matek i in.

W 1920 naczelnikiem wydziału mianuje min. Łopuszański dr Kopczyńskiego. Dział wychowania fizycznego obejmuje Dr Świątopełk-Zawadzki. Ministerstwo organizuje kursa dla nauczycieli gimnastyki i wychowawców fizycznych oraz kursa dla nauczycieli dla dzieci anormalnych. Dr Jaroszyński wyklada w Państw. Instyt. Pedagogicznym higienę szkolną dla nauczycieli. Poznań stwarza katedrę wychowania fizycznego powierzając ją Dr Piaseckiemu.

Dzięki pomocy amerykańskiej na ziemiach polskich w 1920 dziennie 1.300.000 porcji rozdać się dziatwie w wieku szkolnym i przedszkolnym.

Od r. 1880 do 1905 piśmiennictwo polskie zebrane w tłumaczonym podręczniku Jankego obejmuje 400 prac z dziedziny higieny szkolnej.

Od tego czasu liczba ich jest znacznie większa. Powstają nowe pisma obok dawniej istniejących. Miesięcznik „Wychowanie fizyczne” poświęcony higienie szkolnej wydaje Prof. Dr Piasecki.

Dłużej omówiliśmy historyczne dane z rozwoju higieny szkolnej w Polsce, gdyż zasługują one na jaknajszersze rozpowszechnienie zwłaszcza w świecie lekarskim.

Poszczególne działy książki, poczynając od omówienia budynku szkolnego, opracowane zostały przez specjalistów w sposób wyczerpujący a treściwy.

Posłużyć one winny jako zbiór doskonałych wskazówek pod każdym względem. Za daleko zaprowadziłoby nas szczegółowe omawianie każdego z nich. Przytoczymy tylko niektóre najważniejsze dane.

Doskonałym jest dział obejmujący rozwój fizyczny dziecka, M. Biehlerowej, gdzie autorka zebrała możliwie wszystko, co natem polu zrobiono u nas i zagranicą. Przy omawianiu określania zdolności wchłaniającej przewodu pokarmowego autorka używa wyrazu: wysysający, co jest, jak sędzę, ruseyzmem.

Autorka bardzo słusznie zwraca uwagę, że w okresie dojrzewania należy unikać przeciążania dzieci nadmierną nauką i ćwiczeniami cielesnymi. Należy normować naukę i ćwiczenia cielesne w sposób właściwy, zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego.

Prof. Piasecki zwraca uwagę na należyte kształcenie kierowników ćwiczeń. Podaje treściwie wartości i znaczenie gier, ćwiczeń i sportów.

Bardzo ważne dane, z których każdy lekarz i pedagog korzystać odniesie, a na które przy wychowaniu za mało zwraca się uwagi podaje Dr Jaroszyński, omawiając psychikę dziecka w różnych okresach jej rozwoju wraz z wiekiem dziecka. Przytacza również zajmujące badania autorów polskich nad powstawaniem nałogów i przyzwyczajęń. Bardzo ważnym jest poznanie sposobów badania przeciążenia szkolnego i znużenia, wpływu egzaminów, badania indywidualności uczniów, wskazań, dotyczących programu spostrzeżeń psychologiczno-wychowawczo-lekarskich.

Dr Nawroczyński zwraca uwagę na potrzebę racjonalnego sposobu rozdziału pracy szkolnej a domowej, która jest ważnym dopełnieniem wyrobienia indywidualności ucznia ale tylko wtedy, gdy nie ma przeciążenia. Dobrze nauczanie zależy przede wszystkim od nauczyciela. Słusznie zwraca autor uwagę na wielkie braki, istniejące w planach nauczania programu ministerjalnego, a mianowicie na przeładowanie godzinami zajęć szkolnych, zwłaszcza wobec znacznej ilości czasu, potrzebnego na odrabianie zadań domowych.

Liczba świąt jest nadmierna, wynika stąd zbyt nierównomierne obciążenie dni roboczych. Autor zwraca uwagę na zalety systemu mannheimskiego w sprawie organizacji nauczania.

Dr Ołtuszewski podaje sposoby usuwania momentów patologicznych, dotyczących mowy.

Dr Falski omawia higienę czytania i wskazówki, dotyczące wad papieru, druku, oświetlenia. Higienę pisma omawia prof. Czernecki. Dr Sterling podaje organizację szkół dla dzieci upośledzonych, charakterystykę dzieci i nauczycieli oraz rolę lekarza.

Dalej mamy omówione przez d-ra Jareckiego szkoły dla głuchoniemych i ociemniałych; przez d-ra Szmurłę szkoły dla dzieci słabowitych i organizację kolonii letnich. Choroby wieku szkolnego omawia dr Gromski, zaznacza sposoby zwalczania chorób zakaźnych w szkole, w stosunku do płonicy, błonicy, koklusz, odry, nagmin. zapalenia opon i in. Szczegółowiej zatrzymuje się na zwalczaniu gruźlicy i charakteryzuje gruźlicę wieku; dziecięcego niedokrwistość, blednicę, krzywicę omawia osobno wraz z innymi chorobami przemiany materji. Zastanawia się również nad chorobami poszczególnych narządów; omawia choroby nerwowe i nerwice u dzieci; alkoholizm u dzieci szkolnych i nałogi oraz choroby sfery płciowej; choroby skóry i tak częstą u dzieci świenkę. Dr Matusewiczówna omawia osobno choroby oczu i wady wzroku. Dr Klęsk omawia choroby chirurgiczne u dzieci. Dr Kopczyński szczegółowo a treściwie przedstawia zadania lekarza szkolnego, kładąc nacisk na należyte fachowe jego dokszałcenie, podaje regulamin i instrukcje dla lekarzy szkolnych, dotyczące zapobiegania chorobom zakaźnym, badania zdrowotności uczniów i ich rozwoju w kierunku różnych narządów i zmysłów; organizację dozoru szkolnego; pomocy dentystycznej; kliniki szkolne; rolę higienistów szkolnych; rolę lekarza przy wyborze zawodu przez ucznia. Dr Karp-Rottermund omawia opiekę społeczną w szkole, wprowadzając ją w miejsce publicznego miłosierdzia, tak ubliżającego dla jednostki. Słusznie stwierdza, że dziecko nie jest nędzarzem, proszącym o wsparcie, ale istotą czasowo nieporadną, mającą prawo żądać opieki oraz sprawiedliwego indywidualnego traktowania i kształcenia.

Hasło nadania akcji żywienia działwy w szkołach cechy obowiązkowych świadczeń opieki społecznej, podobnie do zasady powszechności nauczania musi doprowadzić do należytego załatwienia tej sprawy w drodze ustawodawczej.

Higiena ochron i ogródków dziecięcych, higiena internatów, propaganda higieny w szkole, harcerstwo a szkoła, higiena zawodu nauczycielskiego, wreszcie różne przepisy i programy, uzupełniają piękną całość dzieła.

Gdy się ma przed sobą taką skończoną całość, taki nakład zdolności i pracy, nie można wówczas mówić o brakach i usterkach, których w ogólności nie dostrzegłem, lub też jeżeli i dostrzegłem, to są one tak drobne, że nie mają żadnego poważnego znaczenia.

Bujwid.

Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W d. 6 b. m. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie święciło uroczyste stulecie swego istnienia. Po nabożeństwie w kościele św. Krzyża, odprawionem przez ks. kanonika Skimborowicza, odbyło się posiedzenie w wielkiej sali Towarzystwa Higienicznego. Zgromadzonych powitał prezes Tow. Lek. prof. Dmochowski, poczem wiceprezes kol. Starkiewicz udzielał głosu delegatom, licznie przybyłym ze wszystkich stron kraju.

Pierwszy w imieniu p. Ministra Zdrowia Publicznego przemawiał dr Lachowicz, od Sejmu — dr

Rottermund, od Towarzystwa Naukowego — prof. Kryński. Jako delegaci wszystkich naszych wszechnic przybyli i składali życzenia: prof. Rosner (z Krakowa), prof. Rencki (ze Lwowa), prof. Januskiewicz (z Wilna), prof. Karwowski (z Poznania) i prof. Rzętkowski (z Warszawy); dalej zabierali głos przedstawiciele towarzystw lekarskich naukowych i stowarzyszeń społeczno-zawodowych, oraz w imieniu naszej radakeji prof. Hornowski, który złożył w ręce prezesa numer Gazety Lekarskiej, wydany specjalnie z powodu jubileuszu.

Po krótkiej przerwie kol. Dmochowski wygłosił głęboko pomyślany i w piękną formę literacką ujęty odczyt: „Rzut oka na działalność Warsz. Tow. Lekarskiego w ciągu stu lat jego istnienia.“

Na posiedzeniu popołudniowym w sali Towarzystwa Lekarskiego kol. Szumlański, w zastępstwie nieobecnego z powodu choroby Sekretarza Stałego prof. Sokołowskiego, odczytał opracowany przez niego rys historyczny p. t. „Wybitni członkowie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w ciągu stulecia“; poczem kol. Pawiński Józef nader umiejętnie i zajmująco przedstawił „Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile życiowej (*pneuma, spiritus vitalis*)“.

Wieczorem odbyło się zebranie towarzyskie w salonach Resursy Kupieckiej, na którym przy ożywionej pogawędce i okolicznościowych toastach zebrani spędzili kilka godzin.

Cały obchód miał wielce uroczysty i podniosły charakter.

Dziwna rzecz, że był on zbojkotowa... przez wszystkie organy naszej prasy codziennej. Pomiędzy ze wszystkie redakcje, narówni ze wszystkimi towarzystwami naukowymi, otrzymały zawiadomienie o jubileuszu, pomimo że niektóre z pism przedrukowały na swych łamach porządek obchodu i podawały nawet szczegółowe informacje, żadna z redakcji nie przysłała swego przedstawiciela ani na żadne uroczyste posiedzenie, ani na popołudniowe w Towarzystwie Lekarskiem, w żadnym piśmie nie było sprawozdania z obchodu uroczystości.

A wszak stulecie instytucji naukowej, która przez cały czas niewoli i uciemiężenia przetrwała i zachowała polskość, to niezwykła w naszych warunkach uroczystość. Zbycie jej milczeniem, pominięcie okazji, aby uwydatnić zasługi Tow. Lek. i uświadomić ogół o całej stuletniej jego działalności nie daje bynajmniej chlubnego świadectwa o poczuciu obowiązków zawodowych i obywatelskich.

W. Sz.

Wiadomości bieżące.

— Prof. Alfred Sokołowski, Sekretarz Stały Tow. Lekarskiego Warszawskiego, w uznaniu długoletniej pracy naukowej, zaszczycony został wyborem na członka honorowego Warszawskiego Towarzystwa Naukowego.

— Jako wyraz głębokiego uznania dla stuletniej działalności Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, które w najcięższym okresie hamowania nauki polskiej, rozwoju piśmiennictwa naukowego polskiego a nawet publicznie odzywającego się słowa polskiego w Polsce Kongresowej spełniało gorliwie i świetnie swój obowiązek, złożył kolidocent Henryk Nussbaum 10.000 marek na najpilniejsze potrzeby biblioteki Towarzystwa

z życzeniem aby ofiara ta stała się zaczynem liczniejszych na ten cel ofiar.

— Z okazji stulecia Tow. Lek. Warsz. wybrani zostali na członków honorowych Towarzystwa: z Warszawy: Prof. Gluziński Ant. Dr Kamocki Walenty, Dr Pawiński Józef, Prof. Przewoski Edw.; z Krakowa: Prof. Browicz Tadeusz, Prof. Kostanecki Kazimierz; z Lwowa: Prof. Machek Emanuel, Prof. Szymonowicz Władysław; z Poznania: Prof. Jurasz Antoni; z Wilna: Dr Zahorski Władysław; z Paryża: Prof. Achard, Prof. Babiński Józef, Prof. Chauffard A., Prof. Letulle M., Prof. Lejars F., Prof. Roger H., Prof. Richet; z Londynu: Prof. Albutt Thomas, Prof. Wright Almroht E.; z Padwy: Prof. Golgi C., Prof. Forlanini C.

— „Kalendarz Lekarski“ D-ra Polaka na rok 1922 opuścił prasę.

NEKROLOGJA.

Dr JAN HOENE, znany kijowski okulista zmarł w Warszawie dnia 27 Listopada w wieku lat 73. Zmarły należał do rzędu ludzi, których pamięć nie nie wygrywa na stosowaniu zasady „de mortuis nil, nisi bene“, bo nikt nigdy nie miał o Nim nic złego do powiedzenia. Natomiast wszyscy co Go znali, a dziś żałują, dużo dobrego. Dzielnym zawodowcem i człowiekiem rzadkiej poczciwości serca, kochany i szanowany przez wszystkich kolegów, którzy dali wyraz swym dla Niego uczuciom, wybierając Go na pierwszego prezesa polskiego towarzystwa lekarskiego w Kijowie. Prace śp. Hoenego z zakresu oftalmologii publikował swojego czasu Postęp Okulistyczny, a z pod Jego pióra wychodziły też swojego czasu sprawozdania z polskich prac okulistycznych w Przeglądzie piśmiennictwa polskiego przy Pam. Warsz. Tow. Lek.

Dr S. T.

Dr. LEON ŁĄCZYŃSKI b. długoletni lekarz powiatowy w Turku z. Kaliskiej, zmarł w Końskich, dnia 16 września 1921; padł ofiarą zawodu, zaraziwszy się dudem plamistym. Ubytek każdej inteligentniejszej jednostki na prowincji silnie odczuwać się daje, a zwłaszcza wtedy, kiedy jednostka ta swoją znużoną pracą oddawała się chętnie z poczucia swych obowiązków pracy społecznej. Ś. p. D-ra Łączyńskiego widzieliśmy zawsze, biorącego żywy udział we wszystkich niemal przejawach życia społecznego czy to w Błazkach, gdzie był lekarzem miejskim i gdzie pracował z pożytkiem dla straży ogniowej i kasy pożyczkowo-oszczędnościowej, czy potem w Turku, gdzie Macierz Szkolna, T-wo Dobroczynności, Rada miejscowa Opiekuńcza, T-wo Szkolne i inne prawie cały ciężar swoich prac składały na Jego barki, jako swego prezesa lub skarbnika. Niezmiernie uczynny i bezinteresowny pozostawił trwałą pamięć i żal po sobie wśród tych, którzy się z Nim stykali i wspólnie pracowali.

Dr Wierzbowski.