

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

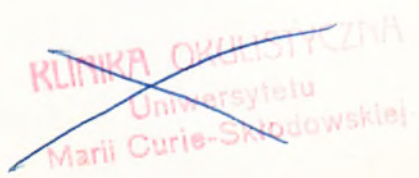
ROCZNIK XIV. — 1912

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NA KŁADEM WYDAWCY.

1912.



Okuliści polscy ¹⁾
według zestawienia z r. 1912.

- Dr Ałapiń H. Warszawa, Wierzbowa, l. 9.
- *Dr Bałaban Teodor, r. c. Lwów, ul. Wałowa, l. 7.
- Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac W.W. Świętych, l. 11.
- *Dr Bednarski Adam, tyt. prof. nadzw. okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Akademicka, l. 5.
- Dr Bein Kazimierz. Warszawa, ul. Smolna, l. 23.
- Dr Bereza J. Warszawa, ul. Chłodna, l. 26.
- *Dr T. Berzowski, Kraków.
- Dr Bernhardt Józef. Wilno.
- *Dr Bittner Adolf. Swistocz (Rosya).
- Dr Borowski. Wilno.
- *Dr Brudnicki. Bieżno (Królestwo Polskie).
- *Dr Brudzewski Karol. Kraków, ul. Floryańska, l. 38.
- *Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna, d. Reform. kolegium.
- Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.
- Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa, Chmielna, l. 48.
- Dr Chęciński. Łuków (Król. Pol.).
- *Dr Cichański Al. Przemyśl.
- Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpatorya (Rosya).
- *Dr Cywiński Marian. Mohylew-Białoruski.
- Dr Czyżewski L. Warszawa, Żórawia, l. 3.
- Dr Daszewski. Kielce.
- *Dr Dawidson. Warszawa.
- Dr Dembowski. Radzielnaja.
- Dr Demidowicz Bronisław Marian, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłajnią.
- Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Nowogrodzka, l. 34.
- Dr Dudziński. N. Sącz.
- Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.
- Dr Działowski Alfred. Toruń.
- Dr Ebersson Maur. Tarnów.
- *Dr Elkner Marian Aleks. Kamieniec Podolski.
- Dr Endelman L. Warszawa, Żelazna Brama, l. 3.
- Dr Fiałkowski Henryk. Koło, gub. Kaliska.
- Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna, l. 45.
- *Dr Fukała Winc. Wiedeń.
- Dr Gałęzowski Feliks Franciszek. Warszawa, Sienna, l. 22.
- *Dr Garliński Władysław M. Łódź.
- *Dr Geisler Piotr. Jarosław.
- Dr Genelli Zdzisław. Warszawa, ul. Mokotowska, l. 39.
- *Dr Gepner Bolesław (ojciec), nac. lek. oftalm. Instytutu. Warszawa, Krakowskie-Przedm., l. 65.
- Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, Al. Jerozolimsk., l. 25.
- *Dr Gidlewski. Lwów.
- Dr Gedrojé Juraga Witold. Aleksandropol.
- *Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.
- Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de Trévise, l. 21.

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapisanego w administracji P. O.

- Dr Grabowski Feliks. ordyn. kl. oft. w Charkowie.
- Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj. obwód Siemireczyńskiś-środ.
- *Dr Gruder Leon. Lwów. ul. Karola Ludwika, 1. 5.
- *Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p. Wilejski.
- Dr Hand Jan, c. k. lekarz pułkowy. Cieszyn.
- Dr Hertyk. Maryampol.
- Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.
- Dr Hoene Jan. Kijów.
- Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
- Dr Hulanicki Władysław. Sosnowiec.
- *Dr Hulewicz. Bytom.
- *Dr Huszczo Józef. Białystok.
- Dr Idzikowski Józef. Łódź.
- *Dr Jaworski. Lwów. ul. Kościuszki, 1. 8.
- Dr P. Jasiński Shenandoch. Pensylwania (Ameryka).
- Dr Januskiewicz Michał. Warszawa, Jerozolimska, 1. 72.
- Dr Kaczkowski. Żytomierz.
- *Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, 1. 5.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- *Dr K. Karnicki. Petersburg.
- *Dr Karpiński. Rosya. Brześć litewski, ul. Puszkina.
- Dr Kepiński Michał. Warszawa, Senatorska, 1. 32.
- Dr Kiecki Tytus. Lwów. ul. Kopernika, 1. 3.
- Dr Kleczkowski T., asystent kliniki okul. Uniw. w Krakowie.
- Dr Klinkowstein Romana. Suwałki, Król. Pol.
- *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, 1. 86.
- *Dr Koszutski, Kalisz (Kr. Pol.).
- Dr Kozłowski Michał. Kazimierz, nacz. lekarz oftalm. szpitala Popowych, Kijów.
- Dr Krajski Wacław Adolf M. Ataki (pow. Sorokskiego) Besarabia.
- Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa, Nowo-Senatorska, 1. 6.
- *Dr Krzymuski. Tomsk.
- Dr Kreutz. Stanisławów.
- *Dr Kuropalwiński A., lek. ziemski, Siedlce (Król. Polskie).
- *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
- *Dr Lenkiewicz-Ipolorski. Bobrujsk.
- *Dr Lewicki Stefan. Odessa.
- Dr Liebermann. Kraków. Grodzka, 1. 48.
- Dr Likiernik Maurycy. Warszawa (Król. Pol.).
- Dr Łasiński Ignacy, t. radca san., Wrocław.
- *Dr Łuniewski Stefan, b. asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- *Dr Maciesza Aleksander. Płock.
- *Dr Machek Emanuel. Prof. zwyczaj. okulist. Uniw. Fr. 1. we Lwowie Akademicka, 1. 11.
- *Dr Majewski Kazimierz W., tyt. prof. nadzw. okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Dunajewskiego, 1. 6.
- Dr Majkowski. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks, Kraków, ul. Wislna, 1. 10.
- *Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
- Dr Markiewicz D. Przemyślany.
- Dr Markowski Stefan. Częstochowa.
- Dr Matusiewicz Jadwiga. Warszawa.
- *Dr Michalski. Łódź.
- Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, 1. 5.
- Dr Niegolewski Felicyan. Poznań. Pl. Królewski, 1. 6.
- *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk. (Dynaburg). Doc. Ak. woj. peters.
- Dr Nowicki. Dina.
- *Dr Ostafiński Marian. Stanisławów.
- Dr Paradowski. Warszawa, ul. Żórawia, 1. 13.
- Dr Pachbecki Jan. Radom.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- *Dr Przybylski Jan. Odessa.
- Dr Putiatycki. Drezno.
- *Dr Radźwicki. Smoleńsk.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Ratuld L. Warszawa (Królestwo Polskie).
- *Dr Reis Wiktor. Lwów. Akademicka, 1. 26, doc. pryw.
- *Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, 1. 7.
- *Dr Rosenhauch Edm., asyst. kl. ok. U. J. w Krakowie.
- *Dr Rothberg. Piotrków (Królestwo Polskie).

- Dr Rothert, Mińsk litew.
 *Dr Rumszewicz Konrad, Kijów.
 *Dr Rymśa Waław. Hurykowa,
 pow. Klecki.
 Dr Sawicz Witold, ord. szpit. wojsk.
 w Moskwie.
 Dr Stasiński Jan, Poznań.
 Dr Swida Ignacy, Mińsk.
 Dr Świętochowska, Sosnowiec (Kró-
 lestwo Pol.
 Dr Szafnicki, asyst. klin. okul. i pryw.
 asystent Prof. Wicherkiewicza
 Dr Szawelski, Siedlce (Król. Pol.)
 *Dr Szczepaniak Antoni, Radom.
 Dr Szware A. Warszawa, ul. Chło-
 dna, l. 30.
 *Dr Szymański, Chicago.
 *Dr Talko Włodz, Lublin.
 Dr Tomaszewski, Smigiel.
 Dr Topolański, Wiedeń, Szpit. Braci
 Miłosierdzia.
 *Dr Uziembło Saratów.
 Dr Wabała B. Warszawa, Chmiel-
 na, l. 29.
 *Dr Weisberg Łódź.
 *Dr Wicherkiewicz Bogdan, Poznań,
 St. Marcin, l. 6.
 Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca
 Dworu; Prof. zwyczaj. Uniwersy-
 tetu Jagiellońskiego, Kraków, ul.
 Wolska, l. 15.
 Dr Winawer Feliks, Warszawa, ul.
 Zabia, l. 3.
 *Dr Witaliński Wincenty, Pryma-
 ryusz szpitala św. Łazarza, Kra-
 ków, ul. Basztowa, l. 26.
 Dr Wulfsohn Zygmunt, Warszawa.
 Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista
 portu w Petersburgu.
 *Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
 *Dr Zajdenmann Mojżesz, Lublin.
 Dr Zamenhof L. Warszawa, ul. Dzi-
 ka, l. 9.
 Dr Ziemiński Bronisław, Warszawa,
 Marszałkowska, l. 136
 Dr Zion Oswald, Lwów, Sykstuska,
 l. 21.
 Dr Zazuliński, Winnica.
 *Dr Zurkowski J. Humań, gub. Ki-
 jowska.

Spis polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1912.

1. Dr Kazimierz Noiszewski: *Jaskra niezapalna*. Post. okul. nr 1.
2. Dr Konrad Rumszewicz: *Przyczynek do kazuistyki torbiela oczodołu*. Post. okul. nr 1.
3. Dr Konrad Rumszewicz: *O potworniakach oczodołu*. Post. okul. nr 2.
4. Dr Higier: *Zapalenie nerwu wzrokowego pozagatkowe starcze*. Med. i Kron. lek. nr 1.
5. Dr Jan Sędziak: *O wpływie dodatnich zabiegów nosowych, wzgl. nosogardłowych na wysadzenie gałek ocznych*. Nowiny lek. nr 2.
6. Dr Toczyski: *Niezwykły przypadek obrażenia oka piorunem*. Tyg. lek. nr 2.
7. Dr K. Jarnatowski: *Mieszak limfatyczny mieska łzowego*. Post. okul. nr 2.
8. Dr Edmund Rosenbaum: *O l. zw. Conjunctivitis Parinaudi*. Przegląd lek. nr 3.

9. Dr Edmund Rosenhauch: *O brodawczakach rąbka rogówki*. Post. okul. nr 3.
10. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz: *Kilka uwag w sprawie pochodzenia t. zw. brodawczaków rogówkowych*. Post. okul. nr 3.
11. Doc. Dr Wiktor Reis: *O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych*. Tyg. lek. nr 4.
12. Dr Konrad Rumszewicz: *Przyczynek do patologii mieszków naczyniówki*. Post. okul. nr 4—5.
13. Dr Kuhn: *Rozszerzenie jaglicy w kraju i drogi do jej zwalczania*. Głos lek. nr 10.
14. Dr Konrad Rumszewicz: *Przyczynek do patologii mieszków naczyniówki*. Post. okul. nr 6.
15. Doc. Dr Wiktor Reis: *Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki*. Post. okul. nr 6.
16. Dr Toczyski: *O wpływie dioniny na zachowanie się źrenicy i ucisku śródgałkowego oczu prawidłowych*. Tyg. lek. nr 19—20.
17. Dr Kleczkowski: *Eozynofilia w jaskrze*. Przegląd lek. nr 17.
18. Prof. Dr Machek: *O operacyjnym leczeniu opadniętej powieki*. Tyg. lek. nr 22.
19. Doc. Dr Wiktor Reis: *O wroczku środkowym wskutek spostrzegania zaćmienia słońca*. Tyg. lek. nr 22.
20. Dr Hołodyński: *Pierścieniowate zaćmienie przedniej części soczewki powstałe wskutek urazu*. Tyg. lek. nr 22.
21. Prof. Dr Bednarski: *O operacjach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego*. Tyg. lek. nr 26.
22. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz: *Krwotoki wewnątrzgałkowe, zwłaszcza wyrzucające po operacjach zaćmy i przypadek samoistnego pęknięcia gałki wskutek wewnątrzgałkowego krwotoku*. Rocznik lek. Tom II.
23. Prof. Dr Kazimierz Majewski: *Scotoma helioclipticum w związku z ostatnim zaćmieniem słońca*. Rocznik lek. Tom II.
24. Doc. Dr Konrad Rumszewicz: *O półksiężycowych skórzakach Huszczakowych spojówki*. Post. okul. nr 7—8.
25. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz: *Ostre przerzutowe zapalenie spojówki*. Post. okul. nr 7—8.
26. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz: *Samoistne zwichnięcie soczewki do przedniej komory*. Post. okul. nr 7—7.
27. Prof. Dr Bednarski: *O operacjach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego*. Tyg. lek. nr 27.
28. Dr Toczyski: *O wynikach badania tonometrem Schiötza oczu zdrowych i oczu dotkniętych jaskrą*. Tyg. lek. nr 28—30.
29. Dr Edmund Rosenhauch: *Rola grzybów i promieniowców w okulistyce*. Przegląd lek. nr 42.

30. Dr Maryan Szafnicki: *Wrzód gałki pełzający w świetle statystyki z r. 1900—1909*. Post. okul. nr 9—10.
31. Dr Edmund Rosenhauch: *Dwa przypadki promienicy narządu wzrokowego*. Post. okul. nr 9—10.
32. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz: *O wrzodzie przybrzeżnym rogówki spowodowanym prątkiem Neddena*. Post. okul. nr 9—10.
33. Prof. Dr Machek: *Operacja opadniętej powieki*. Tyg. lek. nr 50.
34. Dr Konrad Rumszewicz: *O torbielach gruczołu Krausego*. Post. okul. nr 11.
35. Dr Koszutski: *Stan oczu u dzieci początkowych szkół w Kaliszu*. Post. okul. nr 11.
36. Dr Koszutski: *12 przypadków scotoma heliectipticum*. Post. okul. nr. 11.
37. Dr Ziemiński: *Collyria oleosa*. Post. okul. nr 12.
38. Doc. Dr Noiszewski: *Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczywki na ciątko rzeskowe*. Post. okul. nr 12.

Spis rycin zawartych w roczniku czternastym.

- Mięsak limfatyczny mięska łzowego, str. 50.
 Brodawczaki rąbka rogówki, str. 71.
 Obrazy mikroskopowe brodawczaka rogówki: II. tablice w nr 3.

Spis rzeczy w roczniku czternastym.

- | | |
|--|--|
| <p>A.</p> <p><i>Actinomyces</i> 228. 277.
 <i>Aesculinum</i> 54.
 <i>Akomodacja</i>: Porażenie akom. po salwarsanie 55.
 <i>Alkohol metylowy</i> 27. 184. 203.
 <i>Amblyopia ichtytorica</i> 153.
 <i>Aneurysma</i> 175.
 <i>Angioma</i> 273.
 <i>Aniurydya</i> 78. 241. 265.</p> | <p><i>Argentum aceticum</i> 213.
 <i>Arteriosclerosis</i> 268.
 <i>Aqua Zeozoni</i> 54.
 <i>Asthenopia</i> 212.</p> <p>B.</p> <p><i>Bacillus xerosis</i> 98.
 <i>Biochemiczna reakcja soczewki</i> 168.
 <i>Blepharoplastyka</i> 58. 99. 180.
 <i>Bystrość wzroku u szoferów</i> 239.</p> |
|--|--|

C.

- Cataracta*: Cat. senilis 66, 168. Cat. congenita (eksperymentalna) 92, 177. Extr. cat. 213, 241.
- Chalazion* 184.
- Chorioidea*: Amotio chor. 62. Chorioiditis pigmentosa hereditaria 66. TBC. Chorioid. 98. Sarcoma chorioid. 101, 155.
- Chryzobina* 213.
- Collyria oleosa* 279.
- Coloboma*: Col. palpebrae 97.
- Combustio* 23.
- Conjunctiva*: Conj. trachomatosa 23. Flora spojówki 24. Conj. ichthyotoxica 54. Epitheliosis desquamativa 56. Conj. Parinaudi 90. Conj. saprophytica 145. Lipoma conj. 150. TBC. conj. 150. Dermoidum lipomatodes 187. Conj. metastatica 187.
- Cornea*: Erosio corneae recidivans 22. Keratitis parenchymatosa traumatica 67. Papilloma corn. 69, 75. Erosio corneae traumatica 78, 79. Epithelioma corn. 89. Keratitis xerotica 98. Serotherapie 146. Staphyloetomia 177. Ulcus serpens 219. Ulcus marginale 233. Ruptura membranae Descemeti 241. Keratoconus 242. Keratitis punctata tropica 266. Actinomyeosis 270.
- Corpora aliena* 31, 79, 90, 92, 93, 182, 272.
- Corpus colicaria* 284.
- Corpus vitreum*: Zastąpienie ciała szklistego 87.
- Cykloopia* 31, 61.
- Cystis* 248, 276. Cystis orbitae 11. Cyst. dermoidalis 63. C. foveae centralis 63.

D.

- Dermoidum lipomatodes* 187.
- Diabetes* 146.
- Diathermanita* 293.
- Dyploskop* 96.

E.

- Elektropionator* 16.
- Elektromagnes* 31, 92, 93, 147, 272.
- Epithelioma* 89.
- Epitheliosis desquamativa* 56.
- Erosio corneae recidivans* 22.
- Exophthalmometria* 181.
- Exophthalmus* 181.
- Extractio cataractae*: 270. Irrigatio 21. Metoda Smitha 27. E. przy aniridyi 78.

F.

- Fibroma molluscum* 80.
- Fovea centralis*: Cystis f. centr. 63.

G.

- Glandula lacrymalis*: Zwyródnienie szkliste 276.
- Glaucoma*: Gl. simplex. 1. Upust krwi 63. Gl. przy paralysis nervi sympathici 149. Gl. consecutivum 185. Sclerectomia 243, 244. Haemorrhagia expulsiva 273. Patogeneza 274, 294.
- Gonococcus* 180.
- Graviditas* 19.

H.

- Haemangioma* 265.
- Hemeralopia* 149, 178.
- Hemianopsia* 61, 94.
- Hippus* 81.
- Hydrargyrum oxycyanatum* 23.
- Hypertonia* 26.
- Hypophysis cerebri* 65.

I.

- Impetigo contagiosa* 212.
- Indicanuria* 88, 177.
- Infectio gonococcica* 180.
- Iridectomia* 284.
- Iris*: coloboma iridis congenitum 64, 146. Sphincter iridis 79. Hippus iridis 81. Atrophia iridis 92. Pseudo-tumor iridis 179.

K.

Kat metryczny 94.
Keratoconus 242.
Kolaczyki 272.

L.

Lens: Odczyn cysteinowy 88. Biochemiczna reakcja soczewki 168. Luxatiolentis 200. 294. Pomiar soczewki 210.
Lepra 207.
Lipoma 150.
Lymphendothelioma hypertrophicum 275.
Lymphosarcoma carunculae lacrymatis 48.

M.

Macula lutea 60.
Membrana pupillaris persistens 148.
Morbus Basedowi 19.
Morbus Hippelii 151.
Mukocela 205.
Mydriasis 81.
Mydriatica 26.

N.

Nekrologia: 32. 100. 154. 218. 245. 278. 296.
N. opticus: Neuritisoptica 19. 240. Atrophia n. opt. toxica 27. Embryologia 29. 177. Neuritis retrobulbaris 30. 97. Tarcz zastoju 176. Atrophia n. opt. przy sarcoma orbitae 179. Tumor n. opt. subduralis 185. Oedema papillae n. opt. 210. Vlnus n. opt. 277.
Nystagmus fossorum 291.

O.

Oftalmoskop elektryczny 241.
Okulary akomodujące 153.
Okulary ochronne 239.
Olsnienie 54.

Operatio trichiaseos 82 153.
Ophthalmia metastatica 269.
Ophthalmia sympathica 59. 151. 176. 270.

Orbita: Cystis orbitae 11. Chloroma orbitae 31. Teratoma orb. 33. Corpus alienum 90. Osteoma orbitae 150. Sarcoma orbitae 179. Epidermoidum orbitae 207.
Osteoma 150.
Ozanna 26. 91.

P.

Palpebrae: Blepharoplastyka 58. 99. 180. Ptosis congenita 64. Fibroma molluscum 80. Coloboma palp. 97. 153. Ulcus induratum 181. Tophi uratici 206.
Papilloma 69. 75.
Paralysis musculorum traumatica 148.
Paralysis n. trochlearis 166.
Personalia 31. 100. 154. 186. 217. 245.
Psychozy pooperacyjne 91.
Ptosis: Ptosis congenita 64. Operatio 265.
Punctum lacrymale: Multiplicitas 240.
Pupilla: Zwięźenie źrenicy przez dowolny ruch mięśni 18. Oddziaływanie źrenicy 55. Membrana pupillaris perseverans 148.

R.

Radiografia 182.
Radium 30. 208. 268.
Refrakcja: Zmiany przy cukrzycy 146. Refr. u zwierząt domowych 184.
Retina: Retinitis inarviditate 19. Retinitis proliferans 25. Glioma ret. 66. Degeneratio cystoides 88. Aneurysmata ret. 175. Cystis ret. 178. Barwik siatkówki 202. Amotio retinae 244. 269.
Roentgenografia 176.
Ruchy oczu 62. 96.

S.

Salvarsan 14. 15. 18. 55. 57. 58.
99. 183. 184. 203. 240. 264.
Sarcoma 29. 48. 101. 155. 179. 267.
276.
Sclerectomia 212. 213. 243. 244.
269.
Scotoma annulare 61.
Scotoma helioclipticum 206. 258. 274.
Sepsis intestinalis 209.
Serotherapy 146. 211.
Siderosis 274.
Sinusitis 30.
Skiaskopia 21.
Statystyka 255. 273.
Strabismus: 271. Str. sursumver-
gens 53. Operacja 144.
Surditas 97.
Syphilis 181. 240.
Swiatlo Pinzenti 58. 59.

T.

Teratoma 33.
Terminol 98.
Tetanus 79.
Thrombosis sinus cavernosi 211.
Tonometrya 95.
Trachoma: 23. 58. Ciąłka jaglicze
91. Słuszczenie rogówki 145. Le-
czenie oper. 273. 277. Statystyka
185. Terapia 213. 215. Pannus
crassus 264. Radioterapia 268.
Trauma 19. 23. 25. 29. 66. 79. 86.
148. 185. 241.
Tuberculosis 15. 16. 17. 94. 97. 98.
150. 215.

W.

Wyciągi oczne 81.

X.

Xeroderma pigmentosum 30.

Spis autorów w roczniku czternastym.

A.

Abadie 212.
Alexander 271.
Alter 269.
Arcelin 182.
Astwacaturow 184.
Aurand 180.
Axenfeld 92. 205.

B.

Bailony 29.
Bariels 62.
Bates 212.
Bettremieux 243. 269.

Bielschowsky 144. 203.
Bistis 146.
Boer 177.
Bradburne 211. 271.
Brav 270.
Burk 294.

C.

Calderaro 145.
Campos 94. 96.
Chalupecky 30.
Charlet 179.
Chase 240.
Claiborne 21.
Cohen 58.
Cohn 179. 214.
Connor 90.

Cool 241.
Culbertson 91.
Curtil 95.
Czemoloso 184. 273.
Czerwiński 185.
Czyrkowski 98.
Czyżniakow 185.

D.

Dams 89.
Dawids 14.
Deutschmann 176.
Doyl 29.
Dmitriew 150.
Dollanger 19.
Dołganow 19. 57.
Durand 181.

E.

Elliot 23.
Elschnig 87.
Emerson 25.
Epstein 206.

F.

Falta 15.
Fehr 264.
Feilchenfeld 206.
Fejer 57. 78. 203. 241.
265. 267.
Fernandez 207.
Fover 241.
Flemming 17.
Frank-Kamieniecki 151.
Freitag 239.

G.

Galli 153.
Gallus 146.
Gastiew 98.
Gebb 146. 148. 206.
Genet 93. 181.
Gilbert 63. 177.
Gjessing 61.
Gunsberg 179.
Goldflam 55.
Goldzieher 264.
Gołowin 242.
Gradle 24.
Gravier 94.
Greeff 91.
Grönholm 58. 59.
Grüter 145.

H.

Haab 92. 147.
Hamburger 58.
Hansell 212.
Hayashi 61.
Heerfordt 295.
Heiberg 59.
Heimann 53.
Hertzel 16.
Hess 149.
Hilfiter 30.
Hippel 177.
Hirschberg 80.
Hoeve 60.

Hoffmann 240.
Hönig 265.
Horal 61.
Hove 210.
Hüttemann 64.
Hynek 31.

I.

Inouye 178.
Isakowitz 206.

J.

Jacovides 213.
Jarnatowski 48. 81.
Jess 149.
Jung 19.

K.

Kadlicky 31.
Kasass 265.
Klein 65. 66.
Koelsch 239.
Komoto 265.
Korrejane 276.
Kosticz 97.
Koszutski 255. 258.
Kraupa 78. 86.
Krauss 207.
Kreibich 202.
Krusius 16. 17. 204. 206.
Kumagai 266.
Kulebiakow 97.

L.

Lagrange 213.
Lamb 272.
Langenhan 176.
Lapsley 90.
Leber 56. 175.
Leser 30. 31.
Levinsohn 176.
Lohmann 64.
Löwenstein 87.
Lukens 21.

Ł.

Łazariew 274.
Łobasow 273. 277.

Lotin 99.
Lurie 98.

M.

Makrocki 55.
Martin 211.
Marx 86.
May 268.
Meller 62.
Mihail 66.
Müller 148.

N.

Noiszewski 1. 273. 284.

O.

Oatmann 268.
Oczapowski 99.
Odincow 161. 274.
Oguchi 66. 88. 178.
Ohm 291.
Orieczkin 153.
Orłow 276.

P.

Pagenstecher 92.
Parkez 210.
Pick 203.
Pincus 79.
Pöllöt 66.
Prowazek 56.
Purtscher 63. 79.

R.

Reis 59. 88. 168.
Reissert 18.
Rhoads 26. 270.
Risley 209.
Rollet 95. 180. 181.
Rosenhauch 69. 228.
Roessler 65.
Rudin 153.
Ruhemann 54.
Rumszewicz 11. 33. 101.
155. 187. 248.
Ryerson 208.
Rzanicyn 150. 184. 273.

S.

Samuels 87.
 Saska 31.
 Sauerbruch 207.
 Schanz 240.
 Schieck 15.
 Schlesinger 18.
 Seefelder 148.
 Segal 185.
 Ser 31.
 Shin-iri Ziba 62.
 Siwcew 273.
 Snyder 26.
 Sokółow 150.
 Sotowiewa-Zakrzew-
 skaja 276.
 Spasski 150.
 Steindorff 54.
 Strachow 184.

Struciński 277.
 Stuelp 88.
 Sysojew 97. 184.
 Szafnicki 219.
 Szily 177.

T.

Taft 20.
 Terson 244.
 Timberman 27.
 Trapiezonciewoj 275.
 Trubin 153.

V.

Velhagen 80.
 Vogt 178. 294.

W.

Walter 98.
 Warszawski 184. 273.
 Wätsold 176.
 Webster Fox 213.
 Weidler 25.
 Westhoff 266.
 Wicherkiewicz 75. 82.
 197. 200. 233.
 Wissmann 81.
 Wood 90.
 Würdemann 91.
 Wychodcew 96.
 Wygodzki 183.
 Wyler 22.

Z.

Zeeman —.
 Ziegler 28.
 Ziemiński 279.

~~4000~~

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BALLABANA, PROF. BIEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANN, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PIŁĘŻA W KRAKOWIE, DRA KRĄMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Styczeń.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
----------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Jaskra niezapalna (*Glaucoma simplex*).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

Rzecz czytana w Petersburskiem Towarzystwie okulistycznym dn. 27-go stycznia st. st. 1911 i wileńskiem Towarzystwie lekarskiem w listop. t. r.

Większość autorów jest zdania, że przy jaskrze niezapalnej ciśnienie w gałce ocznej może być prawidłowe; niektórzy zaś, jak np. Horstmann¹, uważają prawidłowe ciśnienie w gałce jako cechę znamioną jaskry niezapalnej w przeciwieństwie do jaskry zapalnej ostrej i przewlekłej. Ale jeżeli nieraz przy jaskrze niezapalnej ciśnienie w gałce pozostaje prawidłowe, to objawy zapalenia tarczy nerwu wzrokowego w początkach jaskry niezapalnej, występują prawie zawsze. Tak utrzymują Jäger, Mauthner, Schmidt - Rimpler.

Schmidt-Rimpler² w swej monografii o jaskrze podaje, że znajdował zaczerwienienie tarczy n. wzrokowego nawet tam,

gdzie wzrok naośny i obwodowy zostawał najzupełniej prawidłowy, chociaż chory od roku już widywał koła tęcze, okalające płomień lampy i świecy.

Bitzos³ zaś utrzymuje, że jaskrę niezapalną stale poprzedza zapalenie tarczy nerwu wzrokowego *papillitis*. Miano *papillitis*⁴ należałoby zachować tylko dla tych wypadków, w których zapalenie n. wzrokowego zostaje ściśle ograniczone do samej tylko tarczy, nie zajmując ani ku przodowi siatkówki, ani nerwu wzrokowego po za gałką.

Jakkolwiek niektórzy autorowie (Leber) zaprzeczają istnieniu tak ściśle ograniczonego zapalenia n. wzrokowego, nie mniej jednak są dwa rodzaje zapalenia tego nerwu, zajmujące samą tylko tarczę: *papillitis n. optici* przy jaskrze i *papillitis n. optici* przy tarczy zastoinowej.

Różnica pomiędzy zapaleniem tarczy n. wzrokowego przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w czaszce, zapaleniem tarczy przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia w gałce ocznej odbija się na położeniu siatkówki (*l. cribrosa*), w cofaniu się jej w drugim wypadku i w posuwaniu się naprzód w pierwszym.

Wraz z siatkówką i sama tarcz wypukła się przy nadmiernem ciśnieniu w czaszce i zagłębia się przy nadmiernem ciśnieniu w gałce.

Ciśnienie w gałce zależne jest od wielkości dopływu i odpływu limfy i krwi: każde powiększenie dopływu lub zmniejszenie odpływu powiększa ciśnienie w gałce ocznej. Stąd zamknięcie kąta sączenia w przednim odcinku gałki, zbyt wielkie wyrostki ciała rzęskowego, pęcznienie soczewki, lub nadmierna jej objętość, a zatem zmniejszony przestwór ponad soczewkowy usposabiają do jaskry zapalnej. Ale jeżeli wszystkie te warunki sprzyjają powstawaniu jaskry ostrej zapalnej i jaskry następczej, to jednak nie można w ten sposób wytłumaczyć powstawania jaskry niezapalnej (*gl. simplex*), przy której nie ma tych warunków, niema samej podstawy jaskry powiększonego ciśnienia w gałce. Od samego początku niepokoiło to Graefego, który pierwotnie jaskrę niezapalną uważał

nie za jaskrę, ale za ślepotę z zagłębieniem nerwu wzrokowego (*amaurosis cum excavatione n. optici*) i chociaż później zmienił swój pogląd, to jednak i obecnie zagłębienie tarczy n. wzrokowego bez powiększonego ciśnienia w gałce jest zjawiskiem niezrozumiałem.

Czy jednak nie może być przyczyną zagłębienia tarczy już sama różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce a ciśnieniem w czaszce?

Zagłębienie tarczy możliwe jest tylko przy różnicy pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce; przy tem jest obojętne, czy ciśnienie w gałce jest prawidłowe czy powiększone, byle to ciśnienie było większe od ciśnienia w czaszce. Również i ciśnienie w czaszce pozostawać może w granicach prawidłowych; wszystko zaś sprowadza się do pytania czy możliwą jest różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce?

Że różnica pomiędzy ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w gałce jest możliwa, tego dowodzą tak wypadki jaskry zapalnej ostrej, zapalnej przewlekłej i jaskry następczej, przy których ciśnienie w gałce jest większe, inaczej bowiem nie mogłoby (powstawać zagłębienie tarczy w kierunku jamy czaszkowej) jak również i wypadki powiększonego ciśnienia w czaszce, przy których tarcza jest wypierana w kierunku gałki.

W tych wypadkach, gdzie ciśnienie w czaszce przez czas dłuższy jest mniejsze od ciśnienia w gałce, koniecznym następstwem tej różnicy będzie wytworzenie też zagłębienia tarczy i ślepota pomimo prawidłowego ciśnienia w gałce t. j. ta postać choroby, którą nazywamy jaskrą niezapalną⁵.

Jakkolwiek takie tłumaczenie powstawania jaskry niezapalnej ma wszelkie pozory słuszności, to jednak ostateczne rozstrzygnięcie pytania może być dokonane tylko doświadczalnie na zwierzętach i klinicznie u chorych.

Doświadczenia na zwierzętach robione były przezemnie w instytucie medycyny doświadczałnej w Petersburgu na od-

dziale weterynaryjnym dra Władymirowa i na oddziale fizyologicznym prof. Pawłowa.

Myślą zasadniczą tych doświadczeń było: jeżeli trepanacja obniżyć może do normy nadmierne ciśnienie w czaszce, to wykonana na czaszce z prawidłowem ciśnieniem, może to ciśnienie zrobić mniejszem od ciśnienia w gałce ocznej.

Oczywiście zależeć to będzie od wielkości ciśnienia w gałce, a raczej od stosunku do siebie ciśnień w czaszce i gałce przed trepanacją.

Trepanację na królikach wykonywał dla mnie dr Władymirow, a na psach doc. dr Babkin, asystent prof. dra Pawłowa.

Doświadczenia na królikach nie dały wyników wyraźnych. Doświadczenia na psach przemawiały na korzyść przypuszczenia o pochodzeniu jaskry niezapalnej od obniżenia ciśnienia w czaszce.

Podaję tu opis tych doświadczeń:

Pies Cygan. Wstrzyknięto mu 0.06 morfiny i zachloromowano. Dr Babkin otworzył mu czaszkę na przestrzeni 10 kw. cm, następnie raną zaszyta i zalana klejną (kolodyon). Natychmiast potem tarcza n. wzrokowego błada; na drugi dzień po dokonanych rękoczynach tarcza n. wzrokowego lekko obrzękła, ale nieprzekrwiona. Naczynia na tarczy prawidłowe, być może jednak, że krew żylna jest światlejsza niż zwykle, niż przed otwieraniem czaszki.

20 stycznia. Tarcza nieprzekrwiona i bardziej płaska niż przedtem i w porównaniu z tarczą psa nieoperowanego. Zbadałem tarcze u wielu psów nieoperowanych, u wszystkich tarcza była bardzo wypukła, znacznie wystająca nad poziom siatkówki.

25 stycznia. Oko prawe, które od początku było stale atropinowane, ma tarczę bardziej wgłębioną niż tarcza oka lewego nieatropinowanego.

27 stycznia. Powietrze przez czoło jamy (*sinus frontales*) przenikło pod skórę pokrywającą czaszkę i przez nakłucie skóry na czaszce zostało usunięte.

3 lut. Doktoranci z kliniki prof. Bellarminowa oglądali operowanego psa i wziernikowaniem stwierdzili wklęśnięcie tarczy w porównaniu do wystawiania tarczy u psów nieoperowanych.

Skóra psa operowanego ponad wycięciem porusza się przy oddychaniu jak ciemionko u dziecka⁶.

16 lutego. Enukleacja oka prawego u Cygana i oka u psa białego nietrepanowanego dla drobnozornego porównania położenia siłówki i tarczy przy obniżeniu ciśnienia w czaszce z położeniem siłówki i tarczy przy nie obniżonem ciśnieniu w czaszce.

Pies Czarnuszka. Dr Babkin 13 lutego 1910 r. naprzód usunął mięśnie skroniowe z obu stron głowy dla ułatwienia sobie dostępu do czaszki. Po upływie 20 dni rana była zagojona i wówczas przystąpiono do trepanacji. Po zastrzyknięciu morfiny i zachloroformowaniu psa, dr B. wydlutował w okolicy skroniowej prawej otwór wielkości 9 cm kw., a następnie na całej przestrzeni tego otworu usunął nadomózną (*dura mater*). Jak tylko otwarto czaszkę mózg został wyparty, ale po przecięciu nadomózny i wypłynięciu 4 cm kub. cieczy mózgodzeniowej opadł.

Rana po dokonanych rękoczynach została zeszyta i zalana kleiną.

Natychmiast po dokonanej trepanacji wziernik wykazał lekki obrzęk tarczy.

Badanie wziernikiem w kilka dni po trepanacji wykazało zaczerwienienie tarczy (*papillitis*).

Badanie wziernikiem w kilka tygodni po trepanacji wykazało bladą tarczę i dające się zauważyć zagłębienie.

Psa tego pozostawiono przy życiu dla spostrzegania dalszych zmian.

Badany po pół roku nie wykazał dalszego postępu w zagłębieniu tarczy.

Nie było też i obecnie nie ma u psa tego przy oddychaniu poruszania się skóry ponad miejscem wycięcia, prze-

ciwnie utworzyła się na miejscu wycięcia bardzo gruba twarda blizna naśladowująca kość.

Oko psa trepanowanego i oko psa niotrepanowanego po stwardnieniu i dokonaniu cięć podłużnie przez tarczę wykazały: u psa trepanowanego zagłębienie tarczy i cofnięcie się ku tyłowi sitówki (*lamina cribrosa*) szczególnie wyraźne w porównaniu z tarczą i sitówką w oku psa niotrepanowanego. Cięcia mikrotomowe dokonane były przez dra Rippe'go.

Cięcia te po ich utrwaleniu były pokazywane w Towarzystwie okulistycznym w Petersburgu i w Towarzystwie lekarskim w Dynaburgu.

Na cięciach tych nawet dla nieuzbrojonego oka widoczną jest różnica w położeniu tarczy i sitówki w oku psa trepanowanego a w oku psa niotrepanowanego.

U psa trepanowanego tarcz jest wgłębiona w kierunku czaszkotam, przeciwnie w oku psa niotrepanowanego tarcz jest wypukłona w kierunku wnętrza gałki i ma postać brodawki.

Pomimo doniosłości badań eksperymentalnych na zwierzętach, badania te rzucają tylko światło i pobudzają do porównań, ale nie rozstrzygają jeszcze pytania o zachowaniu się oka ludzkiego. Czułem więc niezbędną potrzebę badań klinicznych, ale nie odrazu trafiłem na właściwą drogę.

Zrazu przypuszczałem, że mogą mi być pomocne dla rozwiązania pytania o obniżeniu ciśnienia w czaszce trepanacye, ale wypadek zrzucił, że rozmawiając z drem Pussep'em dowiedziałem się, że on robi bardzo często nakłucia łądźwiowe przytem nie tylko przy wzmożonem ciśnieniu, ale i w celach rozpoznawczych, a więc nieraz przy ciśnieniu zupełnie prawidłowem w czaszce.

Badania kliniczne nad obniżeniem ciśnienia u chorych prowadziłem wspólnie z drem Pussep'em na oddziale chirurgicznym kliniki prof. Bechterewa. Byli to chorzy, którym robiono nakłucia łądźwiowe.

Jelimow Sergiusz, lat 14, wrzesień 1909. Rozpoznanie: epilepsja. Nakłucia łądźwiowe robiono tu w celu diagnosty-

cznym. Natychmiast po dokonanych nakłuciu łądziwiem powstał ból głowy i jednocześnie wystąpiły objawy jaskry.

Koła tęczowe na około płomienia, mgła przed oczami, bóle głowy.

Natalia Slepowa, l. 33, w maju r. 1909. Natychmiast po nakłuciu łądziwiem ostre bóle głowy, tęczowe koła naokoło płomienia, mgła przed oczami. Na drugi dzień wszystkie powyższe objawy ustąpiły.

L. P., chłopiec 12-letni. Po nakłuciu łądziwiem przez dwa dni widział koła tęczowe koło płomienia, doświadczał bólów głowy i zamgleń wzroku.

W styczniu r. 1911 dr Pussep zgodził się wykonać nakłucia łądziwowe w mojej obecności w następujących warunkach.

Ponieważ nakłucia łądziwowe dokonywane są przeważnie we dnie, więc oczywiście chorzy nie mogą spostrzegać kół tęczowych naokoło płomienia, a zresztą nakłucia te robione są zwykle przez chirurgów, którzy na objawy oczne zwykle mało zwracają uwagi.

W danym wypadku nakłucie łądziwowe dokonane było w zupełnie ciemnym pokoju przy świetle elektrycznym, które zaraz po nakłuciu usuwano. Chory też miał przed oczyma płomień świecy stearynowej w odległości półtorametrowej.

Jak tylko ciecz mózgodzeniowa zaczęła wyciekać, chory natychmiast spostrzegł tęczowe koła naokoło płomienia, przytem koła zielone było bardzo wyraźne, czerwone zaś — mniej wyraźne. Widzenie tęczowego koła naokoło płomienia trwało przez cały czas wycieku cieczy mózgodzeniowej i natychmiast znikło jak tylko ciecz przestała wyciekać. Bólów głowy chory ten nie doświadczał, ale widział mgłę przed oczami.

Dr Pussep następnie sam spostrzegał występowanie objawów jaskrowych po nakłuciu łądziwiem.

Po moim odczycie o powstawaniu jaskry przy obniżeniu ciśnienia w czaszce w Towarzystwie okulistycznym w Petersburgu dn. 27 stycznia r. 1911 okulista z Kaukazu Gorbu-

now 6, obecny na tym posiedzeniu, przypomniał o wypadku jaskry, który wystąpił nagle po nakłuciu łądźwiowem.

Wypadek ten Dr Gorbunow obecnie ogłosił⁴. Kobieta zamężna, z zawodu nauczycielka, lat 24, cierpiała na napady migreny tak ciężkiej, że powstawało przypuszczenie nowotworu w czaszce.

Okulista, do którego się zwrócono dla zbadania dna ocznego, znalazł, że naośny wzrok był zupełnie prawidłowy, ale widzenie obwodowe zwężone od strony nosa na barwę czerwoną i zieloną. Załamania w ośrodkach przeziernych prawidłowe, tarcze nie obrzękłe, ale przekrwione.

Zrobiono nakłucie łądźwiowe, ale bóle głowy nie tylko nie ustąpiły, ale jeszcze się wzmogły tak, że dr G., do którego się następnie zwrócono musiał przerywać badanie. Dr G. znalazł u chorej: pole widzenia zwężone na wszystkie barwy włącznie na białą, od strony nosa aż do 10°, rogówki zmętnione, przednie komórki płytkie, bardzo wyraźne zagłębienie tarczy n. wzrokowego w obu oczach.

Ciśnienie w gałkach bardzo tylko nieznacznie zwiększone. Krople czeryny, a następnie sklerotomia wykonana na obu oczach uzdrowiły chorą i zupełnie usunęły napady migreny. Po przejściu 3 miesięcy Dr G. stwierdził u byłej swej chorej zupełnie prawidłowe pole widzenia w obu oczach.

W jakiś czas potem czuwała przy chorej córce i po wielu bezsennych nocach, po silnych bardzo i przygnębiających wzruszeniach, chora znowu zapadła na migrenę. Powtórna sklerotomia usunęła napady migreny zupełnie.

Oprócz powyższego wypadku Dr G. podaje wypadek, w którym udało mu się usunąć napad ostrej jaskry przez powiększenie ciśnienia w czaszce podawaniem amylnitrytu do wdychania.

Omawiając, opisane przez siebie wypadki, Dr G. wyprowadza przypuszczenie, że teoria Noiszeewskiego daje się zastosować nie tylko do powstawania jaskry niezapalnej, ale i do jaskry zapalnej, ostrej i przewlekłej.

Nie ulega wątpliwości, że nagle obniżenie ciśnienia w cza-

szcze sprowadza napad jaskry ostrej, a raczej ostry napad jaskry jak to zresztą widzieliśmy na wypadkach po nakłuciu łądzwiowem. Jeżeli zaś w pracy swej mówiłem o jaskrze niezapalnej — *glaucoma simplex*, to dla tego, że powstawania jaskry niezapalnej inaczej wytłumaczyć niepodobna. Zresztą w pierwszych swych pracach o powstawaniu jaskry przy obniżeniu ciśnienia w czaszce bardzo wyraźnie zauważyłem⁷, że jeżeli inne rodzaje jaskry mogą być jeszcze tak lub inaczej tłumaczone, to powstawanie jaskry niezapalnej tylko obniżeniem ciśnienia w czaszce może być wytłumaczone.

Bóle głowy występują nie tylko przy wzmożonym ciśnieniu w czaszce, ale i przy obniżonym ciśnieniu, szczególnie, jeżeli to obniżenie występuje nagle. Czy jednak wiele przypadków migreny da się sprowadzić jako do przyczyny do obniżenia ciśnienia w czaszce, tego obecnie nie podobna jeszcze przesądzać.

Muszę jednak przyznać słuszność Dr G., że łzawienie i światłowstręt nieraz bywają zwiastunami jeżeli jeszcze nie jaskry, to w każdym razie objawem zachwiania równowagi pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce.

Występowanie objawów jaskrowych przy nagłym obniżaniu ciśnienia w czaszce, po nakłuciu łądzwiowem, nasunęły mi myśl, że być może takie obniżenie ciśnienia możebne jest i bez nakłucia łądzwiowego. I rzeczywiście wypadki takie dają się spostrzegać.

Antoni M., lat 29, leśnik z Kierupia, przysłany był do lecznicy ocznej w Pohulance przez doc. Dr Żebrowskiego dnia 27 lipca 1910 r.

Chory uskarża się, że każdym razem jak tylko jest bardzo zmęczony lub głodny, doświadcza zawrotów głowy, bólu w skroniach i widzi mgłę przed oczami. Badanie wzornikiem wykazało: znaczne już zagłębienie tarczy n. wzrokowego w obu oczach, w większym jednak stopniu w oku prawym, zwężenia pola widzenia nie było jeszcze.

Rogoza, wojskowy, l. 35, zwrócił się do mnie w grudniu 1909 r., skarżąc się na występujące od czasu do czasu kółka

teczowe naokoło płomienia i na mgłę przed okiem prawem. Przypadłości te zaczęły występować u niego od niedawna i tylko przy grze w karty (R. jest zawodowym graczem, przegrywa i wygrywa olbrzymie sumy). Badanie wzornikiem wykazało lekki stan zapalny n. wzrokowego w oku prawem, ale zagłębienia jeszcze nie było.

Po dwóch latach chorego tego spotkałem wypadkowo; na moje pytanie o stanie swego wzroku odpowiedział: wszystko byłoby dobrze, gdyby nie to, że wcale nie mogę grać w karty; wówczas natychmiast występują bóle w skroniach i czole, mgła przed okiem i koła tęczowe naokoło płomienia.

Zauważył też, że ostatnimi czasy objawy te występują nie tylko przy grze, ale i w stanach przygnębienia.

Pracując nad powstawaniem jaskry przy obniżeniu ciśnienia w czaszce, zwracałem się do fizjologów z zapytaniem co im wiadomo o obniżeniu ciśnienia w czaszce.

Ale nawet taka powaga w fizjologii, jak prof. Pawłow, powiedział mi z całą otwartością, że o obniżeniu ciśnienia w czaszce i jego objawach nie ma żadnych wiadomości. Wprawdzie Tigerstedt⁸, podaje na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że ciśnienie w czaszce zmienia się w zależności od postawy zwierzęcia i powiększa się ciśnienie w czaszce, jeżeli zad zwierzęcia będziemy wznosili ku górze »und sinkt im entgegengesetzten Falle und kann dabei sogar negative Werte erreichen (Siven)*.

Na zakończenie sądzę, że do przyczynowych momentów jaskry, obok najgłówniejszego powiększenia ciśnienia w gałce należy postawić drugi nie mniej ważny — obniżenie ciśnienia w czaszce; przytem nagłe obniżenie ciśnienia w czaszce prowadzi do ostrego napadu jaskry, stałe obniżenie prowadzi do jaskry niezapalnej.

Piśmiennictwo.

1. Hortsmann. Ueber glaucoma simplex. Arch. f. Augenh. XI—II. S. 144.
2. Schmidt-Rimpler. Glaucoma s. 24 Graefe-Saemisch. 2 Aufl.

3. Bitzos. Le glaucaume et la papillite glaucomateuse. An d'ocul. CXII p. 92.
4. Noiszewski. Zapalenie tarczy n. wzrokowego (papillitis) Post. okul. 1910.
5. Noiszewski. Jaskra, wykład habilitacyjny Post. okul. 1909.
6. Gorbunow. Glaucoma w następstwie obniżenia ciśnienia w czaszce (doniesienie tymczasowe). Wraczebnaja gazeta nr. 30 r. 1911.
7. Noiszewski. Jaskra. Post. okul. 1909.
8. R. Tigerstedt. Lehrbuch d. Physiologie des Menschen. B. II. 3-te Aufl. Leipzig. str. 419.

Przyczynek do kazuistyki torbieli oczodołu.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Przyp. 1-szy A. N., 15-letnia. Prawe oko zupełnie prawidłowe. Lewa gałka oczna nieznacznie wysadzona i odsunięta ku dołowi, o tyle, że brzeg górny rogówki jest położony o 2 mm niżej od brzegu górnego rogówki prawej gałki. Poza tem $V=1$, ruchy gałki ograniczone ku górze i ku wewnątrz, podwójne widzenie. Mały palec wsunięty pomiędzy gałkę a ścianę oczodołu wyczuwa w nosowej części oczodołu dość gruby lecz miękki brzeg położonego w tej części otworu. Rodzice upewnniają, że zmiany w położeniu gałki spostrzegli dopiero po 4-tym roku życia, były one jednak bardzo mało widoczne i dopiero od roku wyraźniej występować zaczęły.

Dokonałem wzdłuż brzegu dolnego brwi cięcie od końca jej nosowego do początku zewnętrznej trzeciej jej części przez skórę i powieki. O 2 cm głębiej ukazał się brzeg przedni

guza, który znajdował się pomiędzy okostną oczodołu a lejkiem mięśniowym, nie był zrosnięty z częściami przyległymi, posuwał się wgłęb oczodołu stopniowo się zwężając i dochodził prawie do wierzchołka lejka, w okolicy którego był przymocowany do kości. Po usunięciu guza założyłem trzy szwy. Po 6 dniach sprawa zupełnie była wygojona.

Wycięty guz miał kształt bardzo spłaszczonego ostrza słupa, którego podstawa 4 cm długości i 1 cm. grubości mająca, była skierowaną ku przodowi, wysokość ostrosłupa około 8 cm. Powierzchnia guza nie była gładką, przeciwnie widoczne były na niej znaczne wypukłości, wielkości grochu. Na cięciu powierzchnia była lśniąca; guz składał się z kilku mniejszych obok siebie położonych podługowatych utworów, z których każdy był otoczony cieniłą torebką z włóknistej tkanki łącznej, tę zaś ku wewnątrz pokrywał przybłonek o płaskich komórkach, których zaródź zawierała liczne ziarnka tłuszczowe. Zatokę stanowiły bardzo płaskie znacznej wielkości komórki, ułożone współśrodkowo, w których obecność jąder nie dała się udowodnić, pomiędzy nimi zaś znajdowały się ziarnka tłuszczowe i kryształy cholestearyny. Wszystkie utwory otaczała wspólna torebka z tkanki łącznej, grubości około 0,5 mm.

Oczywiście mieliśmy w danym przypadku odrębną postać guza o wyglądzie tego, któremu J. Müller dał nazwę cholesteatomy, a Cruveilhier *tumeur perlée*. W powstaniu jego jednak czynnym był przybłonek, który znów najzupełniej przypominał przybłonek nie skóry, lecz gruczołów łojowych. Wecker (Traité d'ocul. 1968) utrzymywał, iż torbiele oczodołu powstają drogą zadzierżenia z torebek włosowych skóry i zostają jakoby w bezpośrednim połączeniu ze skórą. Takie pochodzenie miały mieć nie tylko kaszaki, łojaki i żółcio-łojaki, lecz nawet torbiele włosowe w jednym przypadku zęb zawierające. Berlin w swej pracy o guzach oczodołu (Graefe-Saemisch wyd. 1-sze zes. XI) słuszną robi uwagę, że taki sposób rozwoju torbiele przez nikogo nie został stwierdzony. W 2 tylko przypadkach guzy były połączone ze skórą, lecz w obu

zapomocą przetoki pochodzenia wątpliwie urazowego. Dokładny opis przypadku prawdziwej cholesteatomy podał Schirmer (Deutschmanns Beiträge, Zeszyt XXXIV).

Guz mieścił się pomiędzy okostną a ścianą oczodołu. Przypadek ten uchodzi za rzadki. Lagrange (Encykl. franc. d'opht. 1909, VIII p. 698) utrzymuje, że przypadki nowotworu tego są bardzo rzadkie, uważa je za nabyte, utrzymuje, że powstają zawsze pod okostną i nie mają ściany własnej. W moim przypadku guz najpierw powstał w samym oczodole, pod względem budowy zupełnie się różnił od cholesteatomy, był raczej podobny do zwykłego kaszaka i był przymocowany do kości. Nadto posiadał własną torebkę z tkanki łącznej, dla każdej części odrębną i wspólną dla wszystkich i był wrodzony, jakkolwiek znacznie zaczął się powiększać dopiero od 16-go roku życia. Pochodzenie istoty guza było wyraźnie przybłonkowe, komórki zaś na wewnętrznej powierzchni torebki zachowane zupełnie przypominały przybłonek gruczołów łojowych. Guz wszakże nie tylko nie pozostawał w żadnym zgoła stosunku ze skórą, lecz jak nadmienilem już, bezpośrednio był zrośnięty ze ścianą oczodołu, w okolicy wierzchołka tegoż.

Przyp. 2-gi. P. R., 32-letnia. Lewe oko zupełnie prawidłowe. Prawe oko: powieki i spojówka gałki bez żadnych zmian, rogówka również. Gałka dość znacznie wysadzona i odsunięta ku dołowi o tyle, że brzeg górny rogówki znajduje się na poziomie brzegu dolnego zrenicy lewego oka. To też ruch gałki ku górze znacznie zmniejszony, inne ruchy prawidłowe, dno oka również. Podnoszą jak najbardziej górną powiekę, spostrzegany na gałce półkulistej wydatność o średnicy prawie 2 cm, a 5 mm ku górze od brzegu górnego rogówki która skierowuje się ku równikowi gałki. Badanie zapomocą palca nie jest w stanie wykazać, czy guz znajduje się tylko na gałce, czy też początek jego głębiej sięga. Spojówka w okolicy guza wszędzie była przesuwalna, miał on najzupełniej wygląd torbiela.

Przystępując do operacji, chciałem usunąć torbiel całkowicie oszczędzając, o ile by się to dało, spojówkę. Jednakże

nie zdążyłem jeszcze oddzielić brzeg przedni torbieli od spojówki, gdy przez drobny otwór, powstały wskutek ujęcia ściany jego szczypcykami, w jednej chwili obficie wylała się ciecz o cechach zwykłej surowicy i nastąpiło zupełne spadnięcie torbiela. Z trudnością udało mi się tylko wyciąć cząstkę górnej ściany torbiela przeszło 1 cm wielkości.

Badanie drobnowidowe wykazało: bardzo cienką ścianę torbiela stanowiła tkanka łączna, której pęczki krzyżowały się z sobą w rozmaitych kierunkach, naczynia krwionośne były nieliczne. Powierzchnię zewnętrzną pokrywał kilkuwarstwowy przybłonek (spojówki), przeważnie o płaskich komórkach, we wnętrzną zaś powierzchnię torbiela pokrywały komórki bardzo płaskie o brzegach nierównych, kształt ich zatem zupełnie przypominał komórki naczyń włosowatych i jam chłonnych. Przypnać zatem możemy, że w danym przypadku utwór torbielowy powstał wskutek rozszerzenia woreczka maziowego, znajdującego się pomiędzy górnym prostym mięśniem ocznym a gałką.

Przypadki do opisanego zbliżone do bardzo rzadkich należą. Berlin (l. c.) utrzymuje, iż podobnego pochodzenia torbieli badanie anatomiczne dotąd nie stwierdziło. Lagrange jednak (l. c.) przyznaje możliwość powracania tych torbieli z woreczków maziowych, położonych nad i pod ścięgnem dźwigacza powieki górnej.

II. STRESZCZENIA.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1911. Nr 13, 15, 16, 26, 34, 36, 38, 40, 41. (Referent Doc. Dr W. Reis).

O schorzeniach oka po leczeniu salwarsanem. (Ueber Augenerkrankungen nach Salvarsan-Behandlung). Dawids.

Po wstrzykiwaniach salwarsanu mogą wystąpić ciężkie schorzenia na oczach przedtem zupełnie zdrowych. Wszystkie te scho-

rzenia należy uważać jako prawdziwe kiłowe, a powstają najprawdopodobniej dlatego, że wstrzyknięcie nie działało dość silnie.

W przypadku przez autora opisanym wystąpiło po śródnięśniowym wstrzyknięciu na oczach zupełnie zdrowych, równocześnie z odczynem Herxheimera, ciężkie, kiłowe zapalenie tęczówki z nawrotami, które szybko ustąpiło po zastosowaniu drugiego, śródzielnego wstrzyknięcia.

Salwarsan przy chorobach dnaoka. (Salvarsan bei Augenhintergrundleiden). Falla.

Na podstawie spostrzeżenia dwóch przypadków (1 obustronna *neuroretinitis*, 1 *neuro-chorioretinitis* oka lewego) zajmuje autor wobec stosowania leczniczego salwarsanu stanowisko następujące:

Skoro nerw wzrokowy jest schorzały, to salwarsan może działać szkodliwie i nie należy go stosować. Przy kiłowych schorzeniach ciała szklistego, siatkówki i naczyńówki pierwszeństwo należy oddać leczeniu rąciowo-jodowemu, a salwarsan próbować tylko w przypadkach, gdy tamte oba środki zawiodą. Przed każdym zastosowaniem salwarsanu, pożądanem jest dokładne zbadanie oczu.

O doświadczalnej gruźlicy tęczówki i naczyńówki królików. (Ueber experimentelle Iris- und Chorioidealtuberkulose der Kaninchen). Schieck.

Autor starał się na podstawie kilkudziesięciu doświadczeń przeprowadzonych na królikach, rozstrzygnąć następujące zagadnienia:

1) Czy istnieje różnica między wprowadzeniem do przedniej komory i do krwi prątków gruźliczych o typie ludzkim i zwierzęcym (*Typus humanus* i *T. bovinus*)? różnica uwydatnia się w tem, że guzki gruźlicze, wytworzone przez ludzki prątek gruźliczy po szczepieniu do przedniej komórki wykazują małą skłonność do zserowacenia, wielką natomiast do samoistnego wygojenia, podczas gdy guzki szczepione typem zwierzęcym, mimo bardzo słabych dawek, ulegały zawsze całkowitemu zserowaceniu. Przy szczepieniu do krwi działanie obu szczepów gruźliczych jest dla oka słabe; jeśli się guzki wytworzą, to ulegają samoistnemu wessaniu.

2) Istniejąca gruźlica jednego oka ma wyraźny ochronny lub przynajmniej łagodzący wpływ na przebieg gruźlicy w szczepionem oku drugim.

3) Zawartość w cieczy komorowej lub surowicy krwi niweiczników gruźliczych nie idzie w parze ze sprawą gojenia się.

4) Przy śródzielnem zakażeniu prątkami niweiczniki w oku

zdrowem można było tylko wykazać w cieczy wodnej świeżo wytworzej (po punkcyi), podczas gdy w oku chorem na gruźlicę po zakażeniu przez komórkę przednią, niweczniaki znajdowały się w każdorazowej cieczy wodnej.

5) Próby odpornienia zwierzęcia, na zakażenie gruźlicze, dały wyniki ujemne.

O nowym przyrządzie do odwinięcia powieki górnej.
(Ueber ein neues Instrument zum Ektropionieren des Oberlides [Ektropionator]). Hertzell.

Dla umożliwienia odwrócenia górnej powieki, w szczególności załamka, lewą ręką i pozostawienia prawej ręce swobody ruchów dla wykonania zabiegów leczniczych, posługuje się autor płytką metalową, która na wzór napastrka nasadza się na opuszkę środkowego palca lewej ręki.

W sprawie doświadczalnej gruźlicy oka. (Zur experimentellen Tuberkulose des Auges). Krusius — Berlin.

Do wyjaśnienia stosunków wzajemnych, istniejących między wartościowością zakażenia, a okresem wylegania, zdążał autor trojakiemi drogami:

1) Przy stałej jadowitości i ilości bakteryi i odosobnionem szczepieniu w poszczególne tkanki oka mógł K. z długości okresu wylegania wyciągać wnioski o wrażliwości danej tkanki na gruźlicę. (*Inkubations-Zeitmethode*). Przy zastosowaniu tej metody okazało się, że wrażliwość na gruźlicę słabnie w poszczególnych tkankach w następującym porządku: ciało szkliste, komora przednia, rogówka, spojówka (soczewka).

2) Oznaczenie najmniejszych ilości, które przy stałej jadowitości w poszczególnych tkankach wywołują klinicznie dostrzegalne zmiany chorobowe (*Schwellwertmethode*) bez uwzględnienia czasu inkubacyi, wykazało, że te wartości stoją w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do wrażliwości na gruźlicę, a w prostym stosunku do czasu wylegania.

3) Spostrzeganie klinicznego przebiegu (metoda podlegająca wszakże najbardziej przedmiotowej ocenie) wykazuje jednakże zgodnie, że wrażliwość na gruźlicę poszczególnych tkanek oka zmniejsza się w wymienionym porządku (ciało szkliste, komora przednia, rogówka, spojówka, (soczewka) i że złośliwość klinicznego przebiegu stoi w prostym stosunku do wrażliwości na gruźlicę dotyczących części oka.

Co się tyczy soczewki to zastrzedz się trzeba, że tylko soczewka z torebką nienaruszoną zajmuje ostatnie miejsce w tym

szeregu — obecność bowiem wolnych, pęczniejących włókien soczewkowych w znacznym stopniu podwyższa wrażliwość na gruźlicę innych części oka. Odporność soczewki jest więc raczej natury mechaniczno-anatomicznej, a nie biologicznej w ścisłym tego słowa znaczeniu.

O działaniu energii promienistej na gruźlicę doświadczalną oka. (Zur Einwirkung der Strahlenenergie auf die experimentelle Tuberkulose des Auges). Flemming und Krusius. — Berlin.

Autorowie badali:

1) działanie energii promienistej na zawiesinę bakterii i wynik następowego zakażenia;

2) działanie energii promienistej na oko jeszcze nie szczepione i przebieg następowego zakażenia;

3) działanie energii promienistej na bakterie już do oka zaszczipione, w okresie wylęgania choroby, poniekąd jako próba zapobiegawcza;

4) wreszcie działanie energii promienistej na bakterie już po klinicznym wystąpieniu choroby, jako próba lecznicza.

W doświadczeniach tych źródłem dla energii promienistej były: *radium*, *mesothorium* i słońce. Co się tyczy słońca, to autorowie badali działanie jego na nizinie podczas bezchmurnych dni w Berlinie i podczas podróży balonem na wysokości 5000—6000 metrów nad poziomem morza dla przekonania się, czy w wyższych warstwach atmosfery działanie energii promienistej słońca nie będzie silniejsze.

Badania powyższe wykazały, że siły te nie są bez wpływu na bodźce chorobotwórcze i zakażony ustrój. Nawet po ustąpieniu zakażenia może naświetlanie wywołać osłabienie przebiegu choroby. W porównaniu z promieniami słonecznymi jest działanie promieni radu i *mesothorium* słabsze, zniszczenia zarazków nie osiągnięto nawet przy kilkugodzinnem działaniu, wystąpiło tylko wybitne osłabienie.

Na uwagę zasługuje znacznie silniejsze działanie promieni słonecznych w większych wysokościach nad poziomem morza.

Na wysokości 5000—6000 m jest bakteryobójcze działanie słońca więcej niż trzy razy silniejsze. Dla wyjaśnienia tych spostrzeżeń dodać trzeba, że oprócz działania bakteryobójczego energii promienistej na bodźce chorobotwórcze stwierdzić można także działanie tych promieni na ustrój, w szczególności na naczynia.

Zwężenie źrenicy przez dowolny ruch mięśni. (Pupillenverengerung durch willkürliche Muskelbewegung). Schlesinger.

Ruchy źrenic odbywają się w drodze odruchowej. Wyjątek stanowi odruch Westphala Piltza, który powoduje zwężenie źrenicy przy usiłowaniu silnem zamknięciu powiek nawet przy nieruchomości źrenicy. Również dowolne zwężenie źrenicy otrzymuje S. przy silnem podniesieniu brwi ku górze. Odruch ten nazywa S. odruchem czołowym; występuje on również przy nieruchomości źrenicy.

O istnieniu tego odruchu można się przekonać zapomocą entoptycznego samospostrzegania. Przed jednym okiem trzyma się zgiętą tekturkę, która zupełnie tamuje dostęp światła; przed źrenicą znajduje się otwór okrągły wielkości główki od szpilki. Po zasłonięciu oka drugiego skierowuje się wzrok do rozprósnego dziennego światła, wówczas otwór przedstawia się jako słabo oświetlony krąg, którego obwód odpowiada każdorazowej wielkości źrenicy. Przy podniesieniu brwi ku górze następuje odruchowe zmniejszenie się tego entoptycznego pola świetlnego. Odruch czołowy podlega znużeniu, po kilkurazowym zastosowaniu już nie występuje; po krótkim pobycie w ciemności daje się znowu wywołać. Wytlumaczenie tego odruchu jest trudne: być może, że idzie tu o czysto mechaniczne przekrwienie tęczówki powstałe wskutek tego, że silny skurcz mięśni czołowych spowodował znaczniejszy przypływ krwi do naczyń tęczówki, lub też myślećby można o wspólnem podrażnieniu dróg ośrodkowych, tembardziej, że dźwignac powieki górnej, który przy każdym kurczu mięśni czołowych również zostaje pobudzony, podobnie jak zwieracz źrenicy zostaje zaopatrywany przez nerw okoruchowy.

Salwarsan i oko. (Salvarsan und Auge). Reissert.

Przypadek przez autora spostrzegany dotyczył młodego czołowieka, który w kilka dni po wystąpieniu kiły pierwotnej dostał wstrzyknięcie podskórne salwarsanu (0,4), a skoro po 4 tygodniach wystąpiła osutka skórna, dostał powtórne wstrzyknięcie podskórne (0,5). Przez dwa miesiące nie było żadnych objawów chorobowych, dopiero po tym czasie wystąpiły bóle głowy i twarzy a w dalszym ciągu pogorszenie bystrości wzroku na oku prawem. Przy badaniu stwierdzić można było wybitne zapalenie nerwu wzrokowego. Leczenie rtęcią i jodem nie sprowadziło poprawy, wystąpiło coraz znaczniejsze pogorszenie bystrości wzroku, a do tego przyłączyło się jeszcze zapalenie krwotoczne siatkówki i zaćmienia w ciele szklistem. W końcu wystąpiło ostre zapalenie tęczówki i rogówki.

Po dokładnem omówieniu przypadku przychodzi autor do przekonania, że miał tu do czynienia ze schorzeniem oka w następstwie salwarsanu i przypuszcza, że przy śródżylnem stosowaniu salwarsanu nie przyjdzie do podobnych zaburzeń ocznych.

Podwójne przebicie oka i stwierdzenie tegoż zapomocą promieni Röntgena. (Doppelte Perforation des Auges und Nachweis durch Röntgenstrahlen). Jung.

Autor zastanawia się nad sposobami służącymi do oznaczenia umiejscowienia ciała obcego w gałce lub po za gałką zapomocą promieni Röntgena. Dochodzi przytem do wniosku, że cień podwójny otrzymany przy metodzie Köhlera nie stanowi pewnego dowodu, że ciało obce tkwi w gałce, natomiast cień pojedynczy przemawia za pozagałkowym umiejscowieniem ciała obcego. Także bardziej powikłane metody badania Fränkla, Holtha i innych nie zawsze prowadzą do ścisłego określenia siedliska ciała obcego.

O ciąży jako przyczynie cierpienia nerwu wzrokowego i siatkówki. (Ueber die Gravidität als Ursache der Erkrankung des Sehnerven und der Netzhaut). Dotganow.

Autor omawia zaburzenia oczne powstające wskutek ciąży i zalicza do nich przypadek przez siebie spostrzegany. Dotyczył on młodej kobiety, u której w 3 miesiącu ciąży stwierdzić można było obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Po wykluczeniu wszystkich innych przyczyn, dochodzi do wniosku, że spostrzegane przez niego zapalenie nerwu wzrokowego stoi w bezpośrednim związku z ciążą. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia (leżenie w łóżku, dyeta, sajdyna i poty) nastąpiła poprawa bystrości wzroku, stała się utrzymująca, tak, że zaniechano wywołania szlucznego poronienia.

Zmniejszenie ucisku w oczodole przez usunięcie zewnętrznej ściany oczodołu przy bardzo znacznym wytrzeszczu gałki (choroba Basedowa) i następowem schorzeniu rogówki. (Die Druckentlastung der Augenhöhle durch Entfernung der äusseren Orbitalwand bei hochgradigem Exophthalmus (Morbus Basedovii) und konsekutiver Hornhauterkrankung). Dollinger.

Przy chorobie Basedowa trzeszcz gałki bardzo znacznego stopnia należy do przypadków rzadkich, jeśli jednak wystąpi w tak silnym stopniu, to może spowodzić obrzęk spojówki gałkowej, zmętnienie rogówki, wrzody, przebicie i zniszczenie gałki ocznej. Sattler przytacza takich przypadków 63, z których 12, z powodu tych powikłań, zakończyły się zejściem śmiertelnem.

Podobny przypadek powikłań rogówkowych z powodu silnego trzeszczu gałki spostrzegął D. i zastosował usunięcie zewnętrznej ściany oczodołu, przez co osiągnął zmniejszenie się wysadzenia gałki i wygojenie zmian zapalnych na rogówce.

Sposób wykonywania operacyi objaśniają rycyny.

Ophthalmology. R. 1911. Vol. 7. nr 4. (Referent K. W. Majewski).

Przemysłowe wykształcenie ślepych. (The Industrial Education of the Blind). W. H. Taft. (Prezydent Stanów Zjednoczonych).

Jest to przemowa prezydenta, wygłoszona przed szerszą publicznością z okazji otwarcia wystawy rękodzielniczej wyrobów i prac pochodzących z różnych nowojorskich zakładów wychowawczych i naukowych dla ślepych. Na wstępie nakreśla on zarys historyczny usiłowań w kierunku poprawy bytu ślepych od urodzenia i ociemniałych. Do 18-go wieku społeczeństwa pozostawiały tych nieszczęśliwych ich własnemu losowi. Dopiero w roku 1785 za czasów Ludwika XVI zrobiono pierwszy rozumny krok przez założenie instytutu wychowawczego dla ślepych w Paryżu. Za przykładem Francyi poszła wnet Anglia, a dziś już w całym cywilizowanym świecie robi się bardzo wiele dla zwalczania ślepoty, względnie dla złagodzenia jej następstw w gospodarstwie społecznem. Działalność na tem polu odbywa się również w dwóch kierunkach: Z jednej strony ogromne znaczenie mają środki zapobiegawcze wobec tego, że 26 do 50% przypadków utraty wzroku stanowią takie rodzaje ślepoty, których przez odpowiednie leczenie chorób ocznych można uniknąć, a nieustanne postępy wiedzy okulistycznej rokują, że odsetek przypadków ślepoty nieuchronionej z biegiem czasu jeszcze bardziej się zmniejszy.

Z drugiej strony zdążają usiłowania do poprawy losu i zapewnienia niezależności materialnej tym, którym już wzroku przywrócić nie można. Praca licznych stowarzyszeń i zakładów wykazuje, że zakres zajęć, jakim ociemniałym mogą się samodzielnie oddawać z pożytkiem dla siebie i dla drugih, coraz bardziej się zwiększa. Dowodem jest właśnie wystawa prac ślepych rękodzielników, otwarta pod auspicjami potężnego nowojorskiego Towarzystwa dla ociemniałych. W Nowym Yorku żyje 2.300 osób ślepych,

jeden więc ślepy wypada na 1000 mieszkańców, to też kończąc prezydent Taft wyraża wdzięczność założycielee wspomnianego Towarzystwa Miss Holt, która dotąd pracą swą i ofiarnością popiera jego użyteczną działalność.

Nie opisany dotąd sposób użycia skiaskopii. (A hitherto Undescribed Term in Skiascopy). Claiborne. (Nowy York).

Zamiast poruszać zwierciadłem skiaskopu w sposób powszechnie używany dookoła osi trzonka trzymanego pionowo, poziomo, lub skośnie, nadaje autor lusterku temu ruch wirowy dookoła osi przednio-tylnej w sposób, którego jednak bliżej w swym artykule nie objaśnia. Z opisu można tylko wynioskować, że podczas tego ruchu linia przechodząca prostopadle przez środek lusterka opisuje poboczną stożka, którego wierzchołek pada na otwór lusterka. Badanie odbywa się przy źrenicy *ad maximum* rozszerzonej. Cień obiega wtedy źrenicę wkoło. Zależnie od rodzaju lusterka, czy jest wklęsłe, czy płaskie, i zależnie od stanu refrakcyi badanego oka ruch cienia odbywa się w kierunku jak ruch wskazówek na zegarze, albo też w kierunku odwrotnym. W przypadkach niezborności ruch cienia w obrębie źrenicy jest bardzo zakłócony, nie daje się ująć w proste reguły, toteż autor sam przyznaje, że zjawiska spostrzegane, jakkolwiek ciekawe ze względów czysto naukowych i akademickich, nie nadają się jednak do zużytkowania w codziennej praktyce okulistycznej.

Wyplukiwanie resztek po operacyi zaćmy. (Intra-ocular Irrigation after Cataract Extraction). Ch. Lukens (Toledo).

Autor przypomina historję wprowadzenia metody wyplukiwania resztek kory soczewkowej przy operacyi zaćm miękkich i niedojrzałych. Pierwszym, który tego sposobu użył był Guérin w roku 1773, ale mało znalazł naśladowców. Dopiero w r. 1884 Mac-Keown z Belfast zapomniana już metodę na nowo w życie wprowadził. Tym razem myśl wyplukiwania kory szybko się przyjęła najpierw u operatorów angielskich, potem rozpowszechniła się też na kontynencie. Do Ameryki wprowadzili ją Williams z Bostonu i Lippincott z Pittsburga. Ale i dziś jeszcze tak w Ameryce, jak w Europie ma ona sporo zawziętych przeciwników. Ankieta urządzona w r. 1905 przez Bulsona wśród okulistów amerykańskich przyniosła 65 orzeczeń najbardziej znanych tamtejszych operatorów. Z tych tylko 30 oświadczyło się bez zastrzeżeń za metodą wyplukiwania, inni zaś, bądź to przyznali się do braku doświadczenia w tym kierunku, bądź też, porobiwszy do-

świadczenia niekorzystne, mniej lub więcej stanowczo metodę tę odrzucają. Autor jest przekonany, że gdyby dzisiaj wznowić taką ankietę, to liczba zwolenników wyflukiwania okazałaby się nierównie wyższą, a to dzięki udoskonalonym przyrządom, pozwalającym wykonywać ten zabieg z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki *).

Nadżerki rogówki powrotne. (Recurring Corneal Erosions). W y l e r (Ciucinnati).

Autor rozróżnia co do nasilenia trzy stopnie w obrazie klinicznym powrotnej nadżerki rogówkowej: w najlżejszych przypadkach po wygojeniu pierwotnej zmiany rogówkowej, czy nią jest *erosio traumatica*, czy *herpes corneae febrilis*, najściślejsze oglądanie rogówki zapomocą lupy, ani badanie wziernikiem, ani keratopskopem nie wykazuje w dotyczącem miejscu żadnego widocznego śladu na przybłonku rogówki. Rogówka jest zupełnie przezroczysta, powierzchnia jej gładka i lśniąca. Mimo tego w krótszych lub dłuższych odstępach czasu nadżerka w pierwotnie uszkodzonym miejscu odnawia się i sprawia choremu dolegliwości, nieraz znaczny ból, pokrywając się jednak znowu każdym razem świeżym przybłonkiem, bez pozostawienia śladu. W przypadkach cięższych pierwotna zmiana pozostawia po sobie mniej lub więcej widoczne zaćmienie powiększające się nieraz po każdym nowym nawrocie. O ile zatem dotyczy środka rogówki, spowodować może znaczne obniżenie wzroku, przytem keratopskop wykazuje w obrębie zaćmienia wybitne nierówności warstwy przybłonkowej. Najgorsze są zaś przypadki, zazwyczaj powstające wskutek urazu, gdzie pierwotny ubytek powierzchniowy wogóle nie okazuje żadnej skłonności do zabliźnienia i sprawa przewleka się w nieskończoność, a gdy się ją z trudem doprowadzi do wygojenia, wkrótce powstają nawroty równie długotrwałe i równie uporezywe.

Jako skuteczny środek leczniczy poleca autor rozcieńczoną wodę chlorową, w której macza koniec sondy owiniętej odrobina waty i przyżega ubytek rogówkowy po poprzednim znieczuleniu 3% kokainą i zabarwieniem 1% roztworem fluoresceriny. Zazwyczaj wystarcza jednorazowa aplikacja, w niektórych przypadkach jednak trzeba zabieg ten powtórzyć.

*) Nie powinien był autor pominąć milczeniem metody ¹⁾ prof. Wicherkiewicza wyflukiwania resztek korowych.

(Przyp. ref.).

¹⁾ od 30 lat praktykowanej.

W.

Leczenie jaglicy podspojówkowemi wstrzykiwaniami rozczyntu sinku rtęci. (The Treatment of Granular Ophthalmia and its Complications by the Sub-conjunctival Injection of a Solution of Cyanide of Mercury) Elliot (Madras).

Henryk Smith, znany propagator wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce, wystąpił na kongresie lekarskim w Bombay'u z propozycją, aby wprowadzić powszechne użycie wstrzykiwania rozczyntu sinku rtęciowego do leczenia jaglicy wychwalając sposób ten jako niezawodny i działający szybciej niż wszelkie inne dotąd stosowane sposoby i środki. Wobec tak szumnych zapowiedzi autor powyższego artykułu major Elliot dyrektor szpitala oftalmicznego w Madrasie i jego pierwszy asystent porucznik Craggs postanowili przedsięwziąć próby trzymając się ściśle przepisów Smitha. Zaczęli stosować wstrzykiwania sinku rtęci w przypadkach jaglicy, w których obydwie oczy były w jednakim stopniu zajęte, przyczem jedno oko leczone było wstrzykiwaniami, a drugie klasycznym sposobem (azotan srebra, wyciskanie granulacji, siarkan miedziowy). Doświadczenia te wypadły do tego stopnia niekorzystnie dla sposobu zaleconego przez Smitha, że w interesie chorych musieli autorowie w krótkim czasie dalszych prób zaniechać. Zastrzykiwania są bardzo bolesne; wywołują natychmiastowo silny obrzęk spojówki i powiek i odczyn zapalny, a co gorsza nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg jaglicy, nie sprowadzają zaniku ziarnistości, jak to zapewnia Smith, ale przeciwnie pod każdym względem pogarszają stan chorego oka. Wydzielina, łzawienie i przekrwienie oka stale się wzmagają, łuszczone się powiększa i grubieje, owrzodzenia szerzą się, nie okazując najmniejszej skłonności do gojenia. Zdaniem autorów wstrzykiwania sinku rtęciowego nie mają dla leczenia jaglicy żadnej wartości*). Smith zaleca też używanie $12\frac{1}{2}\%$ rozczyntu azotanu srebra. Autor występuje również przeciwko tak stężonym rozczyntom, polecając się na największe powagi świata okulistycznego polecające 2% rozczynt lapisu, jako najsilniejszy z tych, co mogą być bez obawy powikłań stosowane na chorą spojówkę.

Uszkodzenia oczu domorodnym prochem strzelniczym. (Native Gun Powder Injuries of the Eye) Elliot. — (Madras).

Pod koniec roku przypada w Indjach wschodnich okres uroczystości religijnych Deepawali i Karthike. Do programu tych uro-

*) Ten sam ujemny wynik otrzymywałem robiąc doświadczalnie wstrzykiwania podspojówkowe sublimatem wzgl. sinkiem rtęci.

czystości należą też strzały moździerzowe, a także strzelanie małymi nabojami prochu, sporządzanymi przez ludność domowym przemysłem. W tym też okresie zdarzają się bardzo często rozliczne uszkodzenia oczu spowodowane wybuchami prochu. Obraz kliniczny tych uszkodzeń jest bardzo znamieny: oprócz objawów mniej lub więcej znacznego oparzenia stwierdza się obecność niezliczonych drobnitulkich ziarn prochu, barwy żywo-czerwonej, któremi usiana jest skóra twarzy, powiek, spojówki, gałki i rogówki. Mimo, że ziarnka te tkwią powierzchownie, usadowione jednak są tak silnie, że usunięcie ich następuje nieraz wielkie trudności. Te czerwone ziarnka są okruszynkami siarczku arsenowego (*realgar*). Mimo surowych przepisów prawa, które zakazuje domowej fabrykacji materiałów wybuchowych, proch potrzebny do owych uroczystości („cracker feasts“), sporządzają tubyley własnoręcznie mieszając rozrarty realgar z chlorkiem potasowym w równych ilościach i dodając do tej mieszaniny drobnego żwiru i piasku. Wypadki z tym prochem domowego wyrobu są nadzwyczaj częste. Siła wybuchu bywa rozmaicie wielka i od niej zależą rozmiary spustoszenia w przypadkach uszkodzeń oczu. Prócz wyżej opisanej mieszaniny używanym też bywa w owych stronach inny rodzaj prochu sporządzany z dwóch części chlorku potasowego i jednej części kwasu siarkowego. Naboje tego prochu przedstawiają daleko mniej niebezpieczeństwa i autor nie widział ani razu spowodowanego nim poważniejszego uszkodzenia oka.

Prosty sposób badania bakteryologicznego worka spojówkowego. (Simple Bacteriological Examination of the Conjunctival Sac). Gradle (Chicago).

Autorowi chodzi głównie o pneumokoki i dwuplątki *Morax-Axenfelda*, jako odgrywające ważną rolę w etiologii wrzodów rogówkowych, zakażeń pooperacyjnych, pneumokokowych zapaleń spojówki. Wiadomo, że najlepszą pożywką dla hodowli tych drobnoustrojów jest mieszanina surowicy końskiej krwi z bulionem. Ponieważ jednak mieszanina taka szybko się psuje, toteż dla użytku lekarzy praktycznych, nierozporządzających środkami laboratoryjnymi zaleca autor następujący sposób przyrządzania pożywki i zakładania hodowli. Odpowiednią ilość ($1/2 - 1/2$ cm.³) surowicy końskiej wlewa się do wyjałowionej epruwetki i stawia do ciepłarki, nastawionej na 37°C aż do zupełnego wyschnięcia. Po upływie 72 godzin odparowana surowica stanowi na dnie epruwetki cienką suchą błonkę, jasno brązową.

Bulion przechowuje się w stanie jałowym w ampułkach szklanych wyciągniętych w dwa zatopione końce. Dopiero w chwili, kiedy się zamierza zasześcić hodowlę odpilowuje się oba końce

ampułki i wśród ostrożności aseptycznych wlewa 1 -- 1 $\frac{1}{2}$ cm³ bulionu do epruwki z wysuszoną surowicą. Surowica przy lekkim wstrząsaniu rozpuszcza się w ciągu 10 minut. W ten sposób świeżo sporządzoną pożywkę naciąga się do wyjałowionej pipetki szklanej i kilka kropel wpuszcza do worka spojówkowego, gdzie miesza się ona z wydzieliną zapalną. Po chwili wciąga się napowrót do pipetki tę pożywkę już zaszezepioną i wdmuchuje ją do pozostałego bulionu w epruwce, którą następnie stawia się do ciepłarki na 24 godzin. Ciepłarkę w praktyce prywatnej może bardzo dobrze zastąpić butelka »Termos«, do której się nalewa do $\frac{1}{4}$ wysokości wody ogrzanej do 40°C. Ponad powierzchnią wody można zawiesić na krótkim druciku probówkę z hodowlą. W ciągu 24 godzin ciepłota we wnętrzu butelki nie obniża się nigdy więcej jak o 4°C, a że i powietrza jest dosyć, więc warunki sprzyjają w zupełności wzrostowi hodowli.

Porażenie mięśnia obrączkowego powiek i retinitis proliferans na tle urazu. (Paralysis of the Orbicularis Palpebrarum Traumatica. Retinitis Proliferans). — We i d l e r. (Nowy York).

Nawiązując do przypadku porażenia mięśnia obrączkowego powiek i zmian w siatkówce wywołanych krwotokiem wśródocznym w następstwie licznych zranień narzędziem ostrem w okolicy ucha, policzka, szyi i karku, zastanawia się autor szczegółowo nad etiologią, symptomatologią i rokowaniem przypadków porażenia nerwu twarowego. Z ogólnych przyczyn wywołujących na pierwszym miejscu wymienia zaziębienie, działanie przeciągu, dalej zakaźne choroby ogólne jak: błonica, przymiot, gościec, zakażenie połogowe, zapalenie opon mózgowych, *mumps*, dalej ogólne schorzenia, jak: cukrzyca, dur, białaczka etc; wszelakie ropienia w uchu średnim i w kości skalistej i uszkodzenia tej okolicy urazowe, lub operacyjne. Porażenie nerwu jest, zdaniem autora, w większości przypadków wynikiem jego zapalenia (*neuritis facialis infectiosa*). Symptomatologia jest powszechnie znana. Rokowanie bardzo różne i zależne od przypadków. Wczesne leczenie prądem przerywanym daje nieraz dobre wyniki.

Czy przecięcie nerwu wzrokowego wywołuje wrażenie światła? (Does Cutting of the Optic Nerve elicit Perception of Light?). Emerson (Oranża).

Wbrew zastrzeżeniu Hessa z Wyrzburga, który twierdzi (Arch. f. Aghk. T. 67, str. 53), że operowani, przy przecinaniu nerwu wzrokowego nie doznają, jak to dotąd powszechnie przymu-

szczają, żadnego wrażenia światła, autor przyłącza spostrzeżenie własne, gdzie chory, któremu musiał wyłuszczyć gałkę oczną bez uśpienia, a tylko w głębokiem znieczuleniu miejscowem 2^o/_o alypiną, że w chwili przecinania nerwu wzrokowego ujrzał oślniewającą błyskawicę.

Ozena wywołana środkami rozszerzającymi źrenicę.
(Mydriatic Ozena). John Neely Rhoads. (Filadelfia).

Już przed kilku laty zwrócił autor uwagę na szczególny objaw, występujący nierzadko po zapuszczeniu do oczu środków rozszerzających źrenicę, zwłaszcza kokainy i homatropiny, mianowicie cuchnienie z nosa. Objaw ten zauważył na 300 badanych osób w 32 przypadkach, a zatem w przybliżeniu 10^o/_o. Spostrzeżenia te czynił z należyłym krytycyzmem, wyłączając ze statystyki wszystkie przypadki, w których najlżejszy odór z nosa dawał się stwierdzić przed zapuszczeniem kropli. Cuchnienie występowało równocześnie z rozszerzeniem źrenic i trwało tak długo, jak to rozszerzenie. Badanie jamy nosa dawało przeważnie wynik ujemny, lub wykazywało tylko nieznaczne zmiany. Autor oczekuje od rynologów wyjaśnienia tego zagadkowego objawu, sam zaś robi tylko przypuszczenie, że być może pod wpływem kropli, które przez przewód łzowy dostają się do jamy nosa, a zwłaszcza pod wpływem kokainy kłęśnie błona śluzowa i odstaniają się zaufki, zwykłe zamknięte, z nagromadzoną i częściowo rozkładającą się wydzieliną.

Związek między ogólną miażdżycą tętnic, a podniesieniem ciśnienia wśródgałkowego. (The Relation between General Arterial Sclerosis and Increased Tension in Eye Bal). — Walter H. Snyder. (Toledo, Ohio).

Autor wskazuje, że dopiero teraz, gdy posiadamy możliwość dokładnego mierzenia napięcia wśródgałkowego zapomocą tonometru Schiötza, tego rodzaju badania nabierają rzeczywistej wartości, zwłaszcza, że chodzi tu najczęściej o przypadki przewlekłe, w których napięcie jest tylko nieznacznie wzmożone i nie daje się wcale określić przez badanie dawnym sposobem zapomocą ucisku palcami. Przytaeza szczegółową historję choroby dwóch przypadków, w których pomiary tonometryczne napięcia wśródgałkowego z jednej strony, a z drugiej pomiary ciśnienia krwi w tętnicach wykazywały stale pewną równoległość we wzniesieniach i spadkach. Autor uważa za pożądane przeprowadzenie dalszych badań w tym kierunku i to na szeroką skalę.

Kilka spostrzeżeń co do operacji zaćmy sposobem Smitha na podstawie 207 przypadków operowanych w jego klinice, (Some Observations and Lessons of the Smith Operation for Cataract Based upon 207 Cases Operated upon the Clinic of Lt. Col. Henry Smith, Aurrisar, India). A. Timberman. (Columbus Ohio).

Artykuł jest płomienną apologią metody Smitha wyjmowania zaćmy w zamkniętej torebce, krytykowanej obecnie coraz powszechniej zarówno w Europie, jak w Ameryce. Autor miał sposobność sam pod okiem Smitha wykonać 207 operacji różnych wypadków zaćm i z zapalem głosi wszystkie jej zalety, nazywając ją operacją przyszłości. Nie przeczy, że wykonanie jest dosyć trudne i wymaga dłuższego ćwiczenia, ale inne zarzuty podnoszone przeciw sposobowi Smitha przez operatorów europejskich są jego zdaniem niesłuszne. W szczególności przesadną wydaje mu się obawa wpływu ciała szklistego. Powikłanie to zdarza się wprawdzie częściej przy wyjmowaniu zaćmy wraz z torebką niż przy wyjmowaniu jej z przeciętej torebki, lecz nie jest ono znów taką katastrofą dla oka za jaką się je powszechnie uważa. Po znacznych nawet utratkach ciała szklistego ostateczny wynik optyczny bywa nieraz bardzo korzystny. Największą przyszłość ma sposób Smitha w zastosowaniu do zaćm niedojrzałych. Nawet bardzo niedojrzałe katarakty, które, jeśli zajmują oba oczy odrazu, a załamują się powoli odbierają na długi szereg miesięcy, a czasem nawet lat, zdolność do pracy, mogą być sposobem Smitha wyjmowane w tych samych warunkach co zaćmy dojrzałe. Ma to zwłaszcza dla uboższych warstw ludności nieocenione znaczenie, gdyż zmniejsza jedną z prawdziwych klęsk społecznych. Pośród wielu innych zalet metody Smitha na pierwszy plan wysuwa autor zupełny prawie brak odczynu zapalnego ze strony tęczówki. Po ekstrakcyi z cystotomią do stałych następstw należy słabsza lub silniejsza *iritis traumatica*, wywołana drażnieniem tęczówki przez pozostałości kory i torebki, tak, że leczenie pooperacyjne bez zapuszczenia atropiny nie da się prawie pomyśleć. Powikłanie to po operacji Smitha odpada, zdaniem autora, niemal w każdym przypadku, a wraz z niem niebezpieczeństwo zasłonięcia źrenicy wytworami zapalnymi i obniżenia optycznego wyniku operacji.

Całkowita ślepotą wskutek zatrucia alkoholem drzewnym i częściowe odzyskanie wzroku pod wpływem prądu galwanicznego. (Total Blindness from the Toxic Action of Wood

Alcohol, with Recovery of Vision under Negative Galvanism). — Ziegler. (Filadelfia).

Trujące działanie alkoholu metylowego jest oddawna znane. Sposobności do zatrucia jest wiele, bo alkohol ten znajduje do różnych celów szerokie zastosowanie. Dzięki swej taniości używają go jako domieszki niesumienni fabrykanci wódek, likierów, wchodzi w skład różnych tajemnych środków i niekontrolowanych preparatów farmaceutycznych. W przemyśle używanym bywa niekiedy przy fabrykacji cementu, malarze używają go do rozpuszczania szelaku i pokostów. Toksykologowie nie są w zgodzie co do pytania, czy alkohol metylowy sam jako taki wywołuje zatrucie i zaburzenia wzrokowe, czy wytwory jego rozkładu jak aldehyd etylowy i kwas octowy, czy wreszcie jego zanieczyszczenia, jak formaldehyd i kwas mrówkowy. Autor przytacza historię choroby przypadku odnoszącego się do 49-letniego mężczyzny, który po wypitej w nieokreślonej bliżej ilości alkoholu metylowego, wśród objawów ogólnego zatrucia, nudności, wymiotów, żółtaczki, podniesienia ciepłoty, utracił wzrok na obu oczach, tak, że nawet nie pozostało poczucie światła. Slepota utrzymywała się przez przeciąg prawie dwóch miesięcy. Tarcze nerwów wzrokowych nie okazywały obrzęku, lecz przeciwnie znaczne zblednięcie i zwężenie naczyń. Pod wpływem stosowania katody prądu stałego (60 Volt, $\frac{1}{2}$ do 1 m. amp. codziennie przez 20 minut) wzrok zaczął powracać przy równoczesnem rozszerzaniu się naczyń siatkówkowych. Pole widzenia zrazu bardzo małe, powiększało się również, a po upływie 8 miesięcy, jakkolwiek jeszcze bardzo zwężone, przy obustronnej bystrości wzroku $\frac{1}{10}$, pozwala choremu orientować się dostatecznie przy chodzeniu. Autor przypuszcza w tym przypadku bezpośrednie uszkodzenie, rodzaj nadżarcia włókien nerwu wzrokowego alkoholem metylowym, względnie produktami jego rozkładu bez wywołania odczynu zapalnego.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich i ze Zjazdów.

Pierwsze zawodowe posiedzenie czeskich okulistów odbyło się dn. 17 go lipca 1910 r. w lokalu czeskiej kliniki okulistycznej.

Szereg odczytów otworzył:

1. Prof. Deyl: **Przyczynę do kwestyi o rozwoju nerwu wzrokowego, a mianowicie o embryonalnem wytwarzaniu się chiasma.**

Prelegent na podstawie badań swoich u ryb, ptaków i u człowieka twierdzi, że włókna n. wzrokowego, wychodząc z siatkówki oka, komórkowatą dętą stopką wrastają do mózgu. Samo skrzyżowanie się nerwów wzrokowych powstaje w ten sposób, że włókna jednego n. wzrokowego dosięgają wyznaczonego miejsca w mózgu nieco wcześniej, tak że włókna drugiego nerwu przerastają je i następnie wrastają do mózgu. Prelegent swój odczyt zakończył pokazem preparatów mikroskopowych.

2. Bailony: **O związku mięsaka (sarcoma) śródocznego z urazem.**

W ostatnich czasach wobec przymusowego ubezpieczenia robotników od wypadków, często bywają stawiane pytania lekarzom, czy powstały w oku nowotworów może mieć związek z poprzednio doznanym przez chorego urazem, lub też nie.

B. twierdzi, że związek taki jest bardzo wątpliwy, i z własnej praktyki przytacza szereg przypadków mięsaka naczyńki, gdzie uraz wykluczyć było można z wszelką pewnością.

W dyskusyi brali udział:

Šmidrka wskazuje na dwa przypadki raka narządów jamy brzusznej powstałego skutkiem urazu zewnętrznego.

Reinhart stawia wniosek, ażeby każdy wypadek urazu ocznego był natychmiast ściśle fachowo (wziernikiem) badany.

Deyl. Są przypadki, gdzie oko ma wejrzenie *glaucoma consensu*, jak to bywa przy nowotworach śródocza, a w rzeczywistości mamy do czynienia z *glaucoma haemorrhagicum* powstałe skutkiem miażdżycy tętnic. W takich razach wziernikowe badanie drugiego oka stwierdza wybitną miażdżycę.

Pilac popiera wniosek kol. Reinharta.

3. Prof. Chałupecky: **Działanie radu na narząd wzroku.** (Studjum eksperymentalne).

Rad oddziaływa wogóle na żywe tkanki ustroju szkodliwie, powodując zapalenie lub też zanik takowych. Birch-Hirschfeld badał wpływ radu na oko i stwierdził, że po przyłożeniu skrzynki z bromkiem radu na oko królika już w kilka godzin nastąpiło zapalenie przedniej części a następnie i głębi oka. Lecznicze doświadczenia z radem czynione były przeważnie w jaglicy (*trachoma*). Wynik w niektórych wypadkach był dodatni, w innych ujemny. Wody radioaktywne wobec dotychczasowych doświadczeń w leczeniu chorób ocznych również nie mają znaczenia.

Šmidrkal pyta, czy okłady z wody radioaktywnej nie nadawałyby się przy zaćmach rogówki.

Ch. niema zaufania do tego sposobu leczenia. Na zakończenie podaje krótki opis kąpieli radowych w Jachymowie.

4. Leser: **Xeroderma pigmentosum.**

Ciekawy ten przypadek dotyczy 19-letniego dziewczęcia. U chorej na podstawie nosa powstał guz, w którym rozpoznano *carcinoma basocellulare*. Jednocześnie na gałce oka stwierdzono mięsak (*sarcoma*), zrośnięty częściowo z białkówką, częściowo z rogówką i dolnym mięśniem prostym. Oba nowotwory zostały usunięte, przyczem mięsień dolny prosty został odpowiednio przszyty. Obecnie po upływie roku chora ma się zupełnie dobrze. Bystrość wzroku i czynność mięśnia prawidłowe.

Deyl. Zwraca uwagę na rzadkość równoczesnego pojawienia się raka skórniego i mięsaka spojówki.

5. Hilitzer: **Wpływ zapalenia zatok sąsiadujących z orbitą na nerw wzrokowy.**

Sprawy zapalne toczące się w *sin. ethmoidalis, frontalis* lub w jamach nosowych często powodują t. zw. *neuritis retrobulbaris*.

Saska i Picha podają dwa przypadki *empyema* jam nosowych, z których w jednym nastąpiło śmiertelne zapalenie opon mózgowych.

Deyl ostrzega przed stosowaniem w takich przypadkach irygatora.

Hilitzer zwraca uwagę na niebezpieczeństwo insuflacyi powietrza.

6. Koleta podaje dwa przypadki samoistnego wygojenia się stożkowatego zgrubienia rogówki (*keratoconus*).

7. Šer: **O usuwaniu ciał obcych z oka magnešem.**

Na podstawie statystyki klinicznej prelegent przytacza 98 przypadków, w których stwierdzono jako ciało obce odłamki żelaza. Odłamki tkwiące w przedniej części oka zawsze udało się wydobyc zapomocą elektromagnesu. W przypadkach, gdzie ciało obce tkwiło w głębi oka (*corpus vitreum, retina i chorioidea*) wydobyto w 54⁰/₀,

8. Kovanic podaje statystykę *ophthalmoblennorrhoea* u noworodków w szpitalach i klinikach czeskich.

9. Leser: **O embryonalnem rozwoju oka u niektórych kregowców i u człowieka.**

10. Kadlický: **O t. zw, ciałkach trachomowych.**

11. Hynek i Kadlický demonstrują operowany przypadek *chloroma orbitae*.

12. Saska: **Statystyczne wiadomości w Hradeekra-lové (Königgrätz).**

13. Leser: **Przypadek cyklopii.**

Chodzi tu o *cyclops monophthalmus* (zarodek ludzki 6 mm długo) z dwoma soczewkami.

14. Pleh podaje swój sposób leczenia wrzodów rogówki i zapaleń tęczówki francuskim preparatem »kataplasma Lelievre«. *Chl.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. prof. tyt. Salzman powołany na prof. okulistyki do Graeu.

Prof. Gullstrand w Upsali otrzymał nagrodę Nobla za prace z dziedziny dioptryki.

Prof. Krückman z Królewea powołany na katedrę po prof. Michlu do Berlina.

Prof. Hess we Wyreburgu, nie przyjąwszy powyższej katedry, otrzymał order zasług bawarskiej korony, nadający osobiste szlachectwo.

Dr Meisner habilitował się w Króleweu.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. nadzw. Dr Karol Horstmann umarł w Berlinie w 65 roku życia.

Krajowy Związek Zdrojowisk i Uzdrowisk

przypomina o rozpisany w listopadzie r. z. w numerze 24 Naszych Zdrojów konkursie na prace naukowe na następujące tematy:

1. Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową.
2. Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych.

Termin nadsyłania prac upływa z dniem 3-go maja 1912 r.

Najlepsze dwie prace na tematy powyższe otrzymają każda po 500 kor. nagrody.

Prace nadsyłać należy pod adresem Zarządu krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów ul. Czarneckiego 1. 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACIUKA, DRA LIEBERMANNĄ, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOBSZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Luty.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
-------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O potworniakach oczodołu.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Przyp. 1-szy S. Cn., 16-letnia. Prawa gałka oczna i części otaczające zupełnie prawidłowe.

Szczelina powiek lewego oka jest cokolwiek węższą. Gałka bardzo nieznacznie wysadzona i również bardzo nieznacznie przesunięta ku dołowi i ku wewnątrz. Rodzice utrzymują, że zmiany w położeniu gałki spostrzegli dopiero przed rokiem.

Przez cięcie w skórze i w powięzi około 4 cm długości w kierunku brzegu dolnego brwi w części jej skroniowej dokonane, po rozsunięciu brzegów rany z łatwością dał się ująć okrągły guz. Zapomocą cienkiego powrózka był on przyczepiony do okostnej w okolicy szwa policzkowo-czołowego.

Wycięty guz miał postać podługowatą. Dłuższa oś pionowa wynosiła 1,5 cm, krótsza pozioma 1 cm; był on twardy,

nieprzeźroczysty. Rozcięcie (w kierunku dłuższej osi) wykazało, że był to torbiel. Zawartość jego w postaci kaszy stanowiły: liczne spłaszczone warstwy komórek naskórka, pomiędzy nimi tłuszcz, w znacznej ilości cienkie włoski (meszek), w znacznie mniejszej grube włosy. Tylna, mniejsza znacznie połowa torbiela była barwy białawej, wygląd miała skóry, grubość jej wynosiła około 2 mm, była porośłą włosami. Przednia, większa część barwę miała blad różową, przypominała raczej błonę śluzową, grubość jej wynosiła 1 mm. W tylnej części mieliśmy w istocie budowę skóry, jakkolwiek znacznie zmienioną. Grubość jej wcale nie była jednostajną — od 2 mm nawet tylko do 0.5 mm. Grubość przybłonka wynosiła od 90 do 30 μ , bardzo znacznym przeto ulegała zmianom. Co do warstw jego najmniej rozwiniętą była warstwa komórek zrogowaciałych. Warstwa ziarninowa w niektórych miejscach wcale nie dawała się spostrzegać, komórki jej zawierały bardzo niewiele keratohyaliny. Komórki podstawowe na nieznacznych tylko przestrzeniach kształt miały sześcienny, często bardzo przybierały kształt zupełnie płaski. Brodawczek w ścisłym znaczeniu wyrazu w skórze wcale nie mieliśmy; niekiedy natomiast warstwa komórek podstawowych tworzyła na częściach jakby długie fałdy. Samo się przez to rozumie, że *pars papillaris* wcale nie mieliśmy, natomiast *pars reticularis* zawsze była widoczną. Budowa jej tem się chyba różniła od prawdziwej, że zawierała znacznie większą ilość komórek. Grubość jej znacznym bardzo ulegała zmianom, w zależności od tego, czy znajdowały się w niej torebki włosowe i gruczoły. Co do pierwszych, mniej liczne znacznych wymiarów położone były zawsze głębiej, przeciwnie cebulki mchu znajdowały się w warstwie bliżej powierzchni położonej. Dość liczne gruczoły łojowe bardzo dobrze były rozwinięte, jakkolwiek zraziki ich bardzo były małe, znajdowały się przeważnie w warstwie powierzchniowej, zajmując często całą prawie grubość skóry właściwej, która zatem w tym obrębie wcale nie była przechowana. Gruczoły potowe były bardzo nieliczne, kłębki ich nadto bardzo słabo rozwinięte, najszerzej były zwyrodniałe

o tyle, że tylko z kształtu zewnętrznego poznać w nich można było gruczoły potowe. W dwóch miejscach nadto widoczne były dość grube pęczki włókien nerwowych i gładkich mięśniowych, a te ostatnie nie zostawały w żadnym stosunku do gruczołów potowych. W niektórych miejscach w warstwie przybłonkowej widoczne były wyraźne pęknięcia. Przez otwory powstałe do istoty tkanki otaczającej w znacznej ilości wstępowała zawartość torbiela, tworząc w ten sposób jakby dodatkowe dość znacznej niekiedy wielkości kaszaki. Że w istocie mieliśmy tu tylko pęknięcia, dowodzi tego okoliczność, że nietylko w brzegach przybłonka, lecz nawet w skórze właściwej nie mieliśmy widocznej reakcyjnej sprawy zapalnej. W istocie więc w tylnej części ściany torbiela budowa miała wszelkie cechy skóry, co prawda niezupełnie prawidłowej.

W przedniej połowie torbiela mieliśmy budowę zupełnie odrębną. Przejście tylnej połowy do przedniej odbywało się niezawsze jednostajnie. Bardzo zmiennem było zachowanie się warstwy przybłonka w jednych miejscach stawała się ona stopniowo coraz cieńszą i na samej granicy stanowiła ją tylko zaledwie z 1—2 warstw naskórka utworzone cienkie pasemko. To znów warstwa przybłonkowa, zbliżając się ku brzegowi, stawała się coraz grubsza, warstwa zaś naskórka pokrywała cały brzeg, często też w postaci bardzo cienkiej blaszki była zawiniętą ku wewnątrz. Widoczne były nadto zmiany w warstwie właściwej skóry, mianowicie w pobliżu miejsca przejścia w tkance jej wszędzie znacznie więcej było komórek, dokoła zaś naczyń powstawały jakby pochewki utworzone przez nacieczenie drobnokomórkowe. Warstwę wewnętrzną ściany torbiela w tej części przedniej stanowiła już bynajmniej nie skóra, lecz tkanka pod względem budowy zupełnie podobna do ziarninowej, grubości od 1 do 3 mm, która często tworzyła znaczne wyniosłości skierowane ku wewnątrz. Komórki tkanki postać i wielkość miały bardzo rozmaite. Okrągłe lub podługowate, o dużych jądrach. Komórki zajmowały przeważnie warstwę najbardziej wewnętrzną, istoty międzykomórkowej było tu bardzo mało. Często też zwłaszcza we wspomnianych

wyniosłościach komórki bardzo się słabo barwiły lub wcale nawet nie. Dalej znajdowały się podługowate, często bardzo długie komórki, o wyraźnych bardzo jądrach z jąderkami, które zatem miały wygląd przybłonkowych. Komórki te były ułożone w warstwy równoległe, lub też tworzyły jakby sieci, pośród których znajdowały się drobniejsze znacznie komórki. Gdy w warstwach głębszych istota międzykomórkowa wcale prawie nie była widoczną, w kierunku ku zewnątrz widoczną już była włóknista tkanka łączna, która często tworzyła pętle, uzupełnione przez komórki epiteloidalne, które większe tu znacznie były, nadto w zarodzie ich wyraźnie występowało żółtawe zabarwienie, przeważnie rozlane, niekiedy jednak spowodowane obecnością żółtawych drobnych ziarenek. Prawdopodobnie komórki te posiadały jedno tylko jądro, o pochodzeniu ich niebym nie mógł powiedzieć.

Widoczne były inne jeszcze komórki. Kształt miały przeważnie trójkątny, znacznie były większe, jądra były bardzo znaczne; wielkości, bardzo odgraniczone posiadały zawsze bardzo wyraźne jąderka i nie liczne grube rozgałęzione wyrostki. Najzupełniej przypominały one komórki zwojowe.

W istocie tkanki przedniej części torbiela we wszystkich warstwach, zarówno w powierzchniowych jakoteż w głębokich znajdowały się bardzo liczne włosy, przechodzące w najrozmaitszych kierunkach, zawsze prawie otoczone dokoła przez komórki olbrzymie, które często tworzyły wyrodne niekiedy bardzo nawet grube otoczki. Komórki te posiadały niezliczoną ilość jąder, w warstwie wewnętrznej bardzo się słabo barwiły. Ciało ich stanowiło drobnoziarnkowate zbiorowisko zarodki, jądra położone były dokoła obwodu, lub też w jednej tylko części komórki. Kształt komórek był rozmaity i najzupełniej zależał od ciśnienia części otaczających.

Najbardziej widocznem to było w warstwach zewnętrznych, które zawierały więcej znacznie tkanki włóknistej — były tu zawsze bardzo spłaszczone. Nić zapomocą której torbiel był przyczepiony do szwa policzko-czołowego składała

się ze zwykłej włóknistej tkanki łącznej; żadnych innych pierwocin w niej nie znalazłem.

Przypadek 2-gi. J. S. 4 letnia. W lewym oku zmian zgoła żadnych. W prawym — gałka bardzo nieznacznie wysunięta ku dołowi i ku zewnątrz, po za tem zmian żadnych. Rodzice utrzymują, że jakkolwiek ostatnio gałka więcej cokolwiek przesunęła się ku zewnątrz, to jednak nieprawidłowość w położeniu gałki spostrzegli niebawem po urodzeniu dziecka. Przez cięcie zbliżone bardzo do dokonanego w poprzednim przypadku, wyciąłem guz, który również był umocowany zapomocą powrózka do pogranicza czołowej kości z sitową.

Torbiel kształt miał okrągły. Zalałem go do celloidyny, poczem cięcia na skrawki były dokonane w kierunku poziomym. Średnica torbiela = 1.1 cm. Zawartość stanowiły: łożyszcz, nawarstwiony naskórek, nieliczne grube, ciemne włosy przypominające rzęsy i bardzo liczne włoski o budowie meszku, zupełnie niezabarwione.

Ściana torbiela nie jednostajnie była grubą do 0.5 mm, w tylnej części była znowuż zupełnie odmienną. Tylna warstwa miała budowę skóry, przednia, mniejsza cokolwiek — budowę tkanki ziarninowej. W pierwszej połowie wewnętrzna powierzchnia była nierówną, widoczne były na niej mniej liczne grube ciemne i bardzo liczne cienkie blade włoski. Zrogowaciałe komórki tworzyły warstwę bardzo niejednostajnej grubości; w niektórych miejscach były one ułożone tylko we dwie warstwy.

Warstwa komórek ziarnkowatych w wielu miejscach była przerwana. Podstawowe komórki jakkolwiek wszędzie widoczne w wielu miejscach kształt miały zupełnie płaski, brodaweczek wcale nie było. Warstwa skóry właściwej zawierała dość znaczną ilość komórek.

Torebki grubszych włosów znajdowały się w głębszych jej warstwach, torebki meszku przeważnie w warstwach powierzchniowych. Gruczoły łojowe były dość liczne, lecz bardzo drobne, spłaszczone, położone często prawie bezpośrednio pod przybłonkiem, rzadziej znacznie w warstwach głębszych; w tym

ostatnim przypadku skóra właściwa, zwykle bardzo cienka, znacznie grubszą się stawała. Utworów zbliżonych do gruczolów potowych wcale nie było.

W głębszych warstwach skóry, w środku tylnej połowy tylnej ściany, widzieliśmy na nieznacznej przestrzeni bardzo arobne utwory torbielowe, wysłane przybłonkiem bądź walcowatym, bądź płaskim. Nadto w pobliżu pasenka, zapomocą którego torbiel był przyczepiony do kości widzieliśmy dość znaczne zbiorowisko komórek o budowie zupełnie odrębnej: były one podługowate lub okrągłe o znacznej wielkości jądrach — były jakby gołe jądra — posiadały liczne bardzo rozgałęzione wyrostki. Przypominały one najzupełniej komórki gęłowe środkowego układu nerwowego. W pobliżu tych komórek znajdowały się również pęczki gładkich włókien mięśniowych.

Przednia, mniejsza znacznie część ściany torbiela składała się, jak i w pierwszym przypadku torbiela skórzakowego, z tkanki ziarninowej. W warstwach wewnętrznych przeważnie były komórki okrągłe, które nadto słabo bardzo oddziaływały na barwiki, istoty międzykomórkowej wcale tu prawie nie było. Dalej ku zewnątrz komórki były większe, posiadały jądro bardzo bardzo wyraźne, przypominały komórki przybłonkowe i tworzyły wysepki, pomiędzy którymi znajdowały się dość wyraźne przegródki z tkanki znajdowały się dość wyraźne włóknistej, co jeszcze widoczniejszym było w warstwach najbardziej zewnętrznych.

Nadto w istocie tej tkanki widoczne były najpierw utwory, w których nie trudno było rozpoznać zanikłe gruczolę łojowe, nadto bardzo liczne włosy i meszek, ułożone w kierunku równoległym lub ukośnym względem powierzchni, dokoła zupełnie prawie otoczone przez komórki olbrzymie. Pośród tej tkanki ziarninowej znajdowały się jednak, jedna bliżej brzegu wewnętrznego, druga w samym środku prawie tylnej ściany dwie wysepki o budowie skóry, z których pierwsza miała 1 mm długości i 0.5 mm szerokości, druga — 0.5 mm długości i 0.2 mm szerokości. Przybłonek tych wyseppek pod wzglę-

dem budowy nie różnił się od przybłonka tylnej skórnej powłoki torbiela. Grubszych włosów wcale tu zresztą nie było; gruczoły łojowe były bardzo drobne i bardzo nieliczne.

Co się tyczy stosunku brzegu przybłonka do tkanki ziarninowej, to w obrębie wspomnianych odosobnionych wysepek brzeg przybłonka był bardzo zgrubiały, warstwa zaś zrogowaciała pokrywała go zupełnie, przechodząc nadto na nieznacznej przestrzeni na tkankę ziarninową. W warstwie skóry właściwej wcale nie było widocznem nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń. Co się tyczy pogranicza tylnej i przedniej ściany torbiela, to stosunek wzajemny był zupełnie odmienny. Tu tkanka ziarninowa wszędzie prawie obrastała z powierzchni brzeg skóry, jakby zastępując na pewnej przestrzeni warstwę przybłonka, głębiej zaś znajdowały się zupełnie jeszcze dobrze zachowane torebki włosowe i gruczoły łojowe. W warstwie skóry właściwej dawało się spostrzegać nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń, obok zaś włosów i meszku znajdowały się dokoła liczne zbiorowiska komórek olbrzymich.

O torbielach skórzakowych oczodołu pierwszy obszerniej pisał Berlin (Graefe i Saemisch. Handb. d. gesamt. Augenheilk. Wyd. 1-sze cap. XI). Do roku 1880 znalazł on w literaturze 70 podanych przypadków, do których dodał trzy nowe spostrzeżenia, utrzymuje on, że z tych przypadków 39 bezwarunkowo kwalifikują się jako skórzaki, do skórzaków zalicza on również wszystkie prawie inne przypadki torbieli oczodołu, prócz chyba bardzo nielicznych, z których jedno pochodzenie swe zawdzięczają wynaczynieniom, inne zaś stanowiły przepukliny opon mózgowych. Zawartość torbieli niekiedy może być płynną, przypominającą olej, mimo to mają one zupełną budowę skórzaków. Jednakże już Wecker (Traité complet d'ophtalmologie T. IV, str. 823) zwrócił uwagę na okoliczność, że Berlin niesłusznie zaliczył do skórzaków 23 przypadki. Mitwalsky (l. c. str. 189) wykreślił sześć przypadków, których budowa stanowczo nie wspólnego ze skórą

nie miała. Odtąd jednak przybyło trzydzieści kilka przypadków, w których bezwarunkowo rozpoznać należy skórzaki, względnie potworniaki. Co się tyczy umiejscowienia ich, Berlin utrzymywał, że najczęściej znajdują się one w wewnętrznej okolicy oczodołu, to samo sprawdza się również dla późniejszych przypadków. Berlin i Lagrange (l. c. str. 673) utrzymują, że potworniaki mogą powstawać w samym oczodole, lub też przesunąć się do oczodołu z części otaczających. De Lapersonne (arch. d'optalm. XIII str. 657. 1893) spostrzegł przypadek, w którym torbiel skórzakowy powstał początkowo nad lewą brwią, poczem powoli rósł w kierunku ku oczodolowi i powiece. Przypuszcza, że początkowo znajdował się on w zagłębieniu przedniej ściany jamy czołowej, następnie zniszczył obie blaszki kostne i przesunął się do oczodołu. Jako ogólną charakterystykę tych tworów, Lagrange podaje, że: 1) nie są one wcale połączone ze skórą; 2) natomiast bardzo często są połączone ze szkieletem zapomocą pasemek, lub nawet tworzą dołki z przedziurawieniem kości, przedziurawienie zaś to bynajmniej nie jest spowodowane przez ciśnienie, lecz jest wprost rozwojowe. Dodam, że utwory najczęściej są przyczępione do kości w miejscach, gdzie znajdują się szwy kostne i mają twarde i grube ściany.

Mackenzie (Traité des maladies des yeux, trad. Varlomont str. 473) wyraźnie mówi, że zawsze znajdują się one poza obrębem lejka mięśniowego. bardzo rzadko są zrosnięte z mięśniami i wyjątkowo tylko z gałką oczną. Późniejsze opisy o zrosnięciach tych wcale nie wzmiankują, prócz tylko Mitwalsky'ego, który spostrzegł zrosnięcie torbiela z nerwem wzrokowym.

Utwory te są bezwarunkowo wrodzone, mogą jednak powiększać się później, przeważnie w wieku po 10 roku życia, w którym to czasie, jak udowodnił już Lücke, wszystkie wrodzone skórzaki zawsze się zwiększają. To jest jeden powód do zwiększania się początkowo zawsze wrodzonych skórzaków. Lecz jest inny jeszcze. Jak obszerniej będzie mowa niżej, torbiele skórzakowe zawsze prawie ulegają sprawom

zapalnym, ściany ich w znacznej części ulegają zropieniu, tracą sprężystość, a wskutek tego worek znacznie się rozciąga.

Co się tyczy budowy, to budowę skórzaka pierwszy rozpoznał w nich Lebert (*Mémoires de la société de biologie* 1852. T. IV), wyraźnie odróżniał je od kaszaków i jemu też zawdzięczamy nazwę »skórzaków«. Budowę skórzaków brzegu oczodołu dokładniej zbadał Mitwalski, jak również jeden przypadek w głębi oczodołu położony (*Arch. f. Augenh.* XXIII, str. 9 1891).

Wielkość skórzaków oczodołu bywa bardzo różnaitą — od wielkości grochu do bardzo znacznej. Tak w przypadku Jastrau (*Jahresberichte Nagels* 1901, str. 212) tak dalece był on wielki, że objętość obok brzegu oczodołu wynosiła 32 cm. Od wielkości utworu zależy mniej lub więcej znaczne przesunięcie i wyrodzenie gałki ocznej.

Co się tyczy pierwocin skóry, to występują one nie zawsze w równej mierze wyraźnie. Warstwy przybłonka niezawsze wszystkie są przechowane, brodaweczki najczęściej wcale niewidoczne.

Włosy są dwóch rodzajów: większe, zupełnie rzęsy przypominające, z torebkami w głębokich warstwach ściany położone i bardzo drobne i cienkie o budowie zwykłego meszku skóry, których torebki są położone w warstwach powierzchniowych. Co się tyczy warstwy skóry właściwej, to budowa jej o tyle się tylko różni od zwykłej, że znajduje się w niej więcej znacznie komórek tkanki łącznej.

Zawartość torbieli — liczne komórki naskórka, tłuszcz zwykły, cholesteryna, włosy grubsze i cieńsze, lub też tłuszcz płynny, przypominający oliwę. Takie torbiele zaliczano dawniej do osobnej kategorii torbieli olejowych.

Verneuil (*Bull. et mémoires de la société de chirurgie* 1877 t. III str. 1) pierwszy dokładnie opisał trzy takie przypadki i znalazł w nich ściany o budowie skóry. Stwierdzili to późniejsi badacze i obecnie mamy już w literaturze kilkanaście takich przypadków dokładnie opisanych przeważnie przez francuskich autorów.

Gdy dawniej chodziło raczej o ustalenie w utworach tych budowy skórzaka, Vassant i Broca (Arch. d'ophtalm. t. III p. 318, 1883) pierwsi w opisie skórzakowego torbiela o zawartości olejowej zwrócili uwagę na okoliczność, że sciana torbiela składała się w dwóch zupełnie odmiennych części, z których tylko mniejsza znacznie i z okostną zróżnieta miała typową budowę skóry, pozostała zaś znacznie większa część składała się z włóknistej tkanki łącznej, pośród której znajdowały się, jak wyraźnie z opisu wypada, komórki olbrzymie. Hildebrandt (l. c.) i Goldmann (l. c.) badając skórzaki pierwszy jajnika, drugi wyrostka sutkowego również spostrzegali w torbielach miejsca nie pokryte przybłonkiem, — zastępowała go tkanka ziarninowa z bardzo znaczną przymieszką komórek olbrzymich. Kuntze (Ueber maligne Tumoren der Orbita 1885) znajdował w błonie przybłonkowej brak, wypełniony przez tkankę ziarninową. Była ona obfitą dokoła naczyń krwionośnych, nadto tworzyła wyrostki skierowane ku środkowi torbiela.

Pfalz (Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. 1885 str. 289) w warstwie przybłonka również znajdował częste braki, które wypełniała tkanka ziarninowa. Mitwalski ze swoich przypadków w 5 tylko znalazł w całej ścianie budowę skóry; we wszystkich innych mniej lub więcej znaczne obszary powierzchni były pozbawione skóry — zastępowała ją nowowytworzona obfita w komórki tkanka, przeważnie z komórek okrągłych, epitefoidalnych i olbrzymich złożona — tkanka ziarninowa, która powstaje wskutek sprawy zapalnej w warstwie właściwej skóry. Od zwykłej tkanki ziarninowej, o cechach sprawy przewlekłej tem się różniła, iż zawierała wielką ilość włosów i komórek olbrzymich. Tkanka często tworzyła wyrostki do istoty torbiela skierowane. Raz powstałe owrzodzenie posuwa się dalej: 1) drogą podprzybłonkową — obfite nacieczenie drobnokomórkowe w przyległej skórce. Torebki włosowe i gruczoły łojowe ulegają zniszczeniu, najdłużej pozostają włosy zupełnie przez tkankę ziarninową obrosłe, nie łatwo ulegają zniszczeniu również gruczoły

potowe, ponieważ znajdują się one, jak wiadomo, w warstwach głębszych. Niekiedy ulegają one jednak zwapnieniu; 2) drogą otoczenia brzegu skóry przez tkankę ziarninową z obu powierzchni jego. Po zniszczeniu skóry, ściana torbiela łatwiej ulega rozszerzeniu wskutek ucisku przez zawartość — torbiel zwiększa się, a sprawę tę Mitwalski słusznie uważa za wtórne rozwiniecie torbiela, klinicznie często bardzo spostrzegane. Zawartość torbiela wywołuje w ścianie jego podrażnienie nie tylko mechaniczne, lecz nadto chemiczne.

To ostatnie jeszcze wyraźniej występować może, gdy ściany ulegają pęknięciu, a wtedy zawartość torbiela wstępuje do istoty tkanki otaczającej.

Co się tyczy komórek olbrzymich Mitwalski utrzymywał, że stanowią one niezbędną część składową tkanki ziarninowej skórzaków i powstają wskutek podrażnienia chemicznego przez zawartość torbiela. Moje przypadki zaprzeczają temu stanowczo, — komórki olbrzymie spowodowane były li tylko obecnością w istocie tkanki włosów. Wykazał to już dawniej Marchand (Zieglers Beitrage Ad. VII, str. 2).

Tkanka ziarninowa powstaje kosztem drobnych komórek okrągłych, zawdzięczających swe pochodzenie wystąpieniu z naczyń lub mnożeniu się stałych komórek tkanki łącznej.

W pobliżu miejsca owrzodzenia komórki wkrótce stają się większe, bardziej obfite w zarodzie a jądra przybierają kształt podługowaty, zaś dokoła włosów powstają komórki olbrzymie.

Dalej komórki przybierają kształt epiteloidalny, przeistaczają się w krótkie włókna, jądra przybierają kształt wrzecionowaty, wkrótce powstają naczynia, czyli — rozpoczyna się sprawa zabliznienia. Zabliznienie to odbywa się w całej grubości ściany torbiela jednocześnie, lub też początkowo w warstwie obwodowej, a wtedy warstwy wewnętrzne pozostałej tkanki łatwo ulegają martwieniu. Część jednak ściany torbiela zachowuje zdaje się zawsze budowę skóry.

Lagrange (Ann. d'oculistique T. CXXXIII, str. 321, 1910) już dawniej spostrzegł owrzodzenie ściany torbiela.

Chavasse (Arch. d'ophtalm. XXI, str. 645, 1901) spostrzegł braki w skórze, ścianę torbiela stanowiącą. Owrzodzenie ściany torbiela skórzakowego Lagrange spostrzegł w innym jeszcze przypadku (Revue générale str. 475, 1902). Peschel (Beitrage zur Augenheilkunde, Festschrift Hirschberg 1905) spostrzegł znaczne zgrubienie ściany torbiela spowodowane obecnością tkanki jamistej limfatycznej, bardzo nadto były liczne komórki tuczne. Helbronu (Münch. med. Wochenschr. str. 475, 1905) znajdował w ścianie torbiela wysepki z tkanki chrząstkowej.

Już te spostrzeżenia wyraźnie przemawiają za okolicznością, że na pozór zwyczajne torbiele skórzakowe oczodołu mają budowę bardziej skomplikowaną. Lecz mamy jeszcze inne spostrzeżenia. Lagrange razu jednego (Arch. d'ophtalm. XV str. 1, 1875) znalazł w ścianie torbiela zarodkową neuroglię. Mitwalski w swoim przypadku skórzakowego torbiela oczodołu (l. c. str. 141) znalazł w części ściany wysepki chrząstki szklistej i blaszkę kości, w pobliżu zaś tej blaszki śluzową tkankę, a pośród niej typową komórkę zwojową. Nadto w ścianie torbiela znajdowały się pęczki włókien nerwowych o pochewkach rdzeniowych i bardzo drobne torbiele, które jednak nie posiadały własnego swego przybłonka. Jakkolwiek obecność tych utworów wyraźnie przemawia za tem większą potwornością utworu, Mitwalski chciałby widzieć w nich tylko zmiany wtórne w ścianie torbiela. Van Duyse (Éléments d'embryologie et de tératologie de Poëil p. 409) w torbielu skórzakowym oczodołu znalazł obfitą w komórki tkankę, która zawierała nawet komórki zwojowe. Przypomnę, że z własnych moich przypadków w pierwszym spostrzegalem pęczki gładkich włókien mięśniowych i nerwów; komórki zwojowe, w drugim zaś: pęczki włókien gładkich mięśniowych (przy braku gruczołów potowych), bardzo drobne torbiele dodatkowe w istocie samej skóry i komórki neuroglii.

Widzimy więc, że dokładniejsze badania torbieli skórzakowych oczodołu wykazały w nich cechy dla potworniaków bardziej jeszcze wybitne, szczególnie zaś podkreślę okoliczność,

że znaleziono w nich nietylko komórki zwojowe, lecz nawet neuroglię, która to okoliczność udowadnia ścisłego zawiązku utworów tych z mózgowiem.

W literaturze znajdujemy opis obszernych o nader skomplikowanej budowie potworniaków, których skórzaki stanowią tylko najmniej rozwinięte postacie. Przypadków takich mamy pięć. Broër i Weigert (Virch. Arch. LXVII, str. 518, 77) opisali przypadek potwornika oczodołu, w którym znaleźli bardzo liczne torbiele i pierwociny kiszki.

Lawson (The Lancet 1883, str. 684): — guz pochodził od kości klinowej, zawierał bardzo liczne torbiele i chrząstkę. W przypadku Courant (Centralblatt f. Gynaecologie XVII str. 740, 1893) guz wielkości jabłka stanowiły: tkanka łączna wszelakiego gatunku, mięśnie, gruczoły gronowe, łojowe, torbki włosowe, chrząstka i kość. W przypadku Lagrange'a (Arch. d'ophtalm. XV, str. 536, 1906) bardzo obszerny guz wypełniał cały oczodół, znajdując się w połączeniu z jamą mózgową i szczęką górną. Składał się on z tkanki łącznej i z zarodkowych komórek nerwowych o słabej zarodzi i większych jądrach (neuroglia?) W przypadku de Waele i Lewuillon (Annales d'oculist. p. 135, 1901) guz wrodzony rósł bardzo szybko, zawierał torbiele, składał się przeważnie z neurogli, posiadającej miejscami komórki zwojowe. Znaleziono nadto resztki zawiązku początkowego gałki: barwik naczyńwki, barwik siatkówki, zarodkową siatkówkę i ślady soczewki.

Ewetzky (Więstnik oftalm. T. XXV 1008) opisał przypadek guza wrodzonego, który rósł bardzo szybko. Badanie anatomiczne wykazało, że na budowę jego składały się dwa typy tkanek: nerwowej — zupełnie rozwiniętej neurogli z ułożonymi w niej licznymi komórkami zwojowymi i tkanki łącznej. Nadto znajdowały się kość, chrząstka, tkanka mięśniowa, torbiele pokryte wszelkiego rodzaju przybłonkiem, tkanka tłuszczowa, nerwy. Wkrótce po operacji nastąpiła recydywa o budowie przeważnie skórzaka, pierwiastków nerwowych wcale prawie nie było. Ewetzky przytacza nadto opisane do-

przypadki przepuklin mózgowych, które miała pod względem budowy za zupełnie podobne do swego przypadku przed re-cydywą, a utwory te za przykładem Łysienkowa (Przepukliny mózgu 1896 po ros.) określa jako potworniaki wrodzone o budowie odrębnej = acephalomy. Te zaś mogą pozostawać w bezpośrednim połączeniu z mózgiem, lub też następnie od-dzielać się od niego — *cephaloma separatum*.

Lecz mamy inne jeszcze przypadki. Już w rroku 1880 Axenfeld opisał przypadek (Die Missbildungen d. menschl. Auges Tom. VI, fig. II), w którym guz oczodołu posiadał nie-wyraźną kończynę. W przypadku v. Hippel'a (Arch. f. Ophthalm. XIII, 1) wrodzony guz pozagałkowy objął jakby obrą-czką zaczątkową gałkę, w tkance zaś jego znajdowały się: chrząstka, torbiele, skóra, włosy, mięsień, tkanki gruczołowe torebki limfatyczne. Wreszcie Mizno (Arch. f. Augenh. LXV, 4, 1910) opisał jedyny, o ile mi wiadomo przypadek, w któ-rym potworniak oczodołu występował w postaci ledwo niezu-pielnie rozwiniętego zarodka z zaczątkowemi kończynami, a głową bezgłowa, przyczepionego za pomocą szypułki, która przechodziła pod gałką do dna oczodołu, odsuwając gałkę ku górze, ułożony był nadto w gładkiej jamie na modłę owodnej. Czy znajdowały się w potworniaku gałki oczne, — stanowczo nie twierdzi. W każdym razie Mizno słusznie określił swój przypadek jako *orbitopagus parasiticus*. Stanowi on jednak tylko najbardziej rozwiniętą postać potworniaka, bo jeśli co-fniemy się wstecz nie trudno się przekonać, że mamy cały szereg postaci przejściowych, które stopniowo zbliżają się do pospolitych skórzaków. Nie mogę pominąć milezieniem, że pierwsze przypadki torbieli skórzakowych opisane były bardzo pobieżnie.

Poprzestano tylko na określeniu cech skórzakowych gu-zów; dokładne jednak wyniki otrzymać można tylko przy zba-daniu całego guza, gdyż pewne pierwociny mogą znajdować się tylko w bardzo nieznacznej części ściany guza. Otóż jak nadmienilem już, w dokładniej opisanych przypadkach, prócz pierwocin skóry, w ścianach torbieli oczodołu znaleziono: kość,

chrząstkę, drobne torbiele, komórki zwojowe lub też bardzo do nich podobne, a co o wiele ważniejsze — neuroglię. Oczywiście obecność tych tkanek usuwa granicę pomiędzy na pozór zwyczajnymi skórzakami, a guzem mieszanym, który się znowuż zbliża do *epignatus*.

Przejdźmy do genezy torbieli skórzakowych, względnie potworniaków oczodołu. W r. 1852 Verneuil wypowiedział zdanie, że torbiele oczodołu powstają kosztem pokrycia skór nego szpary czołowo-szczękowej, mianowicie gdy zakrycie tej szpary, która dzieli występ czołowy od pierwszego łuku skrzelowego napotyka przeszkody. Wypowiedział on to przypuszczenie bynajmniej nie pod wpływem poglądów, wypowiedzianych przez Remaka. Te ostatnie znalazły odgłos dopiero w pracy Henschla (Vierteljahrsch. p. prakt. Heilk. 1860 str. 36). Wypowiedział on zdanie, że torbiele skórzakowe są zwykle wrodzone i przyznał słusność twierdzeniu Remaka, że twory przybłonkowe położone daleko od powierzchni powstają wskutek zadzierżgnięcia komórek przybłonka powierzchni we wczesnym okresie rozwoju. Wszelako gdyby w istocie tak być miało, widzielibyśmy później pewne wskazówki co do łączności skórzaków ze skórą.

Taką łączność mieliśmy jednak w dwóch tylko przypadkach. Od torbieli prowadziły do powierzchni skóry przetoki, lecz w obu razach przetoki powstały znacznie później po urodzeniu, powtórne były pochodzenia urazowego. Natomiast w dokładniej opisanych przypadkach zawsze widziano, iż były one przyczepione do kości, właściwie do kostnych szwów za pomocą powrózków, jakby osobnych więzadeł wieszadłowych. Obecność obok pierwiastków skóry kości, chrząstki, nawet komórek zwojowych i zupełnie do nich podobnych, nie zaprzeczałyby jeszcze twierdzeniu, że torbiele skórzakowe oczodołu powstają wskutek wgłębienia pierwiastków skóry z powierzchni. Lecz w utworach tych znajdujemy neuroglię, ta zaś na powierzchni nie znajduje się.

Przypomnę nadto, że w wielu przypadkach obszerne potworniaki oczodołu łączyły się bezpośrednio z mózgiem za-

pomocą szerokich otworów w kości, że w przypadku Ewetzkiego udział tkanki mózgowej w budowie potworniaka bardzo był znaczny, niemal wyłączny, a jednak badanie recydywy po pierwszej operacji powstałej wykazało w guzie wyłącznie już prawie pierwociny skóry.

Przytoczone tu okoliczności, zdaniem mojem, stanowczo usuwają teorię wgłobienia pierwiastków skóry z powierzchni. Chcąc wytłumaczyć powstawanie tych guzów, zwróćmy się do wczesnego okresu rozwoju zarodka. Jeśli przy utworzeniu rurki mózgowej niektóre pierwociny listka górnego pozostaną w połączeniu z rurką, to przy powstawaniu pęcherzyków pierwotnych ocznych mogą one wraz z nimi posunąć się daleko bardzo w okolice przyszłego oczodołu. W dalszym biegu rozwoju, po utworzeniu pęcherzyka wtórnego, powstająca dokoła tegoż siatka krwionośna — przyszła naczyniówka, oderwać może te przyrosłe pierwociny listka górnego od gałki ocznej, a wtedy znajdują się one swobodnie położone w oczodole. Wyjątkowo mogą one jednak nie oddzielić się od gałki, a w takim razie pozostaną zrosnięte z mięśniami, gałką, a co jeszcze może ważniejsze — z nerwem wzrokowym. A przypadki takie były przecież spostrzegane.

Jestem zdania, że chyba zbłąkaniem się pierwocin listka górnego dać się również może wytłumaczyć powstanie utworu torbielowatego o budowie kaszaka, który niedawno opisałem. (Post. okulistyczny).

Mięsak limfatyczny mięska łzowego (*Lymphosarcoma carunculae lacrymalis*).

Podał

Dr K. JARNATOWSKI

Poznań.

Różne spostrzegano w okolicy mięska łzowego i załamka półksiężycowatego spojówki nowotwory łagodne i złośliwe.

W rzędzie łagodnych zachodzą obok przyrodzonych znamion, skórzaków i torbieli skórzastych włókniaki, brodawczaki, naczylniaki, chłoniaki i gruczolaki.

Złośliwymi guzami stwierdzonymi w tej okolicy są nabłoniaki i mięsaki. Ostatnie względnie częściej się napotyka niż tante i są one zwykle barwikowe. Cztery rodzaje tychże się rozróżnia: mięsaki naczylniaste i czerniaczkowe, limfatyczne i włókniakomięsaki i tak załamek półksiężycowaty spojówki, jak i mięsko łzowe samo mogą być punktem wyjścia owych narośli. Bardzo rzadko napotyka się mięsaki limfatyczne i zwykle z miejscem powstania w załamku półksiężycowatym (*Piccoli, de Lieto Vollaro*). Niemiejszem podaję do wiadomości przypadek mięsaka limfatycznego, który o tyle wzbudza zajęcie, że wytworzył się wprost z mięska łzowego, i że jest bezbarwikowym.

6. X. 1911 stwierdziłem u chłopca 14-letniego R. zupełnie zdrowego w kącie wewnętrznym lewego oka narośl wielkości dużego grochu o szerokiej podstawie, średnio miękką i pokrytą błoną śluzową zupełnie zdrową.

Nowotwór powstał wyraźnie z mięska łzowego, gdyż załamek półksiężycowaty można było przez rozwarcie szerokie powiek dobrze uwydatnić. Nie tylko przy rozwartych powiekach uwydatniał się guz w całej pełni, lecz i między zamkniętymi powiekami sterczała część narośli w kącie wewnętrznym oka na zewnątrz. Nowotwór przeszkadzał przy zamknięciu powiek i powodował mechanicznie łzawienie oka. Oko samo jest zdrowe.

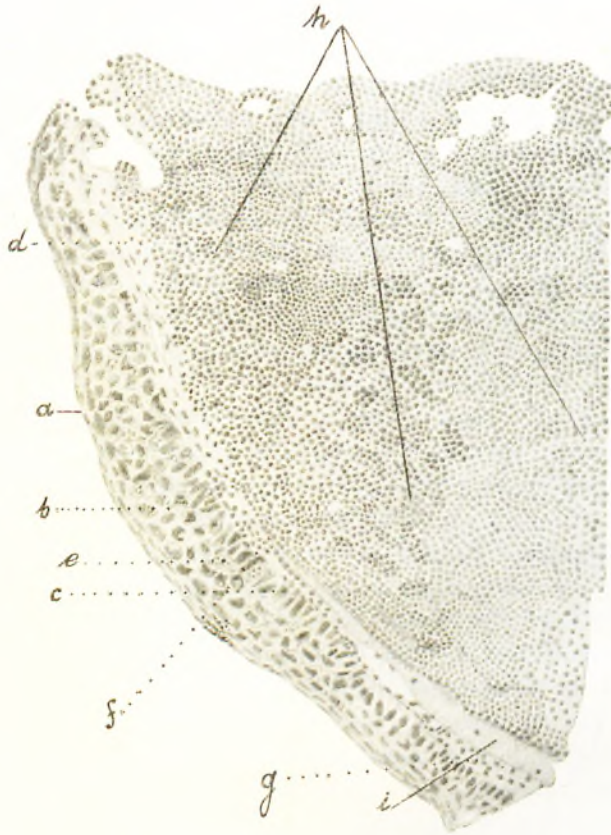
Emetropia, Visus = $\frac{6}{6}$.

Wyciąłem całą narośl tak daleko w głąb, jak tego gołem okiem stwierdzając okazała się konieczność. Krwawienie przy wyjęciu było bardzo małe. Prof. Winkler z instytutu patologicznego w Poznaniu zechciał łaskawie wykonać skrawki drobnovidowe, za co mu na tem miejscu najuprzejmiej dziękuję.

Badanie mikroskopowe wykazało:

Nabłonek błony śluzowej okalającej całą narośl składa

się z kilku warstw komórek typowych i posiada wszelkie znamiona nabłonka brukowego. Podstawowe komórki mają postać



walcową (Fig. c), w następnej warstwie (b) spostrzeżają się wielokątne komórki, a przy samej powierzchni grubą warstwę komórek spłaszczonych (a). Komórek śluzowych i dzieli się jądra nigdzie stwierdzić nie było można, za to gdzieś krwinkę białą (e). Nabłonek jest zupełnie zdrowy i odgranicza się ostro od podłoża, nigdzie nie jest przerwany lub naruszony przez rozrastający się nowotwór.

Wewnątrz narośli natrafia się tu i tam ostro odgraniczone wyspy komórek nabłonkowych, których znalezienie się tam tłumaczyć można zagęszczeniem się w guz zmarszczek błony śluzowej.

Pod nabłonkiem znajdują się różnej grubości pokłady równoległe tkanki łącznej (*d*). W niektórych miejscach są one tak cienkie, że komórki nowotworu dotykają wprost nabłonka (*f*). Ku podstawie narośli znajdują się grube warstwy tkanki łącznej przepełnionej okrągłymi komórkami. Od tych wierzchnich warstw tkanki łącznej weiskają się w głąb nowotworu odgałęzienia cienkie na wszystkie strony go przebiegając i tworząc oparcie dla komórek nowotworowych. Sama tkanka łączna jest przepełniona licznymi komórkami okrągłymi limfoidalnymi, które już w prawidłowych warunkach w warstwach tkankowych mięska łzowego wprawdzie bardzo nielicznie się napotyka i komórkami małymi okrągłymi, z których nowotwór się składa (*g* *d'* *f*).

W narośli samej odróżnić można istotę międzykomórkową i w niej leżące masy małych komórek okrągłych wypełniających cały nowotwór (*h*). W istocie międzykomórkowej podpada ziarnisty rozpad bez wyodrębnienia się, skąd podobieństwo do istoty zlepnej. Ostro na tem tle odbijają zarysy komórek małych, okrągłych, złożonych z jąder bogatych w chromatynę i z ledwie dostrzegalnej, mało wyodrębniającej się protoplazmy, tak że jej poniekąd wcale stwierdzić nie można.

Ugrupowania jakiegoś charakterystycznego tych małych komórek nowotworowych nie ma, są one tylko rozdzielone wyżej wspomnianymi wyspami ostro odgraniczonymi komórek nabłonkowych lub biegnącymi bez pewnego kierunku cienkimi lub grubszymi pasmami tkanki łącznej. Zwyródnień w tkance narośli nie ma, również brak barwika.

Unaczynienie guza nie jest wielkie i składa się z naczyń włoskowatych o cienkich ścianach.

Gdzieniedzie widać naczynia większe (*i*), które atoli już przed utworzeniem się narośli w okolicy powstania tejże istniały i tylko w nowotwór przy rozwijaniu się tegoż weią-

gnięte zostały. O stosunku komórek guza do naczyń krwionośnych wnioskować można z położenia tychże. Albo leżą one tuż przyczepione do ściany naczyń, albo nawet znajdują się w ich świetle. Dokładniejsze badanie podstawy szerokiej narośli t. j. miejsca, w którym nowotwór stykał się z tkanką prawidłową, było niemożliwe i to z tego powodu, iż przy wyłuszczeniu guza tenże tylko tak daleko ze względu na miejsce powstania usuniętym został, o ile gołem okiem badając w głąb zdawał się sięgać.

Mamy więc przed sobą nowotwór nacechowany nadzwyczajnem bogactwem komórek. Znamiona tychże, ich drobność i okrągłość, ich podobieństwo do zwykłych limfocytów lub do większych limfocytów znajdujących się zwykle w ogniskach rozmnażania w grudkach chłonnych (*Lymphollikel*) usprawiedliwiają rozpoznanie moje mięsaka (*sarcoma*) okrągłokórnkowego. Podobieństwo nowotworu pod względem budowy do gruczołów chłonnych i to, że guz ten prawdopodobnie utworzył się z tkanki limfatycznej znajdującej się w tkance podśluzowej mięsaka łzowego, spowodowało mnie do rozpoznania pierwotnego samoistnego mięsaka limfatycznego mięsaka łzowego.

Mięsaki tak zwane limfatyczne są guzami zwykle miękkimi, rdzeniastymi i prędko bujającymi, skłonnyymi do rozpadu tłuszczowego i do rozrostu zajmującego tkanki sąsiednie. Brak rozpadu tłuszczowego w tym przypadku tłumaczy się krótkością czasu rozwoju, mimo iż w tak krótkim czasie narośl rozwinęła się do tych rozmiarów, a brak rozrostu w sąsiednie tkanki tłumaczy się warunkami miejsca powstania. Z mięsaka łzowego rozwinął się guz w kierunku najmniejszego oporu tj. na zewnątrz. Podpada również przy badaniu mikroskopem mała skłonność komórek nowotworowych do niszczenia sąsiednich. Nabłonek jest nienaruszony, również wyżej wspomniane w środku guza leżące wyspy komórek nabłonkowych są przez nowotwór nietknięte i odgraniczają się ostro od komórek naroślowych.

Tłumaczy się to wszystkimi krótkością bytu nowotworu.

Za to tkanka łączna przez bardzo liczne komórki mięsaka jest zajęta.

Punktem wyjścia narośli jest tkanką limfatyczna podśluzowa mięska łożowego.

Czy atoli guz z grudek limfatycznych czy z osobnych zarodków pozostających z czasów rozwoju embryonalnego i nie będących z tkankami sąsiednimi w prawidłowym związku się rozwinął, nie chcę przesądzać.

Bezpośredniej zewnętrznej przyczyny powstania guza stwierdzić nie było można.

Klinicznych dowodów na złośliwość nowotworu nie ma. Przypadek za krótko spostrzegany. Do dzisiaj t. j. w 3 miesiące po wycięciu narośli nawrotu nie ma.

II. STRESZCZENIA.

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 23, 27, 31 (2), 32, 39, 42, 45, 49, 50. Referent Doc. Dr W. Reis).

Zez ku górze i ból głowy w okolicy czołowej. (Höhenschielen und Stirnkopfschmerz). Heiman n.

Do rzadszych zbocezeń w układzie mięśniowym oka zaliczyć należy zez ku górze (*hyperforia*). Podobnie jak przy skłonności oka do zezu rozbieżnego lub do zezu zbieżnego objawy podmiotowe, na które chorzy się uskarżają, są następujące: szybkie zmęczenie oczu, nawet przy patrzeniu w dal, niewyraźne widzenie, bóle głowy, uczucie ucisku w okolicy czoła, zawroty głowy, a często nawet neuralgiczne bóle nadoczodołowe, często powracające. Jedną okoliczność wyróżnia jednakże ten zbiór objawów od objawów stwierdzonych przy innych postaciach zezu. Podczas gdy np. przy zezie zbieżnym dłuższy odpoczynek od pracy działa korzystnie na przebieg cierpienia, to w przypadku hyperforii wypoczynek i wzmocnienie mięśni ocznych nie usuwają wcale objawów chorobowych. Jest to zrozumiałem, gdyż nawet wzmocnione mięśnie oczne nie są w stanie wyrównać różnicy w wysokości ustawienia obu gałek.

Badaniem przedmiotowem płytką Maddoxa jesteśmy w stanie określić stopień tego zaburzenia, a odpowiednio dobrane szkła pryzmatyczne, przynajmniej w słabszych stopniach, przyczyniają się do usunięcia cierpienia. W przypadkach bardziej uporeczywych trzeba wykonać leczenie drogą operacyjną, np. przez przemieszczenie ku przodowi mięśnia prostego dolnego.

O możliwości usunięcia olśnienia oka w drodze chemicznej. (Ueber die auf chemischem Wege zu ermögligende Beseitigung der Blendung der Augen). Ruhemann.

Szkodliwe działanie promieni pozafiołkowych na oko powszechnie jest znanem. Szkła »Euphos« i inne chronią oko przed wpływem tych promieni. Można jednakże i w drodze chemicznej uzyskać ochronę oka przed promieniami pozafiołkowymi. Autor badał 4, rozpuszczalne w wodzie ciała, pochodne *aesculiny*, które jeszcze w rozcieńczeniu 1:10.000, w warstwie o grubości 1 cm pochłaniały promienie pozafiołkowe. W szczególności największe działanie ochronne wykazywało jedno połączenie (*Ortho-Oxyderivat*), którego roztwór 0,3 lub 0,5% znane są pod nazwą Aqua Zeozoni. Kilkakrotne dziennie wkraplanie do oka tego roztworu nawet przez czas bardzo długi nie powoduje żadnych objawów podrażnienia, nosi natomiast objawy olśnienia nawet w oku atropinizowanym. Działanie ochronne tego roztworu tłumaczy się tem, że tkanki nasiąkają barwikiem, którego ciecz łzowa nie spłukuje. Na podstawie 40 spostrzeganych przypadków przekonał się autor, że 0,3% roztwór zeozonu jest w stanie znieść olśnienie, wywołane nawet światłem słonecznym, najobfitszym w promienie pozafiołkowe. Lek ten może więc stanowić ochronę dla oczu w wysokich górach lub na morzu lub też przy rozmaitych schorzeniach powierzchniowych i głębokich oka, w których ochrona przed światłem jest wskazana, jak również działać zapobiegawczo, chroniąc robotników zajętych w odpowiednich gałęziach przemysłu, przed oftalmią elektryczną i zaćmą (w hutach szkła). Noszenie zaś szkieł ochronnych staje się w tych warunkach zbylecznem.

Połysek, jaki powstaje w oku po zapuszczeniu tego roztworu do worka spojówkowego, należy uważać jako objaw fluorescencyi powstałej przez pochłonięcie promieni pozafiołkowych.

O niezycie spojówki, wywołanym krwią węgorza. Ueber Aalblutconjunctivitis (C. ichtyotoxica). Steindorff.

Autor miał sposobność spostrzegać dwa przypadki zapalenia spojówki, wywołanego krwią węgorza, które w niektórych szczegółach przedstawiały odmienny obraz kliniczny, niż opisany nieda-

wno jedyny przypadek Pöllota i Rahlsona. W przypadku pierwszym, dotyczącym 30-letniej kobiety, której przy krajanu węgorza krew trysnęła do oka, objawy zapalenia spojówki wystąpiły natychmiastowo, w dwóch innych przypadkach upłynął kilkumiesiętny okres wylegania. Objawów ogólnych zatrucia, jak skłonność do wymiotów i uczucie gorąca, wspomnianych przez P. i R. nie było w przypadkach przez autora spostrzeganych; zapalenie spojówki przedstawiało znamiona ostrego nieżytu, w niezem się nie różniącego od nieżytów o innej etiologii. W jednym z przypadków autora wystąpiło zaćmienie rogówki, które znikło drugiego dnia. We wszystkich 3 dotychczas opisanych przypadkach zwraca uwagę krótki przebieg cierpienia, które ustępowało w przeciągu kilku dni. U obu swoich pacjentek zauważył S. ponadto po ustąpieniu zapalenia przez kilka dni utrzymującą się nieomogę przy pracy z blizka.

Obustronne porażenie akomodacji po salwarsaniu.
(Doppelseitige Akkomodationslähmung nach Salvarsan). Makroeki.

U 22-letniej dziewczyny kiła nabyta przed 3 miesiącami. Dostaje śródmózne wstrzyknięcie salwarsanu 0,6, a w cztery dni później taką samą dawkę w mięśnie pośladkowe.

W dwa dni po ostatnim wstrzyknięciu, a w 6 dni po zylnem, występuje obustronny niedowład akomodacji, który w przeciągu kilku dni prowadzi do zupełnego porażenia. Bez jakiegokolwiek leczenia znika, to porażenie po 4 tygodniach, mimo istnienia kily i dodatniego odczynu Wassermann'a. Autor nie rozstrzyga pytania, czy mamy w tym przypadku do czynienia z porażeniem na tle kilowem, czy też z działaniem trującym salwarsanu.

O prostej, podręcznej metodzie badania źrenicy wraz z przyczynkiem do sprawy odruchu przy zbieżności i doniesienia o kilku mało znanych zjawiskach na oku.
(Ueber eine einfache, leicht zu handhabende Methode der Pupillenuntersuchung nebst Beitrag zur Frage der Konvergenzreaktion und Mitteilung einiger wenig bekannten Phänomene am Auge). Goldflam.

1. Metodą podaną przez autora posługuje się w sposób następujący: Chory odwrócony od okna patrzy w dal, badający stoi naprzeciw. Następnie nastawia badający lupę o 13 D. ostro na źrenicę badanego, przyczem z boku oświetla źrenicę zwykłą kieszonkową lampką elektryczną. Metodą tą daje się stwierdzić odczyn źrenicy jeszcze w tych przypadkach, w których zwykła metoda badania wykazuje już nieruchomość źrenicy.

2. G. sprzeciwia się głoszonemu przez niektórych autorów zapatrywaniu, jakoby u osobników prawidłowych odruch źrenic przy zbieżności wydatniejszym był od odruchu źrenic na światło. Według G. nie można uogólniać tego twierdzenia, lecz w każdym przypadku uwzględnić trzeba oświetlenie i siłę obu bodźców, a wówczas można stwierdzić, że jakichś wybitniejszych różnic między odruchem na światło a przy zbieżności zauważyć nie można.

Chorobowem pozostanie nadal zachowanie się źrenic tylko w tym wypadku, gdy przy słabym i leniwym odruchu źrenic na światło wystąpi silny i szybki odruch źrenic skojarzony ze zbieżnością.

Autor spostrzegł kilkakrotnie zachowanie się źrenic przy typie oddechania Cheyne-Stokesa. Źrenice zwęzły się w okresie bezdechu rozszerzały się zaś z chwilą powrotu oddechu. Odmiennie od przyjętych zapatrywań tłumaczy sobie G. zachowanie się źrenic w tych przypadkach. Zrozumienie tego zachowania się źrenic stanie się łatwiejsze, gdy się uwzględni, że równocześnie zachodzą zaburzenia świadomości, podobnie jak to ma miejsce podczas snu i przebudzenia się.

Brak czynności kory mózgowej we śnie powoduje zniekształcenie z kory wychodzących wpływów (czuciowych lub psychicznych), działających rozszerzająco na źrenicę czyli zmniejszenie napięcia układu współczulnego, przyczynia się także w okresie bezdechu do wzmożenia zwieracza źrenicy. Odwrotnie się rzecz ma w okresie powrotu oddechu — analogicznie z zachowaniem się źrenicy przy przebudzeniu.

4. Jeżeli cienką nitkę (lub przy silnem zmrużeniu oka rzęsy) trzyma się między promieniami słonecznymi a okiem, w bardzo bliskiej odległości od oka, w której nie może już być mowy o akomodacji i dokładnem widzeniu, wówczas występuje objaw tęczowania (Irisieren). G. przypuszcza, że powstanie tego objawu możnaby wytłumaczyć chromatyczną aberacją, a nie tylko odchyleniem promieni światła.

Dalsze badania nad chorobami ocznymi na morzu południowym. (Weitere Untersuchungen über die Augenkrankheiten in der Südsee). Leber i Prowazek.

Po przeprowadzeniu badań na wyspie Samoa*) wyruszyli autorowie do Saigona dla zbadania panującej tam epidemii ocznej.

*) Ref. w P. O. 1911, zeszyt 3—4.

Po drodze zbierali także materiał do badań z licznych okolic Australii i wysp Maryańskich.

W Saigon stwierdzili L. i P. istnienie trzech rodzajów zapaleń spojówki:

1. *Epitheliosis desquamativa*, wywołana przez *Lyzozoon atrophicans*; 2. nieżyt spojówki wywołany przez drobnoustroj zbliżony do prątka Koch - Weeksa (*Bacillus marianensis*) i 3. nieżyt spojówki, w którym stwierdzono istnienie wrzędów komórkowych. Ten ostatni ostry nieżyt posiada krótki, zaledwie 24 godzinny okres wylegania, poczem występuje przekrwienie i obrzęk spojówek powiekowych i charakterystyczne dla tego cierpienia niby błoniste naloty na spojówce powieki górnej i wynaczynionki w spojówkach powiekowych. Wynaczynionki mogą także występować w tkance natwardówkowej. Powikłania ze strony rogówki występują bardzo rzadko.

Ze stosowanych środków leczniczych najskuteczniejszą okazała się argentamina w roztworze 5%.

Rozmaitości okulistyczne. (Ophthalmologische Miscellen). Fejér.

1. Przyczynki do obrazu chorobowego i leczenia wodoocezu u dzieci (*Hydrophthalmus. infantum.*)
2. O urazowych oderwaniach siatkówki.
3. Zasługujące na uwagę przypadki skaleczeń oka.

O działaniu salwarsanu na choroby oczne. (Ueber die Wirkung des Salvarsan auf die Augenerkrankungen). Dolganow.

Na podstawie spostrzegania leczniczego działania salwarsanu w rozmaitych chorobach ocznych i otrzymanych wyników leczenia dzieli autor schorzenia oczne na 3 grupy.

1. Do pierwszej grupy, w której wyniki leczenia były dobre, należały zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, świeże porażenia mięśni ocznych, zstępujące zapalenie nerwu wzrokowego i zanik nerwu wzrokowego, chociaż w tych przypadkach wskazana jest jeszcze dalsza obserwacja. W każdym razie zaznaczyć należy fakt, że salwarsan zaniku nerwu wzrokowego zupełnie nie pogarsza.

2. Wątpliwe wyniki osiągnął D. przy tarczy zastoinowej i niektórych przypadkach neuritis ascendens.

3. Przy zacmieniach ciała szklonego, przy zwężeniu lub rozszerzeniu źrenicy nie osiągnięto żadnego wyniku leczniczego.

Dwa na uwagę zasługujące schorzenia oczu po salwarsaniu. (Zwei bemerkenswerte Augenerkrankungen nach Salvarsan). Cohen.

Autor spostrzegł dwa przypadki zapalenia nerwu wzrokowego, które wystąpiły po wstrzyknięciu salwarsanu i odporne były wszelkiemu leczeniu przeciwkiłowemu. Badane w tych przypadkach pole widzenia wykazywało środkowy ubytek na barwę niebieską i zieloną.

Na podstawie tego faktu sądzi C., że zapalenia nerwu wzrokowego były przyrody toksycznej.

Operacyjne leczenie oderwanej powieki. (Operative Heilung eines abgerissenen Augenlides). Hamburger.

U dziecka 4-letniego z prawie zupełnie oderwaną powieką górną (wskutek uderzenia o krawędź gazometru) wykonał H. najpierw zeszytanie powieki, a później usunął w drodze operacyjnej powstałe w następstwie wynięcie powiek.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXX. Z. 1 i 2. Referent Dr T. Kleczkowski.

Leczenie jaglicy światłem Finsenem. [Finsentherapie bei Trachom]. Doc. V. Grönholm.

Badania kliniczne autora wykazały, że użycie krótkofalowych promieni sposobem Finsena-Lundsgaarda powoduje zniszczenie i zniknięcie ziarn i nacieku trachomatycznego. Naświetlanie wywołuje silne odczynowe zapalenie trwające często tydzień, a polegające na znacznym obrzęku powiek i spojówki, przyczem spojówka jest gładka, błada i powierzchownie tylko zbliźnowaciała. Do wyleczenia zapalenia trachomatycznego często jest tylko jedno naświetlenie przez 10 minut trwające potrzebne; w ciężkich przypadkach 2—6 razy trzeba było naświetlać.

Czas trwania leczenia jest według Gr. krótszy, aniżeli przy innych sposobach leczenia, a skrócić go jeszcze znacznie można przez poprzednie wynięcie ziarn.

Statystycznie wyniki autora przedstawiają się w ten sposób, że na 98 leczonych ócz w 79 razach zapalenie zupełnie było wyleczone (81%), a tylko w 79% zapalenia trachomatycznego nie można było uważać za wyleczone. Nawroty choroby wystąpiły w 35% przyp. Nawroty były tem częstsze, im spojówka na po-

czątku leczenia mniej była przerosła. Najlepsze wyniki leczenia spostrzegał autor w przyp. świeżego zapalenia, gdzie spojówka tylko załunków była zajęta. Gr. uważa leczenie *Finsenem* za bardzo dzielną środkiem, któregoby można ewentualnie również używać w połączeniu z dawnymi lekami, zwraca jednak przytem uwagę, żeby przy leczeniu uważać na rogówkę, na której łatwo powstają pod wpływem światła wrzody i łuszczeńka (w 7 przyp. autora). Leczyć promieniami F. należy, według G., szczególnie te przypadki, w których spojówka jest naciekła, a rogówka zdrowa. Gdy oko jest podrażnione i rogówka zajęta, naświetlać się powinno miejscami w kilku posiedzeniach.

Histologiczne badania nad działaniem światła Finsena i wygniatania wraz z leczeniem sinym kamieniem przy jaglicy. [Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Finsenlichtes und der Expression nebst Blausteinbehandlung beim Trachom]. K. A. Heiberg (Kopenhaga) i Doc. V. Grönholm (Helsingfors).

Wyniki badań histologicznych w zupełności się zgadzają z doświadczeniem klinicznym, ogłoszonym w poprzedniej pracy przez Grönholma. Badania wykazały zupełny zanik ziarn i nacieku pod wpływem światła Finsena. Zaniku tego stopnia nie można spostrzegać lecząc wygniataniem i sinym kamieniem.

Do pytania nad histologicznym i przyczynowym charakterem zapalenia sympatyzującego. [Zur Frage nach dem histologischen und aetiologischen Charakter der sympathisierenden Entzündung]. Prof. W. Reis (Bonn).

Autor występuje przeciwko zapatrywaniu Guillery'ego jakoby naciek drobnokomórkowy w naczyniówce, powstały w następstwie wstrzykiwania fermentów do oka królików, dowodził obecności zapalenia sympatyzującego. Do obrazu całkowitego według R. potrzebne są jeszcze komórki olbrzymie i epiteloidalne. Autor wbrew przekonaniom Guillery'ego stoi na stanowisku czysto mykotalnej natury zapalenia sympatycznego, a opiera swoje twierdzenie na tem, że dotychczas nikomu nie udało się wywołać typowego obrazu histologicznego zapalenia sympatycznego przez zadziałanie zdolnych do dyfuzji rozezynów jądów. Następnie autor polemizuje z teorią Elschniga, a szczególnie nie zgadza się z jego zdaniem jakoby nie było zasadniczej różnicy między *iritis sympathica*, a t. zw samoistnem zapaleniem tęczówko-naczyniówkowym. Pierwsza różnica według R. polega na tem, że samoistne zapalenie naczyniówki spotyka się głównie u kobiet, a szczególnie

u młodych anemicznych i gruźliczych dziewcząt, zapalenie zaś sympatyczne głównie u młodych silnych mężczyzn i szczególnie często u dzieci. Następna różnica polega na sposobie przebiegu choroby. Zapalenie samoistne nie jest tak złe w skutkach jak sympatyczne. Z drugiej jednak strony w przeciwieństwie do zapalenia sympatycznego, skłonne jest ono do częstych nawrotów. Trzecia różnica, na którą się sam Elschnig zgadza, leży w przyczynowości obu chorób.

Choroba ogólna ustroju przy powstawaniu zapalenia samoistnego jest jedyną i zasadniczą przyczyną schorzenia, przy zapaleniu zaś sympatycznym jest ona tylko przyczyną współdziałającą z uczuleniem naczyńki Elschniga. Na podstawie przez siebie spostrzeganych przypadków autor jest zwolennikiem teorii bakteryjnej zapalenia sympatycznego, a mianowicie zakażenia na drodze endogenetycznej w myśl zapatrywań Mollera. Na poparcie swego przekonania przytacza autor przypadek, w którym zapalenie sympatyczne rozwinęło się w oku z mięsakiem naczyńki i przypadek zapalenia sympatycznego rozwinętego w oku zupełnie po ranie zadanej zagojonem. Za zakażeniem drogą krwi przemawia nie tylko doświadczenie kliniczne autora, ale również badania histologiczne. Jeżeliby zakażenie miało być ektogenetyczne, to pierwsze zmiany w naczyniówce powinny być umiejscowione w przednim odcinku gałki. Pierwsze umiejscowienie w tylnych częściach naczyniówki przemawia za endogenetycznym zakażeniem. Za pierwsze zmiany histologiczne zapalenia sympatycznego uważa R., na podstawie 2 swoich przypadków, ogniskowe nacieki drobnokomórkowe w naczyniówce, do zdania tego jednak dodaje uwagę, że dopóki nie znamy swoistego zarazka, tak długo jedynie histologicznym badaniem nie można z całą pewnością stwierdzić, czy w danym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem sympatycznym, czy też nie.

Barwa plamki żółtej. [Die Farbe der Macula lutea]. J. von der Hoeve.

Sporne przekonania, czy plamka żółta jedynie tylko po śmierci ma barwę żółtą (Gullstrand), czy również za życia żółto się przedstawia (Dimmer), rozstrzyga autor w myśl zapatrywania Dimmera.

W przypadku autora naczynia dna oka nie posiadały krwi w następstwie przerwania n. wzrokowego rogiem krowy. Plamka żółta wielkości $\frac{1}{3}$ średnicy tarczy była żółta, środek był nieco ciemniejszy, obwód zaś jej z odcieniem zielonawym.

Przyczynki do znajomości anatomii patologicznej i patogenezy cyklopii. [Beiträge zur Kenntniss der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Cyclopie]. M. Hayashi (Tokio).

Materyał do pracy autora pochodził z zakładu anatomii prof. Hasse'go we Wrocławiu.

1. przyp.: Makroskopowa gałka oczna wyglądała jako jedna. Badanie drobnowidowe wykazało, że składa się ona jednakże z dwóch zawiązków rozwojowych, z których tylko lewy rozwinął się drugi zaś pozostał w stanie szczątkowym. Zlanie się w jedną całość obu zawiązków w tylnej części było prawie całkowite, tak że w tym miejscu była jedna dla obu gałek wspólna jama. Od dołu dla obu gałek były wytworzone wszystkie ich części składowe. Oczodół, powieka górna i mięśnie oczne rozwinięte były tylko dla jednego oka. W drugim przypadku obraz makroskopowy znowu odpowiadał jednoocznosci; badanie drobnowidowe znowu wykazało 2 zawiązków gałek ocznych. W miejscu zrośnięcia się obu zawiązków znajdowała się szpara naczyniówki. Siatkówka ułożona była w zmarszczki. W trzecim przypadku rozpoznano (u świni) makroskopowo cyklopie, która drobnowidowo okazała się jako zupełna *anophthalmia cyclopica*. Z przydatków gątki stwierdził autor tylko silnie rozwinięty gruczoł łzowy. Na podstawie swoich przypadków dochodzi autor do wniosku, że *cyclopia* powstaje przez następowe zrośnięcie się pierwotnie oddzielnie rozwijających się zawiązków obu gałek ocznych. (Meckel, Geoffroy, St. Hilaire).

O objawie van der Hoeve'a i pierścieniowym ubytku pola widzenia, pochodzenia nosowego. [Über van der Hoeves Sympton und die Ringskotome rhinogenen Ursprungs]. Harald G. et Gjessing (Wiedeń).

Objaw van der Hoeve'a, polegający na powiększeniu plamy Mariotte'a w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego powstałego na tle schorzenia bocznych jam nosa został stwierdzony przez autora w 50% przypadków. W jednym przypadku zaniku n. wzrokowego powstałego po zapaleniu jego spowodowanem ropieniem tylnych jamek siłowych stwierdził autor charakterystyczny pierścieniowaty ubytek w polu widzenia. Przyczyna ubytku leżała albo w czynnościowym zaburzeniu nerwu, albo może w następstwie schorzenia organicznego nerwu, spowodowanego przez *empyema sinus ethmoidalis*, lub może przez rozpoczynającą się *sclerosis disseminata*. Przypadek autora jest 4-tym w literaturze.

**O pooperacyjnem i samoistnem odczepieniu naczy-
niówki.** [Über postoperative und spontane Chorioidealabhebung].
J. Meller (Wiedeń).

Najczęstszą postacią odczepienia naczyńniówki jest odczepie-
nie występujące w pierwszych dniach po operacji. Objawy, jakie
odczepieniu towarzyszą polegają na płytkości (lub zniesieniu) ko-
mory przedniej, obniżenie ciśnienia śródocznego i powstaniu cie-
mnych, obwodowo umiejscowionych wyniosłości, które następnie
bez śladu znikają.

Autor potwierdził doświadczalnie przypuszczenie Fuchsa, że
odczepienie naczyńniówki powstaje w następstwie przesączenia się
ku tyłowi cieczy komorowej przez zranienie w *ligamentum pecti-
natum* podczas operacji. Małego stopnia odczepienia naczyńniówki
wziernikiem nie można stwierdzić.

Drugą postacią odczepienia jest dopiero późno po operacji
występujące odczepienie naczyńniówki. (Przyp. Fuchsa po 4 mie-
siacach, Marschall'a i 2 autora). W jednym z przyp. autora
dołączyło się potem odczepienie siatkówki. Odczepienia samoistne
naczeyńniówki dzieli autor na 2 działy. Odczepienie albo rozpoczyna
się w okolicy ciałałka rzęskowego, objawy kliniczne przytem zupełnie
odpowiadają objawom towarzyszącym odczepieniu pooperacyjnemu,
albo odczepienie rozpoczyna się w tylnym odcinku gałki. Przy-
czyną obu rodzajów odczepyień jest nieznana.

Rozpoznanie kliniczne tylnego odczepienia naczyńniówki jest
trudne, a objawy towarzyszące mu zależne są od tego, gdzie głów-
nie płyn odczepiający się nagromadził.

Jeżeli płyn znajduje się między naczyńniówką a twardówką,
w takim razie przy jednoczesnem odczepieniu siatkówki spostrze-
gać można naczeynia naczyńniówki na wysokości odczepionej siat-
kówki.

Jeżeli płyn jednak głównie jest pod siatkówką, w takim ra-
zie równocześnie z odczepieniem siatkówki istniejącego odczepienia
naczeyńniówki nie można rozpoznać.

O regulacji ustawienia oczów przez narząd słuchowy.
**IV Doniesienie. Silniejsze działanie narządu słuchowego
na oko sąsiadujące.** [Über Regulierung der Augenstellung durch
den Ohrapparat. IV. Mitteilung. Die stärkere Wirkung eines Ohr-
apparates auf das benachbarte Auge]. M. Bartels (Strassburg)
i Shin-iri Ziba (Tokio).

W poprzednich już pracach doniósł Bartels o swoim spo-
strzeżeniu, że wywołane drżenie gałek ocznych przez drażnienie

narządu słuchowego silniejsze jest gałki ocznej sąsiadującej z uchem zadrażnionem, aniżeli oka leżącego po przeciwnej stronie.

Drżenie gałek wywoływali autorowie albo przez obracanie zwierzęciem (*rotatio*) albo przez bezpośrednie drażnienie narządu słuchowego termicznie lub prądem galwanicznym. Drżenie gałek ocznych w całości, jak również skurcze i rozkurcze odpowiednich mięśni ocznych, przedstawione zostało w liniach krzywych graficznie.

O działaniu upustu krwi żyłnej Dyes'a przy jaskrze.
[Über die Wirkung des Dyesseren Aderlasses beim Glaucom]. Doc. W. Gilbert (Monachium).

Wychodząc z założenia, że ciśnienie krwi przy jaskrze jest podniesione starał się autor obniżyć je przez upuszczenie krwi żyłnej (3 gr. na 1 kg. wagi) a przez to wpłynąć na wysokość ciśnienia śródocznego. Ciśnienie śródoczne badał G. tonometrem Schiö tza. Przy jaskrze niezapalnej ciśnienie śródoczne najsilniej obniżało się w 6—8 g. Po upuście krwi skutek był widoczny przez przeszło 24 g. (do 72 g.). Przy jaskrze zapalnej obniżenie ciśnienia występuje później (na 2-gi dzień), trwa jednak do 4 dni. Na podstawie tych wyników uważa G. upust krwi przy jaskrze za środek leczniczy, który w okresie zwiastunów należy stosować kilkakrotnie wraz z używaniem miejscowem miotyków. Przy *glaucoma evolutum* należy rozpocząć leczenie przez wykonanie *venae-sectionis*, a mianowicie przy *gl. simplex* na 6—24 g. przed operacyą przeciwjaskrową, przy *gl. inflam.* zaś na 24—48 g.

Cysty dermoidalne powieki górnej z nabłonkiem skóry i błony śluzowej. [Dermoideysten des Oberlides mit Epidermis und Schleimhautepithel]. A. Purtscher, (Wiedeń).

Dwa przypadki autora są pierwszymi w literaturze. Cysta w obu razach położona była nad kącikiem wewnętrznym oka. Badanie drobnowidowe wykazało, że wewnętrzna ich powierzchnia wysłana była częściowo skórnym częściowo zaś cylindrycznym nabłonkiem. Zdaniem autora cysty tego rodzaju i w tem umiejscowieniu co w przyp. autora, powstają w następstwie bujania komórek nabłonkowych przemieszczonych podczas rozwoju kanalików łzowych pod skórę powieki górnej.

O wytwarzaniu się otworu i cyst we fovea centralis
[Ueber Loch und Cystenbildung der Fovea centralis]. W. P. C. Zeeman (Amsterdam).

Badania drobnowidowe oka wyjętego z powodu nawrotów jaskry, a ociemniałego w następstwie *iridocyclitis* wykazało prócz

obecności okrągłego otworu we f. centr. również charakterystyczne zachowanie się otaczającej siatkówki i naczyniówki.

Część siatkówki bezpośrednio otaczającej otwór we f. centr. była prawidłowa, jedynie tylko zauważył autor brak w tem miejscu komórek nabłonka barwikowego.

Poza tym pasem względnie prawidłowej siatkówki stwierdził autor w dalej położonych ich ujściach wybitne zmiany, polegające głównie na wytworzeniu się cyst w wewnętrznej ziarnistej warstwie siatkówki. Zdaniem autora wytworzenie się otworu we f. centr. jest następstwem początkowego wytworzenia się torbieli, a głównie ich umiejscowienia w pasie siatkówki niedaleko leżącej od f. centr. z powodu szczególnej wrażliwości tej części siatkówki zależnej od jej obfitego unaczynienia.

W sprawie zaburzenia wzroku widzących połowiczno.

[Zur Sehstörung der Hemianopiker], Doc. W. Lohmann (München).

Objaw Axenfelda polegający na tem, że ludzie z połowiczem widzeniem nie są w możności przepołowić na 2 równe części np. paska białego papieru znalazł autor nietylko w przypadkach hemianopsyi, ale również u ludzi z prawidłowym wzrokiem, a mianowicie wtedy, gdy badany podczas próby Axenfelda ustali swój wzrok tylko na końcowy punkt przestrzeni mającej być przepołowionej. Mniej znanym jest drugi objaw, który autor również u połowiczno widzących spotykał. Badanie tego drugiego objawu polega na następującem postępowaniu: Badany staje przed tablicą do pisania w odległości 30 cm i trzyma jedną ręką czarny karton prostopadle do tablicy ustawiony. Karton ten zasłania badanemu ręce i jego ciało. Badanemu poleca się nakreślić kredą pod kartonem przedłużenie linii prostopadłej narysowanej nad kartonem. Dwaj chorzy z hemianopsyą badani przez autora przedłużenie linii zawsze rysowali fałszywie. (Linia narysowana była zawsze zanadto po prawej lub lewej stronie).

Ptośis congenita z dziedzicznością. [Über Ptośis congenita mit Heredität]. B. Hüttemann (Strassburg).

Autor podaje opis drzewa genealogicznego rodziny, w której w trzech pokoleniach stwierdzone zostało opadnięcie powieki górnej połączone z obecnością zmarszczki nakątnej. W celu przekonańia się, jak przy ptośis congenita zachowuje się *m. levator palp. sup.* użył autor sposobu badania Bregmanna. Autor podobnie jak Bregmann przekonał się, że drażnienie prądem elektrycznym powieki górnej w okolicy *m. levator* w przypadkach opadnięcia

powieki dziedzicznego nie powoduje podniesienia się powieki. (Przy opadnięciu powieki porażeniem odczyn występuje dodatni).

Atypowe szpary tęczówki i inne zaburzenia rozwojowe oka. [Atypische Iriscolobome und andere Missbildungen des Auges]. F. Rössler (Wiedeń).

Autor opisuje 5 przypadków z kliniki prof. Fuchsa.

- 1) *coloboma iridis* ku górze wewnątrz.
- 2) Wielka szpara tęczówki na obu oczach ku dołowi zewnątrz zwrócona, a prócz niej kilka ubytków w przedniej blaszce tęczówki.
- 3) *microphthalmus* i *colob. irid.* ku górze.
- 4) *Colob* mostkowe i *ectopia lentis* ku dołowi.
- 5) Szpara powierzchowna tęczówki mostkowa.

Studia nad chorobami nerwu wzrokowego i siatkówki. II. O objawach ocznych przy guzach przysadki mózgowej i ich zmienności. [Studien über Opticus und Retinaleiden. II. Über die ophthalmologischen Erscheinungen bei Hypophysentumoren und ihre Variabilität]. A. de Klein.

Na podstawie 4 przez siebie spostrzeganych przypadków nowotworów przysadki mózgu, stwierdza autor, że szerokość pola widzenia u takich chorych może ulegać codziennym zmianom. Wahania w szerokości pola widzenia nie idą w parze z wahaniami w bystrości wzrokowej. W jednym z przypadków autora w polu widzenia stwierdzone zostały wyspowate ubytki. W 2 przypadkach chorzy skarżyli się, że widzą wszystko niebiesko a w jednym z nich było zwężone pole widzenia na barwę białą. U jednego z chorych przekonał się autor o obecności omamów wzrokowych polegających na ukazywaniu się ognistych kul.

Oddziaływanie żrenie zawsze było prawidłowe, tylko w jednym przypadku, podczas występowania napadowo powtarzających się całkowitych zaniwieżeń (*amaurosis*) stwierdził autor zupełny brak odruchu świetlnego śrenie. O częstoci lareczy zastoinowej przy guzach przypadki na podstawie dotychczasowych przypadków z literatury nie można zdaniem K. nie stanowczego powiedzieć. Obraz zwyczajnego zaniku nerwu wzrokowego zdaje się częściej występować przy guzach przysadki, aniżeli przy innych nowotworach mózgu. Ze względu na niebezpieczeństwo przy operacji przysadki, a z drugiej strony ze względu możności dość długiego życia bez operacji, nie należy według autora operować w tych przypadkach, gdzie niema zbyt uciążliwych dolegliwości. Operację radykalną należy zawsze poprzedzić trepanacją czaszki, albo pun-

keyą przez tylną ścianę, *sinus sphenoidalis*, a mianowicie w tym przypadku, gdy się podejrzewa obecność, w okolicy przysadki, torbiela.

O podwójnem przedziurawieniu gałki przez nowoczesny małokalibrowy płaszczowy pocisk. [Über die Doppelperforation des Bulbus durch das moderne Kleinkaliber-Mantelgeschoss]. Ch. Oguchi (Tokio).

Pomimo przebicia gałki ocznej pociskiem postać jej zewnętrzna nie uległa zmianie.

Klinicznie stwierdzono: krwotok do gałki, zaburzenie jej ruchomości, obrzęk spojówki i zupełne zaniewidzenie. Po 22 dniach gałkę wyjęto i stwierdzono prócz otworu, którą kula do oka wtargnęła, również otwór, który gałkę oczną opuściła.

Anatomiczno-patologiczny stan tylnej torebki zaćmy starczej. [Anatomisch-pathologischer Zustand der hinteren Kapsel bei senilem Star]. D. Mihail (Bukareszt).

W 20% przypadków histologicznie badanych, tylna torebka nie była całkowicie pokryta nabłonkiem, w 80% zaś na całej jej powierzchni udało się autorowi stwierdzić jego obecność. Komórki nabłonka nie są tak regularnie ułożone, jak komórki torebki przedniej. Większość komórek posiada postać wieloboczną; mniej liczne komórki są postaci wrzecionowatej. Najmniej komórek okazuje obrazy podziału karyokmetycznego.

Studia nad chorobami nerwu wzrokowego i siatkówki. III. W sprawie samoistnego wyleczenia glejaków siatkówki. [Studien über Opticus- und Retinaleiden. III. Über die Frage der Spontanheilung bei Gliomata retinae]. A. de Klein (Utrecht).

W przypadku autora zostało wyjęte u dziecka 8 miesięcy liczącego oko prawe z powodu glejaka siatkówki. Drugie oko było zdrowe. W 4 miesiące potem zgłosiła się matka z dzieckiem z powodu oka lewego, w którym również stwierdzono obecność glejaka. Z powodu ogólnego wyniszczenia dziecka do operacyi nie przystąpiono. Oko lewe uległo następnie zanikowi, badanie histologiczne potem wyjętego oka wykazało brak tkanki nowotworowej w miejscu niej zaś obecność tkanki bliznowatej i kostnej. Obecnie dziecko, liczące już 7 lat, żyje w najlepszym zdrowiu.

Atypowa chorioretinitis pigmentosa hereditaria. [Atypische Chorioret. pigm. heredit.]. W. Pöllot (Heidelberg).

Atypowość w porównaniu do zwyczajnej *retinit. pigment.* polegała na szczególnie obfitych zmianach chorobowych w naczy-

niówce polegających głównie na silnej sklerozie jej naczyń krwionośnych i na zaniku nabłonka barwikowego. Opisany obraz chorobowy spostrzegał autor u 8 osobników z jednej rodziny, a u 3 jej pokoleń.

III. ROZMAITOŚCI.

Zapalenie miąższowe rogówki wywołane urazem.

W ostatnich czasach znowu poruszono pytanie, czy zapalenie miąższowe może być wywołane urazem i czy podobne zapalenie drugiego oka, występujące po upływie pewnego czasu, należy przypisać następstwu sympatycznego wpływu.

Pytanie to jest ważnem, już nie tylko ze względu na etiologię, ale, i to wobec odpowiedzialności ustawodawczej powołanych tą ustawą czynników t. j. pracodawców czy towarzystw ubezpiecz., nie mniej ze względów prawnych i słuszności.

Na przedostatnim zjeździe tow. franc. okulistów w Paryżu przedstawił Dr Armaignac przypadek dotyczący pracownicy, której do oka lewego wpadła kropelczka litu przy lutowaniu pudełek konserw. Nastąpiło zapalenie miąższowe tego oka, a w dwa tygodnie później także drugiego. Osoba, dotknięta następstwami z pewnością przejściowemi, rościła pretensyę o odszkodowanie i to za zmniejszenie się bystrości wzrokowej obu ocz. Armaignac pragnął wywołać wymianę zdań co do odpowiedzialności pracodawców, ale dyskusya w tym kierunku nie dała pożądanego wyjaśnienia sprawy.

Wiemy, że pod względem etiologicznym zapalenie miąższowe może mieć najrozmaitszy podkład, a lubo najczęściej przyjmuje się syfilityczny, to wedle mego przekonania nie bywa on tak częstym, jak się przypuszcza. Zresztą zapalenia z tym podkładem bywają znamienne i objawami tak doskonale przez Hutchinsona zaznaczonymi i nadzwyczajnem zaostreniem i przebiegiem zazwyczaj bardzo długim. Postacie skrofuleczne i gościecowe już bywają łagodniejsze i często mniej oblitują w naczynia. Że i tuberkuloza sama przez się albo współdziałać może na powstawanie zapalenia miąższowego rogówki, to rzecz aż nazbyt chyba znana.

Nierozstrzygniętem zawsze jeszcze jest pytanie, czy uraz nawet lekki może również wywołać zapalenie miąższowe na jakimkolwiek tle i czy w dalszem następstwie na drodze sympatycznej powstaje podobne zapalenie drugiego oka.

Wiadomo, że uraz tępy wywołuje niekiedy zapalenie mięszkowe, ale nie typowe rozlane (*keratitis parench diffusa*) lecz ograniczone środkowe (*k. parenchym circumscripta centralis*). Przed wielu laty przedstawiono mi 18-letnią pannę uderzoną piłką śnieżną w lewe oko, które w następstwie tego uległo tak silnemu zmętnieniu bielmowatemu średniej części rogówki, bez silniejszego zapalenia, iż to bielmo skłaniało pewnego młodego okulistę do wycięcia tęczówki celem przywrócenia wzroku. Leczenie jednak przeze mnie przepisane usunęło w znacznej części zmętnienie, a wzrok przywróciło bez zabiegu operacyjnego. Takie postacie ciężkie należą atoli do wielkich rzadkości, częściej powstaje zmętnienie prążkowane, zwane przez Fuchsa *discoformis*, które zresztą spostrzegamy i po operacjach zaćmy, zwłaszcza, jeżeli cięcie zbyt małe powodowało przeciskanie się soczewki twardej a nierównie w silniejszym nieraz stopniu po długotrwałych wypłukiwaniach, w przypadkach zaćm niedojrzałych, gdy kora od torebki nie odłącza się łatwo. Ale tak owe zmętnienia rogówek, wywołane urazem na zdrowym oku występujące, jak też po operacji powstałe, ustępują prawie doszczętnie po upływie dłuższego czy krótszego czasu. Inaczej gdy uraz spotyka oko osobnika z pewną ogólną skazą. Tu sprawa będzie i ostrzejszą i często długotrwałą. Nawet uraz lekki daje podnieść do powstania typowego rozlanego zapalenia mięszkowego, ale stanie się to tylko osobnikom, którzy dotknięci są pewną do tego zapalenia skłonnością wskutek wad ogólnoustrojowych.

Uraz zaś, choćby silniejszy, gdy spotka organizm zdrowy nie wywoła tych następstw, ale zazwyczaj obrażenie takie przechodzi szybko bez śladu.

Zapalenie drugiego oka, występujące później, po wywołaniu mięszkowego zapalenia urazowego, uważane bywa za objaw sympatyj. Niewątpliwie — ale znowu tylko w organizmie do tego przez odpowiednią skazę usposobionym — bo w organizmie zdrowym taki uraz ograniczy się z pewnością tylko do jednego oka bez wtórzonego działania na drodze sympatyj.

Wickerkiewicz.

Warszawskie Tow. okulistów polskich dokonało w styczniu b. r. wyboru Zarządu: Prezes: Dr Ziemiński, zastępca: Dr Cetnarowicz, sekretarz i skarbnik: Dr Paradowski. Towarzystwo, którego siedziba: Instytut ks. Lubomirskiego, Warszawa, Smolna 8, liczy 44 członków i to warszawskich 28, z innych miast Królestwa Polskiego 13.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNĄ, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZIE.

Marzec.	—* ROČNIK CZTERNASTY. *—	1912.
---------	--------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulist. U. J. R. dw. Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

O brodawczakach rąbka rogówki.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Według Saemisch'a należą brodawczaki spojówki do rzadkich nowotworów. Mogą one występować w postaci polipowatej z większą lub mniejszą szypułą, albo przylegają szeroką podstawą do spojówki. Pierwsze sadowią się zazwyczaj w załamku przejściowym, drugie występują częściej w okolicy rąbka rogówki. W klinice krakowskiej spostrzegano kilka przypadków brodawczaków, trzy z nich poniżej podaję:

K. W., 76-letni wyrobnik (4818/10) podaje, że prawem okiem widzi od 2 miesięcy, jak przez mgłę. Na guzek koło rogówki nie narzeka, nie sprawia mu żadnych dolegliwości. Dopiero zapytany opowiada, iż guzek ten ma od kilku miesięcy.

Badanie: Prawe oko: Ślad przekrwienia spojówki, na niej przy rąbku od skroni różowa wyniosłość, płaska, wielkości grochu przechodzi 2 mm na rogówkę. Powierzchnia wyniosłości trochę nierówna, od skroni dochodzi do niej kilka naczyń przekrwionych, zresztą rogówka czysta, źrenica dobrze oddziaływa, w soczewce zaćmienia klinowate,

Lewe oko: Zmian nie przedstawia, prócz drobnych zmętnień na obwodzie soczewki. Guzek wyciął Prof. Wicherkiewicz i założył szew. Po 6-ciu dniach wyjęto szew, brzegi ranki zlepione. Oko prawie bez podrażnienia.

Wycięty guzek zbadano histologicznie. Badanie wykazało utkanie typowego brodawczaka, z wieloma warstwami nabłonka, którego podstawowa warstwa składała się z komórek cylindrycznych, następne z kubicznych, górna z płaskich.

W powierzchownych warstwach leżące komórki wykazywały w wielu miejscach brak jąder, cechy znamionujące początek zrogowacenia, jakie często przydarza się w podobnych nowotworach.

Pomiędzy brodawkami, w zagłębieniach widać było komórki śluzowe w skąpej ilości, pomiędzy nabłonkiem komórki wędrownie.

Od operacyi minął rok bez nawrotu.

Mamy zatem do czynienia z typowym brodawczakiem spojówki, umieszczonym na rąbku i częściowo zachodzącym na rogówkę. Guzek ten nie wnikał w głąb tkanki rogówkowej, a podczas operacyi dał się z łatwością usunąć.

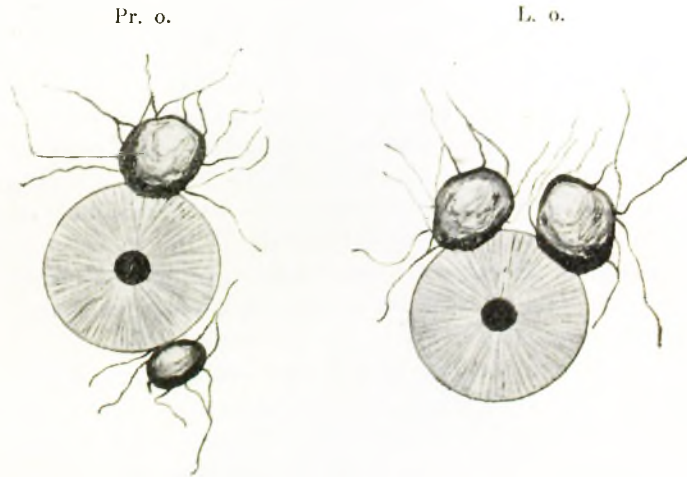
Ciekawszym jest przypadek następujący.

L. F., 7-letni (4904/10). Zgłasza się z matką, która podaje, że już od roku syna oczy bołą; obecnie od 3-ch tygodni pogorszenie, nad ranem ma oczy zalepione. Leczony przeróżnymi środkami — bezskutecznie. W rodzinie podobnego przypadku nie było.

Prawe i lewe oko:

Badanie: Wydzielina śluzowa w miernej ilości. Oczy łązawią. Spojówka powiek gładka, nieznaczne obrzmienie ciała brodawkowego.

Prawe oko: (Rys. 1) ponad rogówką guz płaski czerwony, mocno unaczyniony, wielkości grochu, około 2 mm grubości. Zachodzi na rogówkę na $\frac{1}{2}$ mm. Drugi guz, podobny dołem wewnątrz, koło rogówki, na rogówkę nie zachodzi, od dołu otoczony rozdętymi naczyniami spojówkowymi. Rogówka czysta. (Rys. 1 pro.).



Rys. 1.

Lewe oko: (Rys. 1) górną na rąbku podobne dwa guzy obok siebie leżące, oddzielone przestrzenią 2 mm, zachodzą nieco na rogówkę. Rogówka czysta, (Rys. 1 lo.).

Gruczoły szyjne, przyuszne i karkowe lekko powiększone.

Badanie bakteryologiczne wykazało w wydzielinie gronkowce białe i nieliczne złote.

Skoro wydzielina pod wpływem borotanniny ustąpiła, a guzki nie uległy zmianie, wykonał Prof. Wicherkiewicz operację prawego oka, polegającą na doszczętnym usunięciu guzów i zaszcyciu spojówki. W kilka dni potem zabieg ten powtórzył na drugim oku. W przeciągu tygodnia chłopiec mógł powrócić do domu. Nawrotu po roku nie było.

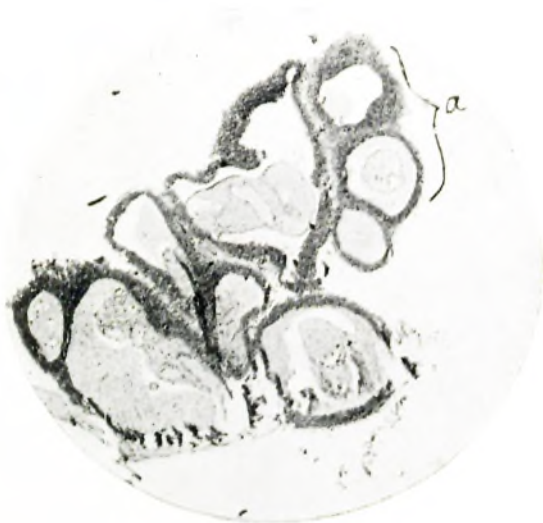
Badanie histologiczne wyciętych guzów wykazało budowę podobną do opisaną w pierwszym przypadku. Różnica polegała jedynie na tem, iż w danym przypadku więcej było komórek śluzowych, a brodawczak obficie unaczyniony.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że brodawczaki wystąpiły równocześnie na obu oczach. To, że na jednym oku kilka brodawczaków występuje, było już rzeczą znaną (Hirschberg, Birnbacher). Powierzchnia guza była dla oka zupełnie gładką, dopiero mikroskop wykazał brodawki i na powierzchni, choć przyplaszczone. Już Fuchs zwrócił na to uwagę, że postać brodawczaka zależy od jego umiejscowienia. Jeśli składa się z prawidłowych brodawek, jak spojówka powiek, wówczas rozwija się podobnie do grządek, o podstawie szerokiej tworzy wyrosłe kalafiorowate, które wskutek ucisku powiek na gałkę mogą się spłaszczyć, o ile są usadowione np. na rąbku. Natomiast brodawczaki załamka przejściowego i spojówki gałki przybierają zazwyczaj postać polipowatą.

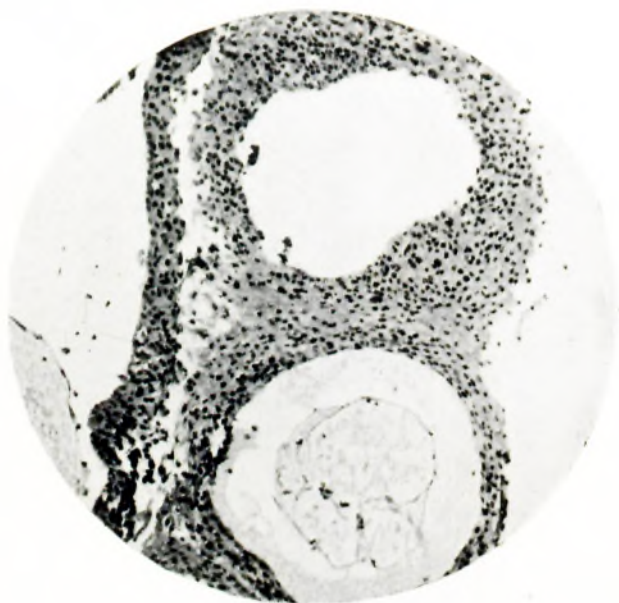
Nasz przypadek należy do pierwszego typu.

Virchow nazywa brodawczak włóknikiem brodawkowatym (*Fibroma papillare*). Guz ten należy zatem, co zwłaszcza Elschnig i Fuchs zaznaczają do włókników spojówki. Należy go uważać za narośl łagodną. Jednakże posiada on wielką skłonność do nawrotów, a może też przez pokrycie rogówki spowodować wybitne upośledzenie bystrości wzrokowej (Grunert).

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy brodawczakiem a przyrogówkowymi zmianami podczas kataru wiosennego jest prawie z reguły łatwe. Trudniejsze bywa odróżnienie od nabłonniaka (*epithelioma*), zwłaszcza w początkowym okresie rozwoju i umiejscowieniu na rąbku rogówki. W tym wypadku mogą oba te rodzaje narośli (których wygląd zewnętrzny, budowa powierzchni lekko brodawkowata, bardzo są zbliżone) wtedy dopiero okazać różnice, jeśli się rozszerza na rogówkę. Okaze się wówczas, że nabłonniak w tkankę wnika, podczas gdy brodawczak do niej tylko przylega. Ważną sprawą jest też zachowanie się okolicznych gruczołów



Rys. 2.

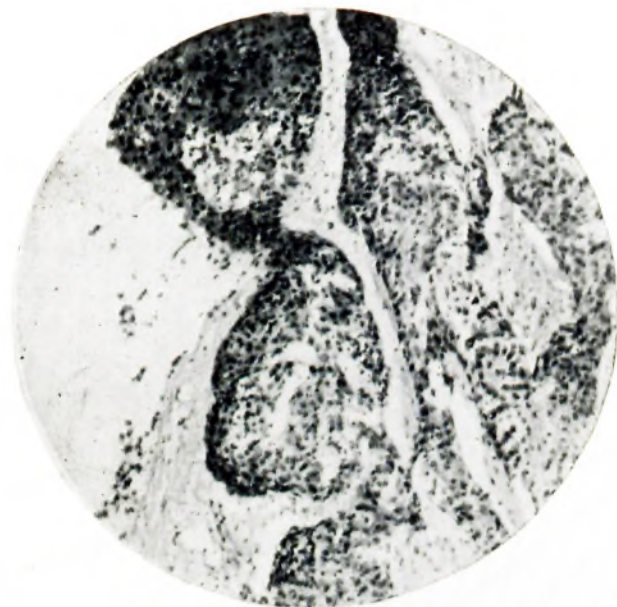


Rys. 3.

Część Rys. 2 przy *a* pod znacznym powiększeniem widziana.



Rys. 4.



Rys. 5.

Część Rys. 4 przy α pod znacznym powiększeniem widziana.

chłonnych, których powiększenie przemawia za nabłoniakiem (o ile naturalnie nie wszystkie gruczolę chłonne są powiększone, gdyż to przemawia raczej za jakąś ogólną przyczyną).

Rechtperg opisuje przypadek brodawczaka, w którym badaniem drobnowidowem mógł stwierdzić zwyrodnienie rakowate i zwraca uwagę, że przypadki Hornera oraz Lagrange-Mazeta, w których podczas nawrotu brodawczaka i rogówka uległa schorzeniu do podobnej grupy zaliczyć należy. Chory Hornera zmarł przed zniszczeniem rogówki z powodu raka żołądka. W przypadku Lagrange-Mazeta wystąpiło obfite bujanie nabłonka, zdaje się złośliwe, które doprowadziło do przebicia rogówki. I Greef wspomina o tem, w podręczniku anat.-patol. Ortha, że brodawczak może przejść w raka, lecz Saemisch w ostatnim wydaniu podręcznika Graefego-Saemisch'a pisze: »Es muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden, ob die auf der Schleimhaut der Harnblase beobachteten Übergänge des Papilloms in das Epitheliom auch auf der Bindehaut des Auges sicher vorkommen können«.

Znamienny pod tym względem jest przypadek następujący:

H. S., lat 60 (161/07) zgłosiła się 9. I. 1907 i podała, że 1-go listopada 1906 r. przy nakładaniu mierzwy uderzona widłami przez drugiego w twarz. Nieznaczone wówczas było krwawienie ze skóry pod powieką, w oku natomiast miała uczucie piasku. Zawiązywała oko. Do doktora poszła dopiero w kilka tygodni potem; zapisał jej krople. Guzek na oku zauważyła rzekomo w tydzień po uderzeniu.

Badanie: Prawe oko zmian nie przedstawia, mięsko przerośnięte.

Lewe oko: Lekkie łzawienie, szpara powiekowa trochę niższa. Spojówka przekrwiona, załamek rozpalchniony. Na granicę rogówko-twardówkową i na dolną część rogówki przesuwa się od dolnego załamka guz wielkości fasoli o powierzchni zrazistej, szarawo-czerwony o postaci przypominającej malinę. Z tym guzem styka się wyniosłość druga umiejscow-

wiona w południku poziomym od strony nosa, wielkości ziarnka grochu, czerwono-szara, unaczyniona. Wyniosłość ta spłaszcza-
jąc się sięga aż do załamka półksiężycowego. Mięsko również
przerosłe. V pro. $\frac{5}{6}$, lo. $\frac{5}{30}$.

Rozpoznanie: *Papilloma ad limbum Pterygium nasale ocul. sin.*

10. I. wykonał Prof. Wicherkiewicz zabieg ope-
racyjny. Po wstrzyknięciu podspojówkowym roztworu no-
wokainy udaje się odłączenie guza bardzo łatwo zapomocą
nożyczek. Narośl większą częścią przylegała do rogówki,
częściowo do twardówki, a dolna $\frac{1}{3}$, zrazista, ciemniejsza,
przylega do spojówki gałki. Po usunięciu guzka przeszczepiono
w to miejsce skrzydlik i założono opaskę.

Po kilku dniach zmieniono opatrunek. Płatek się przyjął,
oko prawe bez podrażnienia, tak że chora po 9-ciu dniach
opuściła klinikę. Bystrość wzrokowa, jak przed operacją, ro-
gówka czysta.

W dwa miesiące po operacji zgłasza się chora pono-
wnie, a badanie dn. 8. III. stwierdza na dolno-wewnętrznej
granicy rogówko-twardówkowej guzek wielkości połowy ziarna
grochu, czerwony, dość twardy, ściśle opisany. Gruczoły chłonne
dostępne badaniu nie powiększone. I ten guzek usunięto ope-
racyjnie na szerokiej przestrzeni, wycinając okoliczną tkankę.
Po 10-ciu dniach chora udaje się do domu. Po 4-ach latach
nie ma nawrotu.

Oba wycięte guzki poddano badaniu drobnowidowemu.

Guzek podczas pierwszej operacji wycięty okazywał
budowę typowego brodawczaka (Rys. 2 i 3). W licznych war-
stwach komórek nabłonkowych widać było obfite komórki
wędrowne (podobnie, jak w przypadku Rumszewicza, Wa-
genmanna i in.). Zresztą budowa nie okazywała nic szcze-
gólnego.

Inną natomiast była struktura guzka nawrotowego (Rys.
4 i 5). Utkanie tego guzka było rakowate. Lite sznury komó-
rek nabłonkowych wnikały w głąb tkanki podspojówkowej.
Był to okres dość wczesny, nowotwór jeszcze nie dotarł do

twardówki. Badanie wykazało również, że wycięto w zdrowych częściach.

Przypadek ten ilustruje dosadnie, że nowotwór łagodny, brodawczak, może uleść zwyrodnieniu rakowatemu.

Jeśli przytoczyłem ten przypadek obszerniej, to uczyniłem to dla tego, aby zaznaczyć, jak ważne jest w podobnym wypadku badanie drobnowidowe. Badania takiego nie powinno się w podobnych przypadkach w żadnym razie pominąć. Zbytecznym chyba jest wspominać, jak zgubne skutki może pociągnąć za sobą nierozpoznanie rakowatego zwyrodnienia w guzku miejscowym na rąbku. Wczesne rozpoznanie daje nam natomiast dyrektywę, że należy operować stosunkowo radykalniej, co, jak w naszym przypadku może ocalić choremu oko.

JWielmożnemu Panu R. dw. Prof. Dr Wicherkiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za wskazówki i odstąpienie mi tych przypadków do ogłoszenia.

Piśmiennictwo.

Saemisch: Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sclera. Graefes-Saemisch, V. 1. 1904.

Kilka uwag w sprawie pochodzenia brodawczaków t. zw. rogówkowych.

Napisał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Narośle powyższego rodzaju, występujące przeważnie na rogówce, nie należą do zjawisk częstych. Można by powątpiewać, czy je wogóle zaliczać do narośli rogówkowych. Skoro jednak przeważna część narośli z rogówką okazuje się złączona rogówkowym nowotwór nazywanym bywa. Zastanówmy się nad

tem, czy składniki tych guzów na pochodzenie ich z rogówki wskazują.

Narośl tego rodzaju, jak wiadomo, znamienna pasami tkanki łącznej, zawierającej naczynia, a pasy te pokryte są warstwą mniej więcej grubą komórek nabłonkowych. Sprawa toczy się przed błoną Bowmana. Komórek nabłonkowych dostarcza rogówka, a naczyń rąbek spojówkowy lub z rąbka narosłe na rogówkę naczynia. Tkanka łączna otaczająca naczynia (*pannus*) pochodzi również ze spojówki, zwłaszcza z rąbka. Można by więc sądzić, że to rodzaj narośli należącej raczej do spojówki, tylko na rogówkę przesuniętej. To jednak, że nabłonka, stanowiącego znaczną narośli część, dostarcza rogówka, łączy nowotwór ściślej i z tą błoną.

Nie bez słuszności zaznacza Lagrange (*Traité des tumeurs de l'oeil* t. I.) omawiając zasadniczość nazwy brodawczaka rogówki, że jak *pannus* jest chorobą rogówkową, choć główna część sprawy, t. j. naczyniowa, początek zawdzięcza spojówce, tak i brodawczak, posuwający się na rogówce, choćby z niej nie wyszedł, do narośli rogówkowych zaliczonym być może.

W wielu przypadkach narośl nazwaćby wypadało brodawczakiem rogówko-spojówkowym, a raczej rąbka spojówkowego, gdy na dwie strony narośl się rozrasta, i taka nazwa byłaby może najodpowiedniejszą, jeżeli ona niema jedynie określać lokalizacji największego rozwoju narośli. Ale i lokalizacja początkowa mimo badań drobnowidowych nie zdaje się być ujednostajnioną. A jednak rzecz przedstawia się dość jasną.

Ponieważ jednak, zdaniem mojem, nieznanym jest przypadek brodawczaka, wychodzącego pierwotnie wprost z rogówki, w pewnym od brzegu rogówkowego oddaleniu, przeto tem więcej uprawnionem powinno być przypuszczenie, iż guzy te dobrotliwe, na rogówce się pojawiające, zawdzięczają swe pochodzenie spojówce przylegającej, a zwłaszcza rąbkowi spojówkowemu. Takie jest zdanie Pascheffa (*Contribution à l'étude des tumeurs de l'oeil*, Clin. Oph. 1904) przeciw

czemu oświadcza się jednak Lauber (»Beitrag zur Erkenntniss der Entstehung der Hornhautpapillome«, Zeitschrift f. Aghk. t. XVI p. 254), który wszakże tej negacyi nie uzasadnia, a tylko stawia sobie pytanie, co daje powód do tworzenia się naczyń i brodawek stanowiących treść brodawczaków. Na podstawie znanego materiału z literatury dochodzi zaś do wniosku, iż wielkie znaczenie w powstawaniu brodawczaków rogówkowych mają poprzedzające lub też istniejące przewlekłe zapalenia rogówki »Vorausgegangene oder noch bestehende chronische Entzündungen der Hornhaut« ale dodaje »und ihrer Umgebung«, a w takim razie szuka ich pochodzenia w rąbku.

Dalej zaś zaznacza, że zbliźnowaceniem (*keratitis, pannus*) spowodowane unaczynienie rogówki, które naturalnie zawsze pochodzi z rąbka, może stać się podstawą do tworzenia w tych guzach pętki naczyńiowych i brodawek. A zatem znowu materiału dostarcza czy pośrednio czy bezpośrednio spojówka przyległa. Że zaś nabłonek rogówkowy, bujając w tak powstałą na niej tkankę, wrasta, przenikając guz, to już chyba łatwo zrozumiało.

Streszczając się, powiedzielibyśmy, że materiału do tworzenia się brodawczaków rogówkowych dostarcza zawsze spojówka, i to albo pośrednio z naczyń, które się na rogówkę przesunęły, albo bezpośrednio, gdy brodawczak sam na niej się rozrósł. Że czasami skrzydlik stanie się takim podkładem przydatnym, łatwo zrozumieć, a przypadek opisany przez Dr Rosenhaucha nie wyklucza takiej możliwości.

Podniętę do powstawania brodawczaków daje niewątpliwie albo sprawa zapalna, albo uraz, jak tego dowodem inny przypadek, opisany z mojej kliniki w powyższej pracy Dr Rosenhaucha, tem ciekawszy przez to, że wykazuje, iż w dalszem następstwie urazu pojawił się nabłonek.



II. STRESZCZENIA.

Centribl. f. prakt. Augenheilkunde. R. 1911. Z. 11 (listopad. Z. 12 (grudzień). R. 1912. Z. 1 (styczeń). Z. 2 (luty). (Ref. Dr L. Gruder).

Erosio corneae powstała przez ukłucie żądłem osy w powiekę. (Erosio corneae durch einen Wespenstachel in Lide). Dr Ernst Kraupa w Pradze.

50-letni gospodarz, zajęty przy ulu, został ukłuty w prawą górną powiekę przez pszczołę, względnie osę; pewności w tym kierunku nie miał. Obrzmienie powieki w ciągu kilku dni znikło, lecz przy ruchach gałki lub powiek doznaje dokuczliwego bólu w oku, którym widzi jakby we mgle.

Badanie wykazuje: Prawa powieka górna lekko obrzmiała, zwisająca na dół; na lekko zacerwienionej spojówce powieki nieco wystający guz, różowo zabarwiony, wielkości 1 mm². Rogówka nierównej powierzchni, w warstwach pod nabłonkiem delikatne zmętnienie; przytem nieregularne, krzyżujące się, długie, linijne zmętnienia; miejscami nabłonek silnie nierówny przechodzi w pęcherzykowałę wytwory. Głębsze części gałki prawidłowe.

Po rozprawie autor doszedł do przekonania, że ów guz, umieszczony w spojówce powieki górnej, musi być siedliskiem owego ciała obcego, które spowodowało takie zmiany na rogówce. W rzeczywistości ów guz okazał się końcem 2¹/₄ mm długiego żądła osy, które następnie wyjęto; żądło w ten sposób było umieszczone w chrząstce powiekowej, iż ostre jego zakończenie, ledwie wystające ponad powierzchnię spojówki, zwrócone było ku rogówce. Instytut zoologiczny rozpoznał żądło z osy znanej jako *Vespa germanica*.

W ten sposób dadzą się wytłumaczyć zmiany w nabłonku rogówki i dotkliwy ból przy ruchach gałki lub powieki. Po usunięciu ciała obcego bóle ustały, a po dalszych dwóch tygodniach nie było na rogówce żadnych patologicznych zmian.

Wyjęcie zaćmy na oku z wrodzonym brakiem tęczówki. (Star-Extraction an einem mit Aniridia congenita behafteten Auge). Dr Julius Fejer w Peszeie.

Obustronny brak tęczówki; w soczewce prawego oka centralne zmętnienie, tarcz prawidłowa, dno również prawidłowe. V = ⁵/₃₀. Soczewka lewego oka cała zaćmiona; lokalizacya świa-

ła dobra. Osoba liczyła 36 lat; wyjęcie zaćmy poszło gładko, gojenie prawidłowe, bystrość wzroku wynosiła $\frac{5}{70}$. W dolnej połowie zrenicy widoczne były resztki soczewki. Dno oka prawidłowe.

Tężec po urazie ocznym z pozostawieniem ciała obcego.

(Tetanus nach perforierender Augapfel-Verletzung mit Zurückbleiben eines Fremdkörpers). Dr Willi Pincus w Berlinie.

Robotnik 49-letni, uderzony przez woźnicę batogiem. Utrata wzroku natychmiast wystąpiła. Na gałce w miejscu ciała rzęskowego wypadnięta tęczówka, gałka bardzo miękka z powodu utraty ciała szklanego, brak przedniej komory. Brak poczuca światła. Ranę w twardówce zaszyto szwem w spojówce i przez powierzchnie warstwy w twardówce. Ponieważ występowały objawy zapalne całej gałki (*panophthalmitis*) i gorączka doszła do 38°, wyjęto gałkę w narkozie. Przy wyjęciu gałki wypłynęła ropa z rany w twardówce. Stan ogólny chwilowo się polepszył.

Po czterech dniach trudności przy połykaniu i otwieraniu ust, silnego stopnia sztywności (*Trismus*), porażenie nerwu twarzewego lewego, nerwu okornego prawego, związnięcie powiek i niemoc w ruchach gałki ku górze, dołowi i wewnątrz; temperatura 36,8. Po dalszych trzech dniach skon po licznych napadach kreczów.

Sekeya nie wykazała żadnych śladów *meningitis*, żadnej ropy w oczodole. Gałka oczna wypełniona gęstą, ziarnistą, ściętą masą ropną. W pobliżu tęczówki 5 mm długi i 3 mm szeroki kawał sznura batowego.

Przypadek ten wykazuje, iż zanieczyszczenie rany gnojem końskim, jak to było przy tym urazie, zwłaszcza przy równoczesnym pozostawieniu ciała obcego, spowodowało wystąpienie tężca (*Tetanus*). Wcześniejsze wyjęcie gałki może byłoby zapobiegło ogólnemu zakażeniu.

Erosio corneae powstała przez ukłucie żądłem pszczoły.

(Erosio corneae durch einen Bienensich im Lide). Dr Purtscher w Celoweu.

Autor opisuje wypadek nadzarcia rogówki przez żądło pszczoły; żądło znajdowało się w powiece górnej. W pierwszej chwili widać było tylko mały guz na wewnętrznej powierzchni górnej powieki. Guz ten okazał się końcem $2\frac{1}{2}$ mm długiego żądła pszczoły. Ostre zakończenie żądła, ledwie sterczące ponad powierzchnię spojówki, zwrócone było ku rogówce i musiało wywołać skaleczenie jej powierzchni. Przypadek ten jest zupełnie podobny do przypadku, Kraupy opisanego w zeszycie 11 Centralbl. f. pr. Augenheilkunde.

Faliste drgania mięśnia zwieracza tęczówki. (Ueber wurmförmige Zuckungen des Schliessmuskels der Regenbogenhaut). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dr C. H. Sattler pierwszy ogłosił przypadek nieustannych, falistych ruchów mięśnia zwieracza tęczówki. Był to przypadek zupełnego porażenia zwieracza i akomodacji.

Hirschberg opisuje swój nieco odmienny przypadek. Chory 73-letni, pr. oko = $\frac{5}{7}$, lewe = $\frac{5}{15}$. Na lewym oku powierzchowne zapalenie rogówki. Na prawem można było spostrzedz przy pomocy lupy Hartnacka ograniczone zgrubienie mięśnia-zwieracza, po stronie skroniowej, poniżej południka poziomowego. Na tem zgrubieniu były widoczne faliste (*wurmförmig*) ruchy w osi podłużnej, podczas gdy reszta brzegu źrenicznego wykonywała ruchy zwięzające ku środkowi źrenicznemu. Także po sztucznem rozszerzeniu źrenicy pozostaje niezmiennione to zgrubienie brzegu. Przez czas obserwacji (półtora roku) stan niezmienny.

Autor uważa to za *Hyperplasia musculi sphincteris iridis congenita*.

Do historii okulistyki na uniwersytecie w Wyrzburgu. (Zur Geschichte der Augenheilkunde an der Universität Würzburg). Prof. Dr Helfreich w Würzburgu.

Rzadki przypadek fibroma molluscum na powiece. (Eine seltene Form von Fibroma molluscum am Augenlid). Dr Velhagen w Chemnitz.

Chora 60-letnia. Od wewnętrznej połowy górnej powieki, mianowicie od brzegu powieki, zwisała na cienkiej szypułce narośl kształtu gruszki ku dołowi, sięgała górnego końca linii nosowo-wargowej i we wszystkich kierunkach mogła być poruszana jak wahadło. Długość 30 mm. szerokość największa 25 mm; miękka na dotyk, pokryta gładką skórą. Zresztą powieka prawidłowa. Gałka nie wykazywała żadnych ważniejszych zmian patologicznych. Myopia = 10 D.

Chora spostrzegła tę narośl przed 30 laty; stopniowo się zwiększała, od pięciu lat żadnej zmiany. W rodzinie żadnych podobnych wypadków nie było.

Narośl usunięto; mikroskopijne badanie wykazało *Neurofibroma*, jak je opisuje Unna.

Na szyi widoczne były liczne brodawki i nowe naczynia (*angioma*), co razem skłania autora do uważania tego przypadku na *Neurofibroma* (Recklinghausen).

Mimo znacznego ciężaru narośli, powieka górna nie zmieniła swego wyglądu, ani położenia.

Hippus iridis i Mydriasis lewego oka. Dr. Jarnatowski w Poznaniu.

Gaup w te słowa określa *Hippus iridis*. Jest to rytmiczne zwężanie i rozszerzanie się źrenicy, niezawisłe od oświetlenia, konwergencji, wpływów psychicznych i czuciowych. Taki przypadek, lecz połączony z rozszerzeniem źrenicy (*Mydriasis*) opisuje autor.

Szwaczka 26-letnia. Przy zamknięciu powiek lekkie drganie powiek. Obustronna emmetropia. Pole widzenia prawidłowe, również akomodacja i konwergencya. Dno oka prawidłowe. Jedyńm objawem patologicznym są: rozszerzenie źrenicy i *hippus iridis* lewej strony. Średnica źrenicy prawej przy oświetleniu dziennem i patrzeniu w dal wynosi 3 mm, średnica lewej źrenicy przy tych samych warunkach 7 mm. Przy oświetleniu wprost i niezmienionej akomodacji oddziałują nierównie, tak że przy największem zwężeniu zawsze jeszcze pozostaje różnica jednego milimetra w średnicach każdej źrenicy. Źrenica lewa, sama, posiada średnicę między 3 a 7 mm. Przy patrzeniu się na bliżki przedmiot następuje konwergencya i zwężenie obu źrenic, ale zawsze w średnicach ich istnieje różnica jednego milimetra; tak samo rzecz się ma przy współzestępnem zwężeniu lewej źrenicy. Lewa źrenica właściwie nigdy nie zostaje w spokoju.

Ezeryna i pilokarpina usuwają rozszerzenie źrenicy tylko na czas trwania działania leków.

Dokładne badanie nie mogło wykazać żadnych przyczyn tego stanu. Autor wyklucza schorzenia ze strony systemu nerwowego, również wyklucza neurastenię i chorobę Basedowa.

Ponieważ ezeryna i pilokarpina wywołują zwężenie źrenicy i istnieje oddziaływanie źrenicy na światło, wykluczona jest przeskoda ze strony nerwu okoruchowego. Autor przypuszcza podrażnienie ze strony nerwu sympatycznego.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXX. Z. 3. (Ref. Dr T. Kłeczowski).

O doświadczeniach z wyciągami z oka. (Über Versuche mit Augenextrakten). R. Wiszman — Strassburg.

Autor zadał sobie pytanie, czy w prawidłowej surowicy znajdują się uczulające ciała odczynowe (*sensibuliny*), któreby specyficzne były dla oka jako całości, względnie jego części składowych i czy w razie przeniesienia ich na świnkę morską mogą po dodaniu

przeciwciała (*antigenu, oka*) wywołać typowy stan uczulenia (anafilaksja). Badania wykazały, że oko w całości, działa na świnkę morską silnie toksycznie i to wszystko jedno, czy świnka była poprzednio uczuloną, czy nie. Zwierzęta, którym wstrzykiwano poszczególne części oka (soczewka, c. szkliste, c. rzęsk. i naczyńniówka) nie wykazywały żadnych objawów chorobowych. Naczyniówka i siatkówka posiadają najsilniejszą toksyczną właściwość dla świnki morskiej. Ciała toksyczne stwierdzone przez autora w siatkówce i naczyńniówce rozpuszczają się w alkoholu i eterze. Ciała te stwierdził W. również w wyciągach z gałek ocznych ludzkich. Działanie ich jednak było słabsze aniżeli z wyciągów z ocz zwierzęcych. Różnicy w działaniu wyciągów z gałek ocznych ludzkich prawidłowych w porównaniu z działaniem wyciągów z gałek chorobowo zmienionych autor nie mógł stwierdzić.

O mojej operacji podwinięcia rzęs i ich dwurzędności, wraz z kilkoma krytycznemi i historycznemi uwagami. (Über meine Trichiasis- und Distichiasisoperation nebst einigen kritischen und historischen Bemerkungen). Prof. Dr B. Wicherkiewicz — Kraków.

W r. 1884 wyszła monografia Prof. Wicherkiewicza w książce jubileuszowej wydanej ku czci Szokalskiego, w której zostały omówione historycznie i krytycznie wszystkie dotychczasowe sposoby operacyjne podwinięcia rzęs i ich dwurzędności. Myśl przemieszczenia operacyjnego ku górze podstawy rzęs, jest bezsprzeczną zasługą Arlta (1845), względnie Jaesche'go (1844).

Już przed 35 laty w klinice Aleksandra Pagenstechera, miał Prof. Wicherkiewicz opierując sposobność przekonania się, że metoda Jaesche'go-Arlta nie jest wolną od pewnych wad, a mianowicie, gdy nie zostanie energicznie zrobiona, to łatwo prowadzi do nawrotów — w odwrotnym zaś razie, do powstawania zajętego oka (*lagophthalmus*). Spostrzeżenie to naprowadziło Prof. Wicherkiewicza w 1881 r. na myśl stworzenia nowego sposobu operacyjnego, polegającego na przemieszczeniu płata skórniego, mającego podtrzymywać sposobem Jaesche'go-Arlta podniesioną podstawę rzęs i przeszkadzać w zabliźnieniu się rany w chrząstce powieki.

Przekonawszy się na licznych materiale chorych o skuteczności swego sposobu operowania, wspomniął autor o swej metodzie w roczniku kliniki ocznej w r. 1885 i sekeyi lekarskiej Przyjaciół nauk w Poznaniu (porównaj protokoły posiedzeń w Przeglądzie lek. 1885). Metoda Prof. Wicherkiewicza ogłoszona następnie została w Berl. klin. Woch. 1888.

Zaznaczyć tutaj należy, że aczkolwiek rękopis wysłany został do tego pisma jeszcze w listopadzie r. 1887, to mimoto praca Prof. Wicherkiewicza ukazała się dopiero w nr 6 z r. 1888. W międzyczasie tym ukazała się praca Jacobsohna i Burchardta, w której również myśl przemieszczenia płata była wygłoszona. Myśl Wicherkiewicza i Jacobsohna i Burchardta niezależnie naturalnie od siebie była jednakowa, sposób jednak, w jakim cel zostawał osiągnięty, był różny. Podczas gdy metoda operacyjna Jacobsohna i Burchardta znalazła mniej lub więcej naśladownictwa (Villard, Machek), to na sposób Wicherkiewicza mniej zwrócono uwagi. Przykładem tego najlepszym jest dzieło Czermaka, gdzie na str. 163 został opisany sposób operacyjny pod nazwą »Verschiebung des Wimperbodens nach Jaesche-Arlt mit Lidrandplastik von Waldhauer«. Gdzie Waldhauer ten sposób operacyjny opisał, — nigdzie w dziele Czermaka nie zostało podane; na str. natomiast 166 umieszczona jest uwaga: »Schon vor Waldhauer sind solche Lidrandplastiken, jedoch schon auf Änderung der Operation von Jaesche-Arlt beruhend von den verschiedensten Seiten angegeben worden«. Również Elschnig w 2-em wydaniu dzieła Czermaka, nie przedstawił prawdziwie historii rozwoju sposobu operowania podwinięcia rzęs.

Prof. Wicherkiewiczowi udało się wyciągnąć odpowiednie dane z literatury, z których przejrzyście zupełnie widać, komu się należy pierwszeństwo w pomysle.

Dr Waldhauer z Mitawy, rozpoczyna swoją pracę pod tyt.: »L'opération du trichiasis« (Rev. gén. d'opt. nr 11 1882) następującymi słowy: D'ailleurs je n'ai nullement de m'occuper ici d'une nouvelle méthode. Il s'agit plutôt de l'opération d'Arlt (section intermarginale et transplantation du sol ciliaire)«. Cały opis operowania jest tak długi, a przytem podany bez żadnych rysunków, tak że operacja ta podana w dziele Czermaka jako Waldhauera, nie powinna była wypaść tak, jakoby ona w tak łatwy i prosty sposób mogła być wykonaną. Waldhauer pozwala na wyrośnięcie ziarniny i przeszczepia małe kawałki Reverdina, następnie kładzie wielki nacisk na używanie swego nożyka z guziezkiem.

Zupełnie ten sam opis podaje Waldhauer znowu w Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1898, gdzie na str. 52 pisze: »Dargestellt habe ich in letzter Zeit dann Lippchen neben Lippchen die ganze intermarginale Wundfläche belegt. Sollte der Tarsusteil sich wieder zurückgezogen haben, so fasst man ihn mit einer kleinen Hackenpincette, zieht ihn wieder nieder, ehe die Reverdinschen Lippchen geordnet sind, und so weit vor, bis der untere Theil der Brücke

sich auf die intakt erhaltenen nächstliegenden Orbicularisfasern stützt usw. usw.«. Waldhauer mówi o obumieraniu mostków, którego można uniknąć przez używanie jego nożyka. Prof. Wicherkiewicz operując w 1000 przyp. swoim sposobem, nigdy nie spostrzegał ani zropienia, ani obumarcia przemieszczonego płatka. Dalej pisze Waldhauer na str. 53: »Man hat die Operation hahin modifiziert (kto?), das man ein Stückchen Schleimhaut aus der Lippe statt der Epidermisläppchen in die intermarginale Wunde eingeheilt hat«.

Pomimo, że w r. 1898, dawno już była ogłoszona praca Wicherkiewicza, Jacobsohn'a i Burchardta, to jednak Waldhauer zupełnie o nich nie wspomina. Ponieważ w pracy Waldhauera ani z roku 1882, ani 1898 nie zostały podane żadne rysunki, pozostaje rzeczywistą zagadką, skąd Czermak, opisując w swoim dziele sposób operowania nazwany jako Jaesche-Arlta-Waldhauera, podaje je i to zupełnie dobrze przedstawiając sposób operowania pomysłu Prof. Wicherkiewicza. Dziwnym jest brak podania źródeł historycznych w dziele Czermaka. (Tłómaczyć to sobie możeby można względami narodowościowymi). Dziwniejszym jednak musi się wydać zarzut uczyniony Prof. Wicherkiewiczowi w seceyi okulist. na ostatnim Zjeździe lek. i przyrod. polskich w Krakowie w dn. 18—22 lipca 1911 r., że pomysł Prof. Wicherkiewicza nie jest jego, ale Waldhauera. Robiący zarzut Prof. Wicherkiewiczowi nie umiał i nie mógł znaleźć dowodów na swoje poparcie, bo poparcia szukał w nauce operowania Arlta, w pierwszym wydaniu Graefe-Saemisch'a z r. 1873. W wydaniu tem ani jedną literą artykuł Waldhauera nie był wspomniany, ani nawet wspomniany być nie mógł, bo praca jego ukazała się dopiero w r. 1881 w Klin. Monatsbl. f. Aghk. na str. 128.

Wprawdzie pisze Waldhauer w artykule w Revue: »Ce n'est pas la première fois que je rends compte au public médical de la façon dont je pratique l'opération du trichiasis« i odnosi to do źródeł trudno dostępnych (Prof. Wicherkiewicz myśli o »Contributions à la thérapeutique de la Société des médecins praticiens de Riga vol. II p. 326. 1860, Doctor dissertationen von Dr Stavenhagen 1869 u. Krauhals 1879 z Dorpatu), ale nawet sam artykuł w Revue przynoszący zasadnicze ulepszenia Waldhauera sposobu operowania Jaesche-Arlta nie zmienia postaci rzeczy. Bezsprzecznie jest to ulepszenie, ale bardzo niepewne i do ostatecznego wyleczenia wymagające dużo czasu.

Wywody swe historyczne kończy Prof. Wicherkiewicz następującymi słowy: »Nie o obronę pierwszeństwa chodziło mi,

gdym postanowił po więcej jak 30 latach doświadczenia, przedstawić współkolęgom w celu wypróbowania i naśladowania sposób operowania, mający za cel usunięcie cierpienia spowodowanego tak u nas częstym zapaleniem trachomatycznym. Jeżeli jednak sądzę, że jestem zmuszony zająć może pozornie egoistyczne stanowisko, to dzieje się to, ponieważ dzieło Czermaka tak w pierwszym swoim wydaniu, jak i w drugim, wydanem przez Elschninga, nie podaje całkiem źródłowo historii sposobów operowania i, że mógłbym wywołać wrażenie, jakobym chciał przywłaszczyć sobie obce dobro duchowe.

Pierwotnie podany sposób operacji Prof. Wicherkiewicza widocznie doskonale z dołączonych do pracy rysunków, ma przebieg następujący: I akt: Operator wkłada płytkę pod powiekę i oddaje do trzymania asystentowi. Cięcie wzdłuż rąbka powieki rozdzielające ją na wys. 3—5 mm na 2 blaszki, — przednia skórnomięśniowa z rzęsami i tylna chrząstkowo-spojówkowa. Rzęsy powinny zostać w blaszce przedniej, gdy pozostaną w tylnej, należy je końcem nożyka Graefe'go wyskrobać. Gdy chrząstka jest z powodu trachomy skrzywiona, prostuje ją Prof. Wicherkiewicz cięciem Burowa. Gdy chrząstka jest kopułowato-zgrubiała, należy cięcie śródząbkowe poprowadzić ponad miejsce zgrubiałe i odciąć to miejsce skalpelem. II akt: Wolny brzeg powieki posiadający rzęsy zostaje 3 szwami (mniejwięcej 3 mm ponad dolnym brzegiem chrząstki) przymocowany do luźnej tkanki pokrywającej chrząstkę. Szwę zakłada się igłą zakrzywioną 1 mm powyżej rzęsy przez wolny brzeg powieki rzęsy posiadający, od góry ku dołowi; ostrym haczykiem podnosi się tkankę pokrywającą chrząstkę i przeprowadziwszy przez tę tkankę, prowadzi się nitkę z powrotem przez wolny brzeg powieki (od dołu, ku górze) i wykluwa się na powierzchni jego, tuż koło pierwszego nakłucia. Następnie oba końce nitki się związują. Szwów takich zakłada się trzy. Akt III: Przemieszczenie płatka skórnego, wyciętego z powieki w miejsce przeciętego brzegu powieki (płat skórnny nie posiada szypuły, co jest zasadniczą różnicą od sposobu operowania Jacobsohna i Burchardta).

Obecnie Prof. Wicherkiewicz operuje w ten sposób, że znieczula powiekę po zapuszczeniu poprzedniem 2% kokainy do worka spojówkowego, sposobem Schleicha, wbijając cienką igłą w kąciuk zewn. oka tuż powyżej rzęsy górnej powieki. Operacja jest uproszczona dzisiaj tem, że nie zakłada się 3 szwów, opianych w akcie II. Płatek skórnny powieki powinien wielkością swoją odpowiadać ranie brzegu wolnego powieki i przy ciągłem polewaniu ciepłym roztworem soli fizyolog., uwolnionym od tkanki pod-

skórnej, poczem dopiero przeniesiony na ranę. Po założeniu gazy na zamknięte powieki, posypanie nowojodyną (*novojodini sine talco. ac. borici žž*) założenie waty, opaski zwykłej, a na nią na 4 dni opaski krochmalnej. Do operacyi tej trzeba dołączyć w razach silnego skrzywienia chrząstki wycięcie z niej na całej jej szerokości przyzmatycznego kawałka. Ranę chrząstki, gdy cięcie jest prawidłowe, nie trzeba zeszywać, w razie przeciwnym należy założyć cienkie nitki katgutowe.

W przypadku niedokładnie przeprowadzonej operacyi, gdy rzęsy znówu ku gałce ocznej wyrastają, należy je potem usunąć elektrolyzą lub przeprowadzeniem powtórnej takiejsamej operacyi.

W przypadku skrócenia skóry górnej powieki, można ją wziąć z innej części ciała. Gdy *trichiasis* jest nieznacznego stopnia i polega głównie na zgrubieniu i skrzywieniu chrząstki, w takim razie Prof. Wicherkiewicz robi cięcie przez skórę i mięśnie równoległe do brzegu powieki 4 mm powyżej jego, a po rozciągnięciu brzegów ran przypala galwanokauterem.

Operacyę Prof. Wicherkiewicza można wykonać również na dolnej powiece — ponieważ jednak płatek trudniej się tutaj utrzymuje, należy go przymocować kilkoma szwami.

W r. 1898 ogłosił bardzo pomysłowy sposób operowania Prof. Machek. Różnica z operacyą Prof. Wicherkiewicza polega na tem, że Prof. Machek płatu skórniego z powieki górnej nie oddziela całkowicie od podstawy, ale przesuwa go pod mostkiem rzęsy posiadającym.

Badania nad stanem utajenia drobnoustrojów w skaleczonem oku. (Untersuchungen über Einheilung (Latenz) von Bakterien im verletzten Auge). E. Marx (Fryburg w Br.).

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w oku po skaleczeniu mogą się przez przeciąg kilku miesięcy znajdować drobnoustroje żyjące i zdolne do rozmnażania się. Fakt ten niezależny jest, ani od zewnętrznego wyglądu oka, ani od jego napięcia, ani od braku, lub obecności w niem ciała obcego, ani od ciężkości poprzednio przebytego zapalenia, ani wreszcie od tego, czy dane oko jest widzące, lub nie.

Antygenetyczne działanie substancyi rogówkowej. (Z przedmową prof. Elschniga). (Die antigene Wirkung der Hornhautsubstanz). (Mit einem Vorwort von Prof. Elschnig). E. Kraupa (Praga).

Liczne szczegóły przy przebiegu *kerat. parenchym.*, a szczególnie sposób następowego schorzenia drugiego oka u danego oso-

bnika ma, według Elschniga, pewne podobieństwo z powstawaniem *iridocyclitis sympathica*. Prof. Elschnig przypuszczając, że może powstanie na drugim oku *kerat. parench.* również, jak to według autora ma być przy zapaleniu sympatycznym, zależnym jest od uczulenia (*anaphylaxia*) organizmu, polecił Dr Kraupie przeprowadzenie badań nad antygenetycznym działaniem rogówki.

Badania Kraupy wykazały, że wprowadzenie śródotrzewnowe substancji rogówkowej bydłczej wywołuje u królika powstanie przeciwciał (*Antikörper*). Ciała te są specyficzne organowo, nie są zaś specyficzne rodzajowo. Ilość przeciwciał w surowicy jest jednak nie wielka, bo żadna dawka jej nie jest w możności powstrzymać całkowicie hemolizy.

O zastąpieniu ciała szklanego. I. Część. Badania doświadczalne. (Über Glaskörperersatz. I. Teil. Experimentelle Untersuchungen). A. Löwenstein i B. Samuels (Praga).

Z doświadczeń autorów na królikach okazało się, że najlepszym płynem mogącym zastąpić c. szkl. jest 0.85% roztwór NaCl. Największą ilość c. szkl. jaką można wypuścić bez następnego stałego zmętnienia w ciałku wynosi 0.8 gr. Gdy c. szkl. tego niezem się nie zastępowało, to najwięcej można go było wypuścić 0.4 gr. W innym razie powstawało w ciałku zmętnienie. Tak hyper — jak hypoizotoniczne roztwory okazały się gorszymi od 0.85% roztworu NaCl.

O zastąpieniu ciała szklanego. II. Część. (Über Glaskörperersatz. II. Teil). Prof. A. Elschnig (Praga).

Autor podaje wyniki leczenia zmętnień ciała szklanego przez operacyjne wyciągnięcie strzykawką chorobowo zmienionego ciała szklanego (nigdy ponad 0.6 gr.) i zastąpienie go 0.85% roztworem NaCl.

Spostrzeżenia kliniczne E. wykazały: popierwsze, że jakość wyciągniętego c. szklanego jest inna, aniżeli wziernikując, możnaby się spodziewać. Zawsze jest to płyn podobny do surowicy z pływakami w nim mętami. Rzeczywistych skrzepów krwawych nigdy E. w ciałku wyciągniętym nie spostrzegł. Leczenie operacyjne sposobem Elschniga szczególnie okazało się dobre w wyniku w przypadkach resztek i następstw po krwotokach, i w przypadkach po krwotokach po operacjach przeciwjaskrowych. Na sześć operowanych przypadków z powodu gęstych zmętnień c. szklanego po *iridocyclitis* tylko w 2 razach ciało się wyjaśniło. Pomysłny wynik zanotowany został w 2 przyp. ropnego nacieczenia ciała; przy zakażeniu ciała szklanego poprawa była tylko przejściowa.

Działanie zastępczo wstrzykniętego roztworu soli jest, według E., nie tylko natury fizycznej, ale polega również na przyspieszeniu i podniesieniu przemiany materii c. szklistego, a przez to na wessaniu pozostałych w nim patologicznych produktów.

O cystoidalnem zwyrodnieniu siatkówki. (Über die cystoide Entartung der Retina). Ch. Oguchi (Tokio).

Histologiczne badanie oka, wyjętego z powodu rozpoczynającego się jego zaniku w następstwie uderzenia kopytem końskim, stwierdziło prócz innych zmian zwyrodnienie cystoidalne siatkówki. Charakterystyczne dla tego zwyrodnienia przestrzenie puste w obrębie siatkówki położone powstają, według autora, przez miejscowy zanik elementów siatkówki, rozwijający się w następstwie działania cytotoksyn. Otwory w ten sposób wytworzone później powiększają się przez następne dostanie się do nich c. wysiękowego.

Czy t. zw. samozatrucie z przewodu pokarmowego (indicaturia) jest częstą przyczyną chorób ocznych? (Ist die sog. gastrointestinale Antointoxikation (Indicanurie) eine häufige Ursache von Augenkrankheiten). O. Stuelp (Mühlheim).

Jak wiadomo do powstania zapalenia sympatycznego, zdaniem E. Schünga, potrzebnem jest prócz autoanafilaksyi również ogólne schorzenie organizmu, a szczególnie samozatrucie. Temu samozatruciu przypisuje E. Schüng również ważne znaczenie przyczynowe w powstawaniu samoistnej *iridocyclitis*. Stuelp zgodnie z przypuszczeniem Hippla, badając 82 przyp. samoistej chronicznej *iridocyclitis*, przekonał się, że tylko w 7 przyp. mógł wykazać *indykan* w moczu (*antointoxicatio*). Z tych 7 przyp. w 4-ech *indykan* w moczu był tylko objawem przypadkowym. Badanie na *indykan* chorych z innymi cierpieniami ocznymi potwierdziło również pytanie Hippla, że przy schorzeniach również często *indykan* można spotykać jak i przy *iridocyclitis*. Badanie wreszcie chorych, nie wykazujących cierpień ocznych stwierdziło *indykan* w moczu w 5% przypadków.

O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych. (Über die Cysteinreaktion der normalen und pathologisch veränderten Linsen). Doc. W. Reis (Lwów).

Do badań swoich użył autor próby cysteinowej Arnolda, która polega na tem, że po zmoczeniu soczewki 4% roztworem nitroprusydku i dodaniu następnie kropli NH_3 występuje silne purpurowe zabarwienie. Autor przekonał się, że prawidłowe so-

czewki tak ludzkie jak i zwierząt wykazują bardzo silny odczyn cysteinowy. Odkrycie to tem ciekawsze (przy znanym fakcie, że grupy cysteinowe tylko tam się znajdują, gdzie przemiana materji jest żywa), bo dowodzi, że przemiana materji w soczewce nie jest tak wolną, jak dotychczas sądzono. Odczyn cysteinowy z prawidłowemi soczewkami występował równie silnie, czy do odczynu używał autor części środkowych, czy obwodowych soczewki. Odczyn był zawsze dodatni pomimo, że soczewka dana utrwalona była w formalinie, lub pomimo, że była wyjęta ze zwłok wykazujących zmiany pośmiertne. Odczyn wypadł ujemnie, gdy do odczynu użyto soczewek, wykazujących zaćmę przejrzłą. Przy zaćmach nie zupełnie dojrzałych, zależnie od dojrzałości jądro nie wykazywało odczynu w porównaniu do części obwodowych. Wogóle zauważyć można było zasadę, że im mniej zaćma była dojrzała, tem łatwiej można było w jej częściach korowych wykazać odczyn cysteinowy. W przeciwieństwie do zaćm starczych zaćmy urazowe zawsze wykazywały odczyn dodatni. Ponieważ autorowi udało się stwierdzić, że tkanka tłuszczowa nie daje odczynu cysteinowego, więc zdaje się słusznem jest twierdzenie wypowiedziane przez Torrefesco, że w zaćmie starczej włókna soczewki są tłuszczowo zwyrodniałe, w następstwie czego, jak to autor wykazał, odczyn cysteinowy tego rodzaju zaćm wypada ujemnie.

Ophthalmology. R. 1912. Vol. 8. nr 1. (Referent K. W. Majewski).

Przybłoniak brzegu rogówko-twardówkowego. (Epithelioma of the sclero-corneal Limbus). Danis (Bruksela).

Opis typowego przypadku guza nagałkowego, wyrastającego z okolicy rąbka spojówkowego i przykrywającego częściowo rogówkę. Nowotwór odejęto, poczem na rogówce pozostało powierzchowne zbliznowacenie i dość duży ubytek spojówki gałkowej. Szwu jednakowoż nie założono. Miejsce, skąd nowotwór wyrastał, przypalono silnie galwanokanterem. Autor kładzie nacisk na konieczność takiego przypalenia ze względu na wypustki przybłonkowe wrastające bardzo często w głąb twardówki i rogówki, do przewodu Schlemma i do przestrzeni Fontany. Również przestrzega przed zakładaniem jakichkolwiek szwów, obawia się bowiem, że przewlekanie igieł może przeszczerpić cząstki nowotworu na spojówkę zdrową.

Wydobycie odprysku stali z dna oczodołu. (The Removal of a Piece of Steel from the Apex of the Orbit). Casey A. Wood (Chicago).

W przypadku zranienia oka odpryskiem stali, gdzie gałka oczna zewnętrznie nie okazywała uszkodzenia, ale wzrok był stracony z powodu krwotoku do ciała szklistego wraz z rozległym oderwaniem siatkówki, roentgenogram wykazywał obecność odprysku metalowego, głęboko poza okiem, w samym szczycie stożka oczodołowego. Autor zamierzał z początku wydobyć ciało obce z zachowaniem gałki ocznej, dokonał zatem częściowej resekcji zewnętrznej ściany oczodołu i spróbował olbrzymiego elektromagnesu. Elektromagnes jednak zawiódł w zupełności. Trzeba było wprowadzić głęboko szczypczyki, aby nimi uchwycić i wydobyć odprysk, silnie ugrzężył w szparze klinowo-szczękowej (*fissura spheno-maxillaris*). Ponieważ operacja przybrała większe rozmiary, niż z początku zamierzono, trzeba było poświęcić gałkę oczną dla ułatwienia sobie przystępu, a także dla zapewnienia wydzielinie łatwiejszego odpływu. Dzięki temu przebieg pooperacyjny był pomyslny.

Conjunctivitis Parinaudi. (Parinaud's Conjunctivitis, with Report of two Cases). R. Lapsley (Keokuk, Iowa).

Autor zestawia pokrótce ustalone dziś już powszechnie, główne znamiona zapalenia spojówki opisanego w r. 1885 przez Parinauda: Zgrubienie powiek zależne od dużych polypowatych ziarnistości spojówki; nacieczenie spojówki gałkowej, aż po brzeg rogówkowy, wydzielina śluzowo-ropna, zajęcie gruczołów limfatycznych, przeduszných, podszykowych, a nawet karkowych, po stronie oka chorego. Choroba, z małymi wyjątkami, występuje tylko na jednym oku. Rogówka pozostaje najczęściej wolna od zmian. Parinaud dał wyraz przekonaniu, że choroba ta jest pochodzenia zwierzęcego, doład jednak sprawa etyologii nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Przebieg choroby jest długotrwały i rozciąga się na cały szereg miesięcy, ale rokowanie jest na ogół dobre, bo zmiany wreszcie ustępują bez pozostawienia trwałych następstw. Autor zaleca leczenie podobne jak przy jaglicy: azotan srebra, siarkan miedzi, sublimat, a wreszcie usuwanie operacyjne polipowatych wyrosli. Następuje opis dwóch własnych spostrzeżeń.

Tenotomia częściowa. (Partial Tenotomy). O. Connor.

Nawiązując do artykułu Zieglera z poprzedniego zeszytu Ophthalmology opisuje autor własny sposób częściowej tenotomii, polegający na trzech poprzecznych nacięciach ścięgna, z których

jedno jest środkowe, a dwa przybrzeżne. Przy sposobności zwraca uwagę, że wedle jego obliczeń trzem milimetrom wydłużenia mięśnia odpowiada wyrównanie heteroforyi 14° , przyjmując średnicę gałki ocznej 24 mm. Podany przez niego sposób operacyjny może służyć również do wyrównania cykloforyi. Wtedy nacięcia przybrzeżne ścięgna mają być nierówne, a to górne dłuższe niż dolne, lub odwrotnie, stosownie do kierunku cykloforyi.

Odór z nosa po zapuszczeniu atropiny. (Mydriatic Ozaena). Culbertson (Zanesville, Ohio).

Autor potwierdza spostrzeżenia Rhoads'a, opisane w poprzednim zeszycie Ophthalmology, stwierdza bowiem również bardzo często wydzielanie niemiłej woni z nosa przez przeciąg kilku godzin po zapuszczeniu atropiny. Tłumaczy ten objaw tem, że atropina zmniejsza wydzielinę błony śluzowej nosa, wysusza ją i powoduje gnilny rozkład zeschłego śluzu.

Zaburzenia psychiczne po operacjach i zaburzeniach ocznych i odpowiedzialność lekarza przy stawianiu rokowania w przypadkach ciężkich. (Mental Disturbances following Operations and Accidents to the Eyes, and the Responsibility of the Physician as Regards Prognosis in Serious Cases). Witdemann (Seattle).

Autor opisuje szereg przypadków, w których po operacjach zaćmy, względnie po zmianieniach oka przyszło do zaburzeń psychicznych, zawsze przemijających. Przytacza również przykłady samobójstwa popełnionego przez chorych, gdy dowiedzieli się o niepomyślnym wyniku rokowania ich choroby ocznej. Z tego względu podnosi, że nie należy nigdy zapominać o tem niebezpieczeństwie i trzeba w takich razach wyrażać się wobec chorego z największą oględnością.

Dzisiejszy stan sprawy t. zw. ciałek jagliczych. (The Present State of the Questions as to the Trachoma Corpuscles). Prof. Greeff (Berlin).

Jeden z odkrywców tworów spotykanych w komórkach przybłonkowych spojówki przy jaglicy, zabiera głos w sprawie znaczenia, jakie należy tym twórcom przypisywać na podstawie wyników dotychczasowych badań. Na pierwsze pytanie, czy wspomniane twory są pod względem morfologicznym na tyle wyodrębnione, żeby je zawsze i napewno od innych tworów można odróżnić, odpowiada Greeff przecząco. Utrzymuje on, że różne postacie, opisane dotąd przez różnych autorów, bądźto jako chlamydozoa, bądź jako ciała

jaglicze, nie są co do swej istoty tworami identycznymi. Pożądanem jest jeszcze wyszukanie odpowiedniejszych metod barwienia. Pomiędzy rozlicznymi zmianami chorobowymi, w których znaleziono t. zw. ciałka jaglicze, lub twory, bardzo do nich zbliżone wymienia autor *molluscum contagiosum* (Lipschütz), a nawet skarlatynę (Häfer). Dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach nie mają dla Greeffa znaczenia przekonywającego. Uzyskano wprawdzie powstanie ziarnistości, podobnych do jagieł, ale te nie pozostawiały po sobie nigdy blizn i nie zdołano również nigdy wywołać znamiennej łuszczyki jaglicowej. Greeff kończy oświadczeniem, iż gdyby go dziś zapytano, czy t. zw. ciałka jaglicze mają jakiegokolwiek znaczenie etyologiczne w powstawaniu jaglicy, to jeszcze zawsze musiałby na to odpowiedzieć, że tego nie wiemy.

Wydobywanie ciał obcych zapomocą elektromagnesu. (On the Magnet Operation). O. Haab (Zürich).

Haab podnosi, że szczegółowa lokalizacya ciała obcego żelaznego w oku, zapomocą promieni Roentgena, albo sideroskopu, jest zupełnie zbyteczna, gdyż elektromagnes olbrzymi wydobędzie je zewsząd, gdziekolwiekby tkwiło. Elektromagnes nigdy nie jest zanadto silny. Im silniejszy, tem lepszy. Najlepiej jest wyprowadzać ciało obce przez źrenicę i przednią komorę, chociaż zazwyczaj jest to droga dłuższa. Cięcie twardówkowe zagraża oderwaniem siatkówki.

Doświadczalne wytwarzanie wrodzonej zaćmy i innych nieprawidłowości w oczach kręgowców. (Experimental Production of Congenital Cataracts and Malformations in the Eyes of Vertebrates). Pagenstecher (Strassburg).

Autorowi powiodło się u potomstwa samiec królików, które karmił w okresie ciąży naltaliną wywoływać różne postaci zaćmy, jak *cataracta zonularis*, *polaris anterior et posterior*, *fusiformis* etc. Prócz tego zdarzały się u młodych, zrodzonych przez tak zatrutowane samice i inne nieprawidłowości na oczach, jak: *coloboma iridis*, *chorioideae*, *arter. phyaloidea persistens*, *lenticonus posterior*, *coloboma palpebrarum*, *mikroblepharia*, *keratoblepharon congenitum* etc.

Szczególne postaci zaniku tęczówki. (Special Forms of Atrophy of the Iris). Prof. Axenfeld (Fryburg).

Źrenice pozornie prawidłowych oczu zachowują się względem atropiny u różnych osób bardzo rozmaicie. U jednych występuje już po jednej kropli maksymalne rozszerzenie, u innych po kilka-

krotnem zapuszczeniu zaledwie średnie. Axenfeld widzi przyczynę takiego niedostatecznego rozszerzania się źrenicy, bądź to w szklistem zwyrodnieniu przyźrenicznego pierścienia tęczówki, bądź też w zaburzeniu czynności rozwieracza źrenicy, co ma być znowu wynikiem zaniku tylnych obwodowych warstw tęczówki, bądź wreszcie w zaniku warstwy barwikowej, posuniętym nieraz tak daleko, że tęczówka wyraźnie prześwieca, zarówno przy dyafanoskopii, jak przy wzernikowaniu.

Revue Générale d'Ophtalmologie. R. 1911. Nr 7—12.
(Referent K. W. Majewski).

Zasady postępowania leczniczego wobec magnetycznego ciała obcego utkwionego w siatkówce. (Conduite à tenir en présence d'un corps étranger magnétique de la rétine). Genet.

Na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków, których szczegółowy opis podaje, dochodzi autor do ułożenia następujących reguł postępowania leczniczego, względnie operacyjnego:

1) W przypadku, który dostaje się w ręce okulisty natychmiast po zranieniu należy bezwzględnie przystąpić do wydobycia ciała obcego zapomocą elektromagnesu, do czego autor używa olbrzymiego elektromagnesu prof. Rolléta i wyprowadza odprysk z oka przez przednią komorę i przez cięcie, wykonane w rogówce.

2) Jeżeli odprysk tkwi w siatkówce oddawna i oko znosi dobrze jego obecność, jest rzeczą nieraz bardzo trudną wybrać odpowiednie postępowanie. Za przestrożę służyć powinno jedno ze spostrzeżeń autora, gdzie jeszcze w. 17 lat po wypadku oko, zranione odpryskiem stali, tkwiącym w siatkówce, trzeba było wyjąć z powodu objawów grożącego zapalenia współczulnego.

3) Jeżeli od zranienia niewiele czasu upłynęło, a już na drugim oku pojawiają się objawy podrażnienia współczulnego, można leczenie rozpocząć od wydobycia ciała obcego, niezwlekając jednak z następową enukleacją, jeśli po samej ekstrakcyi oko drugie nie uspokoiło się dostatecznie.

4) Natychmiastowe wyjęcie oka zranionego wskazuje jest, jako ostatni ratunek, gdy zapalenie sympatyczne już się na drugim oku rozpoczęło.

5) Również w przypadkach zakażenia i ostrej sprawy zapalnej w oku zranionem nie opłaca się zazwyczaj próbować wydobycia żelaza elektromagnesem, a lepiej, zdaniem autora, od razu gałkę wyłuszczyć.

Co należy rozumieć przez kąt metryczny? (Que faut-il entendre par angle métrique?). Campos (Kairo).

Wiadomo, że za jednostkę do mierzenia stopnia konwergencji przyjęto, wedle Nagla, t. zw. kąt metryczny. Jest to kąt, o jaki odechyła się oś widzenia tak jednego, jak i drugiego oka od kierunku równoległego, w chwili, gdy obydwie oczy wpatrują się w punkt leżący na linii środkowej w odległości 1 metra od każdego oka. Odległość tę mierzy się od wzmiankowanego punktu do środków obrotowych obu gałek ocznych. Jeśli oczy wpatrują się w punkt 2, 3, 5, n razy bliżej położony, wtedy zbieżność osi widzenia jest tyleż razy większa, wynosi zatem 2, 3, 5, n kątów metrycznych. Przy wpatrywaniu się zaś w przedmiot 2, 3, wogóle n. metrów odległy zbieżność maleje i wynosi $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{n}$ kąta metrycznego. Łatwo zrozumieć, że tak pojęty stopień zbieżności rośnie i maleje zawsze równoległe ze wzrostem i zmniejszaniem się napięcia akomodacji, przyczem jeden kąt metryczny zbieżności odpowiada jednej dyoptryi akomodacji. Mowa tu oczywiście o stosunkach fizyologicznych, a więc o oczach miarowych. W ostatnich czasach pojęcie kąta metrycznego uległo pewnej zmianie, z którą trzeba się liczyć dla uniknięcia pomyłek i niedokładności. Za jeden kąt metryczny zbieżności uważa się obecnie nachylenie osi widzenia każdego oka do linii środkowej, która jest prostopadłą do linii łączącej punkty obrotowe obu gałek ocznych i połowi tę linię, w chwili, gdy oczy wpatrują się w punkt odległy o jeden metr nie od środków obrotowych obu gałek ocznych, jak w pojęciu Nagla, lecz od środka linii łączącej te punkty obrotowe. Odległość tę zatem mierzy się nie po przeciwprostokątnej, lecz po linii środkowej, czyli po przyprostokątnej. Wynika z tego dalej, że stopnie konwergencji, odpowiadające poszczególnym kątom metrycznym, w tem nowem pojęciu nie odpowiadają już dyoptryom akomodacji. Odpowiadają one natomiast t. zw. dyoptryom pryzmatycznym, wprowadzonym przez Prentice'a do mierzenia pryzmatycznego odchylenia promieni. Odchylenie promienia o 1 cm w odległości 1 metra (na skali stycznych) stanowi jedną taką dyoptryę pryzmatyczną. Ponieważ do mierzenia zbieżności, względnie rozbieżności osi widzenia posługujemy się pryzmatami, przeto ta reforma pojęcia kąta metrycznego była istotnie wskazana i w zastosowaniu okazuje się praktyczną.

Półowicza ślepotą prawego i zupełną ślepotą lewego oka wskutek gruźlicy mózgu. (Hémi-cécité droite et cécité gauche par tuberculose cérébrale). Gravier (Lyon).

U 35-letniego blacharza stwierdzono zupełną ślepotę lewego

oka, a widzenie połowicze z utratą nosowej połowy pola widzenia na oku prawem. Chory palił dużo tytoniu i pił regularnie absynt i wino w dużych ilościach. Jako blacharz miał dużo do czynienia z ołowiem, ale nie okazywał żadnych objawów przewlekłego zatrucia ołowiowego. Obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku nie można było wykazać, nie było również żadnych danych co do zakażenia kiłowego. W okresie pogarszania się wzroku doznawał bólów głowy, które potem ustąpiły. Po przyjęciu do szpitala rozpoczęło wcierania rłęciowe, które trzeba było jednak co rychlej przerwać ze względu na stan gorączkowy i pogorszenie ogólne. Ciepłota ciała stale się podnosiła, a przed zejściem śmiertelnym, które nastąpiło po dwóch dniach, doszła do 41,5°. Sekcyja wykazała obecność guza grzliczego, który zdawał się wychodzić z lewego płata czołowego i obejmował skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Stąd zaburzenie wzroku. Guz ten o rozmiarach 7,5 cm × 4 cm × 6 cm zajmował miejsce *nucleus caudatus* i *nucleus lenticularis*, przypierając do *capsula interna*. *Tuber cinereum* przedstawiało jedną masę serowatą i w tym miejscu naciek grzliczy przechodził na drugą, prawą półkulę mózgową, niszcząc także częśćowo *corpus callosum*. Badanie mikroskopowe cząstek nacieku wykazało typowe gruzełki z komórkami olbrzymimi. Pratków Kocha nie znaleziono.

Badania z zakresu tonometrii ocznej. (Recherches de tonométrie oculaire). Rollet i Curtil (Lyon).

Autorowie zajęli się badaniem wpływu różnych środków na ciśnienie wśródgalkowe w oczach prawidłowych, posługując się przytem tonometrem Schiötz'a. Doszli przytem do następujących wniosków: Pomiędzy środkami znieczulającymi niektóre, jak holokaina, tropakokaina, akoina nie wywierają żadnego wpływu na ciśnienie wśródgalkowe, inne jak eukaina B. i alypina podnoszą je wyraźnie i prawie bezpośrednio po zapuszczeniu. Kokaina wreszcie wbrew ogólnemu zdaniu nie działa hypotonizująco, lecz raczej podnosi cokolwiek ciśnienie (?). Środki rozszerzające źrenicę wywołują krótkotrwałe, wyraźne podniesienie ciśnienia. Najsilniej hipertonicznie działa eufalmina, najslabiej duboazyna i skopolamina. Środki zwężające, które w przypadkach jaskry wybitnie obniżają ciśnienie, pozostają w tym względzie prawie bez wpływu na oko prawidłowe, które po zapuszczeniu pilokarpiny nie mięknie weale. Adrenalina działa hypotonizująco, a w stanach zapalnych wywołuje czasem prawdziwy *collapsus bulbi* (T = 11).

Prawdziwa teoria dyploskopu. (La véritable théorie du diploscope). Campos (Kairo).

Autor występuje z nader dosadną krytyką dyploskopu, przyrządu zdobywającego sobie coraz częstsze zastosowanie przy badaniu zbocezeń równowagi mięśniowej i zeza. Urządzenie dyploskopu polega, jak wiadomo, na tem, że badany patrzy na cztery litery, składające wyraz KOLA, przez dwa w ten sposób przed oczyma ustawione otwory, że oko prawe widzi tylko obie spółgłoski K, L, a lewe tylko obie samogłoski O, A. W przypadkach zaburzeń równowagi mięśniowej ukazują się litery w rozmaity sposób przedstawiane, a zwolennicy dyploskopu z przedstawienia tych liter wnoszą o istnieniu zeza nie dającego się wykryć dawnymi sposobami badania. Opierają przytem swe rozpoznanie na znanem prawie Desmarrés'a, że jeżeli obrazki są zgodne, to osie się krzyżują, a jeśli są skrzyżowane, to osie się rozchodzą. Autor wykazuje za pomocą rozumowania i konstrukcyi, że zmiana układu liter widzianych przez dyploskop nie dowodzi wcale istnienia zeza, ani utajonego zaburzenia równowagi mięśni ocznych, a jest tylko wynikiem mniejszego, lub większego wysiłku konwergencyi fizyologicznej, przyczem osie widzenia krzyżują się raz przed, raz poza tabliczką z literami. Z powodu mylnego tłumaczenia zjawisk fizyologicznych zwolennicy dyploskopu rozpoznają zboczenia tam, gdzie ich dawnymi, wypróbowanymi sposobami wykazać nie można z tej prostej przyczyny, że ich wcale niema.

Więstnik oftalmologii. R. 1911. Listopad i grudzień. (Ref. Dr M. Szafniewski).

O wpływie pochylania głowy ku ramieniowi na ruchy ocz. Dr med. A. Wychođecw.

Autor na podstawie bardzo licznych doświadczeń przychodzi do następujących wniosków:

1. Pochylanie głowy ku ramieniowi w prawą lub lewą stronę powoduje równomierne zwężenie obuocznego pola widzenia.
2. Zwężenie to jest tem większe, im silniej głowa pochylona.
3. Zwężenie to spowodowane jest następczym ruchem ocz około osi strzałkowej, wywołującym zmianę stosunku między punktem przymocowania mięśni i zmniejszenie ruchomości ocz.
4. Pochylanie głowy nie wpływa na zmianę granic jednoocznego pola widzenia.

5. Zjawisko to daje się wytłumaczyć tem, że poszczególne oko, nie podlegając warunkom obuocznego widzenia, zdolne jest nie wykonywać zastępczych ruchów.

6. Stopień zbieżności przy pochylaniu głowy w prawą lub lewą stronę zmniejsza się odpowiednio do stopnia pochylecia. To zmniejszenie da się objaśnić hamującym wpływem odruchowego obrotu na działalność mięśni.

7. Rozbieżność pozioma przy pochylaniu głowy na prawo lub lewo zmniejsza się również w takim stopniu i z tego powodu jak i zbieżność.

8. Dodatnia rozbieżność pionowa t. j. zdolność ustawienia linii wzrokowej prawego oka wyżej od linii oka lewego, zwiększa się przy pochyleciu głowy w lewą stronę równomiernie do stopnia pochylecia.

9. Ujemna rozbieżność pionowa, t. j. zdolność ustawienia linii wzrokowej prawego oka niżej od linii oka lewego zwiększa się przy pochyleciu głowy w prawą stronę równomiernie do stopnia pochylecia.

10. To swoiste zwiększanie się rozbieżności pionowej da się wytłumaczyć umiejscowieniem odbicia przedmiotu na siatkówce w związku z zastępczym ruchem ócz.

11. Zdolność symetrycznego ruchu ócz dookoła osi strzałkowej widocznie nie wiele zwiększa się przy pochylaniu głowy. To zwiększenie da się wytłumaczyć przypuszczeniem, że zastępczy ruch ócz wogóle ułatwia pierwszy impuls na mięśnie, obracające oczy dookoła osi strzałkowej.

Badanie wzroku u głuchoniemych. Dr med. K. Karđo Sysojew.

Autor badał 162 wychowañców warszawskiego instytutu dla głuchoniemych w wieku od 9—20 lat. Porównując stan wzroku badanych ze wzrokiem u zupełnie zdrowych dziewcząt i chłopców w tym wieku. Autor znalazł mniejszy procent krótkowzroczności: 2% u dziewcząt, a 1% u chłopców, natomiast znacznie częściej spotykał u badanych głuchoniemych nadwzroczność: 39% u dziewcząt, a 46% u chłopców.

Coloboma palpebrae congenitum. D. P. Kosticz.

Autor opisuje odnośny przypadek dotyczący kobiety 24-letniej. Szereg operacyi (4) częściowo usunął wrodzoną wadę.

Przypadek pozagalkowego zapalenia n. wzrokowego na tle gruźliczem. A. I. Kulebiakow.

Autor spostrzegał mężczyznę 18-letniego z objawami zapale-

nia n. wzrokowego pozagałkowego. V pro. 0.05, lo. 0.07. Gdy reakcja tuberkulinowa wypadła dodatnio, choremu zastosowano w ciągu trzech miesięcy 27 wstrzyknięć emulsji bakteryjnej Kocha, poczem V pro. 0.3, lo. 0.6, a pole widzenia było zupełnie prawidłowe. Obraz wziernikowy pozostał bez zmian t. j. prawe oko zmian nie przedstawiało, a w lo. tarcz w skroniowej części była nieco bledsza.

Gruźlica naczyńiówki. O. R. Łurie.

Autor podaje cztery spostrzegane przez siebie przypadki, nie przedstawiające nic szczególnego.

O leczeniu jaglicy terminolem. O. K. Walter.

Autor stosował terminol w późnych okresach jaglicy, lecz nie widział tych skutków, o których pisze prof. Grunert. Uważa, że cena jest stanowczo wygórowana, ponieważ masę, sporządzona według recepty prof. Grunerta, w każdej aptece kosztuje 6 razy taniej niż gotowy preparat.

Przypadek swoistego zapalenia rogówki spowodowanego prątkiem kserozy. A. A. Gastiew.

Autor spostrzegał zmiany na rogówce polegające na zmętnieniu żółtawem z wyraźnie podniesionymi brzegami, jednak powierzchnia jego była zupełnie gładka, lśniąca. Oko było lekko podrażnione. Plama początkowo miała 3—4 mm średnicy, w przeciągu 10 dni zajęła całą rogówkę. Równocześnie od rąbka ze wszystkich stron biegły naczynia ku środkowi rogówki. W naczynia te jakby wsiąkało zmętnienie tak, że po 32 dniach w miejscu plamy pozostały tylko bardzo liczne naczynia, a po 75 dniach naczynia zupełnie znikają, pozostawiając na rogówce zaledwie lekkie ogólne zmętnienie. Badanie bakteryologiczne wykazało *bac. Xerosis*.

W kwestyi przechodzenia przeciwciał do cieczy przedniej komory w oku operowanym. Pryw. doc. W. W. Czyrkowski.

Autor przeprowadził szereg odnośnych doświadczeń na królikach, którym usuwał soczewkę. Przychodzi on na podstawie tych doświadczeń do następujących wniosków. Należy przypuszczać, że usunięcie soczewki powoduje wzmoczone przedostawanie się przeciwciał do cieczy przedniej komory nawet wtedy, gdy objawy reakcyi pooperacyjnej zupełnie znikają. Z jakiego powodu przeciwciała łatwiej przechodzą do przedniej komory w oczach pozbawio-

nych soczewki, trudno określić, gdyż nawet w zwykłych warunkach o przechodzeniu przeciwciał do cieczy oka nie wiele wiadomo. W każdym razie zmiany anatomiczne w stosunku przedniej komory do tylnej, prawdopodobne zmiany funkcji ciała rzęskowego i łęczęwki po usunięciu soczewki i irydektomii, przedstawiają przychylnie warunki do przechodzenia przeciwciał. Bez wątpienia to przechodzenie jest znaczniejsze na wczesnych okresach pooperacyjnych, kiedy w oku są jeszcze zmiany zapalne i wobec tego do warunków anatomicznych dołączają się jeszcze czynniki wzmoczonego przechodzenia przeciwciał — zapalne podrażnienie. Autor przypuszcza, że badania jego mogą mieć wielkie znaczenie w rozstrzygnięciu zagadnień praktycznych w związku zakażeń pooperacyjnych i ich profilaktyki.

Salwarsan i oko. S. W. Oczapowski.

Autor stosował >606< w 21 przypadkach różnych chorób ocznych i jest tego samego zdania o tem środku leczniczym, co i inni badacze.

O sposobach plastyki powiekowej. A. W. Łotin.

Autor operował 4 przypadki, w których chodziło o przywrócenie powiekom zmienionym chorobowo, przeważnie skróconym i wywróconym, po urazie i oparzeniu prawidłowego wyglądu. Operował autor, przeszczepiając płat na nóżce i uważa ten sposób za najlepszy w tych razach, gdy okolica powieki jest zdrowa. W przeciwnym razie należy przeszczepić płat z innej okolicy ciała.

III. ROZMAITOŚCI.

Otrzymujemy pismo Komitetu II. Zjazdu neurologów ul. Kopernika l. 46, Kraków, z którego podajemy następujące ustępy:

Komitet organizacyjny II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami, psychiatrami i psychologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa i Krakowa następujące tematy główne: 1) metoda psychoanalityczna, 2) zjawiska psychoelektryczne, 3) nowe metody badania narządu przedsionkowego i 4) sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii.

Poza powyższymi tematami głównymi, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet wyznaczył szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnie ma być w odczytach uwzględniona obszernej anatomia patologiczna kory mózgowej.

Zjazd odbędzie się między 15-m a 21-m grudnia. Zgłoszenia odczytów równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytów przyjmuje komitet do końca września.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr Schiek z Gettyngi mianowany prof. zwyczaj. w Królewcu. Pr. W.

Dr P. Baiardi w Genui mian. prof. w Turynie.

Dr Golowin mian. prof. zwyczaj. okulist. w Moskwie.

Dr Orłow mian. prof. w Warszawie.

Dr Oltokar Leser habilit. się na uniwersytecie czeskim w Pradze.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Eman. Mandelstamm zmarł w Kijowie w 74 roku życia.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Kwiecień
Maj

—* ROKNIK CZTERNASTY. *—

1912.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii mięsaków naczyńówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

I. 18. II. 1900. M. S., 56-letni. Lewe oko zupełnie prawidłowe, V = 1.0. W prawem oku stopniowo tracił wzrok w ciągu roku. Od miesiąca zaczął doświadczać bardzo silnych bólów w skroni. Powieki prawidłowe, naczynia spojówki twar-dówkowej nastrzyknięte; rogówka zaćmiona o tyle, że o stanie komory przedniej sądzić nie można. Brzoza rogówkowo-twar-dówkowa w okolicy skroniowej znacznie zagłębiona, twar-dówka ma tu widoczny rozlany brunatny odcień. W okolicy nosowej nieopodal brzegu rogówki widoczne są trzy ciemno-brunatne plamy około 1 mm wielkości, a jedna nad drugą położone. T + 2, ruchy gałki swobodne. 21. II. wyluszczenie gałki.

Na cięciu poziomem w kierunku południka na miejscu brzegu górnego nerwu wzrokowego dokonaniem uderza przede-wszystkiem znaczna bardzo niemiarkowość, mianowicie skro-niowa połowa gałki jest w dwójnasób prawie większą od no-sowej, nadto średnica strzałkowa wynosi 23 mm, poprzeczna

27 mm. Połowę przeszło skroniowej części rogówki od samego brzegu skroniowego nerwu wzrokowego do brzegu rogówki zajmuje nowotwór barwy prawie białej z bardzo nieznacznym odcieniem blado-brunatnym. W tylnej, grubszej znacznej części nowotworu największa grubość jego wynosi 9 mm. Ku przodowi nowotwór coraz cieńszym się staje, lecz natomiast począwszy od równika gałki przybiera barwę ciemno brunatną; ku przodowi zaś zupełnie czarną. O 5 mm ku zewnątrz od brzegu nerwu wzrokowego wzdłuż jednej z tylnych krótkich tętniczek rzęskowych pierwociny guza przechodzą przez twardówkę, tworząc na zewnętrznej jej powierzchni okrągławy guz około 4 mm średnicy a 0,5 mm grubości. Sama twardówka pozostawała zupełnie prawidłową, ku przodowi zaś od równika, z wyjątkiem bardzo cienkiej warstwy powierzchniowej, jest całkowicie zajęta przez nowotwór do samego brzegu rąbka spojówki i przybiera barwę jednostajnie czarną. Ciało rzęskowe zupełnie zanikłe, nigdzie nawet nie pozostało resztek mięśnia rzęskowego. Znacznie ku przodowi posunięte wyrostki rzęskowe ledwo były widoczne i przyciśnięte do również bardzo zanikłej skroniowej połowy tęczówki, która przedstawiała się w postaci cienkiej błony, a w niej tylko blaszka barwikowa lepiej była zachowaną, rzadko bardzo dawały się spostrzegać naczynia krwionośne, nawet zwieracz weale nie był widoczny. Przytykała bezpośrednio do rogówki, przeto przewód Schlemma i przestwór Fontany zupełnie były niewidoczne. W nosowej połowie tylnej części gałki naczyniówka i twardówka zupełnie były prawidłowe, lecz od równika ku przodowi do samego przewodu Schlemma w naczyniówce i w ciele rzęskowym znajdował się płaski guz, którego największa grubość wynosiła 2 mm. Zajmował on całą grubość naczyniówki i ciała rzęskowego, również mięsień nastawniczy, którego tylko pęczki kręgowie nie były przez guz zajęte. W okolicy przewodu Schlemma komórki nowotworu przechodziły przez twardówkę na powierzchnię jej zewnętrzną i tu tworzyły bezpośrednio pod spojówką wyżej opisane płaskie guzy. Brzeg rzęskowy tęczówki był zrośnięty z rogówką,

przezwór Fontany i przewód Schlemma i tu nie były widoczne.

Tarcza nerwu wzrokowego bardzo znacznie zagłębiona. Brzeg siatkówki w stronie skroniowej jest cokolwiek oderwany. Warstwy jąder zewnętrzna i wewnętrzna nie dochodzą do brzegu tarczy, zastępuje je tu tkanka siatkówkowata o bardzo szerokich pętłach. Siatkówka zupełnie odczepiona i tworzy szeroki lejek. W nosowej połowie udaje się do rąbka zębatego. Budowa o tyle dobrze zachowana, że w tylnej części jej można było znaleźć pręciki i czopki, nawet komórki zwojowe. Dopiero w pobliżu rąbka zębatego zrasta się ona z powierzchnią guza, a w miejscu tem powstają twory torbielowe o bardzo długich włóknach — przeszło 0·5 mm — widocznie wskutek rozciągnięcia siatkówki. Widoczne są również okrągłe lub podługowate torbiele, utworzone przez bardzo długie komórki walcowate rzęskowej części siatkówki. W częściach siatkówki nie zrosniętych z nowotworem lecz tylko w przyległych doń, w warstwach zewnętrznych niekiedy dawały się spostrzegać prawidłowo ułożone ziarenka barwika. Przybłonek barwikowy wszędzie był zachowany, tylko zawartość barwika mniejszą znacznie była. W okolicy rąbka zębatego w skroniowej połowie siatkówki, w miejscu, gdzie powstały twory torbielowate komórki przybłonka często były bardzo spęczniałe, często też zastępowały je już tylko wolne ziarenka barwika. W budowie nowotworu komórki przybłonka udziału nie brały.

Co się tyczy stosunku obu guzów naczyniówki do gałki, to guz większy w skroniowej połowie położony zajmował prawie $\frac{2}{3}$ powierzchni skroniowej połowy naczyniówki i ciała rzęskowego, mniejszy zaś guz w stronie nosowej położony znacznie mniejszą połowę jej powierzchni, przeto w nosowej połowie gałki ku górze i ku dołowi znajdowała się dość znaczna przestrzeń wcale nie zajęta.

Podścielisko nowotworu stanowiły względnie nieliczne naczynia krwionośne, które tworzyły sieć o bardzo szerokich pętłach i posiadały zawsze własne chociaż cienkie ściany.

W tylnej i środkowej części, jak również w utworach dodatkowych obok nerwu wzrokowego i w pobliżu rąbka spojówki położonych, stanowiły wyłącznie prawie białe komórki wrzecionowate, raczej płaskie o również płaskich wyrostkach, ułożone w dość grube pęczki, te zaś rozmaity przybierały kierunek często krzyżując się ze sobą. Komórek barwicznych było tu bardzo niewiele, były rozrzucone w istocie tkanki, częściej jednak znajdowały się bezpośrednio obok ścian naczyń krwionośnych. Były one znacznie, w trójnasób większe od niezabarwionych komórek nowotworu, kształt miały niekiedy okrągły, najczęściej podługowaty a płaski i zawierały okrągłe grube ziarenka barwika. Jakkolwiek oddziaływanie Perlsa nie dało pożądaných wyników, to jednak grubość ziarenek, często bardzo blada barwa ich, zresztą umiejscowienie przeważnie obok ścian naczyń, zdaje się przemawiać za hematogennem pochodzeniem barwika. W okolicy równika gałki, czyli w środkowej części nowotworu ilość komórek barwicznych odrazu bardzo się zwiększała, jak również zawartość w nich barwika, niezabarwione komórki wkrótce zupełnie zniknęły i w przedniej części nowotworu, jakoteż w zajętej twardówce, widzieliśmy na częściach tylko jednostajną czarną masę. Po odbarwieniu zapomocą *cau de Javelle* owe czarne masy miały budowę zupełnie podobną do tylnej części nowotworu — obok pęczków komórek wrzecionowatych znajdowały się nieliczne okrągłe lub raczej bardziej płaskie komórki o znacznej wielkości i jednolitej prawie budowy jądrach.

W dwóch wspomnianych przerzutach guza były przeważnie komórki okrągłe; wrzecionowate mniej były liczne, lecz znajdowały się tu również komórki barwikowe, większe — okrągłe i drobne, przypominające chromatofory.

II. Anna S., 36-letnia. Prawe oko zupełnie prawidłowe. Lewem okiem zupełnie przestała widzieć, od 6-ciu miesięcy codziennie doświadcza bardzo silnych bólów dookoła oka. Powieki prawidłowe, spojówka gałki cokolwiek nastrzyknięta, wyraźniej niektóre żyły przednie rzęskowe. Powierzchnia przybłonka rogówki nierówna, komory przedniej niema. Przy oświe-

tlenu bocznem otrzymujemy żółtawo-różowy odbłask. T + 2.
7. XII. wyłuszczenie gałki.

Długość osi strzałkowej 28 mm, poprzecznej 23 mm. Gałkę przedzieliłem w kierunku pionowym na trzy części. Część środkową badałem na cięciach pionowych, obie boczne na poziomych. Przeszło $\frac{1}{3}$ część tylnej powierzchni gałki dokoła nerwu wzrokowego zajmował płaski guz, którego grubość największa w środku nie przekraczała 2 mm, ku obwodowi stopniowo coraz mniejszą się stawała. Błona sitowata była wypukłą ku tyłowi, położona była o 1.5 mm głębiej od tylnej powierzchni twardówki, tworząc jakby bardzo znaczne zagłębienie, które jednakże wypełniały zupełnie pierwociny nowotworu, pośród których, jakoteż w częściach najbliższej położonych znajdowały się nieprawidłowe gniazda barwika. Ku przodowi od przedniej powierzchni tego płaskiego guza powstawał guz stożkowaty, o podstawie przeszło 17 mm, a wysokości 14 mm, wierzchołek znajdował się tylko o 2 mm odległości od tylnej powierzchni zupełnie prawidłowo położonej soczewki. Siatkówka zupełnie zrosnięta z przednią częścią guza. Oddziela się ona od guza w stronie skroniowej na poziomie $\frac{1}{3}$ górnej części wysokości stożka i tworząc wypukły ku tyłowi łuk dochodzi do rąbka zębatego siatkówki. W stronie nosowej oddziela się ona od stożka to niżej, to wyżej, często nawet już na wysokości $\frac{1}{3}$ dolnej części stożka i znowu tworząc wypukły ku tyłowi łuk przyczepia się w okolicy rąbka zębatego. Utwór stożkowaty tylko w samym środku dochodzi bezpośrednio do błony sitowatej; gdzieindziej wszędzie oba utwory dzielą od siebie ocalałe resztki przybłonka barwikowego, przeważnie zaś ocalała błona sprężysta naczyńiówki, której brak spostrzegamy tylko w miejscu połączenia obu guzów. Płaską część nowotworu zawsze pokrywały błona sprężysta naczyńiówki i warstwa przybłonka barwikowego.

Budowa guza zarówno w płaskiej jakoteż stożkowej części wszędzie była jednostajną. Dokoła naczyń, które zawsze posiadały cienkie własne ściany, były ułożone komórki kształtu raczej przybłonka sześciennego w szeregi prawidłowe a równo-

ległe z osią naczynia, dłuższe zaś średnice jąder kierunek miały prostopadły względem osi naczynia. Budowa ta szczególnie wyraźnie występowała na pograniczu płaskiej części guza z naczyniówką, czyli w najmłodszej części nowotworu. W innych częściach występowała mniej wyraźnie. W częściach obwodowych komórki znacznie były mniejsze, a kształt miały wrzecionowaty.

Komórek barwikowych w istocie guza wcale prawie nie było, chyba w niektórych tylko miejscach obok ścian naczyń, grubość zaś ziarenek barwika i blada barwa zdradzały pochodzenie hematogenne barwika, nadto w warstwach powierzchniowych stożkowej części guza, pokrytej resztkami siatkówki, tworzyły niekiedy dość nawet prawidłowe szeregi, lecz tu nie trudno było przekonać się, iż były to komórki tylnej warstwy barwikowej. W warstwie podtwardówkowej przedniej części nowotworu widoczne były bardzo słabe szczytki komórek barwikowych warstwy nadnaczyniówkowej; komórki te więc nie tylko nie bujały, lecz raczej uległy bardzo wyraźnemu zanikowi. Nawet w przybliżeniu barwikowym w obrębie naczyniówki właściwej, bardzo widocznym było znaczne zmniejszenie ilości barwika.

Jak wspomniałem już, komórki barwikowe znajdowały się również w podstawie stożkowej części guza. Co się tyczy zbiorowisk barwika w zagłębieniu błony sitowatej i w częściach przyległych, to były one dość znaczne, przeważnie okrągłe, zawierały grube blade ziarenka, nadto takie same ziarenka były rozrzucone pomiędzy pierwocinami tkanki. Przysznać wypada w zbiorowiskach tych dawne wynaczymienie.

Nowotwór powstał najprawdopodobniej z pochewek naczyń warstw Hallera i Sattlera. Co się tyczy siatkówki, to w okolicy wierzchołka stożkowej części guza na powierzchni jego widoczną była cienka warstwa siatkówkowej tkanki, zawierającej naczynia. Nieco dalej widoczne były warstwy jąder najczęściej w jedną połączone. Bliżej miejsca, w którym siatkówka oddzielała się od guza była już ona znacznie grubsza, a odróżnić w niej można było obie warstwy

jąder, inne zaś warstwy zastępowała siatkowata tkanka łączna. Naczynia krwionośne były nieliczne, lecz bardzo grube, zgrubiałe zaś ściany ich uległy zwyrodnieniu szklistemu. Tę samą budowę siatkówka zachowywała po odłączeniu się od guza aż do miejsca przyczepienia u rąbka zębatego i tylko w pobliżu tegoż występowało zwyrodnienie torbielowate. Prócz tego do powierzchni zewnętrznej siatkówki w obrębie guza, jakoteż w części oderwanej były umocowane nietylko komórki przybłonka barwikowego, lecz zupełnie rozwinięte tak zwane brodaweczki. W przedniej części oka w rogówce miało miejsce rozluźnienie jej blaszek, obok brzegu na niektórych skrawkach bardzo nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Komora przednia płytka. Brzeg rzęskowy tęczówki przytykał do rogówki; przestwór Fontany spłaszczony, przewód Schlemma zachowany, *ectropium uvae* w dość znacznym stopniu.

Rozwój nowotworu w danym przypadku prawdopodobnie w następujący odbywał się sposób. Początkowo w okolicy nerwu wzrokowego powstał guz, który oderwał siatkówkę od tarczy, o czym zdają się świadczyć wyraźne ślady dawnego wynacznienia. Płaska część nowotworu powstała później, gdyż w obwodowych jej częściach często dawała się spostrzeżać karyokineza, której objawów w części stożkowej nigdy nie spostrzegalem.

III. 1. III. 1901. E. M., 60-letnia. Lewe oko zupełnie prawidłowe. Prawem okiem liczy palce na odległości 2 m, lecz tylko w dolnej połowie pola. Spojówka gałki nastrzyknięta, powierzchnia rogówki nierówna, tęczówka jednak jest widoczną i oddziaływa na światła. Komora przednia zachowana, w dolnej części nieco nawet zagłębienia. Ucisk śródoczny nie zwiększony. Po rozszerzeniu źrenicy widocznem było, że siatkówka ku dołowi była odklejoną do samego nerwu wzrokowego. W najbardziej obwodowej części naczyniówki pod siatkówką przeświecał utwór okrągławy. 10. III. dokonałem wyłuszczenia gałki.

Po ustaleniu w 10% formalinie, rozciąłem ją w kierunku

pionowym. Długość osi strzałkowej 24 mm, poprzecznej 25 mm. Siatkówka ku dołowi odklejona do nerwu wzrokowego. Bezpośrednio za brzegiem rzęskowym tęczęwki rozpoczyna się guz na cięciu podługowaty. Przytyka on bezpośrednio do twardówki, dalej ku tyłowi ciemnym się staje i o 14 mm od brzegu rzęskowego tęczęwki odłącza się od twardówki, tworząc klin swobodny ku tyłowi i ku wewnątrz skierowany. Brzeg przedni guza wynosi 11 mm, tylny 6 mm, największa grubość nieco dalej od brzegu przedniego wynosi 5 mm i stopniowo zmniejsza się ku tyłowi.

Badanie drobnovidowe wykazało. W rogówce rozluźnienie blaszek, tęczęwka prawidłowa, tylko ku tyłowi nieznaczne *ectropium ucae*. Kąt komory przedniej ku dołowi znacznie szerszy, przewód Schlemma zupełnie dobrze zachowany. Przedni brzeg wyrostków rzęskowych i mięśnia nastawniczego zachowany, pozatem całe ciało rzęskowe czyli wyrostki i pierścień zupełnie zajęte przez nowotwór, który ku zewnątrz dochodzi bezpośrednio na twardówkę, ku wewnątrz do warstwy przybłonka barwikowego. W dolnej połowie tęczęwki widoczne było nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Wskutek znacznego rozszerzenia kąta komory przedniej, przegrodki więzadła grzebieniastego były napięte, tworząc na cięciach jakby przerzucone z rogówki na tęczęwkę mostki. Dokoła przewodu Schlemma nacieczenie drobnokomórkowe. Nowotwór występował w postaci typowego białego mięsaka, zajmował również brzeg przedni naczyńówki, a tu widocznym było, iż komórki jego powstawały z pochewek naczyń warstw Hallera i Sattlera, gdyż naczynia, posiadając cienkie własne ściany, otaczały dokoła wielowarstwowe pochewki, przeważnie sześciennie, których jądra kierunku zachowywały prostopadły do osi naczyń. Warstwę podtwardówkową stanowiły wyłącznie bardzo drobne wrzecionowate raczej płaskie komórki. Komórki barwikowe bardzo rzadko dawały się napotykać; tworzyły raczej mniejsze lub większe gniazda. Komórki te były większe od komórek guza, okrągłe, bez wyrostków, zawierały grube ziarnka barwika i jeśli były odosobnione, zawsze znajdowały się

w pobliżu naczyń krwionośnych. Rozgałęzionych typowych chromatoforów w istocie guza nie widziałem. Komórki błony nadnaczyniówkowej w istocie guza były nawet widocznie zanikłe.

Co się tyczy tylnej warstwy barwikowej, to komórki jej w obrębie guza mało zawierały barwika, często ulegały rozpadowi, a wyzwolone ziarnka barwika dawały się spostrzegać nawet pomiędzy komórkami nowotworu, chociaż na bardzo nieznacznej przestrzeni. Tarcza nerwu wzrokowego niezagłębiała. Siatkówka w górnej części wcale nie była odklejoną, wszystkie też warstwy jej nawet stożki i czopki były zupełnie dobrze zachowane. W dolnej połowie gałki siatkówka była zrosniętą z guzem. W okolicy rąbka dalej ku tyłowi do samej tarczy nerwu wzrokowego była odklejoną, ze wszystkich zaś warstw jej ocalały tylko obce warstwy jądrowe; ku obwodowi miało miejsce zwyrodnienie torbielowate. W przypadku tym mieliśmy pewne zmiany zapalne w rogówce, tęczęwce i w okolicy przewodu Schlemma. Uważać je możemy jako wtórne.

IV. 20. IV. 1907. A. M., 42-letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe. Lewem od roku zupełnie nie widzi. Od 3-eh miesięcy silne bóle w skroni. Łzawienie, spojówka gałki nastrzykniętą, zwłaszcza ku górze. W miejscu tem rogówka łączy się z twardówką bez zagłębienia. 25. IV. wyłuszczenie gałki. Gałkę przechowałem w 10% formalinie, rozciąłem w kierunku połunika o 30° ku wewnątrz od pionowego. Oś strzałkowa 24 mm, poprzeczna 26 mm. Górna połowa rogówki spłaszczone, tęczęwka ku górze przedstawia się na cięciu trzy razy wyższą, lecz bardzo zgrubiałą. Górną połowę gałki wypełnia nowotwór, który ku tyłowi dochodzi o 5 mm od brzegu nerwu wzrokowego kształt ma na cięciu podługowaty, lecz nieco wyżej równika spostrzegamy w nim zagłębienie, które przechodzi w brózdę przeszło 0.5 mm głęboką. Brzeg przedni nowotworu dochodzi do brzegu rzęskowego tęczęwki, w pobliżu jego znajduje się również bróзда, lecz mniejsza znacznie, do której dochodzi i zrasta się z nią brzeg soczewki, która jest zwiechniętą ku górze i tyłowi. W dolnej połowie gałki pas obwodowy tęczęwki jest zrosniętą z rogówką. Siatkówka od tarczy nerwu

wzrokowego w postaci powrozka skierowuje się ku powierzchni nowotworu, zrasta się z nim na nieznacznej przestrzeni, poczem swobodną się staje i zbliża ku brzegowi dolnemu równika soczewki, poczem skierowuje się w okolice nosową, oderwany zaś jej koniec jest położony nieopodal wyrostków rzęskowych.

Badanie drobnowidowe wykazało. W rogówce w niektórych miejscach powierzchnia przybłonka jest zagłębioną, w pobliżu rąbka nieliczne drobne naczynia kwionośne. Błaszki istotw własnej rogówki luźniej ułożone; błony Bowmana i Descemeta dobrze zachowane. Jednak błona Descemeta ku górze dochodzi tylko o 4 mm odległości od rąbka spojówki, gdyż w tem już miejscu znajduje się brzeg przedni nowotworu, który przytyka bezpośrednio do tylnej powierzchni rogówki. Żadnych resztek przetworu Fontany i przewodu Schlemma; utwory te zarówno, jak ciało rzęskowe i naczyniówka, z wyjątkiem pasa wązkiego obok brzegu skroniowego, są zupełnie zniszczone przez nowotwór.

W górnej połowie oka tęczówka, jak nadmieniałem już, jest bardzo zgrubiała. Z rogówką tworzy ostry kąt, a nowy ten kąt komory przedniej jest położony prawie o 4 mm od brzegu rąbka. Odróżniamy w tęczówce tylną warstwę barwikową, zupełnie dobrze zachowaną, obok brzegu źrenicznego słabe resztki zwieracza, ku wewnątrz od warstwy barwikowej i w wązkim trójkącie bezpośrednio obok brzegu źrenicznego spostrzegamy dobrze barwiącą się luźną tkankę łączną i drobne naczynia krwionośne, komórki swoiste podścieliska zupełnie niewidoczne. Nadto barwiły się dobrze komórki przedniej warstwy tęczówki, odpowiadające przedniej warstwie jej granicznej. Całą zaś przednią, znacznie bardzo zgrubiałą warstwę tęczówki, stanowią bardzo przez skrzące rozciągnięte naczynia krwionośne o ścianach bardzo cienkich, były więc to naczynia nowopowstałe. W skrzących białe kulki krwi dają się spostrzegać tylko obok ścian naczyń, lub też w samym środku, sama zaś tkanka pomiędzy naczyniami położona również wcale się nie barwi, spostrzegać się w niej tylko dają rozpadłe jądra. Barwiące się pierwociny napotyamy tylko na pograniczu owej

tkanki — wyłącznie leukocyty. Oczywiście mieliśmy tu nekrozę tkanki powstałej w przedniej warstwie tęczówki, która stanowiła dobrze przygotowany etap do dalszego posuwania się nowotworu ku przodowi do samej tęczówki, która to sprawa widocznie się już rozpoczynała. Naczynia przedniej warstwy tęczówki stanowiły dalszy ciąg również bardzo grubych naczyń, które znajdowały się w powierzchniowej warstwie nowotworu bezpośrednio pod samą rogówką.

W dolnej połowie gałki tęczówka bardzo była cienką, pas jej obwodowy zrosnięty z rogówką, przewód Schlemma zupełnie niewidoczny. W wysokim stopniu miał miejsce zanik ciała rzęskowego nawet mięsień rzęskowy nie był wcale widoczny, wyrostki rzęskowe ledwo się zaznaczały. W warstwie przybłonka barwikowego zarówno w obrębie tęczówki jako też ciała rzęskowego dobrze była zachowana. Również dobrze były zachowane komórki rzęskowej części siatkówki, tylko nieco bliżej rąbka zębatego siatkówki, jak nadmieniałem już, była rozerwana. Dalej ku tyłowi do samego brzegu nerwu wzrokowego w naczyniówce zmian wybitnych nie było. Na niektórych skrawkach brakowało warstw Hallera i Sattlera, w innych znów warstwy włosowatej, naczyniówka była zatem w znacznym stopniu zanikłą.

Budowa nowotworu w różnych miejscach znacznym ulegała zmianom. W przedniej części składały się nań komórki wrzecionowate, a kształt ten szczególnie był widoczny pod twardówką. W tylnej i środkowej części nowotworu komórki kształt miały przeważnie okrągły. Stosunek komórek do naczyń był taki, iż stanowiły one jakby pochewki dokoła naczyń, które jednak zawsze posiadały własne jakkolwiek cienkie bardzo ściany. Prawdopodobnie i w tym przypadku komórki guza powstały z komórek pochewek naczyniowych. Naczynia te w istocie guza były nieliczne, lecz o szerokim świetle. Przeważnie znajdowały się one pod twardówką, szczególnie, jak nadmieniałem już, liczne grube naczynia znajdowały się w przedniej części nowotworu bezpośrednio pod rogówką, nadto wzdłuż wewnętrznej powierzchni jego, mniej liczne pod

twardówką ku tyłowi, jednakże dokoła powierzchni nowotworu stanowiły one niemal całkowitą warstwę, często spostrzegać się dawały wynaczynienia. Komórki barwikowe w istocie guza zwykle bardzo były nieliczne, kształt miały okrągły, a wtedy znacznie były większe, lub podługowate, rzadko miały wygląd chromatoforów. Barwik występował najczęściej w postaci bladych dość grubych ziarenek. Komórki położone były zwykle w pobliżu naczyń krwionośnych, przeto obficie występowały na zewnętrznej zwłaszcza wewnętrznej powierzchni guza. Widocznie wyróżniała się nadto strefa znacznie obficie zabarwiona, a była nią środkowa część guza począwszy od brzozy większej, odpowiadającej równikowi do zewnętrznej powierzchni guza i tu strefa owa znacznie się nawet rozszerzała, jakkolwiek ilość samych komórek znacznie mniejszą już była.

Przybłonek barwikowy bardzo był widoczny wzdłuż powierzchni wewnętrznej nowotworu, począwszy od tylnego brzegu jego prawie do samego miejsca zrośnięcia z siatkówką stanowiła warstwę jego powierzchnią. Warstwa była całkowita, lecz komórki były znacznie spłaszczone, nadto zawierały znacznie mniejszą ilość barwika; dalej ku przodowi ilość ta coraz mniejszą była, nadto pokrywała je warstwa tkanki z siatkówki powstała. Jakkolwiek już począwszy od tylnego brzegu nowotworu widocznem było, że od warstwy przybłonka barwikowego komórki jego przechodziły częściowo do warstw głębszych, to jednak sprawa ta szczególnie wyraźnie występowała w okolicy wspomnianej już brzozy w obrębie równika położonej. Tu zupełnie już wyraźnie występowało nacieczenie środkowej części guza przez komórki przybłonka barwikowego. Ze w istocie miało to miejsce, dowodziły tego bezpośrednie niemal połączenie ich z komórkami tej warstwy, kształt ich, a przede wszystkim ten sam zupełnie wygląd ziarenek barwika. Nie był on coprawda typowy dla komórek przybłonka, ponieważ ziarenka były drobne i okrągłe, lecz zupełnie tę samą postać miały one w warstwie przybłonka barwikowego. Warstwę przybłonka barwikowego, przykrytą już pierwocinami siatkówki, można było prześledzić do równika soczewki.

Brzeg przedni guza pokrywała znowu warstwa zupełnie dobrze zachowanego przybłonka barwikowego o wiele więcej w barwik obfitego i o typowej postaci ziarenek, która łączyła się bezpośrednio z warstwą barwikową tylnej powierzchni tęczówki.

W nerwie wzrokowym w obrębie błony sitowatej miało miejsce nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Siatkówka początek brała od brzegu dolnego tarczy. Na cięciach pomiędzy dwoma jej blaszkami próżni nie było wcale, obie bezpośrednio do siebie przytykały, a w każdej z nich odróżnić zwykle można było pierwociny tkanki podstawowej i obie warstwy jąder; w niektórych miejscach nadto na nieznacznej przestrzeni komórki zwojowe. Przybłonka warstwowego i włókien nerwowych nigdzie nie było. W miejscu, gdzie siatkówka zrastała się z nowotworem, widocznym było, że obie warstwy jąder zakręcały ku tyłowi i na nieznacznej przestrzeni pokrywały tylną część nowotworu. Dalej ku przodowi na wewnętrznej powierzchni nowotworu w niektórych tylko miejscach w postaci odosobnionych wysepek widoczne były resztki warstw jąder. Tkanka podstawowa zupełnie łączyła się w jedno z warstwą tkanki łącznej i naczyń krwionośnych, która tworzyła jakby torebkę na wewnętrznej powierzchni jego. W okolicy wymienionej brózdy naczynia krwionośne były bardzo przez skrzepy rozciągnięte, w świetle naczyń białe kulki krwiste znajdowały się tylko obok brzegu, ściany naczyń i tkanki przyległe wcale się prawie nie barwiły. Mielśmy tu oczywiście zatkania naczyń i zmartwienie. W górnej ścianie brózdy dawały się spostrzegać bardzo znaczne zmiany. Komórki przybłonka barwikowe były rozdęte, mało zawierały barwika, który często był zupełnie z komórek wyzwolony. Pierwociny siatkówki już jako rzęskowej jej części znowu były tu widoczne, chociaż tylko w postaci odosobnionych wysepek zrosniętych z powierzchnią nowotworu. Nadto często dawały się spostrzegać fałdy lub nawet strzępy rzęskowej części siatkówki, które bardzo znacznym ulegały zmianom. Występowało w nich tylko niewyraźne bardzo zmienione długie jądra ułożone w szeregi, ciała zaś komórek zlewały się w jednolitą a dość grubą

warstwę. Oczywiście mieliśmy tu również częściową nekrozę przedniej części siatkówki i przybłonka barwikowego. W okolicy soczewki a nawet równika jej dawały się niekiedy napotykać drobne wysepki zupełnie dobrze zachowanych komórek części rzęskowej, lub też uległych zwyrodnieniu torbielakowemu.

Dolna blaszka siatkówki pod względem budowy nie różniła się od górnej. Na poziomie króźdy zawijała się ku dołowi pod prostym kątem, grubość jej znacznie się zwiększała, jednakże prócz tkanki podstawowej odróżnić w niej można było tylko obie warstwy jąder, były też w niej liczne wyznacznienia. Wreszcie bliżej ku obwodowi miało miejsce obszerne zwyrodnienie torbielowate.

Siatkówka, jak nadmieniałem już, była oderwaną od rąbka zębatego, a brzeg oderwany znajdował się na poziomie wyrostków rzęskowych. Brzeg ten stanowiły komórki części rzęskowej, nadto jeszcze warstwa komórek przybłonka barwikowego, widoczną też była zwinięta błona szklista. Nie ulega wątpliwości, że oderwanie nastąpiło za życia, ponieważ na przedniej powierzchni siatkówki widoczną była dość gruba warstwa uszklonego skrzepu, który powstał widocznie z wyznacznienia.

Torebka soczewki w okolicy równika tworzyła znaczne zmarszczki, soczewka była zmniejszoną, kształt jej nieprawkłowy, mianowicie na tylnej powierzchni widoczne były dwa spłaszczenia, z których jedno spowodowane było przez ucisk przedniej części nowotworu, drugie wskutek ucisku przez siatkówkę, która oczywiście znajdowała się pod bardzo silnym uciskiem, skoro obie blaszki jej tak bardzo ściśle były ze sobą połączone. Ucisk ten najpewniej spowodował również oderwanie siatkówki od brzegu rąbka zębatego. Oderwanie to w dolnej części gątki nastąpiło wszędzie wzdłuż brzegu rąbka, pozostałą część odgraniczał równy stromy brzeg, wzdłuż którego komórki były zupełnie dobrze zachowane.

Ciało szkliste uległo ciśnieniu ze wszęch stron, objętość jego przeto bardzo była małą; ilość komórek limfoidalnych bardzo była znaczną. Nowotwór skierowywał się nietylko ku tę-

czówce, gdzie obumarcie części jej tkanki dalszy rozrost nowotworu najlepiej ułatwiało, lecz nadto naprzeciwko równika zwiehnętej soczewki o 3 mm ku tyłowi od rąbka spojówki od podtwardówkowych naczyń nowotworu kierowały się w kierunku ukośnym przez twardówkę dwa drobne naczynia dokoła otoczone komórkami mięsakowemi, które łączyły się bezpośrednio z komórkami nowotworu. Postać jednak miały odmienną. Mianowicie były to przeważnie większe znacznie komórki okrągłe rzadziej wrzecionowate, nadto dość liczne były również komórki barwikowe: z tych niektóre były bardzo znacznej wielkości, okrągłe, przez barwik o tyle szczerlnie wypełnione, iż tylko odbarwienie wykazywało w nich obecność jąder, zwykle jednak komórki barwikowe były wrzecionowate, zawierały mało barwika, którego ziarnka ułożone były przeważnie dokoła jąder. Mielśmy więc w danym przypadku przerzut guza za obręb wnętrza gałki i stanowiło go płaskie gniazdo średnicy około 3 mm.

V. 4. VI. 1902. K. M., 45-letnia. Prawe oko zupełnie prawidłowe, w lewym traciła wzrok stopniowo w ciągu dwóch lat. Silne bóle w skroni, rogówka znacznie zaćmiona, pod spojówką gałki nastrzyknięte żyły. T + 2. 6. VI. wyłuszczenie gałki.

Długość osi strzałkowej 25 mm, poprzecznej 26 mm. W tylnej części gałki dokoła tarczy nerwu wzrokowego guz płaski 6 mm szeroki, w przybliżeniu 3 mm gruby, ku obwodowi coraz cieńszy. Tarcza nerwu wzrokowego niewidoczna, gdyż z płaskim guzem bezpośrednio łączy się, a właściwie jest na nim osadzony guz przed tarczą w środku gałki położony. Podstawa jego ma około 3 mm szerokości, postać okrągłą, na przedniej powierzchni zagłębienie; wysokość w stronie skroniowej jest znacznie mniejszą niż w nosowej. Siatkówka wszędzie odklejona; wierzchołek utworzonego przez nią lejka łączy się z przednią powierzchnią nowotworu. Bardzo spłaszczona w okolicy równika soczewka przytyka do rogówki, będąc od niej oddzieloną cienkim pasemkiem barwikowem — bardzo

zanikłą tęczęwka. Zanik jest również bardzo wyraźnym w ciele rzęskowym.

Badanie drobnowidowe wykazało: Nerw wzrokowy zanikły; błona sitowata odsunięta ku tyłowi o tyle, że znajduje się na poziomie tylnej powierzchni siatkówki i jest wypukłą ku tyłowi. Stanowi też ona dokładnie tylną granicę nowotworu. Tylna płaska część guza składa się z komórek wrzecionowatych, a właściwie płaskich, mających tylko bardzo nieliczne a krótkie wyrostki, istoty międzykomórkowej bardzo mało, naczynia nieliczne. Bardzo nieliczne chromatofory znajdują się tylko w warstwie podtwardówkowej, w istocie zaś samej tkanki tylko w bardzo niewielu miejscach w pobliżu naczyń krwionośnych. Przedtarczowa część nowotworu, położona przeważnie w nosowej połowie oka, jest w środku jakby wydrążoną, a w wydrążeniu tem znajduje się siatkówka, nadto pezczi włókien tkanki łącznej, które biorą początek od wewnętrznej pochewki nerwu wzrokowego i otaczają siatkówkę w obrębie przewodu przez guz prowadzącego.

Budowa części przedtarczowej nowotworu jest wszędzie jednostajną — grube naczynia o widocznych, chociaż bardzo cienkich ścianach, otaczają dokoła bardzo grube 5—15 razy i więcej grubsze od światła soczewki ze współśrodkowo ułożonych komórek na cięciach wrzecionowatych, lecz przy badaniu dokładniejszym z płaskich i z płaskimi również wyrostkami; często napotykałem w nich figury mitotyczne. Tworzywa walcowate rozmaitej postaci i grubości, ułożone były w pewnych od siebie odstępach, przerwy zaś pomiędzy nimi wypełniały luźniej ułożone komórki przeważnie zupełnie tego samego kształtu jak komórki utworów walcowatych, chociaż dawały się tu napotykać komórki sześciennie i okrągłe. Komórki barwikowe, wyłącznie prawie okrągłe o ziarnkach grubych i barwy blado-brunatnej, raczej ciemno-żółtej, nadto bardzo nieliczne dawały się napotykać tylko bezpośrednio obok ścian naczyń. Przedtarczową część guza otaczała bardzo luźna torebka z luźnej tkanki łącznej.

Siatkówka, jak nadmieniałem już, znajdowała się w wydrążeniu w kierunku osi guza położonem. W obrębie tego wydrążenia widoczne w niej były przeważnie naczynia krwionośne, dalej tkanka podstawowa i zupełnie nieprawidłowo ułożone warstwy jądrowe. Na przedniej powierzchni guza już w stronie jego nosowej siatkówka występowała na powierzchni w postaci sznura, w którym tylko w niektórych miejscach odróżnić można było nieprawidłowo ułożone warstwy wewnętrznej i zewnętrznej jąder i znacznie rozrosłą tkankę podstawową, w środku grube naczynia krwionośne, bezwątpienia naczynia samej siatkówki, przeważnie zaś powstała z siatkówki siatkowatą tkankę łączną. W miejscu wyzwolenia się siatkówki na powierzchnię nowotworu pętle tej siatki były bardzo szerokie i udawały się przeważnie ku przedniej powierzchni guza. Były one wyciągnięte w rozmaitych kierunkach, szerokość ich często wynosiła przeszło 0.5 mm. Siatka pokrywała znacznie większą część przedniej powierzchni nowotworu, ku obwodowi zaś znikała stopniowo w tkance torebki jego. Początkowy sznur siatkówki wkrótce stawał się znacznie cieńszym i wyraźnie można w nim było odróżnić dwie blaszki siatkówki, które kierowały się ku górze i ku zewnątrz do miejsca położonego w połowie drogi pomiędzy brzegiem soczewki a rąbkim zębatym siatkówki i tu znowu występował podział — dolna blaszka udawała się ku dołowi, do rąbka zębatego, bezpośrednio przytykając do zupełnie zresztą dobrze zachowanej części rzęskowej siatkówki, górna zaś blaszka kierowała się wzdłuż tylnej powierzchni soczewki, przytykając doń wszędzie bezpośrednio do samego równika soczewki, skąd dalej ku wewnątrz i ku tyłowi do rąbka zębatego, znowu przytykając bezpośrednio do części rzęskowej siatkówki. Siatkówka przeto była odczepioną dokoła, lecz tylko do rąbka jej, część zaś rzęskowa zostawała na swem miejscu. Rzecz prosta, że ciała szklistego w oku wcale już nie było. Prócz początkowej grubej części powrozka, budowa siatkówki była nieźle zachowaną. Brakowało zupełnie włókien nerwowych, przybłonka wzrokowego, natomiast zu-

pełnie dobrze były zachowane wszystkie warstwy pozostałe, nawet komórki zwojowe wszędzie prawie były widoczne. Ulegały one jednak zmianom, które opisałem już dawniej (O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej. Przegląd lekarski) jako sklerozę ich. Jądra były bardzo niewyraźne, rzadko się barwiły, zaródź drobnowlóknista. Dokoła komórek i pomiędzy nimi znajdowały się liczne jądra tkanki łącznej. Rozrost tkanki podstawowej bardzo był słaby.

Co się tyczy pozostałych części gałki, w soczewce, prócz zmienionego wskutek silnego ucisku kształtu jej, zmiany były zaćmie właściwe; przybłonek był dobrze zachowany. Twardówka prawidłowa. W przybłonku rogówki zmiany wybitnych nie było; w istocie własnej bardzo nieznaczne w niektórych miejscach nacieczenie drobnokomórkowe. Błony Bowmana i Descemeta dobrze zachowane, tylko na tylnej powierzchni ostatniej błony wcale nie było śródbłonna, gdyż wszędzie bezpośrednio przytykała doń tęczówka w postaci bardzo cienkiego pasemka, w którym odróżnić można było tylko bardzo nieliczne odosobnione naczynia i cienką tylną warstwę barwиковą, również wszędzie bezpośrednio zrosniętą z soczewką. Zupełnie spłaszczone wyrostki rzęskowe przedstawiały się w postaci bardzo cienkiego pasemka, tak samo ciało rzęskowe, w którym nie było żadnych resztek mięśnia nastawniczego. Przewód Fontany i przewód Schlemma również nie były widoczne. W obrębie wyrostków rzęskowych komórki jagódki barwika wcale prawie nie zawierały. W bardzo niewielu miejscach bezpośrednio pod rzęskową częścią siatkówki widoczne jeszcze były resztki włókien więzadła Zinniusza.

VI. 2. XI. 1906. A. N., 48-letni. Prawe oko zupełnie zdrowe. Na lewe oko zupełnie zaniewidział przed rokiem. Silne bóle. V=0. Spojówka przekrwiona, obfity łzotok. Mimo zaćmienia rogówki, odbłask czerwonawy w przedniej części ciała szklonego. T + 2. 4. XI. wyłuszczenie gałki.

Na cięciu poziomem w kierunku największego południka dokonaniem, osie strzałkowa i poprzeczna mają 24 mm, podstawa tęczówki zrosnięta z rogówką, a jednak głębokość ko-

mory przedniej wynosi 4 mm. Wyrostki rzęskowe występują bardzo niewyraźnie, grubość soczki 4 mm, całą nosową i ledwo nie całą skroniową połowę gałki wypełnia guz połączony bezpośrednio z tarczą nerwu wzrokowego, przedni zaś brzeg jego jest tylko o 1 mm odległy od soczewki. Siatkówka niewyraźnie zarysowana w skroniowej połowie jest odklejoną od rąbka zębatego, w nosowej połowie wcale jej nie widać. Nerw wzrokowy już o 4 mm od otworu wzrokowego bardzo zgrubiał i łączy się bezpośrednio z guzem.

Badanie drobnowidowe wykazało: W tylnej części nerwu wzrokowego na przestrzeni 2 mm znajdujemy zanik włókien nerwowych i bardzo nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe, w przestworze międzypochewkowym znaczny rozrost komórek śródbłonna. Dalej ku przodowi miejsce włókien nerwowych zastępują gęste, obok siebie ułożone, z bardzo nieznaczną ilością istoty bezpostaciowej międzykomórkowej drobne okrągłe komórki, które wypełniają również przestwór międzykomórkowy. Błona sitowata zupełnie niewidoczna, tarcza nerwu wzrokowego również nie istnieje. Pod twardówką brzytwa wykrywa w niektórych miejscach skostnienia. Budowa guza wszędzie była jednostajną. Stanowiły go drobne komórki okrągłe, ułożone w drobne lub podługowate gniazda. Pomiedzy komórkami znajdowała się w bardzo małej ilości bezpostaciowa istota międzykomórkowa. Pomiedzy gniazdami znajdowała się bardzo słabo rozwinięta tkanka łączna, w której były ułożone bardzo zresztą nieliczne naczynia krwionośne. Naczynia guza początek brały od naczyń środkowych siatkówki. W środku guza były one grube i nieliczne, przeważnie zajmowały korową część guza, lecz tu w 2-ch miejscach, mianowicie obok podstawy i w stronie nosowej były one na znacznej przestrzeni zatkane przez skrzepy, przyległe zaś części nowotworu wcale się nie barwiły, mieliśmy więc w miejscach tych obumarcie, niekiedy dość obszerne. Często bardzo naczynia te miały bardzo grube i szkliste zwyrodniałe ściany. W naczyniach środkowych zmiany te jeszcze wybitniej występowały.

Właściwych komórek barwikowych w istocie guza nigdzie

nie było. W obwodowych częściach, w niektórych miejscach znajdowały się wysepki barwik zawierające, lecz stanowił on widocznie tylko złogi po wynaczynieniach powstałe.

W stronie nosowej w tylnej części gałki siatkówka jest widoczną tylko obok podstawy guza na krótkiej przestrzeni, lecz stanowi ją tu tylko tkanka łączna. W tej stronie guz jest bardzo zbliżony do naczynówki, to też siatkówka mało jest tu widoczną. Bliżej rąbka zębatego odległość naczynówki od siatkówki znacznie się zwiększa, to też siatkówka jest tu widoczniejszą, lecz natomiast tylko jako warstwa istoty bardzo drobno-ziarnistej bez żadnej budowy, wcale nie barwiącej się, a w której tylko w niewielu miejscach spostrzegamy niekiedy nawet w szeregi ułożone drobne ziarnka, cokolwiek zabarwiająca się — prawdopodobnie szczątki jąder. Bardzo rzadko tylko występują leukocyty. Na zewnętrznej powierzchni zawsze prawie widzimy szeregi sianek barwikowych, powstałych z komórek przybłonka barwikowego, który już w tylnej części gałki w znacznym stopniu ulegał zniszczeniu, jakby wymoczeniu. Komórki jego były bardzo płaskie, zawierały bardzo mało barwika, którego cząstki straciły wrodzoną im postać typową i wyglądały już jako drobne okrągłe ziarnka. Komórki przybłonka w niektórych miejscach zostawały przy naczynówce, najczęściej jednak przy siatkówce. W okolicy skroniowej siatkówka w pobliżu nerwu wzrokowego również była zgrubiała, składała się jednak tylko ze zwyczajnej tkanki łącznej i bezpośrednio przytykała do guza, jakkolwiek nie była z nim zrośnięta. Lecz już o 3—4 mm ku przodowi siatkówka przybierała postać zupełnie taką, jak ją opisałem w nosowej stronie gałki. Tworząc liczne zygzaki dochodziła do poziomu dołka talerzowego, poczem pod ostrym kątem zakręcała ku zewnątrz, kierując się ku rąbkowi zębataemu, gdzie się też przyczepiała. Naczynia siatkówki były bardzo grube, o grubych, najczęściej szklisto zwyrodniałych ścianach, wszędzie bezwarunkowo zatłkane. Ściany tych naczyń wcale się nie barwiły, niepodobna też było dostrzedz w nich żadnej

budowy. Zatem, prócz części obok samego nerwu położonych cała prawie siatkówka uległa obumarciu.

Właściwa naczyniówka już obok samego nerwu wzrokowego była znacznie zgrubiała. Dalej ku przodowi grubość coraz znaczniejszą się stawała. Zgrubienie to pochodziło wskutek nacieczenia przez komórki mięsakowe — drobne, okrągłe — wszystkich warstw naczyniówki prócz włosowatej. Guz przedtarczowy oddzielała od naczyniówki nie tylko siatkówka, lecz nawet do samego brzegu pochewki wewnętrznej nerwu zupełnie dobrze zachowana błona sprężysta naczyniówki. Nowotwór utorował sobie wstęp do naczyniówki z przestworu międzypochewkowego nerwu wzrokowego. W stronie nosowej w okolicy równika guz na przestrzeni około 3 cm wstępował do istoty naczyniówki, którą tu wypełniał w postaci płaskiego utworu. Stąd przechodził on do twardówki przez otwór ledwo 1 mm wielkości zawsze bliżej powierzchni jej wewnętrznej, lecz oddzielony jednak prócz części środkowej warstwą prawidłowej tkanki, tworzył cienką blaszkę 1 cm szerokości i od 0.1 do 0.2 mm grubości, która opasywała jednak w okolicy równika więcej niż $\frac{1}{6}$ część tylnej połowy nosowej części gałki. W korowej części guza w okolicy skroniowej bliżej ku tyłowi od równika znajdowało się kilka cienkich blaszek kostnych wielkości przeszło 2 mm, posiadających nie tylko ciątka kostne, lecz nawet przestwory szpikowe.

Tak więc w danym przypadku mieliśmy: obszerny guz mięsakowy przedtarczowy, płaski guz w naczyniówce, nadto płaski guz w twardówce. W innych częściach właściwej naczyniówki zarówno w okolicy nosowej, jakoteż skroniowej zmian wybitnych nie było, chyba, że chromatoforów było bardzo mało, nadto nie tylko w podścielisku naczyniówki, lecz w bardzo zresztą rozwiniętych beleczkach błony nadnaczyniówkowej. Na soczewce prócz zmian właściwych innych nie było. W obrębie wieńca rzęskowego komórki przybłonka barwikowego tworzyły bardzo grubą warstwę, barwika jednak o tyle mniej zawierały, że najeczęściej widoczne w nich były jądra. Komórki bardzo były wydłużone i wysuwały się z war-

stwy na powierzchnię wewnętrzną. Komórki części rzęskowej siatkówki wcale nie były widoczne. Bezpośrednio za wieńcem warstwa przybłonka barwikowego, jako taka, wcale już nie istniała — okrągłe, odosobnione, zawierające grube ziarnka barwika komórki i wolne ziarnka jego były ułożone w nieprawidłowe szeregi, w środku zaś pozostawały przerwy, jakby torbiele niekiedy bardzo znacznych nawet rozmiarów. Zmiany te przypominają opisane przez Kamockiego (Arch. f. Augenh. XVI str. 247) w tylnej warstwie barwikowej tęczówki przy cukrzycy. Jak nadmieniałem, pierwocin części rzęskowej siatkówki nigdzie nie było, tylko w bardzo niewielu miejscach dawały się spostrzegać słabo zabarwione niekiedy po kilka obok siebie położone ziarnka, w których roznać można było resztki jąder. Od wieńca do rąbka zębatego wstępowały też do ciała szklistego pierwociny tkanki łącznej i naczynia, które tworzyły w jedynie prawie pozostałej, bardzo wąskiej przedniej części ciała szklanego dość rzadkie sieci komórek i naczyń, liczne zaś znajdujące się tu leukocyty często zawierały ziarnka barwika. Z sieci tej powstawała błona rzekoma, która wypełniała dołek talerzykowy. Wśród naczyń i tkanki łącznej włókna Zinniusza nie tylko były dobrze zachowane, lecz nawet zgrubiałe.

W mięśniu nastawniczym pęczki kręgowe wcale nie były widoczne, wogóle mięsień znajdował się w dość znacznym stopniu zaniku, pomiędzy zaś pęczkami południkowymi obficie były ułożone liczne, bardzo drobne ziarnka barwika, które często tworzyły dokoła nich jakby pochewki, co najzupełniej przypominało mięsień nastawniczy u małpy, z tą chyba różnicą, że tam wolne ziarnka zastępują komórki barwikowe.

Pas rzęskowy siatkówki na znacznej przestrzeni był zrośnięty z rogówką, pozostałe jednak części tęczówki tworzyły z rogówką kąt prosty prawie. W stronie skroniowej miało miejsce dość znaczne *ectropium uveae*. Warstwa przybłonka barwikowego była prawidłową, zwieracz dobrze był zachowany. Pod przednią błoną graniczną tęczówki znajdowały się bardzo liczne komórki barwikowe, jakby bardzo

rozwinęte chromatofory, główną zaś część składową tkanki jej stanowiły bezpośrednio prawie obok siebie położone naczynia o bardzo grubych szklisto-zwyródniatych ścianach. Te same zmiany w naczyniach miały miejsce również w wyrostkach rzęskowych.

Błona Descemeta zupełnie dobrze była zachowaną, śródbłonna jej brakowało tylko w części obwodowej, gdzie tęczęwka była zrosniętą z rogówką. Nowopowstała kąt komory przedniej wyścielała jednak nowopowstała błona szklista, która niekiedy widoczną była również na pewnej przestrzeni na przedniej powierzchni tęczęwki. Błonę tę pokrywał śródbłonek, który obok brzegu rogówki w wielu miejscach był wielowarstwowy. Przewód Schlemma był znacznie zwężony, lecz wszędzie widoczny, dokoła zaś ścian jego znajdowały się liczne złoży barwika. W rogówce w przerwach sako-nych znajdowały się liczne leukocyty, które często zawierały barwik. Innych zmian w rogówce nie było. W przypadku tym mięsak przedstawiał się nie tylko jako typowy biały, lecz nawet barwik zarówno w warstwie przybłonna, jakoteż w podścielisku naczyniówki, bardzo nawet znacznemu uległ zanikowi.

VII. A. P., 56-letnia, jadąc w nocy przez las wyrwała się z bryczki i upadła na krzak głogu, otrzymując bardzo silne uderzenie gałązką w prawe oko. 3. IV. 1906 znalazłem: na rogówce prawego oka w pobliżu brzegu jej dolnego niewielka plamka. Soczewka zupełnie przezroczysta, innych zmian w oku nie było. W cztery lata później chora zgłosiła się ponownie. Badanie dokonane 2. V. 1910 wykazało: Spojówka gałki dość znacznie przekrwiona, w okolicy nosowej bardzo szerokie żyły rzęskowe, rogówka zaćmiona, powierzchnia jej nierówna, stan komory przedniej niewidoczny, $V = 0$, ucisk $T + 2$, przy oświetleniu bocznem widoczny odbłask. Od roku przeszło bardzo silne bóle. Przypuszczając, iż nowotwór znajduje się w nosowej części gałki, rozciąłem ją w kierunku poziomym nieco wyżej południka poziomego. W istocie $\frac{2}{3}$ wnętrza gałki wypełniał nowotwór położony jednak przeważnie w stronie nosowej, nieco zabarwiony tylko w częściach obwo-

dowych; kształt miał trójkąta o kątach zaokrąglonych, którego ku przodowi skierowany wierzchołek znajdował się na równi rąbka spojówki. Tylny brzeg był odległy o 4 mm od wciągniętej do środka gałki tarczy nerwu wzrokowego. Na powierzchni przekroju guza widoczne były szerokie jamki krwiste, zwłaszcza w środku i w pobliżu brzegów tylnego i nosowego. Zupełnie odklejona siatkówka przesunięta ku stronie skroniowej. Zaćmiona soczewka zwichnięta ku zewnątrz; nosowy brzeg jej równika znajdował się naprzeciwko środka rogówki. Na cięciu ma kształt nieprawidłowego owalu, którego część węższa jest zwróconą ku komorze przedniej, szersza ku tyłowi. Tylna, względnie nosowa powierzchnia przytyka bezpośrednio do nowotworu, przednia do wyrostków rzęskowych i rogówki, od której dzieli ją bardzo cienka tęczęwka, która ku przodowi tylko staje się bardzo grubą. W stronie nosowej tęczęwka jest o 3 mm odsuniętą od brzegu rogówki i przyczepioną do środka brzegu przedniego nowotworu, jest ona bardzo cienką, a brzeg jej rzęskowy, położony naprzeciwko równika zwichniętej soczewki. W stronie nosowej wyrostki rzęskowe zupełnie zniszczone przez nowotwór.

Badanie drobnovidowe wykazało: W przybliżeniu rogówki zmian wybitnych niema, tylko o 3 mm od brzegu jej dolnego tworzy dość gruby wyrostek, skierowany do istoty własnej rogówki, oczywiście w miejscu, które uległo zranieniu. Wyrostek ten otacza włóknista tkanka łączna, której pasemka dochodzą do połowy grubości rogówki. Przewód Schlemma bardzo niewyraźny, często zupełnie niewidoczny. Zarówno w nim, jakoteż w ścianach i dokoła ścian jego dają się spostrzegać drobne ziarnka barwika. Błona Descemeta dobrze zachowana i pokryta śródbłonkiem; brakuje go tylko w okolicy skroniowej w najbardziej obwodowym pasie komory przedniej, gdyż tu przednia powierzchnia tęczęwki jest z nią zrosnięta. W stronie nosowej błona Descemeta przegina się na przednią powierzchnię nowotworu. W kącie przez przegięcie to wytworzonym znajdują się liczne w kilka warstw ułożone komórki śródbłonka. Na przedniej powierzchni nowotworu

błona Descemeta grubieje, poczem dzieli się na kilka warstw, pomiędzy którymi są ułożone bardzo płaskie komórki śródbłónka. Utwór taki pod względem budowy swej najzupełniej przypomina nawarstwienie, które spostrzegałem w dwóch przypadkach na przedniej powierzchni tęczówki. Ku brzegowi tęczówki staje się ono coraz cieńszem, a w końcu zupełnie niewidocznem, pokrywa go śródbłonek, który przechodzi następnie na przednią powierzchnię tęczówki. Sama tęczówka jest w stronie nosowej bardzo cienką, a brzeg jej źreniczny zrosnięty z równikiem soczewki. Przeciwnie w stronie skroniowej pas źreniczny tęczówki jest bardzo zgrubiałą, co pochodzi od bardzo obfitego rozwoju zwyczajnej tkanki łącznej. Tkanka ta obrasta brzeg źreniczny i udaje się ku tylnej powierzchni tęczówki, którą zupełnie pokrywa do samego brzegu źrenicznego i zrasta się jednocześnie z torebką soczewki, nadto tworzy błonę, która zupełnie zaciąga źrenicę i jednocześnie jest zrosniętą z torebką soczewki. Prócz tkanki łącznej znajdują się w niej liczne cienkie naczynia krwionośne i liczne bryłki barwika. Po za tem w tęczówce były dobrze zachowane zwieracz i tylna warstwa barwikowa. Podścielisko uległo w znacznym stopniu zanikowi: barwika w komórkach jego prawie nie było, natomiast przednia błona graniczna była znacznie zgrubiałą, a komórki śródbłónka jej zwykle w dwie warstwy ułożone. W niektórych miejscach znajdowały się drobne gniazda nacieczenia drobnokomórkowego. Wyrostki rzęskowe w stronie skroniowej były słabo rozwinięte, mięsień nastawniczy znacznie zanikły, włókna więzadła Zinniussa zupełnie dobrze zachowane. W soczewce torebka dobrze zachowana, przybłonek przedniej powierzchni ocalał tylko w okolicy równikowej, na całej przedniej powierzchni znajduje się zaćma torebkowa, szczególnie gruba — prawie do 1 mm w stronie skroniowej, w miejscu zrosnięcia tęczówki i wyrostka rzęskowego z torebką. Pomiędzy warstwami bardzo drobno-włóknistej prawie jednolitej tkanki były ułożone dość prawidłowo podługowate długie jądra. W samej soczewce miały miejsce zmiany zaćmie właściwe.

Naczyniówka była znacznie cieńszą; pomiędzy naczyniami warstw Hallera i Sattlera znajdowały się bardzo znaczne przerwy, warstwy naczyń włosowatych brakowało w wielu miejscach. Chromatofory zarówno w warstwie naczyń, jakoteż w błonie nadnaczyniówkowej, były bardzo nieliczne. Błona sprężysta dobrze zachowana, komórki przybłonka barwikowego zawierały mało barwika. Obok brzegu tylnego nowotworu naczyniówka była odklejoną od twardówki.

Budowa guza była bardzo jednostajną, stanowiły go komórki, ułożone w grube walcowate utwory, które krzyżowały się ze sobą w rozmaitych kierunkach, najczęściej łącząc się ze sobą. Pomiedzy utworami temi znajdowały się bardzo nieliczne naczynia krwionośne o cienkich ścianach, przeważnie zaś bardzo znacznych rozmiarów już właściwie nie naczynia, lecz raczej przestwory krwiste, które ścian własnych wcale nie miały, nawet wyścielający je śródbłonek występował bardzo niewyraźnie. Komórki w zrazikach postać miały bardzo różną. Najwięcej było drobnych t. zw. wrzecionowatych komórek, pozatem znaczna ilość większych komórek okrągłych, niekiedy dawały się napotykać odosobnione komórki olbrzymie. Istoty międzykomórkowej wcale prawie nie było. Komórki barwikowe były bardzo nieliczne, znajdowały się one wyłącznie prawie w istocie korowej. Nie miały one jednak budowy chromatoforów — były bez wyrostków, barwik zawierały w postaci grubych ziarenek, bardzo bladych raczej żółtych niż brunatnych, znajdowały się zawsze bezpośrednio obok naczyń krwionośnych.

W twardówce znacznie zwiększona ilość komórek. W pasie do rogówki przyległym zdradzała uprzedni stan zapalny, natomiast gdzieindziej żadnych zmian zapalnych nie było. Natomiast w dwóch miejscach w okolicy nosowej znajdowały się w niej gniazda nowotworu. Jedno z nich znajdowało się w istocie twardówki zaraz za równikiem i w kierunku południka poziomego zaraz za równikiem w warstwach wewnętrznych w postaci blaszki około 0,2 mm grubości, 3 mm szerokości i tyleż wysokości; łączyło się ono bezpośrednio z nowo-

tworem śródgałkowym. Drugie gniazdo znajdowało się w tkance nadtwardówkowej, zaraz za rąbką spojówki i bezpośrednio prawie pod nią również w kierunku południka poziomego gałki. Kształt miało płaski, okrągławy, cokolwiek wyciągnięty w kierunku poziomym—do 2 mm; grubości przeszło 0·5 mm, łączyło się z istotą głównego nowotworu przez przerwy wzdłuż naczyń krwionośnych. Budowa nowotworu w przerzutach była znacznie odmienną — stanowiły go komórki znacznie większe i przeważnie okrągłe.

Tarcza nerwu wzrokowego była wciągniętą do środka gałki na 2 mm. Zmian zapalnych w niej nie było, włókna nerwu zanikłe. Odwinięta siatkówka tworzyła narazie jakby pułap; następnie skroniowa blaszka w pewnej odległości od brzegu skroniowego guza i równoległe z nim dochodziła do wysokości rąbka zębatego, tworzyła następnie podwójny fałd ku tyłowi skierowany, poczem przyczepiała się do rąbka. Nosowa blaszka siatkówki po utworzeniu nad brzegiem pułapa fałdu ku wewnątrz skierowanego, udawała się również ku stronie skroniowej gałki, pomiędzy skroniową blaszką siatkówki a brzegiem wewnętrznym guza. Obie blaszki siatkówki na dość znacznej przestrzeni zupełnie się ze sobą zrastały. Obie błony graniczne zlewały się w jedną, która wraz z rozrostami włóknami promienistymi tworzyły jakby żyłki w liście. Nadto zupełnie dobrze były zachowane komórki zwojowe i obie warstwy jąder. W blaszce zewnętrznej naogół zgrubiałej jądra były ułożone nieprawidłowo, gdyż pomiędzy zgrubiałymi włóknami podstawowemi znajdowały się twory torbielowate, bardzo drobne a liczne, których dłuższe osie kierunku miały prostopadłe do powierzchni siatkówki. Nosowa blaszka siatkówki początkowo oddzielona od powierzchni nowotworu nieznaczną przerwą, wkrótce zbliżała się doń bezpośrednio, obie zaś warstwy jąder zakreślały ku tyłowi, łącząc się z pokrywającą nowotwór cienką torebką z tkanki łącznej złożoną. Pierwociny warstw jądrowych dość prawidłowo nawet ułożone widoczne były na dość znacznej przestrzeni ku tyłowi od miejsca zrosnięcia, włókna zaś podstawowe znaczny

brały udział w wytworzeniu torebki nowotworu. Dalej ku przodowi od miejsca zrosnięcia i zawinięcia warstw jądrowych ku tyłowi, wkrótce znowu uwydatniały się te warstwy, niekiedy powtórnie zawijają się ku tyłowi, aż wreszcie o 3 mm ku tyłowi od rąbka zębatego powstał jakby długi wyrostek, w którym nie trudno było poznać wyjątkowo rozwiniętą ostrogę siatkówki. Dalej ku przodowi widoczną była tylko na bardzo krótkiej przestrzeni zwykle odklejona od powierzchni guza, miejscami bardzo zgrubiła część rzęskowa siatkówki, która następnie zupełnie znikiała.

VIII. J. T., 52-letni. Przed trzema laty stopniowo zupełnie zaniewidział na lewe oko, doświadczając bardzo silnych bólów w skroni i dookoła oka. Przed pół rokiem zasięgał rady lekarza, który rozpoznał czerniaka tęczówki i dokonał operacji (usunięcie z irydektomią). Badanie w dniu 4. X. 1907 wykazało: Prawe oko zupełnie prawidłowe. W lewym, zwłaszcza ku górze, silne przekrwienie spojówki gałki. Rogówka przezroczysta; komorę przednią wypełnia czarno-brunatnej barwy istota. Nad brzegiem górnym rogówki w obrębie wycinka górnego i wewnętrznego gałki na twardówce wydatność około 1 cm w średnicy, zupełnie gładka, biała. V = 0, T — 2. 16. X. dokonałem wyłuszczenia gałki.

Na cięciu dokonaniem w kierunku południka o 30° ku wewnątrz od pionowego, długość średnicy strzałkowej = 23 mm, poprzecznej 24 mm. Wysokość guza podspojówkowego w środku przeszło 3 mm, komorę przednią zupełnie prawie wypełnia nowotwór barwy brunatnej. Tęczówka niewidoczna, ciało rzęskowe ku dołowi zgrubiłe, ku górze, o brzegu niewidocznym, dochodzi do soczewki, której cięcie ku górze stanowi linię prostą. Naczyniówka w dolnej połowie gałki bardzo zgrubiła, siatkówka odklejona, tarcza wciągnięta do gałki.

Badanie drobnovidowe wykazało: W twardówce zmian żadnych. W rogówce zmiany występowały tylko w okolicy brzegu górnego. W stronie skroniowej tylko na przestrzeni 4 mm wygojona rana operacyjna; przyblonek tworzy dość znaczny czopek do istoty właściwej zagłębiony; blaszki ro-

gówki w kierunku ukośnym zbliżone ku bliźnie. W błonie Descemeta odpowiednio ranie przerwa z podwiniętymi brzegami, wypełniona nowopowstałą cienką błoną szklistą. W środku i w nosowej połowie blizny przez rogówkę z komory przedniej wyrasta nowotwór podspojówkowy, który składa się z okrągłych drobnych komórek, pomiędzy którymi znajduje się bardzo niewiele istoty międzykomórkowej. Naczynia krwionośne nieliczne, pochodzą przeważnie od naczyń nadtwardówkowych, guz jest wszędzie pokryty wielowarstwowym przybłonkiem, komórek barwikowych wcale nie zawiera. Komora przednia wypełniona przez nowotwór, bardzo nieznaczne resztki jej dają się spostrzegać tylko w zewnętrznym wycinku i w niektórych miejscach w środkowych jej częściach. Nowotwór doszczętnie zniszczył tęczęwkę, ku górze również wyrostki rzęskowe i samo ciało rzęskowe i dochodzi do rąbka zębatego. Warstwa przybłonka barwikowego już w przedniej części wyrostków rzęskowych była przetartą, komórki nowotworu dochodziły do ciała szklistego, komórki zaś przybłonka barwikowego pozostawały w istocie nowotworu, tworząc warstwę mniejwięcej zupełną, która w pobliżu rąbka zębatego przechodziła znów na wewnętrzną powierzchnię ciała rzęskowego, tworząc w dalszym ciągu zupełnie prawidłową warstwę przybłonka barwikowego naczyńiówki. W górnej połowie gałki zajęte przez nowotwór wyrostki rzęskowe nie tylko wypełniały zupełnie komorę tylną, lecz uciskały soczewkę w ten sposób, iż na cięciach miała postać trójkąta, a więc górna połowa soczewki była zupełnie płaską. W torebce soczewki dają się tu spostrzegać fałdy, wszakże nigdzie nie jest przetartą, jakkolwiek pierwociny nowotworu bezpośrednio do niej przytykają. Nowotwór zajmuje w części brzeg górny jamki talerzykowej, w obrębie której wszędzie jest widoczną cienką rzekoma, która dochodzi do strony przeciwległej ciała rzęskowego. Prócz wrzecionowatych i okrągłych komórek znajdujemy w niej nieliczne okrągłe drobne komórki barwikowe, prawdopodobnie komórki limfoidalne, które ziarnka barwika pochłonęły. Ku dołowi grubość guza wynosi 3 mm, zmniejsza się

stopniowo przy przejściu z ciała rzęskowego na naczyniówkę i tu kończy się ostrym klinem o 3 mm ku tyłowi od różnika gałki położonym.

Tarcza nerwu wzrokowego była na 1 mm wciągnięta do środka gałki. Włókna nerwowe były w niej zanikłe równie jak w siatkówce, w której nadto zupełnie brakowało warstwy czopków i pręcików, komórki zwojowe w wielu miejscach były zachowane, rozrost włókien podstawowych nie miał miejsca; siatkówka wcale nie była odklejoną.

Badanie szeregu skrawków w strzałkowym i poprzecznym kierunku dokonanych wykazało, iż nowotwór tworzył wewnątrz gałki jakby skorupę, która obejmowała ku górze przeszło połowę, ku dołowi mniejwięcej czwartą część powierzchni przedniej połowy. Guz składał się z drobnych okrągłych komórek, pomiędzy którymi znajdowała się w dość znacznej ilości istota międzykomórkowa; naczynia krwionośne były nieliczne i przeważnie bardzo cienkie. W części nowotworu pod spojówką położonej, komórek barwиковych wcale nie było, ani też odosobnionych ziarenek barwika. W części jego, która komorę przednią wypełniała, komórki również nie były zabarwione, jednakże na cięciach zawsze wyraźnie występowały, chociaż posiadały częste przerwy, trzy pasemka barwиковe — najpierw mniej wyraźne pod błoną Descemeta, dalej w środku i wreszcie trzecie, otaczające przednią powierzchnię soczewki. Pierwsze pasemko pochodzenie swe zawdzięczało komórkom podścieliska tęczówki, przeważnie były to bryłki barwиковe, bardzo rzadko tylko występowały zupełnie rozwinięte chromatofory. Bliżej środkowego pasemka widoczny był cały szereg naczyń o bardzo zgrubiałych szklisto-zwrotnych ścianach — były to oczywiście naczynia tęczówki. W środkowym pasemku rozpoznać wypadło tylną warstwę barwиковą tęczówki. Na niektórych wyrostkach warstwa ta miała w środku znaczniejsze przerwy, odpowiednio źrenicy, niekiedy obok przerwy udawało się spostrzedz słabe pęczki włókien mięśniowych — resztki zwieracza. Dalej ku wewnątrz znowu znajdowała się warstwa tkanki nowotworu, którą od-

dzielało od soczewki trzecie wewnętrzne pasemko barwikowe, które pochodziło od przybłonka barwikowego wyrostków rzęskowych.

Ciało rzęskowe było zupełnie zajęte przez nowotwór i nawet w dolnej części gałki nie pozostało w niem żadnych nawet resztek mięśnia nastawniczego. W ciele rzęskowym nowotwór składał się również z drobnych okrągłych komórek niezabarwionych. I tu widoczne były dwa pasemka barwikowe: jedno położone pod twardówką, w którym można było napotkać odosobnione chromatofory, przeważnie jednak wielkie okrągłe lub podługowate komórki, wypełnione grubemi ziarnkami barwika; pochodziły najpewniej od pierwocin błony nadnaczyniówkowej. Odosobnione komórki okrągłe, grube ziarnka barwika lub bryłki barwik zawierające niekiedy dawały się spostrzegać w tkance nowotworu, zwykle w pobliżu naczyń krwionośnych. Drugie pasemko barwikowe znajdowało się w środku nowotworu, ku przodowi przechodziło w środkowe pasemko barwikowe tęczówki, ku tyłowi zaś za rąbkim zębatym bezpośrednio w dobrze zachowaną warstwę przybłonka barwikowego. Ku tyłowi już w obrębie właściwej naczyniówki warstwa nowotworu stopniowo coraz cieńszą się stawała. Tu w niektórych tylko miejscach zachował budowę zupełnie taką jak w przedniej części gałki, przeważnie zaś spostrzegaliśmy tu istotę, która wcale się nie barwiła, budowę miała jednolitą lub drobnoziarnkową i tylko rozrzucone nieprawidłowo ziarnka barwika i resztki jąder zdradzały uprzednią budowę. Mieliśmy tu zatem bardzo obszerną martwicę.

Po roku chory zgłosił się z nawrotem guza w górnej zewnętrznej okolicy oczodołu. Budowa jego była zupełnie taką jak części podtwardówkowej guza i zgoła nie posiadał komórek barwikowych.

IX. A. O., 45-letnia. 6. V. 1907. Od kilku miesięcy spostrzegła, iż prawem okiem widzi znacznie gorzej niż lewym $VOS = 1.0$, $VOD = 0.1$. Soczewka walcowata ± 2.5 z osią pionową poprawia V do 0.3. Zmian zewnętrznych żadnych, T = 1. W polu wzrokowym nieznaczne zwiększenie ku dołowi

ku zewnątrz. Środki załamujące i dno oka zupełnie prawidłowe. Po zupełnem rozszerzeniu źrenicy ku górze i ku wewnątrz jest widoczną ciemno-brunatną wydlatność, która zdaje się pochodzić od wyrostków rzęskowych. Obok równika soczewki trzy krótkie zaćmione pasemka. 20. V. wyłuszczyłem gałkę.

Badanie gałki przechowanej w formalinie, a rozciętej w kierunku południka o 30° ku wewnątrz od poziomego, wykazało: Długość osi gałki 24 mm, średnicy strzałkowej 25 mm. Ku górze i ku wewnątrz znajduje się guz, którego brzeg przedni w środku jest położony w kącie komory przedniej, brzeg tylny zdawał się znajdować w pobliżu rąbka zębatego. Ostatni znacznie bardzo był szerszy od przedniego, tak dalece, że sam guz miał raczej postać trójkąta. Wewnętrzna powierzchnia guza ma w środku znaczne zagłębienie, jakby bródę, w którym znajduje się znacznie bardzo spłaszczony równik soczewki.

Badanie poszczególnych części gałki wykazało zupełny brak w nich wszelkich zmian chorobowych, o ile znajdowały się one poza obrębem okolicy guza. Wyjątek stanowiła jedynie siatkówka, w której w części obwodowej bezpośrednio obok rąbka zębatego w obrębie wąskiego pasa spostrzegać się dawało zwyrodnienie torbielowate o bardzo zresztą drobnych utworach w warstwie wewnętrznej splotowej. W obrębie okolicy guza w rogówce żadnych zmian nie było. Przestwór Fontany na przestrzeni przeszło 2 mm był zajęty przez guz, który tu odsuwał nawet cokolwiek ku wewnątrz brzeg rzęskowy tęczówki, a pierwociny jego były położone niczem nie przykryte w komorze przedniej. Odosobnione ziarnka barwika niekiedy nawet komórki barwikowe znajdowały się pomiędzy beleczkami siatki twardówkowo-rogówkowej. Przewód Schlemma w wielu miejscach otaczały drobne wrzecionowate komórki barwikowe, chociaż światło jego nie było widocznem tylko na bardzo niewielu skrawkach. Tak rzecz się miała w samym środku brzegu przedniego guza, gdyż w częściach jego obwodowych nietylko przestwór Fontany

i przewód Schlemma nie były przez guz zajęte, lecz przednia trzecia część mięśnia nastawniczego i nawet cały brzeg przedni wierzchołków wyrostków rzęskowych. Ku tyłowi guz bezwarunkowo na wszystkich skrawkach dochodził ściśle tylko do rąbka zębatego siatkówki. Brzeg jego tylny podnosił się znowu pod kątem prawie prostym nad powierzchnią twardówki, powstała ślad ku tyłowi przerwę na cięciu kształt trójkąta mającą, wypełniały wyciągnięte blaszki błony nadnaczyniówkowej. Błona sprężysta i warstwa jagodówkowa z naczyńiówki bezpośrednio przechodziły na wewnętrzną powierzchnię guza, który też pokrywały żadnym zmianom nie ulegając do wspomnianej brózdki. Tu następuje przetarcie obu tych warstw i pierwociny guza występują na powierzchnię wewnętrzną ciała rzęskowego, a wskutek tego warstwy części rzęskowej siatkówki i jagodówki i błona sprężysta pozostają pośród istoty guza, bynajmniej zresztą nie tworząc całkowitych prawidłowych warstw. W pobliżu równika soczewki warstwy te znów występują na powierzchni wewnętrznej guza i w dalszym ciągu żadnym nie ulegają zmianom, przechodzą w tylną warstwę barwikową tęczówki. Co się tyczy siatkówki, to przechodząc na brzeg tylny guza jest ona odklejoną na bardzo zresztą nieznacznej przestrzeni, a przerwa powstała jest bardzo płytką. W całej części odklejonej ma miejsce zwyrodnienie torbielowate o znacznej wielkości utworach. Dalej znów siatkówka już jako część jej rzęskowa przylega do powierzchni guza, dochodzi do wspomnianej brózdki wewnętrznej powierzchni jego i, jak nadmieniałem już, wchodzi do istoty guza. Mniej więcej w okolicy równika soczewki, bynajmniej jednak nie wszędzie na jednym poziomie znowu wyzwała się na wewnętrznej powierzchni guza w postaci bardzo cienkiej, lecz całkowitej błony o płaskich komórkach, gdzie często bywa odklejoną na nieznacznej przestrzeni od warstwy jagodówkowej.

Nadmieniłem już, że guz uciskał soczewkę. Najwięcej miało to miejsce w samym środku guza. Tu na cięciach soczewka miała raczej postać trójkąta z podstawą obok po-

wierzchni guza położoną. O ile w pozostałych częściach soczewki żadne zgoła zmiany nie miały miejsca, o tyle tu były one bardzo wybitne. Torebka soczewki tworzy tu liczne zmarszczki w niektórych miejscach bardzo była cienka. Komórki przybłonka jej bardzo były wydłużone, liczne też były utwory pęcherzykowe.

Na cięciach gałki, które przez środkową część guza przechodziły, miał on postać trójkąta o kątach zaokrąglonych, którego kąt górny znajdował się w kącie komory przedniej, tylny obok rąbka zębatego, a wewnętrzny skierowany był ku dołowi. Tkanka wszędzie zawierała barwik, chociaż nie w jednostajnej ilości. W barwik obfitowała część guza bezpośrednio do twardówki przyległa, nadto okolica kąta górnego. Bardzo ciemne pasemko barwikowe, położone w pewnej odległości od brzegu wewnętrznego guza a równoległe z nim, dzieliło powierzchnię guza na dwie nierówne części: znacznie większą zewnętrzną, względnie więcej barwika zawierającą i znacznie mniejszą, bardziej w barwik ubogą, wewnętrzną. Pasemko to stanowiła do istoty guza wdrażona warstwa jagodówkowa. W obu częściach guza występowały nadto ciemniejsze pasemka tkanki, które w części zewnętrznej w postaci promieni udawały się od kąta górnego guza ku podstawie jego, w części zaś wewnętrznej kierunek miały nieprawidłowy. Budowa guza, prócz części jego środkowej, o czym niżej, wszędzie była najzupełniej jednostajną. Stanowiły go pasemka komórek wrzecionowatych większych lub mniejszych ułożonych w rozmaitej grubości pęczki, które krzyżowały się ze sobą w rozmaitych kierunkach. Komórki te w młodszych częściach nowotworu, jak na przykład w części wewnętrznej guza przeważnie były białe, komórki barwikowe bardzo były nieliczne i w częściach starszych, zewnętrznych, komórki barwikowe znacznie były liczniejsze, większe i posiadały długie wyrostki. Nadto często dawały się spostrzegać znacznej wielkości komórki okrągłe, zupełnie przez barwik wypełnione. Naczyń guz zawierał bardzo niewiele, w komórkach często bardzo widoczne były mitozy. W miejscach guza najwięcej bar-

wika zawierających, komórki łączyły się często w jednostajną ciemnozabarwioną istotę, w której jednakże odbarwienie wykrywało komórki wrzecionowate.

W środkowej części guza, cokolwiek niżej środka jego widocznem było miejsce na pozór barwika weale nie zawierające, lecz miało tu ono w średnicy ledwo 1 mm. Ku obwodowi wysepka ta znacznie się większą stawała — do 3 mm. W tej części budowa była zupełnie odmienną. Tkanę stanowiły wyłącznie niemal drobne okrągłe komórki niezawierające weale barwika, pomiędzy nimi bardzo mało istoty międzykomórkowej. Naczynia krwionośne były bardzo nieliczne; częste mitozy. W niektórych komórkach dawały się spostrzegać bardzo drobne ziarnka barwika, dalej widoczne już były w komórkach wyrostki również barwik zawierające; ku obwodowi komórki te znacznie były większe, wyrostki bardzo długie. W niektórych jednak komórkach wyrostki weale się nie pojawiały, natomiast komórki, zachowując kształt okrągły, bardzo znacznie się zwiększały i zawierały tak wiele barwika iż wkrótce przybierały postać okrągłych czarnych zupełnie jednolitych utworów, w których żadnej już budowy niepodobna się było dopatrzeć.

Nowotwór w danym przypadku był bardzo niewielki, zajmował stosunkowo nieznaczny wycinek ciała rzęskowego. Mimo to jednak widocznem było posuwanie się jego na części otaczające. Miało to miejsce w trzech kierunkach: 1) ku twardówce, 2) w okolicę podspojówkową i 3) ku przestworowi nadnaczyńkowemu.

Na pograniczu guza z twardówką przestwór nadnaczyńkowy zupełnie był zarośnięty, pierwociny zaś barwikowe nowotworu wstępowały do twardówki pomiędzy blaszkami najbardziej wewnętrznymi. Nadmieniał już wyżej, że dokoła przewodu Schlemma w środkowej części guza znajdowały się komórki barwikowe. Otóż komórki te wzdłuż ułożone w cienkie pasemka, udawały się cokolwiek ku tyłowi i tu prowadziły do osobnego ogniska nowotworu, połączonego pod spojówką, właściwie do tylnego brzegu jego, ponieważ brzeg

przedni znajdował się nieopodal rąbka spojówki. Ognisko to tkanki mięsakowej postać miało płaski i podługowaty, średnica dłuższa w kierunku południkowym przeszło 1 mm, 1 mm w kierunku poprzecznym, a grubość w środku przeszło 0.5 mm. W środku znajdowała się gruba żyła, w której błonę dodatkową bezpośrednio przechodziły pierwociny nowotworu, najprawdopodobniej zatem z niej też powstały. Najliczniejsze były komórki niezabarwione, a przedewszystkiem płaskie, względnie wrzecionowate o jądrach przypominających bardzo jądra śródbłonnków.

Znajdowały się też drobne okrągłe komórki, a nadto bardzo duże okrągłe, również o okrągłych jądrach. W tych komórkach dawały się spostrzeć drobne ziarenka barwika, przeistaczały się też one stopniowo w bardzo spore kuliste twory wypełnione przez jednolitą bardzo ciemną istotę barwikową. Złogi barwika miały miejsce również w komórkach wrzecionowatych, w postaci drobnych ziarenek lub też rozlanej.

Od tylnego brzegu guza ku tyłowi cienkie pasemko i zupełnie przez barwik wypełnionych komórek, posuwała się ona na przestrzeni 2 mm do warstwy nadnaczyniówkowej. Tą drogą tkanka mięsakowa zaczynała wrastać do istoty właściwej naczyniówki.

X. S. F. 48-letnia. 2. V. 1908. Prawe oko zupełnie zdrowe, $V = 1$. Lewem okiem nie widzi od dwóch lat. Przez ten czas często cierpiała na bóle głowy, połączone ze łzawieniem. Powieki prawidłowe, spojówka gałki cokolwiek nastrzyknięta, rogówka zupełnie zaćmiona, $V = 0$, $T + 2$. Przy oświetleniu przez twardówkę wyraźny odbłask z dna oka. 7. V. gałka wyłuszczonea.

Cięcie poziome nieco wyżej brzegu górnego rogówki, wykonane wykazało, że w tylnej części gałki znajduje się guz długości połowy osi gałki. Pomiary na cięciu pionowym przez środek nerwu wzrokowego dały: długości osi 23 mm, osi strzałkowej 24 mm, szerokość nowotworu 12 mm, odległość od tylnej powierzchni soczewki 11 mm. W stronie skroniowej

pochewka zewnętrzna nerwu wzrokowego tworzy fałd, w którym mieści się podługowaty utwór oka to 6 mm.

Badanie drobnowidowe wykazało: w stronie skroniowej podstawa guza jest bezpośrednio połączona z naczyniówką, w stronie nosowej znajduje się w ciele szklistym, oddziela się od naczyniówki nieznaczną przerwą. Jednakże w naczyniówce znajduje się również z tej strony tkanka mięsakaowa, która tworzy warstwę grubości obok podstawy 1 mm, w okolicy brzegu przedniego, który dochodzi prawie do równika tylko 0.3 mm Szerokość pasemka wynosi przeszło 1 cm, ku tyłowi guz środkowy dochodzi do błony sitowatej, obok zaś brzegu jej skroniowego wciska się pomiędzy pochewkami nerwu wzrokowego kierując się ku tyłowi, gdzie tworzy wyżej wspomniane gniazdo dodatkowe. Stanowiły je drobne komórki wrzecionowate: komórek barwikowych wcale nie było. Zupełnie tę samą budowę miało główne gniazdo nowotworu, lecz tylko w częściach obwodowych w obrębie dość zresztą wąskiego pasemka, nadto w dwóch gniazdach wielkości 3 mm a położonych w środku guza nieco opodal od błony sitowatej. Gdzieindziej były tylko nieliczne naczynia wypełnione skrzepem, a położone pośród ziarnkowatej istoty, w której barwienie nie mogło wykryć żadnych zgoła zachowanych pierwocin. Mielismy więc martwicę całego prawie nowotworu.

Siatkówka była dokoła odklejoną od rąbka zębatego, znacznie cieńsza, jednakże wyraźnie w niej występowały obie warstwy jąder, naczynia krwionośne również dobrze były zachowane. W przedniej części gałki siatkówka tworzyła kilka fałdów, ku tyłowi była zrosniętą z przednią powierzchnią guza, zrosnięcie to bardziej ścisłe było w części obwodowej, gdyż w środku widoczne były bardzo długie, nieraz dłuższe nad 1 mm włókna podtrzymujące siatkówkę.

W twardówce w stronie skroniowej wzdłuż tylnych tętnic rzęskowych w dwóch miejscach widoczne były drobne gniazda komórek mięsakowych niezabarwionych, w pozostałych częściach jej zmian żadnych nie było. W naczyniówce poza obrębem części jej przez nowotwór zajętych, występowały

znaczne zmiany zanikowe. Naczyń w niej było mało, warstwy włosowatej często zupełnie brakowało. Zanikowi uległa również warstwa jagodówkowa. Były w niej częste przerwy, komórki zawierały bardzo mało barwika. Bardzo znaczne zmiany miały miejsce w ciele rzęskowem. Począwszy od rąbka zębatego do wierzchołków bardzo zanikłych wyrostków rzęskowych warstwa części rzęskowej siatkówki była odklejoną od jagodówki i wyglądała jak dość szerokie pasemko grubosiatkowane, w którym nigdzie nie można było dostrzedz resztek jąder. Dopiero w okolicy wierzchołków pojawiały się pierwociny części rzęskowej, chociaż jądra bardzo słabo się barwiły. Warstwa jagodówkowa, jakkolwiek znacznie zanikła, była jednakże zachowaną lepiej niż w naczyniówce. Naczynia krwionośne były bardzo nieliczne, światło wąskie, bardzo zgrubiałe ściany uległy zwyrodnieniu szklistemu. Uległa mu również tkanka podścieliska, komórek barwikowych wcale w niej nie było. W mięśniu nastawniczym tylko bezpośrednio pod twardówką znajdowała się cienka warstwa, w której widoczne były zabarwione jądra podługowate. Pozatem widoczny był tylko kierunek włókien mięśnia, zarówno w części Brücke'go jakoteż Müllera, lecz nietylko jądra wcale się nie barwiły, lecz nawet kierunek pęczków włókien uwydatniał się tylko na preparatach zabarwionych eozyną i orange.

W tęczęwce tylna warstwa barwikowa była zupełnie dobrze zachowaną. W innych warstwach zmiany o tyle były znaczne, że nawet zwieracz był widoczny tylko jako pasemko, w którym jądra wcale się już nie barwiły. Przednia błona graniczna i podścielisko znikły doszczętnie i przez tylną warstwę barwikową widoczne były tylko ułożone najczęściej w dwie warstwy bardzo grube utwory walcowate zupełnie jednolite i bezpośrednio do siebie przytykające i tylko obecność w bardzo zresztą niewielu z tych utworów resztek śródbłonna, rzadziej jeszcze kulek kwistych zdradzały w nich szklisto-zwyrodniałe naczynia krwionośne.

Komora przednia była bardzo płytka. Brzeg obwodowy tęczęwki był dokoła zrosnięty z podstawą rogówki, a wsku-

tek tego przestwór Fontany był zupełnie zniszczony. Przewód Schlemma również wcale nie był widoczny. W rogówce obok brzegu jej znajdowały się nieliczne naczynia krwionośne, w układzie cewkowym komórki limfoidalne, śródbłonek błony Descemeta, przybłonek rogówki i błony Descemeta i Bowmana zupełnie dobrze zachowane.

XI. 2. III. 1909. F. W. 35-letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe. Od dwóch lat utracił wzrok w lewym oku. Rogówka powierzchownie zaćmiona, komora przednia głęboka, badanie wziernikowe niemożliwe. Przy oświetleniu bocznem w stronie skroniowej dojrzeć można było bezpośrednio za soczewką ciemną wypukłą powierzchnię. $T + 3$, $V = 0$; od sześciu miesięcy bardzo silne bóle dokoła oka 5. III. wyłuszczenie gałki.

Po ustaleniu gałki w 10% roztworze formaliny, cięcie wykazało: Gałka jest cokolwiek spłaszczoną w kierunku jej osi. Długość osi 24 mm, średnicy strzałkowej 29 mm, z tych jednakże około 3 mm przypada na płaski utwór zrośnięty z twardówką, a który pokrywa całą prawie połowę gałki od rąbka spojówki prawie do samego nerwu wzrokowego; największa grubość jego wynosi 3 mm. W środku gałki w skroniowej jej połowie znajduje się nowotwór, który zajmuje połowę jej. Gruby brzeg jego przedni dochodzi prawie do równika soczewki i wierzchołków wyrostków rzęskowych, lecz jest zrośnięty z naczyniówką w miejscu odpomiedniem. Na wierzchni wewnętrznej guza, nieco bliżej ku przodowi jest widocznem w kierunku równikowym dość znaczne zagłębienie. Nowotwór śródgałkowy w środku łączy się przez otwór w twardówce z utworem nadgałkowym. W obu sennyach częściach zawiera barwik, ku przodowi znacznie mniej, ku tyłowi znacznie więcej, najwięcej zaś w miejscu przedziurawienia twardówki.

Badanie drobnowidowe poszczególnych części gałki wykazało: w wyciętej części spojówki gałkowej w pobliżu naczyni w wielu miejscach nacieczenie drobnokomórkowe. W rogówce zmian żadnych niema. Przewód Fontany zupełnie zniszczony z powodu zrośnięcia pasa rzęskowego tęczęwki z ro-

gówką; w stronie skroniowej zrośnięcie to o wiele jest znaczniejsze. To też przewód Schlemma jest tu niewidoczny, w stronie nosowej słabo bardzo występuje, mimo to komora przednia głęboka. W tęczęwce spostrzegać się daje *ectropium uvulae*, pozatem w tej błonie, jakoteż w wyrostkach rzeskowych i w ciele rzeszkowem zmian nie spostrzegamy. To samo da się powiedzieć o naczyniówce, o ile takowa nie jest zajęta przez nowotwór.

Co się tyczy budowy guza, to w części jego śródgałkowej, ku tyłowi od wymienionego zagłębienia, składa się on z drobnych komórek wrzecionowatych, w części z okrągłych, nadto daje się napotykać znacznie większe komórki okrągłe. Komórki najczęściej nie zawierają barwika, lecz słoję drobnych ziarenek barwika napotykamy zarówno w okrągłych komórkach większych i mniejszych, jakoteż we wrzecionowatych; w tych ostatnich powstają wyrostki, które stopniowo rozrastają się. Komórki są ułożone w pęczki, które krzyżują się ze sobą w rozmaitych kierunkach. przez co budowa nowotworu jest siatkowatą. Naczynia krwionośne bardzo nieliczne. Tę samą budowę znajdujemy w przedniej budowie śródgałkowej części nowotworu, z tą tylko różnicą, iż komórek barwinkowych jest tu znacznie mniej. W części nadgałkówkowej, w przedniej jej połowie, budową jest taką samą. widoczne są w nim jednak jakby przegródki z pasemek komórek, zawierających znacznie więcej barwika. W tylnej części nowotworu nadgałkowego przegródek tych nie było, wogóle komórek barwinkowych mniej tu znacznie było. Bliżej nerwu wzrokowego tkanka mięsakowa przechodziła już niekiedy na worek Tenona.

W obwodowym pasie właściwej siatkówki przeszło 5 mm szerokim w części gałki przez nowotwór nie zajętej, ma miejsce zwyrodnienie torbielowate. Wkrótce za tym pasem siatkówka jest odklejoną od naczyniówki, chociaż odległość między błonami pozostaje nieznaczną. Nie wszędzie nawet daje się w niej spostrzegać brak stożków i czopków, inne zaś warstwy są zupełnie dobrze zachowane. Tarcza nerwu wzrokowego

nieznacznie zagłębiona. W stronie skroniowej odklejona siatkówka, zbliża się ku powierzchni guza nieco wyżej brzegu jego tylnego i częściowo z nim się zrasta. W tej części widoczne są tylko włókna podtrzymujące warstwy jądrowe. Zrośnięcie, powtarzam, nie jest zupełnie ściśle na całej powierzchni, gdyż często na względnie znacznej przestrzeni pomiędzy siatkówką a powierzchnią guza wyraźnie występują przerwy wypełnione skrzepłą istotą białkową. Nieopodal wymienionej brózdki na wewnętrznej powierzchni nowotworu warstwy jądrowe tworzą często na cięciach jakby wyrostki skierowane ku wewnątrz i ku przodowi. Powstanie tych wyrostków wytlumaczyć sobie możemy sposób, że w niektórych miejscach siatkówka bywa mocniej zrośniętą z powierzchnią guza, a wskutek tego nie może swobodnie się przesuwać przy dalszem rozrastaniu się nowotworu. Dalej siatkówka bynajmniej nie wypełnia brózdki, lecz przechodzi po nad nią, tworząc zagłębienie o wiele mniej znaczne. Na cięciu pozostaje tedy trójkąt, który wypełniają bardzo wydłużone pętle, utworzone przez bardzo rozciągnięte włókna podtrzymujące. Ku górze od brózdki tkanka siatkówki staje się niewidoczną i tylko w niewielu miejscach udaje się dostrzedz bardzo słabo zachowane włókna podtrzymujące. Dopiero pomiędzy brzegiem przednim nowotworu a pierścieniem rzęskowym dają się spostrzegać bardzo nawet wybujałe pierwociny tkanki podstawowej siatkówki. Tworzą one sieć o bardzo szerokich pętlach i bezpośrednio przechodzą w zupełnie dalsze, zachowaną cokolwiek nawet wybujałą warstwę części rzęskowej siatkówki. Dodam, że niekiedy komórki nowotworu wkraczały pojedynczo pomiędzy pierwociny siatkówki.

Co do warstwy jagodówkowej, to prócz tęczówki i ciała rzęskowego nawet w części przez guz niezajętej pierwociny jej wszędzie ulegały znacznemu zanikowi. Nawet w nosowej połowie gałki zawierały one bardzo mało barwika, w obrębie zaś guza często na bardzo znacznej przestrzeni resztki warstwy jagodówkowej ledwo były widoczne. Cokolwiek lepiej były one zachowane dopiero w pobliżu brzegu

przedniego nowotworu i tu nawet beleczki wymienionego utworu siatkowego niekiedy widocznie składały się z obu warstw części rzęskowej — właściwej jej blaszki i jagodówkowej. W ciele rzęskowem i w tęczówce pierwociny jagodówki były zupełnie dobrze zachowane.

XII. 2. I. 1911. H. P. 50-letni. Lewe oko zupełnie prawidłowe. Prawa gałka znacznie bardzo wysadzona i odsunięta ku dołowi i ku wewnątrz. Powieki znacznie rozciągnięte. Spojówka gałki nastrzyknięta, rogówka zaćmiona. Ruchy gałki ograniczone we wszystkich kierunkach. T+3. Od trzech lat tracił stopniowo wzrok w prawem oku, od półtora roku cierpi na bóle w okolicy skroniowej. Wysadzenie gałki spostrzegł przed 4 miesiącami, od którego to czasu stopniowo się ono zwiększało. 1/4 dokonałem wypatroszenia oczodołu.

Po odpreparowaniu gałki od części otaczających, które zresztą zupełnie były prawidłowe, spostrzegłem, iż w stronie skroniowej, znacznie więcej ku górze, bezpośrednio zrastał się z nią guz kształtu podługowatego. Ku przodowi brzeg jego dochodził do równika gałki, ku tyłowi zrastał się ze skroniową powierzchnią pochewki zewnętrznej nerwu wzrokowego na przestrzeni przeszło 1 cm. Największa grubość guza 14 mm, największa szerokość 16 mm. Długość osi gałki 21 mm, średnicy strzałkowej 26 mm. Na cięciu gałki wraz z nowotworem w kierunku największej szerokości jego dokonaniem, widoczną była twardówka, która oddzielała śródgałkową część nowotworu od nadgałkowej w postaci cienkiego pasemka, w którym widoczne były zabarwione ukośne pasemka. W samej gałce mieliśmy: 1) w stronie nosowej rozlany biały guz w obrębie naczyniówki, obok tarczy nerwu wzrokowego 4 mm gruby, który ku przodowi cokolwiek cieńszym się stawał i dochodził do obrączki rzęskowej; 2) w środku guz przedtarczowy przeszło 9 mm wysoki, a który wypełniał przeważnie tylną i skroniową część wnętrza gałki. Część korowa guza tego była bardzo silnie zabarwiona, zwłaszcza w części skroniowej. zrośniętej z twardówką; 3) ku przodowi od tego zrośnięcia w naczyniówce znajdował się płaski rozlany zabar-

wiony nowotwór grubości od 1 do 0.5 mm, który ku przodowi dochodził do wyrostków rzęskowych. Naczyniówka prócz części najbardziej ku przodowi położonych, cała prawie była zajęta przez rozlany płaski guz; 4) pod spojówką znajdował się również płaski guz ledwo 0.1- 0.2 mm grubości, który dochodził prawie do brzegu rogówki a zajmował przeszło $\frac{1}{6}$ część przedniej powierzchni gałki.

Badanie drobnovidowe wykazało. Przybłonek rogówki w niektórych miejscach tworzył wyrostki ku istocie jej skierowane; w miejscach tych błona Bowmana była przetarta. W istocie własnej rogówki znaczne rozluźnienie blaszek jej, nadto nieliczne naczynia krwionośne. Błona Descemeta dobrze zachowana, śród błonek jej tylko zupełnie niewidoczny, nie było też wcale komory przedniej, ponieważ tęczówka całą swą powierzchnią ściśle przytykała do rogówki. Zarówno tęczówka jakoteż ciała i wyrostki rzęskowe zupełnie uległy zanikowi, nawet naczyń wcale prawie nie zawierały, uwydatniały je tylko cienkie zabarwione pasemka, oczywiście resztki przybłonka barwikowego, wszakże komórek tu już nie było, lecz tylko odosobnione drobne nietypowe ziarenka barwika. W spłaszczonej soczewce występowały zmiany znacznie właściwe; ku tyłowi otaczała ją cienka błona rzekoma. W nerwie wzrokowym włókna nerwowe zanikłe, w pochewkach zmian żadnych i w okolicy skroniowej pochewka zewnętrzna była zrosnięta z guzem nadgałkowym. Tęcza nerwu wzrokowego była wciągniętą do wnętrza gałki przeszło o 3 mm. Pierwociny siatkówki, jako bardzo drobne strzępy były widoczne w niektórych tylko miejscach na powierzchni guza przedtarczowego, w innych miejscach siatkówka występowała tylko jako drobnoziarnkowate niczem nie barwiące się pasemko zupełnie zmartwiałej tkanki. Bardzo znacznemu zanikowi uległa również warstwa przybłonka barwikowego. Widoczne były tylko odosobnione nietypowego kształtu ziarenka barwika na dobrze zresztą przechowanej błonie sprężystej naczyniówki.

Budowa guza w różnych częściach jego nie była jednolitą. Rozlany guz w naczyniówce stanowiły komórki drobne

okrągłe, niekiedy tylko podługowate a bezpośrednio obok siebie ułożone, gdyż istoty międzykomórkowej było bardzo mało, naczynia krwionośne były wyjątkowo nieliczne i zawsze bardzo cienkie. W okolicy nosowej komórek barwikowych weale nie było, nawet komórki błony żółtej zupełnie uległy zanikowi. Natomiast w płaskiej rozlanej części guza w okolicy skroniowej pomiędzy komórkami, które tu przeważnie kształt miały wrzecionowaty, dawały się spostrzegać liczne odosobnione drobne ziarnka barwika. Tę samą budowę posiadał również płaski guz pod spojówką położony, który stanowił tylko rozrost guza rozlanego naczyńówki, z którym łączył się bezpośrednio przez znacznie bardzo przetartą twardówkę. Przedtarczowy guz stanowiły przeważnie drobne, białe, okrągłe i wrzecionowate komórki; liczne były również komórki barwikowe, rzadziej jako chromatofowy, częściej jako znacznych bardzo rozmiarów wiele barwika zawierające okrągłe. Otaczała guz przedtarczowy kora całkowicie z czarnej istoty barwikowej złożona i tylko odbarwienie wykryło tu budowę przybłonka barwikowego. Ta że tak powiem istota korowa wstępowała również do istoty guza nadgałkowego i tworzyła w nim dwa spore walcowate twory, z których jeden dochodził prawie do tylnego brzegu jego.

(Dok. nast.).

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. R. 1912. T. LXIX. Z. 1 i 2.
(Referent Dr Bařfaban).

Niezwykłe przyczyny złych wyników leczniczych przy zezie. (Ungewöhnliche Ursachen von Misserfolgen in der Therapie des Schielens). Prof. Bielschowsky.

Jako złe wyniki pooperacyjne zezia oznacza autor te przypadki, w których albo nie powiodło się usunięcia zezia, lub w któ-

rych po usunięciu zezu powstały przypadłości podmiotowe. Co do wskazań operacyi, to są one wówczas dane, jeżeli zez da się usunąć przez zmianę czynnika mechanicznego, przy zachowaniu wolnego obrotu gałki ocznej. Złe wyniki należy głównie przypisać tej okoliczności, że często poddaje się operacyi oczy dalekowszkie już u dzieci, a także i temu, że często robi się tenotomię w przypadku, gdzie należałoby robić przemieszczenie mięśnia. Przy złym wyniku nie należy zapominać także jako o przyczynie o częstym braku skłonności do jednoczenia obrazków.

Zakaźny nieżyt spojówki, spowodowany trupim pa-sożytem. (Eine infectiöse Conjunctivitis, hervorgerufen durch ein saprophytisches Bacterium). Dr Grütter.

U ojca i trojga jego dzieci widział autor nieżyt spojówek powikłany znacznym obrzękiem powiek i silną wydzieliną ropną. Choroba ta nieustępowała żadnym środkiem leczniczym i spowodowała u jednego z dzieci powstanie wrzodu w samym środku rogówki. Badanie bakteriologiczne wykazało t. zw. saprofity, a zatem drobnoustroje o nie zwierzęcym charakterze, które to drobnoustroje pojawiają się w ziemi i wodzie przy gniciu i tym podobnych sprawach.

O nieopisywanem dotychczas rogówkowym powikła-niu jaglicy. (Über eine bisher nicht beschriebene Hornhautcom-plication des Trachoms). Calderaro.

W okresie zbliżowacenia przy jaglicy powstaje w środku rogówki biała lub żółtawa plamka. W miejscu powstania tej plamki znajdują się białawe plameczki, które biorą swój początek tuż obok zawsze znajdującego się naczyńka. Plamki te zlewają się z czasem i dają się gołym okiem spostrzegać, jako jednolite jedwabiste lśniące zmętnienie o guzkowatej powierzchni i nieprawidłowem ogranicze-niu. Ograniczająca te plamki rogówka jest prawidłowo-przejrzystą. Zmiana ta rozprzestrzenia się tak w szerz jak w głąb. Badanie ba-kteryologiczne dało całkiem ujemne wyniki. Po dokładnem omó-wieniu znanych dotychczas zmian rogówki pod względem klini-cznym i anatomicznym, objaśnia C. te zmiany jako około-naczy-niowy naciek, w którym przychodzi do zmian w ciałkach profe-inowych, a następnie do częściowego tłuszczowo ziarnistego zwyro-dnienia. Lecznictwo poleca autor otworzyć blaszki rogówki lancetem Beera, a rozpadłą tkankę, znajdującą się między tymi blaszkami, wyskrobać ostrą łyżeczką.

Przyczynek do poznania powierzchniowej szpary w tęczówce. (Beitrag zur Kenntnis des superficiellen Iriscoloboms). Bistis.

Autor opisuje u 7-letniego chłopaka, pochodzącego ze zdrowych rodziców, przypadek szpary w tęczówce, która się ograniczała tylko na przednią blaszkę tęczówki. Teorya Hessa i Manga, wedle której szpara w tęczówce powstaje z pasm mezodermalnych nie da się w tym przypadku zastosować. Prawdopodobnie sama mezoderma była tutaj już w początkach schorzała. W podobnych przypadkach Manz przyjmuje za przyczynę tego zubożenia śródmacieczny zanik lub niedokształt, Mittelstädt wrodzone zapalenie tęczówki.

Przyczynki do poznania zmniejszenia się refrakcyi przy cukrzycy. (Beiträge zur Kenntniss der Refraktionsabnahme bei Diabetes mellitus). Dr Gallus.

Do pierwszej kategorii należą te przypadki, w których widzenie w pobliżu nagle się zmniejszyło, przyczem dało się spostrzegać zmniejszenie refrakcyi aż do 4:1 i to bez ujemnego wpływu na akomodacyę. Uciśk śródoczyny jako też soczewka pozostają niezmienione. Przy pojawieniu się tych zmian wzrastała bardzo znacznie zawartość cukru w moczu. Objawy oczne są przejściowe i znikają równie nagle, jak powstały. Należy o tem pamiętać, że nagle zmniejszenie się refrakcyi i pojawiający się astygmatyzm przeciwko regule, budzą zawsze podejrzenie na cukrzycę.

Badania doświadczalne nad działaniem wielkiej ilości surowicy przy zakażeniach rogówki i o współdziałaniu rogówki przy czynnem uodpornieniu. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung grosser Serumengen bei Hornhautinfektionen und über die Antheilnahme der Cornea an der activen Immunisierung). Dr Gebb.

Osiągane nie przez wszystkich autorów jednakowo korzystne wyniki lecznicze przy pelzającym wrzodzie rogówki przez użycie surowicy, przypisuje autor głównie za małym dawkom stosowania surowicy i stara się przy pomocy doświadczeń wykazać, o ile większe dawki surowicy wpływają korzystniej na uleczenie wrzodów. Przez uleczone przypadki rozumie autor te przypadki, w których wytwarza się blizna ostro ograniczona i nie unaczyniona. Autor wywoływał zakażenie rogówki prątkiem »suiseplicus«, w następstwie czego powstawał pelzający wrzód rogówki, który autor wyleczał w 27—33 dniach z pozostawieniem grubej blizny. Uodpornienie osiągał trojakim sposobem: 1) Biernem uodpornieniem

zapomocą różnorodnej surowicy. 2) Jednorodną surowicą. 3) Czyn-
nem uodpornianiem. Co się tyczy 1-go sposobu to pokazało się,
że 5—10 cm³ nie miało żadnego wpływu, przeciwnie zaś 15 cm³
wywierało korzystny wpływ leczniczy. (Dokończenie nastąpi).

Krytyczne uwagi o operacji magnesem. (Kritische Be-
merkungen zur Magnet-Operation). Prof. Haab.

W pracy niniejszej stara się autor oświecić krytycznie opi-
sane przez Stedmann Bulla smutne wyniki, jakie otrzymał
przy wyjmowaniu odłamków żelaznych z oka przy pomocy ma-
gnesu Haaba. Z 18 przypadków, w których można było śledzić
przebieg leczniczy (w 8-miu przypadkach znajdował się odłamek
w ciałku szklistem, w 10-ciu zaś na dnie oka), nastąpił w 6-ciu
przypadkach zanik gałki ocznej, zaś w 8-miu przypadkach przy-
szło do współzależnego zapalenia drugiej gałki, w 10-u przypadkach
musiało się gałkę oczną wyluszczać. Z końcowych uwag pracy
Bulla należałoby podnieść następujące momenta:

1. Jeżeli odłamek żelaza znajduje się w przedniej części
gałki ocznej, to nie należy próbować go wyjąć.

2. Przy wyjmowaniu odłamka magnesem sporządza się wię-
cej szkody w gałce ocznej, aniżeli przy wpadnięciu odłamka w głę-
bię gałki.

3. Jeżeli wyjęcie odłamka nie powiedzie się, to należy gałkę
natychmiast wyluszczyć.

4. Nawet w pomyślnych wypadkach, w których odłamek
daje się wyjąć, przychodzi po większej części do całkowitej utraty
wzroku.

Bardzo znamiennem jest wielka częstość współzależnego zapalenia
Natomiast twierdzi Haab w przeciwieństwie do Bulla, że na
300 przypadków nie spostrzegł nigdy współzależnego zapalenia, to
też stara się on wykryć błędy, jakie popełniał przy operacjach
Bull. I tak przedewszystkiem zarzuca Haab Bullowi, że nie
stara się o nagłe otwarcie i zamknięcie prądu, aby tym sposobem
osiągnąć działanie magnesu nie gwałtownie lecz z przerwami, na
co on wielki nacisk kładzie. Dalej musiał Bull w 7-miu przy-
padkach wykonywać trydektomię, która, zdaniem Haaba, sprzyja
rozwojowi sympatycznego zapalenia. Badanie przyrządem Roent-
gena jest bezcelowe, a przez stratę czasu zwiększa się nasilenie
zakażenia. Przy operacji należy szanować ciałko rzęskowe, a starać
się wyjąć odłamek przez otwór zrobiony w środku rogówki.

Badanie doświadczalne nad działaniem wielkiej ilości surowicy przy zakażeniach rogówki i o współdziałaniu rogówki przy czynnem uodpornieniu. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung grosser Serummengen bei Hornhautinfectionen und über die Antheilnahme der Cornea an der activen Immunisierung). Dr Gebb.

Przez bierne uodpornienie różniamienną surowicą, wprowadzoną do żyły dostaje się dodatnie wyniki lecznicze. I tak, gdy 5 cm³ pozostawało bez skutku, to wprowadzone do żył 15 cm³ dawało doskonałe wyniki lecznicze. Dalsze badanie nad prątkiem *suisepticus* udowodniły, że rogówka oddziałuje bardzo dokładnie na ogólne uodpornienie. A także patologiczne i anatomiczne zmiany na rogówce znikają o wiele rychlej, a cały przebieg chorobowy jest o wiele łagodniejszym po uodpornieniu. Z przeprowadzonych badań wynika, że wprowadzone do ustroju śródzycznie wielkie ilości surowicy nie powodują żadnych zaburzeń chorobowych. Surowica ma na przebieg chorobowy bardzo korzystny wpływ, a najlepszym sposobem uodporniania jest czynne uodpornienie. Na podstawie tych doświadczeń poleca autor przy pełzającym wrzodzie rogówki stosowanie wielkich ilości surowicy zapomocą zastrzykiwań śródzycznych, jak to Römer polecił.

O wyniku badania anatomicznego w przypadku przetrwałej błony źrenicznej i wrodzonego zmętnienia rogówki. (Über den anatomischen Befund in einem Falle von Membrana pupillaris persistens, corneae adhaerens und angeborener Hornhauttrübung). Seefelder.

Autor badał drobnowidowo lewe oko u 8-miesięcznego dziecka. Ołóż rogówka była małą i bardzo niedokładnie rozwiniętą, przyczem błona Descemeta była po większej części zanikłą. Zmiany te były umiejscowione głównie w środku rogówki i w dolnej jej części. Prócz tego opisuje autor twory postronkowe pomiędzy łączówką a rogówką, a twory te składały się z naczyń i z komórek łączówki. Autor sądzi, że twory te są wyrazem pozostałości przetrwałej błony źrenicznej, gdyż brak jest jakiegokolwiek zmian zapalnych. Jako pierwotną przyczynę braku błony Descemeta uważa autor niedokładny rozwój przybłonka tejże błony.

O urazowych porażeniach mięśni ocznych. (Über traumatische Augenmuskellähmungen). Dr Müller.

Przyczyny powstania tego rodzaju porażień należy szukać w krwotokach, nadzarcjach, następnie w ucisku nerwu przez

odłamki kostne kości czaszkowych. Jako następowe czyli wtórne porażenia oznacza autor takie, które występują po dniach lub tygodniach urazu. Przebieg takich porażeni urazowych jest zawistym od rodzaju szkodliwości. Z 8-miu przypadków odosobnionego porażenia mięśnia prostego zewnętrznego (*abducens*) uleczono trzy; trzy pozostały nieuleczone, a w 2-eh przypadkach wystąpił możliwie najsilniejszy skurcz następowy. Następnie opisuje autor sześć przypadków, z powikłaniem z innymi nerwami mózgowymi. Z tych dwa przypadki uleczono, dwa przypadki nie polepszyły się, a w 2-eh przypadkach powstał zez towarzyszący. Urazowe porażenia mięśnia błęzkowego powstają wskutek działania jakiejś siły na wewnętrzną kostną ścianę kąta ocznego, przyczem t. z. *trochlea* albo odłamuje się, albo bywa usunięta. W tych przypadkach rokowanie jest o wiele gorszem, aniżeli przy porażeniach po krwotokach.

Jaskra przy porażeniu nerwu współczulnego. (Glaucom bei Sympathicuslähmung). Dr Jess.

Wycięcie nerwu współczulnego, stosowane celem uleczenia jaskry znajdowało pierwotnie licznych zwolenników. Z czasem przekonano się jednak tak przy pomocy doświadczeń, jak też i spostrzeżeń, że zabieg ten nie tylko nie powoduje zmniejszenia się ucisku śródocznego, ale nawet częstokroć sprowadza on zwiększenie ucisku.

Przyczynki do nauki o nocnej ślepotcie. (Beiträge zur Kenntnis der Nachtblindheit). Prof. Hess.

Autor badał 12 osób obarczonych kurzą ślepotą, przyczem zwracał szczególnie uwagę na następujące okoliczności:

1. Zachowanie się ócz takich na bardzo znaczne napięcie świetlne.
2. Działanie równoimiennej światła czerwonego.
3. Ześrodkowanie widzenia w jamce żółtej plamki.

Dokładnie przeprowadzone badanie u osób obarczonych kurzą ślepotą wykazało bardzo znaczne zmniejszenie się poczucia na silne światło. W każdym przypadku dało się wykazać zmniejszenie poczucia na barwę czerwoną. Następnie u żadnego z hemeralopów nie była prawidłową okolica żółtej plamki i tak samo była ona schorzała, jak i cała siatkówka po za jej obrębem.

Spostrzeżenia te są o tyle ważne, że sprzeciwiają się one w całości zapatrywaniom Kriesa.

Więstnik oftalmologii. R. 1912. Styczeń, luty, marzec.
(Ref. Dr M. Szafniewski).

Trzy przypadki wrodzonego nowotworu spojówki gałki. M. D. Sokołow.

Autor opisuje trzy odnośne przypadki, dotyczące osób młodych. W utkaniu przeważała tkanka tłuszczowa. Na podstawie swych przypadków i ogłoszonych w literaturze autor przychodzi do wniosku, że guzy klinicznie rozpoznawane, jako tłuszczaki, przy badaniu histologicznym wykazują często utkanie tłuszczako-dermoidów. Jako przyczynę powstawania wrodzonych guzów autor uważa sprawy zapalne w życiu płodowym charakteru plastycznego, a nie destrukcyjnego. Autor zwraca uwagę, że wrodzone guzy spojówki gałki najczęściej spotyka się w zewnętrznym kącie, co uważa za objaw znamieny. Często spotkać można w tych guzach utkanie gruczołu łzowego.

Trzy przypadki gruźlicy spojówki powiek. F. A. Rzanicyń.

Powyższe przypadki dotyczyły dziewczyn w wieku 15—18 lat, z których dwie były ogólnie zdrowe, a jedna miała zmiany w płucach. Badanie histologiczne wykazało nieliczne prątki Kocha. Praca obszerna, lecz nie oryginalnego nie przedstawiająca.

Gruźlica spojówki powiekowej. A. G. Dmitriew.

Autor podaje przypadek dotyczący dziewczyny 19-letniej, dziedzicznie obciążonej, u której na spojówce powieki górnej spostrzegł ubytek, trwający od roku. Badanie mikroskopowe wykazało nieliczne prątki i utkanie ziarninowe. Pomimo leczenia, wypalania, sprawa postępowała naprzód, przeszła na spojówkę gałki i mięsko. Zamierzono w końcu leczyć wstrzykiwaniami tuberkuliny, lecz chora wyszła z kliniki.

Kostniak oczodołu. Dr W. J. Spasski.

Autor opisuje przypadek dotyczący dziewczyny 18-letniej. Gdy zgłosiła się do zbadania, oko prawe było wysadzone 2 cm i przemieszczone ku dołowi i zewnątrz. Palcem można było gałkę aż do tylnego bieguna obejść. Zmiana ta miała się rozpocząć od roku bez powodu. Obciążenia dziedzicznego wykazać nie można. Ruchy gałki ku dołowi upośledzone, lekkie opadnięcie powieki górnej. Bystrość wzroku = 0.1. Pole widzenia silnie dośrodkowo węższe, a pośrodku *scotoma* 2°. Żrenica na światło leniwo odziaływa, współcześnie wybitnie. Wziernikiem stwierdził autor zna-

cznego stopnia tarcz zastoinową z wybroczynami w siatkówce. Górą wewnątrz w oczodole dawała się wybadać wyniosłość kostna, której granice nie były ściśle i ginęły w oczodole. Autor wykonał zabieg operacyjny i usunął guz o utkaniu kostnem wychodzący z górno-wewnętrznej części oczodołu wielkości jaja gołębiego. Guz ten był w związku z dolną i przednią ścianką jamy oczowej. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Chora opuściła szpital, mając na prawem oku bystrość wzroku 0-6; gałka była zupełnie prawidłowo ustawiona i ruchoma, a dno oczne prawie żadnych zmian nie przedstawiało, odpowiednio do tego pole widzenia było znacznie szersze i bez *scotoma*.

Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia sympatyzującego. W. P. Odincow.

Autor badał mikroskopowo 13 gałek i przychodzi do tych samych wniosków w kwestyi powstawania zapalenia sympatycznego, co i Fuchs, W obrazie anatomicznym nie widzi autor żadnych znamion odróżniających to zapalenie od przewlekłego zapalenia jagodówki.

Tarcz zastoinowa i ekskawacja nerwu wzrokowego. Doc. pryw. E. Noiszewski.

Praca w nieco mniejszej objętości była drukowana w »Postępie okulistycznym«.

Przypadek choroby Hippia. Z. T. Frank-Kamieniecki.

Dziewczyna 14-letnia została uderzona kijem w oko prawe przed 2-ma laty. Oko nie zaczerwieniło się i nie bolało, lecz wkrótce zauważyła chora zmętnienie źrenicy i przestała tem okiem widzieć. Po pewnym czasie wystąpiło osłabienie wzroku i na oku lewem tak, że w rok po wypadku już nie mogła okiem lewem czytać. W tym czasie chorowała na tyfus 6 tygodni. Po zatem chorób żadnych nie przechodziła. Dziedziczości wykazać nie można.

Sl. praesens. Chora odżywiona dobrze, mocz żadnych nieprawidłowych składników nie zawiera. Pirquet i Wassermann ujemny.

P. o. V = 0. Tęczęwka na całym obwodzie z soczewką zrosniętą, po *atrop.* nie rozszerza się, habkowato ku przodowi wydęła; źrenica okrągła, w niej zaćmiona soczewka. T. n.

L. o. V = ple. $\frac{3}{4}$ m. Pole widzenia silnie zwężone szczególnie od góry. Źrenica przy świetle dziennem wielkości prawidłowej, przy szlucznem rozszerza się *ad maximum*. Media czyste.

Ophth. Tarcz nerwu wzrokowego przekrwiona, granice załarte wskutek rozlanego zmętnienia tarczy i siatkówki i występują wyraźniej w tych miejscach (zewnątrz i wewnątrz), gdzie na brzegu tarczy w siatkówce znajdują się szaro-białe niewielkie plamy.

Podobne plamy rozrzucone są w wielkiej liczbie w różnych miejscach siatkówki, czasami przy naczyńkach, częściej jednak bez związku z nimi, lecz nigdzie naczyń nie zasłaniają. Góra zewnątrz i góra wewnątrz plamy te zlewają się w dość znaczne białe ogniska, ponad którymi przechodzą naczynia. Nieco zewnątrz od plamki żółtej znajduje się w siatkówce wyniosłość żółto-biała, wyraźnie ograniczona od dołu prawie że prostą linią, a od wewnątrz linią zygzakowaną, z innych stron wyniosłość ta granie wyraźnych nie posiada i stopniowo przechodzi w prawidłowe dno oka.

Postać wyniosłość przypomina trójkąt. Od wewnątrz, a szczególnie od dołu do wyniosłości tej dochodzą naczynia. Na zewnątrz od wyżej opisanej zmiany i nieco ku górze siatkówka na znacznej przestrzeni jest odezlepiona. W dole znajduje się drugie odezpienie jeszcze znaczniejsze, nie dochodzące do tarczy na odległość jej średnicy. Na tem odezpieniu widać kilka czerwonych plam i silnie pokręcone naczynia. Szczególne zmiany przedstawiają naczynia siatkówki. Dwa z nich, które należy uważać za *art. et ven. temp. sup.* są znacznie szersze i bardziej pokręcone niż inne. Naczynia te przechodzą na wyżej opisane odezpienie, przyczem jedno z nich nagle robi się cieńsze i kończy się w plamie czerwonej, z przeciwległej strony, z której wychodzi silnie pokręcone naczynie; to ostatnie należy uważać jako przedłużenie naczynia dochodzącego do plamy. Prócz tej plamy znajdują się na tem odezpieniu jeszcze trzy inne. Każda z nich ma swoje odprowadzające naczynie. Dokładny związek tych naczyń z grubszymi naczyniami siatkówki nie daje się jednak spostrzeć. W ciągu 6-tygodniowego leczenia chorej przyszło do znaczniejszego odezpienia siatkówki. V lo. 1. proj. tylko od dołu.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem autor nie uznaje udaru, jako czynnika wywołującego sprawę chorobową. Na podstawie swego przypadku i innych ogłoszonych w literaturze autor przychodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z tętniakami siatkówki (*aneuryzma arteriovenosum retinae*), które w niektórych miejscach mają nieco bledsza barwę wskutek silnego przerostu glei. Ogłoszone dotychczas 20 przypadków jako «bardzo rzadkie schorzenia siatkówki», autor uważa za właściwe nazwać chorobą Hippa, który pierwszy opisał to cierpienie. Choroba ta znamionuje się przewlekłym przebiegiem; początkowo występują wyżej opisane zmiany na dnie oka, następnie odezpienie siatkówki, zro-

sty tęczówki, zaćma, następowa jaskra i zupełna ślepota. Dość często, bo w 6-ciu ogłoszonych przypadkach choroba wystąpiła obustronnie.

Przyczynek do kazuistyki coloboma palpebrae congenitum. Dr med. A. G. Trubin.

Autor przytacza szczegółowo odnośną literaturę i teoryę powstawania tej wady, a następnie opisuje przypadek dotyczący dziewczyny 14-letniej, gdzie prócz braku w powiece były wrodzone zrosły tęczówki ze soczewką i nieprawidłowe owłosienie czoła. Drogą operacyjną brak wrodzony zupełnie usunięto.

Przypadek przemijającej ślepoty wskutek zatrucia rybą. P. M. Galli.

Mężczyzna 25-letni na drugi dzień po spożyciu ryby bielegi zachorował wśród objawów żołądkowych i nerwowych. Ku wieczorowi wystąpiło двоjenie. Następnego dnia zupełna ślepota. Autor badał chorego na trzeci dzień po zatruciu i żadnych zmian z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia tarczy nie znalazł. Żrenice na światło oddziaływały. Na czwarty dzień chory już rozróżniał palce na $\frac{1}{4}$ metra, a szóstego dnia bystrość wzroku na obu oczach była prawidłowa. Pole widzenia na białą barwę prawidłowe, na inne zwiężone. Od 10-ciu lat badany nadużywał alkoholu.

W kwestyi techniki operacyjnej podwinięcia powieki i rzęs. B. B. Orieczkin.

Autor zmodyfikował operacyę Snellena w ten sposób, że nitki po przeprowadzeniu jej przez brzeg powiekowy nie zawiązuje, lecz odrazu przylepia na czole, nitki wyprowadza nie ponad wolnym brzegiem, lecz w *spatium intermarginale*. Korzyści tego sposobu autor doświadczał w kilkudziesięciu przypadkach. Polegają one na tem, że: 1) brzeg powiekowy zostaje nieuruszony; 2) podstawa szwów w *spatium intermarginale* jest trwalsza; 3) wyjęcie nitki daleko łatwiejsze; 4) szybsze gojenie. Częściowe podwinięcie rzęs autor leczy w ten sposób, że robi cięcie w *spatium intermarg.* na przestrzeni nieprawidłowo rosnących rzęs, a następnie skalpelem wycina oddzielne cebulki, a gdy tych jest dużo, to wycina cały pasek chrząstki.

Okulary akomodujące. (Doniesienie tymczasowe). Dr med. W. Rudin.

Porażenie akomodacyi naprowadziło autora na pomysł zbudowania okularów, których siłę akomodacyjną, możnaby było zmieniać dowolnie. Autor podaje tylko myśl: należałoby u obwodu szkła umocować błonę elastyczną, przezroczystą, nie ściśle przyle-

gającą do szkła, a przestrzeń między błoną a szkłem dowolnie napełnić zapomocą rurki umocowanej z boku płynem o wysokim stopniu załamania promieni. Odpowiednio do tego i siła łamiąca promienie takiego przyrządu zwiększałaby się.

III. ROZMAITOŚCI.

Prof. Parisotti Orestes z Rzymu, b. asystent Dr Ksaw. Gałęzowskiego, napisał w 5-tą rocznicę śmierci tegoż bardzo sympatyczną biografię w języku łacińskim, przy czem z wielką sympatją wyraża się o Gałęzowskim, jako Polaku, a omawiając jego stosunek do Charcota, który nieraz korzystał z umiejętności Gałęzowskiego wziernikowania do rozpoznawania chorób nerwowych, zaznacza: »quo facto Polonum tunc vix triginta quinque annos natum in scientia principem conelamavit«. Wiadomo, jak czynnym był Gałęzowski, jak obleżoną bywała jego lecznica, utrzymywana prywatnymi środkami, a biograf daje temu wyraz, pisząc: »Qui eum circumstabant difficillime credebant se hominem prae oculis habere, et tantum posse animam corpori robor suppeditare. III.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Krauss w Marburgu objął kierownictwo kliniki okul. po śmierci prof. Bacha.

Dr Grognoło habilitował się w Genui.

Doc. Dr Orłow z Kazania mian. prof. w Warszawie.

Prof. Schiek z Getyngi powołany do Królewca na miejsce prof. Krueckmana.

Doc. Dr Alfred Leber z Berlina mian. starszym lekarzem kliniki okul. w Getyndze.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Emer. prof. Gunning w Amsterdamie.

Prof. Bach w Marburgu.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNĄ, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Czerwiec.	→ ROKNIK CZTERNASTY. ←	1912.
-----------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii mięsaków naczyńiówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

(Dokończenie).

Mięsakom naczyńiówki w literaturze sporo udzielono miejsca. Pierwszy obszerniej pisał o nich Knapp (Die intra-ocularen Geschwülste 1868). On to umiejscowił nowotwory w poszczególnych błonach gałki i przyjął cztery postacie mięsaków naczyńiówki: barwikową, białą, naczyńiową i zapalną. Fuchs (Das Sarcom des Uvealtractus 1882) zebrał wszystkie uprzednio ogłoszone spostrzeżenia, do których dodał 21 własnych. Razem wypadło w tęczówce 16, w ciele rzęskowem 22, w naczyńiówce 221, które opisał szczegółowo i podał pewne wnioski. Przedewszystkiem zwrócił uwagę na barwę mięsaków. Barwikowe stanowią, zdaniem jego, 88%. Dalej podzielił na kategorie, według postaci komórek: okrągło-komórkowe, wrzecionowate, śródbłónkowe, jamiste, włó-

kniste, siatkowate, głąkawe, gruzlicze, zapalne, olbrzymio-komórkowe, śluzowe, chrząstkowe, kostne, mięśniowe, torbielowate. Przed 10-ciu laty ogłosiła obszerną swą pracę Rosa Kerschbaumer (Das Sarcom des Auges, 1900). W pracy tej autorka podała dokładny opis 67 własnych spostrzeżeń, z tych w 6-ciu mięsák był nadgłąkowy. Autorka bardzo nastaje na to lub inne pochodzenie barwika — z chromatoforów, czy też ze krwi, opierając się najpierw na oddziaływaniu Perisa, dalej na zewnętrznym wyglądzie ziarenek barwika, który, jak wiadomo, bardzo jest odmienny, stosownie do tego, czy pochodzi ze krwi, czy też z chromatoforów. Kerschbaumer utrzymuje, że barwikowe mięsaki stanowią 19·4%, białe z zabarwieniem ze krwi 40·3%, białe 40·3%. Nawet, gdy obie kategorie barwikowych do jednej zaliczyć, wypadłoby w każdym razie białych więcej niż 40·3%. Z 27 białych mięsaków w 2-eh były postaci rozlane, w 5-ciu nadgłąkowe, w 2-eh mięsaki ciała rzęskowego, w 18-u naczyńiówka. Z 27-u białych mięsaków z zabarwieniem krwistym, 5 rozlanych, 2 nadgłąkowych, 3 mięsaki tęczówki, 3 ciała rzęskowego, 15 naczyńiówki. Z 13-u barwikowych mięsaków: dwa nadgłąkowe, 3 ciała rzęskowego, 8 naczyńiówki. Co do postaci komórek odróżnia: mięsaki naczyńiowe (*Angiosarcoma*), barwikowe, białe, wrzecionowate. Co do położenia guza — rozlanie ograniczone.

Przypadki białego mięsaka w literaturze w ostatnich latach dość często spotykamy. Tak Krüdenner (Arch. f. Augenh. XXXI, str. 22, 1896) opisał trzy takie przypadki. Bruns (Arch. f. Ophth. LIV 3, 1901) spostrzegł dwa przypadki guza białego, w 1-szym tylko na górnej powierzchni był barwik, powstały z barwika przybłónka siatkówki, w 2-gim bardzo nieliczne komórki barwikowe, które należały bądź do przybłónka barwikowego, bądź do podścieliska. Wagner (Zeitschr. f. Augenh. XIV 6, 1905) opisał dwa przypadki białego mięsaka.

W każdym razie wszyscy autorowie przyjmowali bezwarunkowo przedewszystkiem podział mięsaków naczyńiówki na białe i barwikowe. W poglądach zachodziły wszakże pewne

różnice. Tak np. Knapp niedalekim był zdania, że białe mięsaki w późniejszym rozwoju przechodzą w barwikowe. Kerschbaumer odróżniała ściśle barwik chromatoforów od barwika ze krwi, nawet w barwikowych mięsakach odróżniała barwik z obu źródeł pochodzący. Lagrange (*Traité de tumeurs de Poeil*, 1901) przyznaje podział mięsaków na białe i barwikowe, zalicza jednakże do ostatniej kategorii wszystkie mięsaki barwikowe, nie wchodząc w to, jakiego był barwik pochodzenia. Wraz z Robin'em przyjmuje on mięsaki barwikowe w tych przypadkach, gdy ziarenka barwika nie ulegają zmianom przy dłuższem działaniu kwasu siarkowego.

Schieck (*Arch. f. Ophth.* LX 3, 1905) wypowiedział wręcz zdanie, że podział mięsaków na białe i barwikowe na niczem nie jest oparty. Powołuje się on na wyniki badań Ribberta (*Ziegler'a Beiträge z. pathol. Anatomie* XXI, str. 471 i *Geschwulstlehre* 1904). Zdaniem Ribberta, rozmaiłość barwy i postaci komórek sprowadza się do różnicy wieku guza, gdyż chromatoforomy pochodzą tylko od chromatoforów, jeśli zaś zawierają również komórki niezabarwione, to są to tylko komórki najmłodsze pod względem wieku, które nie zdążyły jeszcze osiąść barwik. Na poparcie twierdzenia swego Schieck przytacza trzy typowe jakoby przypadki mięsaka naczyniówki. W 1-szym spostrzegł w jednych miejscach białą tkankę mięsakovą o komórkach okrągłych i wrzecionowatych, w innych typową tkankę barwikową i utrzymuje, że w najmłodszej tkance komórki postać miały okrągłą, w starszej wrzecionowaty, w najstarszej były już typowe chromatofory. W drugim przypadku miał miejsce mały guz w gałce z przedziurawieniem do oczodołu. W gałce mięsak był barwikowy, w miejscu przedziurawienia twardówki mieszany, w oczodole raczej biały. Próba Perlsa nie udała się. Po odbarwieniu część barwikowa wyglądała jako typowy wrzecionowaty mięsak biały. Wreszcie w 3-cim przypadku miał miejsce bardzo ciemny mięsak ciała rzęskowego. Próba Perlsa nie udała się, po odbarwieniu wyglądał jako typowy wrzecionowaty mięsak biały. Z tych przykładów wyprowadza Schieck wniosek, że

we wszystkich trzech przypadkach wypadłoby przyjęcie najrozmaitsze postacie, a jednak widzi on w nich tylko pewne okresy rozwoju jednej tylko postaci — mięsaka barwikowego, chromatoforoma.

Przechodząc do rozwoju chromatoforów, przytacza dwie prace Riecke'ego (Arch. f. Ophth. XXXVII 1, str. 62) dotyczące rozwoju komórek barwikowych naczyńówki u zarodka. Do początku 7 go miesiąca naczyńówka wcale barwika nie zawiera. Dopiero po tym czasie niektóre komórki stają się większe, przeistaczają się z okrągłych we wrzecionowate i dopiero później pojawia się w nich barwik. Zachodziłoby więc zupełne podobieństwo rozwoju chromatoforów u zarodka i w mięsakach.

Schieck przyjmuje jedną tylko postać komórek barwikowych — rozgałęzione chromatofory. Okrągłe komórki barwikowe są to, zdaniem jego, bądź przekroje poprzeczne wrzecionowatych komórek, bądź też barwikowe bryłki, które, zdaniem jednych, stanowią zwyrodniałe komórki, zdaniem innych — przeładowane barwikiem chromatofory, komórki w stanie skurezu.

Zatem, zdaniem Schiecka, należy zupełnie odrzucić przyjęte dotąd podziały mięsaków naczyńówki, pod względem barwy i postaci komórek. Utrzymuje on, iż jest jedna tylko postać mięsaka naczyńówki — mięsak barwikowy, utworzony przez chromatofory. W rozwoju wszystkich mięsaków naczyńówki przyjmuje trzy okresy: 1) okres okrągłej białej komórki, 2) okres wrzecionowatej komórki i 3) okres nacieczenia przez barwik, względnie wytwarzania barwika przez komórki. Przypomnę najpierw, że z najmniej znanych dotąd przypadków mięsaka naczyńówki, w opisanym przez Wagennanna miała miejsce typowa chromatoforoma Ribberta; w opisanych przez Wintersteinera, z których w jednym mięsak miał tylko 2 mm wielkości, a miał wygląd zupełnej chromatoforomy, w 2-gim — 5—6 mm wielkości, był biały znajdowały się w nim jednak chromatofory.

Czy mamy w istocie w naczyńówce jedną tylko postać

mięsaka; mięsak barwikowy? Odpowiem, że prócz licznych przypadków przez innych autorów podanych, a których liczba przez ostatnie zwłaszcza lata znacznie się zwiększyła, w 4-ech ze zbadanych przeze mnie przypadków komórek barwikowych wcale nie było, nie dość tego, spostrzegąłem w nich zawsze w dość znacznym stopniu zanik komórek barwikowych, nawet w niezajętych przez guz częściach błony naczyniowej. Guz jednakże w przypadkach tych miewał bardzo znaczne rozmiary, zajmując ledwo na połowę wnętrza gałki. Pomijam przypadki inne, w których guz składał się wyłącznie prawie z komórek białych, chromatofory zaś znajdowały się w bardzo małej ilości i tylko w pobliżu części naczyniówki przez guz prawie nie zajętej. Wiemy co prawda, że guzy barwikowe naczyniówki znamionuje większa złośliwość. Nie zawsze jednak tak bywa, przeciwnie białe mięsaki rosną często nadzwyczaj szybko i są wyjątkowo złośliwe. Wypada nam liczyć się raczej z inną okolicznością, mianowicie, iż białe mięsaki naczyniówki dawać mogą nowe gniazda pozagałkowe już barwikowe i naodwrot barwikowe mięsaki naczyniówki dawać mogą pozagałkowe gniazda zupełnie białe. Dość często również spotykamy mięsaki, które są w jednych miejscach zupełnie białe, w innych barwikowe. Pominąć możemy również okoliczność, że wygląd komórek barwikowych często bywa zupełnie odmienny od chromatoforów — mianowicie ziarenka bywają grube i bardzo blade, komórki zaś takie znajdują się bezpośrednio obok naczyń, lub nawet wynaczynień. Znamiona te oczywiście wyraźnie wskazują na pochodzenie tego barwika ze krwi. Wszelako uważam za lepsze za przykładem Lagrange'a zaliczyć do barwikowych wszystkie postacie mięsaków naczyniówki barwik zawierające, nie wchodząc w to, z jakiego źródła barwik ów pochodzi. W każdym razie pozostaje jeszcze bardzo sporo przypadków mięsaków ściśle białych bardzo znacznych rozmiarów, zatem wcale nie początkujących, które stanowczo zaprzeczają twierdzeniu Schiecka, jakoby białe mięsaki stanowić miały tylko okres początkowy mięsaków barwikowych. Schieck wyraźnie mówi o komór-

kach wrzecionowatych, wiemy jednak, że komórki takie napotkać możemy w istocie nowotworu wówczas chyba, gdy ulegają one zewsząd bardzo znacznemu ciśnieniu. W tych nawet razach, a bezwarunkowo zawsze w innych wypadkach kształt mają one raczej płaski, wyrostki ich również, nadto wyrostki te w części się rozgałęziają, a wskutek tego komórka przypomina raczej gwiazdzistą. O tem łatwo się przekonać, badając odosobnione komórki, gdyż na cięciach przekrój zawsze będzie wrzecionowaty.

Dane co do rozwoju komórek barwikowych w podścielisku naczyńówki, podane przez Rieckiego nie są dość ściśle. Najpierw znacznie przed 7-mym miesiącem życia zarodkowego, niektóre komórki wyróżniają się swą wielkością, przeważnie zaś tem, że jądra ich barwią się znacznie silniej, szczególnie alufowym karminem i siniawcem — i to są przyszłe komórki barwikowe. Dalej nietylko u płodu, lecz również u dorosłych bynajmniej nie wszystkie komórki barwikowe występują w postaci typowych chromatoforów, lecz napotykamy również komórki okrągłe, zawierające barwik w umiarkowanej, że tak powiemy, ilości, o tyle, że jądra ich są widoczne, i ta okoliczność wyróżnia je od znacznych rozmiarów komórek okrągłych, przeładowanych barwikiem o tyle, że wszelka budowa znika w nich zupełnie, a które to komórki napotykamy zarówno w podścielisku błony naczyńowej, jako też w mięsakach. W dwóch przypadkach w guzach wtórnie w błonie nadwardówkowej powstałych mogliśmy dokładnie widzieć rozwój ich stopniowy. Zupełnie jak to spostrzegać się daje u płodu. Pośród grupy zdala od naczyń krwionośnych położonych okrągłych komórek, w niektórych z nich dokoła jąder spostrzegać się dają w kilka kółek ułożone drobne bardzo ziarenka ciemnego barwika, które później dopiero pojawiają się w obwodowej części komórki. Czy te komórki nie przeistaczają się następnie w zupełnie rozwinięte chromatofory — zaprzeczyć trudno, w każdym jednak razie zaznaczamy, okoliczność, że złogi barwika powstawać mogą w komorze okrągłej, która bynajmniej nie jest na drodze do przekształ-

cenia się w rozgałęzioną płaską komórkę, względnie wrzecionowatą.

Barwik w mięsakach naczyńówki pochodzenie swe zawdzięcza zatem: 1) chromatoforom i 2) pochłonięciu ze krwi. Ostatnie źródło często daje się wykryć w mięsakach zarówno białych, jakoteż barwikowych, zapomocą odczynów Perlsa i Quinckego. Lecz odczyny te nie zawsze się udają, chybają one mianowicie, gdy wchłonięcie już oddawna nastąpiło.

U zarodka nawet rozwój komórek barwiakowych jest ściśle połączony z rozwojem naczyń krwionośnych. Udowodnili to już Kölliker (Würzb. Verhandlungen Bd. XVII) i Ehrmann (Bibliot. med. Abth. D, H. 6), Virchow (Krankh. Geschwülste. Recklinghausen) (Lehrbuch), Waldeyer (Virch. Arch. Bd. LXI), Neelsen (Grundriss d. pathol. Anatomie 1892) i Ziegler (Lehrbuch 1892) utrzymują, iż niektóre komórki posiadają własność wyrabiania barwika same przez się. Teoryi tej holdował Fuchs, głównie zaś Ribbert. Lecz już w roku 1870 Langhans (Virch. Archiv. XLI, str. 66) spostrzegł, iż kulki czerwone, po wystąpieniu z naczyń zostają pochłonięte przez kurczliwe komórki i w końcu wydają barwik. Badań swych dokonał na barwikowych guzach oka. W oku bardzo ważną rolę w wytwarzaniu barwika w mięsakach odgrywać mogą komórki przybłonka barwikowego siatkówki. W niektórych przypadkach mięsaków, zwłaszcza białych, przybłonek ten zawierać może bardzo mało barwika, nawet zupełnie go traci. W innych przeciwnie komórki jego bardzo znacznemu ulegają bujaniu. Rozrost przybłonka spostrzegł już Fuchs, lecz zmiany w przybłonku i rolę jego przy mięsakach naczyńówki pierwszy zbadał dokładniej Leber (Arch. f. Ophth. XLIV, 3, str. 700). Zdaniem jego »część pewna barwikowych komórek mięsaków naczyńówki pochodzi od komórek przybłonka siatkówki, które wstępują z powierzchni do istoty guza i części go otaczających«. Czy w sprawie tej komórki przybłonka ulegają zwyrodnieniu mięsakowemu — orzec stanowczo trudno, gdyż okoliczność ta bynajmniej nie licuje z ustalonym poglądem na mięsaki, jako

wytwory z tkanki łącznej pochodzące. Rosa Kerschbaumer opisała udział komórek tych w jednym przypadku mięsaka tęczówki, w dwóch przypadkach mięsaka ciała rzęskowego i w pięciu przypadkach mięsaka naczyńówki. Komórki wstępowały do istoty guza, przybierały postać okrągłą, barwik tracił swą postać typową. Komórki te same przez się brały udział w budowie guza. Bardzo znaczny rozrost komórek przybłonka siatkówki w obrębie mięsaka naczyńówki spostrzegali również Bruns (Arch. f. Ophth. LIV 3, 1902) w 2-m przypadku swoim. Ginsberg (Arch. f. Ophth. LXVIII 2, 1908) udowodnił w jednym przypadku mięsaka naczyńówki, iż komórki przybłonka powędrowały nawet do nerwu wzrokowego. Znaczny rozrost komórek przybłonka spostrzegala w czterech przypadkach. Obszerne grupy komórek barwиковych niezapreczenie łączyły się bezpośrednio z komórkami przybłonka. Szczególniej rzucił się w oczy jeden przypadek 12-sty, w którym już nietylko w częściach pewnych guza śródgałkowego widoczne były grupy komórek z przybłonka powstałych, lecz przez otwór w twardówce wchodziły komórki te do części pozagałkowej guza i tu tworzyły dość nawet prawidłowego kształtu jakby odosobniony utwór walcowaty.

Zatem przybłonek siatkówki, bujając w istocie guza, zwiększyć może ilość zawartego w nim barwika. Lecz na tem się sprawa nie kończy. E. v. Hippel (Arch. f. Ophth. XLI) wykazał, że komórki przybłonka tego pochłaniać mogą żelazo z części otaczających (przy wybroczytach) i w barwik je przeistaczać. W świeżych przypadkach udaje się otrzymać wyraźne oddziaływanie Perlsa i Quinckego. Spostrzeżenie v. Hippela stwierdzili liczni późniejsi badacze. Nie trudno też przy badaniu mięsaków naczyńówki lub innych w niej spraw zapalnych spostrzedz pochłonięte przez komórki czerwone ciadka i cały szereg następnych zmian w nich, aż do wytworzenia barwika. Jest to jeszcze dodatkowa czynność komórek przybłonka w sprawie zabarwienia mięsaków naczyńówki. Rola ta jest poważną, hematogenne zabarwienie mięsaków zostało udowodnione, nie możemy więc przyznać słu-

szości poglądom Schiecka, który chciał przypisać wyłączną rolę w wytwarzaniu komórek barwikowych, a co zatem i barwika tylko chromatoforom. Nie ulega bowiem wątpliwości, że nie tylko w mięsakach białych możemy mieć barwik bezpośrednio ze krwi pochodzący, lecz również w barwikowych.

Co się tyczy postaci komórek w mięsakach naczyńwki, to na podstawie jego odróżniano wrzecionowate, okrągłe, olbrzymio-komórkowe mięsaki. Szczególną uwagę zwrócono na mięsaki wrzecionowate, a to ze względu, iż wszyscy badacze na to się zgadzają, iż przebieg ich ma być wyjątkowo łagodny. Taki podział jednak niema dostatecznej podstawy. Już Knapp spostrzegł, że komórki niezawsze mają kształt ściśle jednakowy. Lagrange jakkolwiek dzieli mięsaki na pewne kategorie według postaci komórek, to jednak dodaje, że często napotykać można mięsaki o rozmaitych kształtach komórek. Krüdenner spostrzegał jednocześnie wrzecionowate i okrągłe komórki, dalej komórki o rozmaitych kształtach, w jednym z przypadków Wagnera komórki również miały kształt rozmaity. Z moich przypadków tylko w jednym znalazłem komórki tylko okrągłe, w 2-ch tylko wrzecionowate, we wszystkich zaś innych mieliśmy zawsze dwie postacie komórek — wrzecionowate i okrągłe, w jednym znajdowały się nadto komórki olbrzymie, które były rozrzucone pomiędzy mniejszemi i zawsze miały jedno tylko jądro, a taki kształt komórek nie nasuwał podejrzenia co do jednoczesnej sprawy gruźliczej, jak to mogło mieć miejsce w 2-ch innych znanych w literaturze przypadkach. Postać okrągłą komórki najczęściej posiadały w środku guza i w nowopowstających gniazdach, wrzecionowaty przeważnie w częściach obwodowych guza i wogóle w miejscach, w których znaczniejszemu ulegać mogły ciśnieniu.

Już oddawna zwrócono uwagę i opisano zmiany w innych częściach oka przy mięsakach naczyńwki. Zależą one bądź na zajęciu tych części przez nowotwór, bądź też na powstawaniu w nich zmian wtórnych. Zmiany zapalne lub zanikowe naogół są spowodowane przez zaburzenia w krążeniu krwi. Najobszerniej omawiali je Fuchs, Rosa Kerschbau-

mer i Wintersteiner (Klin. Monatsbl. XLV, str. 181, 1907). W moich przypadkach bardzo często spostrzegałem sprawy zapalne i zanikowe w przedniej części gałki i w tylnej, bardzo często spowodowane przez skrępy, które powodowały liczne i obszerne martwice nie tylko w samym guzie, lecz niekiedy również w tęczówce, w ciele rzęskowym, siatkówka zaś mogła ulegać sprawie całkowitej. Powstanie sprawy wiele zawdzięczało szklistemu zwyrodnieniu naczyń, które daje się spostrzegać ledwo nie w większej części przypadków. W jednym przypadku znalazłem w części korowej guza zupełnie rozwinięte blaszki kostne. O ile mi wiadomo, dotąd kostnienie spostrzegano tylko w 2-ch przypadkach: Schieck (Virch. Arch. 39, str. 584) i Knies (Arch. f. Augenh. VI 1). Zmiany mogą być spowodowane przez jaskrę, która zawsze prawie daje się spostrzegać w późniejszych okresach. Jaskry może jednak nie być. Przy mięsakach tęczówki nie bywa jej chyba nigdy. Przy mięsakach ciała rzęskowego, według Fuchsa, w 7-u przypadkach z 22-ch ucisk był prawidłowy. Przy mięsakach naczyniówki Fuchs z 259 przypadków nie znalazł jaskry w 22, Rosa Kerschbaumer — 4, nie znalazł jej również Bałłaban (Post. okulist. 1005). Kerschbaumer opisuje liczne zmiany w oku, które, zdaniem jej, poprzedzały rozwój nowotworu, może mu nawet dopomagały. W moich przypadkach zmian takich nie spostrzegałem.

Chcę tu jeszcze zwrócić uwagę na zmiany w siatkówce przy mięsakach naczyniówki. Siatkówka może być przedziurawioną przez guz, odklejoną, oderwaną, rozerwaną, wreszcie zajęta przez nowotwór. Przedziurawienie przez guz widziałem w jednym przypadku, spostrzegał je już Knapp. Odklejenie siatkówki daje się spostrzegać w większej części przypadków i jak słusznie zauważył Fuchs, tem częściej im późniejszy mamy okres. Wyjątek stanowią, najpierw, jak wskazał Otto Becker (Arch. f. Augenh. I 2) mięsaki okolicy płamy żółtej, w których odklejenia nie bywają; częste bezwarunkowo nigdy nie następuje ono przy mięsakach tęczówki i rzadko przy mięsakach ciała rzęskowego. Fuchs znalazł je tylko w 8-u

przypadkach, przy mięsakach właściwej naczyniówki ledwo nie zawsze. W przypadkach mięsaków właściwej naczyniówki odklejenia najczęściej nie bywa przy rozlanej postaci, a to z powodu, iż wskutek rozlanej sprawy zapalnej siatkówka wcześniej bardzo zrasta się na całej powierzchni z naczyniówką. Odklejenie siatkówki przy braku zrostów z guzem zwykle bywa lejkowate, lecz niekiedy obie błaszki są odciśnięte w jedną stronę i zupełnie się ze sobą zrastają. Odklejenie jest przedewszystkiem spowodowane przez wysięk zapalny, a ciśnienie przezeń spowodowane o tyle jest znacznem, że tarcza nerwu wzrokowego może być znacznie wciągniętą do wnętrza gałki. Często bardzo spostrzegamy jednocześnie częściowe zrośnięcie siatkówki z guzem i częściowe również odklejenie jej. Zmiany w częściach odklejonych siatkówki są zupełnie takie same, jakie spostrzegamy przy odklejeniu jej w innych przypadkach. Więc najpierw ulegają zniszczeniu pierwociny komórek wzrokowych, komórki zwojowe i włókna nerwowe, dłużej zachowują się warstwy jądrowe. W końcu cała siatkówka przeistacza się w siatkowatą tkankę łączną. Już Fuchs mówi o powstawaniu drobnych torbieli. Późniejsi badacze bardzo często wzmiankują o zwyrodnieniu torbielowatym. Co do mnie, znajdowałem je we wszystkich moich przypadkach. Przy zrośnięciu z guzem w siatkówce przez czas dłuższy są widoczne warstwy jądrowe, stosunek ich wzajemny ulega jednak zmianom. Rzadko są one ułożone równolegle, często jedna warstwa znika, lub też tworzy na cięciach jakby zmarszczki. Niekiedy spostrzegać się daje podział jednej warstwy na dwie. Niekiedy resztki siatkówki tworzą całkowitą prawie powłokę na powierzchni guza, w innych przypadkach widzimy w powłoce tej znaczne przerwy. Siatkówka często ulega rozciągnięciu, a wtedy włókna Müllera bywają bardzo długie. W jednym przypadku widziałem w komórkach zwojowych zmiany, które już dawniej opisałem jako sklerozę tych komórek (Przegląd lekarski 1896). Bruns w 1-szym swoim przypadku (Arch. f. Ophth. LIV 3, 1902) widział w miejscu zrośnięcia siatkówki z guzem znaczny rozrost tych komórek, je-

dnocześnie przybierały one postać okrągłą. W przypadkach mięsaków przedtarczowych, guzy mogą nie tylko przedziurawiać siatkówkę, — widziałem, razu jednego jak guz taki otaczał dookoła odklejoną w postaci powrozka siatkówkę na przestrzeni 6 mm. Zjawiska opisane w siatkówce przy zrośnięciu jej z guzem spostrzegali również Bruns i Bałłaban, który jednakże w swoim przypadku znalazł w warstwie jąder komórki wrzecionowate. Zmiany opisane oczywiście najłatwiej w ten sposób dadzą się wytłumaczyć, że zrośnięcie z siatkówką następuje nie na całej powierzchni, lecz miejscami, a wtedy przy zwiększaniu się guza łatwo bardzo nastąpić może przy niejednostajnem rozciąganiu bądź zlanie się obu warstw jądrowych w jedną, bądź też podział warstw pojedynczych, dalej powstawanie załamków w poszczególnych warstwach i znaczne bardzo wydłużenie włókien Müllera.

Dalej przy mięsakach naczyńówki nastąpić mogą naderwania i zupełne rozerwanie siatkówki. W jednym przypadku (1-szym) przy bardzo znacznem zagłębieniu tarczy obok brzegu jej skroniowego warstwy zewnętrzna i wewnętrzna jąder nie dochodziły do brzegu tarczy, znajdowało się tu zagłębienie, częściowo tylko wypełnione przez tkankę siatkówkową o bardzo wyciągniętych pętlach. Naderwanie takie, chociaż o wiele mniej wyraźne opisał również Velhagen (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1907 Nr 11. w okolicy błony sitowatej. Z powodu tego przypadku Wintensteiner przypomniał, że już w r. 1901 na zjeździe w Heidelbergu podał przypadek, w którym siatkówka była zrośnięta z wypukłą powierzchnią guza i częściowo przedziurawioną. W okolicy rąbka zębatego wywalała się, była zgrubiałą i w jednym miejscu naderwaną.

W innym przypadku (4-tym) widziałem zupełne rozerwanie siatkówki. Nowotwór wypełniał górną połowę gałki. Ku tyłowi nie dochodził do tarczy o 5 mm: postaci był podługowatej, nieco wyżej równika gałki na powierzchni jego znajdowała się dość głęboka bródka. Siatkówka od tarczy nerwu wzrokowego kierowała się ku powierzchni guza, zrazała się z nim na nieznacznym przestrzeni, poczem odklejona

kierowała się ku brzegowi soczewki, potem w okolicę nosową. oderwany zaś od rąbka zębatego koniec jej znajdował się nieopodal wyrostków rzęskowych. Obok brzegu samego siatkówkę stanowiły komórki części rzęskowej; warstwa komórek przybłonka barwikowego, nadto widoczną była zwinięta błona szklista. Nie ulega wątpliwości, że rozerwanie nastąpiło za życia, ponieważ na przedniej powierzchni siatkówki widoczną była dość gruba warstwa szklisto - przeistoczonego skrzepu który powstał zapewne z wynaczynienia. Przypadek zupełnego rozerwania siatkówki spostrzegał również Wintersteiner, Guz mięsakowy zajmował niecałą trzecią tylną część gałki. Siatkówka oderwana w postaci powrozka, który zaczynał się od nosowego brzegu tarczy. Powrozek dochodził do tylnego bieguna soczewki i tu dopiero dzielił się na dwie warstwy. W skroniowej połowie siatkówka udawała się ku rąbkowi. W stronie nosowej wzdłuż tylnej powierzchni soczewki dochodziła do jej równika, gdzie zakręcała ku tyłowi, kierując się jakby ku rąbkowi, jednakże znacznie doń nie dochodząc, zakręcała ku przodowi i zdążała z powrotem ku soczewce. Zatem rąbek siatkówki znajdował się obok równika soczewki, wszakże nie był oderwany, lecz bezpośrednio w nią przechodził, ponieważ i ona była od podstawy swej czyli ciała rzęskowego oderwaną na znacznej przestrzeni i następnie rozerwaną. Rozerwanie to miało miejsce nie na jedynym poziomie, lecz zaczawszy od rąbka nawet w obrębie tęczówki do samego brzegu źrenicznego: ku przodowi od rąbka zębatego cała oderwana część siatkówki była zmartwiała. Oczywiście rozerwanie siatkówki zawdzięcza swe powstanie silnemu bardzo uciskowi wysięku podsiatkówkowego, przy jednoczesnej martwicy siatkówki wskutek sprawy zaskrzepowej w przyległej okolicy tęczówki i ciała rzęskowego. Tak było w przypadku Wintersteinera, w moim zaś przypadku rozerwanie ułatwił znaczny bardzo zanik ciała rzęskowego.

Przyrośnięcie nowotworu do siatkówki spostrzegałem tylko w dwóch przypadkach. W obu do zrośniętej z guzem i zupełnie już zwyrodniałej siatkówki do istoty jej wstępowały

bardzo nieliczne komórki mięsakowe. Wogóle sprawa ta nie często się spotyka. Prócz kilku przypadków doszczętnego zniszczenia siatkówki przez nowotwór, Fuchs spostrzegł zajęcie siatkówki 11 razy, R. Kerschbaumer 7, Logrange 2, v. Krüdener, Bruns, Wagner i Bałłaban po razie. Według Krüdenera początkowo w wewnętrznych warstwach naczyniówki ma miejsce nacieczenie drobnokomórkowe, które przeciera błonę sprężystą i przybłonek barwikowy i dochodzi do warstwy wewnętrznej jąder; wraz z nacieczeniem przesiedlają się komórki mięsakowe do siatkówki i dochodzą do jej wewnętrznej warstwy siatkowatej. Jednocześnie powstaje obfity wysiąk, który powoduje częściowe odklejenie siatkówki. Grubość jej zwiększa się, włókna podstawowe wyciągają, w siatkówce powstają szpary, mniejsze w warstwie nerwów i komórek zwojowych, i większe znacznie, które dochodzą od podstawy do obu warstw jąder. Bruns i Bałłaban słuszną zwrócili uwagę na okoliczność, iż podział siatkówki na blaszki przy zrośnięciu jej z guzem i zwyrodnienie torbielowate znacznie ułatwiają zalenie siatkówki przez komórki nowotworu.

Z kliniki okulistycznej Uniw. lwowskiego. (Dyrektor: Prof. Dr Machek).

Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki.

Podał

Doc. Dr WIKTOR REIS,
asystent kliniki.

Pojęcie dojrzałości zaćmy starczej jest właściwie głównie pojęciem klinicznym. Znauem już ono było w początkach wiedzy lekarskiej starożytnym Grekom, którzy je zastosowali

przy określaniu istoty zaćmy i omawianiu operacyjnych środków leczniczych. Dziś powszechnie dla określenia dojrzałości zaćmy posługuje się obrazowym pojęciem, podanem przez Arlta, że w zaćmie dojrzałej »soczewka leży w torebce jak dojrzały owoc« i że w tym okresie najłatwiej można ją wydobyc w drodze operacyjnej. Słusznie też zaznacza Landolt, że należałoby właściwie mówić nie o dojrzałości zaćmy ale o tem, czy zaćma nadaje się do operacji (»was zunächst die Reife der Katarakt anlangt, ... dafür besser den Begriff der Operierbarkeit zu setzen ...«).

Klinicznej strony tego zagadnienia nie mam jednakże zamiaru tutaj poruszać, chciałbym raczej zwrócić uwagę na inną okoliczność, a w szczególności znaleźć odpowiedź na pytanie, czy klinicznemu pojęciu dojrzałości zaćmy odpowiadają pewne zmiany anatomiczne, fizyczne lub chemiczne, zachodzące w schorzałej soczewce.

Badanie anatomiczno-patologiczne schorzałych soczewek napotyka na trudności przede wszystkim w samem utrwaleniu i przechowaniu materiału chorobowego. Hess zaznacza, że nie ma dotychczas płynu utrwalającego, któryby nie zmieniał kształtu i objętości całej soczewki i poszczególnych włókien soczewkowych. Ponadto charakterystyczne dla pierwszych okresów zaćmy procesy patologiczne odbywają się w przybliżeniu torebkowym, który przy wyjęciu zaćmy bez torebki jest niedostępny dla badań anatomicznych, z wyjątkiem tych rzadkich przypadków, w których zaćmę wydobyto na zewnątrz wraz z torebką. Zmiany dotyczące samych włókien soczewkowych są przeważnie natury wstecznej, między poszczególnymi włóknami powstają przestrzenie puste lub wypełnione cieczą, włókna soczewkowe tracą swój kształt regularny, pęcznieją, a w dalszym ciągu następuje całkowity rozpad włókien soczewkowych, które przedstawiają niezróżnicowaną masę papkowatą złożoną z kropelek tłuszczu, resztek włókien soczewkowych i płynu zawierającego białko. Jedynie jądro soczewki wskutek stwardnienia (sklerozy) włókien soczewkowych nie podlega rozpadowi; przy zaćmie korowej

podtorebkowej jądro soczewki zaćmionej może nawet nie różnić się swym wyglądem zewnętrznym od jądra soczewki zdrowej pochodzącej z osobnika będącego w równym wieku (Hess).

Stwierdzone zmiany anatomiczno-patologiczne są przeważnie natury wstecznej, do których dołącza się regenatywne bujanie komórek w przybłonku torebkowym. Zależnie od stopnia i rozległości tych zmian wstecznych będziemy mieli przed sobą zaćmę mniej lub więcej dojrzałą. Anatomiczne badanie zaś jądra soczewkowego często nie może dać nam żadnych wskazówek czy mamy tu do czynienia z jądrem prawidłowej soczewki starczej czy też z jądrem, pochodzącym z zaćmy starczej.

Właściwości fizyczne soczewki również ulegają zmianie przy zaćmie. Według Priestley-Smitha mają soczewki z rozpoczynającą się zaćmą starczą mniejszą objętość niż soczewki prawidłowe z osobników w tym samym wieku; także Treacher Collins stwierdził zmniejszenie się ciężaru soczewki z rozpoczynającą się zaćmą. W drugim okresie, przy zaćmie pęczniejącej następuje powiększenie objętości soczewki spowodowane przyjmowaniem wody przez przenikanie z otoczenia. Po tym okresie zwiększonej objętości następuje znowu stopniowa utrata wody i soczewka zaczyna się zmniejszać. Między tymi oboma okresami musi jednakże znaleźć się okres, w którym soczewka ma prawidłową swą dawną objętość — jest to właśnie okres odpowiadający dojrzałości zaćmy w pojęciu określonem przez Arlta. Dalsze zmniejszanie się objętości jest już znamiennem dla zaćmy przejrzałej.

Soczewka zaćmiona staje się nieprzezroczystą — współczynnik załamania się zwiększa, co objawia się niekiedy w poprzedzającej zaćmę starczą zmianie refrakcyi.

Jądro zaś soczewki z powodu sklerozy włókien soczewkowych może również swym wyglądem zewnętrznym nie wiele się różnić od jądra soczewki zdrowej pochodzącej z osobnika będącego w równym wieku.

Przypatrzmy się obecnie czy oprócz anatomicznych i fi-

zycznych różnic zachodzących w soczewce zdrowej i zaćmionej nie istnieją różnice w składzie chemicznym soczewki prawidłowej i schorzałej i czy one nie mogą stanowić kryterium dla określenia dojrzałości zaćmy starczej.

Badania Deutschmana nad zmniejszaniem się ilości wody w soczewkach z zaćmą nie dały zgodnych wyników. Według Jacobsena i Kühna miała się zwiększać w soczewce schorzałej ilość cholestearyny. Badania Cahna stwierdziły zmniejszanie się ilości białka o 9—13% w soczewkach zaćmowych. Michel i Wagner stwierdzają brak rozpuszczalnych ciał białkowych w jądrze soczewki z zaćmą starczą a tylko nieznaczne ilości istnieć mają w korze pod postacią globulinów. Leber stwierdza zwiększoną ilość lipidów (cholestearyna i lecytyna) i przypuszcza, że zwiększona ich ilość ułatwia krążącym w ustroju szkodliwym składnikom (jak kwas masłowy, aceton) rozpuszczenie w lipidach, a w następstwie wystąpienie zaburzeń prowadzących do powstania zaćmy.

Zwiększone ilości tłuszczu a właściwie zwyrodnienie tłuszczowe włókien soczewkowych stwierdza Toufesco na podstawie badania anatomiczno-patologicznego i mikrochemicznego odczynu.

Jako dalszy przyczynek do badań chemicznych, mających na celu wykazanie różnicy w składzie chemicznym soczewki prawidłowej i schorzałej może służyć odczyn cysteinowy, stwierdzony przez Arnolda w r. 1910 na całym szeregu ciał białkowych wchodzących w skład narządów ustroju zwierzęcego, a w szczególności na prawidłowych soczewkach zwierzęcych, a przede mnie zastosowany przy badaniu ludzkich prawidłowych soczewek i soczewek z zaćmą.

(Przy badaniu odczynu soczewek postępowałem w ten sposób, że części kory i jądra rozcierałem szpatułką na poszczególnych skrawkach bibuły, a po wysuszeniu w cieplarni zwilżałem kilkoma kroplami 5% nitroprusydku sodowego. Po dotknięciu tej rozartej warstewki laseczką szklaną, zanurzoną w amoniaku, występuje w soczewkach prawidłowych bardzo wybitny kolor purpurowo-czerwony).

Badania prawidłowych ludzkich soczewek wykazały, że soczewki te posiadają odczyn cysteinowy w bardzo wybitnym stopniu, przyczem nie można było wykazać żadnej różnicy w zachowaniu się kory i jądra soczewkowego. Inaczej zachowywał się odczyn cysteinowy w soczewkach z zaćmą — badano 60 zaćm starczych, z których 58 przedstawiało postać najczęstszą zaćmy starczej, a mianowicie zaćmę korową podtorebkową (*cataracta subcapsularis corticalis*). Okazało się, że przy zaćmie starczej tak kora jak i jądro zależnie od rozwoju zaćmy inaczej zachowują się wobec odczynu cysteinowego. Przy zaćmach przejrzalnych i dojrzałych tak kora jak i jądro dawały odczyn cysteinowy ujemny. Przy zaćmach niezupełnie jeszcze dojrzałych, zależnie od stopnia dojrzałości, można było w korze wykazać bardzo słaby odczyn cysteinowy lub zaledwie ślad odczynu, podczas gdy jądro prawie zawsze wykazuje odczyn cysteinowy ujemny.

W dwóch przypadkach zaćmy urazowej wystąpił odczyn cysteinowy dodatni.

Badania powyższe powtórzył niedawno Jess i w zupełności wyniki ich potwierdził. Jeszcze w poprzedniej pracy wspomniałem, że należałoby przeprowadzić badania nad zachowaniem się poszczególnych ciał białkowych soczewki wobec odczynu cysteinowego. Jess w swej pracy poszedł właśnie w tym kierunku i otrzymał zajmujące wyniki, które objaśniały zachowanie się poszczególnych ciał białkowych soczewki wobec odczynu cysteinowego. Jess badał prawidłowe soczewki bydłce i ludzkie, a wynik badania był następujący:

Albumoid nie wykazywał zupełnie odczynu nitroprusydkowego, α — krystalina w słabym, zaś β — krystalina w bardzo wybitnym stopniu wykazywała odczyn cysteinowy. Albuminu autor nie badał. Główną więc substancją, z którą związany jest odczyn cysteinowy jest β — krystalina. Czy zaś to odmienne zachowanie się odczynu cysteinowego w soczewkach z zaćmą zależy od przemiany krystaliny w albumoid, wykażą dopiero zapowiedziane przez autora dalsze badania.

Przed okazaniem się jeszcze pracy Jessa starałem się

dla dalszych badań nad odczynem cysteinowym pozyskać soczewki rozmaitego pochodzenia: 4 zaćmy urazowe, 3 soczewki zwichnięte do komórki przedniej, 2 soczewki wydobyte przy operacji garbiaka, dla kontroli zaś 1 zaćma przejrzała, 1 dojrzała, 3 prawie dojrzałe.

Wyniki badania były następujące: przy zaćmie przejrzałej kora i jądro wykazały brak odczynu; przy zaćmie klinicznie uznanej za dojrzałą i przy zaćmach prawie dojrzałych wykazała kora ślad odczynu, jądro brak zupełny. Zaćmy urazowe wykazały odczyn cysteinowy dodatni, z soczewek zaś zwichniętych do komórki przedniej wykazała 1 odczyn cysteinowy ujemny, 2 bardzo wybitny, z soczewek wydobytych przy operacji garbiaka 1 wykazała wybitny, 1 słaby odczyn cysteinowy, z czego wnioskować można, że trzy soczewki były zupełnie prawidłowe, a dwie uległy już procesowi zaćmowemu.

Wracając zaś do badań nad zaćmą starczą (*cat. subcaps. cortic.*) i uwzględniając wyniki badań poprzednich i obecnych dochodzimy do wniosku, że odczyn cysteinowy może nam dać wskazówki przy określaniu dojrzałości zaćmy starczej.

Klinicznie jesteśmy wprawdzie w stanie rozpoznać, kiedy zaćma jest dojrzała, lecz w badaniach anatomicznych, fizycznych i chemicznych brak nam dotychczas pewnych danych, na podstawie których moglibyśmy zaćmę określić za dojrzałą. Wprawdzie w większości przypadków zaćm uznanych za dojrzałe na podstawie badania klinicznego był odczyn cysteinowy zupełnie ujemny, co przemawiałoby za tem, że w rzeczywistości zmiany chemiczne w soczewce zaćmowej dosięgły szczytu swego rozwoju, lecz w pozostałej reszcie przypadków, mimo klinicznie stwierdzonej dojrzałości zaćmy, zawsze jeszcze można było wykazać ślad odczynu cysteinowego w warstwach korowych soczewki. Naturalnie, że upłynąć by musiał jeszcze jakiś czas, aby i ten ślad odczynu cysteinowego zaginął i w ten sposób uwidoczniłoby się, że ukończył się proces przemiany chemicznej zachodzący w ciałach białkowych zaćmionej soczewki.

Na podstawie zachowania się odczynu cysteinowego

określmy zaćmę w ówczas za zupełnie dojrzałą, gdy jądro i kora zaćmionej soczewki wykażą odczyn cysteinowy ujemny. Im zaćma jest mniej dojrzałą, tem łatwiej ślad odczynu cysteinowego odnaleźć można w warstwach korowych soczewki. Jądro bowiem soczewki przy procesie tworzenia się zaćmy najwcześniej zatracą odczyn cysteinowy.

To odrębne zachowanie się jądra soczewkowego i warstw korowych, w szczególności zaś fakt, że jądro soczewkowe przy zaćmie zawsze najwcześniej wykazuje brak odczynu cysteinowego świadczy o tem, że odmiennie od wyników badania klinicznego i anatomicznego zmiany chemiczne przy zaćmie w rzeczywistości najwcześniej uniejscowione są w samym jądrze soczewki. To znamienne zachowanie się jądra zaćmowego wobec odczynu cysteinowego potwierdza w zupełności twierdzenie Beckera, że »między jądrem nie zaćmionej soczewki a jądrem soczewki z zaćmą starczą istnieją wykazalne chemiczne różnice«.

Wczesne występywanie zmian chemicznych w jądrze soczewki nabiera tem większego znaczenia, gdy się uwzględni, że jądro soczewki jest najodporniejszą częścią soczewki, że pozostaje ono na pozór niezmiennem, gdy dokoła włókna soczewkowe uległy już ogólnemu rozpadowi. W szczególności występuje to bardzo widocznie przy zaćmie Morgagniego, gdy przy operacji po wydobyciu rozpląniętych mas korowych wydostaje się na zewnątrz żółtawe lub brązowawe jądro. Z drugiej zaś strony gdy się uwzględni, że nawet przy zaćmach niezupełnie jeszcze dojrzałych jądro wykazuje w swym składzie chemicznym zmiany jak najdalej posunięte, objawiające się zupełnym brakiem odczynu cysteinowego również potwierdzić trzeba będzie zapatrywanie Beckera, który powiada, »że początek tych odmiennych od prawidłowego twarwienia jądra soczewki starzejącej się chemicznych przemian, powodujących starce zaćmienie soczewki, nie przypada co do czasu z wystąpieniem pierwszych zaćmień na granicy jądra i kory lecz o kilka lat je wyprzedza«.

Zrozumiałem się teraz stanie, dlaczego jądro soczewki nawet przy zaćmach uznanych klinicznie za niezupełnie jeszcze dojrzałe wykazuje najdalej posunięte zmiany chemiczne, które objawiają się zupełnym brakiem odczynu cysteinowego.

Stwierdzenie zaś równoczesne ujemnego odczynu cysteinowego i w warstwach korowych zaćmionej soczewki stanowi próbiez przedmiotowy dla określenia dojrzałości zaćmy starezej.

Piśmiennictwo.

Becker: Zur Anatomie der gesunden und kranken Linse. Wiesbaden 1883.

Hess: Pathologie u. Therapie des Linsensystems. Graefe-Saemisch Handb. d. ges. Augenh. II. Aufl. 1898.

Reis: O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych. Lwowski Tygodnik lekarski nr 4. 1912.

— (To samo po niemiecku). Graefe's Archiv. f. Ophthalmol. Bd. 80. 1912.

Jess: Zur Chemie der Cataracta senilis. Archiv f. Augenheilk. Bd. 71. H. 3. 1912.

II. STRESZCZENIA.

Graefes Archiv f. Ophthalmologie. R. 1912. T. LXXXI. Z. 1. (Refer. Dr T. Kleczkowski).

O znamiennej postaci zwyrodnienia siatkówki polegającej na obecności licznych rozsianych tętniaków. (Über eine durch Vorkommen multipler Miliaraneurysmen charakterisierte Form von Retinaldegeneration). Th. Leber (Heidelberg).

Rozsiane tętniaki w siatkówce albo są jedyną zmianą w siatkówce (ludzie starzy), albo schorzenie to występuje razem ze zwyrodnieniem siatkówki. L. zajmuje się tą drugą grupą przypadków. Wziernikiem można stwierdzić, że tarcz n. wzrokowego i większe naczynia siatkówki są prawidłowe. Pod naczyniami leżą białe ograniczone ogniska, przypominające swoim obrazem *retinit. circinata*.

Tętniaki umiejscowione są najczęściej na końcach małych naczyń tętniczych, rzadziej żylnych. Światło naczyń jest niejednokrotnie na pewnej przestrzeni zanikłe. Wszystkim tym zmianom bardzo często towarzyszy odczepienie siatkówki. Na podstawie 13 dotychczas ogłoszonych przypadków stwierdza autor, że wyżej opisane tętniaki zdarzają się szczególnie w wieku młodym, a mianowicie między 13. a 26. r. ż. Etiologia choroby jest ciemna. Tętniaki może powstają na tle zmian naczyniowych w następstwie gruźlicy, lub może powodem ich powstania są liczne zatory w przypadkach zapaleń wsierdza.

Dalszy doświadczalny przyczynek do patogenyzy tarczy zastoinowej. (Weiterer experimenteller Beitrag zur Pathogenese der Stauungspapille). G. Levinsohn (Berlin).

Badania wykazały, że wstrzykiwanie zwierzętom pod oponę twardą płynów nie wysysających się (parafina) wywołuje wprawdzie podwyższenie ciśnienia śródczaszkowego, obrzęk tarczy n. wzrokowych występuje jednak nieznaczny. Również nie można otrzymać typowego obrazu tarczy zastoinowej po wstrzyknięciach pod oponę wielkiej ilości płynów stojących pod wysokiem ciśnieniem. Doświadczenia te, sprzeciwiające się pojęciom Schiecka dowodzą, że samo zwiększenie się ilości płynu mózgo-rdzeniowego nie może być jedyną przyczyną tarczy zastoinowej. Zasadniczą przyczyną jest to, że płyn mózgo-rdzeniowy jest w przypadkach chorobowych zmieniony i jako taki nie może ulegać prawidłowemu wessaniu.

Do patogenyzy zapalenia sympatycznego. Część III (Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. Teil III). F. Deutschmann (Hamburg).

Autorowi udało się przez przeszczepianie kawałków naczyńki z oczów ludzkich z zapaleniem sympatyzującym wywołać u małp i królików typowe zapalenie sympatyczne. Za drobnoustrój wywołujący zapalenie sympatyczne uważa D. gram dodatniego diplokokka, który zapewne jest zmienioną sarcyną. Zapalenie przenosi się na drugie oko, według autora, drogą limfy wzdłuż nerwów wzrokowych, pozostawiając na oponach ogniska zapalne przewlekłe, które jednakowoż żadnych objawów ogólnych nie wywołują.

W jaki sposób można uzyskać odpowiednie czołowo-potyliczne zdjęcia Röntgenem dolnego odcinka oczodołu. (Auf welche Weise lassen sich brauchbare fronto-occipitale Röntgenaufnahmen des unteren Abschnittes der Augenhöhle gewinnen). Langenhan i Wätzold (Berlin).

Ażeby uniknąć przeszkadzającego, w oglądaniu zdjęć Röntgenem, cienia padającego na oczodół od kości skalistej, należy

przy zdjęciach czaszkę ustawiać w tyłozgięciu, tak ażeby t. zw. niemiecka powierzchnia pozioma była o 15° pochyłona w stosunku do powierzchni pionowej (niemiecka powierzchnia pozioma jest to powierzchnia dająca się przeprowadzić przez najgłębsze punkty brzegów oczodołu i najwyższe punkty zewnętrznych otworów ucha).

O wstępnych procesach przy pierwszym powstawaniu włókien nerwowych w nerwie wzrokowym. (Über die einleitenden Vorgänge bei der ersten Entstehung der Nervenfasern im Nervus opticus). A. v. Szily (Fryburg).

Badania przeprowadził autor na zarodkach królików. Przed ukazaniem się w nerwie pierwszych włókien nerwowych spostrzegł autor w poszczególnych pierwotnych komórkach nerwu obrazy dowodzące rozpadu ich jąder. Następnie komórki te całkowicie się rozpadały i, gdy uległy wessaniu, wytwarzały się przestrzenie wolne, przez które potem przerastały włókna nerwowe.

O wrodzonej całkowitej zaśmie i wadach rozwojowych siatkówki. (Über angeborenen Totalstar und Netzhautanomalien). W. Gilbert (Mnichów).

Anatomo-patologiczne badanie gałki ocznej dziecka (6½ mies.) wykazało prócz zaćmy i ubytku w tylnej torebce soczewki pozostałość zarodkowego układu naczyniowego oka i charakterystyczne zmiany rozwojowe siatkówki w okolicy *ora serrata*. Zmiany naczyniowe polegały na obecności niezamkniętej *membrana capsularis lentis*, zmiany siatkówki odpowiadały zmianom opisanym przez Seefeldera, a polegającym na zmarszczkach siatkówki i bujaniu poszczególnych komórek neuroglii.

O tworze spojówki podobnym do torbieli powstałym po odcięciu garbiaka rogówki. (Über cystenartige nach Staphyloin Abtragung entstandene Gebilde der Conjunctiva). W. Boer (Halle).

W r. 1907 odejęto garbiak rogówki sposobem Critchetta; w r. 1910 powstała w połowie nosowej spojówki galki cysta. Powstanie jej tłumaczy sobie autor w ten sposób, że przy zakładaniu szwa kapeiuchowego podczas operacji wytworzyła się zmarszczka spojówki, której miejsca zagięcia się zrosły. Jama przez to zrosnięcie powstała, rozszerzała się polem ciągle przez ustawiczne wydzielanie komórek śluzowych spojówki.

O indykanurii przy chorobach ocznych. (Über Indicanurie bei Augenkranken). E. v. Hippel.

Na podstawie badań przeprowadzonych w klinice autora na 416 chorych z różnymi chorobami ocznymi dochodzi H. do

wniosku, że wzmożona indykanurya nie stoi w żadnym przyczynowym związku z żadną z chorób ocznych. Sprzeciwia się to zdaniu Elschniga, jakoby indykanurya była szczególnie często spotykaną przy zapaleniu sympatycznym.

O niezwyklej kurzej ślepcie z rozlanem szaro-białem zabarwieniem dna oka. (Über die eigenartige Hemeralopie mit diffuser weiss-graulicher Verfärbung des Augenhintergrundes). Ch. Oguchi (Tokio).

Niezwykłym i dotychczas nie spostrzeganym w trzech przypadkach autora, było szaro-białe zmętnienie dna oka przy zupełnym braku innych zmian zwyrodnienia, jak obecność barwika lub zanik naczyńki. W 1-szym przypadku zmętnienie usadowione było wzdłuż równika w dwóch innych przypadkach autora zmętnienie rozlane było na całym dnie oka. Zmętnienie to nie składało się z plamek, jak przy *retinitis albescens*, ale zawsze było zupełnie jednostajne.

Przyczynek do znajomości tworzenia się torbieli w siatkówce i papillitis w następstwie zapaleń przedniego odcinka gałki. (Beitrag zur Kenntnis der retinalen Cystenbildung und der Papillitis nach Entzündungen des vorderen Bulbusabschnittes). N. Inouye (Tokio).

W 4 przypadkach autora torbiele usadowione były w płamce żółtej, a mianowicie zajmowały warstwę wewnętrzną ziarnistą i warstwę Henle'go. Zdaniem autora torbiele powstają w następstwie pierwotnego miejscowego obrzęku siatkówki. We wszystkich przypadkach autora schorzenie gałki ocznej dotyczyło tylko przedniego jej odcinka. W 2-eh z tych przypadków stwierdził autor również *chorioiditis*. Dwa ostatnie opisane przypadki autora są dalszym dowodem możliwości powstawania zapalenia n. wzrokowego w następstwie skaleczenia gałki ocznej (*»papillitis perforativa«*).

Doświadczalne badania nad przepuszczalnością przezroczystych ośrodków oka ultraczerwieni sztucznych źródeł światła. (Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit der durchsichtigen Medien des Auges für das Ultrarot künstlicher Lichtquellen). A. Vogt (Aarau).

Badania autora wykazały przepuszczalność tylko takich pozaczerwonych promieni, które wychodzą z biało żarzących się ciał. Z czerwono żarzących się ciał promienie pozaczerwone nie przechodzą przez ośrodki oka. Pozaczerwone promienie światła elek-

trycznego w większej ilości przechodzą do siatkówki, aniżeli promienie widzialne. Promienie pozaczzerwone ulegają pochłonięciu tylko przez grubą warstwę wody. Ponieważ światło elektryczne więcej posiada takich promieni, które dochodzą do soczewki i siatkówki, aniżeli naturalne światło, bardzo możliwem wydaje się być autorowi, że promienie pozaczzerwone mogą być czynnikiem przyczynowym pewnych zewnętrznych i wewnętrznych chorób oka. Szczególnie prawdopodobnem wydaje się to być autorowi przy powstawaniu zaćmy u wydymaczy szkła.

Pseudotumor tęczówki u dziecka. (Pseudotumor der Iris bei einem Kinde). S. Ginsberg i P. Cohn (Berlin).

W przedniej komorze oka zanikającego w następstwie zapalenia ciała rzęskowego znajdował się guzek wychodzący z tęczówki. Drobnowidowo składał się z komórek olbrzymich i kryształów cholestearyny. Przyczyna niejasna.

Revue Générale d'Ophtalmologie. R. 1912. Nr 1—6.
(Referent K. W. Majewski).

Zanik nerwu wzrokowego i mięsak oczodołu. (Atrophie optique et sarcome orbitaire). Charlet.

Przypadek odnosi się do 19-letniej kobiety, która zgłosiła się do kliniki okulistycznej w Montpellier z objawami rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego na oku prawem. Ponieważ równocześnie okazywała białkomocz, przeto w braku innych miejscowych, lub ogólnych przyczyn przypuszczano zrazu, że zanik nerwu pozostaje w związku z chorobą nerek. Po kilku miesiącach jednak oko prawe zupełnie już ociemniałe zaczęło występować z oczodołu i już wtedy badanie rynologiczne wykazało obecność nowotworu wyrastającego z komórek kości sitowej. Nowotwór powiększał się we wszystkich kierunkach i okazywał wszelkie znamiona kliniczne mięsaka. Z przyzwoleniem na operację chora długo zwlekała, a tymczasem guz przybrał ogromne rozmiary i wypełnił całą prawą połowę jamy nosa, jamę Highmora, *carum pharyngo-nasale*, a wreszcie zajął oczodoł, wypychając gałkę oczną zresztą zupełnie nienaruszoną i nie okazującą, po zaniknięciu nerwu wzrokowego, żadnych innych zmian wziernikowych, do tego stopnia ku przodowi i zewnątrz, że tylny jej biegun znajdował się na zewnątrz od płaszczyzny skroni. Przy operacji pokazało się, że cała prawie kość klinowa była już zniszczoną, a na-

ciek nowotworowy przechodził na opony mózgowie. Chora zmarła w kilka godzin po operacji. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie drobnokomórkowego mięsaka ze skąpą ilością tkanki łącznej i z wielką przewagą komórek o typie embryonalnym, czem się tłumaczy szybki wzrost nowotworu i jego szczególna złośliwość. Na uwagę zasługuje w tym przypadku niezwykle długi, bo 9-cio miesięczny okres, w którym nowotwór, nie zdradziwszy niczem swojej obecności, doprowadził do zupełnego zaniku prawego nerwu wzrokowego, poczem nagle prawie przeszedł w okres szybkiego wzrostu.

Wybór metody blefaroplastyki. (Du choix d'un procédé de Blepharoplastie). Rollet.

Rollet podał cały szereg sposobów wykonywania blefaroplastyki dla przypadków, w których chodzi albo o należyte ułożenie powieki odwiniętej przez bliznę, albo o odtworzenie powieki odciętej przy wyluszczeniu złośliwego nowotworu. W pierwszym razie wykonywa plastykę zapomocą dwóch lub czterech płatów skórnych uszypułowanych, w drugim razie, zwłaszcza, jeśli chodzi o powiekę dolną zaleca t. zw. blefaroplastykę »szufladkową« (*Blepharoplastie à tiroir*, por. Post. okul. 1906 r. nr 6—7, str. 215). Dla zastąpienia spojówki przeszczepia autor zazwyczaj błonę śluzową z jamy ust. W niektórych razach, gdzie ubytki są głębsze i potrzeba do ich pokrycia większej ilości skóry, a nieraz i tkanki podskórnej tłuszczowej, posługuje się autor zmodyfikowaną metodą włoską Tagliacozzi'ego, przyczem używa do umocowania ramienia na wysokości oka nie przyrządu Bergera, zrobionego ze skóry i lasiemek, lecz zwyczajnego opatrunku gipsowego. Tam, gdzie z powodu raka lub innego nowotworu złośliwego koniecznym jest i wypatroszenie oczodołu i odejście powiek wyściela Rollet cały oczodoł przeszczepioną skórą, która się zazwyczaj bardzo dobrze przygaja. Dzięki tym śmiałym pomysłom operacyjnym może on pokrywać bardzo nawet znaczne ubytki i dlatego nie cofa się przed operacją nawet w przypadkach znacznie rozrośniętych nowotworów złośliwych, które inaczej należałoby uważać za nienadające się do operacji.

Badania doświadczalne nad rzeżączkowemi zakażeniami oka. (Recherches expérimentales sur les infections oculaires par le gonocoque). Rollet i Aurand.

Do doświadczeń swych używali autorowie królików, którym bądźto wprowadzali do różnych części oka świeże hodowle gonokoków, bądźteż wstrzykiwali gonotoksynę. Tak w jednym, jak i w dru-

gim szeregu doświadczeń otrzymywali przeważnie wyniki dodatnie. Podobnie jak u człowieka zakażenie rzeżączkowe wywołuje u królików plastyczne zapalenie tęczówki ze znacznym wysiękiem do przedniej komory i zaćmieniami w ciele szklistem. Z łatwością otrzymywali również zmiany zapalne w nerwie wzrokowym i w siatkówce, znane również w patologii ludzkiej. Z doświadczeń autorów wynika, że czynnikiem wywołującym stany zapalne w oku są w pierwszym rzędzie gonotoksyny, przynajmniej nie można było nigdy w ogniskach zapalnych wykazać obecności dwoinek, podobnie, jak nie można ich znaleźć u człowieka w wysiękach ocznych przyrody rzeżączkowej. U królika zmiany, zwłaszcza w przednim odcinku usadowione goją się szybko samoistnie, co autorowie przypisują wysokiej ciepłocie ciała. Po niektórych szczepieniach wśród ocznych, tak hodowli, jak jadu powstawały ogniska przerzutowe w postaci zgorzelin jelit, drobnych ropni w wątrobie, w zropieniach gruczołów podszczękowych i króliki padały wskutek zakażenia ogólnego.

Pierwotna zmiana kiłowa na powiece i na brodzie. (Chancre syphilitique de la paupière et du menton). Rollet i Genet.

Przypadek odnosi się do młodego Araba, u którego powstały równocześnie dwa typowe wrzody pierwotne, jeden na skórze powieki dolnej, drugi pod kącikiem ust w pewnym oddaleniu jednak od błony śluzowej warg. Gruczoły przeduszne, podszczękowe i szyjne silnie zajęte. Badanie bakteriologiczne wykazało w obu wrzodach obecność licznych krętków białych. Wkrótce pojawiła się na tułowiu i kończynach plamista osutka. Wrzody zabiżniły się bardzo szybko po dwukrotnym podaniu 0.5 arsenobenzolu, który autorowie od pewnego czasu stosują prawie wyłącznie *per rectum*. Wlewają oni zapomocą długiego drenu głęboko do wypróżnionej poprzednio odbytnicy salwarsan we w fizyologicznym roztworze soli z dodatkiem kilkunastu kropeł nalewki makowej. Ten sposób podawania salwarsanu daje im w przypadkach ocznych zmian kiłowych dobre i szybkie wyniki.

Mierzenie wytrzeszczu gałek ocznych. (Wytrzeszcz przy zaniku n. wzrokowego). (Mensuration des protrusions oculaires. [L'exophtalmie dans l'atrophie optique]). Rollet i Durand.

Po przedstawieniu rozmaitych dotąd polecanych sposobów mierzenia wytrzeszczu gałek ocznych i opisie różnych przyrządów do tego celu służących podają autorowie przyrząd własnego pomysłu, który jest odmianą i uproszczeniem znanego trzeszczomierza

Hertla. Punktami oparcia przyrzędu są tutaj również zewnętrzne krawędzie kostne oczodołu. Liczne pomiary przekonały autorów, że osadzenie gałek ocznych należy uważać za prawidłowe wtedy, jeśli szczyt rogówki wystaje na 12—14 mm przed zewnętrzną krawędź oczodołu. Jeśli wystawanie to wynosi więcej niż 14 mm, wtedy można mówić o wytrzeszczu (*exophthalmus*), jeśli mniej niż 14 mm, wtedy mamy do czynienia z okiem zapadłym (*enophthalmus*). W przypadkach krótkowzroczności znajdowali autorowie bardzo często, zależnie od stopnia wady, mniejszy lub większy stopień wytrzeszczu. W przypadkach dalekowzroczności prawie stale wyraźny *enophthalmus**). Poza licznymi przypadkami wytrzeszczu z powodu nowotworów, otoków śluzowych, krwiaków, ropni pozagałkowych i innych zmian w oczodole, oprócz kilkunastu przypadków choroby Basedowa, zebrali szereg spostrzeżeń odnoszących się do przypadków zaniku nerwu wzrokowego, w których stale prawie stwierdzali wybitny wytrzeszcz gałki. Powstawanie tego nieznanego dotąd objawu towarzyszącemu zanikowi nerwu wzrokowego jest zupełnie niejasne. Dla niektórych przypadków przypuszciliby można niedowład lub przynajmniej osłabienie tonicznego napięcia zewnętrznych mięśni ocznych. Dodać należy, że tylko u pewnej części chorych istniał wład rdzenia. U innych z wyraźnym wytrzeszczem zanik pochodził z wielorakich innych przyczyn, które same przez się nie mogłyby wysadzenia oczu spowodować.

Wartość radiografii dla wykrywania ciał obcych w oku. (Valeur de la radiographie pour la recherche des corps étrangers intraoculaires). Arcelin.

Chodzi tu oczywiście o ciała obce metaliczne, a więc odpryski stali, żelaza, mosiądzu, miedzi dla promieni Roentgena zupełnie nieprzezroczystych. Autor wskazuje na trudności, jakie częstokroć nastrocza rozpoznanie mimo wielkiego udoskonalenia radiografii. Wykazuje na przykładach, jak łatwo o zupełnie błędne orzeczenie, jeśli zarówno przy zdjęciu, jak i przy wywoływaniu radiogramu nie postępuje się z dostateczną skrupulatnością.

*) Mojem zdaniem nie można tu mówić ani o *exophthalmus*, ani o *enophthalmus*, pojęcia te bowiem odnoszą się do przemieszczenia gałki ocznej w całości ku przodowi lub w głąb oczodołu, przyczem wielkość gałki nie potrzebuje być wcale zmieniona. Przy myopii, jeśli szczyt rogówki bardziej wystaje przed zewnętrzną krawędź oczodołu, to, zależy to nie od przemieszczenia gałki w całości, lecz od jej powiększenia. Tak samo przy hypermetropii osadzenie oka jest zupełnie prawidłowe, a mniejsze wystawanie rogówki, zależy wyłącznie od małych rozmiarów gałki, w szczególności od zmniejszenia jej wymiaru strzałkowego.

Przyp. ref.

Zwłaszcza, przy bardzo małych rozmiarach ciała obcego wynik poszukiwań radiograficznych może być chybiony, a jednak odpowiedzialność w tych wypadkach jest bardzo wielka, bo od wykazania obecności lub nieobecności ciała obcego w oku zależy zazwyczaj postawienie co do operacji, a temsamem los zranionego, a nieraz i drugiego oka. W przypadkach odprysków miedzi, mosiądzu, brązu, w których sideroskop nie może dać żadnej odpowiedzi, głos rozstrzygający należy do radiografii. Tymczasem najmniejszy ruch oka w czasie ekspozycji wystarcza, ażeby na płycie cieni małego odprysku został zupełnie rozmazany i zatarty. Przed możliwością takiego poruszenia nie ustrzeże nas ani bezwzględne ustalenie głowy, ani tem mniej polecenie wpatrywania się w określony punkt. Jedynie skrócenie do *minimum* czasu ekspozycji i sporządzanie kilku zdjęć może zapobiedz pomyłkom z tego źródła pochodzącym. W każdym razie autor nie radzi nigdy li tylko na podstawie ujemnego wyniku badania radiograficznego wykluczać bezwarunkowo obecność małego ciała obcego w oku.

Jeżeli radiogram wykazuje wyraźny cień odprysku, powstają dalsze pytania. Jakie jest umiejscowienie i jaka wielkość ciała obcego? Badanie sposobem Grossmana pozwala na określenie usadowienia odprysku z dokładnością, wystarczającą do orientacji operatora, natomiast z orzeczeniem co do rozmiarów ciała obcego należy być bardzo ostrożnym. Obliczenie wymiarów z wielkości cienia z uwzględnieniem stożkowego powiększenia tegoż nie przedstawiałoby większych trudności, gdyby nie to, że w odpryskach podługowatych, zależnie od ich ułożenia względem płaszczyzny rzutu, może zajść znaczne skrócenie cienia. O tem źródle błędów nie należy nigdy zapominać.

Więstnik oftalmologii. R. 1912. Kwiecień i maj. (Ref. Dr M. Szafnicki).

Spostrzeżenia nad działaniem salwarsanu w praktyce ocznej. Dr med. G. E. Wygodzki.

Autor stosował »606« w 10-ciu przypadkach zaniku nerwu wzrokowego, w 1-m przypadku zapalenia n. wzrokowego, w 3 — zapalenia tęczówki, w 9 — zapalenia miąższowego i 8-u przypadkach porażenia mięśni zewnętrznych. Na podstawie spostrzeżeń nad tymi przypadkami przychodzi autor do następujących wniosków. Nawet jeśli salwarsan zawiódł pokładane w nim nadzieje, to jednak nie należy go zupełnie usuwać z lecznictwa ocznego,

do czego wielu okulistów ma skłonność. Szkodliwego działania »606« na narząd wzrokowy z pewnością jeszcze nikt nie stwierdził, a korzyść, szczególnie równocześnie ze stosowaniem rtęci i jodu, w wielu przypadkach daje się spostrzegać, zwłaszcza przy zapaleniach tęczówki, naczyńówki, nerwu wzrokowego. w niektórych przypadkach zapalenia miąższowego rogówki, a czasami i przy świeżych porażeniach zewnętrznych mięśni ocznych. Autor uważa za bardzo pożyteczne przy zapaleniu miąższowem u dzieci równoczesne stosowanie salwarsanu i rtęci, ponieważ »606« przeciwdziała osłabieniu organizmu u tych wątłych chorych, co często powoduje wyłączne leczenie rtęcią. Najmniej pewnie działa »606« w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego. W każdym razie konieczne są dalsze spostrzeżenia zupełnie bezstronne nad tym środkiem.

Salwarsan w praktyce ocznej. J. Warszawski.

Autor spostrzegł 24 przypadki. Przychodzi do tych samych wniosków, co Igersheimer. Uważa, że neurorecydywy występują zupełnie niezależnie od leczenia salwarsanem.

Obecny stan kwestyi stosowania salwarsanu w okulistyce. W. P. Strachow.

Autor stosował »606« w 10 przypadkach. Uważa, że środek ten czasem pomaga, równie często pozostaje bez skutku, a nawet może zaszkodzić. Jest zdania, że nie należy go stosować w połączeniu z jodem i rtęcią, a tylko sam, żeby się przekonać o jego rzeczywistej wartości.

W kwestyi etyologii gradówki F. A. Rzaniczn.

Autor, w kilku przypadkach, badanych przez siebie zapomocą antyforminy, znajdował bardzo nieliczne prątki Koeha i podziela zdanie Baumgartena, że prątki te często są obecne, ale wskutek nieznacznej ilości uchodzą uwadze badającego.

Badanie refrakcyi ocz u różnych kręgowców. Dr med. Karo Sysojew.

Autor badał 120 zwierząt domowych zapomocą skiaskopii. Znajdował z wyjątkiem dwóch przypadków krótkowzroczności, dalekowzroczność, która u młodych zwierząt była silniejsza i w czasie kilkutygodniowych spostrzeżeń zmniejszała się.

Zaburzenia wzroku przy zatruciu spirytusem drzewnym. A. S. Czemołosow.

Autor opisuje dwa odnośne przypadki, z przebiegiem już wielokrotnie opisanym w literaturze, a następnie podaje wynik

9-ciu doświadczeń z tą trucizną przeprowadzonych na królikach. Posuwa się autor w swem mniemaniu może za daleko, upatrując przyczynę tak częstych zaników nerwu wzrokowego w bezwiednem nieraz stosowaniu spirytusu drzewnego jako domieszki do różnych kosmetyków, wód kolońskich i likierów.

Uszkodzenia ócz na podstawie statystyki tomskiej kliniki ocznej z lat 1907—1911. P. Czysliakow.

Autor spostrzegł na 16.000 chorych 396 uszkodzeń oka. Najczęściej, bo w 41·6% zdarzało się skałeczenie przedmiotem tęnym, w 22% powodem uszkodzenia były ciała obce, w 13·3% — rany kłute, w 8·8% — rany postrzałowe, w 9·8% — oparzenie, w 3·2% — wybuch.

Jaglica w gubernii Woroneskiej. W. K. Czerwiński.

1·15⁰/₀₀ ludności choruje na jaglicę. Procent z roku na rok pomimo leczenia się zwiększa, w południowych powiatach jest stale większy. Przyczyny tego autor doszukuje się w mniejszej ilości opadów atmosferycznych, gliniastym składzie gleby i więcej rozwiniętem wychodźstwie do sąsiednich gubernii na robotę.

Przypadek podoponowego guza nerwu wzrokowego. (Elephantiasis neuromatodes Emmanuela). L. P. Astwacaturow.

Przypadek dotyczył kobiety 21-letniej. W przeciągu tygodnia oko wśród bólu i pieczenia szybko urosło i chora przestała niem widzieć. Stan bez zmiany trwał 5 lat. Autor w tym czasie widział tę kobietę. Usunął gałkę wraz z guzem. Ten ostatni zajmował cały oczodół i był wielkości dużej śliwki, a cała gałka spłaszczona przemieszczona była ku przodowi. Guz ten otoczony był oponą twardą i ściśle od niej odgraniczony. Utkanie przedstawiało przerost wszystkich tkanek wchodzących w skład nerwu wzrokowego.

Następowa jaskra przyostra usunięta niezwykłym sposobem operacyjnym. Dr med. S. L. Segal.

Do autora zgłosił się chory z powodu silnych bólów oka lewego. Okiem tym nie widział od pięciu lat po urazie, a bóle występowały przed półrokiem. Autor znalazł: p. k. bardzo płytka, *ad maximum* rozszerzona, na światło nie oddziałuje, w ciałku szklistem wolno poruszającą się soczewkę, a napięcie silnie wzmożone. V l. o. 0. Zaproponował choremu wyjęcie oka celem zapobieżenia zapaleniu sympatycznemu, a gdy chory się na to nie zgodził, wykonał wyjęcie soczewki. Wobec szczególnych warunków zabieg przeprowadził w ten sposób, że posadził chorego na krześle i sil-

nie pochylił głowę jego ku przodowi, a sam, siedząc u nóg operowanego, nakłuł rogówkę nożem graefowskim przy rąbku, rozciął następnie nożyczkami tęczówkowemi na pewnej przestrzeni rogówkę i, uciskając na brzegi rany, wygniół soczewkę. Równocześnie wypłynęło trochę ciała szklistego, przechylił natychmiast głowę ku tyłowi i założył opaskę. Kilka dni przy zmianie opaski w ranę pokazywał się skrzep krwawy, lecz ostateczny wynik był bardzo dobry. Po kilku tygodniach rogówka się nieco zmniejszyła, a bóle zupełnie ustąpiły.

III. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. pryw. Dr Schreiber w Heidelbergu mian. prof. nadzw.

Prof. Hertel w Strasburgu powołany do Marburga.

Dr Orlandini w Sienie habilitował się w Rzymie.

Prof. Leber w Heidelbergu obchodził 50-letnią rocznicę doktoryzacji.

Prof. Dr Karol Hoor w Budapeszcie otrzymał tytuł szlachecki z przydomkiem Horacz.

Dr Jerzy Lenz, starszy lekarz kliniki i polikliniki dla chorych ocznych w Wrocławiu, otrzymał tytuł profesora.

IV. OD REDAKCYI.

Panom referentom przypominamy łaskawej pamięci Postęp okulistyczny.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Lipiec. Sierpień.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
----------------------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O półksiężycowych skórzakach tłuszczakowych spojówki.

Podał

Dr med. KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Przyp. 1-szy. N. N. 12-letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe. W lewym oku przy wzroku wprost przed siebie skierowanym spostrzegamy tylko jakby obrzęk powiek w okolicy spoidła zewnętrznego powiek, w zewnętrznym zaś kącie szczeliny powiek jakby brodaweczkę. Po rozszerzeniu szpary powiek spostrzegamy postaci półksiężyca, którego wklęsły zgrubiały i zaokrąglony brzeg skierowany jest ku rogówce. Fałd bierze początek od górnego załamka spojówki o 4 mm ku wewnątrz od spoidła zewnętrznego, udaje się ku miejscu odpowiedniemu dolnego załamka spojówki i znajduje się za spoidłem zewnętrznym. Barwa fałdu wszędzie jednostajna, biała, różowa, z wyraźnym żółtawym odcieniem. Przy odwodzeniu gałki fałd zupełnie się chowa za spoidłem, broda-

weczka w kącie położona staje się niewidoczną. Przeciwnie przy przywodzeniu gałki fałd staje się bardzo widocznym w szczelnie powiek i na gałce, wprawdzie nie dochodzi do brzegu rogówki prawie o 1 cm. Ruchy gałki zupełnie prawidłowe, $V=1$, łamliwość miarowa. Matka utrzymuje, iż pewną obrzękłość powiek spostrzegła już od piątego roku życia, stopniowo się ona zwiększała, a przed pół rokiem dostrzeżono w kącie szpary brodaweczkę.

Ze względu, że zmarszczka była wszędzie ściśle połączona ze spojówką, wyciąłem jej całkowicie, nie zakładając szwów. Nie była ona wcale połączona z tkanką tłuszczową oczodołu.

Po 4 dniach nastąpiło zupełne wygojenie.

Zmarszczek wycięty miał długości prawie 3 cm, 2 cm szerokości, grubości prawie tyle: zalałem go do celoidyny i dokonałem szeregu skrawków. Na cięciach środek zmarszczki stanowiła tkanka tłuszczowa, w której znajdowały się przegródki dość grube, te zaś dzieliły ją na mniejsze lub większe zraziki. W przegródkach znajdowały się naczynia krwionośne i nerwy, ku obwodowi przegródki łącząc się ze sobą tworzyły dokoła tkanki tłuszczowej jakby torebkę, w której włókna przybierały kierunek przeważnie prostopadły do dłuższej osi fałdu. W ten sposób powstawała warstwa zwięzłej tkanki łącznej niejednostajnie gruba, w której znajdowały się niezbyt liczne grubsze względnie tętnice i żyły i bardzo niewiele płaskich komórek. Ponad tą warstwą ku obwodowi znajdowała się cienka warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, obfita w komórki, liczne drobne tętniczki i żyły i gęstą sieć naczyń włosowatych. Tę warstwę bezpośrednio pokrywał przybłonek komórki warstwy jego wewnętrznej, postać miały przeważnie sześcienny, rzadziej walcowaty i najzupełniej odpowiadały warstwie podstawowej skóry. Utwory do brodaweczek skóry zbliżone rzadko dawały się napotykać, natomiast komórki podstawowe na cięciach rzadko bardzo tworzyły linię zupełnie równą, przeważnie bardzo falistą ku zewnątrz od warstwy komórek podstawowych znajdowały się 2-3 szeregi komórek bardziej okrągłych.

Co się zaś tyczy warstw zewnętrznych, te miały budowę nie wszędzie jednostajną. Mianowicie na zewnętrznej powierzchni fałdu i na brzegu jego komórki ku powierzchni były coraz bardziej płaskie, niektóre z nich miały wygląd ziarnkowaty (zawierały kerato-hyalinę) wreszcie na samej powierzchni komórki były bardzo płaskie, jądra zaś ich miały na cięciach postać laseczek. Zrogowaciałych komórek wszakże nie spostrzegałem. Przybłonek który pokrywał wewnętrzną powierzchnię fałdu, znacznie był grubszy, warstwy jego powierzchniowe stanowiły bardzo wysokie komórki pucharowe.

Jakkolwiek nawet przy użyciu lupy powierzchni zmarszczki zupełnie była gładką, to jednak w tkance samej znajdowały się liczne bardzo drobne włosy o typie mehu (lanugo), których cebulki zawsze były ułożone w przegródkach warstw powierzchniowych tkanki tłuszczowej. Obok włosków znajdowały się słabó rozwinięte gruczoły łojowe. Zraziki gruczołów tych składały się zwykle tylko z kilku komórek, które nadto zawierały bardzo mało ziarenek tłuszczowych w głębszych przegródkach tkanki tłuszczowej znajdowałem bardzo drobne kaszaki, dokoła otoczone przez komórki olbrzymie, które nadto wstępowały do ich istoty.

Przyp. 2-gi. P. S. 14-letnia. Prawe oko prawidłowe. Wygląd lewego oka mało się różnił od pierwszego przypadku. Po rozszerzeniu szpary widoczny był fałd półksiężycowy mający skierowany ku rogówce gładki zgrubiały brzeg. Odeleń miał bardziej żółtawy, a wygląd zeskróniały. Znajdował się również za spoidłem zewnętrznem powiek, ku górze i ku dołowi przechodził stopniowo w załamki spojówki obu powiek. Matka utrzymuje, że przy ruchu zbliżonym oczu spostrzegała utwór ten już w 3-cim roku życia. Po znieczuleniu kokainą, wyciąłem guz całkowicie, gdyż wszędzie był on ściśle zrosnięty ze spojówką, nie zakładając szwu. Wygojenie nastąpiło rychło.

Wycięta zmarszczka miała długości 2 cm, szerokości 1 cm, grubości 0·8 cm. Powierzchnia jej była zupełnie równą i gładką.

Na cięciach poprzecznych istotę wyciętej zmarszczki stanowiła przeważnie tkanka tłuszczowa, którą liczne przegródki ze zwykłej tkanki łącznej zawierające liczne tętnice i żyły dzieliły na zraziki bardzo rozmaitego kształtu i wielkości ku obwodowi przegródki łączyły się razem, tworząc dokoła istoty tłuszczowe; torebkę grubości 1,5 mm ze zwykłej tkanki łącznej, która zawierała liczne włókna sprężyste i względnie bardzo niewiele komórek. Pęczki włókien kierunek miały równoległy z powierzchnią fałdu, ku zewnątrz znajdowała się cienka warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, obfitującej w komórki i naczynia krwionośne. Tę dopiero warstwę pokrywał przybłonek komórki warstwy jego wewnętrznej postać miały sześcienną. Bardzo rzadko stanowiły one na cięciu linię równą, najczęściej wężykowatą, w wielu bardzo miejscach widoczne były twory bardzo zbliżone do brodaweczek skóry, rzadziej znacznie zupełnie prawidłowe brodaweczki. W kierunku ku powierzchni nad warstwą podstawową znajdowały się 3—5 warstw komórek bardziej okrągłych, ku powierzchni bardziej płaskich, widoczne też były komórki zawierające keratohyalinę, jakkolwiek były one odosobnione i nigdy nie stanowiły całkowitej warstwy. Wreszcie komórki warstwy powierzchniowej były zupełnie płaskie, jądra ich na cięciach wyglądały jak łaseczki. Obok załamków spojówki znajdowały się liczne komórki puharowe.

Jakkolwiek na powierzchni zmarszczek niepodobna było dojrzeć włosków, to jednak w utworze znajdowały się one, chociaż były bardzo nieliczne i słabo rozwinięte. Cebulki ich były ułożone w warstwie właściwej skóry. Gruczoły łojowe były również bardzo słabo rozwinięte — o 2—3 zrazikach, z których w każdym nacięciu spostrzedz można było ledwo 2—3 komórki, te zaś wcale prawie nie zawierały ziarek tłuszczowych. Natomiast znalazłem w tym przypadku chociaż bardzo nieliczne, lecz natomiast zupełnie dobrze rozwinięte gruczoły potowe.

Oczywiście oba opisane przypadki co do budowy swej stanowią zupełne skórzaki, ze względu zaś na przeważającą

ilość tkanki tłuszczowej słusznie może nazwać je skórzakami tłuszczakowymi.

W r. 1897 Nobbbe (Arch. f. Ophthalm. XXIV. 2) podzielił skórzaki, względnie potworniaki spojówki oka na trzy działy: 1) skórzaki pogranicza rogówki i twardówki; 2) zmarszczka przejściowego spojówki; 3) mięsaka łzowego. Najczęściej napotykamy skórzaki brzegu rogówki; skórzaki, względnie skórzaki tłuszczakowe i dość zresztą wątpliwe wyłączone tłuszczaki spojówki gałki o wiele są rzadsze. Tak v. Reuss w roku 1891 (Wien. klin. Wochenschrift Nr 6) w literaturze znalazł tylko 30 przypadków. Podział Nobbego uznał za słuszny również Saemisch (Handb. d. gesamt. Augenh. v. Bd. Abth. I str. 604). Określa on co prawda miejsce powstawania potworniaków w spojówce, z którym poniekąd są połączone pewne zmiany spostrzegane w ich budowie. Mianowicie, gdy w potworniakach rąbka spojówki znajdujemy przeważnie pierwociny skóry, potworniaki spojówki właściwe; obfitują raczej w tkankę tłuszczową i tem się jeszcze różnią, iż jakkolwiek wrodzone, po pewnym czasie zaczynają się rozrastać. Obfitość wielka tkanki tłuszczowej była powodem, iż niektórzy za przykładem Mackenzie'go (Traité d'ophtalm. Warlomont) uznają w nich li tylko tłuszczaki. Po Mackenzie uczynił to Graefe i wypowiedział zdanie, iż zawsze znajdują się one pomiędzy mięśniami prostymi górnym, a zewnętrznym i stanowią tylko ciąg dalszy tkanki tłuszczowej oczodołu.

Z późniejszych autorów w obrębie czystych tłuszczaków spojówek wystąpili: Hoch (Prag. med. Wochenschr. 1877 Nr 10), Brault (Arch. d'ophtalm. 1897 str. 440), Rogmann (An. d'ocul. CXXIX str. 81), Quereghi (Arch. d'ophtalm. 1878 X. str. 15); Lagrange (Arch. d'ophtalm. XX, str. 299 1900), Ahlström (Beiträge Deutschmann 1904). str. 64. Bourgeois (Ophth. prov. 1906 str. 505), Pes (Congr. d. ottalm. ital. 1907), Rochot (Nedera, Tijdschn. 1907, str. 307), Rollef (The d'ophtalm. 1901, str. 481) i Sokolow (Wien. d'ophtalm. 1907, str. 682). Lagrange

utrzymuje, iż również słusznie przyznać możemy wrodzone tłuszczaki jak też wrodzone skórzaki.

W r. 1883 (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 295). Hirschberg i Birnbacher w swoim przypadku, gdzie skórzak występował ku zewnątrz jakby w postaci utworu półksiężycowego położonego w okolicy skroniowej gałki, który jednakże nie dochodził do rogówki, znaleźli wyraźne pierwociny skóry, brodaweczki i włosy i słusznie zwrócili uwagę na okoliczność, iż utwór bynajmniej nie był położony, jak to utrzymywał v. Graefe pomiędzy mięśniami górnym a zewnętrznym. Pod względem budowy należał on do skorzaków, tkanka zaś tłuszczowa w którą utwór obfitował, bynajmniej nie była połączoną z tkanką tłuszczakową oczodołu. Ze względu na obfitość tkanki tłuszczowej nazwali oni utwór ten skórzakiem tłuszczakowym. Przedtem jeszcze Atken (Brit. med. Journal 4 Febr. 1882), a niebawem Wicherkiewicz (Centralbl. f. prakt. Augenh. 1884, str. 19) spostrzegali utwory takie w dolnym wycinku gałki. Zaprzeczono tu wyłączności powstawania utworów w części górnej i zewnętrznej gałki z innych stron również.

W r. 1886 Bögel przyznał (Arch. f. Ophth. XXXII, 1 str. 129), iż utwory te powstają w okolicy kąta zewnętrznego powiek i stanowią bądź zwykłe skórzaki, bądź utwory pokryte przybłonkiem, a składające się ze skóry, obfitej tkanki tłuszczowej, nerwów i licznych gruczołów gronowych w r. 1887 opisałem (Wiadomości lekarskie) przypadek tłuszczaka podspojówkowego, w którym w obrębie wąskiego pasemka znalazłem jednak budowę zupełnej skóry, z włosami i gruczołami. Riezke (Arch. f. Augenh. XXII, str. 239, 1891) doradzał również dokładne badanie guza. Nobbe zaś (l. c.) w obszernej swej pracy określa przypadki swoje jako półworniakowe utwory o wyraźnych znamionach skórczakowych, źródła których w tkance oczodołu bynajmniej szukać nie należy (str. 351). Zdanie to podziela ją również Contino (Clinica oculist. str. 118, 1900) i Friedland (Beiträge Deutschmann, zes. 44). Nobbe udowodnił nadto, że w 66% przypadkach skórczaków spojówki

sposstrzegać się nadto dają inne wady skóry. Najczęściej spostrzegano zupełne szpary powiek, lub wręby ich brzegów, korektopię, szpary w naczyniówce, wady w okolicy plamy żółtej, porażenie mięśni okoruchowych, w skórze zaś — brodawki, tłuszczaki, a w jednym przypadku *Ichthyosis hystrix*. Nadto w utworach tych znajdowano jeszcze inne tkanki, obecność których bardziej jeszcze świadczyła o potworniczej ich budowie, mianowicie chrząstkę, nawet kość (Friedland, Continno), tkankę mięśniową gładką i poprzecznie prążkowaną, pęczki nerwów. Dalej często znajdujemy wzmianki o obecności gruczołów gronowych. Spostrzegali je Bögel (l. c.), Talko (klin. Monatsbl. f. Augenh. 1888, str. 20), Wallenberg (Ueber die Dermoidgeschwülste des Auges Diss. 1880), Riecke (l. c.), Baquis (Arch. d'ophtalm. 1906) i Sokołow (l. c.). Ten ostatni autor przypuszczał nawet osobną postać utworów skórzakowych i zarazem gruczołowych. Nadmienić wszakże wypada, iż gruczoły znajdowano zwykle w pobliżu kąta zewnętrznego i zmarszczki przejściowej, czyli miejsc, w których znajdują się zwykle gruczoły Krauzego i dodatkowe łzowe, od których pod względem budowy niczem się one nie różniły. Nie należy jednak zapominać, że Gallenga znajdował takie gruczoły w zupełnie odosobnionych skórzakach brzegu rogówki (Ann. d'ocul. XCV str. 215, 1885). Różnicę zdań co do tego, czy mamy w spojówce li tylko prawdziwe skórzaki, czy też niekiedy przynajmniej wyłącznie tłuszczaki chce poniekąd wyrównać Lagrange twierdząc, że tłuszczaki mogą być również wrodzone i bynajmniej nie stanowią ciągu dalszego tkanki tłuszczowej oczodołu, a są one zresztą bardzo rzadkie.

Zatem co do miejsca, w którym powstają skórzaki a tłuszczaki w spojówce, wiemy, iż Graefe niesłusznie utrzymywał, że jedynym miejscem dla nich jest wycinek górny i zewnętrzny, gdyż spostrzegamy je ku zewnątrz, ku dołowi, ku górze i ku wewnątrz, chociaż w istocie w miejscu przez Graefego wskazanem, najczęściej je napotykamy. Dalej podział skórzaków spojówki wprowadzony przez Nobbego również nie da się zastosować do wszystkich znanych przypadków. Wyżej nad-

mieniłem, że Atken i Wicherkiewicz spostrzegali, iż utwory skórzakowe w spojówce nadto w dolnym wycinku położone, dochodziły do rogówki. W przypadku Talki guz pochodził od załamka górnego w okolicy skroniowej, lecz zajmował nadto połowę rogówki. To samo spostrzegali Collomb (Soc. franc. d'ophthalm. Mai 1905). W przypadku Fehra (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 202 1908) w okolicy skroniowej skórzak dochodził do oczodołu, ku wewnątrz zaś do brzegu rogówki, gdzie tworzył zmarszczkę niewielką, którą ją w części przykrywał, lecz dawał się ująć szczypeczykami. Jednocześnie skórzaki na brzegu rogówki i tłuszczaki skórzakowe w części obwodowej spojówki spostrzegali: Bögel, Fricke i Nobbé. Zasluguje na uwagę przypadek Wagenmanna (Arch. f. Ophthalm. LXIV str. (Festschrift Leber'a). Ku dołowi i ku wewnątrz skórzak znajdował się na brzegu rogówki. Na spojówce gałki ku górze i ku wewnątrz o 3 mm, od niego zaś wazkie pasemko udawało się ku załankowi górnemu spojówki. Jakkolwiek więc podział Nobbego nie da się zastosować do wszystkich przypadków skórzaków tłuszczakowych spojówki, bądź co bądź zasługuje on jednak na pewne uznanie.

Lecz mamy jeszcze jedną postać skórzaka tłuszczakowego spojówki, która zasługuje na pewne wyodrębnienie. Mianowicie gdy najczęściej stanowią one utwory mniej więcej płaskie na spojówce gałki, w niektórych przypadkach mają kształt zmarszczek. Przypadki takie spostrzegano oddawna. Już Ammon (klinische Darstellungen d. angeb. Krankh. des Auges) mówi o wrodzonym »rozroście« spojówki. Dubois (Ann. d'ocul. I. 34) i Fano (Ann. d'ocul. I. 49)—o dodatkowej czwartej powiece; Fronmüller (ctn. d'ocul. I. 26) o »ectropium« spojówki, Larcher (Thèse de Paris 1889)—o nierozwiniętej dodatkowej powiece. Zaliczyć tu również możemy wyżej przytoczone przypadki Birnbachera i Hirschberga, Nobbego (1 i 2-gi przypadek), Fehra 2-gi i 3-ci przypadki Lagrange'a.

Szczególłą uwagę zwrócił na nie Ewetzky (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 236 1908) i opisał szczegółowo pięć

własnych spostrzeżeń. Z tych w trzech w okolicy zewnętrznej znalazł na spojówce gałki żółtawej barwy zmarszczki półksiężycowe, wklęsłe ku rogówce, o brzegu białym, w części zeskorńiałym. Znajdowały się one za spoidłem zewnętrznym, ku górze i ku dołowi łączyły się z załamkami spojówki. Przy ruchach gałki brzegu zmarszczek zbliżały się, względnie oddalały się od rogówki, nigdy doń jednak nie dochodząc. Włosy na powierzchni wcale nie były widoczne. Z dwóch innych przypadków w jednym kącie zewnętrznym znajdował się żółtawy guz wielkości grochu, porośły włosami a połączony ku zewnątrz ze spoidłem zewnętrznym powiek, ku wewnątrz z fałdem spojówki barwy żółtawej, który ku górze i ku dołowi łączył się z załamkami. W drugim przypadku gruby fałd składał się jakby z dwóch części i posiadał włosy. Odległość jego od rogówki przy ruchach gałki znacznym ulegała zmianom. Nadto w spojówce spostrzegał trzy drobne plamy barwikowe; oko było małooczne. Wszystkie przypadki spostrzegał u dorosłych. Wywiady nie były zbyt pewne, w każdym jednak razie przynajmniej w trzech przypadkach utwory były bezwarunkowo wrodzone, we wszystkich zaś jakoby miały w krótkim przeciągu czasu znacznie się zwiększać. Z pięciu przypadków w czterech spostrzegano utwory te u kobiet. Budowa we wszystkich przypadkach dość była jednostajną. Przybłonek był wielowarstwowy. Komórki warstwy wewnętrznej nie zawsze były podobne do komórek podstawowych skóry, nadto często znajdował komórki puharowe, zwłaszcza w miejscach, gdzie spojówka tworzyła zagłębienia. W miejscach, które wygląd miały zeskorowaciały, komórki płaskie warstwy zewnętrznej przybierały postać naskórkowych. Tylko w jednym przypadku znalazł utwory przypominające brodaweczki skórne. W położonej pod przybłonkiem tkance łącznej wyraźnie występowały dwie warstwy: powierzchowna cienka z luźnej tkanki, obfitująca w komórki okrągłe i głębsze o grubych pęczkach z bardzo nielicznymi komórkami okrągłymi. Dobrze rozwinięte włosy znalazł tylko w dwóch przypadkach; w jednym przypadku tylko bardzo drobne włosy

dla oka gołego nie widoczne i nie posiadające gruczołów łojowych, w dwóch zaś przypadkach włosów wcale nie było. W jednym przypadku znalazł nadto spory gruczoł gronowy, mięśnie gładkie i prążkowane. Główną część utworów stanowiła tkanka tłuszczowa, dla której właściwa skóra tworzyła raczej tylko torebkę. Cebulki włosowe ułożone były niekiedy dopiero w przegródkach tkanki tłuszczowej. Zwraca dalej słusznie uwagę na okoliczność, że o budowie skórzaka dość stanowi sama tkanka skóry właściwej i przybłonek, dla określenia jej zaś nie jest bynajmniej niezbędną obecność włosów lub tembardziej gruczołów.

Utwory opisane przez siebie Ewetzky określa jako półksiężycowe skórzaki tłuszczakowe, lub skórzaki zmarszczkowe. Oczywiście może wyżej opisane przypadki zupełnie są do nich podobne, nadto stanowią bardziej początkowy okres rozwoju. Różnicę jaką spostrzegamy dostatecznie tłumaczyć może wiek osobników. Utwory skórzakowe we wszystkich przypadkach, dla których można było otrzymać pewne wywiady, zawsze były wrodzone, powiedzmy właściwie rozwojowe. Lücke wszakże udowodnił, że nie ulegając zmianom przez czas dłuższy, utwory te w wieku dorastania zaczynają rozrastać się. Moje przypadki spostrzegałem przed 15-tym rokiem życia, czyli w wieku wcześniejszym od okresu rozrostu utworów, co się zupełnie zgadza z wywiadami, które w obu przypadkach moich najzupełniej zasługiwały na wiarę. Co się tyczy sposobu powstawania utworów, odpowiedź nasza może być bardzo krótką — z tego, co dotąd wiemy o rozwoju powiek i spojówki, powstawania utworów tych wytłumaczyć sobie nie możemy.

Ostre przerzutowe zapalenie spojówki.

Napisał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Niewątpliwie każdy okulista spotyka się raz po raz ze zapaleniem tęczówki w następstwie pozostałości zapalenia cewki moczowej po ostrym wiewiórze, który tak samo jak i rzeżączkowe zapalenie spojówki wywołuje niekiedy przerzutowe zapalenia stawów.

Mniej natomiast znaną zdaje się być rzeczą, iż ostre zapalenie tryprowe powoduje niekiedy zapalenie spojówki i to bez zakażenia tejże bezpośredniego drobnoustrojami swoistemi, a jedynie za działaniem toksyn wytwarzanych w ustroju przez Neisserowskie dwoinki.

Wprawdzie Nedd en (Ergebnisse der allgem. Pathol. u. path. Anatomie 1910 p. 49) wyraża powątpiewanie, czy trucizny bakteryjne mogą bez wywołania zaburzeń ogólnych w takiej zachodzić ilości, któraby zdolną była na tej drodze szkodę oku wyrządzić. Sądzi natomiast, iż one jedynie odporność oka osłabiają, a tem samem wrażliwem czynią oko na szkodliwości zewnętrzne. Tschirkowski (Graefes Arch. f. O. LVIII. p. 77 i 155) któremu przez zapuszczenie bezpośrednie toksyn bakteryjnych do worka spojówkowego udało się wywołać zapalenie spojówkowe (dwoinki, gronkowce, *bacterium coli*) skłania się do przypuszczenia, iż przez tego rodzaju trucizny, bakterye, spoczywające w worku spojówkowym, jako saprofyty, uruchomione, działają szkodliwie.

W ostatnich czasach częściej jeszcze dają się słyszeć zapewnienia, dawane na podstawie spostrzeżeń, iż ostre zapalenie spojówkowe przerzutowe może wywołać rzeżączka. I tak Dawids (Über metastatische Konjunctivitis bei Gonorrhoeikern, Med. Klinik 1910 p. 979), zestawiawszy przypadki znane z literatury,

podaje własne spostrzeżenie odnośnie. U mężczyzny dotkniętego rzeżączką wystąpiło ostre zapalenie spojówki, w której wydzielinie, mimo ponownego badania ścisłego, nie znaleziono żadnych dwoinek rzeżączkowych. W kilka dni później wystąpiło zapalenie stawu barkowego, a nawet zapalenie tęczy. Wobec niejasnej etiologii skłania się autor raczej do przypuszczenia, że miał do czynienia z działaniem toksyn.

Zentmeyer zaś (*Metastatic gonorrhoeal conjunctivitis with report of a case. Pensylv. Med. Journ. April 1910*), opierając się na własnym spostrzeżeniu, dochodzi do następujących wniosków: 1) przerzutowe zapalenie rzeżączki występuje częściej, jakby się to zdawało, 2) w razach obustronnego ostrego zapalenia spojówki zawsze trzeba myśleć o związku przyczynowym, a 3) nawet gdyby się w worku spojówkowym dwoinki znalazły, trzeba w razie zapalenia wewińrowego cewki i obustronnego zapalenia spojówki, przyjąć raczej działanie przerzutowe, jako przyczynowe.

Podobne spostrzeżenie zrobił Rusche (*»Zur Kasuistik der Conj. gonorrh. metastatica Berl. Klin. Wochschrft 1910 p. 2386*).

Przed niedawnym czasem miałem sposobność spostrzeć w mej klinice przypadek, rzucający pewne światło na etiologię tego rodzaju zapalenia spojówki. P. X., słuchacz med., l. 24, zjawia się w dniu 14—16 maja ze silnym zapaleniem spojówki, którego się nabawił przed kilku dniami bez wiadomej przyczyny.

Badanie wykazało dość silne przekrwienie spojówki powiek, nabrzmienie ciała brodawkowego, lekkie przekrwienie spojówki gałki, gdy rogówki czystymi pozostały. Przepisano mu rozczyn sofolu do zastrzykiwań. Stan chorobowy ócz jednak wzmagał się, spojówki nabrzmiewały, wydzielina była niezbyt obfita, nitkowata. Badanie bakteryologiczne tejże nie wykazało ani gonokokków ani innych chorobotwórczych drobnoustroji. Ten sam wynik przy ponownem badaniu późniejszym, które atoli wykazało obecność czworniaka (*Sarcina flava*).

Wobec tego zagadkowego zapalenia badałem chorego szczegółowo ogólnie i stwierdziłem rzeżączkę cewki moczowej. Wygląd zapalenia spojówkowego przypominał nieco pochodzenie rzeżączkowe, jednak wydzielina spojówkowa jak przedtem tak i później nigdy drobnoustroji swoistych nie zawierała. Przepisałem choremu dalej stosowanie 2^o/_o sofolu, okłady z *Aqua Saturnina*, a wewnętrznie chininę.

Stan zapalenia szybko polepszał się, a zwłaszcza przekrwienie spojówki ustępowało, gdy nabrzmienie ciała brodawkowego silniejszym się stawało.

Do środków przepisanych dodałem stosowanie argentyminy w roztworach 5—10^o/_o. Poczem szybko spojówka przybierała prawidłowy wygląd tak, że chory uważał się po 10 dniach za wyleczonego. Gdy jednak w dniu 19. przedsięwziął większą przechadzkę w górach, stan znowu pogorszył się do stopnia, w jakim pierwotnie wystąpiło było zapalenie, co niewątpliwie miało związek z zaostreniem stanu zapalnego cewki moczowej. W wydzielinie spojówkowej znowu tylko *sarcina lutea*. Powrót do prawidłowego życia, leczenie cewki moczowej i stosowanie środków dawniejszych przeciw zapaleniu spojówki przepisanych, wkrótce i to zaostrenie usunęły doszczętnie.

Sądzę, że najmniejszej nie ulega wątpliwości, iż ostre to zapalenie, tak bardzo przypominające początkowe zapalenie spojówki rzeżączkowe, spowodowane było działaniem toksycznym, do czego podniechę dawało prawdopodobnie niewłaściwe zachowanie się dyetetyczne chorego wzgl. silniejszy ruch, jak w owem zaostrenieniu się sprawy po dłuższej przechadzce.

Samoistne zwichnięcie soczewki.

Podat

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Zwichnięcia soczewki, czy to do tylnej części gałki (ciałka szklistego) czy też rzadziej do przedniej komory, są zdarzeniami dość zwykłymi i nie zasługują na szczegółowe ich omówienie w piśmie fachowem. Jeżeli jednak mimo to poświęcę słów kilka zdarzeniu do rzędu powyższych należącemu, to dlatego tylko, że ono w swych szczegółach odbiega od zwykłych.

Łukasz Kleszcz przedstawił się w mej klinice po raz pierwszy w r. 1910 11. V. skarżąc się, iż miewa napadowe bóle głowy i to po stronie lewej od chwili, gdy przed dziećmiu miesiącami potknąwszy się upadł na ziemię.

Od najwcześniejszej młodości był krótkowzrocznym, tak samo jak i rodzice i rodzeństwo jego.

Badając chorego, stwierdziłem co następuje: Prawe oko ma znamiona krótkowzroczności, a mianowicie gałka długa, przednia komora głęboka, źrenica dość duża, nieco mimośrodkowa, a tęczówka lekko przy silnych zwrotach drga.

Napięcie gałki prawidłowe. Wziernikiem widać dokładnie dno oka, prawidłowe, a tylko tarcz okolona lekkim rąbkiem pigmentowym, wyźłobioną, naczyńia zaś przesunięte silnie ku nosowi.

Wpro. = $\frac{9}{36}$ — 24 Mp. 27 Sn. 0·5 Wlo. = palce $\frac{3}{4}$ m od dołu, Sn. nie czyta.

Astigm. 90/34·5 0/35·5.

Lewe oko łzawi silnie, spojówka przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe, rogówka nakłuta, pk. prawie zniesiona, barwa tęczówki nieco zmieniona, ciemniejsza, źrenica okrągła, 5 mm szeroka, nie oddziaływa, soczewka przezroczysta, zwichnięta ku przodowi, przypiera tęczówkę do tylnej powierzchni rogówki,

obwód jej górny widoczny w źrenicy. Oft.: tarcz różowa, silnie dobrzeżnie wyźłobiona, naczynia zagięte przy brzegu, w plamce żółtej zanikowe plamki. T + 2. Rozpoznanie brzmiało zatem: wysokiego stopnia krótkowzroczność obustronna, nadwicznienie soczewki z następową jaskrą oka lewego.

Nazajutrz cięciem prostem w rogówce bez irydektomii, wydobyłem soczewkę zwichniętą, przyczem mały nastąpił ubytek ciała szklistego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. 21. V. zapisano: napięcie prawidłowe, rogówka lekko urazowo zmętniona. Wlo. = $\frac{10}{60}$ Hp 8.

Badanie astigmometrem wykazuje dość silną nieregularną niezbornosć.

Chorego puszczo 22. V. do domu, zaopatrzywszy go w odpowiednie środki lecznicze i przepisy.

Po upływie prawie dwóch lat, bo 9. II. b. r. chory znowu się zjawia, ale tym razem z powodu przypadłości prawego oka i wspomina, że przed dwoma tygodniami, schylając się przy rąbaniu drzewa, nagle poczuł błysk w oku połączony z bólem, poczem lepiej widział na większą odległość, aniżeli kiedykolwiek w życiu.

Bóle w oku od tego czasu powtarzają się i bywają nieraz bardzo dotkliwe. Oględziny dają następujący wynik: Spojówka gałki silnie przekrwiona, zwłaszcza jej naczynia głębokie silnie nastrzykane. Rogówka czysta, ale lekko nakłuta, przednia komora głęboka, wypełniona w dolnej i środkowej części wypadniętą soczewką, której brzeg widoczny górą. Źrenica około 3 mm szeroka, regularna, oddziałuje słabo.

Pro. nie przedstawiało się napięciem, raczej napięcie jego nieco obniżone.

Do oka zapuszczono pilokarpinę i polecono przybyć do operacji, którą też tegoż jeszcze dnia wykonałem, usunąwszy soczewkę w zamkniętej torebce, w następujący sposób:

Graefoskim nożykiem zrobiłem małe cięcie płatowe, po zostawiając mostek spojówkowy, zaraz wystąpiła nieznaczna przepuklina ciała szklistego, wprowadziłem więc Pagenstecherowską łyżeczkę poza soczewkę by szybko ją z oka usu-

nać, co się też bez ubytku ciała szklanego udało. Przepuklina zaś ciała szklanego ustąpiła pod wpływem prądu zinnego fizyologicznego rozczyngu słonej wody.

Po zapuszczeniu ezeryny założono opaskę uciskową obustronną.

Przebieg dalszy był dobry, tylko lekki wysięk krwawy pojawił się w przedniej komorze, a nadto stwierdziłem przesączenie krwawe ciała szklanego. Jedno i drugie jednak pod wpływem zastrzykiwań fibrolizyny znikło tak, że chory w dniu wypuszczenia tj. dnia 22 lutego miał Wpro. = $\frac{6}{18}$ Hp. 4 c. cyl. 30, oś poz. Albr. 2 c. + 10 i komb. Dno oka prawidłowe.

Widzimy więc, że w obu przypadkach zwknięcie soczewki raz do tylnej części oka, to znowu do przedniej komory było wywołane względnie słabem obrażeniem, raz przez upadnięcie, drugi raz przez schyłanie się, a jednak zwknięcie soczewki było znaczne. Co mogło je spowodować? Niewątpliwie zmiany anatomiczne gałki połączone z jej wzrostem przy postępującej krótkowzroczności. Sprawily one zwiotczenie wiązadła Zinnego. Silniejszy wstrząs zrywa pozostałe, wiotkie niteczki wiązadła, a soczewka stosownie do położenia, jakie chory zajmuje w chwili urazu, raz wpada do ciała szklanego, to znowu do przedniej komory. Tu pozostaje, jeżeli źrenica zwięży się w następstwie podrażnienia mechanicznego.

II. STRESZCZENIA.

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1912. Nr. 9, 15, 19. (Referent Doc Dr W. Reis).

W sprawie powstawania barwika siatkówki. (Zur Entstehung des Retinapigmentes). Kreibich.

W siatkówkowym przyblonku barwikowym nad makatą lśniącą oka wolego z zaćmieniem soczewki i w prawidłowych

oczach woliach, można było stwierdzić powstawanie barwika siatkówkowego z myeloidu Kühnogo. Ziarno myeloidu albo w całości przechodzi w ziarno barwika, albo też barwikowe ziarenka lub ciemne kryształy barwikowe stopniowo mogą wypełniać całe wnętrze ciała myeloidowego. W podobny sposób powstaje ludzki barwik siatkówkowy; ten sposób powstania jest również zaznaczony w komórkach tęczówki i ciała rzęskowego. Wykazują one jako pochodne siatkówkowego przybłonka barwikowego, również pigmentację myeloidową.

Oko i salwarsan (Auge und Salwarsan). Fejer.

Po wstrzyknięciu salwarsanu spostrzegł autor w dwóch przypadkach bardzo silną tarczę zastoinową, w jednym zapalenie tęczówki i naczyń i w zaćmieniu w ciele szklistem. W jednym przypadku obrzęk tarczy nerwu wzrokowego przedstawiał obraz niezwykle. Tarcza nerwu wypukła się do ciała szklistego jak masa galarelowata; naczyń przy wejściu prawie wcale nie było widać.

F. nie przypomina sobie, aby w swej praktyce spostrzegł taki obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, lub też tak ciężkie zaćmienia w ciele szklistem. F. sądzi, że ogłaszanie takich przypadków przyczyni się do wyrobienia przedmiotowego sądu o wartości salwarsanu.

O histologicznych zmianach zachodzących w oku i środkowym układzie nerwowym u człowieka przy ostrym śmiertelnym zatruciu alkoholem metylowym. (Über histologische Befunde im Auge und im centralen Nervensystem des Menschen bei akuter tödlicher Vergiftung mit Methylalkohol). Pick i Bielschowsky.

W trzech przypadkach ostrego śmiertelnego zatrucia alkoholem metylowym stwierdzić można było mikroskopowo ostre toksyczne schorzenie komórek zwojowych nerwu wzrokowego i znaczne rozszerzenie się procesu chorobowego na wszystkie warstwy siatkówki. W dwóch przypadkach za życia stwierdzonej zupełnej ślepoty, można było mikroskopowo stwierdzić silne tętnicze przekrwienie dna oka. We wszystkich trzech przypadkach istniały objawy ostrego rozpadu włókien nerwu wzrokowego (rozrzucone około naczyń nagromadzenia tłuszczu z miążgi rozpadowej, nieprawidłowe pęcznienie włókien i t. d.). W porównaniu jednakże ze zmianami w komórkach zwojowych zmiany we włóknach nerwowych były skąpsze należy je jednak również uważać za bezpośrednie zmiany toksyczne.

Zmiany te stwierdzone u ludzi zgadzają się w zupełności

z wynikami doświadczeń poczynionych na zwierzętach (Birch-Hirschfeld) i z patogenezą ślepoty podaną przez Wood i Bullera na podstawie spostrzeżeń klinicznych. Proces toksyczny ze zmianami wstecznymi rozpoczyna się równocześnie w nerwie wzrokowym i siatkówce. Jakichkolwiek sporów zapalnych autorowie nie stwierdzili.

Ostre śmiertelne zatrucie alkoholem metylowym może u człowieka wywołać zmiany w komórkach zwojowych układu środkowego, jednakże zmiany te tak jakościowo jak i ilościowo ustępują przed zmianami zachodzącymi w siatkówce.

Deutsche med. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 46 i 49.
R. 1912. Nr. 17, 20, 24 i 26. (Referent Doc. Dr. W. Reis).

Próby z tuberkuliną na oku. (Tuberkulinversuche am Auge). Krusius.

Badania przeprowadzał autor na oczach królików zdrowych i na oczach z gruźlicą czynną rogówki lub tęczówki i stosował albo oryginalną starą tuberkulinę albo też oryginalną zawiesinę bakteryjną Kocha. Wstrzyknięcie do przedniej komórki 0,017 TA wywoływało w oczach zdrowych zapalenie tęczówki z wypociną włóknikową, które po 4 dniach zupełnie ustępowało, pozostawiając częściowo tylko odbarwioną tęczówkę. W oczach z szczepioną gruźlicą śródrogówkową występowały po zastrzyknięciu tuberkuliny zmętnienia dookoła ognisk gruźliczych, wstępujące również po 4—5 dniach. Odbarwienie tęczówki występowało na znacznej przestrzeni i było trwałe. Nie jest to proces ściśle swoisty ale tylko następstwo zadziałania bodźca zapalnego, które w oku uczulonym silniej wystąpiło.

Doświadczenia przeprowadzone z wstrzykiwaniami śródrogówkowymi tuberkuliny dały następujące wyniki: Wstrzyknięcie śródrogówkowe starej tuberkuliny wywołuje w oczach zdrowych przemijające zmętnienie rogówki z wytworzeniem naczyń i rąbkiem barwikowym, w oczach zaś z gruźlicą rogówkową bardzo wyraźnie odczynny ogniskowe, a po części także pojawienie się świeżych ognisk zapalnych.

Wstrzyknięcie zaś emulsji bakteryjnej Kocha wywołuje w oczach zdrowych poza krótkotrwałym zmętnieniem w rogówce w miejscu ułknięcia postępującą miąższową sprawę zapalną rogówki.

W oczach z gruźlicą rogówki były odczynny ogniskowe słab-

sze niż po wstrzyknięciu starej tuberkuliny. Powstanie śródrogówkowego procesu zapalnego po wstrzyknięciu emulsji jest prawdopodobnie zawisłem od przeszczepienia poszczególnych, nie zabitych jeszcze prątków. Wobec doświadczalnie stwierdzonego uodporniającego działania czynnej gruźlicy, można właśnie w słabiej działającej zawieszynie bakteryjnej upatrywać warunki dla działania leczniczego, dającego się stwierdzić w drodze doświadczalnej.

Wśród-nosowe leczenie śluzowiaków oczodołowych w szczególności śluzowiaków kości sitowej i woreczka łzowego. (Endonasale Behandlung der orbitalen Mucocolen, besonders solcher des Siebbeins u. des Thränensacks). Axenfeld.

W przypadkach śluzowiaka kości sitowej radzi A. postępować operacyjnie od strony nosa, gdyż w ten sposób unika się zniekształcenia i ubytku spowodowanego zabiegiem chirurgicznym wykonanym z przodu i stwarza się wygodny stały odpływ zawartości śluzowiaka do nosa. W przypadkach śluzowiaka jamy czołowej należałoby przynajmniej próbować leczenia wśród-nosowego i dopiero po bezskutecznym wyniku przystąpić do operacji radykalnej. Wreszcie zaleca A. także leczenie wśród-nosowe w przypadkach schorzałych i rozdętych woreczków łzowych i opisuje szczegółowo przypadek, w którym rozdęty woreczek łzowy przedstawiał się jako guz torbielowaty o wysokości $5\frac{1}{2}$ cm a szerokości 3 cm, który spowodował wysadzenie gałki ocznej na zewnątrz i ku przodowi. Przy dłużej trwającym ucisku mogła chora nieco zawartości guza wycisnąć do nosa. Operacja od strony nosa dała dobry wynik, nastąpiło zupełne wyleczenie, a gałka wróciła do prawidłowego położenia. Przy badaniu można było dotykiem stwierdzić, że brak był zupełny kości łzowej i górnej części ściany kostnej przewodu nosowo-łzowego, które zanikły wskutek ucisku wywartego przez rozdęty woreczek.

Leczenie zakażenia pneumokokowego rogówki (ulcus serpens) wielkimi dawkami surowicy. (Die Behandlung der Pneumokokkeninfektion der Hornhaut (ulcus serpens) mittels grosser Serummengen). Gebb.

Autor stosował w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki podskórne wstrzykiwania surowicy pneumokokowej w ilościach 100--3000 gr. w przeciągu kilku dni i przekonał się przedewszystkiem o nieszkodliwości wielkich dawek surowicy dla ogólnego ustroju i o dobrym leczniczym wpływie na wrzód rogówki. W 70% otrzymywał gładkie wygojenie; dziewiątego dnia chory opuszczał klinikę. Dobroczynny wpływ wstrzykiwań okazywał się już w dzień

następny po wstrzyknięciu. Dookoła wrzodu rogówkowego występowało pęcznienie brzegu nacieczonego, a po kilku dniach ubytek był zupełnie oczyszczony.

Ilościowo-doświadczalne badania nad skutecznością leczenia tuberkuliną (TA i BE) gruźlicy oka (Quantitativ-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Tuberkulintherapie (TA u. BE) bei Augentuberkulose). Krusins.

Stara tuberkulina pod względem zapobiegawczym nie ma żadnego wpływu na przesunięcie okresu wylegania ani na przebieg leczenia swoistego wpływu. Doświadczenia z zawiesiną bakteryjną wykazały, że ta posiada nawet znaczne własności ochronne natomiast co się tyczy własności leczniczych zachowuje się podobnie jak stara tuberkulina.

Uszkodzenie oka wskutek spostrzegania zaćmienia słońca. (Augenschädigung durch Beobachten der Sonnenfinsterniss) Feilchenfeld.

Autor spostrzegał 5 przypadków; w 3 przypadkach stwierdził przy badaniu wziernikowym w płamce żółtej istnienie ciemnoczerwonej plamki z małym białawym ogniskiem w środku.

Schorzenia oczu wskutek olśnienia światłem słonecznym. (Augenerkrankungen durch Sonnenblendung). Isakowitz.

Autor ogłasza 14 przypadków typowych mroczków środkowych powstałych wskutek spostrzegania zaćmienia słońca. Prawie we wszystkich przypadkach można było wykazać ubytki środkowe w polu widzenia, w kilku przypadkach dopiero przy badaniu z większej odległości. W jednym przypadku brak było objawów mroczka środkowego, dno oka było prawidłowe, natomiast w soczewce można było w świetle przepuszczonem przy użyciu płaskiego wziernika i soczewki $+20,0$ D stwierdzić delikatne zaćmienia w postaci pyłku umiejscowionego pod przybłonkiem torbkowym w obrębie źreniczym. Przednia i tylna kora oraz jądro były zupełnie przezroczyste; także ciało szkliste bez zaćmień.

O guzach dnawych na powiekach. (Ueber Gichtlophi an den Augenlidern). Ebstein.

Guzy dnawe na powiekach należą do bardzo rzadko spostrzeganych umiejscowień tej choroby. Przy rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić należy guzki prosowate (Miliuni), które z upodobaniem umiejscawiają się na twarzy i powiekach dolnych.

E. spostrzegał u chorego 39-letniego z wybitną dną istnienie małego, białego guzka w zewnętrznej części górnej powieki oka lewego. Podobny guzek znajdował się także za uchem prawem. Rozpoznanie kliniczne opiewało *arthritis uratica*, a oba guzki określano jako typowe guzy dnawe. Guzek z powieki górnej usunięto w drodze operacyjnej, nawrotu nie było. Zawartość guzka dała wybitny dodatni odczyn mureksydowy, wobec czego przeprowadzono dowód, że guzek z powieki górnej należy z całą pewnością uważać jako guz dnawy zawierający kwas moczowy.

Sródczaszkowy skórzak w okolicy płatów czołowych mózgu, przebicie do oczodołu, wyłuszczenie i wyleczenie. (Intrakranielles Epidermoid der Stirnhirngegend, Durchbruch in die Orbita, Exstirpation, Heilung). Krauss i Sauerbruch.

Przypadek jedyny dotychczas w piśmiennictwie przedstawia się następująco: nowotwór. najprawdopodobniej wrodzony, który przy badaniu histologicznem okazał się jako sródczaszkowa skórzakowata torbiel, której ściany były ściśle zrosnięte z oponą twardą kości czołowej, a której początek leżał, o ile to można było stwierdzić podczas operacji, w okolicy przysadki.

Stąd rozrastał się ów guz coraz bardziej uciskając na płaty czołowe mózgu aż do sklepienia oczodołu. Alarmujące kliniczne objawy wystąpiły dopiero z chwilą przebicia torbieli do jamy czołowej. Do tarczy zastoinowej istniejącej już od dawna, przyłączył się obecnie wyrzeszcz gałki ocznej, a dokonane nacięcie na granicy górnego zewnętrznego brzegu oczodołu spowodowało odpływ wielkiej ilości brudnawo-brązowego płynu. Torbiel usunięto następnie w drodze operacyjnej przez dokonanie osteoplastycznej resekcji czaszki. Nastąpiło zupełne wyleczenie. Chory oglądany po upływie trzech lat ma się zupełnie dobrze.

Ophthalmology R. 1912. Vol. 8. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Trąd oka. (Ocular Leprosy). Fr. Fernandez, (Hawanna).

Na Kubie trąd panuje nagminnie, toteż autor w hawańskim szpitalu dla trędowatych miał dużo sposobności spostrzegać powikłania oczne, które bardzo często występują w tej chorobie. I tak w liczbie 250 chorych trędowatych u 150 istniały zmiany oczne, a z tego w 30 wypadkach przyszło do zupełnej utraty wzroku.

Prawie w każdym przypadku trądu uderza wczesna utrata brwi i rzęs. Zwykle później dopiero wypadają włosy na głowie. Do najczęstszych zmian należą guzy, ogniska martwicze i owrzodzenia na skórze powiek i na spojówkach. Jako następstwa widzi się potem często wywinięcie lub podwinięcie powiek. Objawy znieczulenia rzadko występują na oczach. Zajęcie rogówki przybiera zwykle postać rozlanego nacieczenia, które, zwłaszcza, jeśli ulegnie owrzodzeniu, sprawia choremu bardzo silne bóle. Błazny rogówkowe po takich naciekach odznaczają się nadzwyczajną białością i okazują przytem znaczne bardzo zcieńczenie. Jedno i drugie uważa autor za objaw dla zmian po trądzie znamieny. Tęczęwka rzadko bywa zajęta pierwotnie, zazwyczaj ulega zapaleniu następowemu przy sprawie toczącej się na rogówce. *Iritis leprosa* bywa bardzo bolesną, a w dodatku ostry stan zapalny przeciąga się niekiedy niezmiernie długo. Sprawa zapalna prawie nigdy nie przechodzi na naczyniówkę i siatkówkę. Wydaje się, jakoby ciało rzęskowe stanowiło tu pewną zapórę. Toteż w przypadkach często zdarzającej się zaćmy następowej, o ile środkowa część rogówki zachowała przezroczyłość, operacya daje na ogół dobre wyniki.

O zastosowaniu radu w okulistyce. (On the Use of Radium in Ophthalmology). Sterling Ryerson, (Toronto).

Co do fizyologicznego działania radu, to wiadomo z doświadczeń Londona, Greeffa, Andersona i innych, że oko pogrążone w ciemności za zbliżeniem odpowiedniej ilości radu czy to do zamkniętych powiek, czy do wierzchu głowy, czy nawet do potylicy, doznaje wrażenia nieokreślonej jasności. Osoby ociemniałe posiadające tylko samo poczucie światła, doznają w tych warunkach takiego samego wrażenia jasności, jak osoby widzące. Usiłowano za pomocą promieni radium umożliwić ludziom dotkniętym niezupełnym zanikiem nerwów wzrokowych widzenie świetlnych znaków na fluoryzującym ekranie. Próby te nie mogły wydać pożądanego skutku, gdyż promienie radu nie podlegają wcale prawidłom załamywania światła, nie mogą zatem wytwarzać żadnych obrazów na siatkówce. Wogóle radium prawdopodobnie nie wywiera na siatkówkę żadnego bezpośredniego wpływu. Wynika to z doświadczeń Hardy'ego i Andersona, którzy wystawiali oko świeżo zabitej zaby przez 20 godzin na działanie 50 mg bromku radu. Siatkówka takiego oka nie okazywała potem żadnych zmian ani pod względem ułożenia wypustek barwikowych ani zachowania się czerwieni wzrokowej i nie różniła się niczem od siatkówki innego oka, pogrążonego dla kontroli, przez ten sam czas w zupełnej ciemności. Wynika z tego, że wrażenie jasności, jakie radyum

w oku wywołuje, nie może pochodzić od bezpośredniego działania promieni jego na siatkówkę, lecz najprawdopodobniej zależy od fluorescencji, jaką wywołują jego promienie Beta w rogówce, w soczewce w ciele szklistem, a może nawet w samej siatkówce. W niektórych doświadczeniach wchodzi w grę, jak się zdaje, bezpośredni wpływ promieni radium na ośrodki wzrokowe mózgu.

W drugiej części swej pracy omawia autor znane sposoby zastosowania radium do leczenia różnych zmian chorobowych. Przytacza korzystne wyniki leczenia zapomocą radium nowotworów powiek, jągliicy, wrzodów rogówkowych, gruźlicy i wilka spojówki, nieżyłu wiosennego, a nawet niektórych głębszych schorzeń galki ocznej.

Zakażenia jelitowe, a schorzenia oczne. (Intestinal Sepsis in Ocular Affections). Samuel D. Risley. (Filadelfia).

Autor podnosi związek zresztą dziś powszechnie już uznawany między przewlekłymi zaburzeniami w trawieniu, a niektórymi schorzeniami oka. Nie mówiąc już o pewnych postaciach przewlekłych zapaleń twardówki i jagodówki, które niewątpliwie mają swe źródło w samozatruciu ustroju wytworami nieprawidłowej fermentacji jelitowej, zajmuje się głównie etiologią zaćmy, niesłusznie zdaniem jego zwanej zaćmą starczą. Określenie *cataracta senilis* uważa on za wprost szkodliwe, bo lekarz, zadawalniając się tą nazwą i przypisując powstanie zaćmy starości, na którą nie ma lekarstwa, czuje się poniekąd zwolnionym ze szukania innych możliwych przyczyn. Tymczasem zaćma nawet wśród ludzi bardzo podeszłych występuje tylko w szczupłej mniejszości przypadków, trudno uważać ją zatem za zwyczajny objaw starczy. Autor twierdzi, że t. zw. zaćma starcza powstaje tylko u starców chorych. Dokładny rozbiór moczu wykrywa zazwyczaj ślady białka, nadmiar kwasu moczowego, obecność indykanu. Ciśnienie krwi bywa wzmożone, nieraz przekracza 200 mm Hg. Przyczynę wszystkiego upatrywać należy w zaburzeniach w przemianie materii wynikających z nieprawidłowego chemizmu trawienia. Osobom okazującym początki zaćmy oraz wyżej wymienione zaburzenia ogólne podaje autor systematycznie siarkan magnezowy, a zwłaszcza chlerek wapniowy. W razie bardzo podwyższonego ciśnienia krwi poleca nitroglicerynę. Leczenie w ten sposób przeprowadzone ma zapobiegać później powikłaniom pooperacyjnym, a zwłaszcza przebiegającym się nadmiernie zapaleniom tęczęwki.

Zdaniem autora teżsame warunki ogólne sprzyjają również powstawaniu jaskry zapalnej. I tu zatem jest wskazane odpowiednie leczenie zapobiegawcze.

Jak soczewka oczna przedstawiana bywa w podręcznikach, a jaką jest w istocie. (The Crystalline Lens as Figured in the Text Books and as Seen in the Eye). Lucien Howe (Buffalo).

Wiadomo, że oko prawidłowe wykazuje cały szereg usterek i niedokładności pod względem budowy optycznej. Przedewszystkiem powierzchnie załamujące nie są należycie ześrodkowane. Odnosi się to także do soczewki i autor myli się twierdząc, że nie ma o tem wzmianki w podręcznikach fizjologii i okulistyki. Ogłasza on wyniki dokładnych pomiarów, jakich dokonał na soczewkach prawidłowych oczu ludzkich, bądź to zapomocą oftalmometru Javal'a, z którego do tego celu musi być usunięty pryzmat Wollastona, bądźto zapomocą fakometru Tscherninga. Do pomiarów i obliczeń posługiwał się wzorami podanymi w »Optyce fizyologicznej Tscherninga. Badania te potwierdziły rzeczy po części znane z prac Hessa, Tscherninga i innych i wykazały, że przednia część osi soczewki zbacza od osi optycznej oka w kierunku ku skroni i ku dołowi i że podczas akomodacji soczewka w całości obsuwa się ku dołowi (przy pionowem ustawieniu głowy! przyp. ref.). Że tylna powierzchnia soczewki podczas akomodacji bardzo mało się zmienia, przednia zaś wypukła się najbardziej w środku, tworząc coś w rodzaju *lenticulus anterior*. Autor zastanawia się nad znaczeniem klinicznym zboczeń w ustawieniu soczewki, które stają się przyczyną astygmatyzmu soczewkowego. Tym też zbożeniom przypisuje uporeczywe dolegliwości w niektórych przypadkach astenopii.

Obustronny obrzęk tarczy ze środkowym ubytkiem w polu widzenia z powodu zajęcia zatoki nosowej. (Bilateral Papilloedema with Central Scotoma from Sinusitis). Frank Judson Parker. (Nowy York).

Fuchs i Birch-Hirschfeld zwrócili pierwsi uwagę na przypadki zapalenia i zaniku nerwu wzrokowego w przebiegu schorzeń bocznych jam nosa. Podobne spostrzeżenie opisuje autor, gdzie chory okazujący od dłuższego czasu ropny wypływ z jamy Highmora, z chwilą gdy wypływ ten ustał, doznał upośledzenia wzroku na obu oczach. Badanie wykazało przyśrodkowe ubytki w polu widzenia i wybitny obrzęk zapalny tarcz nerwów wzrokowych. Operacja jamy nosa, zapomocą której stworzono swobodny odpływ ropy, wpłynęła bardzo na poprawę zapalnego stanu nerwów wzrokowych. W dalszym przebiegu kilkakrotnie jeszcze zatrzymywała się ropa w jamie Highmora i w komórkach kości sitowej, czemu towarzyszyło stale pogorszenie zaburzeń ocznych. Dopiero

doszczętnie operacyjne oczyszczenie zajętych zatok położyło kres zaburzeniom ocznym.

Wyleczenie ostrego zapalenia tęczówki surowicą przeciwstreptokokową. (Acute Plastic Iritis markedly Benefited by Antistreptococcus Serum). Bradburne. (Manchester).

Historia przypadku obuustronnego plastycznego zapalenia tęczówki, które wystąpiło wśród ogólnych objawów dających obraz ostrego gośceca. Leczenie miejscowe połączone z podawaniem przetworów salicylowych pozostawało bez skutku i ostre zapalenie nadmiernie się przeciągało. Dopiero jednorazowe wstrzyknięcie 10 cm sz. surowicy przeciwstreptokokowej (Parke-Davis) odrazu nadało sprawie zwrot pomyślny. Wkrótce nastąpiło zupełne wyleczenie.

Zakrzep w zatoce jamistej. Opis przypadku. (Thrombosis of the Cavernous Sinus with Report of Case). H. H. Martin. (Savannah).

W zatokach żylnych na podstawie mózgu nagromadzonych jest więcej niż gdziekolwiek indziej warunków sprzyjających powstaniu zakrzepów: Ich szerokość i kształt, niepodatność ścian, częsta obecność powrózków (*trabeculae*), powolność krążenia, niskie ciśnienie i t. d. Rozróżniamy zakrzepy chłonne (marantyczne) zdarzające się u niemowląt w przebiegu wycieńczających chorób, albo w zgrzybiałej starości, i zakrzepy gnilne, zakaźne, powstające nie-raz wskutek miejscowych błahych zakażeń, a często wskutek ropienia ucha środkowego, przy złamaniach podstawy czaszki i t. d. Autor opisuje przypadek, w którym punktem wyjścia zakrzepu zatoki jamistej była mała chrostka pod skrzydelkiem nosa. W kilka dni po jej powstaniu pojawił się obrzęk w kąciek wewnętrznym oka i zaczął się szybko rozszerzać na powieki, policzek, czoło, a nawet na szyję. Prawie równocześnie przyszło do wysadzenia gałki ocznej, porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oraz źrenicy i do utraty wzroku, przyczem wziernik wykazywał objawy silnego zastoju w zakresie żyły siatkówkowej. Stanowi temu towarzyszyła typowa gorączka septyczna. Po kilku dniach obrzęk przeszedł na drugą stronę twarzy pomijając jednak okolicę podstawy nosa, co uchodzi za objaw bardzo znamieny i stanowi oznakę, że nie idzie o samo rozszerzenie się powierzchownego obrzęku, lecz że zakrzep rozszerzył się z jednej zatoki jamistej na zatokę po drugiej stronie. Istotnie odrazu wystąpiły i na drugim oku objawy zakrzepu w zatoce jamistej, porażenia mięśniowe, wysadzenie gałki, znamieny obraz wziernikowy i utrata wzroku. Przy-

padek zakończył się śmiercią. Autor przytacza statystykę Dwight'a i Germaina którzy zestawili 182 opisanych w literaturze spostrzeżeń, z których tylko w 14 nie przyszło do zejścia śmiertelnego. Wobec tak małych widoków wyleczenia samoistnego, sądzi autor, że nie należy cofać się przed zabiegiem operacyjnym zalecanym przez Knappa. Drogę do zatoki jamistej toruje sobie chirurg bądź to od strony skroni, bądź też przez oczodoł. Ta ostatnia droga wydaje się autorowi odpowiedniejszą, mimo że wybór jej pociąga za sobą z konieczności utratę gałki. Oczywiście operacja przedstawia jakie takie widoki powodzenia tylko w razie, jeśli zostaje podjęta we wczesnym okresie choroby, gdy zakrzep nie rozszerzył się jeszcze na zatokę drugiej strony.

Przypadek ocznego powikłania w przebiegu liszajca zaraźliwego. (Note Concerning the Ocular Complications in a Case of Impetigo Contagiosa). Howard F. Hansell. (Filadelfia).

Wrzodzące zapalenie rogówki w przypadku liszajca zaraźliwego (*impetigo contagiosa*), zajmującego skórę w różnych miejscach ciała u 16-letniej dziewczyny, uważa autor za powikłanie choroby skórnej i za zmianę analogiczną do zmian na skórze. Twierdzenie to opiera na tem, że owrzodzenie rogówkowe wystąpiło równocześnie z pojawieniem się ognisk liszajca na twarzy, na łokciach, biodrach i na nogach i że wygoiło się także równocześnie z wygojeniem zmian skórnych.

Astenopia wśród dzieci uczęszczających do szkół publicznych. (Eye Strain among Public School Children). Edgar Bates (Ogden, Utah).

Na podstawie statystyki obejmującej 890 dzieci szkolnych badanych szczegółowo pod względem refrakcyi i bystrości wzroku, zastanawia się autor nad czynnikami wywołującymi różne objawy astenopii. Dochodzi do wniosku, że błędy refrakcyi nie stanowią głównej przyczyny astenopii, bo objawy znużenia wzrokowego występują równie często u dzieci mających oczy miarowe. Statystyka autora nie może się przyczynić do wyświelenia tej sprawy, gdyż w badaniach swych nie uwzględnił zaburzeń równowagi mięśni ocznych, a przynajmniej w artykule swym nie czyni o nich żadnej wzmianki.

Irydektomia i sklerektoomia przy jaskrze. (Irydectomy and Sclerectomy in Glaucoma). Ch. Abadie, (Paryż).

Artykuł polemiczny, wznawiający, od szeregu lat toczący się spór o wartość leczniczą sklerektomii przy jaskrze. Abadie, za-

cięty przeciwnik sklerekтомii, zarzuca tej operacyi trudność poprawnego wykonania, niebezpieczeństwo wypadnięcia łączówki i zwichnięcia soczewki, co pociągnąć może za sobą podniesienie ucisku wśródocznego, zamiast obniżenia tegoż. Zwyczajna jaskra przeradza się, zdaniem Abadiego, pod wpływem sklerekтомii w jaskrę złośliwą, występują nowe bóle i ostateczna utrata wzroku. Z tych powodów Abadie nawołuje do zarzucenia sklerekтомii, jako zabiegu niebezpiecznego, a co najmniej bezskutecznego i wskazuje na irydektomię, która prawidłowo wykonana jest jedyną operacyą zdolną uratować oko jaskrą dotkniętą.

Irydektomia i sklerekтомia w leczeniu jaskry. Prof. Lagrange, (Bordeaux).

Odpowiedź twórey sklerekтомii na zarzuty zawarte w poprzednim artykule. Lagrange zbija twierdzenie Abadiego, że przy sklerekтомii grozi przemieszczenie soczewki i wzmożenie przez to objawów jaskry. Żaden z operatorów, co wykonują sklerekтомię, nie miał takiego powikłania. W razie wypadnięcia łączówki wycina się ją poprostu, przez co się zapobiega wszelkim złym następstwom. Co do wyników sklerekтомii, to Abadie nie wykonawszy tej operacyi ani razu, nie może mieć w tym względzie żadnego doświadczenia własnego. Lagrange wykonał ją w ciągu szeregu lat u wielu setek chorych, a tylko w trzech przypadkach wynik był niepomyślny. Zapytuje tedy, czy niepomyślne wyniki nie zdarzają się także po irydektomii? Powołuje się zresztą na świadectwo Holtha, Fergususa, Pagenstechera, Kalta, którzy wykonują często sklerekтомię, że operacya ta nie tylko nie przedstawia niebezpieczeństw, ale daje dobre wyniki tam, gdzie irydektomia stale zawodzi, n. p. w przypadkach jaskry prostej.

Medyczne i chirurgiczne leczenie jaglicy. (Medical and Surgical Treatment of Trachoma). Jacovides, (Alexandrya).

Autor skaryfikuje bardzo silnie spojówkę powiek i załamków, wyciska treść ziarnistości, skrobie spojówkę ostrą łyżeczką aż do chrząstki, a następnie stosuje lapis, a wreszcie siny kamień.

Operacya zaćmy z przesuwalnym płatem spojówkowym. (The sliding flap in cataract operations). Webster Fox. (Filadelfia).

Autor opisuje metodę van Linta, zapomocą której od pewnego czasu stale operuje zaćmy z bardzo pomyślnym wynikiem. Przed wykonaniem cięcia płatowego poleca van Lint okroić spojówkę gałki dookoła górnej połowy rogówki, tuż koło rąbka. Spo-

jówkę należy podminować na przestrzeni kilkunastu milimetrów w górę, a następnie przewlec przez oba brzegi rany spojówkowej dwie nitki cienkiego jedwabiu, jedną po stronie skroniowej rogówki, drugą po stronie nosowej. Po tem przygotowaniu wykonywa się operację zaćmy bez irydektomii sposobem klasycznym. Po należytem oczyszczeniu źrenicy z resztek kory i w razie potrzeby po odprowadzeniu i wygładzeniu tęczęwki, ściąga się i zawiązuje najpierw jedną, a potem drugą nitkę i końce węzłków krótko obeina. Wskutek działania nitki płat spojówkowy zesuwa się po rogówce ku dołowi, przykrywając nietylko ranę, po cięciu płatowem, ale i górną trzecią część rogówki. Ten, jak go autor nazywa, fartuszek spojówkowy, zapewnia brzegom rany należyte przyleganie i przez to przyspiesza zagojenie. Równocześnie przeciwdziała wypadaniu tęczęwki i do pewnego stopnia zabezpiecza oko przed zakażeniem zewnętrznem rany. Równomierny ucisk, jaki przesunięta spojówka wywiera na górną część rogówki, przyczynia się zarazem do zmniejszenia stopnia nieczorności pooperacyjnej. Opisany sposób operacyjny nie przedłuża zbytnio zabiegu, a w wykonaniu jest bez porównania łatwiejszy, niż zakładanie szwu rogówkowego. Przesunięty płat spojówkowy kurczy się szybko i nieraz już po 48 godzinach w zupełności odsłania rogówkę. Co do nitki van Lint pozostawia je, aż same wypadną, co zwykle przychodzi do skutku w 14—16 dni po operacji. Autor nie czeka tak długo, lecz wyjinuje je 5-go lub 6-go dnia po operacji.

III. ROZMAITOŚCI.

Chrysarobina wywiera nieraz ujemny wpływ na oko przy stosowaniu jej przeciw chorobom skórnym. W lżejszych wypadkach występuje zaczerwienie powiek, o barwie brunatnoczerwonej, później zapalenie spojówki, dalej punktikowate naloty i ubytki rogówkowe, a jeżeli środek ten mimo to dalej się stosuje, przychodzi nawet do ciężkich owrzodzeń rogówkowych. Natomiast objawy początkowe ustępują z chwila, gdy środek usuwamy.

Dr Cohn (Wochschrft f. Therapie u. Hygiene des Auges 1912. 43).

Octan srebra (*argentum aceticum*) w 1 proc. rozezynie uważa prof. Zweifel jako najlepszy środek zapobiegawczy przeciw rzeżączce noworodków (Central. f. Gynäk. 1912. 17).

Prof. Schmeichler z Berna omawia w artykule »die Trachomgefahr in Maehren« (Wiener Med. Wochschrft.) znane powszechnie rzeczy dotyczące higieny, przyczem zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wspólnych noclegów robotników fabrycznych — jest przeciwnym osobnym szpitalom trachomatycznym, a tylko za oddziałami odpowiednimi przy istniejących szpitalach ogólnych. Przemawia za ambulatoryami, a do przyjęcia zdaniem jego kwalifikują się: 1) przypadki ze silną wydzieliną; 2) chorzy bez powikłań, gdy codzień muszą być leczeni, a b. daleko mieszkają od lekarza; 3) trachomatycy z ciężkimi powikłaniami.

Reakcja tuberkuliczna. W tow. okulist. w Halli wystąpił Schmidt Rimpler przeciw Igersheimowi, jakoby większa ilość dzieci, dotkniętych pryszczykami, miała wybitną skłonność do gruźlicy i sądzi, że reakcja skórna u dzieci ze skazą wypocinową nie dowodzi tuberkulicznego usposobienia.

Piękny czyn spełnił Dr Schneider, oku lista w Milwaukee zapisując 100.000 marek dla ubogich kliniki okulistycznej, a wywdzięczając się w ten sposób uniwersytetowi, który go kształcił i czeząc pamięć dwóch dobrodziejek, które mu dopomogły do zdobycia sobie stanowiska.

Odbieramy następujące pismo:

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Program prac drugiego Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, (od 15-go do 20-go grudnia b. r.) w Krakowie, przedstawia się następująco:

I. Metoda psycho-analityczna. Prof. Bandrowski (Lwów): Psychoanaliza wobec podstawowych teoryj psychologicznych. St. Borowiecki (Kraków): Psychoanaliza i jej kryteria. L. Jekels (Bystra): Libido sexualis a charakter i neuroza. L. Karpínska (Zakopane): Psychologiczne podstawy Freudyzmu. Doc. W. Radecki (Genewa): Pierwiastki psychologiczne w psychoanalizie.

II. Zjawiska psychoelektryczne. Doc. W. Radecki (Genewa): Zjawiska psychoelektryczne, wykład z pracowni fizyolo-

gicznej prof. K. Cybulskiego, L. Karpińska (Zakopane): Kojarzenia łańcuchowe przy zastosowaniu prądu galwanicznego.

III. Nowe metody badania narządu przedsionkowego. J. Berstein (Lwów): Badanie i funkcya błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych (część otologiczna). Rothfeld (Lwów): Fizyologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego. Rothfeld (Lwów), Reich (Wiedeń) i doc. Barany (Wiedeń): Wpływ wyłączenia pojedynczych części mózdzku na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego.

IV. Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii. Doc. J. Hornowski (Lwów): Dane z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi. Prof. L. Popielski (Lwów): Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów. Doc. K. Orzechowski (Lwów): Choroby nerwowe, a wewnętrzne wydzielanie. W. Ziembicki: Objawy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej. T. Simchowicz (Warszawa): O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną. W. Sterling (Warszawa): Studya kliniczne nad l. zw. eunuchoidami, w dyskusyi Dr B y c h o w s k i (Warszawa).

Wśród odczytów luźnych kilka poświęconych **stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą.** S. Kopeiński (Warszawa): O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi. Doc. J. Mazurkiewicz: Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi. Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka): O obecnym stanie psychiatrii w Ameryce.

Z zakresu anatomii patologicznej kory mózgowej zgłosił odczyt T. Simchowicz (Warszawa): O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimer'a i W. Grzywo-Dąbrowski (Łódź-Kochanówka): W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (*status epilepticus*).

Szerog pozostałych odczytów luźnych przedstawia się jak następuje:

Dr Sabat (Lwów): Promienie Roentgena w usługach neurologii. Dr Sabat (Lwów): Wyniki rentgenologicznego badania

epileptyków (z demonstracjami). Doc. K. Orzechowski (Lwów); i Dr Meisels (Lwów): Haematologia w epilepsji. T. Łapiński (Warszawa): Epilepsya a psychozy. Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka): Psychologia epileptyków. W. Sterling (Warszawa): Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa. J. Feuerstein (Lwów): Cyklotymia. Dr Mikulski (Lwów-Kulparków): O alkoholizmie w psychiatrii. Doc. J. Mazurkiewicz (Kraków): O afazji gestowej i apraksji. Z. Bychowski (Warszawa) i Dr Kaumen (Warszawa): Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów) J. Landau (Kraków): O kilku operowanych przypadkach guzów mózgu na podstawie materiału kliniki krakowskiej. Prof. St. Ciechanowski (Kraków) i J. Landau (Kraków) Meningitis cystica. B. Flatau (Warszawa) i J. Handelsman (Warszawa): Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgowo-rdzeniowym ze specjalnem uwzględnieniem t. zw. drętwicy karku.

W dalszym ciągu zgłosili odczyty: Dr Bornstein (Warszawa): Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne nad uciskiem rdzenia. J. Rothstadt (Warszawa): O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych. W. Sterling (Warszawa): Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającymi w przebiegu szczepień Pasteurowskich. J. Feuerstein (Lwów): Radiculitis. St. Rosenthal (Heidelberg): Przyczynki do badań nad histologią *plexus chorioideus*. Doc. K. Orzechowski (Lwów) i doc. J. Hornowski (Lwów): Mongolizm u idiotki. Dr Demionowski (Lwów): Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach.

Komitet organizacyjny Zjazdu: Przewodniczący: Prof. Dr J. Piltz, członkowie komitetu: Prof. Dr W. Heinrich i Dr A. Rydel, sekretarz: Dr St. Borowiecki.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz na własne życzenie zwolniony został z kierownictwa oddziału ocznego w szpitalu św. Łazarza, które komisorycznie objął z polecenia Wydz. kraj. dotychczasowy pierwszy asystent kliniki okulistycznej krakowskiej Dr Witaliński.

Prof. Karol Hess z Wyreburga obejmuje dyrekcję kliniki okul. w Mnichowie po zmarłym prof. Eversbuschu.

Prof. nadzw. Dr Bielschowski z Lipska mian. prof. zwycz. i dyrektorem kliniki w Marburgu (po Prof. Bachu).

Dr Frenkel w Tuluzie, dotychczasowy docent, mianowany prof. i dyrektorem tamtejszej kliniki.

Prof. Ovio z Modeny, mianowany prof. i dyrektorem kliniki okul. w Genui.

Dr Lenz we Wrocławiu, otrzymał tytuł profesora.

Starszy lekarz sztabowy marynarki Dr Oloff w Kilonii, otrzymał tytuł profesora.

Habilitowali się: Dr W. Clausen w Królewcu, Dr O. Lesser przy wydziale czeskim w Pradze, Dr Maurizi w Rzymie.

Doc. pryw. Dr Martin Bartels w Strasburgu, otrzymał od niem. Tow. oftalm. nagrodę Graefego za pracę dotyczącą regulowania ruchów gałki przez narząd słuchowy.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Dr Oskar Eversbusch w Mnichowie.

VI. OD REDAKCYI.

Z przyczyn od nas niezależnych, nastąpiło opóźnienie we wydaniu niniejszego numeru P. O., za co przepraszamy, zaznaczając, iż następny numer podwójny wyjdzie w końcu października.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Wrzesień. Październik.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
---------------------------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulist. U. J. R. dw. Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Wrzód rogówki pełzający w świetle statystyki z r. 1900—1909.

Podał

Dr MARYAN SZAFNICKI,

asystent prywatny.

W ciągu 10-ciu lat stosowano w klinice okulistycznej w przypadkach wrzodu rogówki pełzającego wszystkie środki, polecane przez powagi naukowe.

Zachęcony przez Szefa mego Prof. Wicherkiewicza i wspierany Jego światłymi radami i wskazówkami, za co składam Mu serdeczne podziękowanie, zestawilem cały odnośny materiał kliniczny i szpitalny. Głównym celem tej pracy jest wykazanie najlepszego sposobu leczenia omawianego cierpienia obok przedstawienia badań bakteriologicznych. Te ostatnie wykonywane są systematycznie od roku 1907, natomiast w latach 1904—1906 nie przeprowadzano badania we wszystkich

przypadkach i tem się prawdopodobnie tłumaczy zbyt wielki, bo aż 50-ciu sięgający procent wrzodów, spowodowanych przez gronkowca białego lub złotego, gdy pneumokokkus w tych latach wykazano tylko w 35% przypadków. Sprawę tę omawiano w seceyi okulistycznej ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. Najprawdopodobniej cyfry te powstały wskutek brania wydzieliny do badania bakteriologicznego nie z głębi wrzodu, lecz z powierzchni jego lub też z worka spojówkowego.

Zanim przejdę do oceny różnych sposobów leczenia wrzodu pełzającego, wspomnę o zwykłym postępowaniu, jakie stosuje się w klinice krakowskiej z tego rodzaju cierpieniem. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że po starannem wypłukaniu worka spojówkowego fizyologicznym roztworem soli lub kwasem borowym i wykazaniu braku zajęcia woreczka łzowego, stosuje się zależnie od umiejscowienia i wielkości wrzodu, atropinę i pilokarpinę samą ewentualnie w zestawieniu podanem przez Prof. Wicherkiewicza jako Ask. (Atropina + skopolamina + kokaina) i Pek (pilokarpina + ezeryna + kokaina) zwykle w maści, gdyż towarzyszące najczęściej łzawienie utrudnia stosowanie leków w płynie. Gdy woreczek łzowy jest zajęty, to uprzednio przestrzykujemy go kwasem borowym, perhydrolem i elektrargolem. Tu już nadmienię, że w uporczywych przypadkach wrzodów, powikłanych zajęciem woreczka łzowego, znakomite skutki osiągnano w klinice po wycięciu woreczka: sprawa kończyła się daleko szybciej i łagodniej. Wpływ tego zabiegu na przebieg kliniczny omawianego cierpienia nie jest uwidoczniiony w poniżej przytoczonych tablicach, gdyż wykonano go zaledwie kilka razy. W przypadkach opadu ropnego (hypopyon) wykonuje się punkcję dopiero wtedy, gdy przy zwykłym leczeniu objaw ten nie ustępuje, lecz przeciwnie, wzmaga się. Następnie stosuje się odpowiednie środki antyseptyczne, wreszcie, gdy oko nie łzawi, zakłada się ciepłą opaskę spirytusową t. zw. salzwedłowską (60% spirytusu) do stałego noszenia, w razie znacznej wydzieliny — 10—15 min. okładki ciepłe kilka razy dziennie.

Żar galwaniczny stosowano początkowo w razie dużego nacieku, zwłaszcza, gdy — sprawa postępuje. Znakomite skutki tego sposobu leczenia zachęciły do przypalania wrzodu zaraz z początku, przez co okres chorobowy znacznie się przyspiesza, jednakże nacieki ropne winny być żarem całkowicie zniszczone. — Co do elektrargolu, to pierwotnie używaliśmy go w postaci gotowej maści (obecnie w płynie fabr. Clin) a w ciężkich przypadkach wstrzykiwano go równocześnie podskórnie i podspojówkowo, szczególnie od roku 1908, ponownie do czasu umiejscowienia sprawy. Ilości wstrzykiwane dawkujemy odpowiednio do nasilenia choroby, nie przekraczając jednak zawartości jednej fiolki. — Dioninę stosowano zaczynając od 5%, a dochodząc niejednokrotnie do czystego proszku. Środki, które używano w klinice i w jakim zestawieniu przedstawiłem na tablicy 5-tej. Nie wspomniałem w niej o kilku innych sposobach leczenia, gdyż były one wykonywane w tak znikomiej ilości przypadków, że nie mogą mieć znaczenia w porównawczem zestawieniu z innymi. — Cynk 20% stosowano w 2—3 przypadkach bardzo ciężkich: w jednym choroba skończyła się, mimo wszystko, wypatroszeniem gałki, a dwa inne wypuszczono z opieki lekarskiej z V. $\frac{1}{2}$ proj. db. W dwóch przypadkach zrobiono cięcie Saemisch'a również bez wpływu na przebieg sprawy. Surowicę Röm'era wstrzykiwano w kilku razach. O znaczeniu leczniczem tego środka wiemy z innych obszerniejszych statystyk. W klinice krakowskiej sposób ten zupełnie zarzucono, jako mało wartościowy.

Wyniki leczenia podzieliłem dla łatwiejszego przedstawienia na trzy rodzaje:

- 1) Przebieg zakończył się bielmem zwykłym lub zrośnięciem z tęczówką.
- 2) Przyszło do całkowitego wrośnięcia tęczówki do bielma i następowej jaskry, dla której wykonano irydektomię.
- 3) Zropienie gałki.

W razach, gdzie to było możliwem, podzieliłem wrzody na zajmujące mniej lub więcej niż połowę rogówki.

Jak długo sprawa przebiegała, zanim chory zgłosił się

po poradę, jakim przedmiotem zostało wywołane cierpienie w przypadkach, gdzie podejrzewano uraz, tego zaznaczyć nie mogłem, gdyż zgłaszający się chorzy, przeważnie włościanie, bardzo skąpe i niejasne dawali zeznania.

Na tablicy 1-szej przedstawiłem: ogólną ilość chorych według lat, ilość wrzodów absolutną i stosunek ich procentowy do wszystkich przypadków, uraz, jako przyczynę wywołującą, i powikłania ze strony woreczka żłowego.

TABLICA 1.

Rok	Ogólna ilość chorych	Ilość wrzodów		Uraz	Dacryo-cysto-blennorrhoea
		absolutna	%		
1900	5107	36	0,7	36%	36%
1901	4776	34	0,7	53%	26%
1902	5489	45	0,8	64%	20%
1903	5568	31	0,6	71%	16%
1904	6238	22	0,4	60%	32%
1905	8129	24	0,3	58%	16%
1906	8915	50	0,6	62%	22%
1907	9554	61	0,6	62%	15%
1908	8060	62	0,8	58%	13%
1909	8700	69	0,8	45%	25%
Ogółem .	70526	434	0,6	56%	20%

Tablica 2-ga przedstawia ilość wrzodów, zbadanych bakteriologicznie w ciągu dziesięciolecia i stosunek procentowy bakteryi, wywołujących to cierpienie.

TABLICA 2.

Rok	Ilość wrzodów	Pneumokokkus	Staphylokokkus	Diplobac Morax-Axenfeld	Streptokokkus + Staphylokokkus	Diplob. Petiti	Streptokokkus
1904 – 1906	20	35%	50%	—	15%	—	—
1907	35	40%	29%	15%	11%	—	6%
1908	37	40%	19%	16%	19%	3%	5%
1909	54	50%	7%	22 ³ / ₄	11%	7%	—
Ogółem ,	146	43%	21%	16%	14%	3%	2%

Tablica 3-cia wykazuje długość leczenia i wyniki bez względu na środki stosowane przy wrzodach zajmujących mniej niż połowę rogówki, spowodowanych przez poszczególne bakterye.

TABLICA 3.

Rodzaj bakteryi	Ilość przypadków	Długość leczenia w tygodniach	Wynik w %		
			1	2	3
Streptokokkus	17	5, 2	29	65	6
Pneumokokkus	29	4, 6	52	41	7
Staphylokokkus	18	5, 3	50	50	—
Diplobacillus Morax-Axenfeld	13	4, 1	69	23	8
Diplobacillus Petiti	3	2, 3	100	—	—

Tablica 4-ta przedstawia wrzody zajmujące więcej niż połowę rogówki.

TABLICA 4.

Rodzaj bakterji	Ilość przy- padków	Długość leczenia w tygo- dniach	Wynik w %		
			1	2	3
Streptokokkus	1	4	—	100	—
Staphylokokkus	6	6	34	50	16
Diplobacillus Morax-Axen- feld	3	4	34	66	—
Pneumokokkus	12	4,2	58	42	—
Diplobacillus Petiti	2	2,5	50	50	—

Tablica 5-ta przedstawia wszystkie wrzody bez względu, czy było przeprowadzone badanie bakteryologiczne czy też nie, ugrupowane według stosowanych leków i równocześnie wykazuje długość przebiegu leczenia.

TABLICA 5.

Sposób leczenia	Ilość przy- padków	Długość leczenia w tygo- dniach	Wynik w %		
			1	2	3
Dionina, Elektrargol	12	3,7	92	8	—
Pyoctanina, Dionina, Electr- argol	42	4,3	76	21	2
Pyoctanina, Dionina, Electr- argol, Galvanoc.	9	4,8	55	33	11
Pyoctanina, Dionina, Thi- genol, Galvanoc.	23	5,9	39	56	5
Pyoctanina, Dionina, Thi- genol	49	5	35	65	—
Xeroform, ciepłe okłady	14	4	22	78	—
Airol, Galvanoc.	10	4,9	20	70	10
Pyoctanina, Dionina	65	3,9	18	81	1
Pyoctanina, Dionina, Gal- vanoc.	39	4,8	15	85	—
Xeroform, Galvanoc., cie- płe okłady	17	4,1	12	88	—

Tablice 6—10 przedstawiają działanie lekarstw przy wrzodach spowodowanych przez poszczególne bakterye w lżejszych i cięższych przypadkach t. j. zajmujących mniej lub więcej niż połowę rogówki.

TABLICA 6. — Pneumokokkus.

Sposób leczenia	Wielkość wrzodu	Ilość przypadków	Długość leczenia w tygodniach	Wynik w %		
				1	2	3
Pyoctanina, Dionina	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	7	6, 2	40	60	—
		1	4	—	100	—
Pyoctanina, Dionina Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	10	4, 5	45	55	—
		—	—	—	—	—
Dionina, Electrargol.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	10	3, 3	90	10	—
		5	5, 4	80	20	—
Dionina, Electrargol. Galvanoc.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	1	6	—	—	100
		4	3, 7	75	25	—

TABLICA 7. — Streptococcus.

Sposób leczenia	Wielkość wrzodu	Ilość przypadków	Długość leczenia w tygodniach	Wynik w %		
				1	2	3
Pyoctanina, Dionina	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	9	6, 1	—	100	—
		—	—	—	—	—
Pyoctanina, Dionina Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	2	5	100	—	—
		—	—	—	—	—
Dionina, Electrargol.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	10	3, 5	100	—	—
		—	—	—	—	—
Dionina, Electrargol. Galvanoc.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{2} \\ 1 \end{array} \right.$	2	5	50	—	50
		1	4	—	100	—

TABLICA 8. — Staphylococcus.

Sposób leczenia	Wielkość wrzodu	Ilość przypadków	Długość leczenia w tygodniach	Wynik w %		
				1	2	3
Pyoctanina, Dionina	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	11	5, 5	36	64	—
		2	4	50	50	—
Pyoctanina, Dionina Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	3	5, 3	66	34	—
		—	—	—	—	—
Dionina, Electrargol.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	3	4, 7	66	34	—
		—	—	—	—	—

TABLICA 9. — Diplobacillus Petiti.

Pyoctanina, Dionina Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	—	—	—	—	—
		3	3	—	100	—
Dionina, Electrargol.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	3	3	100	—	—
		1	1	100	—	—
Dionina, Electrargol. Galvanoc.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	1	1	—	100	—
		—	—	—	—	—

TABLICA 10. — Diplobacillus Morax-Axenfeld.

Pyoctanina, Dionina	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	2	4, 5	100	—	—
		1	4	—	100	—
Pyoctanina, Dionina Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	3	6, 3	34	66	—
		—	—	—	—	—
Dionina, Electrargol.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	2	3, 5	100	—	—
		1	3	100	—	—
Dionina, Electrargol Galvanocaust.	$\left\{ \begin{array}{l} 1/2 \\ 1 \end{array} \right.$	5	4	80	20	—
		—	4	—	100	—

Streszczając wszystko, co wykazują poprzednie tablice, przychodzimy do następujących wniosków. Najczęstszym drobnoustrojem, wywołującym omawiane cierpienie, jest pneumokokkus, gdyż daje 43% przypadków. W innych statystykach znajdujemy znacznie większy procent wrzodów spowodowanych przez pneumokokkus; krakowska różni się wskutek tego, że lata 1904—1907 dają tylko 35% odnośnych przypadków (wyjaśnienie tego faktu podałem wyżej). Przeciętny procent wrzodu pełzającego rogówki wynosi 0·6 ogólnej liczby chorób ocznych. Uraz zdołałem stwierdzić w 56% przypadków. Zajęcie woreczka towarzyszyło w 20% ogólnej ilości wrzodów. Biorąc pod uwagę wpływ rodzaju bakterii na przebieg i ostateczny wynik leczenia, przychodzimy do wniosku, że najciężej przebiegają wrzody, spowodowane przez gronkowca; następne miejsce zajmują te, gdzie znajdowano pneumokokkus, a dalej inne rodzaje bakterii. Jeśli rzucimy okiem na tablicę 5-tą, to uderzy nas odrazu najlepszy wynik w tych wypadkach, gdzie stosowano elektrargol w połączeniu z dioniną. Żar galwaniczny jest bezsprzecznie znakomitym środkiem, jak to również z powyższej tablicy widać, jeśli jednak leczenie trwa dłużej i wynik jest nieco gorszy, to łatwo sobie można wytłumaczyć tem, że przypalenie początkowo stosowano najczęściej w przypadkach już dość daleko posuniętych. Ostatnie 5 tablic wykazują, że, bez względu na rodzaj bakterii, przy stosowaniu elektrargolu z dioniną otrzymywano najlepsze wyniki. Wprawdzie, jak to z tablicy 10-tej widać, i inne środki, zwłaszcza pyoktanina z dioniną dają co do wyniku podobnie dobre wyniki, lecz wedle doświadczeń właśnie ostatniego okresu statystycznego pierwszeństwo należy się w zwalczaniu tej ciężkiej choroby ocznej elektrargolowi w połączeniu z dioniną.



Z c. k. kliniki okulistycznej U. J. (Dyr. R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

Dwa przypadki promienicy narządu wzrokowego

podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Niejednokrotnie znajdowano promieniowce w prawidłowym worku spojówkowym człowieka, (Michel, Cazalis, Bach, Gombert, Axenfeld). Nie sprawiały one jednak ani żadnych dolegliwości choremu, ani też nie wywoływały zmian chorobowych.

Jedynym dotąd opisanym spostrzeżeniem promienicy spojówki jest przypadek Liegarda i Landrieux'a. Autorowie ci spostrzegli u 62-letniego mężczyzny zapalenie spojówki pod względem przebiegu klinicznego przypominające katar dwupłatkowy. Zapalenie było bardzo odporne wszelkiemu leczeniu przez całe 3 miesiące. Później dopiero wykonane badanie bakteriologiczne wykazało w wydzielinie obecność ziarn barwiących się dodatnio sposobem Grama i licznych rozgałęziających się nitek, tworzących splót na wzór grzybni. Zasadowe obmywanie oka zdawały się stan polepszać, gdy tymczasem chory zmarł z powodu zapalenia płuc. Pinov, który wykonał dokładne badanie bakteriologiczne hodowli otrzymanej z tego przypadku określa mikroorganizm ten, jako należący do klasy *Streptothrix Cohnii*.

Do uniwersyteckiej kliniki krakowskiej zgłosiła się 21. X. 1911, 28-letnia córka rolnika z Bolechowic, E. W., skarżąc się na uczucie piasku pod górną powieką oka prawego. Cierpienie to datuje się już od 2—3 miesięcy. A rozpoczęło się nagle, gdy jej coś wpadło do oka prawego podczas kruszenia świeżego kminku zebranego z pola.

Badanie wykazało: Spojówka gałki miernie przekrwiona, rogówka czysta, na spojówce górnej powieki w zewnętrznej połowie kilka nalotów żółtawych, tuż na granicy załamka, w postaci płasko ułożonych gronek, wielkości drobniutkich ziarenek piasku. Przy lekkim potarciu watą schodzi część nalotów, pozostawiając w spojówce lekkie zagłębienie, żywiej czerwonożółte zabarwienie.

Resztę nalotów następnie również usunięto i użyto do badania bakteriologicznego.

Chora powtórnie się nie zgłosiła. W nalocie zdjętym ze spojówki dostrzedz można drobne, nieco wydłużone ziarenka rozsiane wśród splotu cienkich rozgałęziających się nitek.

Część tego nalotu przeniesiono na agar, a gdy na nim wyrosło ognisko białawe, pofałdowane, oddano je Kol. Namysłowskiemu do dokładnego zbadania, który rozpoznał w mikroorganizmie tym promieniowca należącego bezwątpienia do grupy *Actinomyces albus* (gatunek zbiorowy według pojęcia Berestneffa), a to na podstawie następujących znamion:

Mleko prześwietla po 3 tygodniach, nie zmieniając reakcji.

Żelatynę powoli (około 4 tyg.) rozpuszcza, nie zmieniając barwy i przejrzystości.

Bulionu i peptonu nie zmętnia, tworząc na dnie liczne kolonie, jakby kłęбки waty, na powierzchni zaś po dłuższym czasie biały kożuch.

Zestaloną surowicę krwi odbarwia i rozpuszcza w krótkim czasie.

Na ziemniaku wzrost obfity, liczne kolonie maximum $\frac{1}{2}$ mm średnicy, stale zlewające się razem w kożuch, zrazu białawy, przybierający z czasem odcień cielisty. Ziemniak zmienia swą barwę na zielonawo-popielatą.

Na agarze kolonie pojedyncze lub zlewające się, wzniezione do $\frac{1}{2}$ cm ponad pożywkę, o powierzchni nieregularnie zmarszczonej.

Fragmentacja na owalne zarodniki występuje stale, na wszystkich pożywkach — prócz płynnych, gdzie widać tylko

bogato rozgałęziające się nitki; np. na bulionie i peptonie w głębi pożywki niema śladu fragmentacji, natomiast kożuch pokrywający powierzchnię pożywki fragmentuje.

Chcąc się przekonać o chorobotwórczości wyhodowanego promieniowca, przeprowadziłem szereg doświadczeń, wcierając go w rogówkę królika i morskiej świnki, wprowadzając w przednią komorę oka tychże zwierząt lub wreszcie wstrzykując wśródotrzewnowo.

Wszystkie te doświadczenia dały wynik ujemny.

Nie przemawia to jednak bynajmniej przeciw chorobotwórczości danego mikroorganizmu, albowiem znane są z literatury przypadki, gdzie podobnie, jak i w naszym przypadku w ognisku chorobowym nie stwierdzono żadnych innych mikrobów, prócz promieniowców niemal w czystej hodowli, a gdzie doświadczenia na zwierzętach dały również wynik ujemny.

Co się tyczy naszego przypadku, to, pomijając możliwość istnienia szczególnego powinowactwa do ludzkiej spojówki, ujemny wynik doświadczeń może nam jeszcze wytłumaczyć łagodny przebieg schorzenia.

Kolonie promieniowca znajdowały się powierzchownie, przylegały do spojówki, tworząc tylko drobne zagłębienia w jej nabłonku.

Dotąd byłyby zatem znane 2 przypadki promienicy spojówki.

Drugi przypadek odnosi się do promienicy rogówki.

24. II. 1911 r. zgłosiła się wieśniaczka z Jadownik ze swą 11-miesięczną córką S. S., podając, że przed 6 tygodniami »zostało dziecko uderzone nad okiem patykiem, a miało wtedy katar nosa«. Potem zrobił się na oczku wrzód.

Badanie wykazało: Prawe oko: spojówka miernie przekrwiona, na rogówce od strony nosowej przybrzeżny ubytek naciekły owalny, 5 mm długości, a 3 mm szerokości. Barwa tęczówki niezmienniona. Żrenica 2.5 mm, okrągła.

Po wyskrobaniu założono masę nowojodynową i atropinę.

Rozpoznanie R. dw. Wicherkiewicza: *Ulcus corneae infectum, probabiliter keratomykosis oc. dextr.*

Po tygodniu owrzodzenie w zupełności się zabiłziło.

Z masy wyskrobanej z dna owrzodzenia przygotowano preparaty, w których widać było liczne ziarenka wśród gęstego splotu nitek. Część nacieku przeszczepiona na agar, dała w rezultacie kolonie białawe, o powierzchni nierównej. Dr. Namysłowski, który dokładnie mikroorganizm ten zbadał, rozpoznał w nim promieniowca, najprawdopodobniej *Actinomyces albus acidus*, Neukirch., a bezwątpienia należącego do grupy *Actin. albus*, a to na podstawie znamion następujących:

Rozwija się na różnych pożywkach w temperaturze pokojowej. Na ściętym białku jaja kurzego rozwija się natychmiastowo i pokrywa pożywkę delikatnym, białawym nalotem; często widać współśrodkowe kręgi rozrostu promieniowca. Kilkumiesięczne hodowle mają barwę brudno-szarą. Białko staje się stopniowo coraz bardziej przezroczystym i rozmięka, jak żelatyna.

Na zestalonej surowicy rozwija się również szybko, tworząc lekko wyniosłe, często zlewające się kolonie, kredowo-białe. Pożywka staje się przezroczystą, czasem częściowo, czasem zupełnie płynną. Żelatynę zwolna, ale całkowicie rozpuszcza, zachowując barwę i przezroczystość pożywki. Powierzchnie kolonie są kredowo-białe, w głębi pożywki mają wygląd kłębków waty.

Na agarze tworzą się kolonie różnej postaci i wielkości, od małych 1 mm średnicy płaskich, aż do 3 cm szerokich, albo płaskich albo wyniosłych nawet na $\frac{1}{2}$ cm. Młode kolonie o wejrzeniu matowym lub tłustawem, stają się z czasem kredowo-białymi. Czasem widać współśrodkowe kręgi przyrostu. Z czasem, gdy kolonie wysychają, marszczą się promienisto, podobnie, jak *Actin. radiatus* Namysłowski, co dotyczy jednak przeważnie kolonij płaskich. Większe, grubsze kolonie tworzą nieregularne w różnych kierunkach przebiegające zwoje.

Na ziemniaku rosną dobrze. Powierzchnia pożywki jest delikatna, biała, na $\frac{1}{2}$ cm wyniosła.

Na ziarnach pszenicy tworzą powierzchowne białe kępki.

W mleku sterylizowanym rośnie dobrze, a w miarę jak mleko gęstnieje tracąc wodę, ukazują się na jego powierzchni kręgi wzrostu promieniowca. Mleko po pewnym czasie oddziaływa kwaśno.

Na chlebie nie wzrasta.

Promieniowiec ten z jakiegokolwiek wzięty pożywki przedstawia pod drobnowidem zwój bezbarwnych, rozgałęziających się nitok, 1 μ grubości; po zabarwieniu widać wyraźną segmentację.

Odnosi się to jednak tylko do młodych hodowli. W starszych koloniach (po tygodniach) występuje fragmentacja: nitki rozpadają się na owalne »zarodniki«. Hodowle często bardzo późno fragmentowały, chociaż pożywka była dosyć suchą. Namysłowski uważa ten fakt za cechę znamioną dla badanego mikroorganizmu.

Celem zbadania chorobotwórczości wyhodowanego promieniowca przeprowadziłem szereg doświadczeń.

Wmasowany w skaryfikowaną rogówkę wywołał lekkie zmętnienie, które nie leczone w przeciągu 3 dni ustąpiło. Wprowadzony do przedniej komory oka morskiej świnki wywołał po upływie 3—4 dni silne ropne zapalenie z hypopyon. Jedną taką gałkę na szczycie zapalenia wyłuszczoą zbadalem pod drobnowidem, utrwaliwszy ją poprzednio w 10% formolu. Badanie wykazało nabłonek rogówki prawidłowy, tylko na obwodzie obfite komórki wędrownie, podobnie w mięszu na obwodzie obfity naciek, w przedniej komorze gęsty spłot rozgałęziających się nitok, bardzo liczne ciała wysiękowe, zmieszane z czerwonymi ciałkami krwi, aż do *ligamentum pectinatum iridis*. Poprzez błonę Descemeta wnikają w rogówkę bardzo liczne komórki wędrownie; naciek pokrywa tęczówkę i przednią torebkę soczewki.

Promieniowiec wprowadzony do ciała szklistego wywołał silne zapalenie ropne całej gałki z następowem jej kurczeniem. Wskrzyknięcie do jamy otrzewnowej dało wynik ujemny.

Jest to zatem szósty przypadek promienicy rogówki. Po-

przedziły go przypadki: de Berardinisa, Neddena, dwa Namysłowskiego — Rosenhaucha i Löwensteina.

Piśmiennictwo.

- Axenfeld: Bakteriologie in der Augenh. Jena. G. Fischer 1907.
de Berardinis: Ann. di Ottalm. Pavia 1904.
Liegard i Landrieux: Klin. Monatsbl. für Augenh. 1911, p. 670.
Loewenstein: Klin. M. f. Aug. XLVIII. 185.
Namysłowski: Postęp. okul. 1910, 3, i Bull. intern. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1909.
Tenże: Znttbl. f. Bakt. 1912. T. 62, p. 7.
Nedden: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1903, XXI.
Rosenhauch: Post. okul. 1910, 2 i Klin. Monatsbl. f. A. 1910, XLVIII.
Tenże: Przegląd lekarski, 1912: Rola grzybów i promieniowców w okulistyce.
-

O wrzodzie przybrzeżnym rogówki, spowodowanym prątkiem Neddena.

Napisał

Prof. Dr B. WICHERKIEWICZ.

Badania etyologii wrzodów rogówkowych pod względem współdziałania drobnoustroji nie można jeszcze uważać za ukończone. Zawsze nowe bowiem robimy doświadczenia i nowe niezwykle poznajemy objawy; dlatego to nie od rzeczy składać przyczynki do skarbnicy okulistycznej praktyki, by następnie, z uporządkowanego materiału, wyciągnąć należyte wnioski.

Otóż do takich niezwyklej objawów należy wrzód przybrzeżny rogówkowy, o wybitnych znamionach i uporczywym przebiegu, który mam zamiar opisać.

Dnia 2-go listopada 1911 r., zgłosił się do mej kliniki Dz. Jan, wyrobnik ze Stadnik, 51 lat liczący, skarżąc się, iż od dwóch tygodni oko lewe go boli, a zwłaszcza dokuczają mu ból głowy. Chory źle odżywiony i niedokrewny podaje, że już od trzech tygodni czuje się słabym. Oko łzawi, spojówka silnie przekrwiona, szczególnie dołem wewnątrz, gdzie przy brzegu znajduje się na rogówce wrzód 7 mm długi, 2 mm szeroki — dość płytki. Tak spód jego, jako i brzegi, lekko szaro nacieczone, pozostała część rogówki niewyraźnie nakłuta, a górą naczynia przechodzą z rąbka na rogówkę. Ciecz pk. zmętniona, pk. głęboka, tęczęwka o rysunku zatartym, a dołem wewnątrz brzeg tęczęwkowy przyrośnięty do soczewki, żrenica wązka, nieregularna.

A zatem wobec obrazu klinicznego rozpoznanie brzmiało: *ulcus corneae marginale, iritis plastica.*

Wydzielina spojówkowa bardzo skąpa, prawie tylko kataralna, co właśnie z uwzględnieniem braku urazu skłaniać mogło do rozpoznania wrzodu kataralnego.

Badania bakteryologiczne, które od kilku lat przeprowadzamy we wszystkich przypadkach wrzodów rogówkowych z reguły, i tu zrobiono, a asystent kliniczny, Dr Rosenhau ch, zakomunikował mi co do tego przypadku, że badanie wykazuje we wydzielinie spojówkowej *bacterium Neddeni.*

Co stwierdziwszy z tą większą uwagą i zajęciem śledziłem ten przypadek osobiście, zrazu w klinice, a później, gdy miejsca dla chorego tu zabrakło, przenieśliśmy go do szpitala św. Łazarza.

Leczenie polegało na stosowaniu elektrargołu, zapuszczaniu atropiny, ciepłych okładach, później *ung. flav.*, opaska, haematogen Homla.

8. XI zapisano: wrzód nie rozszerzył się, ale wnika w głąb, zapalenie tęczęwki nie ustępuje, lecz przeciwnie, doprowadziło do zasłonięcia całej żrenicy. Oko łzawi silniej, ból głowy nie ustępuje. Na dotyk gałka lekko bolesna. Napięcie prawidłowe.

16. XI. spojówka mniej przekrwiona, ubytek rogówkowy słabszy, ale ból głowy silniejszy. *N. supraorb.* bolesny, a także gałka na dotyk wrażliwsza.

Leczenie pozostawało na razie to samo.

22. XI. przepisałem *noviform-chininphytina*.

24. XI. silne bóle głowy, gałka jakoby mniejsza nieco, a nadto lekki *enophthalmus*, wrzód nie powiększył się, ale wniknął jeszcze bardziej w głąb, a pozornie dociera do tęczówki (czy błony Descemeta, bo tęczówka nie wypadła). Spód wrzodu jednak nie wydęty, a w rogówce bliżej środka, nieco ku nosowi punkcikowate nierówności. Przednia komora płytsza, a źrenica mimo atropiny nic się nie rozszerza, pozostaje wąską i zasłoniętą.

30. XI. zapad gałki jeszcze więcej uwydatniony. T.—2, a W. = palce 1 m.

Przepisałem atrop., skopol., kokainę — *ung. flav.*, mleko, haematogen i zakładanie opaski zwojowej obustronnej.

Poprawa powoli poczyną się znaczyć, a 13. XII. zaznaczono w protokole, że wrzód zabił się, pozostawiając spłaszczenie ograniczone rogówki, tęczówka wyraźniejszy przyjmuje rysunek, ale źrenica całkiem zasłonięta zorganizowaną błonką. Oko bledsze.

Powoli przednia komora pogłębiała się, a tęczówka pokazuje się dołem w obwodzie przyrośniętą do miejsca, gdzie się znajdował wrzód rogówkowy.

17. XII. wystąpiła róża na twarzy po prawej stronie, dlatego chorego odesłałem na oddział zakaźny szpitala św. Łazarza, skąd po dwóch tygodniach wyleczony, powrócił na mój oddział celem poddania się badaniu. Oko nie przedstawiało żadnych wybitnych zmian od czasu ostatniego badania, jedynie może mniej było przekrwionem, i niebolesnem.

Wrzód rogówkowy, powyżej opisany, należy niewątpliwie do wrzodów rzadkich pod względem niezwykłego przebiegu i zejścia.

Rozpoznanie mogło się przedewszystkiem wahać pomiędzy wrzodem kataralnym a wrzodem żrącym (*ulcus rodens*).

Przeciw wrzodowi kataralnemu przemawiał jednak brak znaczniejszej wydzieliny, a przede wszystkim przemawiała ta okoliczność, iż wrzód ten wnikał w głąb i od samego początku powikłany był zapaleniem tęczówkowym z nerwicą nerwu trójdzielnego.

Wrzód żrący, bardzo rzadki, okrąża powoli cały środek rogówki, zajmując nie część, ale cały brzeg rogówkowy. W późniejszym okresie pojawia się w dalszym przebiegu także zapalenie tęczówki, nie zaś z samego początku, jak to tu miało miejsce.

I jeden i drugi wrzód nie sprawia zwykle silniejszych dolegliwości, jakie się właśnie w przebiegu wrzodu opisanego jawiały.

Inne wrzody, jak urazowy, syfilityczny, pełzający i t. p. nie wchodzą przy stawianiu różniczkowego rozpoznania tutaj wcale w grę. To też obecność znamiennego drobnoustroju Neddena skłania do przypuszczenia, że ten prątek właśnie w pewnych warunkach, mało znanych, wybitnie chorobotwórcze dla oka ma znaczenie.

Przypatrzmy się, co nam pod tym względem podaje literatura.

Nedden spotkał drobnoustrój, który uważał za znamienny dla pewnego rodzaju wrzodów rogówkowych, w przeciągu 5 i 1/2 roku wśród materiału ocznego, dochodzącego do 30 000 chorych, 75 razy. (Univ. Augenklinik Bonn: »Über einige seltene Infektionskrankheiten der Hornhaut. Kl. Monatsblätter 1906) Licznymi doświadczeniami stwierdził na zwierzętach chorobotwórczość tego prątka, a także toksyny jego miały wywołać zapalenie podobne, przyczem objawy zapalenia spojówkowego mniej się znaczą, zwłaszcza jeżeli wrzody rogówkowe nie są zbyt wybitne.

Dla tego to właśnie różniczkowe rozpoznanie wobec wrzodu kataralnego jest ułatwione.

W przypadkach wrzodów Neddena występowało określone nastrzykanie spojówki gałki, zmętnienie przyługającej części rogówki w oddaleniu 1—2 mm od brzegu, zmętnienie,

które po kilku dniach zamienia się we wrzód owalny, równoległy do brzegu rogówkowego.

Nierzadko mają się w innych miejscach na obwodzie pojawiać podobne nacieki, które jednak znikają, nie doprowadzając do wytworzenia się wrzodów.

Na 75 przypadków wrzodów przybrzeżnych rogówki, w których Neddenowi udało się wychować ów prątek, było 13 przypadków równocześnie zapaleniem pryszczycowym powikłanych u młodych osobników, w 9-ciu przypadkach znachodził się nieżyt wywołany prątkiem dwoistym, w 3-ch było zapalenie spojówkowe nieokreślonej natury, a w 5-ciu jaglica w okresie zbliźnowacenia, w pozostałych zaś 45 nie było można stwierdzić żadnego zachorzenia spojówkowego.

Ale Nedden znalazł swój prątek nadto w 20 przypadkach wrzodów rogówkowych, które nie miały absolutnie znamion wrzodu przybrzeżnego, z czego słusznie wnosi, że ten prątek wogóle jest chorobotwórczym dla rogówki. Dziwna rzecz jednak, że względnie rzadko inni autorzy go spotykali. Paul (Klin. Monatsbl. 1905), M. Nab tylko ustnie Neddenowi zakomunikował, iż i w Londynie w 3-ch przypadkach wrzodu przybrzeżnego spotkał się z jego prątkiem.

Niewątpliwie, jak z powyższego zestawienia Neddena wynika, prątek ten znachodzi się w spojówce dość często, potrzeba jednak szczegółowych warunków, aby jego jadowitość mogła się uwydatniać.

Te szczegółowe warunki są nam atoli dotychczas nie znane.

Przypuszcza się, iż w podobnych razach może odgrywać samozatrucie (*gastrointestinale Autointoxication* — przyjmowane przez Elschniga Kl. Monatsbl. 1905) pewną rolę.

Słusznie stawia sobie Nedden pytanie, czy wyłącznie jego prątek czy też inne równocześnie drobnoustroje winno się o chorobotwórczy wpływ posądzać. Wedle Petita może

czasami i prątek *Morax-Axenfelda* podobny wrzód przybrzeżny wytworzyć.

Jak, wedle Strauba, gronkowce u skrofulicznych dzieci wywołują pryszczycowe zajęcia spojówki i rogówki, tak samo mógłby, czy prątek Neddena, czy *Diplobacillus Morax-Axenfelda* spowodować znamienne wrzód przybrzeżny rogówki, i to właśnie u osób przez schorzenie ogólne, czy tego, czy owego rodzaju, do tego usposobionych.

Nedden przyznając, że nie jego prątek wyłącznie usposabia do powstawania wrzodu przybrzeżnego, zaznacza jednak, że specjalnie w okolicach nadreńskich względnie często właśnie ten prątek o współdziałał musiał posądzać.

W naszym materiale klinicznym, obfitującym w liczne przypadki wrzodów rogówkowych najrozmaitszego rodzaju, nie napotkaliśmy dotychczas wrzodu o tak znamionym wyglądzie i przebiegu, co mnie właśnie skłoniło do zajmowania się szczegółowo tą sprawą.

W przypadku, opisanym powyżej, wrzód położony był również przybrzeżnie, a lubo naciek poprzedzał go nieznanym, to jednak nie pozostawił śladu.

Natomiast znamionymi, a może odmiennymi od dotychczas spostrzeganych objawów były uporczywość wrzodu, bolesność nadzwyczajna, wczesne jego powikłanie ze zapaleniem tęczówkowem i lekki acz wybitny zapad gałki (*enophthalmus*) u osobnika starszego, źle odżywionego, ale bez wybitnych znamion jakiejś skazy.

Czy prątek Neddena był jedynym winowajcą, względnie, czy i jakie współdziałały przy tem usposabiające okoliczności, trudno stanowczo wyrokować w przypadku, który daje pochop do dalszych przy sposobności bacznych spostrzeżeń, ale na razie pozostawia jego etylogię niejasną.



II. STRESZCZENIA.

Münchener med. Wochenschrift. R. 1911. Z. 6, 9, 10, 13.
(Ref. Dr E. Rosenhauch).

Narząd wzrokowy kierownika samochodu. (Das Sehorgan des Automobilführers). Freytag.

Uwagi ogólne nad przepisami wydanymi przez namiestnictwo bawarskie w sprawie przyjmowania odpowiednio ukwalifikowanych jednostek w poczet szoferów.

O koniecznej sprawności wzrokowej kierownika samochodu. (Über die notwendigen Sehleistungen eines Automobilführers. Gutachten der Ophthalmologischen Gesellschaft in München). Rosenhauch.

Naosiowa bystrość wzrokowa wynosić musi u lepszego oka $\frac{2}{3}$, u gorszego $\frac{1}{3}$ prawidłowej bystrości. Szkła dopuszczalne są do 8 D.

Pole widzenia nie śmie być ograniczone. Wybitne obniżenie poczucia światła wyklucza możliwość objęcia kierownictwa samochodu, natomiast bez wpływu pozostaje wrodzona ślepota barwna (daltonizm). Pozwolenie jazdy wykluczają następujące cierpienia: opadnięcie powiek, porażenia mięśniowe, wybitne zaburzenia źreniczne, brak soczewki i wyjątkowo zewnętrzne schorzenia oczne. Zaleca się noszenie szkieł ochronnych.

Ochrona oka w hutach szklanych. (Der Augenschutz in Glashütten). Koelsch.

Nawiązując do prac doświadczalnych Birch-Hirschfelda, Sehanza i Stockhausena o wpływie promieni pozadioletowych na oko, radzi autor używać szkieł ochronnych przy wyrobie szkła. Ważnym czynnikiem jest rodzaj szkła do okularów ochronnych użytego. Dalej należy dla każdego robotnika wybrać odpowiednią, wygodną oprawę, by nie uciskała, nie wrzynała się w skórę, inaczej robotnik nie będzie jej nosił. Można przed piecem ustawić płytę ze szkła barwnego, a wtedy zastąpi ona noszenie okularów ochronnych. Dla ochrony przed zbytnią temperaturą służą wentylatory i automatyczne wachlarze.

Takie i tym podobne uwagi spisuje autor, chcąc tem dać bodziec do badań na większą skalę w tym kierunku.

Leczenie salwarsanem, a zapalenie nerwów wzrokowych. (Salvarsanbehandlung und Neuritis optica). Schanz.

Autor opisuje 2 przypadki zapalenia nerwu wzrokowego, które po wstrzyknięciu salwarsanu, zrazu uległy zaostrzeniu, lecz potem szybko ustąpiły — zdaniem Schanza, dowód, że nie były tym środkiem wywołane. Schanz uważa wystąpienie zapalenia nerwów w tym wypadku, jako zaostrzenie się, pomnożenie jadów kiłowych wskutek za małej dawki salwarsanu. W końcu dochodzi do wniosku, że zapalenia nerwu ocznego, jakie po salwarsanie spostrzegają, są prawdziwymi nawrotami kiły, a nie chorobą wywołaną salwarsanem.

Kiła doświadczalna. (Wtórne kilaki, pierwotny kilak rogówki). Hoffmann.

Autorowi udało się wywołać zmiany kiłowe na jądrach, worku mosznowym królika: ponieważ potem i w odległych miejscach wytwarzały się wyniosłości i guzki kilakowe, dochodzi autor do wniosku, że i u królika kiła nie jest schorzeniem lokalnym, lecz ogólną chorobą całego organizmu. Ciekawsze są jednak ze stanowiska okulistycznego badania H. nad kiłą rogówkową.

Przy pierwszym szczepieniu (gdym jedno oko szczepimy tylko) powstaje zapalenie mięsaszowe rogówki w 41% przyp.; gdy to samo oko po 2 miesiącach ponownie szczepimy wynik dodatni bywa w 100%. Szczepienie jednorazowe, lecz równocześnie obuoczne, daje wynik dodatni w 92% przyp. Zmiany rogówkowe występują w bardzo różnej postaci, bądź jako rozlane nacieki lub guzki przypominające zmiany gruźlicze, albo wreszcie jako dość znaczne guzy.

Ophthalmology. R. 1912. Vol. 8. nr 3. (Referent K. W. Majewski).

Mnogość punktów łzowych. (Puncta lacrimalia multiplicia). E. F. Chase — Waszyngton.

Przy badaniu chorego, który zgłosił się z powodu bólów w oku, od dzieciństwa oślepiem, i posiadającym zwicniętą i zmarniałą soczewkę, zauważył autor na drugim oku zdrowem zбочzenie wrodzone w zakresie górnych dróg łzowych. Obok prawidłowego punktu łzowego istnieją u dolnej powieki jeszcze dwa otwory w postaci krótkich szczelin na przebiegu przewodki łzowej. Wszystkie trzy otwory prowadzą bezpośrednio do kanalikę łzowego. Au-

tor w swym artykule nie wspomina, czy w tym wypadku można było na pewne wykluczyć poprzednie operacyjne nacięcie prze-wódki łzowej.

Pęknięcie błony Descemeta wskutek uderzenia przed-miotem tępym. (Rupture of Descemet's Membrane due to a Blow from a Blunt Object). Mac Cool — Portland.

Młodego maszynistę uderzyła żelazna część oderwana od pu-szczonego w ruch molotu tak silnie w oko lewe, że na chwilę stracił przytomność. Badanie w kilka godzin potem przedsięwzięte wykazało obok silnego obrzęku, zasinienia powiek, i innych obja-wów stłuczenia szczególną zmianę w rogówce. Powierzchnia jej nie okazywała żadnego, nawet przybłonkowego ubytku, czego dowodził brak zabarwienia fluoresceiną. Natomiast w oświetleniu ogniiskowem widać było cienką linię szarą w tylnej warstwie, rozdzielającą się w środku rogówki widelkowato ku górze w postaci nieregularnej litery Y. W przedniej komorze leżał skrzep krwawy w postaci pod-kowy ku górze otwartej. Głębszych zmian, jak się przekonano pó-źniej po wessaniu krwi, wcale nie było. Dolegliwości podmiotowe, jak światłowstręt, ból, łzawienie, były z początku znaczne i utrzy-mywały się dość długo. Autor tłumaczy sobie powstanie rozwidlo-nej rysy szarej w błonie Descemeta, oraz podkowiate rozstąpienie się krwi ku obwodowi przedniej komory, załamaniem rogówki, wy-wołanem chwilowo przez silny uraz tępy. (Zupełnie podobny przy-padek p. l. »Infractio corneae« opisałem w Post. Ok. 1905. Nr. 10. przyp. ref.).

Operacja zaćmy przy wrodzonym braku tęczówki. (Cataract Operations in Aniridia Congenita). Fejér — Budapeszt.

W przypadkach wrodzonego braku tęczówki soczewka zazwy-czaj okazuje częściowe zaćmienia. Autor opisuje spostrzeżenie, od-noszące się do 36-letniej kobiety, z obustronnym, prawie zupełnym brakiem tęczówek i z dojrzałą zaćmą na jednym oku. Operacja tej zaćmy odbyła się prawidłowo, bez powikłań, i dała dobry wy-nik optyczny.

Nasadka do lampy oftalmoskopu elektrycznego. (A Lighthood for Electric Ophthalmoscope). Le Fever — Filadelfia.

Zastosowanie bezpośredniego oświetlenia do oftalmoskopii, tj. zastąpienie lusterka odbijającego światło lampy, lampką elektryczną umieszczoną na samym wzierniku, przedstawia pewne ujemne strony. W pierwszym rzędzie szkodliwie działa to, że promienie

lkiej lampy zbyt rozbieżnie padają na oko badane. Z tego powodu oświetlają one szerokim kręgiem nie tylko samą źrenicę, ale i tęczówkę, a nawet powieki. W tych warunkach dno oka przedstawia się blade i niezbyt wyraźnie, a to dlatego, że zwłaszcza w oczach ubogich w barwik twardówka prześwieca i przepuszcza w głąb oka nieco rozproszonego światła. Przyczynia się do tego również brak kontrastu między oświetloną źrenicą a częściami otaczającymi, jeżeli te części są również oświetlone. Można wprowadzić promienie lampki skupić odpowiednio, za pomocą soczewki wypukłej, ale im większą nadamy im zbieżność, tem bardziej zmniejszy się pole oświetlonej części dna oka. Aby tę trudność ominąć, obmyślił autor nasadkę z ebonitu w postaci krążka z otworem okrągłym, o średnicy 5 mm. Krążek ten nasadza się na koniec tubusa, zawierającego lampkę, której światło ogranicza się przez to do wąskiego snopa promieni, w sam raz wystarczającego do oświetlenia samej tylko źrenicy.

Leczenie operacyjne rogówki stożkowej. (Operative Treatment of Conical Cornea). Prof. Gołowin — Moskwa.

Na kongresie oftalmologów francuskich w r. 1909 przedstawił Parisotti całokształt dotychczasowych usiłowań, mających na celu operacyjne leczenie rogówki stożkowej, i doszedł wówczas do wniosku, że najlepiej do tego celu prowadzi galwanokaustyczne przypalenie samego szczytu stożka. Zaznacza nadto, że przecięcie rogówki i otwarcie przedniej komory, jakie przytem zdarzyć się może, nie powinno operatora odstraszać, zdarzenie to bowiem nie tylko nie stanowi niepożądanego powikłania, lecz raczej wpływa korzystnie na ostateczny wynik operacji.

Gołowin u pewnego studenta medycyny wykonał taką właśnie galwanokaustykę stożka rogówkowego, przyczem odplynęła ciecz wodna. Pokazało się jednak, że okoliczność ta wcale nie wpłynęła korzystnie na dalszy przebieg. Upłynęło przeszło trzy tygodnie, zanim przednia komora na stałe się wytworzyła i to dopiero po wykonaniu syndesmoplastyki, sposobem Kuhnt'a, poleconym do leczenia wrzodów rogówkowych. Pod przesuniętym płatem spojówki gałkowej powstała w środku rogówki biała, okrągła, ostro ograniczona blizna, a rogówka cała odzyskała postać dokładnie kulistą. Po wykonaniu irydektomii optycznej uzyskał chorey bystrość wzroku 0,7 bez pomocy szkieł. Gołowin sądzi wobec tego, że syndesmoplastykę powinno wykonywać się odrazu, bezpośrednio po galwanokaustyce, a w ten sposób środek rogówki stożkowej, będący miejscem najsłabszego oporu stanie się właśnie środkiem wytrzymałości (Center of resistance).

Sklerektomia prosta przy jaskrze. (*Simple Sclerectomy in Glaucoma*). Bettremieux — Roubaix.

Autor opisuje przypadki jaskry przewlekłej, operowanej z po-myślnym skutkiem za pomocą sklerektomii prostej, polegającej na wycięciu paska twardówki wchodzącej w obręb przedniej komory i to nie w całej grubości, a więc bez otwarcia komory. Dowód skuteczności tej metody upatruje autor w tym fakcie, że u chorego, który wzrok jednego oka stracił w stosunkowo krótkim czasie wskutek jaskry, sklerektomia powstrzymała odrazu postępy jaskry na drugim oku tak, że stan bystrości wzrokowej i pola widzenia tego oka utrzymuje się już od lat trzech bez żadnej zmiany i pozwala operowanemu oddawać się zawodowej pracy. Podobnie i w innych przypadkach jaskry przewlekłej lub prostej dała sklerektomia trwałe wyniki, a tam, gdzie na jednym oku wykonano irydektomię, a na drugim sklerektomię, dalszy przebieg wykazywał prawie zawsze wyższość tej ostatniej. Mechanizm działania sklerektomii polega, zdaniem B, nie na wytworzeniu błony przesączającej ciecz wodną z przedniej komory, lecz na tem, że w nowo powstałej tkance tworzą się połączenia między głębszemi żyłami rzęskowemi, a więciem powierzchownych naczyń dookoharogówkowych, względnie przewodem Schlemma. *Sclerectomy simplex* działa bez porównania korzystniej, niż całkowite przecięcie twardówki, *sclerotomy anterior*, której skutek w najlepszym razie bywa tylko przemijającym.

Irydektomia i sklerektomia przy jaskrze. (*Iridectomy and Sclerectomy in Glaucoma*). Bettremieux — Roubaix.

Autor wykazuje, że irydektomia bezwarunkowo nie nadaje się do leczenia wszystkich postaci jaskry. Już sam Graefe przyznawał, że w 2% przypadków jaskry prostej utratę wzroku należy bezpośrednio odnosić do irydektomii, jako do przyczyny, wywołującej fatalny zwrot w przebiegu choroby. Wecker wykazał statystycznie, że w 30% przypadków jaskry prostej irydektomia wpływa niewątpliwie na przyspieszenie postępów choroby, a w 40% przypadków powstrzymuje zaledwie na czas krótki stopniowe pogarszanie się wzroku, nie poprawia jednak nigdy bystrości wzrokowej, ani nie rozszerza pola widzenia. Przytem, gdy w jaskrze ostrej irydektomia nawet niezupełnie poprawnie wykonana, daje wynik po-myślny, to w jaskrze prostej najmniejszy błąd techniczny, odbija się jak najgorzej na dalszym przebiegu choroby. Z tych powodów już dawno przestano wycinać tęczęwkę w przypadkach jaskry prostej. Prócz tego autor uważa irydektomię za przeciwwskazaną wobec jaskry dziecięcej (*Hydrophthalmus, Glaucoma infantile*), dalej w okresie zwiastunowym jaskry, we wszystkich postaciach jaskry

krwotocznej i w przypadkach, gdzie wykonana już na jednym oku nie dała pożądanego wyniku. Jak widać z tego, zastosowanie irydektomii ograniczałoby się tylko do ostrych i podostrych postaci jaskry zapalnej. Prawie we wszystkich razach, gdzie obawiamy się złych skutków irydektomii, można bez obawy powikłań zrobić sklerektomię, o której była mowa w poprzednim artykule.

Jaskra krwotoczna — sklerektoomia. (Hemorrhagic Glaucoma — Sclerectomy). Terson — Paryż.

Ciężkie postaci jaskry krwotocznej występują zazwyczaj u osób dotkniętych cukrzycą, chorobą Brighta, lub miażdżycą tętnic. Chorzy tacy umierają często na udar mózgowy, a sekcya wykazuje sklerozę naczyń tak w mózgu, jak i w oczach. Ciśnienie krwi bywa w tych wypadkach stale wzmożone. Leczenie miejscowe polegać powinno na stosowaniu środków zwięzających źrenicę i dioininy w proszku, działającej jako skuteczne analgeticum. Na obniżenie ciśnienia krwi działają takie środki, jak guipsyna (wyciąg jemioli) i tetranitrol. Częste nakłucia twardówkowe mogą nieraz zapobiedz potrzebie wyjęcia oka w przypadkach zupełnego osłepnięcia i znacznych bólów. Terson wspomina o chorym z cukrzycą, który w jednym oku miał krwotok do ciała szklistego, a na drugim jaskrę krwotoczną. Mała obwodowa irydektomia obniżyła ucisk i zachowała część wzroku, ale po kilku miesiącach wystąpił ponowny napad jaskry. Tym razem wykonał autor sklerektoomię i od tego czasu oko już trzynastcie miesięcy jest zupełnie spokojne.

III. ROZMAITOŚCI.

Ruchy odczepionej siatkówki pozorujące obecność wagra pozasiatkówkowego. Ponownie zdarzało mi się spostrzeżać przypadki odczepienia siatkówki, w których przy wzornikowaniu ruchy siatkówki zdawały się być tak wybitnymi, iż mogło to skłaniać do przypuszczenia obecności wagra ruchy owe wywołującego, a jednak dalsze śledzenie, a nawet w jednym przypadku operacya, przypuszczenia tego nie potwierdziły.

Za bardzo łudzącą pozornością takich ruchów przetworów wśródgatkowych przemawia również przypadek opisany swego czasu

przez Dr Wadzyńskiego po rosyjsku, a w tłumaczeniu polskim Dr Włodz. Talki podany przez ojca Dr J. Talkę dla Postępu okulistycznego (1900 p. 456 »Przypadek wągra podsiatkówkowego«). Ołóż wezwany wtenczas przez ś. p. kolegę Talkę, abym zdanie me co do owego przypadku zagadkowego objawił, podałem od siebie w dopisku uwagę, iż konfiguracya zmętnienia wywołała złudzenie optyczne wypuklenia siatkówkowego, a jednorazowy ruch owego wyrostka ciała szklanego, przypominającego wągra, był prawdopodobnie biernym i na uwagę nie zasługuje.

W oceniu podobnych ruchów siatkówkowych trzeba nam być bardzo ostrożnym, a tem więcej, gdy takie ruchy się powtarzają, jak to w jednym z moich przypadków miało miejsce, a przez wielu z personelu lekarskiego mojej kliniki było potwierdzone.

Co do tłumaczenia tego zjawiska to wskazani jesteśmy tylko na domysły.

Prawdopodobnie występuje ten objaw albo wskutek nie dość powstrzymywanych przez badanego, a przez badającego przeoczanych ruchów gałki, zwłaszcza, jeżeli istnieje może choćby lżejszego stopnia *nystagmus*, albo też przyczyny szukać trzeba w przelewaniu się płynu pozasiatkówkowego z jednej ograniczonej, do drugiej części przetworu pozasiatkówkowego przy pochylaniu głowy.

Wicherkiewicz.

Z afrykańskiej swej podróży podaje w Zentr. Zeitung f. Optik Oppenheimer ciekawe szczegóły.

I tak w Egipcie używa się dla bardzo jaskrawego słońca często szkieł ochronnych, niejednokrotnie także Fienzalskich, a we wschodniej Afryce murzyni w dni świąteczne przyozdabiają sobie twarz binoklami o niebieskich szklach, chociaż nosy murzyńskie wcale nie nadawają się kształtem do takiej parady.

Co do chorób ocznych, wogóle licznych, to we wschodniej Afryce zaniewidzenia w następstwie ospy nie należą bynajmniej do rzadkości, a inne w następstwie przymiotu podobno częściej pojawiają się aniżeli w naszych europejskich centrach. Napotyka się też bardzo często zezujących, z czego O. wnosi, że wady łamliwości zachodzą nie rzadko.

W.

Otrzymujemy następujące pismo:

»Lekarze, którzy pragną, aby oryginalne ich prace polskie, mogące zainteresować zagranicę, były referowane w esperanckim miesięczniku lekarskim p. t. »Kuracisto« (=Lekarz), raczą nadsyłać autoreferaty w języku polskim (ewentualnie w esperanto), adresując: Dr L. Ghybezyński, Warszawa, ul. Szopena Nr 1«.



IV. SPRAWY OSOBOWE.



Doc. pryw. Dr Krusius w Berlinie otrzymał tytuł profesora.

W. E. Bruner w Cleveland mian. prof.-adjunktem dla oftalmologii przy Western Reserve University Medical College.

Prof. Dr Fr. Helfreich w Wyrzburgu i Prof. Stilling w Strasburgu w Alzacyi obchodzili we wrześniu b. r. 70-rocznicę urodzenia.



V. KRONIKA ŻAŁOBNA.



Dr Lorenzo Chavez w Meksyku.



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁA-
BANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHĘKA, DRA
LIEBERMANNĄ, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRA-
KOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE,
DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABÜRGU, DRA RUMSZEWICZA W KI-
JOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Listopad.	→ ROZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
-----------	------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

O torbielach gruczołu Krausego.

Podał

Dr med. KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

P. S. 7-letni. Prawe oko i powieki jego zupełnie prawidłowe. Szczelina powiek lewego oka znacznie węższa, powieka górna nieco opadnięta. Spojówka powieki dolnej i gałki zupełnie prawidłowa. Po odwinięciu powieki górnej, spojówka powieki prawidłowa. Fałd górny znacznie zgrubiał w części skroniowej, w połowie długości zgrubiałość się zmniejsza, trzecia zaś część nosowa fałdu przedstawia się zupełnie prawidłowo. Największa grubość fałdu wynosiła przeszło 7 mm. Powierzchnia fałdu zupełnie gładka i równa, pod względem barwy cokolwiek bardziej różowa niż pozostała część spojówki prawidłowa fałdu. Wygląd zatem fałdu był zupełnie taki, jak przy przeroście tkanki adenoidalnej.

Uchwyciwszy fałd zgrubiał zębatymi szczypeczykami, odciąłem go jednym cięciem nożyczek, nie zakładając szwów.

Objętość wyciętego fałdu znacznie mniejszą była; miał on 3 mm. tylko szerokości i tyleż grubości. Zalałem go do celloidyny. Na cięciach poprzecznych miał on kształt prawie półokrągły: u podstawy, która odpowiadała brzegowi oczodołowemu widoczne były w wielu miejscach odosobnione zraziki gruczołów Meiboma. Powierzchnię fałdu wyścielał przybłonek wielowarstwowy, grubszy znacznie na przedniej powierzchni fałdu, cieńszy na tylnej. Na przedniej powierzchni przybłonek występował w postaci wielowarstwowego walcowatego, znajdowały się też w nim dość liczne komórki puharowe. Ku tyłowi grubość warstwy przybłonkowej stopniowo się zmniejszała, komórki stawały się coraz bardziej płaskimi. Na tylnej powierzchni przybłonek składał się niekiedy tylko z trzech warstw komórek, z których powierzchniowe kształt miały płaskie, głębokie niekiedy walcowate, częściej sześcienny. Pod przybłonkiem znajdowała się warstwa tkanki adenoidalnej, w której w niektórych miejscach komórki obficie były ułożone, dalej ku wewnątrz gruba — grubości 1 mm — warstwa włóknistej tkanki łącznej. Jeszcze dalej ku wewnątrz znajdowała się cienka bardzo warstwa bardziej luźnej tkanki łącznej, dość obficie unaczyniona. Wreszcie w środku półkola znajdował się otwór, który — (mowa tu o cięciach poprzecznych) — najzupełniej przypominał łączące się z głównym przewodem pomniejsze przewody gruczołowe, te zaś niekiedy jeszcze dzieliły się dwudzielnie. Te jakby przewody zawsze miały w środku szersze lub węższe światła. Przybłonek, który je wyścielał miał budowę przeważnie jednostajną i składały się nań dwie warstwy komórek, z których komórki warstwy wewnętrznej kształt miały sześcienny, często nawet słoikowy, a w takim razie wierzchołki słoików skierowane były ku światłu, podstawy ku zewnątrz i w tych częściach zewnętrznych ułożone były jądra. Komórki warstwy obwodowej znacznie były mniejsze i płaskie. Jednak budowa przybłonka nie wszędzie była jednostajną. Najpierw w niektórych miejscach komórki obu warstw kształt miały sześcienny, dalej w częściach bardziej oddalonych spostrzegać się dawała już tylko

jedna warstwa komórek przybłonka, bądź sześciennych, bądź nawet zupełnie płaskich.

Oczywiście utwór opisany stanowił początkowo torbiel, którego zawartość wylała się podczas operacji, wskutek przedziurawienia ściany przy ujęciu utworu zębatymi szczypczykami. Tem się też tłumaczy znaczne zmniejszenie objętości fałdu po wycięciu tegoż. Że zaś obecność torbiela nie mogła być rozpoznana klinicznie, tłumaczy ta okoliczność, że otaczała go względnie gruba warstwa tkanki łącznej. Dalej obecność w niektórych tylko miejscach odosobnionych zrazików gruczołów Meiboma wyraźnie dowodzi, że wycięty został tylko właściwy załamek. Że zaś zgrubieniu uległa skroniowa połowa załamka, a jak udowodnił Wolfring w okolicy skroniowej gruczoły Krausego są położone właśnie w samym załamku, nie może chyba ulegać wątpliwości, że w przypadku naszym torbiel powstał z gruczołu Krausego. To też bezpośrednio obok torbiela na wielu skrawkach widoczne były zupełnie dobrze zachowane drobne zraziki, które kształt miały podługowaty, komórki zaś pęcherzyków o tyle były typowe, iż obie te okoliczności nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości, że były to ocalałe zraziki gruczołów Krausego. W okolicy ściany górnej torbiela bezpośrednio z nim był połączony walcowaty otwór — przewód jednego zrazika. Wyścielały przewód komórki sześcienne, w niektórych miejscach ułożone w jedną warstwę, w innych we dwie. Często bardzo w komórkach tych napotykałem zmiany. Były one znacznie większe, budowę miały bardziej jednolitą, od fuchsyny i orange zabarwiały się znacznie mocniej, czyli ulegały zwyrodnieniu szklistemu. Zwykle wąskie światło przewodu w niektórych miejscach zupełnie stawało się niewidzialnem. Ze względu, iż przewody gruczołów Krausego w obrębie załamka położonych przebieg bardzo mają zawiły i na jednym cięciu trudno widzieć je na znacznej przestrzeni, często bardzo na jednym cięciu znajdujemy dwa przekroje jednego i tego samego przewodu. Na seryi jednak wyrobów łatwo się było przekonać, iż cienki przewód przechodził w grubszy znacznie przewód prawdopodobnie ca-

łego gruczołka, w którym znowuż widocznem było bardzo znaczne zwężenie przewodu z powodu, iż walcowate komórki wyrastały jako bardzo długie, tworząc nadto kilka warstw. Zmiany te napotykałem w przewodzie do samego ujścia tegoż do worka spojówkowego na tylnej powierzchni fałdu, zwyrodnienie szkliste przybliżonka nie miało su wszakże miejsca.

Torbiel w danym przypadku powstał wskutek zwężenia światła przewodu wskutek zmian w przybliżonku. Te zaś mogły być spowodowane przez słuzotok noworodków, które dziecię przeżyło.

O torbielach w spojówce oka powstałych od niedawna pisano. Wecker jeszcze utrzymywał (*Traité complet d'ophtalmologie* T. I, p. 424), że powstają one li tylko w obrębie spojówki gałkowej. Mniej jeszcze znajdujemy wzmianek w innych podręcznikach, jakkolwiek pojedyncze spostrzeżenia torbieli w innych częściach spojówki znajdujemy już dawniej. Laqueur (*Klin. Monatsbl.* 1877 str. 226), Makrocki (*Ibid.* 1883, str. 466), Moyné (*Bull. d'ocul.* VI, str. 178) opisali trzy przypadki torbieli w obrębie dolnego załamka. Moauro (*Rac. dei lavori della clin. ocul. di Napoli* 1877/78) opisał torbiel w okolicy fałdu górnego. Badanie anatomiczne w przypadku tym dokonane upoważniło de Vincentiis (*Congr. delle assoc. othalm. ital.* 1828) do wypowiedzenia zdania, iż torbiel ten powstał z gruczołu Krausego. Pochodzenie takie przyznali w swoich przypadkach również Rampoldi i Ferraveli (*An. di ottalm.* XVII, 2, 1888), Antonelli (*Ibid.* XIX str. 467), Stöwer (*Klin. Monatsbl.* 1892 str. 192), Rombolatti (*Arch. f. Augenh.* XXXI str. 9), Ischreyt (*Ibid.* XXXV, 4), Wintersteiner (*Arch. f. Ophtholm.* XLVI, 2), Schmidt Rimpler (*Zeitschr. f. Ther. u. Hygiene des Auges* 5 Jahrg. Nr. 1), Rosenberg (*Wiestnik oftalm.* 1901), Cirincione (*Beiträge Deutschmanna* H. 55), Saemisch (*Handbuch d. gesamt. Augenheilk.* V Bd. I Abth. str. 649), Contino (*La clinica ocul.* 2509, 1906), Bela (*Jahresb. Michela* za 1906 str. 502),

mój przypadek (Postęp okulistyczny 1908), Scalinci (Piogn. ottalm. VI, 1) i Rabinowicz (Posiedz. odeskiego tow. okulist. 3 marca 1909 r.).

Wyprowadzając torbiele od gruczołów Krausego, autorowie za przykładem Moauro twierdzenia swe opierali na razie przeważnie na budowie przybliżonka ściany torbiela, przypominającej przybliżonek tych gruczołów, mianowicie komórki warstwy głębokiej kształt musiały mieć walcowaty z jądrem u podstawy położonem, komórki zaś warstwy obwodowej — płaskie. Dane te zdawały się wystarczać autorom nawet w tych przypadkach, gdy poprzestawali oni na zbadaniu li tylko cząstki przedniej ściany torbiela. Jednakże już Zinsberg (Arch. f. Ophthalm. XL, 4) słuszną robi uwagę, że typowy zdaniem włoskich autorów dla gruczołów Krausego przybliżonek dwuwarstwowy napotykać się daje nietylko w chorobowych zagłębieniach przybliżonka, lecz nawet na dnie zupełnie prawidłowych rowków Stiedy. Dalej trudno przypuścić, by przybliżonek najbardziej nawet typowy, mógł się zawsze jako takowy przechować w torbielu, gdy uledez on musi zmianom wskutek ucisku przez ciecz i znacznego bardzo rozszerzenia powierzchni. Okoliczność tę udowodnił już Virchow (Krankh. Geschwülste 1863, str. 263), który wykazał, że w torbielach przybliżonek o tyle znacznym ulega zmianom, że w późniejszych okresach bynajmniej już nie jest podobny do przybliżonka części, z których powstał. Tak więc nie może być mowy o tem, by postać komórek ścianę torbiela wyściełających udowodniało samo przez się źródło, z którego torbiel miał powstać. Jak dalece ulega zmianom przybliżonek w torbielach, przekonałem się w jednym przypadku utworu torbielowego w spojówce gałkowej (Przegląd lekarski 1896). Powstał on niezawodnie wskutek przesączania się przez spojówkę treści samej gałki. Wyściełający go przybliżonek, który stanowczo powstał z przybliżonka rogówki, która stanowiła podstawę torbiela, przechowując w przybliżonku najczęściej cechy jego pierwotne, w wypukłej zaś części torbiel wyściełał przybliżonek, zupełnie podobny do »typowego« przybliżonka gruczołów Krau-

sego. Przeciwnie w przypadkach, co do których nie małe zachodzą wątpliwości, iż pochodziły z gruczołów Krausego, a to z powodów o których niżej, przybłonek miał wygląd t. zw. »typowego« dla gruczołów Krausego tylko bezpośrednio w pobliżu gruczołów, dalej zaś od tego miejsca przybierał postać jednowarstwową, nawet płaską. Miało to miejsce w przypadkach Schmidt-Rimplera, Wintersteina, Cirincione, Contino i w obu moich przypadkach. Cirincione nadto słuszną robi uwagę, że dwu lub wielowarstwowość przybłonka torbiela często jest tylko złudzeniem optycznym na cięciach skośnych.

Pochodzenie torbieli od gruczołów Krausego nie może ulegać wątpliwości w przypadkach, w których spostrzegamy bezpośrednio połączenie torbieli z gruczołami lub przewodami tychże. Miało to miejsce w przypadkach Ischreyta, Rosenberga i moich. W torbielach większych rozmiarów stosunek wzajemny części znacznym ulega zmianom i wysledzać połączenie torbiela z gruczołem względnie przewodem tegoż nawet na seryach bywa bardzo trudno. Cirincione utrzymuje, że torbiele powstają wyłącznie z przewodów gruczołów Krausego. Twierdzenia tego wszakże dostatecznie nie udowodnił, nie mówiąc już o tem, że nie przytoczył dokładnych opisów poszczególnych przypadków. Od przewodu wyprowadzał torbiel w swoim przypadku również Conino. Nieznaczone rozszerzenia przewodów dawniej już opisali Terson (Arch. d'opt. XII str. 741), Gallenga i Antonelli. Ja również spostrzegałem bardzo liczne twory torbielowate z gruczołów Krausego powstałe w przypadku gruczolaka tych gruczołów (Przegląd lekarski 1895 Nr. 15). O rozszerzeniu przewodów wzmiankuje w swoim przypadku również Rosenberg.

W braku bezpośredniego połączenia torbiela z gruczołami Krausego, o pochodzeniu jego od tego gruczołu świadczyć również może obecność bądź uległych zmianom, bądź zupełnie prawidłowych zrazików gruczołów bezpośrednio w pobliżu ściany torbiela. Co do przypadków Moauro i Antonello, Zinsberg zauważył, że »drobne torbiele« przez

autorów tych obok głównych spostrzegane zbyt znacznie były od tych ostatnich oddalone, by można było przyznać w nich pęcherzyki gruczołowe.

Bezpośrednio obok torbiela zraziki gruczołów spostrzegali Stöwer, Ischreyt, Wintersteiner, Rosenberg, Cirincione, Saemisch i ja w obu moich przypadkach. Contino utrzymuje, że przy powstawaniu torbiela z przewodów, przy stopniowym zwiększaniu się jego pęcherzyki mogą w końcu zupełnie zlać się w jedno ze ścianą torbiela i dlatego nie będą widoczne. Jest to zupełnie możliwe, lecz znowuż w tych przypadkach rozpoznanie pochodzenia torbiela z gruczołów Krausego traci jedną z najpoważniejszych podstaw.

Dalej uwzględnić należy jeszcze jedną okoliczność, mianowicie miejsce, gdzie powstają torbiele. Otóż jakkolwiek topografię gruczołów Krausego opracował oddawna dokładniej Wolfring (Gazeta lekarska 1877, Centralbl. f. die medic. Wissensch. 1872 Nr. 54; Klinische Monatsbl. Beilageheft 1874), chociaż niesłusznie przyznawał w nich gruczoły śluzowe, to jednak wyniki prac jego mało są dotąd uwzględniane, nawet w obszernych podręcznikach. Otóż Wolfring udowodnił najpierw, że gruczoły Krausego na ogół stanowią masę znacznie większą, niż uprzednio mniemano, dalej zaś, że w nosowej połowie znajdują się one w istocie brzegu oczodołowego chrząstki, w skroniowej zaś — w załamku. Przeto wyprawdzając torbiel od gruczołów Krausego z okolicznością tą przedewszystkiem rachować się należy. Jak dalece mało zwracano uwagę na prace Wolfringa najlepiej dowodzi opisany przez Wintersteinera w przytoczonym tu przypadku jego (str. 331, rys. 1) twór jako »zblakany gruczoł«, a jednak według opisu Wolfringa, który sprowadzić najłatwiej, przyznać w nim należy twór najzupełniej prawidłowy. Wyż przytoczonemu wymaganiu bezwarunkowo zadość nie czynią przypadki Rabinowicza i Rombolattiego. Co do ostatniego jestem zdania, że torbiel nietylko nie pochodził wcale od gruczołów Krausego, lecz raczej powstał wskutek przesączenia

cieczy z zanikłej gałki pod spojówkę, jak to miało miejsce w przytoczonym już uprzednio moim przypadku torbiela pod spojówką gałki powstałego.

W jaki też sposób powstawać mogą torbiele gruczołów Krausego? Oczywiście powstają one wskutek zadzierżenia. Niezbędnem jest zatrzymanie wydzieliny gruczołów, to zaś nastąpić może wskutek zwężenia lub zatkania przewodów. Przewody gruczołów Krausego światło mają wązkie, przebieg bardzo zawiły, to też pod wpływem spraw zapalnych przybłonek sam, ulegając zwyrodnieniu (śluzowatemu, szklistemu) łatwo spowodować może nie tylko zwężenie, lecz zupełne zatkanie przewodu. W pierwszym przypadku moim, w którym wyjątkowo wyraźnie występował stosunek przewodu do torbiela, zwyrodniałe szklisto komórki przewodu powodowały miejscowy lub na znacznej nawet przestrzeni zupełny zanik światła. Przypadek zaś ten zasługuje na uwagę z tego jeszcze względu, iż otwór przewodu był zatkany przez rzęsę. Przyczynę więc tu mieliśmy tylko wypadkową, mechaniczną. Lecz zmiany w przybłonku powstać mogą inną drogą, mianowicie wskutek przejścia nań sprawy zapalnej ze spojówki. Przeglądając podane przypadki, tylko w przypadku Sealinciego spojówka była prawidłową i uprzednio sprawom zapalnym nie ulegała, w innych zaś przypadkach zmiany te notowano. Jaglicę spostrzegali Moauro i Wintersteiner, w przypadkach Bela i moim tu opisanym miał miejsce śluzotok noworodków, w innych nieżyt spojówki. Oczywiście zmiany zapalne w spojówce przejść mogą na przybłonek przewodu, który to ostatni ulegając zwyrodnieniu przeważnie szklistemu, spowodować może zwężenie lub nawet zupełne zatkanie przewodu. Wintersteiner spostrzegał w przewodzie złoży, które nawet otaczały komórki olbrzymie, Cirincione jakby zakrzepę przez nagromadzone zwyrodniałe komórki przybłonkowe utworzone.

Dalej zanik światła powstać jeszcze może w inny sposób. Przewody gruczołów Krausego kierunek mają bardzo zawiły, a przechodzą przez spojówkę oblitującą w naczynia

i tkankę adenooidalną, która jak wiemy bardzo znacznie oddziałuje na sprawy zapalne — jaglicę, śluzotok, nawet zwykły nieżyt. Otóż przewody otacza w tych razach otacza tkanka drobnokomórkowa, tworząc dokoła nich jakby pochewki, gdy zaś tkanka ta następnie przeistacza się w zwykłą włóknistą, przewody łatwo ulegać mogą skręceniu, wyżej zaś tego skręcenia oczywiście nastąpić musi rozszerzenie wskutek zatrzymania zawartości — wydzieliny gruczołów. Sprawy te najłatwiej występować mogą w okresie bliznowym jaglicy.

Torbiele gruczołów Krausego mogą być nawet wrodzone (Rampoldi i Feravelli, Stöwer umiennie w obu oczach położone). Cirincione tłumaczy powstawanie ich niedostatecznym skanalizowaniem lub nawet zupełnym brakiem tej sprawy w stałych przybłonkowych powrózkach, wyrostkach przybłonkach spojówki, z których później powstają przewody gruczołów. Zdanie to niezupełnie licuje z wypowiedzianem przez tego autora twierdzeniem, że torbiele gruczołów Krausego powstają li tylko z przewodów.

Stan oczu u dzieci początkowych szkół w Kaliszu.

Podał

Dr BRONISŁAW KOSZUTSKI.

Przeprowadzając w roku szkolnym 1911/12 badania dzieci szkół początkowych w Kaliszu co do rozpowszechnienia wśród nich gruźlicy zapomocą metody skórnej Pirqueta, równocześnie badałem i stan ich oczu.

Badania moje dotyczyły tylko zewnętrznych części oczu. Ze względów technicznych nie mogłem badać ani dna oczu, ani refrakcyi.

Tylko w poszczególnych przypadkach, o ile które z dzieci skarżyło się na zły wzrok, badałem dokładniej refrakcyę. Zwykle w tych razach miały miejsce znaczniejsze wady re-

frakcji, głównie dalekowzroczność z niezbornością, rzadziej wysoka krótkowzroczność.

Ogółem poddano badaniu 1201 dzieci w wieku od 4-cho do 15-stu lat.

Wśród nich stwierdzono następujące stany chorobowe:

Nazwa choroby	Chłopców	Dziewcząt	Razem
<i>Blepharitis simplex</i>	21	24	45
" <i>ulcerosa</i>	3	6	9
<i>Hordeolum</i>	1	3	4
<i>Chalazion</i>	1	—	1
<i>Phthiriasis palp. m.</i>	—	1	1
<i>Conjunct. follicular.</i>	156	230	386
" <i>catar. chronica</i>	31	20	51
" <i>subacuta</i>	—	1	1
<i>Trachoma</i>	54	61	115
<i>Conj. phlyctenul.</i>	3	3	6
<i>Kerato-conj. phlyct.</i>	2	—	2
<i>Maculae et nubec. corneae</i>	3	1	4
<i>Maculae corn. cum synech. anter.</i>	2	—	2
<i>Leucoma corn. adhaer</i>	1	1	2
<i>Cicatriæ corn. post trauma</i>	—	1	1
" <i>conj. post combust</i>	1	—	1
" <i>sclerae post vulnus.</i>	1	—	1
<i>Strabismus converg.</i>	2	3	5
<i>Stenosis canal. naso-lacr.</i>	—	1	1
Razem	282	356	638

Tak więc na 1201 zbadanych dzieci 638 czyli 53% miało jakieś zmiany zewnętrznych części oczu. Jeżeli zaś nie uwzględnić *conj. follicularis* jako formy chorobowej, to pozostanie dzieci chorych na oczy lub takich, które przeszły choroby oczne 252 na 1201 czyli 21%. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie jaglicy wśród zbadanych szkół, widzimy, iż dotkniętych nią było 115 dzieci, co stanowi 9·6%.

Zestawiając niektóre formy chorób oczu z wynikami dodatniego lub ujemnego reagowania na próbę tuberkulinową Pirqueta otrzymaliśmy następujące dane:

Nazwa choroby	Na ogólną ilość	Dodatnio reagowało na Tbc.
<i>Blepharitis simplex</i>	45	36
„ <i>ulcerosa</i>	9	7
<i>Chalazion</i>	1	1
<i>Conj. phlyctaenul.</i>	6	6
<i>Kerato-conj. phlyct.</i>	2	2

Kwestya ilości światła i rozmieszczenia okien w stosunku do ławek szkolnych w znacznej większości badanych klas pozostawia dużo do życzenia. Na 26 zbadanych klas tylko w 14-stu okna znajdują się z lewej strony uczni. Lecz i tutaj w większości klas oświetlenie jest niedostateczne, szczególnie na ławkach więcej oddalonych od okien. W reszcie klas okna są rozmieszczone w następujący sposób:

- z prawej strony w 2 klasach
- z tyłu » 2 »
- z przodu » 2 »
- z prawej i lewej strony » 2 »
- z prawej strony i z przodu » 1 »

z lewej strony i z tyłu » 1 »

z tyłu i z przodu » 2 »

Często też odległość ławek od tablicy jest nadmierną. Tak np. w jednej klasie niektóre ławki oddalone są od tablicy o całe 14 metrów.

Oczywiście takie nieodpowiednie warunki pracy szkolnej muszą źle wpływać na organ wzroku.



12 przypadków „*Scotoma helieclipticum*“.

Podał

Dr BRONISŁAW KOSZUTSKI.

Zaburzenia wzrokowe, spowodowane bezpośrednim działaniem promieni słonecznych na oko ludzkie, należą do przypadków dość rzadkich. Bo też rzadko kto ośmiela się popełnić tak nierozsądny czyn, aby patrzeć nieuzbrojonym odpowiednio okiem na słońce, będące w pełnym blasku. Obawa ta jest tak powszechną, że bodaj należy ją uważać za pewnego rodzaju instynkt samozachowawczy.

Znacznie częściej przypadki takie zdarzają się w dniach zaćmienia słońca, i wtedy zwykle do lekarzy-specjalistów zgłaszają się całe serye chorych, skarżących się na lżejsze lub cięższe dolegliwości ze strony oczu, spowodowane nieostrożną obserwacją tego ciekawego zjawiska natury.

Tak było i po ostatnim zaćmieniu słońca, jakie miało miejsce 17-go kwietnia 1912 roku, jak o tem świadczą podane dotychczas opisy (F e i l c h e n f e l d, I s a k o w i t z w Deutsche med. Wochenschrift, Ł a z a r e w w Wiestniku oftalmologii i inni. I ja również miałem sposobność badania 12-stu takich przypadków.

Ponieważ szczegółowe obrobienie tego tematu znalazło już miejsce na łamach Postępu okulistycznego, w pracy prof.

Maje wskiego, jeszcze w r. 1909, ograniczę się więc obecnie tylko do krótkiego opisu spostrzeganych przeze mnie przypadków.

Przypadek 1-szy: B. K., kobieta, l. 26, zgłosiła się do mnie 20. IV 1912 r. podając, że patrzyła na słońce w czasie zaćmienia gołymi oczami. Potem widziała wszystko w kolorze czerwonym, następnie w zielonym, a obecnie pozostała przed oczami jakby mgła.

St. pr. OU. W plamkach żółtych na tle ciemno-czerwonego zabarwienia widoczne niewielkie żółtawe punkty. Druk drobny czyta z trudnością.

Po dwóch tygodniach poprawa i powrót do stanu prawidłowego.

Przypadek 2-gi: M. B., kobieta, l. 20. Patrzyła na słońce w czasie zaćmienia bez szkła zadymionego. Od tego czasu przed okiem prawem jakby była mała moneta.

St. pr. 20. IV. OD. W plamce żółtej widoczny ostro ograniczony krążek różowo-żółtego koloru, wielkości $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ tarczy n. wzrokowego. Krążek ten otoczony ciemnym ciemnoczerwonym pasemkiem. Ma się wrażenie, że w siatkówce został wycięty otwór trepanem. Tylko w dole krążka widoczny ciemniejszy półkolisty brak. Zapewne miejsce to odpowiada zaćmionej jeszcze części słońca w czasie patrzenia na nie chorej.

V. $< \frac{5}{50}$. Chora nie czyta z bliska nawet najgrubszych liter tablicy Snellena. W polu widzenia centralny mroczek. Refrakcja oka miarowa.

Oko lewe prawidłowe, bez zmian. V = $\frac{5}{5}$. Zastosowano: zawiązanie oczu przez dwa dni, potem ciemne okulary, nadto do oka roztwór dioniny 3‰.

25. IV. Krążek żółtawy w plamce żółtej oka pr. nieco mniejszy, granice jego mniej ostre.

9. V. Plamka żółta przedstawia się jako dość duża ciemno-wiśniowa plama, o jakie 4 razy większa, niż w oku le-

wem. W środku niej widoczny żółtawy krążek obecnie zmniejszony do $\frac{1}{4}$ swej wielkości w porównaniu z dn. 20. IV. Granice jego nie są ostre, samo ognisko żółtawe wykazuje wyraźne ruchy paralaktyczne.

27. V. Stan dna oka jak poprzednio. V. OD = $\frac{5}{10} \pm$ nie popr. Czyta z trudnością nieco grubsze litery.

Przypadek 3-ci: W. K., mężczyzna, l. 24. Skarży się na to, iż od czasu patrzenia na słońce podczas zaćmienia widzi przed oczami jakby koła.

St. pr. 21. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemnoczerwonego zabarwienia niewielkie żółtawe punkty. Czyta drobniejszy druk, lecz z wysiłkiem.

Przypadek 4-ty: W. Ł., lekarz, patrzył na słońce w czasie zaćmienia okiem lewym bez ochrony, od tego czasu gorzej widzi. Prawe oko ma wzrok oddawna znacznie gorszy.

St. pr. 21. IV. OS. W plamce żółtej na tle ciemnoczerwonego zabarwienia niewielka żółtawa plamka, nieco ekscentrycznie leżąca, wykazująca paralaktyczne ruchy przy poruszaniu lupą. V. OS. $\frac{5}{10}$. Szkła nie poprawiają. (Refrakcja Astygm. Hp. 1 D). Przy czytaniu z bliska po stronie lewej od litery, na którą patrzy, brak, t. j. litery po stronie lewej jakby zniknęły. Nieco ekscentrycznie leżący mały rozmiarów mroczek.

OD. Refrakcja. Skiaskopia: oś 20° temporal Hp. 0.5 D, oś 70° nasal Hp. 1.25 D; V = $\frac{5}{20}$, szkła nie poprawiają. Plamka żółta bez zmian. Zastosowano: ciemne okulary, Sol. dionini 3%. Stopniowa poprawa. Chorego widziałem ostatnio 17. X. — powrót do normy.

Przypadek 5-ty: H. G., kobieta, l. 32. Skarży się, iż gorzej widzi od czasu zaćmienia słońca.

St. pr. 22. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemnoczerwonego zabarwienia drobne żółtawe plamki. Czytanie drobnieszego druku możliwe, lecz nieco utrudnione.

V = $\frac{5}{15}$; z kor. $\frac{5}{10}$ (dość znaczna nieźborność mieszana).

Przypadek 6-ty: M. K., kobieta, l. 30. Od czasu zaćmienia słońca gorzej widzi.

St. pr. OU. Dno oczne bez zmian. Wygląd plamek żółtych nie odbiega od normy. Czyta Sn. 0·5 z pewną trudnością. V. z kor. = $\frac{5}{10}$ (również niezbornosć mieszana).

Przypadek 7-my: A. B., chłopiec, l. 13. Od czasu zaćmienia słońca trudność przy czytaniu.

St. pr. 22. IV. OU. W plamkach żółtych drobne żółtawe punkciki. Czytanie drobniejszego druku możliwe, lecz utrudnione.

Po pewnym czasie powrót do normy.

Przypadek 8-my: J. K., mężczyzna, l. 40. Od czasu zaćmienia słońca »emi się w oczach«.

St. pr. 29. IV. OU. W plamkach żółtych na tle ciemnoczerw. plamek żółtawe plamki. Czyta Sn. 0·5 z wielką trudnością. V. OU. = $\frac{5}{10}$.

Przypadek 9-ty: Z. K., mężczyzna, l. 32. Od czasu zaćmienia słońca, gorzej widzi, nie poznaje znajomych na ulicy.

St. pr. 30. IV. OU. Plamki żółte może nieco ciemniej zabarwione i nieco większe. Czytanie drobnego druku możliwe, lecz z uczuciem jakiejś przeszkody przed oczami. V. OU. $\frac{5}{5}$ ne; \pm nie popr.

Przypadek 10-ty: F. G., mężczyzna. Od 3-ch tygodni gorzej widzi okiem prawem. W czasie zaćmienia patrzył na słońce gołym okiem.

St. pr. 5. V. OD. W plamce żółtej dość rozległa ciemnoczerwona plama, znacznie większa, niż w oku lewym. V. OD. = $\frac{5}{10}$. Refrakcja E. OS. = $\frac{5}{5}$.

Przypadek 11-ty: Ch. P., mężczyzna, l. 52. Chory podaje, iż po patrzeniu na słońce w czasie zaćmienia gołym okiem zauważył, że nie może czytać, światło raziło. Obecnie jest lepiej, lecz jeszcze przy pisaniu uczucie blasku.

St. pr. 6. V. OD. W okolicy plamki żółtej dość duża, ciemno-czerwona plama, o granicach nie ostrych. Wielkość plamki żółtej w oku prawem jest trzy razy większa, niż w lewym.

Chory czyta okiem prawem drobniejszy druk, lecz z pewną trudnością, skarży się przytem na uczucie blasku.

V: OD. $\frac{5}{10}$. Refrakcyja E.

OS. *Cataracta nucleo-corticalis. incip.* V pl. 3 m.

Przypadek 12-ty: A. R., mężczyzna, l. 18. Od czasu zamknięcia słońca gorzej widzi.

St. pr. 9. V. OU. W plamkach żółtych ciemno-czerw. plamy, może nieco większe, niż w stanie prawidłowym.

Drobny druk czyta. V OU. = $\frac{5}{5}$.

Jak z powyższego opisu widzimy, większość przypadków moich należy do kategorii lżejszych, z wyjątkiem przypadku 2-go.

Podzielić je jednak można na trzy grupy :

Pierwszą stanowią te przypadki, w których przedmiotowo plamki żółte nie przedstawiały widocznych zmian, lub w których zmiany te ograniczały się do intensywniejszego nieco ciemno-czerwonego zabarwienia, a czasem i do obecności niewielkich żółtawych ognisk, a podmiotowo upośledzenie wzroku wyrażało się mniejszem lub większem zamgleniem z możliwością czytania drobnych liter (przyp. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12).

Drugą grupę stanowią te przypadki, w których objektywnie zmiany wyrażały się bądź to widocznem powiększeniem rozmiarów plamki żółtej jako ciemno-czerwonej plamy, bądź też występowania w środku jej plamki koloru żółtawego, zapewne zapalno-wysiękowego charakteru (paralaktyczne ruchy, a subiektywnie miało miejsce mniejsze lub większe obniżenie bystrości wzrokowej i niemożność czytania drobniejszego druku (przyp. 4, 10, 11). Przypadki 10 i 11 miałem sposobność badać po raz pierwszy dopiero w dn. 5. i 6. V.,

a więc blisko w trzy tygodnie po urazie świetlnym. Być więc może, iż pierwotne obiektywne zmiany były wybitniejsze.

Wreszcie do trzeciej grupy należałby jeden tylko przypadek (2-gi), w którym obiektywnie dno oka okazywało zmiany pod postacią dość znacznych rozmiarów krążka żółtawego koloru, znajdującego się w środku plamki żółtej, a subiektywnie miało miejsce znaczne obniżenie siły wzrokowej wskutek istnienia *scotoma centrale*.

Sądząc z kilku przypadków, które miałem możność sprawdzić po dłuższym przeciągu czasu, lżejsze przypadki dają rokowanie dobre t. j. powrót do stanu prawidłowego. W cięższych zaś przypadkach zapewne pozostanie pewne upośledzenie siły wzrokowej, chociaż i tutaj z czasem następuje dość znaczna poprawa.

II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. R. 1912. Z. 5 (maj), 6 (czerwiec), 7 (lipiec), 8 (sierpień), 9 (wrzesień), 10 (październik). (Ref. Dr Gruder).

Towarzystwo lekarzy szpitalnych w Peszcie (Verein der Spitalsärzte in Budapest).

Prof. Goldzieher przedstawia dwa przypadki, wyleczone salwarsanem. 1) Robotnik 22 l. na prawem oku bez poczucia światła, na lewem słabe poczucie i wrażliwa projekcja światła. Prócz tego: Iridocyclitis, seclisio pupillae, Glaucoma secundarium oc. ntr. Wywiady wykazały, iż chory cierpi na syfilis.

Na razie zrobiono na lepszym oku irydektomię z korzystnym wynikiem, poczem wstrzyknięto 0.45 gr. salwarsanu. Polepszenie było widoczne. Po 13 dniach druga iniekcja salwarsanu (35 g). Polepszenie postępowało dalej tak, że naroszenie był następujący wynik: Lewe oko $V = \frac{2}{10}$, prawe poczucie światła w zewnętrznej połowie.

Drugi przypadek. 30-letni mężczyzna posiada na lewej górnej krawędzi oczodołowej guz syfilityczny (*gumma*) wielkości jabłka;

dolna część guza była pęknięta i wydostawała się z niego ropa. Ponadto na gruczole łaczykowym rozpoznano *Chondritis syphilitica*. Po jednym wstrzyknięciu 0.5 gr. salwarsanu guz na krawędzi oczodołowej znikł w krótkim czasie zupełnie. Dłużej trwało gojenie się na gruczole łaczykowym.

Nowy przypadek wyleczenia łuszczyki jaglicowej przez wszczępienie jadu śluzoropotokowego. (Ein neuer Fall der Heilung des Pannus trachomatosis durch Einimpfung blennorrhoidalen Giftes). Prof. Goldzieher w Peszcie.

Autor ucieka się do tego środka tylko w ostateczności i tylko przy *Pannus crassus*. U 9-letniej dziewczynki autor otrzymał obustronnie nadzwyczajne wyniki. Rogówki były czyste, tak samo i spojówki, tylko pozostała hypertrophia ciała brodawkowego jako ślad po jaglicy.

Maks Emanuel Mandelstamm w Kijowie. Nekrolog napisany przez J. Hirschberga.

O działaniu salwarsanu na oko. (Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge). Dr Oskar Fehr w Berlinie.

Badania Fehra dadzą się streścić w następujące słowa: Przy prawie 2700 przypadkach leczonych salwarsanem ani razu nie spostrzeżono uszkodzenia nerwu ocznego (*neuritis optica*). Przypadki po kuracji wykazywały wznięciem ten sam obraz, jak przed wstrzyknięciem salwarsanu, przyczem niektóre przypadki już gdzieindziej były leczone zapomocą rtęci przedtem. Tak samo inne objawy chorobliwe oczu, spostrzegane po salwarsanie, dadzą się ująć w rany recydywy klasycznej. Tylko w jednym przypadku porażenia nerwu okoruchowego przy *tabes* była podstawa do przypuszczenia związku przyczynowego z salwarsanem.

Nadzwyczajnego nagromadzenia recydyw na oku przy salwarsaniu nie można było stwierdzić.

Zwraca tylko uwagę coraz rzadsze występowanie zapalenia tęczówek i nawrotów zapalenia nerwu ocznego i nerwów mięśni ocznych w ostatnim roku, co sprowadzić można do dzisiejszych energicznie wykonywanych zabiegów z salwarsanem.

Lecznicze wyniki ujemne z początku z salwarsanem mają przeważnie przyczynę w niedostatecznym dawkowaniu, ponieważ korzystne wyniki zwiększają się równolegle do wydoskonalenia metody. Najlepsze wyniki otrzymujemy przy tych chorobach ocznych, przy których i rtęć dawała dodatnie rezultaty. Salwarsan działa zaś energiczniej i prędzej. Szczególnie w przypadkach, gdzie przy dłuższem trwaniu procesu syfilitycznego obawiać się należy

trwałych uszkodzeń organizmu, zabiegi z salwarsanem posiadają doniosłą wartość.

Przy chorobach, przy których z doświadczenia wiadomo, że i działanie rtęci jest wątpliwe, nie należy i w salwarsanie pokładać dużo nadziei. Mimo to znane są przypadki korzystnego działania salwarsanu, choć rtęć i jod odmówiły skuteczności.

Ostateczny sąd może naturalnie być wydany dopiero w dziesiątkach lat spostrzeżeń. Dotychczasowe doświadczenia nie dają powodu do pesymistycznego sądu, a z drugiej strony mamy obowiązek czynić dalsze doświadczenia z środkiem Ehrlicha, który co najmniej przedstawia wartościowy środek leczniczy przeciw syfilisowi.

Szemat do rozpoznawania porażień mięśni ocznych. (Diagnostisches Schema für Lähmungen der Augenmuskeln). Dr I. Kasass w Petersburgu.

Autor podaje rysunek (szemat), wedle którego rzeczywiście rozpoznawanie porażień zewnętrznych mięśni ocznych jest ułatwione.

Nowy sposób operowania przy Ptosis. (Ein neues Verfahren zur Ptosis-Operation). Prof. Komoto w Tokio.

Rozróżniamy trzy sposoby operowania: jeden polega na przełożeniu (*antepositio*) lub skróceniu mięśnia lewator, drugi na połączeniu mięśnia prostego górnego z powieką, a trzeci jest krótszym połączeniem powieki wprost ze skórą czołową względnie mięśniami czołowymi. Autor opisuje szczegółowo nowy, własny sposób operowania, który polega na przeniesieniu (*transplantatio*) wolnego od nabłonka pasa skóry (a więc pas z *Cutis* pod powiekową skórą), aby utworzyć połączenie brzegu powiekowego wprost z skórą czołową.

Obustronny brak tęczówki od urodzenia. (Aniridia bilateralis congenita). Dr J. Fejér w Peszcie.

Pomocnik szewcki, 21 lat liczący, wypełnia dobrze najdrobniejsze roboty szewckie. Bystrość wzroku nigdy się nie pogarszała. Tęczówki zupełnie brak, soczewka prawie czysta (tylko linijne, drobne zmętnienie). Wypustek ciała rzęskowego jakoteż Zonula Zinnii nie było można spostrzedz przez Zeissa mikroskop. Ciało szkliste, dno oka i naczynia normalne. Vpr. oka wynosiła $\frac{9}{15}$, lewego $\frac{5}{20}$ — $\frac{5}{15}$. Z bliska czytał najdrobniejszy druk (Nr. 1).

Haemangioma simplex iridis ad marginem pupillae. Dr A. Hönlig w Peszcie.

Autor opisuje Haemangioma simplex na brzegu źrenicznym lewej tęczówki u 47-letniego, zresztą zdrowego człowieka. Bystrość

wzroku z tego tytułu nie ucierpiała; $V = \frac{5}{50}$ *maculae corneae centrales*. W pierwszej chwili nowotwór wygląda niby znamię (*Naevus*), dopiero zapomocą lupy widać czerwonawy nowotwór, na tęczówce leżący, a małą częścią wchodzący do źrenicy. Nowotwór składa się z kilku części.

Autor twierdzi, że nowotwór ten wypełniony jest krwią i że powstał przez niezwykle rozszerzenie tętnicy włoskowej w tęczówce.

Prof. Oskar Eversbusch ur. 26 maja 1853, umarł w Monachium 6 sierpnia 1912. Jego nekrolog.

Przypadek porażenia mięśnia błoczkowego podczas przebiegu tyfusu brzuszego. (Ueber einen Fall von Trochlearis Lähmung im Verlaufe von Typhus abdominalis). Dr. Kumagai w Tokio.

W przebiegu lekkiego tyfusu, w trzecim tygodniu, powstało u 28-letniego robotnika porażenie mięśnia błoczkowego (*obliquus superior*) oka prawego. Żadnych objawów upośledzenia konwergencji i akomodacji. Ponieważ nie było żadnych innych etyologicznych momentów, przypuszcza autor, że to porażenie powstało wskutek tyfusu. Knieś radzi być w takich przypadkach bardzo ostrożnym z etiologią, gdyż po tyfusie powstałe porażenia mięśni ocznych po części spowodowane są przez *nephritis chronica*, która to choroba często jest następstwem tyfusu.

Co się tyczy patogenozy tego porażenia autor wymienia różne możliwości: pochodzenie centralne (rozmięczenie ogniska); *Menigitis* i *Neuritis peripherica*, wywołane przez toksynę tyfusu, jak przeważna część porażeń dyfteryjnych.

Opisany przypadek autor uważa za *Neuritis peripherica*, gdyż przebieg tyfusu był względnie łagodny, nie było żadnych objawów ze strony mózgu a ponadto przebieg samego porażenia był pomyślny. Terapia polegała na zażywaniu 1.5 gr. aspiryny codziennie i wstrzykiwaniu podskórnem pilocarpiny 0.1 co drugi dzień. Po półtora miesiąca zupełne wyleczenie.

Keratitis punctata tropica. Dr. A. Westhoff w Bandoenng (Jawa).

Fuchs opisuje *Keratitis superficialis punctata* między innymi w ten sposób: ostre zapalenie spojówki, lupą widać szare, okrągłe plamki; plamki leżą w powierzchownych warstwach rogówki, wyglądającej matowo. Objawy zapalne znikają wkrótce, lecz plamki i nieregularna powierzchnia rogówki dopiero po miesiącach ustępują.

W przeciwieństwie do tego autor opisuje *Keratitis punctata tropica*, którą powoduje pył, wpadający do oka podczas uprawy mokrych pól ryżowych na Jawie, w ten sposób: Objawów zapalnych prawie nie ma, w górnej i środkowej części rogówki gołym okiem widać znaczną ilość okrągłych plamek; rogówka jakby nakłuta, matowa. Fluorescyna nie barwi tych plamek. Tęczęwka normalna.

Choroba ta występuje epidemicznie podczas uprawy pól ryżowych, najczęściej na jednym oku, gdyż tylko na tem, które zostało urażone pyłem ryżowym. Autor nazywa tę chorobę rogówki *Keratitis punctata* w przeciwieństwie do Fuchsowskiej nie *superficialis* lecz *tropica*.

Atrophia contralateralis nervi optici, spowodowana przez sarcoma retrobulbare. Dr Fejér w Peszcie.

Robotnik 52 lat liczący przeg 8 laty operowany na prawem oku z powodu jaskry, nie widzi tem okiem. Lewe oko od 8 miesięcy widzi coraz gorzej.

Prawa gałka z powodu sarcoma retrobulbare zostaje wyłuszczone w narkozie. Po czterech miesiącach drugie oko (lewe) zaczyna lepiej widzieć tak, że bystrość wzroku podniosła się do $\frac{5}{30}$, w centrum rozróżniało barwy a pole widzenia na białą barwę znacznie zwiększone. Uderzającym było, że zwężenie w zewnętrznej części pola widzenia było większe, niżeli od wewnętrznej; prawdopodobnie krzyżujące się włókna a więc te, które leżą bliżej prawego oczodołu i które zaopatrują wewnętrzną część siatkówki, zostały zgniecione. Źrenica oddziaływała na światło i akomodację dobrze.

Przypadek ten w ten sposób da się wytłumaczyć: Melanosarcoma wychodzące z naczyńki wypełniło oczodoł zwłaszcza ku tyłowi tak, że po 4 miesiącach lewe oko, które dotąd dobrze widziało, coraz mniej widziało (ledwie poczucie światła). W kilka tygodni po wyruszeniu nowotworu na prawem oku, drugie oko polepszyło się i widziało nawet $\frac{5}{30}$. Prawdopodobnie więc nowotwór spowodował *Oedema collaterale*, wskutek czego włókna nerwu wzrokowego podlegały ciśnieniu i nastąpił częściowy zanik włókien. Po usunięciu nowotworu ustąpiło *oedema* i tem samem nastąpiło częściowe w tym razie znaczne polepszenie widzenia.

Ophthalmology. R. 1912. Vol. 8. nr 4. (Referent K. W. Majewski).

Miażdżyca naczyń siatkówkowych. (Arteriosklerosis of the Retinal Vessels, Angiosclerosis). Oatman — Nowy York.

W pierwszych okresach rozwijającej się miażdżycy naczyń siatkówki występuje rozszerzenie i pokręcenie tętnic, na których staje się widoczne tętno. Pochodzi to ze stopniowej utraty sprężystości i kurezliwości ścian naczyńiowych. To tętno tętnicze znika w późniejszych okresach stwardnienia i zgrubienia ścian naczyńiowych. Autor twierdzi, że zmiany te odnoszą się nie tylko do poszczególnych okresów miażdżycy naczyń ocznych, ale wspólne są wszystkim naczyńiom krwionośnym w przebiegu miażdżycy ogólnej. Z tego to powodu w początkach sklerozy ciśnienie krwi bywa często nawet obniżone, a podnosi się dopiero później, gdy ściany tętnic stają się twarde i niepodatne. Autor omawia szczegółowo znany obraz sklerozy naczyń siatkówkowych, przyczem zwraca uwagę na fakt, że prawidłowych ścian tętnic na dnie oka przy wziernikowaniu nie widzi się wcale, a to co widać, jest tylko wstążką krwi wśród ścian przezroczystych i niewidocznych. Jeśli zarasy tych ścian choćby w słabym stopniu stają się widoczne, to świadczy to już o rozwijającej się sprawie chorobowej. Obszer nie omawia autor sprawę etyologii miażdżycy, która jednak dotąd nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Według spostrzeżeń Hirschberga badania oftalmoskopijne wykazują więcej niż u połowy osób, które przekroczyły 50 rok życia początki sklerozy naczyń siatkówkowych. Z badań jednak Hertla na oczach wyjętych wynika, że skleroza jest jeszcze o wiele częstsza, bo mikroskopowo daje się wykazać we wielu przypadkach, w których wziernikiem żadnych jeszcze zmian nie można się było dopatrzeć.

Leczenie jaglicy za pomocą radium z zastosowaniem płytek celluloidowych. (The Treatment of Trachoma with Radium. The use of Radium-Coated Celluloid Plates for this Purpose). May — Nowy York.

Zapatriywania co do wartości leczniczej radu w przypadkach jaglicy nie są dotąd ustalone. Nawet w razie korzystnych doświadczeń nie można spodziewać się wielkiego rozpowszechnienia tego środka głównie z powodu jego wysokiej ceny. Autor chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności naświetlań radyowych, zastosował je w 15 przypadkach różnej postaci jaglicy, lecząc zawsze jedno oko naświetleniami, a drugie starym sposobem (lapis, siny kamień). Do

naświetlań używał płytek celluloidowych powleczonej z jednej strony warstewką bromku radu pokrytą nieprzemakalnym werniksem. Płytkę taką wkłada się pod górną, lub pod dolną powiekę, zwracając ją warstwą radyo czynną ku chorej spojówce tak, żeby celluloid osłaniał gałkę oczną przed działaniem promieni. Naświetlenia każdej powieki trwały po 10 minut, a odbywały się co drugi dzień. Czas leczenia wahał się w granicach 6 tygodni do 4 miesięcy. W żadnym wypadku wynik leczenia za pomocą radium nie był korzystniejszy od wyniku otrzymanego zapomocą klasycznych środków. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że radium wywiera przebieg korzystny na przebieg jaglicy, ale skutki nie objawiają się ani tak prędko ani tak wybitnie, jak po stosowaniu lapisu, lub siniego kamienia. Przytem zadrażnienie oka, jakie wywołują naświetlenia, a może samo tylko wkładanie płytki pod powiekę, bywa bardzo znaczne, co sprawia, że chorzy poddają się temu leczeniu z wielką niechęcią.

Dwa przypadki oderwania siatkówki wyleczone za pomocą sklerektomii. (Two Cases of Retinal Detachment in Myopes! Cured by Simplex Sclerectomy). Bettremieux — Roubaix.

Autor, który jest niestrudzonym propagatorem sklerektomii prostej, rozszerza wskazania do tej operacji już nawet na przypadki oderwania siatkówki. W dwóch takich przypadkach, gdzie przyszło do oderwania na tle krótkowzroczności postępującej, uzyskał on bezpośrednio po wycięciu powierzchownego paska twardówki poniżej rogówki, szybką i trwałą poprawę. O wartości leczniczej sklerektomii w tym kierunku możnaby mówić dopiero na podstawie większej liczby spostrzeżeń.

Ropne przerzutowe zapalenie oka pochodzenia pologowego. (Metastatic Purulent Ophthalmia). (Report of a Case of Puerperal Origin). F. W. Alter — Ohio.

Nawiązując do spostrzeganego przez siebie przypadku przerzutowego ropnia na tle zakażenia pologowego, zestawia autor literaturę takich spostrzeżeń, zastanawiając się także nad innymi źródłami materiału przerzutowego. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w rzadkich wypadkach przerzutu ropnego do obu gałek ocznych rokowanie jest złe *quoad vitam*. 90% tych przypadków kończy się śmiertelnie. Jednostronne ropne zapalenie prowadzi zazwyczaj tylko do utraty oka. Rzadkie wypadki częściowego zachowania wzroku odnoszą się do przerzutów na tle ogólnych chorób osutkowych, lub zapalenia opon mózgowodeniowych. Najczęściej

znajduwanym w ropie śródgalkowej drobnoustrojem jest *streptococcus*.

Współczulne zapalenie w następstwie operacyi zaćmy. (Sympathetic Iryo-Cykritis Following Cataract Extraction With Report of a Case). Brav — Filadelfia.

Według zestawienia Parsonsa z literatury okulistycznej opisano dotąd około 100 przypadków zapalenia współczulnego po operacyi zaćmy. Steffan podaje, że na 300 ekstrakcyi w 6 przypadkach, Eversbusch, że na 1420 operacyi w dwóch przypadkach wystąpiło zapalenie sympatyczne na drugim oku, autor sądzi, że na ogół to smutne powikłkanie zdarzać się musi częściej tylko, że operatorowie niechętnie przyznają się do złych wyników i nieszczęśliwych przypadków nie ogłaszają wcale. Do autora zgłosiła się kobieta 60-letnia, operowana przez innego, wytrawnego zresztą okulistę, który we dwa tygodnie po wyjęciu zaćmy wykonał dyscyczyę zaćmy wtórorzędnej. W kilkanaście dni po drugiej operacyi wystąpiło zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego na oku operowanem, wielka bolesność rzęskowa i równocześnie objawy zapalenia współczulnego na oku drugim. Przebieg był bardzo złośliwy. Chora nie przystała na wyjęcie oka operowanego i choroba w krótkim czasie doprowadziła do obustronnej ślepoty. Autor upatruje pewnie niebezpieczeństwo w zbyt wczesnem wykonywaniu dyscyczyi po operacyi głównej i sądzi, że pomiędzy jedną a drugą operacyą powinno upłynąć przynajmniej 6 tygodni.

Potrójne zwiększenie odległości badania bystrości wzroku zapomocą zwierciadeł. (Tripling the of Distance of test Cards by Catoptics). J. N. Rhoads — Filadelfia.

W Ameryce upowszechnia się zwyczaj badania bystrości wzroku zapomocą tablic obliczonych na odległości daleko większe od dotychczasowych. Okuliści tamtejsi wychodzą z tego założenia, że oko tem łatwiej zwalnia akomodacyę, im na dalszy patrzy przedmiot. Dla ścisłego oznaczenia refrakcyi jest to okoliczność istotnie ważna. To też używając tablic obliczonych na 12, 18, a nawet 27 metrów uciekają się teraz do tego, że tablice te zawieszają na murze domów po drugiej stronie ulicy, lub umieszczają je w oknach uprzejmych sąsiadów. Aby zaradzić tym niedogodnościom i pomieścić się we własnem mieszkaniu, posługują się zwierciadłami. Stąd zrodził się pomysł potrójnego zwiększenia odległości badania zapomocą dwóch zwierciadeł, zamiast podwójnego tylko powiększenia uzyskiwanego dziś i u nas często przy pomocy jednego zwierciadła. Pomysł ten może być zastosowany dla zwyczaj-

nych tablic Snellena 6-cio-metrowych i pozwala użytkować do celów oznaczania refrakcyi, nawet mały pokój o dwóch metrach szerokości. Badany siedzi pod jedną ścianą, a na przeciwnej, wysoko, wisi zwyczajna tablica Snellena odpowiednio oświetlona. Nad głową badanego umieszczone jest zwierciadło, które wytwarza obraz tej tablicy z odwróconemi literami w odległości dwóch metrów poza ścianą. Obraz ten jest przedmiotem dla drugiego zwierciadła, które wisi wprost naprzeciw i na wysokości głowy badanego pod tablicą Snellena. To zwierciadło wytwarza obraz w odległości 4 metrów poza sobą, a zatem w odległości 6 metrów od osoby badanej, a więc w odległości 3 razy większej niż szerokość pokoju. Obraz liter jest prosty, gdyż drugie zwierciadło odwraca ponownie zwierciadlany obraz z pierwszego zwierciadła. Oświetlenie tablicy pomimo podwójnego odbicia nie ponosi uszczerbku.

Objawy występujące w zastępstwie zeza. (The Alternative to Strabismus). Bradburne — Manchester.

Autor zastanawia się nad przypadkami w których mimo znacznej anizotropii nie ma zeza jawnego. Wiadomo, że w przypadkach, gdzie z jakiegokolwiek przyczyn zachodzi brak prawidłowego widzenia obuocznego, występuje bądźto wyraźne zбочenie w osi widzenia oka gorszego, bądź też znaczny stopień niedowidzenia na tem oku. Częstość obydwu te objawy występują równocześnie. W przypadkach jednak, gdzie niema ani zeza, ani niedowidzenia, (*ambliopia ex anopsia*), istnieje prawie bez wyjątku ukryte zбочenie równowagi mięśniowej (*Heterophoria*). W ten sposób oczy niezdolne do skojarzenia obrazków siatkówkowych usiłują zapobiedz, aby nie padały one na t. zw. odpowiednie miejsca siatkówek. Odnosi się to przedewszystkiem do obu plamek żółtych. Otóż, ponieważ plamki żółte mają postać poziomo jajowata, przeto łatwiej jest je wyminąć zбочeniem ku górze, lub ku dołowi, aniżeli zбочeniem poziomem. Tą okolicznością stara się autor wytłómaczyć częste istnienie hyperforii, właśnie w takich przypadkach.

Zmiany oczne wywołane następowo zajęciem gruczołów chłonnych w karku i gardła. (The Pathological Conditions of the Eye Secondary to Disease of the Lymphatics of the Neck and Throat). Alexander — San Francisco.

Oko, jak wiadomo, jest bardzo skłonne do zakażenia wewnętrznego (endogenetycznego). Liczne badania Schweinitza i Lawsona wykazały, że sprawy gnilne w przewodzie pokarmowym stają się bardzo często źródłem przewlekłych spraw zapalnych w oku. Autor wyraża przekonanie, że punktem wyjścia wielu nie-

jasnych co do pochodzenia, a nieraz bardzo przewlekłych i bardzo uporeczywych stanów chorobowych oka bywają bądź to gruczolny chłonne szyjne i karkowe, bądź to migdały, które tak często stanowią wrota zakażenia ogólnego. Opisuje on cały szereg własnych spostrzeżeń, w których schorzenia powiek spojówki, rogówki, a nawet przewlekłą *chorioiditis*, *irydocyklitis*, wreszcie *neuritis retrobulbaris* należało odnieść do wyżej wymienionych źródeł. W niektórych przypadkach na dowód, że cierpienie oczne stało w związku z zajęciem migdałków przytacza autor bezpośrednią i szybką poprawę uporeczywych objawów po wykonaniu tonsylotomii.

Racjonalny sposób wydobywania odprysków żelaznych z wnętrza oka. (The Rational Method of Removing Fragments of Iron From the Interior of the Eye) Lamb — Cincinnati.

Haab i jego szkoła proponują dla wydobywania ciał obcych żelaznych z głębi oka sadzanie chorego przed nieruchomo ustawionym, olbrzymim elektromagnesem i zbliżenie jego oka do bieguną w ten sposób, ażeby ciało obce przyciągnąć najpierw z głębi aż do tylnej powierzchni soczewki, a następnie przeprowadzić je poza równikiem soczewki, pomiędzy włóknami więzadelka Zinna, a dalej pomiędzy soczewką a brzegiem tęczówki, przez źrenicę do przedniej komory, skąd przez nacięcie rogówki ma być wydobyte na zewnątrz. Autor uważa ten sposób za zupełnie wadliwy. Przedewszystkiem jest rzeczą w chirurgii ocznej zresztą niespotykaną, ażeby przy operacyi poruszać głowę chorego, a zostawiać przyrząd w położeniu stałym. Poruszenia głową nie mogą być ani dość zgrabne, ani dość lekkie, jak tego wymaga zabieg tak delikatny. Jeśli odprysk stały jest kończasty, to przyciągnięty z siłą ku soczewce, może zranić tylną łobkę i spowodować zaćmę urazową. Następnie może się uwikłać we włóknach więzadelka Zinna, a przy wielkiej sile magnesu poszarpać to więzadelko. Niewłaściwem jest także z rozmysłu przesuwac ciało obce przez wrażliwą i niebezpieczną okolicę ciała rzęskowego. Za daleko racjonalniejszy sposób uważa autor wydobywanie odprysków zapomocą elektromagnesu ręcznego przez cięcie zrobione w twardówce i przykryte odpowiednim płatem spojówkowym. Najodpowiedniejszym miejscem dla takiego cięcia jest dolnowewnętrzny kwadrant twardówki, jest to bowiem miejsce dla zabiegów operacyjnych najłatwiej przystępne, przestrzeń poza wyrostkami rzęskowymi, a przed rąbkami zębatym siatkówki dla czynności wzrokowej nie ma żadnego znaczenia, a przy należytem zabezpieczeniu cięcia płatem spojówki gałkowej nie ma obawy o poważniejszą utratę ciała szklanego.

Więstnik oftalmologii. R. 1912. Czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień. (Ref. Dr M. Szafnicki).

W sprawie badania ócz u młodzieży uczącej się w średnich zakładach naukowych. Dr. med. N. J. Łobazow.

Autor badał około 2000 uczniów i uczenic w warszawskich gimnazyach i przychodzi do tych samych wniosków, co do powstawania krótkowzroczności szkolnej, co i inni badacze.

O stosowaniu kołaczyków w praktyce okulistycznej. A. S. Czemołoso w.

Autor jest wielkim zwolennikiem stosowania lekarstw w postaci kołaczyków zamiast w roczynach wodnych. Uzasadnia to tem, że: 1) dawkowanie jest nadzwyczaj ściśle; 2) czystość przygotowania; 3) możność długiego przechowywania w niezmiennym stanie; 4) silniejsze działanie lecznicze; 5) możność wyjąłwienia przy 120° C.; 6) możność zastosowania natychmiastowego poza domem w nagłych przypadkach.

O samoistnych pęknięciach rogówki z wyrzucającym krwotokiem przy jaskrze zupełnej. D. A. Siwee w.

Autor opisuje trzy przypadki, w których jednak żadną miarą nie można się dopatrzeć samoistnego pęknięcia rogówki. Nawet sam S. przyznaje, że w jednym przypadku nie wie dokładnego o pęknięciu, w drugim była stara rogówkowa przetoka, a w trzecim wrzód na oku dotkniętem jaskrą.

W sprawie operacyjnego leczenia jaglicy i niektórych jej powikłań. J. Warszawski.

Autor opisuje szczegółowo operację wycięcia załamka według Kuhuta, zmienioną przez Blaskovicsa, i operację wycięcia chrząstki, uważając je za najpewniejszy sposób leczenia jaglicy.

O podspojówkowych naczyniakach. F. A. Rzanicy n.

R. opisuje dwa przypadki jaglicy, gdzie spostrzegł na górnych załankach guzy o charakterze naczyniaków. Opisuje dalej bardzo szczegółowo obraz drobnowidowy; w jednym przypadku był typowy naczyniak, a w drugim, prócz wielkiej ilości nowowytwarzających się naczyń, spostrzegł autor zwyrodnienie skrobiowate tkanki łącznej i dlatego zmianę tę uważa za wczesny okres zwyrodnienia skrobiowatego spojówki, towarzyszącego nie rzadko jaglicy.

Jaskra i obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. K. Noisze wski.

Podstawą pracy jest teoria autora o ścisłym związku między jaskrą, a ciśnieniem wewnątrzczaszkowym. N. daje szczegółowy opis

wszystkich postaci jaskry, starając się wszędzie znaleźć przystosowanie swego zapatrywania. Obrzęk rogówki przy ostrej jaskrze łómaczy autor tem, że limfa wnika w tkankę rogówkową wskutek zmienionego biegu (ze spojówki przez rogówkę, ciało szkliste w ołoczkę n. wzrokowego) przy zmniejszonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym. Co do jaskry prostej autor jest zdania, że cierpienie to zostaje zwykle poprzedzonym przez zapalenie tarczy n. wzrokowego (*papillitis*). Powstaje ono w ten sposób, że wskutek zmienionego odpływu limfy przy zmniejszonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym, tylko część jej ($\frac{1}{50}$) może odpłynąć z powodu zbyt małego przekroju środkowego kanału n. wzrokowego, przeważna zaś ilość uciska tylko tarcz, powodując początkowo przekrwienie a następnie zapalenie tarczy n. wzrokowego. Ciągły, choć nieznaczny wpływ zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego prowadzi do jaskry prostej, natomiast nagle zmniejszenie tego ciśnienia prowadzi do napadu ostrej, obrzękowej jaskry. Zdawałoby się, że jaskra następowa zależy jedynie od wzmożonego ucisku zewnątrzgałkowego, autor jednak przeczy temu i na dowód przytacza przypadek, gdzie nowotwór zajmował większą część kanału Schlemma, a pomimo to do jaskry następowej nie przyszło. Dalej podaje N. wyniki jaskry doświadczalnej, badania ocz przy nakłuciu łądźwiowem szczegółową anatomię patologiczną omawianego cierpienia, a w końcu wszystkie teorie jaskry. W każdej poszczególniej teorii widzi autor pewne braki, zgadza się ze Schmidt-Rimplerem, że nie jeden lecz kilka czynników przyjmuje udział w wywołaniu jaskry. Jako najważniejszy czynnik, ogólny, mający znaczenie w powstawaniu każdego rodzaju jaskry uważa autor zaburzenie w równowadze ciśnienia wewnątrzgałkowego i wewnątrzczaszkowego.

W sprawie siderosis oka. W. P. Odincow.

Autor badał pod mikroskopem oko skałeczone żelazem. Znalazł takie same zmiany, jak w przypadku Hippla i późniejszych innych autorów.

Trzy przypadki przedziurawienia siatkówki w okolicy plamki żółtej pod wpływem bezpośrednich promieni słonecznych przy oglądaniu zaćmienia słońca gołym okiem i jeden przypadek takiegoż cierpienia pochodzenia urazowego. E. G. Łazariew.

Podczas ostatniego zaćmienia słońca 40 osób w m. Tule uległo zaburzeniu bystrości wzrokowej. Co do nasilenia sprawy chorobowej, autor podzielił odnośne przypadki na 3 rodzaje. W najlepszej formie duo oka nie przedstawiało zmian; bystrość wzroku po kilku dniach wracała do normy a brak środkowy w polu widzenia znikał. Nieco dłużej trwało zaburzenie bystrości

wzroku u kilku chorych, gdzie w plamce żółtej widział autor czerwoną plamkę, a pośrodku niej małe ognisko żółte, lecz i tu sprawa po kilku tygodniach zupełnie nastąpiła. Trzy przypadki nie skończyły się jednak tak pomyślnie. W jednym z nich spostrzegł Ł. w plamce żółtej ognisko różowe wielkości $\frac{1}{3}$ tarczy, posypane jak gdyby drobnym pyłkiem żółtawym, siatkówka w otoczeniu zmleczala (V. 0:3—0:4 w polu widzenia ubytek środkowy), dno tego ogniska ułożone poniżej powierzchni siatkówki. Przypadek ten dotyczył chłopca 17-letniego, który patrzył na słońce 5—6 razy, ogółem około 7 minut; początkowo widział zaćmienie dobrze, lecz potem ściemniło się w oku i widział ciągle ciemną plamę. Drugi przypadek zupełnie podobny, a w trzecim ta różnica, że ognisko w plamce żółtej było wielkości $\frac{1}{2}$ tarczy. W dwóch ostatnich razach bystrość wzroku była znacznie upośledzona, a we wszystkich trzech leczeniu pozostało bez skutku. Próż tego spostrzegł autor przypadek dotyczący robotnika, który uderzył się kurkiem od strzelby w oko. Wziernikiem stwierdził Ł.: obrzęk siatkówki w okolicy plamki żółtej, poniżej tarczy na wewnątrz w odległości $\frac{1}{4}$ wielkości jej ognisko ciemno-czerwone średnicy $\frac{1}{2}$ tarczy. Po kilku dniach można było z całą pewnością stwierdzić, że jest to ubytek siatkówki. Czy jest to rzeczywiście ubytek, czy też tylko siatkówka w tych miejscach była cieńsza, tego autor powiedzieć nie może dla braku badań histologicznych odnośnych przypadków.

Przypadek nieubarwionego znamienia w okolicy punktu łzowego (Lymphendothelioma hypertrophicum).
E. E. Trapięzoniczewoj.

Autor badał pod mikroskopem guzek wycięty z okolicy otworu górnego kanału łzowego u staruszki 60-letniej. Guzek ten, średn. 2:3 mm, pokryty był nabłonkiem wielowarstwowym, a w utkaniu łącznotkankowym rozrzucone były liczne ogniska kuliste, składające się z komórek o dużym jądrze i skąpej pierwszczy. Komórki takie znajdował autor i pojedynczo rozmieszczone. Wyżej opisane ogniska komórkowe otoczone były warstwą komórek przypominających śródbłonek. Pomimo bardzo dokładnego badania nigdzie barwika w komórkach ułożonych ogniskami znaleźć nie można było. Autor uważa ten guzek za kilkakrotnie już opisany w literaturze *naevus sine pigmento*. Czy w tym przypadku nie rozwinię się guz złośliwy — mięsak, czy nie, jest to właśnie początkowy okres tworzenia się jego, o tem autor sądzić nie może, gdyż dalsze trzy chore są mu nie znane.

Promienica rogówki. Prof. K. H. Orłow.

Autor spostrzegł dwa przypadki promienicy rogówki. W obu

znalazł jeden i ten sam grzyb, który nazwał *actinomyces purpureus*, a to dlatego, że hodowle tego grzyba otoczone były purpurowym rąbkim. Obraz kliniczny w obu przypadkach różnił się, gdyż w jednym — na rogówce oka mało podrażnionego było ognisko białe, dość ostro ograniczone, wystające ponad powierzchnię rogówki, a w drugim spostrzegał autor ubytek dość głęboki (który później pozostawił po sobie ściśle bielmo), a spód charakterystycznie czerwony, lecz nie od naczyń, a od barwika wytworzonego przez grzybek. Przeszczepiony na rogówkę zwierzęcą, grzybek ten miał bardzo słabe własności chorobotwórcze.

Przypadek zwyrodnienia szklistego gruczołu łzowego z wytworzeniem się w nim torbieli. E. I. Sołowejewa-Zakrzewska ja.

Autorka badała pod mikroskopem spojówkę chorego na jądlicę i stwierdziła w niej zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej. W tym samym przypadku miała S. możność badać podobne zmiany w części powiekowej gruczołu łzowego. Tu prócz zwyrodnienia szklistego w różnych okresach jego rozwoju spostrzegła autorka kilka torbieli większych i mniejszych, wysłanych jedno i dwuwarstwowym nabłonkiem. Przy dokładnem badaniu udało się S. stwierdzić, że torbiele te powstały wskutek zaciągnięcia przewodów gruczołu łzowego przez zmiany zachodzące w otaczającej je tkance łącznej, a następnie nagromadzony płyn spowodował rozszerzenie zamkniętego przewodu i powstanie torbieli, wskutek tego wyścielającej te torbiele nabłonek w wielu miejscach został spłaszczony, a nawet zupełnie złuszczoney.

Przypadek mięsaka barwikowego spojówki gałki, operowanego z zachowaniem oka. S. Korzenjanc.

Przypadek dotyczył mężczyzny 40-letniego. Guz, który, jak pokazało późniejsze badanie drobnowidowe, był mięsakiem barwikowym, pokrywał wewnętrzno-górną część spojówki gałki, zachodząc na rogówkę prawie do źrenicy. Długość jego wynosiła 2 cm, szerokość 1 cm i wysokość nieco mniej 1 cm.

Guz ten wraz ze spojówką był przesuwalny, barwy ciemnoczerwonej, lekko krwawiący. V: 0,2. Autor radził choremu wyjęcie oka, lecz ten nie zgodził się. Przystąpiono do usunięcia guza w miejscowem znieczuleniu z pozostawieniem gałki.

Mięsak dał się bardzo łatwo usunąć i tylko z rąbkim był dość silnie zrosnięty. Pozostał znaczny ubytek spojówki, którego autor jednak nie zaszył, by nie zmienić ustawienia gałki. Po miesiącu V: 0,3, na rog. nie ma żadnych zmian, a spojówka w miejscu guza przekrwiona i obrzękła. Opadnięcie powieki, które było poprzednio znacznie słabsze.

Przypadek bezpośredniego i wyłącznego zranienia nerwu wzrokowego. A. W. Głagolew.

Żołnierz został przypadkiem skałeczony bagnetem w oko prawe i nagle przestał okiem widzieć. Do autora zgłosił się na 3 dzień po wypadku. Powieka górna była krwią podbiegnięta, spojówka gałki lekko przekrwiona, dołem zewnątrz na spojówce ranka 10 mm długości, zresztą zewnętrznie żadnych zmian. Żr. na światło nie oddziałuje, lecz przy oświeceniu drugiej zwęża się, jak również i przy konwergencji. Ruchy gałki nieco bolesne. T. (n). Duo prawidłowe. V: O. Po 17 dniach spostrzegał autor wyraźny zanik nerwu wzrokowego, lecz naczynia były zupełnie prawidłowe. G. jest zdania, że w tym przypadku nastąpiło jedynie i wyłącznie skaleczenie n. wzrokowego przed lub w *canalis opticus*.

W kwestyi różnicy stanowiska i znaczenia okulistyki i otiatrii w rosyjskim wojskowo-sanitarnym zarządzie. Dr N. D. Strucziński.

Artykuł polemiczny, jedynie miejscowego charakteru, bez znaczenia ogólnego.

Z powodu artykułu Dr Warszawskiego: „W kwestyi operacyjnego leczenia jaglicy i niektórych jej powikłań. Prof. S. W. Łobanow.

Autor zwraca uwagę Dr Warszawskiemu na pracę Dr P. T. Czysztakowa »O chirurgicznem leczeniu jaglicy«, która wyszła z jego kliniki, a o której Dr W. nie wspomina. Jest on również tego zdania, że operacyjne sposoby leczenia jaglicy dają znakomite wyniki szczególnie w ciężkich zaniedbanych postaciach, lecz niestety ten sposób leczenia za mało ma zastosowania w Rosyi.

III. ROZMAITOŚCI.

Przesunięcie żółtej plamki ku górze. Dr Adam przedstawił w berlińskim Tow. okulistycznym w lipcu r. b. chorego, mającego zez roz- i górno-bieżny oka, które i po zamknięciu drugiego, kierunku swego nie zmieniało, posiadając przytem pełną bystrość wzrokową, z czego A. wnosi, że to oko, pozornie zezując, nastawiało oko swą żółtą plamką na przedmiot, że więc w stosunku do drugiego oka *macula lutea* była przesuniętą.

Dr Isakowicz na temże posiedzeniu przedstawił 16-letniego młodzieńca, który swą złożoną niezbornosć prawego oka, wynoszącą 6 D. przez ucisk na gałkę tak dalece zrównoważał, iż bystrość wzrokowa podnosiła się z $\frac{6}{60}$ do blisko $\frac{6}{6}$.

Zjazd II. neurologów, psychiatrów i psychologów polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 20-go, 21-go, 22-go i 23-go grudnia z bardzo obfitym programem, który i dla okulisty dużo zapowiada ciekawych tematów.

Adres Komitetu: Kraków, ul. Kopernika l. 46.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Pes, nadzw. prof. w Cagliari, mian. nadzw. prof. w Modenie.
Doc. pryw. Dr Wład Blaskowics w Budapeszcie otrzymał tytuł prof. nadzw.

Prof. nadzw. Wessely w Wyreburgu prowadzi zastępczo klinikę okul. po odejściu prof. Hessa do Monachium.

Dr W. T. Shoemaker mian. pomocniczym prof. okulistyki przy »Womans Medical College of Pensylwania«.

Habilitowali się w Rzymie: Ddr M. Pansini i E. Bartolotta.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Henryk Dor, jeden z najsympatyczniejszych kolegów zmarł niedawno; jeszcze przed kilku miesiącami uczniowie i przyjaciele jego obchodzili w Lyonie uroczyste, ustanawiając śliczny medal pamiątkowy, 77 rocznicę jego urodzenia. Na ostatnim zjeździe okulistów francuskich w Paryżu, jak corocznie czynny brał udział.

W r. 1857 odbywa promocją na doktora medycyny w Wyreburgu. W r. 1865 powołany do szwajcarskiego Berna na prof. okulistyki; przenosi się następnie do Lyonu, gdzie obejmuje katedrę prof. Gayeta.

W Lyonie za jego inicjatywą i współredakcją zaczyna w roku 1882 wychodzić *Revue générale d'Ophthalmologie*.

Odznaczony wielu orderami i tytułami, pozostał zawsze skromnym, żył dla nauki i dla sztuk pięknych, których studjom oddawał się z zapalem do dni ostatnich.

Dor był gorliwym esperantystą, a prezesem Towarzystwa esperantów francuskich.

Prof. Monoyer, znany ze zaprowadzenia dyoptryi i systemu decymalnego do nauki okulistycznej, zmarł również w Lyonie w 76 roku życia.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Grudzień.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.
-----------	-------------------------	-------

I. PRACE ORYGINALNE.

Collyria oleosa.

Podał

Dr med. BRONISŁAW ZIEMIŃSKI,

ordynator Warsz. Inst. oftalm.

Alkaloïdy (kokaina, atropina, skopolamina, ezeryna, pilo-
karpina), najczęściej będące w użyciu przy leczeniu chorób
ocnych, najdogodniej stosować w roztworze wodnym. Ma to
jednak tę wielką wadę, że już przed upływem jednej doby
roztwory odpowiednie nieraz wykazują — nawet w naczyniach
zamkniętych — obecność mętów w postaci niteczek, obłoczków,
kłaczków, które albo się unoszą na powierzchni albo też osia-
dają na dnie. Owe męty są to rozmaite grzybki pleśniowe
i bakterye, które — choćby z powietrza — mogą się dostawać
do naczynia, gdy się je otwiera, a eóż dopiero, gdy chory
niezręczny, lub nieuważny, albo jego otoczenie, pozostawia na-
czynnie otworem przez czas dłuższy, czy też zanurza w nie

kropliemierz, w ten albo w inny sposób zanieczyszczony. Łatwo też się przekonać, że — nawet w warunkach względnej czystości — te roztwory wodne szybko stają się siedzibą rozmaitych pasorzytów, które coraz obficiejsz się mnożą w tych płynach. O ile roztwory, podobnie zanieczyszczone, dostaną się do nieuszkodzonej powierzchni oka, drażnią ją, wywołują przekrwienie lub stan zapalny; rzecz prosta, wiele groźniej sprawa się przedstawia, gdy oko uprzednio zostało zranione lub wogóle doznało tu czy ówdzie ubytku w swej powłóce nabłonkowej. Wobec tego skierowano usiłowania ku osiągnięciu aseptyczności kropli, stosowanych do oczu:

1) Wyjaławiając je zapomocą ciepła, najprościej przez zagotowanie w probówce. Jest to sposób kłopotliwy i zabiera trochę czasu, gdyż przed każdym zastosowaniem trzeba roztwór zagotować i ochłodzić; przez częste gotowanie zaś stężenie roztworu, a, co ważniejsza, jego skład chemiczny może uleść zmianie.

2) Dodając pewne środki przeciwnilne (*Acidi borici* 4^o,₆; *A. salicyl.* 1 : 1000; kilka kropli *Aq. laurocerasi*; *Sublimati corros.* lub *Hydrargyri oxycyan.* 1 : 1000, 1 : 5000, 1 : 10000; *Trikresol.* 1 : 1000; *Formalini* 1 : 2000), które mają tę ujemną stronę, że w roztworach niezbyt drażniących — niezbyt stężonych — nie zapewniają jałowości płynu i że najskuteczniejsze z nich — *Sublimat* oraz *Hydr. oxycyan.*, które zaledwie nieco hamują rozwój zarazków, tworzą osad z kokainą, atropiną i ezeryną.

3) Łącząc wyjaławianie przez ciepło z dodaniem tego lub owego środka przeciwnilnego do roztworu alkaloidu odpowiedniego. Rzecz prosta, że i to postępowanie nie może doprowadzić do celu pożądanego.

4) Przez stosowanie chemicznych połączeń alkaloidów z kwasami przeciwnilnymi, np. *Atropinum boricum*, *A. carbolicum*, *A. salicylicum*, *A. benzoicum*, *A. santonicum*; *Cocainum salicyl.*; *Eserinum* i *Pilocarpinum boricum* lub *salicylicum* lub *carbolicum* — co również okazało się bezcelowem.

Mimo więc wszelkich ostrożności i zabiegów rozma-

tych nie zdołamy uchronić roztworów wodnych od zakażenia. Już sam sposób posługiwania się nimi wielce się przyczynia do wnikięcia rozmaitych zarazków od samego chorego, z jego rąk lub oczu, czy z korka albo z kroplomierza, czy wreszcie z pyłu powietrznego.

Pozostałby jeszcze sposób przechowywania roztworów odpowiednich w zamkniętych banieczkach, ampułkach, wyjąłowanych według sposobu Pasteura, wtedy ma się pewność, że wyjąłowanie będzie trwałe, przytem alkaloid (zwłaszcza kokaina) nie ulegnie rozkładowi. Lecz te ampułki nadają się jedynie do wstrzykiwań podskórnych, gdyż można się nimi posługiwać u jednego chorego i tylko jeden raz, nadto opuszczenie kropli nieraz jest kłopotliwe, przytem drobne okruchy szkła, po odłamaniu czubka ampułki, i dla lekarza i dla chorego mogą być szkodliwe, wreszcie cena tych banieczek nie zaleca ich dla lecznictwa ocznego.

Roztwory alkaloidów można jeszcze wyjąłwiać w małych undynach czy w innych naczynkach szklanych, których liczne modele obmyślano. Wyjąłwanie odbywa się w autoklawie lub z przestankami według sposobu Tyndalla (ogrzewając w ciągu godziny do 70° przez trzy dni z rzędu) lecz jest to zabieg kłopotliwy, przytem naraża alkaloid (szczególnie kokainę) na rozkład chemiczny, jak to się zdarza w autoklawie, albo nie zapewnia jałowości (jak przy sposobie Tyndalla). Zresztą wszelkie te zabiegi nie zabezpieczają od późniejszego zakażenia i dalszego rozwoju pasorzytów, które się dostały do naczynia napoczętego.

Rychło stwierdzono, że stosowanie alkaloidów w maściach (w wazelinie białej, obojętnej) nie zabezpiecza jałowości mieszaninie.

Ostatecznie trzeba się uciec do stosowania alkaloidów nierozpuszczonych *in substantia* — przy dawkowaniu niepewnym lub w tabletkach, wyrabianych, np., przez firmę angielską Burroughs Wellcome et Co. Oba sposoby, nieraz bardzo pożądane w pojedynczych przypadkach, dla szerszej praktyki są nieodpowiednie.

Wszystko to mając na względzie, okuliści angielscy i francuscy — głównie Panas i jego uczeń Serini — po próbach bardzo mozolnych — doszli do wniosku, że z alkaloidów zasadowych (lecz nie z ich soli kwaśnych lub tłuszczowych, trudno rozpuszczalnych w olejach), można, w pewnych warunkach, sporządzić roztwory w oliwie albo w olejku arachidowym (*oleum arachidis*), które pod każdym względem czynią zadość wymaganiom klinicznym i bakteriologicznym. Chemik francuzki Delacour podał dokładny sposób przyrządzania tych roztworów oliwnych. W głównych zarysach cały zabieg polega na tem, że świeżą oliwę, przez dodanie połowy jej objętości alkoholu 95°, w ciągu kilku dni, często mieszając, uwalniamy od wszelkich zanieczyszczeń i wolnych kwasów tłuszczowych, następnie zlewamy w bankę porcelanową, którą w ciągu pół godziny utrzymujemy w kąpeli piaskowej przy 120°, a nie wyżej, gdyż wtedy następuje rozkład ciał tłuszczowych i powstaje substancya mocno drażniąca, akroleina. Oliwa świeża, tak oczyszczona i wyjałowiona, przechowuje się w miejscu chłodnem, w naczyniu zamkniętem zwitkiem waty wyjałowionej, ona to służy do sporządzania roztworów odpowiednich. Kokaina (*Cocainum purum*) bardzo łatwo się rozpuszcza na gorąco w tej oliwie. *Duboisinum*, *Pilocarpinum*, *Homatropinum*, wreszcie *Atropinum purum* rozpuszczają się na gorąco przy 90° w kąpeli wodnej (przy 95° częściowo się rozkładają). *Scopolaminum purum* łatwo się rozkłada i nie rozpuszcza się w wodzie, oliwie, alkoholu oraz eterze, więc trzeba wziąć 1/4% *Sol. Scopolamini bromati in alcoholo absoluto* i to się miesza z oliwą wyjałowioną oraz ogrzewa w kąpeli wodnej ostrożnie, póki alkohol doszczętnie się nie ulotni. Trudniejsza sprawa z ezeryną: alkaloid zasadowy chemicznie czysty należy naprzód rozpuścić w odpowiedniej ilości eteru najczystszej i zmieszać ten roztwór z odpowiednią ilością oliwy wyjałowionej; tę mieszaninę trzymać w kąpeli wodnej przy 45° aż do zniknięcia wszelkich śladów eteru. *Collyria oleosa* (*Collyres huileux*), najczęściej potrzebne w lecznictwie ocznem, to 1% *Sol. oleosa*

atropini vel pilocarpini, $\frac{1}{2}\%$ i 1% , *Sol. oleosa eserini*, $\frac{1}{2}\%$ *Sol. oleosa scopolamini* (synonim *sol. skopten oleosa*), wreszcie 2% *Sol. Cocaini oleosa**). Alkaloidy, rozpuszczone w oliwie, nie wnikają wraz z nią do wnętrza oka, lecz ze łzami, które unoszą alkaloid odpowiedni.

Główną zaletę tych roztworów oleistych stanowi to, że pozostają klarowne i nie łatwo ulegają rozkładowi, nawet przy zetknięciu z powietrzem. Van Tieghem już dawno stwierdził, że, aczkolwiek pewne drobnoustroje, zwłaszcza pewne grzyby, wyjątkowo mogą się rozwijać w płynach oleistych, lecz ten rozwój zawsze jest bardzo powolny; tożsamo wykazali Mohline i Loir, co do zachowania się w oliwie fermentów upostaciowanych. Badania laboratoryjne i kliniczne Panasa, Seriniego, Artaulta, Tersona i innych dowiodły, że te *collyria oleosa* czyli roztwory oliwne alkaloidów bardzo długo zachowują swą czystość i po szeregu miesięcy — nawet bez przestrzegania szczególnych ostrożności — nie ulegają zakażeniu. Wogóle śmiało rzecz można, że płyny oleiste nie są podłożem podatnym do rozwoju zarazków, że drobnoustroje, które do tych płynów się dostaną pozostają jałowymi.

Oko dobrze znosi roztwory oleiste alkaloidów, które wywołują przekrwienie lekkie i szybko przemijające, nie większe niż odpowiednie roztwory wodne.

Chociaż więc *Collyria oleosa*, jako aseptyczne i bardzo trwałe, przewyższają, co do wartości klinicznej, wszelkie roztwory wodne, to jednak nigdy nie zdołają ich wyrugować z użytku codziennego w klinice ocznej: gdyż muszą być w odpowiednich pracowniach bardzo starannie sporządzone, dokładnie wyjałowione, przechowywane w ampułkach wyjałowionych w autoklawie lub we flakonach z korkiem szczelnie przyszlifowanym. Nie można do nich stosować zwykłych kroplomies-

*) Wyrabiają je: apteka Cartereta (Paris. 9, rue des Pyramides) i apteka Funcka (Radebeul-Oberlössnitz pod Dreznem — w olejku arachisowym).

rzy, albowiem oliwa rozpuszcza gumę, lecz bagietki lub małe czerpaczki szklane. Płynny oleiste nie są pożądane przy operacjach ocznych, gdyż powieki stają się ślizkie, a krople oliwy, unoszące się po polu operacyjnem, sprawiają wrażenie nie miłe, wreszcie, przy operacjach na gałce, zachodzi obawa, że krople oliwy mogą się dostać do wnętrza oka.

Z kilkoletniego doświadczenia własnego doszedłem do wniosku: że wszystkie roztwory oleiste alkaloidów niewątpliwie energiczniej i skuteczniej działają na oko niż odpowiednie roztwory wodne; że z nich najlepsze usługi oddaje *Sol. oleosa cocaini* (przy uszkodzeniach, zwłaszcza urazowych, nabłonka rogówki) oraz *Sol. oleosa eserini*. Jest to niewątpliwą zasługą Panasa i jego szkoły, że dał możność szerszego stosowania ezeryny, zalecając ją w roztworach oleistych nawet jednoprocентовych, wiadomo bowiem, że ten lek bardzo cenny, stosowany w roztworze wodnym lub w maści zawsze wywołuje kurcze bolesne oka i już z tego powodu nie można go stosować nawet tam, gdzieby był bardzo pożądany, w roztworze zaś oleistym nie sprawia tych dolegliwości, przytem ten roztwór nigdy z czasem nie przybiera barwy czerwonej, nigdy nie tworzy się w nim rubrezeryna, która drażni oko.

Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki na ciałko rzęskowe.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

Chociaż wpływ wycięcia tęczówki na obniżenie ciśnienia w gałce jest dowiedziony, to jednak nie ma zadowalniającego tłómaczenia tego wpływu.

Graefe pierwotnie tłómaczył obniżenie ciśnienia po

wycięciu tęczówki pomniejszeniem powierzchni wydzielającej, ale przy jaskrze utkanie tęczówki ulega zanikowi, a po wycięciu tęczówki czynność wydzielnicza w przednim odcinku gałki nie pomniejsza się, ale przeciwnie powiększa, czego dowodzi pogłębienie przedniej komórki. Później Graefe zmienił swój pogląd na znaczenie wycięcia tęczówki przy jaskrze i największe znaczenie przypisywał bliźnie przesączającej, pozostającej po cięciu w twardówce. Tegoż poglądu był i Wecker i dla tego chciał zastąpić wycinanie tęczówki przez samo tylko cięcie w twardówce.

Obecnie większość autorów jest zdania, że wycięcie tęczówki otwiera kąt sączenia w przedniej komórce oka i wytwarza połączenie przedniej komórki z tylną; niektórzy zaś przypisują szczególne znaczenie nadrywaniu ciała rzęskowego od twardówki przy wyciąganiu tęczówki szczypczykami; uważają oni, że przez to nadrywanie robi się połączenie przedniej komórki w gałce z przestworem ponadnaczyniówkowym (*spatium suprachorioideum*).

Abadie¹, uważający jaskrę jako nerwicę naczyńioruchową na tle podrażnienia nerwów naczyńiowych (*sympathicus*), tłumaczył lecznicze działanie wycięcia tęczówki przy jaskrze, wycinaniem wraz z częścią tęczówki części splotu nerwu naczyńiowego.

Exner², opierając się na spostrzeżeniu, że z powiększeniem ciśnienia w naczyniach w gałce powiększa się i ciśnienie wewnątrzgałkowe, a z obniżeniem ciśnienia w tych naczyniach obniża się i ciśnienie wewnątrzgałkowe, chciał wytłómaczyć działanie wycinania tęczówki na obniżenie ciśnienia wykluczeniem znacznej ilości drobnych naczyń tętniczych i żylnych, tworzących ze sobą sieć włoskowatą, a powstawaniem po wycięciu tęczówki bezpośrednich łęków (anastomoz) pomiędzy tętnicami i żyłami, co podług niego miało wpływać na obniżenie ciśnienia w naczyniach, a pośrednio i na obniżenie ciśnienia w gałce.

Podobnie, jak Abadie tłumaczył lecznicze działanie wycinania tęczówki na jaskrę wycinaniem splotu nerwu na-

czyniowego, tak znowu Hippel i Grünhagen³⁾ wycinaniem wraz z tęczęwką włókien nerwu trójdzielnego (*trigemimus*).

Wszystkie podane tu tłumaczenia leczniczego działania wycinania tęczęwki na jaskrę, opierają się na samych tylko przypuszczeniach, nie mają bowiem faktycznej podstawy.

W przeciwieństwie do innych autorów Leber⁴⁾ utrzymuje, że nie tylko wycięcie częściowe tęczęwki, ale nawet całkowity jej brak zarówno wrodzony jak i nabyty żadnego wpływu na ucisk śródoczny nie wywiera, ale zdanie to nie daje się pogodzić z powszechnie dowiedzionym faktem obniżenia ciśnienia w gałce ocznej po wycięciu tęczęwki. Zdanie to można wytłumaczyć tylko bałamutnością współczesnych pojęć o prawidłowem ciśnieniu w gałce.

Powiększenie ciśnienia w gałce może być albo bezwzględne, albo względne. Bezwzględne zależy od czynników wewnątrz gałki i jest powiększeniem ciśnienia tak znacznem, że wątpliwości nie ulega; względne powiększenie ciśnienia w gałce może być tylko dlatego uważane za powiększone, że jest większe od ciśnienia wewnątrz czaszki.

Heilbrun⁵⁾, na podstawie swych badań z tonometrem Schiötza przyszedł do wniosku, że ciśnienie prawidłowe w gałce może się wahać pomiędzy 12 mm i 27 mm rtęci i że jako jaskrowe może być uważane ciśnienie i niższe od 27 mm rtęci.

Przyjmując tak rozległą skalę wahań dla prawidłowego ciśnienia w gałce i uważając tę samą wielkość ciśnienia jeden raz jako prawidłową, a drugi raz jako jaskrową, autor powinien był zupełnie wyrzec się miana »ciśnienie prawidłowe w gałce«; ale chodziło mu o to, żeby dowieść, że i przy *glaucoma simplex* ciśnienie w gałce jest powiększone.

Praca Heilbrun'a, jak również prace Ruata⁶⁾ i Bietti⁷⁾ są tylko dowodem, że samem tylko powiększeniem ciśnienia w gałce nie można wytłumaczyć powstawania wszystkich postaci jaskry. Jak bowiem wytłumaczyć, dlaczego w jednym wypadku ciśnienie 27 mm i nawet 30 mm rtęci nie sprawa-

dza jeszcze jaskry, gdy w innym wypadku mamy jaskrę nawet przy ciśnieniu niższem od 27 mm rtęci.

Tylko zachwianiem równowagi pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce dadzą się wyłómaczyć tak znaczne różnice w ciśnieniu potrzebne do wywołania jaskry.

Tak więc przy jaskrze zastoinowej mamy powiększenie bezwzględne ciśnienia w gałce, a przy jaskrze niezastoinowej (*gl. simplex*) względne t. j. zależne od niższego niż w gałce ciśnienia w czaszce. Nie znaczy to, żeby niższe ciśnienie w czaszce niż w gałce nie było jednym z czynników sprawdzających i jaskrę zastoinową, ale że dla jaskry prostej niezastoinowej obniżenie ciśnienia w czaszce jest jedynym czynnikiem.

Stałe, chociaż nie wiele niższe od ciśnienia w gałce, ciśnienie wewnątrz czaszki sprowadza jaskrę niezastoinową, nagłe obniżenie ciśnienia w czaszce sprowadza ostry napad jaskry zastoinowej*).

Jeżeli względne powiększenie ciśnienia w gałce zależne jest od wielkości ciśnienia w czaszce, to powiększenie bezwzględne ciśnienia w gałce zależy od stanu narządu rzęskowego. Stan narządu rzęskowego oddziałują zarówno na twardość jak i miękkość gałki.

Są dane, że wycięcie tęczówki sprowadza częściowy zanik ciała rzęskowego.

Zwykle u małych dzieci nie usuwa się zaćmy cięciem rogówko-twardówkowym z wycinaniem tęczówki, wystarcza samo rozcinanie torebki soczewkowej. Zdaje się jednak, że wycinanie tęczówki u małych dzieci jest niebezpieczne z powodu następującej niekiedy po wycianiu tęczówki miękkości gałki.

*) v. Pflugk (Skopolamin - Morphinum - Narkoze und Glaukom, Klin. Mntsb. f. Augenh. XLIX S. 663 1911 r.) wskazuje na niebezpieczeństwo poddawania skopolamino-morfinowej narkozie osób usposobionych do jaskry, ale wpływa tu nie narkoza, tylko przez nakłucie łądzwiowe chwilowe obniżenie ciśnienia w czaszce, sprowadzające ostry napad jaskry.

Przed kilku laty przyjęte zostało do zakładu ocznego w Pohulance dwuletnie dziecko z wrodzoną zaćmą obuoczną, przytem na prawem oku zaćma była torebkową, na prawem oku dokonane zostało wycięcie tęczówki ku górze dla otwarczenia drogi promieniom świetlnym przez przeziernie części soczewki; na drugiem oku dokonano zwykłego rozcięcia torebki.

Przebieg po tem leczeniu ręcznem był najzupełniej prawidłowy jak na jednym tak i na drugiem oku, ale po roku, oko, na którem wykonano wycięcia tęczówki, było miękkie
T — 3.

W drugim wypadku spostrzegałem miękkość gałki po urazowym oderwaniu tęczówki od brzegu rzęskowego.

29. XI. 1912 r. zwrócił się do lecznicy ocznej w Pohulance właścianin z gub. Witebskiej, Tward., lat 44, uskarżając się na słabość wzroku w oku lewem.

Przed pięciu laty uderzony on został w gałkę oka lewego ułamkiem żelaza. Natychmiast po uderzeniu zaniewidział na to oko, powoli jednak wzrok mu powrócił, ale o wiele słabszy niż przedtem.

Badanie przedmiotowe i podmiotowe wykazało:

Oko prawe zupełnie prawidłowe. Widzenie naośne $V = 2$ mm ($\frac{6}{12}$ Snell.).

Oko lewe: rogówka zupełnie przezierna, ale źrenica nieprawidłowa — podłużno-owalna. Brzeg górny tęczówki oderwany od swej podstawy na długość 6 mm. Przy przeświecaniu oka wziernikiem przez otwór w górnym brzegu tęczówki prześwieca czerwona barwa dna ocznego. Widzenie naośne $V = 20$ mm ($\frac{6}{120}$ Snellen'a). Ośrodki przeziernie czyste. Tarcza nerwu wzrokowego prawidłowa, trochę przekrwiona i nieco wyparta ku wnętrzu gałki, co się tłumaczy znaczną przewagą ciśnienia w czaszce nad ciśnieniem w gałce. Takie wystawanie tarczy nie ma nic wspólnego z tarczą zastoinową i nieraz było spostrzegane przezemnie w oczach skąd inąd zupełnie prawidłowych przy ciśnieniu wewnątrzczaszkowem, przewyższającym ciśnienie wewnątrzgałkowe.

W danym wypadku niepodobna inaczej wytłumaczyć tak

znacznego obniżenia ciśnienia w gałce ocznej, jak urazem w okolicy ciała rzęskowego, skutkiem którego nastąpiło oderwanie tęczówki od przyrzęskowego jej brzegu.

Zdarzają się wypadki, że wycięcie tęczówki przy jaskrze nie tylko nie wpływa dodatnio, ale przeciwnie po wycięciu tęczówki następuje wyraźne pogorszenie, niekiedy aż do zupełnej utraty wzroku.

Graefe oznaczył takie wypadki mianem jaskry złośliwej (*glaucoma malignum*).

Zwykle po wycięciu tęczówki gałka staje się miększą, przeciwnie przy jaskrze złośliwej staje się jeszcze twardszą. Tęczówka i soczewka przylegają ściśle do rogówki. Oko się łzawi, okolica ciała rzęskowego nie tylko wrażliwa na dotyk ale bolesna.

Ból przy dotykaniu okolicy rzęskowej jest objawem znamionym dla jaskry złośliwej, bo ani przy jaskrze zastoinowej, ani przy prostej okolicy ciała rzęskowego — na dotyk nie jest bolesna.

Po kilku tygodniach wytwarza się na koniec przednia komórka i gałka oka miększą się staje, ale często wzrok już nie powraca.

Nie w każdym jednak wypadku jaskry złośliwej następuje utrata wzroku. zdarza się, że gałka staje się miększą wcześniej, nim ucisk śródgałkowy zniszczy wrażliwość siatkówki na światło i wzrok zostaje zachowany.

Tak samo jak wpływ korzystny wycięcia tęczówki, tak i szkodliwy różnie sobie tłumaczono. Większość trzyma z Weberem⁸, że przyczyną jaskry złośliwej jest nadwicięcie soczewki, która staje pomiędzy ciałko rzęskowe, a brzeg przyrzęskowy tęczówki, zamykając kąt sączenia przedniej komórki.

Ale pomijając, że wypadki jaskry złośliwej zdarzają się i w oczach bezsoczewkowych, względnie rzadko występuje nie tylko jaskra złośliwa, ale wogóle jaskra przy zwichniętej soczewce.

Na wiele wypadków zwknięcia soczewki raz jeden tylko spostrzegadem jaskrę, ale i ta jaskra złośliwą nie była.

Zdaje się, że prawdziwą przyczyną powstawania jaskry złośliwej t. j. powiększenia ciśnienia w gałce po wycięciu tęczówki najczęściej jest zapalenie ciała rzęskowego, towarzyszące wprawdzie każdemu wycięciu tęczówki, ale w stopniu nieznacznym.

Po ustąpieniu stanu zapalnego następuje mniej lub więcej znaczny zanik ciała rzęskowego w części przylegającej do wyciętej tęczówki. Następstwem tego cząstkowego zaniku w ciałku rzęskowem bywa większa lub mniejsza miękkość gałki ocznej w zależności jak od wielkości zanikłego uczątku, tak i od uprzedniej twardości gałki.

Piśmiennictwo.

1. Abadie. Arch. d'Opht. XVII. p. 375. 1897.
2. Exner. Über die physiologische Wirkung der Iridektomie. Sitzungsbericht d. k. k. Akad. d. Wiss. Wien. LXV. 1872.
3. Hippel und Grünhagen. Über den Einfluss der Nerven auf die Höhe des intraokularen Druckes. Arch. f. Ophth. XVI. 1. S. 27—48. 1870.
4. Leber. Cirkulations- und Ernährungs der Verhältnisse des Auges S. 234. Graefe-Saemisch. 2-te Aufl. »vollständige, angeborene oder erworbene Irismangel keine merkliche Verminderung des Kammerwassers und keine Herabsetzung des Augenruckes mit sich bringt.
5. K. Heilbrun. Ueber die bisher mit dem Schiotzchen Tonometer erzielte Resultate. v. Graefe-Arch. f. Opht. 1911. Band 79. Heft 2.
6. Ruata. Archiv di Ottalm. XVIII. p. 457. 1911.
7. Bietti. Annali di Ottalm. XI. p. 573. 1911.
8. Weber. Die Ursachen des Glaukoms. v. Graefe-Arch. f. Ophth. XXIII. 1. S. 1. 1877.

II. STRESZCZENIA.

Graefes Archiv f. Ophthalmologie. R. 1912. T. LXXXIII.
Z. 1. (Refer. Dr T. Kleczkowski).

Drżenie gałek ocznych górników. (Das Augenzittern der Bergleute). J. Ohm — Bottrop.

Obszerna praca autora opiera się częściowo na dotychczasowych danych z literatury, częściowo zaś na spostrzeganiu przeszło 500 przypadków drżenia gałek ocznych. Według autora 3·3% górników cierpi na drżenie ocz. Z reguły są to ludzie zdrowi, aczkolwiek z drugiej strony przyznaje autor, że choroby wyniszczające mogą być czynnikiem sprzyjającym powstawaniu drżenia; czasem drżenie występuje jako cierpienie rodzinne. Najczęściej drżenie powstaje między 30 a 34 r. ż. (27%); od roku 34 życia procent ten zaczyna szybko opadać. Z wad łamliwości oka najczęściej spostrzegał autor dalekowzroczność względnie niezborność dalekowzroczną (40 1%).

Procent krótkowzrocznych wynosił 19·7%, miarowych 28·7%, a z łamliwością różną obu ocz procent przypadków wynosił 11·3%. W 69% przypadków bystrość wzroku jest prawidłowa; w pozostałej reszcie bystrość jest mniej lub więcej upośledzona. Pole widzenia jest w okresach wolnych od drżenia prawidłowe, podczas drżenia jest dośrodkowo zwężone (Wilbrand). Najlepszym sposobem służącym do rozpoznania rodzaju drżenia gałek ocznych jest wziernikowanie w obrazie odwrótnym i dokładne spostrzeganie kierunku ruchów tarczy nerwu wzrokowego. Klasyczne drżenie gałek ocznych u górników jest zupełnie regularne (*nystagm. ambulatorius*). Szerokość wychylenia (*amplitudo*) waha się między częstką stopnia a 8°; szerokość ta może chwilami się zmieniać. Drżenie najsilniejsze jest zawsze przy wzroku skierowanym ku górze; im drżenie jest silniejsze, tem we większym polu patrzenia występuje. Przy wzroku skierowanym najbardziej ku dołowi każde drżenie gałek ocznych ustaje. Drżenie gałek ocznych występuje zawsze słabiej przy zbieżnym lub rozbieżnym ustawieniu gałek ocznych. Drżenie ocz może być przerywane chwilami zupełnie wolnymi od ruchów, niekiedy zaś może występować tylko napadami rzadko się powtarzającymi. W tym ostatnim przypadku rozpoznanie jest trudne. Autor podaje kilka faktów ułatwiających rozpoznanie. Fakta te polegają na możliwości wywołania u takich osobników drżenia przez 1) znużenie fizyczne, 2) przez zadziaływanie ciemności, 3) przez po-

lecenie ustalania wzroku na jakimś przedmiocie. Co do kierunku drgnień to autor dzieli drżenie oczu górników na drżenie: 1) o ruchach po linii prostej: a) drżenie poziome, b) pionowe, c) skośne; 2) o ruchach po linii krzywej: a) drżenie koliste, z) ruch zgodny z ruchem wskazówki zegara, β) niezgodny, b) drżenie po elipsie (α i β). Ruch wreszcie może się odbywać po elipsie poziomej, pionowej lub skośnej. Drżenie oczu górników występuje zawsze obustronnie. Do spostrzegania drżenia obu oczu jednocześnie używał autor wziernika obuocznego, zbudowanego według własnego pomysłu. Badanie takim wziernikiem wykazało, że: 1) kierunek drgnień obu oczu jednocześnie może być różny, 2) i że kierunek ten może się zmieniać pod wpływem czasu spostrzegania i w następstwie zmieniania linii wzrokowej. Stwierdzenie możliwości występowania różnych drgnień jednego oka w porównaniu z drugim stoi w sprzeczności z zasadą Heringa, że unierwienie obu oczu objawia się zawsze równo, tak przy ruchach dowolnych jak i mimowolnych. Prócz drżenia oczu spostrzegał autor u górników, cierpiących na drżenie: 1) skurez mięśni prostych wewnętrznych i zwieraczy żrenicy, występujący w okresach wolnych od drżenia, 2) skurez akomodacji podczas drżenia, 3) niezdolność zwracania czasem gałek ocznych ku górze, 4) niepokój gałek ocznych, polegający na niemożności dłuższego ustalania wzroku na jednym przedmiocie i 5) skurez powiek (*m. levator palp. super. lub. musc. orbicularis*).

Na pytanie, czy drżenie gałek ocznych górników może stać się powodem wypadku, odpowiada autor na podstawie swego doświadczenia twierdząco. W przeciwieństwie do Dransarła drżenie, według autora, nie występuje nigdy jako następstwo jakiegoś wypadku. Ciekawe spostrzeżenie zrobił autor na 73 górnikach z drżeniem gałek ocznych, a mianowicie, że w tym dniu, w którym dany robotnik pił alkohol, drżenie nie występowało. Co do rokowania to zależne jest ono od tego, czy górnik zaprzestanie swej pracy zawodowej; jeżeli tak, to każde drżenie można uleczyć.

Po krytycznem omówieniu wszystkich teoryi powstawania drżenia oczu górników dochodzi autor do wniosku, że żadna nie jest wystarczająca. Dokładne spostrzeżenie drżenia oczu górników (ruchy występują kolejno równomiernie lub z przerwami) wskazuje, według autora, na to, że bodziec wychodzi z ośrodka mózgu i wpływa zawsze na oba oczy. Okazało się, że przy drżeniu pionowem jedno oko idzie ku dołowi, podczas, gdy drugie, porusza się ku górze, a przy drżeniu poziomem ruchy odbywają się w kierunku zbieżności i rozbieżności.

Przy podnoszeniu gałki ocznej należy odróżnić, zdaniem

autora, dwa bodźce. Jeden bodziec usiłuje podnieść obie gałki ku górze. Gdyby istniało zaburzenie tego bodźca, to należałoby oczekiwać, że w okresie zwolnienia napięcia mięśni podnoszących gałki oczne albo równocześnie gałki skierowane by zostały ku górze lub ku dołowi, lub ruszałyby się każda niezależnie od drugiej. Tak nie jest. W tym wypadku mamy do czynienia z zaburzeniem bodźca, mającego za cel utrzymać gałki oczne na tej samej wysokości. Drżenie poziome jest zupełnie podobne; również tu nie mamy, według autora, do czynienia z zaburzeniem impulsu ruchów zgodnych (*gleichsinnig*) t. j. zwrócenia gałek w stronę prawą lub lewą, lecz z zaburzeniem ruchów niezgodnych (*gegensinnig*) t. j. ruchu zbieżnego i rozbieżnego. Ponieważ ruchy gałek podczas drżenia są mimowolne, więc siedziba zaburzenia nie może być w korze mózgu. Wszystko wskazuje na to, że siedziba zaburzenia jest w zakresie jądra n. okoruchowego i błoczkowego (*trochlearis*) poniżej *aqueductus Sylvii*. Według Bernheimera składa się ta masa jądrowa z jąder bocznych unerwiających zewnętrzne mięśnie oczu z wyjątkiem *m. abducens* środkowego parzystego drobno-komórkowego jądra zwieracza, źrenicy i wielokomórkowego nieparzystego jądra dla akomodacji. Po prawej stronie mózgu leży jądro *m. rectus sup. + obliquus inf.* = podnoszenie gałki prawej ku górze (Ia) — tak samo po stronie lewej dla oka lewego (Ib). Po prawej stronie mózgu leży jądro *m. rectus infer. i trochlearis* lewego oka (IIa) a po lewej prawego oka (IIb). Gdy jest bodziec Ia + Ib, obie gałki idą ku górze, gdy IIa + IIb, obie ku dołowi. Gdy działa impuls Ia + IIa, to prawe oko skierowane zostaje ku górze, lewe zaś ku dołowi — odwrotnie, gdy Ib + IIb. Jądra *obliquus inf.* i *rectus intern.* mają włókna z obu jąder bocznych. Czynność ośrodków dla ruchów niezgodnych (Ia + IIa i Ib + IIb) jest ciągła, podczas, gdy mięśnie, zostające pod impulsem ruchów zgodnych mają możność wypoczynku przy zmianie położenia linii wzroku. Znużenie ośrodków dla ruchów niezgodnych, będące przyczyną drżenia oczu górników ma swoją przyczynę natury czuciowej (gorsze oświetlenie w kopalniach) i ruchowej (nastawianie oczu przy gorszym oświetleniu na pręciaki siatkówki — bo plamka żółta ze swoimi słupkami wtedy nie odgrywa roli w patrzeniu).

Kilka pomiarów tyjących diatermanzyi ludzkiej gałki ocznej i jej ośrodków, jak również powieki górnej człowieka wraz z uwagami o biologicznem działaniu ultraczerwieni. (Einige Messungen der Diathermansie des menschlichen Augapfels und seiner Medien, sowie des menschlichen Oberlides

nebst Bemerkungen zur biologischen Wirkung des Ultrarot). A. Vogt — Aazan.

Badania wykazały, że z promieni lampy żarowej węglowej (32 Mk) tylko 3% dostaje się do siatkówki. Z tych 3% 1⁰/₀ przechodzi do oczodołu. Z promieni padających na rogówkę do przedniej komory dostaje się 20—25%. Z promieni przechodzących gałkę oczną ⁴/₅ należy do ultraczerwieni. Część chrząstkowa powieki górnej przepuszcza 6% promieni. Okulary przezskadzają w przechodzeniu do gałki ocznej tylko promieniami pozaczzerwonymi długofalowym. Promieniami pozaczzerwonymi nie można wywołać zwężenia źrenicy. Źródło światła tem więcej wysyła promieni pozaczzerwonych, przechodzących przez gałkę oczną, im bardziej jest ogrzana.

Przyczynki do anatomii nabytego zwichnięcia soczewki i jego następstw. (Beiträge zur Anatomie der erworbenen Linsenluxation und ihrer Folgen). A. Burk — Kiel.

Autor badał drobnowodowo 10 przypadków zwichnięcia soczewki samoistnego lub urazowego. Przypadek 2-gi autora dowodzi wbrew dotychczasowym pojęciom, że w następstwie zwichnięcia soczewki do przedniej komory niekoniecznie musi być przerwana łączność soczewki z włóknami Zinna. W przypadku tym stwierdził B. pozostałości włókienek na soczewce zwichniętej. W dwóch przypadkach soczewka zwichnięta obrócona była o 180° raz w przedniej komorze (zwichnięcie samoistne), raz w ciątku szklistem (zwichnięcie urazowe). Co do postaci soczewki zwichniętej to anatomicznie bardzo często zauważył autor zaokrąglenie soczewki w okolicy równika, a mianowicie tam, gdzie był zupełny brak włókienek Zinna. Zaokrąglenie to odpowiadałoby często dającej się stwierdzić klinicznie niezborności soczewki zwichniętej. Stosunek włókien Zinna do zwichniętej soczewki może być anatomicznie dwojaki to znaczy albo łączność jest zupełnie zachowana, albo włókna Zinna są przerwane. Najczęstszym następstwem zwichnięcia soczewki jest jaskra następowa — w 2 i 3 przypadku autora jako następstwo rozwinęły się zmiany zanikowe naczyniówki i siatkówki.

O jaskrze. II. Dalsze badania nad patogenezą jaskry hemostatycznej. O działaniu zastawkowem w zatoce żyłnej twardówki jako przyczynie jaskry hemostatycznej. (Über Glaukom. II. Weitere Untersuchungen über die Pathogenese des hämostatischen Glaukoms. Über die Klappwirkung der Sino-

skleralvene als Ursache des hämostatischen Glaukoms). C. F. Heerfordt — Kopenhaga.

W pierwszej części swojej pracy o jaskrze (Graefe's Arch. f. Ophth. LXXVIII. 3) postawił autor teoryę, że jaskra hemostazyjna (zapalna) w ten sposób powstawaćby mogła, że na ścianach *sinus corticosi* mogłyby powstawać zmarszczki albo zagięcia, któreby musiały utrudniać krążenie krwi żyłnej. Następnie zwrócił autor uwagę, że takie utrudnienie krążenia z następowem podniesieniem ciśnienia śródocznego musi pociągnąć za sobą zaciśnięcie światła najbardziej ku wewnątrz położonego odcinka kanału twar-dówkowego. Teorya ta opierała się na badaniu mikroskopowem trzech gałek ocznych z jaskrą, gdzie rzeczywiście autor znalazł zmiany, odpowiadające zupełnie jego teoretycznym rozważaniom. Obecna praca przynosi badanie mikroskopowe jeszcze jednej gałki ocznej z jaskrą. Badanie to jest dalszem potwierdzeniem teoryi H.

III. ROZMAITOŚCI.

I. Zjazd higienistów polskich odbędzie się we Lwowie od 20-go do 24-go lipca 1913 roku. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu Dr Bronisław Kaczorowski, Lwów, Chrażczyzna 22.

XII. międzynarodowy kongres okulistyczny odbędzie się w roku 1914 w Petersburgu od 10-go do 15-go sierpnia.

Centralne biuro Komitetu organizującego znajduje się w Klinice okulistycznej prof. Bellarminoffa, Mochowaja 38.

Zamiast Komitetów narodowych mianowano dla poszczególnych państw członków-korespondentów Komitetu organizującego.

Dla Austro-Węgier: są nimi panowie: prof. Fuchs w Wiedniu, Elschmig w Pradze, Grosz w Budapeszcie, Wieberkiewicz w Krakowie.

Dla Niemiec: Axenfeld we Fryburgu, Hess w Monachium, Hirschberg w Berlinie, Kuhnt w Bonn, Leber w Heidelbergu, Uthhoff we Wrocławiu.

Reprezentantów-korespondentów ma nadto: Dania, Holandya, Norwegia, Szwecya, Szwajcarya nawet Japonia, a nie znajdujemy

dotyczące żadnych wymienionych w orędziu z grudnia r. z., dla: Francji, Włoch, Anglii, Hiszpanii i Portugalii.

Wedle uchwały, przyjętej na ostatnim kongresie w Neapolu, dwa tematy ogólne, a mianowicie:

1. Etiologia trachomy.

2. Odżywianie oka, do dyskusji przeznaczono.

Zgłoszenia przyjmuje do dn. 1-go lutego 1914 r. jeneralny sekretarz Dr T. Germann.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr L. Blaskowicz w Budapeszcie mian. nadzw. prof.

Dr O. Pes w Cagliari mian. nadzw. prof. w Modenie.

Dr R. Pardo habilitował się w Modenie.

Prof. Fuchs w Wiedniu i Prof. Gullstrand w Upsali mianowani doktorami honorowymi wydz. lek. w Dublinie z okazji 200-letniego jubileuszu tegoż wydziału.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Lyon R. Graddy, em. prof. okulistyki, zmarł w Tennessee-Nashville.

KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej