

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE,
PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO
W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE,
DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE,
DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZE-
MIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUHLINIE.

Sierpień

—+— ROCZNIK TRZECI —+—

1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

Uraz jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięs- aków narządu wzrokowego.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Podnoszono niejednokrotnie, że uraz może okolicznościowo istniejący zarodek narośli doprowadzić do rozwoju narośli samej, nigdy jednak, o ile mi wiadomo, nie poparto twierdzenia tego ścisłymi dowodami, a nawet odnośne statystyczne zestawienia nie mogą być uważane za wystarczający pod tym względem materiały krytyczny. Z tego to powodu zasługują kazuistyczne przypadki rzucające więcej światła na tę sprawę na uwagę, budzą zajęcie i mogą przyczynić się do ostatecznego rozwiązania tej patologicznej zagadki. Mieliśmy właśnie sposobność spostrzegać kilka odnośnych przypadków, które może rąbek zasłony uchylić będą zdolne.

Chcąc należycie ocenić wpływ urazu na powstawanie mięsaków przyrzędu wzrokowego winniśmy uwzględnić różnicę między mięsakami wśródgałkowymi a takimiż naroślami czę-

ści dodatkowych tego narządu. Zastanówmy się najprzód nad pierwszymi.

Fuchs w dziele swem »das Sarkom des Uvealtractus«, (Wien, 1882 p. 234), przyznaje, że przy tego rodzaju mięsakach uraz, wywołując odczynowe zapalenie odgrywa przytem ważną rolę. Na 43 przypadki pochodzenia zapalnego według zestawienia przez siebie sporządzonego, 29 było wywołanych urazem, polegającym na tępej sile spowodowanej uderzeniem okajkim, wielkim odłamkiem żelaza, upadnięciem na oko. W innych razach zapisano jako powód nowotworu wpadnięcie okiem na przedmiot twardy, to znowu rzucenie jakiego przedmiotu na oko.

Oczywiście we wielu przypadkach uważanych za narośl, takowej niema, ale tylko hyperplazya, a Fuchs dodaje: „*Oft findet man die Aderhaut so reichlich mit Rundzellen u. mit aus diesen hervorgegangenen Spindelzellen durchsetzt, dass die Aehnlichkeit mit einer diffusen sarkomatoesen Entartung eine vollkommene ist*“. Z rozumowań przytoczonych bynajmniej nie wynika, jakoby uraz sam przez się, jako taki narośl rzezoną mógł wywołać.

Pomimo, że więcej światła na tę sprawę rzucili Leber i Krahnstoever — »Arch. f. Ophth.« 45. 2. p. 231. — którzy w odpowiedniej pracy omawiającej powstanie mięsaków przy *phthisis bulbi* dotyczą także związku pomiędzy urazem a naroślą, to jednak tylko w niewielkim szeregu takich przypadków nie zdołano możliwości takiego związku wykluczyć.

Także Dr Putiata Kerschbaumer — »Sarkom des Auges« Wiesbaden 1900 p. 47. — zaznacza, że na 67 przez siebie zestawionych i rozbieranych przypadków w 7 stwierdzić mogła, że zanik gałki poprzedzał rozwój mięsaka, ale tylko w jednym przypadku, gdzie gałka po urazie i następowem zapaleniu roponem uległa zanikowi, związku urazu z naroślą nie wyklucza: „*lässt sich wohl ein Kausalzusammenhang mit Bestimmtheit nicht ausschliessen*“. W tym bowiem przypadku rozwój narośli nastąpił w trzy lata po urazie, gdy w innych dość długi przeciąg czasu dzieli początek powstania narośli od urazu i dla tego taki związek „*mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen wird*“.

Zwolennicy teorii Cohnheima przyjmują pewne drzemiące zarodki, a zatem pewne embryonalne usposobienie, które pod wpływem jakiegokolwiek bodźca na te pierwiastki oddziałującego narośłom dają początek.

Do przyczyn okolicznościowych zalicza się zazwyczaj długotrwałe zapalenie i rzeczywiście w niejednym przypadku stwierdzono po silnem zapaleniu rzęskowo-tęczówkowym połączonem ze zejściem zanikowem, mięsaka naczyniówki. Atoli i tu nasuwa się pewna wątpliwość co do związku, skoro sobie uprzytomnimy, że według stwierdzonych spostrzeżeń i rozwijający się mięsak może wywołać zapalenie, które prowadzi następnie zrazu do zaniku gałki, a dopiero później odkrywamy narośl wolno się rozwijającą.

Jak wspomnieliśmy i uraz uważany bywa za taki bodziec okolicznościowy; twierdzenie jednak odnośne pozbawione dowodów ścisłego spostrzegania.

I tak Groenouw przytacza - »Arch. f. Opht.« t. 47 p. 283 — znany sobie przypadek niepigmentowanego alweolarnego płaskiego mięsaka (*Alveolaeres Flächensarkom*), ciała rzęskowego u 28 letniego parobczaka który, przed 11 tygodniami uderzywszy się w oko doznał krwotoku — skąd, autor nie przytacza — i powolnego osłabienia wzroku. Gr. nie przyjmuje w tym przypadku związku między powstaniem narośli a urazem dla zbyt krótkiego czasu, jaki chwilę stwierdzenia rozprzestrzenionej narośli przy pierwszym zaraz badaniu, od owego urazu dzielił.

Gdy jednak G. zbyt krótki czas dzielący uraz od manifestowania się narośli uważa za okoliczność przemawiającą przeciw związkowi przyczynowemu, wręcz przeciwnego zdania są przytoczeni powyżej Leber i Krahnstoeber — »Arch. f. Ophth.« t. 45 p. 221 — którzy wobec długiego czasu dzielącego uraz od powstania narośli, na przyjęcie związku takiego zgodzić się nie mogą. „Weil zwischen Ursache u. Folge ein viel zu langer zeitlicher Zwischenraum vergangen ist“.

Trudno się atoli oprzeć wrażeniu, że nie łatwo przyszło autorom dojść do tej konkluzyi, skoro jednak po rozmaitych wywodach w końcu dodają: „Trotzdem moechten wir nicht in

Abrede stellen, dass Verletzungen des Auges vielleicht eine bedeutendere Rolle bei der Entstehung der Aderhautsarkome spielen als sich bis jetzt nachweisen lässt. Wir betrachten es aber als selbstverständlich, was auch wohl allgemein zugegeben wird, dass die Verletzung niemals die directe u. alleinige Ursache derselben abgeben kann“.

Z tem wszystkiem nigdzie nie znajdujemy potwierdzenia przypuszczenia, że uraz jako taki sam przez się może powstanie mięsaka wśródocznego wywołać.

Rozpatrując się zaś w literaturze przekonywujemy się, że inni autorowie wprawdzie zaliczają uraz do przyczyn wywołujących mięsaki, ale mu tylko podrzędną przypisują rolę. I tak między innymi Boll — »Princip des Wachstums« Berlin 1876. — dalej Flitner — »Ein Beitrag zur Lehre vom traumatischen Sarkom« Halle 1896 — to samo Powel — »Arch. f. Ophth. p. 70 i następane« — który w urazie upatruje tylko moment do rozwoju mięsaków. —

Lubo właśnie dla mięsaków naczyńówki zdobycz literacka dla wykazania urazowego związku tych narośli jest małą a zresztą takiego związku przyczynowego wykazać nie możemy a to głównie dla tego, że brak nam tutaj bezpośredniego spostrzeżenia, podmiotowe zaś podania co do wrażeń pozbawione są zazwyczaj podstawy krytycznej, to jednak zdawałoby się, że korzystniej rzecz się przedstawiać powinna tam, gdzie chodzi o narośle powiek i tkanki oczodołowej.

Ogólnie przyjmuje się, że mięsaki pierwotnie na powiekach występujące należą do zjawisk częstych, a Michel Graefe, Saemisch »Handbuch der Ophth.« IV. p. 428 — podnosi, że pierwotne mięsaki występują równie często tak u dolnej jak i górnej powieki, przeważnie u dzieci.

Natomiast zdaje się, że mięsaki oczodołowe pierwotnie dość często pojawiają się. Przeważnie należą one do rzędu mięsaków o komórkach okrągłych, wrzecionowatych i do mięsaków włóknistych (*fibrosarkoma*). Co do miejsca, skąd one wychodzą, najrozmaitsze objawiane są zdania. Słusznie zaś powiada Berlin — l. c. p. 712 — „*Gerade diese Geschwülste*

dürfen für ein regionaeres Studium ein dankbares Feld abgeben u. s. w.“.

Nigdzie atoli nie spotykamy się choćby z najmniejszym zaznaczeniem urazowego pochodzenia tych narośli a nawet *Horn-ner-»Krankheiten des Auges im Kindesalter* w Gerhardta *Handbuch der Kinderkrankheiten* V. 2, p. 222« — ogranicza się w tych wywodach do uwagi: „*Sarkome finden sich primaer am Lid fast nur bei Kindern sowohl am Ober- als — am Unterlide u. s. w.*“

Panas przytacza w swem: »*Traité des maladies des yeux*« t. 2, p. 448 — kilka przez Lawforda ogłoszonych przypadków mięsaków oczodołowych u dzieci, w części przypisywanych urazowi i dodaje od siebie: „*On voit d'après ces faits, combien le pronostic du sarcome infantile est grave. Quant à l'étiologie elle nous échappe, remarquons seulement, que le traumatisme a été signalé assez souvent pour qu'on en tienne compte*“.

Z tego cośmy przytoczyli przekonać się może czytelnik, że i tu, gdzie przecie spostrzeżenie daleko pewniejsze dawać winno wyniki, gdzie nie tak łatwo przyczyna i skutek ująć mogą naszej bacności, napotykamy tylko na przypuszczenia, warunkowe przyjęcie urazu jako przyczyny mięsaka. Nigdzie zaś nie widzimy ścisłej pewności wykluczającej wątpliwość.

Wobec tego zdawało nam się tem więcej rzeczą pożyteczną dalej niezwlekać ogłoszenia przypadków, które może więcej od wielu innych rzucają światło na etiologię mięsaków ocznego narządu, chociaż niestety z przyczyn od nas niezależnych nie mogliśmy przypadków tych z tą ścisłością analizować, jakbyśmy tego byli sobie życzyli i jak przedewszystkiem ważność kwestyi naukowej tego wymaga. Ale ogłoszenie tych właśnie przypadków, nie będzie mimo to, jak mniemamy, bez korzyści.

Dn. 5/7 1889 przyprawiono do kliniki mej w Poznaniu 6-let. Antoniego Kłosina z N. syna woźnicy z powodu wystąpienia oka prawego. Stwierdzono przy tem co następuje: Dziecko zdrowych rodziców, dobrze wyglądające, zostało przy grze przed tygodniem uderzone pięścią przez towarzysza zabawy w prawe oko, a mianowicie w okolicę zewn. połowy powiek. Pierwszego dnia rodzice nie zauważyli żadnych wybitniejszych na oku zmian.

Dopiero nazajutrz wystąpiły one silnie i w równej prawie mierze, utrzymując się do chwili przedstawienia dziecka. Bólu samoistnego dziecko nie objawiało, a tylko przy obmywaniu skarżyło się, że górna powieka wskutek dotyku boli. Porady lekarskiej dotychczas nie zasięmano, robiono tylko ciepłe na oko okłady.

Badanie wykazało co następuje: Okolica brwiowa prawego oka w $\frac{3}{4}$ zewn. częściach jak również powieka górna wyniosła, najwięcej od strony ucha, gdzie podpada obrzęk okrągły, wyniosły, miękki, nieco chełbocący. Skóra powieki górnej, opuszczonej, jest lekko sinawo-czerwona, daje się łatwo przesuwac, w zmarszczki ująć, żyły w niej rozdęte. Największa wyniosłość powieki zdaje się być zepchniętą ku dołowi i wystaje około 8 mm. ponad wolny brzeg oczodołowy. Dolna powieka napięta mocno, a przez wysadzoną gałkę ku dołowi i ku nosowi przesunięta. Wysadzenie gałki wynosi 15 mm., a zboczenie ku dołowi około 12 mm.

Ruchy gałki upośledzone, najwięcej ku zewnątrz i górze. Powiek z powodu napięcia tkanek podskórnych odwrócić nie można. Spojówka gałki nastrzykana, ale przy samej rogówce wygląda względnie prawidłowo. Rogówka czysta, źrenica duża, regularna, nieruchoma.

Przy wziernikowaniu ośrodki przedstawiają się czyste, natomiast tarcza wyniosła, granice jej nieco zatarte, żyły rozdęte, tętnice zasłonięte.

Nie dało się żadnych ruchów wysadzonej gałki współczesnych z tętnieniem spostrzedz, a słuchawką również żadnych szmerów naczyniowych nie wysłuchano. Nakłócia próbne siłkawką Prawaza dały wynik ujemny co do ropy, a przy wprowadzeniu igły w okolicę gruczołu łzowego wydobyło dość łatwo krew. Temperatura i tętno prawidłowe.

Rozpoznanie stanowczego na razie nie stawiono, a składano się do przyjęcia *Tenonitis*. Zastosowano zimny Leiter i dano na przeczyszczenie.

21/5 Protokół opiewa, że gałka więcej jeszcze wysadzona tak, że powieki zaledwo jeszcze ją pokrywają, nabłonek rogówkowy górą strącony.

Zakładano maść żółta, stosowano Leiter i wstrzykiwano podskórnie, dla wywołania potów i ślinopływu, pilokarpinę.

22/5 Hypopyon 2 mm. wysokie, wysadzenie gałki postępuje.

Ciepłota wieczorna 38/5 Ter.: ung. flav. — atrop., ciepłe okłady. Gdy sprawa widocznie postępowała, zmieniono znowu ciepłe okłady na zimne, wewnątrz dano *extr. sec. cornuti*. 26/5 Bólu żadnego dziecko nie ma, powieki znacznie mniej napięte, wysadzenie gałki nie postąpiło, ale rogówka pozostaje obnażona, w środkowo dolnej części pokryta strupem nie dającym się odciągnąć. Takież strup pokrywa dołem spojówkę gałki. Przy nacisku na górną powiekę powstaje na zewnątrz od rogówki większa wypukłość spojówkowa, chęłbożąca. NB. Przypadkowo obecny chirurg dr P., przypatrując się badaniu dziecka stanowczo twierdził, że w danym wypadku mamy do czynienia z ropniem oczodołowym i że punkcja winna to stanowczo potwierdzić. Atoli przy ponownie przedsięwziętem wyciąganiu próbnem sikawką Pravaza albo nic nie wydobyto, albo czystą krew.

Chcąc wreszcie ściśle stwierdzić, z czem właśnie mamy do czynienia, czy ropniem pozagałkowym, przeciw któremu przemawiał atoli wygląd oka i przebieg choroby, a nade wszystko brak wszelkich objawów mózgowych, brak gorączki, brak bólu, postanowiłem w narkozie uprzystępnąć sobie dla zbadania głębsze części oczodołu.

W tym celu zrobiłem d. 26/5 w zewnętrznym kącie oka nacięcie poziome przez spojówkę od brzegu rogówki do kącika zewnętrznego szpary powiekowej, przy czem, prócz nieznacznej ilości krwi z naczyń przeciętych, nic się nie pokazało. Dopiero kiedy naciąłem wypukłą blaszkę Tenona, wydobywa się najpierw krew ciemna w dość znacznej ilości, a potem jakaś masa galaretowo-tłuszczowa. Przy wypłukaniu worka Tenona większe jeszcze kawałki skrzepu i tej masy wychodziły, zwłaszcza gdy utorowałem sobie palcem drogę prawie do wierzchołka oczodołowego. Gdy palcami wydobyłem jeszcze znaczniejszą ilość tej masy galaretowo-tłuszczowej (10 gramów), powieki otęgły,

a twardy i powiększony, zwichnięty ku dołowi i przodowi gruczoł łzowy można było z łatwością wyczuć.

Wyczyszczenie worka Tenona dokonano jeszcze staranniej, po zrobieniu cięcia od krańca rany spojówkowej ku górze łukowato i równolegle do górnego brzegu chrząstki górnej powieki i po odsunięciu tak utworzonego płata ku nosowi. Przy tem pokazało się że twardówka mniej więcej około 4 mm. po za brzegiem rogówki przedstawia miejsce rozcięnczone, wypukłe, białoczerwone, wielkości ziarna większego grochu.

Po wydobyciu całej masy miękkiej, płat spojówkowy przymocowano szwem katgutowym i *lege artis* zeszyto wolne brzegi powiek w szerokości 12 mm, a to celem zapobieżenia dalszemu obnażaniu rogówki. Po założeniu lekkiej mokrej opaski uciskowej, zastosowano Leiter zimny.

Część wypaproszonych mas z worka Tenona zbadaliśmy sami i znaleźliśmy znamiona mięsaka okrągło komórkowego, a drugą część posłaliśmy do zakładu patologicznego prof. Ponfika do Wrocławia, gdzie rozpoznanie nasze potwierdzono jako *Rundzellensarkom*.

Przebieg dalszy choroby przedstawiał się zadawalniająco, ciepłota ciała nigdy nie podnosiła się ponad 37.5, tętno prawidłowe. Rana operacyjna zagoiła się doraźnie, gałka nie wysadzała się, a wrzód rogówkowy o ile było można dojrzeć, zagajał się także. Natomiast coraz liczniejsze i większe pojawiały się drobne ropnie skóry powiek i twarzy, w postaci *eczema impetiginodes*.

7/6 Polecono więc tylko oko przemywać słabym rozczy-nem sublimatu, a skórę zasypywano proszkiem borotanninowym.

9/6 Gałka mniej wystająca, na karku, szyji, piersiach powstają liczne drobne guzy wielkości ziarna konopi i większe (grochu) a nadto powstał u lewej górnej powieki guz wielkości orzecha, po którego przecięciu ropa wychodzi tak samo jak i po przekłuciu innych mniejszych guzów.

Ropa zajmuje atoli tylko środek guzów, podczas kiedy jego grube ściany zajęte masą podobną do owej sarkomatycznej wyjętej z oczodołu. Wewnętrznie podano jodek potasu i polecono robić okłady zimne,

14/6 Gałka zmniejsza się odkąd chory do okładów powrócił.

Gałka porusza się wolno, rogówka widoczna, ale w znacznej części zamglona; po zagojeniu powieka górna układa się w zmarszczki; w okolicy gruczołu łzowego, ale nieco poniżej *fossa lacrymalis*, guz ruchomy wielkości laskowego orzecha. Gruczoły podszczękowe i przyuszne nabrzmiałe.

19/6 Gałka znowu więcej wysadzona, owe podskórne małe ropnie na czole, twarzy i piersiach utrzymują się.

20/6 Mostek łączący powiekowe brzegi przedłużył i zwężył się znacznie, tak, że gałkę dokładnie można badać. Jest ona nieco więcej wysadzona, mało ruchoma, rogówka cała zamglona a w kierunku pionowym skrócona. Spojówka ponad nią nacieczona galaretowo i nabrzmiała. Okiem tem dziecko tylko silniejsze rozpoznaje światło.

W przekonaniu, iż nowotwór zajął cały oczodoł i gałka oczna nieda się ocalić, przystąpiono do wypaproszenia oczodołu osiągnąwszy na to pozwolenie rodziców.

Operację w narkozie etero-chloroformowej, wykonano w następujący sposób: Po rozcięciu mostu powiekowego cięciem poziomem przy zewnętrznym kąciku przedłużono szparę, przecięto spojówkę wzdłuż górnego brzegu oczodołowego, odłączono spojówkę od rogówki dołem; po przecięciu mięśni prostych, dolnego i wewnętrznego, przechylono gałkę ku górze, przecięto nerw wzrokowy jak najdalej przy *foramen opticum*, poczem wraz z gałką wydobyto przyrośniętą do niej masę guzowatą, zalegającą górną zewnętrzną część oczodołu. Usunięto następnie jeszcze bardzo znaczną masę częścią żółto-czerwono galaretową, częścią twardą, wycięto guz twardy wielkości orzecha laskowego w okolicy *fossa lacrymalis*. Wyłyżeczkowano resztę w głębi oczodołu, wypłukano takowy słabym roztworem sublimatu, zaszyto ranę przedłużającą szparę powiekową, wyłożono oczodoł gazą jodoformową i założono opaskę.

Gałka ważyła 9 gr. Masa wyjęta z oczodołu 20 gramów.

Ciepłota i puls utrzymywały się przez dni następne w prawidłowych granicach, sprawa gojenia postępowała prawidłowo, tak, że dziecko d. 6/7 mogło opuścić zakład. W dniu

tym zapisano: oczodoł dobrze zagojony, nigdzie nie widać tworzącej się narośli. Przepisano zakładanie tamponu z waty z maścią borową.

Zauważyć jeszcze wypada, że wkrótce po operacji owe liczne guzy zniknęły, a z chwilą opuszczenia kliniki przez chorego, już ich prawie wcale nie było.

Preparaty posłano do instytutu patologiczno-anatomicznego do Wrocławia — niestety tamże zaginęły, tak że nie mogliśmy otrzymać tak pożądanego, wiele obiecującego rozbioru tego niezwykłego okazu.

Nie ulegało atoli wątpliwości, że guz, powstały w oczodole jak to własne i w powyżej wspomnianym zakładzie dokonane badanie stwierdziło, był mięsakiem tkanki oczodołowej, a zwłaszcza pochodzenie jego odnieść wypadało do torebki Tenona. Ztąd rozrastał on do oczodołu, spowodował wysadzenie gałki; wrzód rogówkowy z powodu niedomykalności powiek, z następstwami.

Jakiego rodzaju były owe liczne guzy rozsiane po twarzy, czole, piersiach, tego dziś, bez podstawy anatomicznej osądzić nie podobna. Może ważną przy tem rolę odgrywał jod podawany podczas rozwoju narośli. Trudno zaś przypuścić liczne przerzutowe narośle, które nie byłyby znikły samoistnie ale raczej rychły skon dziecka sprowadziły. Dodać jeszcze wypada, że o dalszym losie tegoż dziecka żadnych bliższych wiadomości nie odebraliśmy.

Dokończenie nastąpi.

Z uniw. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiwicza w Krakowie.

Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacji zaćmy.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI,
asystent kliniki.

Zaburzenia umysłowe, następujące po przebytych operacjach, były w ostatnich czasach przedmiotem licznych rozpraw

tak w towarzystwach lekarskich, jakoteż w czasopismach, zwłaszcza chirurgicznych. Mogą one powstawać po najrozmaitszych zabiegach operacyjnych, nie tylko dokonanych na głowie, ale także na ogległych częściach ciała. U osób, które po operacji popadły w obłąkanie, można niejednokrotnie wykazać istnienie warunków stwarzających pewną skłonność do psychozy i sprzyjających jej powstaniu. Składają się na to: obciążenie dziedziczne, nabyty rozstrój nerwowy wywołany opilstwem, lub innego rodzaju nadużyciami (np. *masturbatio*), ciężkie lub długotrwałe choroby, wielkie zmartwienia i t. d. Wtedy wstrząs nerwowy spowodowany operacją, wreszcie ból fizyczny, jakiego operowani niejednokrotnie doznają, wystarcza, ażeby zwichnąć chwilowo lub trwale równowagę umysłową. W ten sposób przeważna część autorów wyjaśnia powstanie obłądki pooperacyjnego.

Po operacjach ocznych, zdarzają się niezbyt rzadko przemijające napady obłądki, wyjątkowo zaś choroba umysłowa, która wybuchła po przebytej operacji ocznej, przybiera postać przewlekłą i nieuleczalną. Nie mogłem w literaturze znaleźć dosyć danych statystycznych, ażeby odpowiedzieć na pytanie, czy po operacjach ocznych psychozy występują częściej, czy rzadziej, niż po innych operacjach. To jednak pewna, że szczególnie po operacji zaćmy gromadzi się więcej niż zazwyczaj warunków zdolnych przy istniejącej skłonności spowodować zaburzenie w zakresie władz umysłowych. Łatwo zrozumieć wzruszenie i naprężenie umysłu, jakiego doznają chorzy poddając się tej delikatnej operacji, wiedząc, że najzręczniejszy nawet operator, potrzebuje ze strony operowanego rozsądnego współdziałania, żeby wykonać operację z zupełnem powodzeniem. Liczyć się tu jeszcze trzeba także z przygnębiającem działaniem ciemnicy, ścisłej diety (Martin⁹), obowiązkowego leżenia na wznak, na co wszystko skazani są zwykle chorzy przez pierwszych kilka dni po operacji. U nałogowych pijaków wybucha częstokroć po operacji *delirium tremens*, jeśli się nie pamięta, żeby im w odpowiedniej ilości podawać wódkę, której się ich ustrój gwałtownie domaga. Ostry obłądki pijacki wybuchnąć może jednak po każdej, nie tylko ocznej operacji, a nawet bez

operacyi, jeśli tylko chory po przyjęciu do zakładu, choćby przez kilka dni pozbawiony jest możliwości dogadzania swemu nałogowi. Tak samo nie należy zapominać o możliwości morfinizmu, gdyż głód morfinowy może też wywołać groźne objawy mózgowie. Ale zachodzi jeszcze pewna okoliczność, która u operowanych na oczy szczególnie sprzyja wystąpieniu objawów szału, a jest nią zapuszczanie atropiny i pokrewnych jej środków rozszerzających źrenicę, jak skopolanina, duboizyna, hyoscynamina, hyoscyna, homatropina, atroscyna i t. d. Alkaloidy te, użyte nad miarę nawet w postaci kropli ocznych, dostają się do ogólnego krwiobiegu i zdolne są spowodować zatrucie, którego objawy są powszechnie znane. Bywa to już oznaką silnego zatrucia, jeśli do przyspieszenia tętna, suchości skóry, wysychania gardła i rozpalenia twarzy przystąpią objawy prawdziwego szału atropinowego. Wedle niektórych autorów (Armaignac, Parinaud²⁾), którzy opisali przypadki szału po operacyi zaćmy, działanie atropiny nie jest jedynym czynnikiem przyczynowym, lecz stanowi jedną z licznych równocześnie w grę wchodzących przyczyn, które wywołują psychozę.

W uniwersyteckiej klinice okulistycznej krakowskiej zaszło w ostatnich latach zaledwie kilka wybitniejszych przypadków ostrego obłądu na bardzo wielką liczbę chorych operowanych na zaćmę. Korzystając z pozwolenia mego Szefa, Prof. Dra Wicherkiewicza, za co mu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie, przytaczam poniżej opis czterech przypadków, co do których znalazłem w księgach klinicznych wystarczające zapiski.

I. Gettenberg Naftali, lat 68, krawiec z Kolbuszowy, zgłosił się do kliniki 23 stycznia 1899 roku. Rozpoznano zaćmę jądrową twardą, dojrzałą na prawem oku, niedojrzałą na lewym. Chory został przyjęty i przeznaczony do operacyi. W zachowaniu się jego nie można było dostrzedz nic nieprawidłowego. Żadnych ogólnych ciężkich chorób nie przechodził. W moczu wykazano obecność białka. Operacya miała się odbyć nazajutrz po przyjęciu. Po starannem, w zwyczajny sposób przeprowadzonym przygotowaniu, założono na obydwie oczy opaskę pró-

bną, jak to czynimy w klinice zawsze, aby się przekonać, czy nie zbierze się pod nią zbyt wiele wydzieliny spojówkowej. Opaska przydała się w tym przypadku, gdyż nazajutrz z powodu wydzieliny operacją trzeba było odłożyć i chory został odstawiony. Dopiero dnia 27 stycznia, gdy nieżyt spojówkowy ustąpił po zastosowaniu odpowiednich środków, można było operację wykonać. Przebieg jej był zupełnie prawidłowy. Zaklejono, jak zwykle oba oczy opaską papierową i ułożono chorego w łóżku. Chory zachowuje się niespokojnie, kilkakrotnie zrywa opaskę, podnosi się i wstaje. Pomimo kilku kieliszków wódki nie uspokaja się bynajmniej. Dnia 29 stycznia stwierdzono brak przedniej komórki, ranę ziejącą, oko miękkie. Zapuszczono pilokarpinę i założono opaskę tylko na oko operowane. Chory nieco spokojniejszy, przynajmniej nie zdiera już opaski. Dnia 2 lutego zapisano: oko blade; przednia komora płytka; źrenica zasłonięta cienką warstwą kory. Zdjęto opaskę i zapuszczano odtąd 3 razy dziennie skopolaminę¹⁾. Na wewnątrz przepisano *Na I*, 5 gramów dziennie celem przyspieszenia wessania kory. Operowany okazuje jednak coraz wyraźniejsze objawy obłądu. Jest podniecony, dużo mówi, nie daje się utrzymać w łóżku, a przede wszystkim okazuje wyraźne urojenie. Urojenie to polega na tem, że nie wierzy, iż przebył już operację, lecz sądzi, że go nie chcą operować i że po raz drugi odstawiono go tak samo, jak za pierwszym razem. Uważa się za prześladowanego, skarży się głośno, że wszystkich około niego leżących chorych już operowano, a jego tylko operować nie chcą, prosi i nalega ustawicznie, żeby go raz już wzięto do operacji. Widzimy tu zatem wyraźne znamiona urojenia prześladowawczego. Zachowanie się chorego odpowiada w zupełności temu urojeniu, którego żadnym sposobem nie daje sobie z głowy wybić. Zrywa opaski, podając za przyczynę, że

¹⁾ *Skopolamina*, którą Emmert¹⁶ uważa za identyczną z *hyoscyną*, zapuszczana do oka w słabych roztworach nie wywołuje zdaniem Bellarminowa⁵ nigdy objawów zatrucia. Z drugiej strony Hawkes¹⁶ ogłosił dwa przypadki zatrucia *skopolaminą* w praktyce okulistycznej, Valude¹⁴ zaś jeden podobny przypadek.

oko jeszcze nie operowane, więc go nie potrzeba zawiązywać, a z tego samego powodu nie pozwala sobie zapuszczać kropli, ani nawet oglądać oka, lecz podczas wizyty chowa głowę pod kołdrę, odwraca się od lekarza, a nawet ucieka przed nim z łóżka. Przepisanego lekarstwa także nie chce zażywać. Utrzymuje, że okiem prawem nic nie widzi, mimo, że wejrzenie oka stanowczo twierdzeniu temu kłam zadaje. Dnia 3 lutego oddano chorego strapionej żonie, która sama się tego domagała, a do tego czasu chory nie odzyskał równowagi władz umysłowych i nie pozbył się swego urojenia. Przepisano do domu na wewnątrz jod i dyetę mleczną, a do oka $\frac{1}{4}\%$ skopolaminę. Na oddziale dla obłąkanych szpitala św. Łazarza dowiedziałem się, że tam nie był leczony. Na list, który napisałem 19 VIII. br. do Kolbuszowy, do rodziny chorego z zapytaniem o jego zdrowie, otrzymałem lakoniczną odpowiedź, że chory dawno umarł. —

II. Gerula Michał, lat 75, wyrobnik z Tarnogrodu. Przyjęty do kliniki 30 kwietnia 1900, z powodu obustronnej katarakty dojrzałej. Dnia 1 maja wykonano na obydwu oczach operację. Dn. 4 maja stwierdzono u oka prawego stan zupełnie dobry, u lewego zaś silne zapalenie tęczówki, spowodowane obecnością dość znacznych resztek kory zasłaniających źrenicę. Zapuszczono w obydwie oczy po jednej kropli mieszanki atropinowej (*ask*¹⁾ przez następne zaś dni, aż do 8 maja zapuszczano 3 razy dziennie mieszankę tylko do lewego oka. Dnia 6 maja uwolniono chorego od opaski. Dn. 8 maja chory, który poprzednio zachowywał się prawidłowo i na nic się nie skarżył, zaczął się niepokoić i prawie że nagle w godzinach popołudniowych popadł w nieprzytomność. Badanie wykazało przyspieszenie tętna, które równocześnie stało się bardzo nikle, prawie nitkowate. Skóra twarzy silnie zaczerwieniona, oczy błyszczące. Chory bez ustanku bełkoce niewyraźnie, na zadawane jednak pytania wcale nie odpowiada i zdaje się ich nie słyszeć lub nierozumieć. Leży w łóżku na wznak nieruchomo.

¹⁾ Tak nazywamy w klinice rozczyń $\frac{1}{2}\%$ *atropini sulfurici*, $\frac{1}{2}\%$ lub $\frac{1}{4}\%$ *scopolamini hydrobromici* i 2% *cocaini muriatici*.

Podano wino i czarną kawę, założono okład lodowy na głowę, podskórnie wstrzyknięto 0,025 polikarpiny. Pod wieczór miał się już chory cokolwiek lepiej, przytomność jednak odzyskał nazajutrz, a przytem i tętno poprawiło się i zwolniło, zaczerwienienie twarzy ustąpiło, a mowa stała się znów wyraźną i zrozumiałą. Od tego czasu zapuszczano jeszcze tylko do lewego oka 2 razy dziennie skopolaminę, na wewnątrz podawano jodek potasu 3 gramy dziennie, a na lewe oko stosowano zimny okład. Objawy ogólne wyżej opisane już się więcej nie powtórzyły, a stan umysłowy prócz zniedołężnienia, spowodowanego zgrzybiałym wiekiem, nie przedstawiał żadnych nieprawidłowości. —

III. Kluska Jakób, lat 72, gospodarz z Liszek, przyjęty do kliniki 28 maja b. r., z powodu zaćmy twardej prawie dojrzałej na obydwu oczach. Nazajutrz usunięto zaćmę prawego oka. Przebieg operacji był prawidłowy. Już 31 maja zaczął się chory bardzo niepokoić. Zdiera opaskę, pomimo wielokrotnych napomnień wstaje co chwila z łóżka, sprowadza sobie też małe *hyphaema* w oku operowanym. Dnia 1 czerwca występują już niewątpliwe objawy psychozy. Chory okazuje nadzwyczajne podniecenie, opaski na oku ani chwili nie znosi, w łóżku w żaden sposób nie daje się utrzymać. Wciąż głośno rozprawia. Chwilami jest wesoły i uśmiechnięty. Niepokoi i zagaduje innych operowanych, mówi jednak wciąż zupełnie od rzeczy. Szuka za swoją żoną po kątach i pod łóżkami. Podnieść należy, że przed wybuchem obłędu zapuszczono mu tylko dwa razy, t. j. w dzień operacji wieczorem i dnia 31 maja po jednej kropli $\frac{1}{2}\%$ roztworu atropiny do oka operowanego, od chwili zaś wystąpienia objawów podniecenia umysłowego, zapuszczano mu tylko $\frac{1}{2}\%$ skopolaminę. Nie stwierdzono też u niego ani przyspieszenia tętna, ani znaczniejszego rozpalenia twarzy, ani utrudnienia mowy, ani wreszcie rozszerzenia drugiej źrenicy. Po wybuchu objawów obłędu podano raz i drugi po kieliszku wódki, co jednak żadnej poprawy w stanie chorego nie spowodowało. Człowiek ten zresztą nie wyglądał na pijaka, nie okazywał drżenia pijackiego, a wśród napadu szału

nie zdradzał bynajmniej zachowaniem się swoim, żeby podlegał strasznym zwidywaniom i omamom, które znamionują *delirium tremens potatorum* (roje czarnych owadów, pająki, szczury, poczwary i t. d.), przeciwnie, okazywał chwilami podniecenie wesołe i pewien dobry humor. Objawy obłądu trwały przez kilka dni. Na noc podawano mu po 2 gramy chloralu, mimo tego jednak sypiał mało lub przynajmniej bardzo niespokojnie. Nad okiem operowanem czuwała widocznie Opatrzność, bo pomimo najgorszych wybryków przebieg gojenia się rany był zupełnie prawidłowy, a małe *hyphaema* w krótkim czasie uległo wessaniu. Dnia 7 czerwca zapisano: Chory spokojny i przytomny; oko wygląda zupełnie dobrze. Dla próby zapuszczono kilka kropel mieszanki atropinowej do oka lewego, ale nie wystąpiły potem żadne objawy zatrucia.

Dnia 11 czerwca wykonano operacyą katarakty na lewym oku. Przebieg operacyi, jakoteż przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Chory pomimo zapuszczenia atropiny i mieszanki atropinowej, pomimo obuocznej opaski i bez podawania wódki zachowywał się zupełnie rozsądnie, mówił do rzeczy i leżał spokojnie. Dnia 20 czerwca został wypuszczony z kliniki z dobrą obuustronną bystrością wzroku. Co do stanu umysłowego, to można tylko tyle nadmienić, że usposobienie chorego przed operacyą spokojne i ciche, jak gdyby przygnębione, zmieniło się od czasu napadu obłąkania na żywe i poniekąd nawet wesołe. Chory stał się rozmownym, a nawet gadatliwym, co jednak daje się do pewnego stopnia usprawiedliwić radością z powodu odzyskania wzroku. —

IV. Panek Marcin, lat 71, wyrobnik z Dobczyc. Od młodych lat jest kaleką; chodzi z wielkim trudem przy pomocy szudła i kija. W stawach biodrowych i kolanowych przykurczenia z powodu przebytych otoków ropnych, jak się zdaje na tle gruźliczem, prócz tego w okolicy stawu żuchwowego po stronie lewej zbliznowacenie, obrzęk i przetoka prowadząca do jamy stawowej i wydzielająca gęstą ropę. Ruchomość szczęki dolnej znacznie upośledzona, z tego powodu mowa niewyraźna, a nawet utrudnione przyjmowanie pokarmów. Od wielu lat żonaty,

ma dorosłego syna. Przyjęty do kliniki 9 lipca b. r. z powodu zaćmy jądrowej przejrzzałej na lewem oku. Nazajutrz operacya. Wieczorem chory skarży się na ból w oku operowanem. Z tego powodu trzeba było zajrzeć. Po zdjęciu opaski: Dość obfita wydzielina, zaćmienie rogówki traumatyczne, ciecz wodna zmętniona i silne objawy zapalne ze strony tęczówki. Po opłukaniu zapuszczono mieszanekę atropinową i zaklejono oko opaską. Przez następne trzy dni dostawał chory 3 razy dziennie po dwie krople mieszanki atropinowej i dzięki temu oko wybladło a objawy zapalenia tęczówki ustąpiły. Natomiast 14 lipca wystąpił napad prawdziwego szału. Chory nadzwyczaj podniecony, mówi wciąż głośno i niezrozumiale, wstaje, a raczej zwleka się z łóżka, co przy jego kalectwie jest prawdziwem nieszczęściem, gdyż nie mając pod ręką swego szczudła i kija upada każdym razem na ziemię i odnosi dość silne stłuczenia. Głos chrapliwy, tętno przyspieszone, wyraz twarzy zalękły. Chorego trapią zwidywania. Gdy wódka, »od której« podobno »przysięgał«, jakoteż chloral nie odniosły skutku i chory po wieczór popadał w szal coraz gwałtowniejszy, zaszła konieczność przywiązania go do łóżka i skrępowania mu rąk. Do operowanego oka zapuszczano teraz już tylko 5⁰/₀ kokainę. Nazajutrz stan się poprawił; chory nieco spokojniejszy, nie wyrывa się już z łóżka. Przybycie żony, o której w czasie *delirium* wciąż bredził, uspokaja go ostatecznie zupełnie. Tymczasem obrzęk w okolicy stawu żuchwowego wzmógł się do tego stopnia, że poruszanie szczęką dolną stało się nadzwyczaj utrudnione i przyjmowanie pokarmów prawie niemożliwe. Z tego powodu, gdy stan oka operowanego był zupełnie zadawalniający, polecono żonie chorego, aby go oddała na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza. Jak się jednak później na miejscu dowiedziałem, chory wcale się tam nie udał, a i do nas dotychczas jeszcze się po dobór szkieł nie zgłosił. —

Porównując między sobą cztery wyżej przytoczone opisy chorób, z łatwością wysnujemy wniosek, że co do istoty umysłowego zбочenia, zachodzą między nimi zasadnicze różnice. I tak przypadek drugi (Gerula) i czwarty (Panek) przedstawiają

niewątpliwie zwyczajny zbiór objawów, odpowiadający zatruciu atropiną. Tak tu, jak i tam, silne zapalenie tęczówki zniewoliło nas do energicznego atropinowania. Wystarczy przypomnieć, że jedna kropla 1% roztworu atropiny, zawiera połowę maksymalnej dawki dla człowieka dorosłego. Co prawda, zawsze część zapuszczonej kropli wypłynie z oka ze łzami, a przy ostrożnem zapuszczaniu nie powinno się nic dostawać do ust, ani do nosa. Gdy się jednak zważy, że przypadki te odnosiły się do zgrzybiałych starców, z których ostatni był wycieńczony wieloletnią chorobą stawów, to nie należy się dziwić, że ilość atropiny, którą człowiek w sile wieku i w pełni ogólnego zdrowia, zniósłby bezkarnie, okazała się dla nich dawką trującą. Zresztą wolno nam również przypuścić osobniczą, zwiększoną wrażliwość (intolerancya lub idyosynkrazya), jakiej liczne przykłady podaje nam toksykologia i praktyka codzienna. Tak więc w tych dwóch przypadkach mieliśmy do czynienia z *delirium atropinicum*, którego objawy w powyższych opisach dostatecznie, jak sądzę, podkreśliłem.

Inaczej ma się rzecz jednak z pierwszym i z trzecim przypadkiem. Co do tego ostatniego (Kluska), to, jak wyżej zaznaczyłem, nie tylko nie było wyraźnych objawów zatrucia atropiną, ale i mieszanka atropinowa, po przejściu napadu obłąkania *experimenti causa* zapuszczona, nie wywołała najłżejszych objawów zatrucia, ani też dalsze atropinowanie po operacyi drugiego oka, nie wywarło żadnych złych skutków. Również za *delirium tremens potatorum* napadu tego uważać nie można z powodu braku właściwych tej chorobie objawów, przypuścić zatem należy, że zachodzi tutaj właśnie przypadek psychozy pooperacyjnej, jakich wiele już opisano w literaturze.

Najciekawszym jest przypadek pierwszy (Gettenberg), gdzie także nie ma mowy o zatruciu atropiną z tej prostej przyczyny, że chory niemal bezpośrednio po operacyi dostał pierwszych objawów obłąkania, gdy jeszcze atropiny, ani skopolaminy nie zapuszczono mu wcale. Tu odnosi się wrażenie, że wybuch choroby umysłowej, na którą zanosilo się oddawna, nastąpił pod wpływem niepokoju, oczekiwania operacyi i do-

znanego zawodu, gdy operacją odłożono, z czem się też wiąże treść późniejszego urojenia. Obłąd pijacki można tu także z wszelką słusnością pominąć. Podnieść jednak należy obecność białka w moczu. Bardzo żałuję, że nie zwróciłem wówczas bacniejszej uwagi na czynność nerek po wybuchu obłąkania, zwłaszcza na ilość dzienną moczu, jakoteż ilość wydzielanego mocznika. Szał uremiczny przedstawia, co prawda, zazwyczaj zupełnie inny obraz i łączy się z wybitnem zamroczeniem przytomności. Brakło tu zresztą tak znamienych dla mocznicy objawów, jak nudności, wymioty, bóle głowy, drgawkowe skurcze w mięśniach twarzy i t. d. Zaznaczyć jednak muszę, że niektórzy autorowie, jak Régis, Chevalier-Lavaure, Fromaget¹⁸, upatrują główną przyczynę szału pooperacyjnego w samozatruciu ustroju niewydalonymi składnikami moczu i widzieli pomyślnie skutki po zastosowaniu środków czyszczących i moczością. Obecnie jednak *ex post* na pewne przesądzać nie mogę, czy samozatrucie uremiczne wyłącznie lub przynajmniej w związku z innymi okolicznościami nie wywołało tu objawów mózgowych. Ponieważ jednak trudno przypuścić przypadkowy tylko zbieg okoliczności w tem, że obłąkanie wystąpiło tu wnet po operacji, przeto bez względu na dalszą jego przyczynę należy je zaliczyć do gromady psychóz pooperacyjnych. Jakiego rodzaju było zбочenie umysłowe w tym przypadku, czy to było ostre obłąkanie (*acuter Wahnsinn*, Krafft Ebbing), czy ostry obłąd z omamami (*acutes, hallucinatorisches Irresein*, Fürstner), czy *paranoia acuta* (Westphal, Cramer), czy może nawet od dawna istniejące pierwotne przewłoczne pomieszanie umysłu (*paranoia chronica*), które, jak to często się zdarza, uchodziło dotychczas uwagi otoczenia i dopiero po operacji wystąpiło z całą siłą objawów pod postacią wyraźnego urojenia przesładowczego: na te wszystkie pytania, wobec braku pewnych danych co do przeszłości chorego, wobec krótkiego czasu spostrzegania, a wreszcie wobec braku wiadomości o dalszym przebiegu choroby umysłowej, dziś już niepodobna stanowczej dać odpowiedzi.

Literatura.

1890. 1. Ledda S.: »Délire chez les opérés de cataracte«. Rec. d'Opht., str. 398.
- > 2. Parinaud: »Du délire après l'opération de la cataracte«. Soc. franç. d'Opht. 7 Maj.
1891. 3. Burvenich: »Intoxication par les instillations d'atropine dans le cul de sac conjonctival«. Annales de la soc. de méd. de Gand.
1892. 4. Crouzet: »Accidents cérébraux causés par la duboisine«. Recueil d'Opht., str. 15.
1893. 5. Bellarminow: »Ueber die Wirkung des Scopolamins auf das Auge« (po rosyjsku). Wracz. Nr. 17.
- > 6. Illig: »Beitrag zur Kenntniss der Wirkungen des Scopolaminum hydrobromicum«. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 33, str. 617.
- > 7. Martelli: »Sulla scopolamina«. Arch. di Ottalm. T. I, str. 63.
- > 8. Lagrange: »Accident du à la cocaine«. Gazette des sciences médicales de Bordeaux, str. 227.
1894. 9. Martin: »Sur le délire consécutif à l'opération de la cataracte«. Journ. de méd. de Bordeaux. Nr. 15, 22. (29. IV i 6. V).
- > 10. Simi: »Delirio operatorio«. Boll. d'oculistica. T. XVI, str. 132.
1895. 11. Santos Fernandez: »Le délire après l'opération de la cataracte«. Soc. d'Opht. de Paris et Ann. d'Oculist. T. CXIII, str. 122.
1896. 12. Veasey C. A.: »Ein Fall von Vergiftung mit Duboisin« (po angielsku). Philad. Policlinic. 28 marca.
- > 13. Morton R. A.: »Case of Hoyscine poisoning following instillation«.
- > 14. Valude: »Intoxication par l'emploi de la scopolamine«. Soc. de méd. légale de Paris. Séance du 9 nov. Annales d'Oculistique. T. CXVI, str. 380.
1897. 15. Hawkes Claude: »Deux cas d'intoxication par la scopolamine survenus dans la pratique ophtalmologique. Annales d'Oculistique. T. CXVIII, str. 28.
1898. 16. Emmert: »Hyoscin und Hyoscyamin«. Centrabl. f. prakt. Augenheilk. T. XXII, str. 10.
1899. 17. Guende: »Du délire consécutif à l'opération de la cataracte«. Rec. d'Opht. Nr. 5, str. 247.
1900. 18. Fromaget: »Les délires post-opératoires en ophtalmologie«. Ann. d'Oculist. T. CXXIII, str. 183.

II. STRESZCZENIA.

O pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżycy i gwiazd na widnokregu. (Die Form des Himmelsgewölbes und das Grösserersehen der Gestirne am Horizont). Dr G. J. Schoute. Wykład wygłoszony na 18 zjeździe Nederlandsch Oogheekunding Geselschap w Utrechie 23 grudnia 1900. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde 1901, Nr. VIII.

Od niepamiętnych czasów zastanawiano się nad przyczyną złudzenia, jakiemu ulegamy, oceniając wzrokiem postać stropu niebieskiego. Powszechnie zgadzają się uczeni, że sklenienie niebios przedstawia się oku, jako dość znacznie przypłaszczone kopuła, a nie jako rzeczywista półkula. Aby wyłomaczyć to złudzenie uciekano się do najrozmaitszych przypuszczeń i powstało w przedmiocie tym takie zamieszanie pojęć, iż jest zasługą Zehendera, że, choć sprawy ostatecznie nie wyświecił, to przynajmniej jasno ją postawił i zaprowadził pewien ład w rozumowaniu. W pierwszym rzędzie stwierdza Zehender, że w mowie będące złudzenie najwyraźniej występuje przy niebie powleczonem jednostajną, szarą powłoką chmur. Nie ma też w tem nic dziwnego, boć przecie warstwa chmur jest równoległą (współśrodkową) z powierzchnią ziemi, odległość jej zatem w kierunku pionowym musi się człowiekowi wydawać mniejszą niż w kierunku poziomym. Inaczej jednak ma się rzecz z czystym błękitem nieba. Wedle Zehendera, na którego zapatrywaniach Schoute głównie wywody swe opiera, postaci sklepienia takiego nieba nie widzimy wcale, a widzimy tylko jego barwę. Zehender sam określa swe wrażenie w sposób następujący: »Rozglądając się w dzień pogodny po niebie, widzę na widnokregu ze wszech stron stromo wznoszącą się lazurową ścianę, która się nad głową moją zamyka, określić jednak nie jestem w stanie, jaką postać to zlanie się błękitu przedstawia. Teraz jednak umysł dochodzi do bezwiednego wniosku, który wykrył Helmholtz: skoro błękit nieba zamyka się nad naszymi głowami, tedy widocznie tworzy sklepienie, więc się nam wydaje, że sklepienie to widzimy.« Ze zenit wydaje się nam bliższym, niż jakikolwiek punkt położony na nieboskłonie, to wynika między innymi z następującego spostrzeżenia, zrobionego przez astronomów (Robert Smith): Jeśli wyszukamy okiem punkt środkowy łuku łączącego zenit z którymkolwiek punktem widnokregu, wtedy się okaże, że linia poprowadzona od tego punktu do oka obserwatora tworzy z poziomem kąt 23° , zamiast tworzyć kąt 45° , jakby być musiało, gdyby sklepienie nieba przedstawiało dla oka postać matematycznej półkuli. Rzecz

tę można przedstawić i udowodnić bardzo prostą konstrukcją geometryczną.

Każdemu, kto uważnie śledzi zjawiska przyrody znaną jest rzeczą, że księżyc, gdy wschodzi, albo zachodzi wydaje się nam znacznie większym, aniżeli wtedy gdy świeci wysoko na niebie. To samo zjawisko, może tylko trochę mniej wyraźnie widzimy na słońcu i gwiazdach. Nie trzeba udowadniać, że zachodzi tu tylko optyczne złudzenie, ale nie łatwo wyjaśnić przyczynę tego złudzenia. Powszechnie przyjmują, że oko, zostając pod wpływem wrażenia, że sklepienie niebios jest płaską kopułą, ocenia odległość księżyca świecącego w pobliżu zenitu jako mniejszą, niż odległość księżyca wschodzącego i dlatego popada w drugie złudzenie, uważając księżyc w tym ostatnim przypadku za większy. W rzeczywistości widzimy księżyc zawsze pod tym samym kątem widzenia, wiadomo zaś, że z dwóch przedmiotów ukazujących się pod tym samym kątem uznajemy ten za większy, którego odległość oceniamy jako większą. Tem się tłumaczy to drugie złudzenie. Wyjaśnienie to jednak trzeba nazwać niewystarczającym, gdy się zważy, że i na odwrót złudzenie nasze co do postaci stropu nieba usiłowano równocześnie tłumaczyć okolicznością, że ciała niebieskie na widnokręgu przedstawiają się nam większe niż u zenitu. Przedewszystkiem słusznie podnosi Schoute, że wbrew złudnemu wyobrażeniu naszemu o postaci sklepienia niebios, księżyc wychylający się z poza widnokręgu np. z poza lasu lub dachu pobliskiego domostwa nie wydaje się nam bynajmniej odleglejszym niż wtedy, gdy świeci wysoko. Przeciwnie wtedy wydaje się znacznie bliższym, podczas, gdy ogromną odległość jego lepiej oceniamy, gdy znajduje się na niebie wysoko — zapewne dlatego, że nie oddzielają nas wtedy od niego ziemskie przedmioty, lecz jedna niezmiernie wielka, pusta przestrzeń. Na wyszczególnienie zasługują doświadczenia Stroobanta. Umieszczał on u stropu zaciemnionej sali dwa elektryczne światełka, a drugie dwa na jednej ze ścian bocznych na wysokości własnego oka i w jednakiej odległości od środka sali, skąd się światełkom przyglądał. I tu w małych rozmiarach powtórzyło się to samo zjawisko, jakie daje księżyc. Odległość wzajemna pary światełek umieszczonej w górze wydała mu się mniejszą niż odstęp między światełkami widzianymi w płaszczyźnie poziomej, gdy w rzeczywistości odstęp punktów świecących w każdej parze był zupełnie jednaki. Trzeba było dopiero punkty świecące na ścianie bocznej zbliżyć do siebie o $\frac{1}{5}$ ich pierwotnego odstępu, ażeby ich odległość wydała się równą odległości punktów świecących u stropu. Aby wyjaśnić to zjawisko powołuje się Zehender na złudzenie opisane przez Volkmana. Dwie linie pionowe równoległe wy-

dają się oku, jak gdyby rozbiegały się ku górze. Potrzeba dopiero linii ku górze nieco zbieżnych, ażeby się przedstawiły jako równoległe. Z tego wynika, że i z dwóch równych kątów, z których jeden otwiera się ku górze (t. j. wierzchołkiem zwrócony jest ku dołowi), a drugi poziomo (t. j. wierzchołkiem zwrócony jest w bok), ten ostatni wyda się nam mniejszym. Księżyc zatem w pobliżu widnokregu wydaje się nam tak wielkim dlatego, ponieważ do ocenienia jego średnicy używamy pozornie mniejszego kąta jako jednostki mierniczej. Schoute przyjmuje bez zastrzeżeń to, cokolwiek sztuczne tłumaczenie Zehendera, przyznaje jednak, że zachodzą zjawiska pozostające w niewątpliwej sprzeczności z tą teorią. I tak, jeżeli obraz księżyca zaponiocą odpowiednio ustawionego zwierciadła płaskiego przerzucimy z zenitu na widnokrąg, tarcz księżycowa nie okazuje bynajmniej pozornego powiększenia. Dlaczego więc teraz oko nie mierzy kąta widzenia ową pozornie mniejszą jednostką? Na to teoria Zehendera nie daje odpowiedzi.

Dr K. W. Majewski.

O piśmie stojącem i piśmie pochylem. (Ueber Steilschrift und Schrägschrift. Prof. István Csapodi z Pesztu. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege, 1901, Nr. 4 i 5.

Przed kilku laty sprawa pisma stojącego była w Niemczech ze stanowiska higieny szkolnej szczegółowo roztrząsaną. Przeprowadzono na wielką skalę badanie porównawcze w ten sposób, że badano dzieci szkół ludowych, gdzie w jednych klasach uczono wyłącznie pisma stojącego, a w innych wyłącznie pisma pochylego. Badania Schuberta, który na tem polu największe położył zasługi wykazały, że, ażeby piszący zachował symetryczne ułożenie ciała, to znaczy, ażeby siedząc przy pisaniu obydwie ramiona trzymał równie wysoko, nie skrzywiał kręgosłupa i głowy na bok nie pochylał, koniecznym warunkiem jest, aby wiersze, względnie linie, po których pisze, były równoległe do krawędzi stołu, a tak zwane główne kreski liter (t. j. kreski prowadzone z góry na dół, Grundstriche) żeby stały prostopadle do kierunku wiersza. Łatwo zauważyć, że, jeśli wiersze ułożone są skośnie, to piszący mimowoli pochyla głowę tak, ażeby linię łączącą środki źrenic ułożyć o ile możności równoległe do tych wierszy, a więc pochyla głowę zwyczajnie na lewe ramię, za czem idzie także wygięcie kręgosłupa. Zupełnie to samo dzieje się przy czytaniu. Proste trzymanie tułowia i głowy przy pisaniu zależy także od tego czy piszący nie zasłania sobie ręką końca pióra, stąd też i odpowiednie trzymanie pióra wchodzi tu w rachubę. Przy piśmie stojącem powinna dłoń być zwróconą na lewo, a górny koniec rączki pióra w stronę łokcia

ręki piszącej. Za pomocą odpowiednich przyrządów badano dzieci piszące wyłącznie pismem stojącym i inne piszące zawsze pochyło, a badania te odnosiły się do sposobu siedzenia przy samym pisaniu, a potem do dalszych następstw niewłaściwego trzymania się, jak wykrzywienia kręgosłupa (skolioza) i krótkowzroczność. Między używającymi pisma stojącego znalazło się $2\frac{1}{2}$ razy więcej siedzących przy pisaniu prosto, niż w klasach, w których uczono pisma pochyłego. Dla oznaczenia pochylenia głowy ku przodowi przy pisaniu mierzono odległość oczu od zeszytu. Pomiary te wykazały, że uczniowie używający pisma stojącego, nawet w ciemnych klasach i złych ławkach siedząc, trzymali głowę w tej samej odległości (średnio $25\frac{1}{2}$ cm.), co piszący pochyło w dobrych ławkach i jasnych klasach. Co do krótkiego wzroku, to dotychczasowe badania nie uprawniają jeszcze do stanowczych wniosków, który sposób pisania bardziej, a który mniej się przyczynia do powstawania tej wady wzroku. Ale i dziś już można uważać za rzecz dowiedzioną, że pismo stojące ze stanowiska higieny posiada nad pochyłym niezaprzeczoną wyższość. Hygieniści spełnili zatem swe zdanie wydając swój sąd w tej sprawie; kolej teraz na władze szkolne, aby z tych doświadczeń zrobiły użytek i zaprowadziły w szkołach obowiązkowe nauczanie pisma stojącego. Zauważyć należy jednak, że pismo stojące ma właśnie w kołach nauczycielskich wielu przeciwników, a są nimi zwłaszcza sami nauczyciele kaligrafii, którzy ze stanowiska estetyki kaligraficznej potępiają to pismo jednogłośnie.

Dr K. W. Majewski.

O objawie Bell'a. (Ueber das Bell'sche Phaenomen). Prof. Wilibald Nagel z Fryburga. (»Archiv f. Augenheilkunde«. T. XLIII. Z. III. 1901.).

Karol Bell opisał w r. 1823 zjawisko, które obecnie nosi jego imię, a polega na tem, że oko w chwili zamykania powiek podnosi się rogówką wpierw ku górze wewnątrz, potem ku górze zewnątrz i w tem położeniu pod górną powieką pozostaje. W nowszych czasach poczęto zjawisko to uważać za objaw patologiczny, szczególnie wybitnie występujący przy jednostronnem porażeniu nerwu twarzowego, w chwili, gdy chory usiłuje bezskutecznie zacisnąć bezwładne powieki. Dopiero Kōster i Michel zwrócili uwagę na pierwotne, jedynie słuszne zapatrywanie Bell'a, który ten ruch gałki uważał za zjawisko fizyologiczne, tylko dlatego podpadające szczególnie przy porażeniu nerwu twarzowego, że wtedy z wszelką swobodą można śledzić poruszenia oka, którego powieki, mimo wysiłków ze strony chorego, nie są w stanie zasłonić. Pod tym względem zatem nie ma już dzisiaj dwóch zdań. Zapatrywania

jednak rozchodzą się jeszcze na innym punkcie: pytanie mianowicie, jak wyjaśnić zależność ruchu gałki od skurczu mięśnia obrączkowego. Gdy jedni, jak Mendel i Negro, przyjmują bezpośrednie połączenie między jądrem nerwu okoruchowego a jądrem nerwu twarzowego, inni, mianowicie Michel, przypuszczają raczej czynnościową wzajemną zależność odpowiednich okolic kory mózgowej. Prof. Nagel usiłuje w powyższej pracy w odmienny sposób wyjaśnić ten związek fizyologiczny. Zdaniem jego ten słaby ucisk, jaki wywiera chrząstka powieki górnej na rogówkę oka zamkniętego, skłania oko (na drodze odruchu) do usunięcia się od mechanicznego drażnienia. Osiąga zaś oko cel ten przez uniesienie rogówki ku górze tak, żeby przylegała do części powieki mniej sztywnej, ponad chrząstką położonej. Jeśli ucisk powieki zwiększymy przez założenie choćby najłżejszej ugniatającej opaski, wtedy objaw Bell'a występuje jeszcze wyraźniej, a poznać to można, jeśli się czyta lub pisze, patrząc drugim okiem. Po pewnej chwili oko zwraca się nieco ku górze (przez skojarzenie z ruchem oka zawiązanego), a czytający bezwiednie głowę pochyla, — skutkiem czego uczuwa wkrótce zmęczenie w mięśniach karku. — *Dr K. W. Majewski.*

O próbach oznaczenia siły magnesów ocznych. (Ueber Zugkraftversuche an Augenmagneten. Vorläufige Mittheilung aus einer Theorie der Augenmagneten). W. Volkman n z Berlina. (»Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde«). 1901. VI.).

W sprawie magnesów ocznych, żywo obchodzącej okulistów, zabrał głos fizyk z zawodu, asystent przy katedrze fizyki w berlińskiej wyższej szkole rolniczej, nawiązując swe uwagi do pracy Dra Türka, ogłoszonej niedawno w »Archiv für Augenheilkunde«. — Dr Türk urządzał swe doświadczenia w ten sposób, że zatrzymywał kawałki żelaza, dążące do bieguna magnesu H a a b a zapomocą płytki mosiężnej, a następnie uczepiał do nich małe papierowe szalki, dokładając mosiężnych ciężarków póty, póki nie zrównoważyły siły przyciągającej magnesu. Opilki posiadały postać kostek i miały ciężar dokładnie określony. W ten sposób doszedł do pewnych wniosków, których wartość podaje Volkman n do pewnego stopnia w wątpliwość, ponieważ Türk w pracy swej zbyt mało uwzględnił wpływ postaci opilek żelaznych na siłę, z jaką one ulegają przyciąganiu. Wpływ ten jednak jest ogromny tak, że z wyników, jakie dały badania robione z opilkami wyłącznie kostkowatej postaci, nie można bynajmniej wnioskować, jakby się zachowały opilki podłużne, łukowate, igiełkowate, blaszkowate i t. d. Wiadomo, że magnes wytwarza na około swych biegunów tak zwane ma-

gnetyczne pole. Pole to posiada w różnych miejscach różne natężenie i określony kierunek. Jednak niektóre tylko ciała, mianowicie w pierwszym rzędzie żelazo, potem inne metale, jak kobalt i nikiel, ulegają wyraźnie wpływowi magnetycznego pola. Inne ciała, w porównaniu z tymi trzema wymienionymi metalami, posiadają własności magnetyczne w znikająco małym stopniu. Siła zatem, jaką magnes wywiera na ciała, znajdujące się w jego polu, zależy przede wszystkim od przyrody i rodzaju tychże ciał. Następnie zależy ona od objętości, od ciężaru i od postaci ciała, wystawionego na działanie magnesu. Co do wpływu postaci, a o to Volkmann'owi głównie chodzi, to, biorąc za podstawę postać podługowatą, jaką najczęściej przedstawiają opiłki raniące oko, można powiedzieć tyle, że przyciąganie odbywa się z tem większą siłą, im więcej wymiar długości przeważa nad wymiarami przekroju poprzecznego. W dalszym rzędzie zależy siła przyciągania od natężenia pola magnetycznego, które jest tem większe, im potężniejszy jest magnes, a wogóle maleje w miarę oddalania się od biegunów. Nareszcie ostatnim, ważnym czynnikiem jest kierunek pola. Kierunek pola wyznaczają tak zwane linie siły, które wybiegają z powierzchni bieguna magnesu w przybliżeniu pod kątem prostym, rozchodzą się następnie na wszystkie strony, zbiegają się wreszcie znowu, dążąc do bieguna przeciwnego, do którego dochodzą także pod kątem prostym. Przebieg tych linii bywa zatem rozmaity, zależny od postaci magnesu i od ułożenia jego biegunów, a kierunek ich można z łatwością wysledzić zapomocą małej igielki magnetycznej, która układa się zawsze długością swą równolegle do kierunku pola. Siła przyciągania zawisła jest od przebiegu linii siły i jest tem większą, im bardziej się te linie rozbiegają. Dlatego to magnesy, których bieguny kończą się stożkowato, przyciągają żelazo, znajdujące się w bliskości bieguna, z bardzo wielką siłą. Łatwo jest sobie bowiem wystawić, że linie siły, wychodzące prostopadle z poboczniczy tego stożka, posiadają odrazu bardzo znaczną rozbieżność i to tem większą, im stożek jest ostrzejszy. Korzyść ta jednak jest drogo okupioną, gdyż w miarę rozbiegania się linii siły maleje natężenie pola, a tem samem siła przyciągania stożkowatego magnesu zmniejsza się bardzo szybko w miarę oddalania się od jego bieguna. Volkmann, który pracę obecną nazywa tylko tymczasowem doniesieniem, obiecuje zbudować na zasadach teorii magnetyzmu magnes trzy razy mniejszy i lżejszy, a tem samem znacznie tańszy od magnesu Haaba, a przewyższający go tak pod względem działania na większą odległość, jakoteż pod względem korzystniejszego rozłożenia siły przyciągania.

Dr K. W. Majewski.

Doświadczenia Asmusa ze sideroskopem od czasu zaprowadzenia kolei elektrycznej w Düsseldorfie. (Meine Erfahrungen mit dem Sideroskop seit Einführung der elektrischen Strassenbahn in Düsseldorf). Dr. E. Asmus. (»Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde«. 1901, Nr 6).

Wiadomo, jak niekorzystnie oddziałują na dokładność badania zapomocą sideroskopu sąsiedztwo kolei elektrycznej, chociażby nawet o kilkaset metrów odległej. Ciekawe są zatem doświadczenia samego twórcy sideroskopu, który przyrzędu tego używa w swoim pomieszkaniu, pomimo, że w odległości 19 m. od miejsca, w którym sideroskop jest ustawiony, przebiega tor tramwaju elektrycznego. Tor biegnie prawie równolegle do południka magnetyzmu, a tem samem równolegle do położenia igły w chwili równowagi. Jest to okoliczność możliwie najniekorzystniejsza, gdyż, jak wiadomo, igła magnetyczna dąży zawsze do przybrania położenia prostopadłego do kierunku prądu elektrycznego. Do tego dodać należy, że konsola na której stoi przyrząd, musiała być przybita do ściany północnej, skutkiem czego do badania może być użyty tylko południowy biegun igły magnetycznej. Pomimo tych wszystkich niedogodności wykonywa Asmus badanie prawie zawsze w dzień, to jest podczas trwania ruchu na kolei elektrycznej, a czynić to może dlatego, że wnioski swe o obecności lub nieobecności żelaza w oku, jakoteż o umiejscowieniu odprysku w gałce, opiera wyłącznie na *maksymalnym* wychyleniu igły sideroskopu, które spostrzega wolnem okiem; nie zważa zaś zupełnie na mniejsze wychylenia, dające się dostrzedz jedynie za pomocą lunety. Wyniki swoich doświadczeń ogłasza dlatego, ponieważ z literatury odnosi wrażenie, że większość praktyków wnioskuje o umiejscowieniu żelaza wyłącznie na podstawie badania zapomocą lunety i zapisywania wszystkich, chociażby najśłabszych wychyleń igły¹⁾. Takie badanie przy ruchu wozów kolei elektrycznej, wobec ustawicznego niepokoju igły, polegającego na drobnych wahaniach, jest wprost niemożliwem. Asmus przekonał się, że nawet bardzo mały opiłek żelazny, za dostatecznem zbliżeniem do bieguna, jest w stanie wywołać maksymalne, wolnem okiem z łatwością dostrzegalne wychylenie, byle był poprzednio przez indukcję dość silnie namagnesowany. Ilekroć zatem odprysk utkw

¹⁾ Przyznać trzeba, że przynajmniej co do krakowskiej kliniki okulistycznej podejrzenie Asmusa jest słuszne, bo od czasu, jak używamy sideroskopu, nie zadowoliliśmy się ani w jednym przypadku stwierdzeniem zapomocą gołego oka jednorazowego maksymalnego wychylenia, lecz stale posługujemy się lunetą i zapisujemy wszystkie wychylenia, jakie daje sideroskop przy zbliżaniu coraz to innych części przedniego odcinka gałki. (*Przyp. ref.*)

w przednim odcinku gałki, wtedy można z łatwością zauważyć silne wychylenie igły za zbliżeniem tej części oka, w której się odprysk znajduje. W przypadkach tych można się więc zupełnie obejść bez lunety. W razie, jeżeli mały kawałek żelaza tkwi w tylnym odcinku gałki, trzeba się uciec do szczegółowego zapisywania słabych wychyleń, oglądanych w zwierciadełku zapomocą lunety, a ponieważ do tego potrzeba bezwzględnie spokoju igły, przeto w tych razach autor odkłada badanie do późnego wieczora, kiedy ruch na kolei elektrycznej ustaje. Na szczęście przypadki takie są rzadkie: w liczbie 102 spostrzeżeń znalazł autor tylko 7 razy żelazo utkwione w zupełnie tylnej części gałki. Jeśli wychylenia są bardzo znaczne i odpowiadają większej przestrzeni oka, n. p. całej skroniowej lub całej nosowej połowie, wtedy celem zmniejszenia czułości przyrządu radzi autor zbliżyć do bieguna igły sideroskopu różnoimienny biegun drugiej igły magnetycznej — od przeciwnej strony, niż badane oko. W ten sposób odciągana od odprysku żelaznego i częściowo ubezwładniona igła sideroskopu odpowie znacznem wychyleniem tylko na największe zbliżenie żelaza, a przez to samo wskaże na powierzchni oka miejsce, w którym należy zrobić nacięcie celem wydobywania ciała obcego. Tego uproszczonego sposobu badania używał A smus w licznych przypadkach, bo nie tylko u tych chorych, którzy się wprost do niego po poradę zgłaszali, ale także u wielu innych, przysyłanych mu przez kolegów okulistów celem zbadania zapomocą sideroskopu. Wyniki były zawsze prawdziwe i dokładne, jak tego dowodzą następnie szczęśliwie dokonane operacye.

Dr K. W. Majewski.

O nadżarciach rogówki. (Zur Frage der Hornhaut-Erosionen). Dr Schoeler. (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Juni. 1901).

Autor omawia swój sposób leczenia zarówno świeżych, jak i recydujących boleści przy nadżarciach rogówki (*keratalgia traumatica* i *keratalgia traumatica recurrens*). Otóż znieczuloną rogówkę pędzluje wodą chlorową, przyczem powstaje znaczny ubytek przybłonka o nieregularnych i stromych krawędziach. Przy świeżych nadżarciach ubytek przybłonka, w ten sposób wywołany, sięga daleko poza granice widocznego nadżarcia, mniejsze są zaś jego granice przy zadawnionych nadżarciach. Następnie używa autor maści z atropiny i lanoliny i okładów ze silnie rozcieńczonej wody chlorowej (łyżeczka od kawy wody chlorowej do szklanki wody). Po upływie kilku dni, skoro ubytek na rogówce pokrył się świeżym przybłonkiem, używa autor tylko okładów z wody chlorowej przez kilka dni. Boleści recydujących przy takim leczeniu nigdy nie było.

Następnie autor stara się wytłómaczyć przyczynę recyduwujących bołości po nadzarciach rogówki. Otóż, według jego przypuszczenia, odnowienie przybłonka po ubytku tegoż tak szybko następuje, iż ciałka obce, które dostały się na rogówkę przy urazie, nie mogą w tak krótkim czasie być wydzielone i wskutek tego muszą pozostać pod nowym przybłonkiem. Przybłonek z tego powodu nie przylega do reszty rogówki, a przez podrażnienie, spowodowane poruszeniem powiek, zbiera się pod przybłonkiem ciecz wodna. Przybłonek w takim stanie przybiera kształt pęcherzyka, wywołującego podczas poruszania powiek *keratalgia traumatica recurrens*.

Przez zastosowanie podanego sposobu leczenia cały ubytek na rogówce należycie się oczyszcza ze wszelkich ciałek obcych, tak, iż odnawiający się (*regeneratio*) przybłonek może teraz dokładnie i szczelnie przylegać do swej podstawy, a tem samem zapobiedz powstawaniu owych pęcherzyków na rogówce. *Dr Gruder.*

O zaburzeniach ocznych w przebiegu pellagry. (Ueber Augenveraenderungen bei Pellagra.). Doc. Dr. A. Bietti. (»Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde«. 1901. Nr. V. i VI.).

Ciężka ta, a nieznaną u nas choroba panuje endemicznie w krajach południowej Europy, a zwłaszcza w północnych Włoszech i w południowej Francji. Przyczyny jej szukają jedni w spożywaniu niedojrzałej lub zepsutej i spleśniałej kukurudzy, inni przypuszczają wpływ etyologiczny pewnego grzybka (*bacillus maidis*), który dostaje się wraz z kukurudzą do ustroju. Cierpienie polega na zmianach w skórze, która łuszczy się, przybiera ciemno-oliwkową barwę, wreszcie traci przyskórek i pokrywa się owrzodzeniami. Podobne zmiany występują na błonach śluzowych, zwłaszcza na języku. Chory popada w charłactwo i dostaje zaburzeń przewodu pokarmowego, narazie występują objawy nerwowe: mrowienie w kończynach, porażenia przykurczenia i t. d. Po latach trwania choroby pojawiają się zaburzenia umysłowe i chorzy tacy dostają się najczęściej do zakładu dla obłąkanych, gdzie kończą życie bądźto wskutek zupełnego wycieńczenia, bądźteż wśród objawów ogólnej choroby gorączkowej, tak zwanego *typhus pellagrosus*.

Różni autorowie, tak psychiatrzy, jakoteż i okuliści, opisywali liczne zaburzenia oczne, mające stać w związku z pellagrą. W ten sposób dostało się nawet do podręczników medycyny wewnętrznej twierdzenie, że *retinitis pigmentosa*, *hemeralopia* i zanik nerwu wzrokowego można poniekąd uważać za należące do obrazu chorobowego pellagry, a przynajmniej za powikłania częste i zwyczajne w tej chorobie. Amilcare Bietti postanowił sprawdzić to twierdzenie i w tym celu poświęcił kilka miesięcy na szczegółowe zbadanie oczu u wielkiej

liczby chorych na pellagrę. Badania swe przeprowadził w dwóch zakładach dla obłąkanych, w Reggio Emilia u prof. Tamburini'ego i w Bergamo u Marzocchi'ego, oraz w tak zwanem pellagrosarium w Insago. Ogółem zbadał 120 osób. Hemeralopii, ani barwikowego zwyrodnienia siatkówki nie stwierdził ani razu. W jednym przypadku znalazł zanik nerwu wzrokowego, i to nie ma pewności, czy zależał on od samejże pellagry. Z innych zmian wziernikowych spotykał bądźto zblednięcie tarczy, w przypadkach charłactwa, gdzie sekcyja wykazywała zwykle niedokrewność opon mózgowych i mózgu; to znowu przekrwienie tarczy i rozdęcie żył siatkówkowych, zwłaszcza w przypadkach tyfusu pellagrowego, gdzie przy sekcyi spotykano przekrwienie żył śródczaszkowych. Zresztą badanie histologiczne, jakie miał sposobność wykonać na dziesięciu gałkach ocznych, wyjętych wkrótce po śmierci, nie wykazało żadnych wybitnych zmian patologicznych tak, że owe objawy wziernikowe należało przypisać czynnościowym zaburzeniom w krążeniu. Badania mikroskopowe wykonał Bietti z wielką starannością, barwiąc siatkówkę sposobem Nissla, a nerw wzrokowy sposobem Weigert-Pal'a. Jako jedynie właściwe pellagrze zaburzenia uważa autor zmiany na powiekach, na spojówce i na rogówce, a zmiany te są pokrewne tym, jakie występują na skórze całego ciała. Skóra powiek, zwłaszcza w kąciakach i w pobliżu brzegu rzęsowego traci przyskórek i łuszczy się. Na spojówce spotyka się często mniej lub więcej wybitne objawy nieżyłowe, a na rogówce, szczególnie w ostatnich okresach choroby, niejednokrotnie powstają owrzodzenia, które autor uważa za następstwo odpadania warstwy przybłonkowej.

Tak więc badania Bietti'ego pozostają w sprzeczności z dotychczasowemi zapalrywaniami psychiatrów i zawodowych pellagrológów, którzy opierali swój sąd przeważnie na poszczególnych spostrzeżeniach, ogłaszanych przez okulistów, zbyt pochopnie przyjmujących związek cierpienia ocznego ze skazą ogólną u chorych, u których zachodził zapewne przypadkowy tylko zbieg objawów. —

Dr K. W. Majewski.

Przypadek operacji zaćmy przy wrodzonym braku tęczówki. (Ueber einen Fall von Staroperation bei angeborenem Iris-Mangel). Dr Fritz Mendel (z kliniki prof. Hirschberga). (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Juni. 1901.).

Chory posiada od urodzenia lekki nystagmus, a wzrok na obydwu oczach silnie upośledzony. Soczewka była na obydwu oczach częściowo zaćmioną przy zupełnym braku tęczówki.

Wskutek uderzenia kawałkiem drzewa w oko lewe, soczewka zupełnie zaćmiła się, tak, że musiano przystąpić do dyscy-yi tejże.

Po upływie trzech miesięcy polepszyła się znacznie wskutek wessania soczewki bystrość wzroku, źrenica była czarną, podczas gdy zmniejszone jądro tej soczewki spoczywało na dole w zatoce komórki.

Po upływie siedmiu miesięcy pojawiły się bóle na tem oku, a ponieważ także zaćma drugiego (prawego) oka już była dojrzałą, usunięto najpierw zaćmę prawego oka, a następnie przystąpiono do wyjęcia jądra lewego oka, którego wzrok znacznie był upośledzony. Wyjęte jądro było wielkości grochu o $3\frac{1}{2}$ mm średnicy. —

Dr Gruder.

O rozczyinach pilokarpiny, rozszerzająco oddziaływających. (Ueber mydriatische Wirkung von Pilocarpin-Lösungen). Dr Ernest Lilienfeld z Pragi. (>Centralblatt f. Augenheilkunde<. Mai. 1901.).

Autor wykazuje, zapomocą licznych doświadczeń klinicznych w połączeniu z badaniami chemicznymi (nienadającymi się do referowania), iż rozczynek pilokarpiny w bardzo wielu przypadkach posiada także własność rozszerzania źrenicy i widzi tego przyczynę w składniku »jaborin«, a mianowicie w obu alkaloidach: »isopilocarpina« i »isopilocarpidina«.

Dr Gruder.

Uwagi o leczeniu cierpien przewodu nosłzowego. (Bemerkungen zur Therapie der Thränennasenleiden). Dr Albrand. (>Deutsch. Med. Woch.< 1901. Nr. 14.).

Ogólnie przyjęte metody leczenia chorób przewodu nosłzowego, jak przecięcie przewodki z następowem zgłębnikowaniem kanału, lub też doszczętne wycięcie woreczka łzowego, należy, zdaniem autora, ściśle przy zastosowaniu indywidualizować, przyczem należy uwzględnić nie tylko sam charakter cierpienia, ale i społeczne stanowisko chorego. Co się tyczy bowiem zgłębnikowania, to leczenie to wymaga wielkiej cierpliwości i niemałych nieraz kosztów ze strony chorego. Jako więc pośredni sposób zaradzenia temu, stosował nieraz autor z dobrym skutkiem trwałą zgłębnik (*Dauer-sonde*) Vulpius'a. W przypadkach zaś uporeczywie utrzymującej się śluzoworopnej wydzieliny lub powikłanych przetoką woreczka łzowego albo głębszemi zmianami, jak zajęciem okostnej lub samej kości, dalej w przypadkach długotrwałej *blepharoconjunctivitis* przyszło do owrzodzeń brzegu powiekowego, i wreszcie przy zastarzałych postaciach jaglicy wyłuszczał autor woreczek łzowy. Metodę tę stosował także ze względów socyalnych i u robotników, którzy prędko mogli się w ten sposób pozbyć cierpienia.

W końcu nadmienia autor, że w każdym przypadku cierpienia

przewodu nosłzowego należy dokładnie zbadać jamę nosową, gdyż znaną jest zależność cierpień dróg łzowych od chorób nosa.

Dr Łuniewski.

Mięsienie w okulistyce. (Die Massage in der Augenheilkunde). Prof. Elsch n i g. (»Wien. Med. Presse«. 1901. Nr. 18, 19).

Autor używał prawie we wszystkich schorzeniach oka mięsienia, a najobszerniej stosował je przy jaglicy, i to szczególnie w jej chronicznych postaciach. Po 4—6tygodniowym mięsieniu otrzymywał nie tylko poprawę podmiotowych dolegliwości, ale i wyjaśnienie przykrytej nieraz grubą łuszczką rogówki, — ustąpienie wydzieliny i zgrubień zajętej spojówki. W przypadkach zaś, gdzie cała spojówka jednostajnie była zbliznowaciała, żadnem innem leczeniem nie usuwał tak szybko przybrzeżnych owrzodzeń i nacieczeń rogówki, jak masowaniem. Zdaniem autora — mięsienie zajmie trwałe miejsce w leczeniu jaglicy, i to w tych przypadkach, gdzie długie stosowanie różnorodnych środków, nawet wycięcie załamków jest nieraz bezskuteczne.

Mięsienie jednak powinno być bezpośrednio stosowane na chorą spojówkę, działać głęboko, i dlatego musi być wykonywane energicznie i mocno, ale bez najmniejszego uszkodzenia powierzchni błony śluzowej. Masuje więc autor w sposób następujący: pod powiekę wsuwa pręcik szklany, na którego końcu jest nawinięte nieco waty, zwilżonej w roztworze 1:4000 hydr. oxycyan. lub w wazelinlanolinie. Palcem wskazującym drugiej ręki masuje, z coraz to większą siłą, część powieki, znajdującej się pomiędzy palcem a pręcikiem, przesuając zaś ostrożnie pręcik, jest w stanie dokładnie całą powiekę wymasować. W niektórych przypadkach używał z dobrym skutkiem płytki Jaeger'a. Zabieg trwa do 5 minut, a stosuje go z początku codziennie, później co drugi lub trzeci dzień. Nie używając dla kontroli przy mięsieniu żadnych leków, przekonał się autor, że tylko mięsienie samo, a nie użyte przy tem leki, wywołuje zawsze skutek.

Nie mniej dobre wyniki otrzymywał autor i przy innych chorobach, jak przy zapaleniu pryszczycowem, ostrych zapaleniach spojówkowych, zapaleniach brzegu powiekowego, starych gradówkach, przy *ectropium* i *entropium*, *blepharophimosi*, *dacryocystoblennorrhoea*. Ogólnie znaną jest skuteczność mięsienia przy wyjaśnieniu plam rogówkowych przy leczeniu *scleritis* i *episcleritis*, przyspiesza wessanie się krwi przy *hyphaema*, rozerwanie zrostów przy kończącym się zapaleniu tęczówki, wessanie mas soczewkowych przy zaćmach urazowych lub po dyscyzyi, obniża w wielu przypadkach napięcie

gałki przy jaskrze, a nawet leczy choroby siatkówki, polegające na zaburzeniu w krążeniu krwi lub schorzeniu ścian naczyńniowych, zwłaszcza przy *retinitis albuminurica*. Dr Łuniewski.

III. Z TOWARZYSTW.

1. Towarzystwo oftalmiczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 27 marca 1901 r.

1. S. Gołowin przedstawiał chorego z *obustronnem zwichnięciem gruczołu łzowego*. Rozróżnia on 2 formy: *ptosis adiposa* i *luxatio gl. lacrymalis*, — na co zwracał uwagę 6 lat temu.

Averbach twierdził, że zwichnięcie gr. łzow. nie jest tak rzadkie, widział on 5 pod. przypadków, Natanson: kol. G. przyczynił się do wyjaśnienia *ptosis adiposae* i *blepharochalasis*, która — jak wiadomo — najczęściej spostrzeganą bywa w okolicy gr. łzowego. ŁozeczNIKOW nie widzi potrzeby wydzielać w osobną postać chorobową te przypadki *pt. adiposae*, gdzie w załamku, prócz tłuszczu, odczuwa się gruczoł łzowy; zresztą i co do pierwszeństwa, to takowe należy się Cholujowi, a nie Gołowinowi. Gołowin: Ale ja pierwszy opisałem tę postać szczegółowo. Kriukow podziela zdanie G. w kwestyi rozróżnienia tych 2ch postaci chorobowych¹⁾.

2. A. Natanson przedstawił chorego, któremu wydobyl odłamek żelaza z soczewki. Robotnik zraniony został w prawe oko odłamkiem żelaza, który przez rogówkę, nie raniąc tęczówki, zagrzął w soczewce, wywołując silne jej napęcznienie i objawy mocnego podrażnienia. Po wykonaniu szerokiego u dołu cięcia, wydzieliły się masy soczewkowe i pokazał się metal. odłamek, wyciągnięty zapomocą zębatych szczypczyków Förster'a; długi mm. i 1,5 mm. szeroki. Visus = 0,1 z + Dg: w środku źrenicy pozostała skurczona torebka. Spostrzeżenie to dało pochop p. N. do rozprawy o zatrzymaniu się ciał obcych w soczewce, a przeważnie odłamków żelaza. Wywiązała się długa dyskusya na ten temat:

Filatow: Czy znajdujemy sole żelaza tylko pod soczewką przy odłamkach żelaza w soczewce, czy też i innych częściach? czy leżą one rozrzucone, czy też w postaci wieńca złożonego z plamek? Natanson: zdarzają się te złogi i przy ciałach obcych w c. szklistem i leżą zwykle w postaci kółka, odpowiednio brzegowi źrenicy (Berlin i Landmann²⁾). Disler przypomina przypadek, że

¹⁾ Zwichnięcie gruczołu łzowego zupełnie odrębne od opadnięcia powieki tłuszczowego, jest dość częstym zjawiskiem. W.

²⁾ *Przypisek sprawozdawcy*. Sprawozdawca przed paru laty spo-

złogi podobne można przyjąć za ślady oderwanych tylnych zrostów tęczy *vice versa*. Natanson: miejscowe badanie wyjaśni wątpliwość. Prof. Kriukow: u jednego chorego zaćma urazowa uległa wessaniu i pozostałe żelazo w torebce wyjęte zostało zapomocą elektromagnesu Haab'a. Gołowin: w przypadku N. dostatecznie było zrobić małe cięcie w rogówce, czego nie podziela Łożecznikow, który robi cięcie przy wydobyciu obcych ciał soczewki i przedniej komórki; skoro obce ciało siedzi w tęczówce trzeba wykonać irydektomię, starając się bowiem wyciągnąć tylko ciało obce narażamy się na to, że możemy je stracić. Prof. Ewetzky: Skoro ciało obce nie drażni oka, trzeba je pozostawić. Taki przypadek widział w klinice Horner'a (ruszający się w oku kawałek złota); często i nie podejrzujemy wielkości ciała obcego: w klinice dorpackiej wydobyl on igłę od patronu rewolweru Lefauchet dł. 1 cm., która weszła w nadnaczyniówkową przestrzeń gałki. Natanson: wydobyl 23 mm. dł. ciało obce, nie przypuszczając że ono takie długie. Łożecznikow stwierdza też samo — wydobyl on blaszkę dł. 3 i szer. 2 cm. z rozerwanego patronu, która utkwila między górnym brzegiem oczodołu i gałką oczną.

3. Disler opowiedział o przypadku wycięcia górnego sympatycznego zwoju przy jaskrze u 50 l. kobiety, której jedno oko przepadło od krwotoku po irydektomii wskutek jaskry. Po wystąpieniu objawów jaskry w dr. oku wykonano powyższą operację, robiąc cięcie poza tylnym brzegiem *m. sterno-cleido-masto idej*. Operacja nie wywarła na jaskrę najmniejszego wpływu. Prof. Kriukow: Nie na-

strzeżał złogi metaliczne, koloru rdzy albo pomarańczowego, w pr. źrenicy urzędnika kolejowego, który zapomniał o doznanym urazie oka, po którym zresztą innego śladu niepozostało. Źrenica rozszerzała się prawidłowo, zrostów nie było. Zmętnienie miało postać krążka wielkości prawidłowej źrenicy; boczne oświetlenie dawało prawo przypuszczać urazową zaćmę, z której pozostała — jak po wessaniu — torebka z metal. złogami (*siderosis caps. lentis*), chociaż prawidłowa głębokość komórki nie przemawia na korzyść takiego rozpoznania¹⁾. Ponieważ chory prosił o usunięcie kolorowego zmętnienia źrenicy, przeto po znieczuleniu kokainą i rozcięciu rogówki, wprowadziłem do komórki odpowiednie szczypczyki i z łatwością wydobyl ę całą przednią torebkę w której — odpowiednio źrenicy — drobne złogi żelazne (przekonała o tem reakcja) znajdowały się na przedniej powierzchni. Wnet po operacji źrenica stała się czarna i wzrok się polepszył; jakież było moje zdziwienie gdy po kilku dniach zauważyłem w źrenicy prążkowatość soczewki, z czego się powolnie rozwinęła jej zaćma, gdyż — jak się okazało — nie była to pozostałość *cat. caps.* po wessanej urazowej zaćmy, lecz tylko *cataracta capsular. ant. centralis* na nieuszkodzonej soczewce.

Dr J. T.

¹⁾ Dlaczego w takim razie operacja? Jaki był wrok przed operacją?

leży ją wykonywać w razach, gdzie jeszcze można się spodziewać korzyści z operacji ocznych, zresztą na 75 przypadków takich operacji na szyi 1 była śmiertelna (Axenfeld). Łożecznikow: komunikat kol. D. ciekawym jest przyczynkiem w sprawie wycięcia zwoju sympatycznego szyi przy jaskrze; chociaż na razie operacja ta nie dała pożądanego wyniku, lecz być może z czasem wstrzyma przebieg choroby oka.

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia 1901 r.

1. K. Sniegirew przedstawiał chorego, któremu »operowano zwichniętą zaćmę nie podług zwykłego sposobu.«

Wskutek urazu w prawem oku została oderwana dolna powieka (przyszyta) a soczewka zwichnięta do ciała szklanego; z czasem rozwinęła się pływająca po c. szkl. zaćma, zakrywająca źrenicę przy nachyleniu głowy; przy prostem jej trzymaniu $V = 0,1$ z $+ 12$, o D. Wraz z kol. Adelheimem zaćmę wydobyto tak: chorego posadzono z głową silnie nachyloną, gdy zaćma podeszła do tęczęwki, została unieruchomiona zapomocą igły dyscyzyjnej wprowadzonej do gałki *per scleronyxin*. Poczem wstawiono rozwieracz powiek i chorego ułożono. Ponieważ igła rozcinała powierzchowne warstwy zaćmy, potrzeba było powtórnie ją wprowadzić poza soczewkę. Cięcie nożykiem w dolnej części rogówki, przez które wydobyto zaćmę z początku haczykiem, a następnie pętłą, przyczem c. szkl. wypłynęło b. mało. Ostatecznie $V = 0,1$ po odpowiedniej korekcyi. Po operacji miano do czynienia z *neur. n. trigemini*, która ustąpiła po galwanizacyi. Sprawozdawca opisuje ten przypadek, gdyż rzadko się zdarza tak szczęśliwie operować podobną zaćmę.

2. Witold Sawicz pokazywał 21 l. żyda, u którego znalaziono atypowe rozdwojenie tęczęwki praw. oka: coloboma istniało w zewnętrznej części błony.

Dr J. T.

2. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 27 lutego 1900.

1. Prof. Kriukow przedstawiał 37-letniego chorego z t. zw. *Knötchenförmige Hornhauttrübung* (Groenouw): W środku rogówek istniały liczne, okrągłe, szarawe zmętnienia, dochodzące do $\frac{1}{4}$ mm. średnicy. Inne części rogówek przezroczyste; zapalnych objawów w oczach żadnych. Zmętnienia rozwijają się powolnie i pozostają bez zmiany całe lata, obniżając bystrość wzroku. Podobny stan rogówek spostrzegł K. i u siostry chorego, cierpiącej na dnę: chora skarżyła się na światłowstręt i uczucie obcego ciała pod powiekami, dzięki licznym drobnym wyniosłościom powierzchni rogówek (zmętnienia leżały pod nabłonkiem); zalecono do wewnątrz Borzomskie

miner. wody (kaukazkie) i wkraplanie morfiny z chininą (atrop. i kokaina nie skutkowały). Choroby te spostrzegął Groenouw w 2 przyp. i Dimmer w 3 przyp. (2 braci i 1 siostra), Biber (z klin. Haab'a) w 3 przyp. Mikroskopem wykryto, że zmętnienia zawierały istotę szklaną.

Gilus twierdził, że spostrzegął w swej praktyce 2 podobne przypadki — u 8-letniej dziewczynki i jej rodziców, a także u niemłodego kupca, który nosił znamienne plamki rogówek od dzieciństwa. Zdaniem jego, pożyteczne jest używanie przy tego rodzaju zmętnieniach uciskającej opaski, przeciw czemu występuje Kr., zalecając wyskrobywać takowe.

2. A. Natanson odczytał: a) jeszcze słówko o t. zw. pozagałkowej *neuritis* wskutek grypy¹⁾ i b) *Iridochorioiditis utr.* wskutek grypy z dobrem zejściem. Z rozprawy, jaka się wywiązała z tego, wspomnę twierdzenie Gilusa, że *iridochorioiditis* bywa spostrzegana po *febris recurrens*. Łożeczniczkow przypomina przypadki, że opisywano niedowład akomodacyi po mniemanej grypie, a w następstwie wytworzyła się ona dzięki dyfterytowi, panującemu w rodzinie takich chorych. Wspomniawszy o pracy Uthoff'a »Chwilowe zapalenie n. wzrokowego« (odczytanej w Hajdelberdze w r. z.), Ł. powiedział: »kilka dziesiątków zachorzeń oczu po grypie u wielu milionów ludzi, którzy ją przebyli, nie wskazuje jeszcze na zależność 2 tych chorób — grypy i chorób ocznych.

3. A. Natanson przedstawił opis cierpienia 20-letniego chorego p. t.: »przypadek zapalenia współczulnego z dobrem zejściem«. Lewa gałka raniona odłamkiem żelaza, które w dniu następnym wydobyto z tylnej komórki, po zrobieniu irydektomii. W ósmym dniu operowano urazową zaćmę, część soczew. mas pozostała. *Visus* = 0, wzrok prawego oka prawidłowy. Po trzech jednak tygodniach wzrok chorego obniżył się do 0.2, zmętnienie błony Descemet'a i w c. szklanem²⁾. Wyjęcie wcale nie bolesnej uszkodzonej lewej gałki. Po użyciu atropiny, ciepłych okładów, podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny, wcierań szaruchy, wzrok począł się polepszać i powoli wrócił do stanu prawidłowego.

4. W. Filatow przedstawiał chorego z »wrodzoną wadą naczyń siatkówki« lewego oka (*visus* = 0,8). Między soczewką i wewnętrzną $\frac{1}{2}$ dna ocznego, wykryto w c. szklanem cienką błonkę, która przeświecała i słabo się zapada. Postaci trójkątnej, błonka ta

¹⁾ p. Postępow. okul. str. 160 z. r. 6.

²⁾ I Czesi mówią szkliste, a nie szklane, jak piszą lwowianie: Těleso sklovite, čisklivec.
(Przyp. sprawozdawcy).

z jednej strony kątem swym przyczepiała się do wewn. brzegu tarczy, drugim do dolno-wewn. kwadrantu soczewki w postaci guziczkowej wyniosłości. W błonie widać 2 otwory — większe w tylnej, mniejsze w przedniej jej części. Zanikowe zmiany naczyńki w sąsiedztwie tarczy. Od ostatniej wchodzi do błonki jedna z gałązek tętnicy i brzegiem takowej, ścieśniając się dochodzi prawie do samej soczewki; prócz tej spostrzega się w błonie i druga jeszcze tętniczka. Chociaż autor nie wypowiedział zdania co do istoty tej wady, przypuszczać jednak należy, że miała tu miejsce *art. hyaloideae persistens*, z pewną zależnością od *chorioiditis foetalis*. (Porównaj streszcz. obs. Van-Duyse'ego w P. Ok. na str. 226 z r. z. *Przyp. spraw.*)

Dr. J. T.

IV. ROZMAITOSCI.

Wydawnictwa Urlauba, petersburskiego optyka. Gdy nasi optycy w rodzaju p. Drehera w W., reklamowaniem w pismach codz. nawet wierszydłami zalecają swoje firmy, p. Urlaub wyrabia swoją sławę w Rosyi wydawnictwami specjalnemi. Z liczby 10 jego broszur, jedna (*Rys historyi optyki w Rosyi*) była już streszczoną w P. O. na str. 20 z r. z. Świeżo opuściło prasę nowych 2: a) *Podręcznik dla przepisujących sztuczne oczy (prothesis ocularis)* (Petersburg 1900, cena 25 kop.) i b) *Ochronne okulary dla pracujących w żel. fabrykach, hutach, pracowniach, laboratoryach, w szachtach etc.* (Petersburg 1901, cena 40 kop.).

Z pierwszej dowiadujemy się, że fabryki sztucznych oczu w Rosyi wcale niema i że takowe zapisują się z zagranicy. U Urlauba można nabyć *prothesis* w cenie 5 do 15 r., przyczem wysyła takowe pojedynczo. Kto zaś mu płaci 25 r., to wysyła doborową kolekcję z 12 sztuk, z warunkiem zwrotu pozostałych. 10 dni czasu pozostawia na wymianę źle dobranej protezy.

»Protezy Müllera, chociaż posiadam, lecz nie polecam takowych — pisze p. U. — ponieważ, jak przekonywa praktyka, owalne protezy wewnętrzną swą powierzchnią często sprawiają dotkliwy ucisk na dno oczodołu. W większej ilości przypadków, dobrane protezy Müllera z czasem przyszło mi zastąpić protezami zwyczajnego typu. Przytem takie protezy nie mogą być otrzymywane zaocznie, listownie, lecz wyrabiają się wobec każdego klienta, na miejscu ich fabrykacyi.

Broszura o ochronnych okularach wydana dość starannie i pouczająco (stronie 32). Autor ozdobił ją licznymi rycinami, przedstawiającymi nowe typy z lat 1898—1900.

Najprzód opisuje rosyjskie typy ochron. okularów i dzieli je na 2 grupy: 1) ochron. okulary przy mechanicznych robotach:

- a) ochronne okulary z dużemi jajowato-wypukłemi szklami (typ prof. Donnberga), dużego i małego formatu. Okulary te nie zmniejszają pola widzenia, i opatrzone drucianą siatką ze strony skroniowej, wcale nie potnieją. Kosztują od 80 k. do 3 r. 20 k., stopniowo czy szkła białe czy błękitne, dymne czy ciemno-czerwone (*nigri*), albo też stosownie do wielkości i grubości szkieł.
- b) Ochronne okulary z okrągłemi wypukłemi szklami (typ Dra Bogdanowa, opisany w *P. O.* na str. 84 z r. 1899).
- c) Ochronne okulary bez drucianych siatek, dla mniej szkodliwych robót. Oprawa metaliczna masywna z nadcięciami części skroniowej; okrągłe, wypukłe szkła utrzymują się za pomocą łapek tak, że między oprawą i szklami pozostaje przestrzeń; mogą być białe lub zabarwione.
- e) Ochronne okulary marynarskie. Jest takich 2 typy: 1) owalne szkła mają metal. oprawę z otworami dla wentylacji; brzeg oprawy, przylegający do twarzy i oczodołu, obciągnięty skórą; cena od 1 r. 10 k. do 2 r. i 2) ochronne okulary w postaci siatki bez szkieł, lecz tylko znacznej wypukłości, odpowiednio oczom.

II. grupa posiada 3 typy ochron. okularów przy chemicznych robotach.

- a) Typ Dra Rauchfusa z pożytkiem używany przy operacjach na zaraźliwych chorych. Wypukłe, okrągłe szkła, przytwierdzone do gumowej oprawy, dokładnie przylegającej do oczodołu. Mogą być bez maski i z maską zakrywającą całą twarz.
- b) Okrągłe szkła oprawne w róg i mające wokoło gumową opaskę.
- c) Szkła Graefowskie w niklowej oprawie, otoczone płaszczykiem zamkniętym.

W drugiej części zaznajamia p. Urlaub czytelnika z zagranicznymi typami ochronnych okularów, które bogato ilustruje. Najprzód występują wyroby przemysłu francuskiego: a) typ dra Detourb: płaskie, owalne szkła w oprawie z aluminium, obciągnięte drucianą siatką.

- b) lunette à grillage: płaskie, owalne szkła, otoczone drucianą siatką, bez, lub obszyte atłasem.
- c) lunettes mistraliennes: taka jak poprzednie, tylko różni się postacią drucianej siatki, obciągniętej atłasem. Ochronne obydwóch ostatnich typów zwykle się używają we Francyi podczas wyścigów, stąd nazwa: okulary dżokejskie.

- d) Lunettes pour soufreurs de vignes: gładkie, okrągłe szkła, w oprawie, otoczone ochronną siatką z kauczuku lub ze skóry, utrzymują się na głowie zapomocą tasiemki.
- e) Ochronne holenderskie okulary: płaskie, grube, owalne szkła, otoczone drucianą siatką, obszytą skórą. Specyalne mają przeznaczenie dla kamieniarzy.
- f) Niemieckie: Normale Arbeiter Schutz-Brillen. Oprawa ochronna z aluminium, z wieloma otworami.
- g) Arbeiter-Unfallbrille. Ochronna oprawa z poprzecznymi małymi otworkami, płaskie, grube szkła, utrzymują się zapomocą tasiemek.
- h) Neuste Arbeiter-Schutz-Brille (płaskie). Oprawa w formie 4 boczno-ego metalowego pudełka, z otworami dla wentylacji.
- i) System Simmel-Bauer (met. siatka, obszyta skórą).
- k) Tomala-Glimmer-Brille, bardzo lekkie, zamiast szkieleń mika.
- l) Angielskie: goggles z ruchomymi na obie strony siatkami.
- ł) Piller Goggles ze stałymi siatkami, obszytymi ałłasem.
- m) Amerykańskie lamb's eye Schiela, metal. oprawa otoczona jelenią skórą z otworami, zamiast szkieleń mika¹⁾. D. J. T.

Niezborność przy otwartem leczeniu po operacyi zaćmy.

Heiman wykazuje w Wschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges N. 38,01. na podstawie co prawda bardzo nielicznego materyału z kliniki Froehlicha w Berlinie, że niezbornosc pooperacyjna przy otwartem leczeniu jest znacznie mniejszą, aniżeli po zakładaniu pełnej opaski. Chorym jego przymocowywano po operacyi łupinkę celuloidynową Schreiber'a. Gdy Dołganow miewał 2.6, Laqueur 3.6, Schulze 6.175, Treutler 5.5, Weiss 4.00 D. niezbornosci przecięciowo, przy zakładaniu chorym opaski, Heiman wykazał tylko 1.35 D. na materyale 17 operowanych w klinice Froehlicha, a pomiędzy tymi była także płatowa sklerotomia dla jaskry ostrej (bez następowego ast).

Zdaniem naszym najprzód materyał tak mały nie wystarcza dla należytego ocenienia stosunku, a dalej wypada chcąc mieć ścisły pogląd na rzecz uwzględnić bardzo wiele okoliczności mogących wpłynąć także ujemnie lub dodatnio na pooperacyjną niezbornosc.

Zranienie oka noworodka przez kleszcze połogowe opisuje Dr Bylsma. Obrażenie musiało być spowodowane łyżką założoną na czoło i lewe oko za czem przemawiało wżłobienie przy dolnym brzegu oczodołowym, i na czole; obie powieki ciemno obrzmiałe, tak że tylko z trudnością rogówka widoczna. Przednia komórka krwią wypełniona. Spojówka naokoło rogówki nabrzmiała. Po kilku dniach krew z przed.

¹⁾ Kreślimy te notatki w tej myśli, że może nasze fabryki i pracownice pomyślą nareszcie o ochronnych okularach dla robotnika. Do dzisiaj sprawa ta leży u nas odłogiem, a oczy giną marnie od odłamków żelaza, kamieni, szkła i chemicznych przetworów!

komórki poczęła niknąć, a później spostrzeżono po stronie skroniowej oderwanie tęczówki. W tylnym odcinku gałki nie ma żadnych zmian.

Bąblowiec oczodołu. W tow. lekarskiem w Rostoku wspominał prof. Axenfeld o operowanym przez siebie przypadku bąblowca oczodołu czasową resekcją zewn. ściany oczodołowej sposobem Kroenleina. Przypadek dotyczył 3 letniego chłopca, u którego w przeciągu 3 miesięcy rozwinęło się silne wystąpienie pr. gałki ze znacznym upośledzeniem wzroku bezbolesne przemawiające za nowotworem w obrębie mięśniowego lejku, a przedewszystkiem za nowotworem nerwu wzrokowego. Operacja Kroenleina wykazała bąblowca wielkości gołębiego jaja od zewnątrz okalającego nerw wzrokowy, ale z nim nie zrosłego. Pasożyt dał się z łatwością wydobyć, ale całej torebki nie wydobyto z powodu, iż mięśnie proste zewnętrzny i górny z takową były zjednoczone. Ograniczono się więc do wycięcia części torby, do wyskrobania jamy, poczem kość reponowano. Przebieg pooperacyjny był zadawalniający, wysadzenie gałki znikło, wzrok powrócił, tak, że oko to rozpoznawało palce na odległość 3 mtr. Prelegent zwrócił uwagę na rzadkość lokalizacji bąblowców dość licznych w Meklenburgu, a dalej na niepewne rozpoznanie nowotworów nerwu wzrokowego wobec czego operacja Kroenleina, jako jedynie racjonalna winna zyskać pierwszeństwo przed dawniejszem postępowaniem, przy którym najprzód przecięto nerw przy samem *foramen opticum*, a następnie zwichnąwszy gałkę wycięto narioś i gałkę reponowano.

Chcąc ułatwić sobie operację kazał A. sporządzić płyty orbitalne u W. Windlera w Berlinie dla powstrzymania podczas operacji wysuwającego się tłuszczu oczodołowego. — (Münchener med. Wschrift. N. 30. 1901.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Axenfeld z Rostoku powołany do Fryburga na miejsce ustępującego z katedry prof. Manza.

Prof. Greef z Berlina powołany na prof. okulistyki do Rostoku na miejsce Axenfelda.

Dr Roemer habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie Wyrzburgskim.

Prof. A. Wagenmann w Jenie mianowany stałym sekretarzem oftalmicznego towarzystwa heidelbergkiego.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarł w Budapeszcie prymaryusz i docent Dr. J. Siklóssy w 63 roku życia.