

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁLABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO. DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO W LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. FULTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

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

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska l. 11. — Administracya i ekspedycya: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Zgoda l. 4; także przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 12 kor. — W Niemczech 12 mrk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Francyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1'20 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń

- 2 · ROCZNIK ÓSMY · - 3 -

1906.



KRAKÓW.

OZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1906.

Spis pp. referentów i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

- Dr Bałłaban, Archiv für Augenheilkunde.
 Doc. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique. Nowiny lekarskie, Tygodnik lekarski, Pamiętnik Tow. lekarskiego, Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.
 Doc. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
 Dr Ebersson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aertzliche Zentralzeitung i Przegląd lekarski.
 Dr Garliński z Łodzi, Wiestnik Oftalmologii.
 Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militairarzt«.
 Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
 Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
 Doc. Dr Majewski, Archives, Annales d'oculistique, Revue generale d'Ophthalmologie.
 Dr Matuszewicz, Wracz, Bulletin de la société d'oft. belge.
 Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
 Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports.
 Doc. Dr Szulistański, czasopisma higieniczne, Vierteljahrsschrift für ger. Medicin. Münchener Med. Wschrift.
 Prof. Wicherkiewicz, Ophthalmology (Milwaukee), L'ophthalmologie provinciale, (Angers) la clinica oculistica (Palermo).
 Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego zreferowania i podanie odnośnych czasopism.

Redakcyja.

TREŚĆ.

| | Str. |
|--|------|
| I. Prace oryginalne. | |
| Mięsak śródoczny. Dr Teodor Bałłaban | 1 |
| II. Streszczenia. | |
| Niedomoga konwergencji. L. Landolt | 22 |
| Zwyrodnienie szklisto limfomatyczne spojówki gałki, wyleczenie promieniami X. Uwagi o niektórych rzekomych nowotworach spojówki. Van Duyse | 23 |
| Ulepszenie protezy ocznej przez wszczepienie oka króliczego. Lagrange | 25 |
| O obrazie klinicznym i anatomicznym przypadku — prawdopodobnie — wągra zwapniałego oczodołu. Paschef | 26 |
| O schorzeniu mięsaka ocznego. Dr Emil Bock | 27 |
| Przypadek jaskry tuberkulicznej. Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg | 28 |
| Do rozpoznania mięsaka naczyńki. Prof. J. Hirschberg | 29 |
| Skutek operacyjnego zabiegu przy zezie, po 32 latach spostrzegany. Prof. J. Hirschberg | 30 |
| O rozwoju siły akomodacyjnej ludzkiej soczewki. Treacher Collins | 31 |
| Dwa przypadki szklanego zwyrodnienia chrząstki i spojówki. H. Herbert | 33 |
| Przypadek glejaka siatkówki w gałce zanikłej. Herbert | 33 |
| Przypadek guza gruczłowego siatkówki. Ilbert Hancock | 34 |
| Guz wychodzący z pochwy zewnętrznej nerwu ocznego. Włókniakowatość nerwu. S. Mayon | 34 |
| Budowa błony Brucha i jej udział w tworzeniu się wyrosła koloidowych. George Coats | 35 |
| III. Sprawy osobowe | 36 |
| IV. Kronika żałobna | 36 |

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK VIII.—1906.

KRAKÓW.

W DZIAŁANIACH DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1906.

BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS.

100,100.
II

BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS

**Okuliści polscy ¹⁾
według obliczenia z r. 1906.**

- | | |
|---|--|
| <p>*Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wa- łowa, l. 7.</p> <p>Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac WW. Świętych, l. 11.</p> <p>*Dr Bednarski Adam, docent okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Aka- demicka, l. 5.</p> <p>*Dr T. Berezowski, asyst. c. k. kli- niki okul., Kraków.</p> <p>Dr Bernhardt Józef. Wilno.</p> <p>*Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).</p> <p>Dr Bieniecki. Kalisz.</p> <p>Dr Borowski. Wilno.</p> <p>*Dr Brudnicki. Bieżno (Kr. Polskie).</p> <p>*Dr Brudzewski Karol. Kraków, Flo- ryańska, l. 38.</p> <p>*Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna, d. Reform. kolegium.</p> <p>Dr Burzyński Alfred, we Lwowie.</p> <p>Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa, Długa, l. 18.</p> <p>*Dr Cichański Al. Przemyśl.</p> <p>Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpato- rya (Rosya).</p> <p>*Dr Cywiński Maryan. Mohylew Białoruski.</p> <p>*Dr Dąbrowski. Grodno.</p> <p>Dr Daszewski. Kielce.</p> <p>*Dr Dawidson. Warszawa.</p> <p>Dr Dembowski. Razdzielnaja.</p> <p>Dr Demidowicz Bronisław. Maryan, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłazmą.</p> | <p>Dr Dobrzański Aleks. Warszawa Złota, l. 14.</p> <p>Dr Dybuś-Jaworski. Lwów.</p> <p>Dr Działowski Alfred. Toruń.</p> <p>Dr Ebersson Maur. Tarnów.</p> <p>*Dr Elkner Maryan Aleks. Kamie- niec Podolski.</p> <p>*Dr Ettinger Jakób. Warszawa.</p> <p>Dr Feinstein Leon. Warszawa, Kar- melicka, l. 3.</p> <p>Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Sta- rowiślna, l. 45.</p> <p>Dr Fukała Winc. Wiedeń.</p> <p>Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl. Hausmann, l. 103.</p> <p>*Dr Garliński Władysław M. Łódź.</p> <p>*Dr Geisler Piotr. Jarosław.</p> <p>*Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz. lek. oftalm. Instytutu. Warszawa, Krakowskie Przedm., l. 65.</p> <p>Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, Al. Jerozolimskie, l. 25.</p> <p>*Dr Gidlewski. Lwów.</p> <p>Dr Gedrojc Juraga Witold. Aleksan- dropol.</p> <p>Dr Gilus Wincenty, lek. oft. leczni- cy im. Wołodzkich w Moskwie.</p> <p>*Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.</p> <p>Dr Górecki A. Paryż.</p> <p>Dr Górecki Ludwik. Paryż. Rue de Trevise, l. 21.</p> <p>Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.</p> |
|---|--|

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapi-
sanego w administracji P. O.

Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyńskijski-środek.

*Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.

*Dr Halicki Stan. Kościeniewice, p. Wilejski.

Dr Hertyk. Maryampol.

Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.

Dr Hoene Jan. Kijów.

Dr H. I. Zygmunt. Warszawa.

Dr Hulenicki Władysław, Sioło Uspeńskie, Sławianoserbsk, Ekst. g.

*Dr Hulewicz. Bytom.

*Dr Huszczo Józef. Białystok.

Dr Idzikowski Józef. Łódź.

Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensylwania (Ameryka).

Dr Januskiewicz Michał. Warszawa, Ciepła, l. 4.

*Dr Kaczkowski. Warszawa, Chłodna, l. 22.

*Dr Kaczkowski St., ordynaror klin. uniwers. Warszawa, Bracka, l. 20.

*Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 7.

Dr Kapuściński Bol. Poznań.

*Dr K Karnicki. Petersburg.

Dr Kępiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.

Dr Kiecki Tytus. Lwów, ul. Kopernika, l. 3.

*Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.

Dr Kozłowski Michał Kazimierz, naczelny lekarz oftalm. szpitala Popowych, Kijów.

Dr Krajski Wacław Adolf. M. Ataki (pow. Sorokskiego). Besarabia.

Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa, Nowo-Senatorska, l. 6.

*Dr Krzymuski. Tomsk.

Dr Kreutz. Stanisławów.

*Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski, Siedlce (Król. Polskie).

*Dr Lachowicz Stefan. Kowno.

*Dr Langie Adam. Kraków, Garbarska, l. 5,

*Dr Lenkiewicz Ipohorski. Bobrujsk.

Dr Lewandowski Czesław Mikołaj, wolno-prakt. Odessa.

*Dr Lewicki Stefan. Odessa.

Dr Liebermann. Kraków, Floryańska, l. 20.

Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwada, l. 12.

Dr Łasiński Ignacy. Radca zdrowia. Wrocław.

*Dr Łuniewski Stefan, b. II asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.

*Dr Maciesza Aleksander. Płock.

*Dr Machek Emanuel, Prof. okulist. Uniw. Fr. I we Lwowie, Akademicka, l. 11.

*Dr Majewski Kazimierz W., docent okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Szczepańska, l. 11.

Dr Majkowski. Drzewica.

Dr Marcisiewicz Feliks, Kraków, ul. Wiślna, l. 10.

*Dr Marczewski Józef. Częstochowa.

Dr Markiewicz D. Przemysłany.

Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. Andrzeja, l. 5.

Dr Matuszewicz, pryw. asystent prof. Wicherkiewicz.

*Dr Michalski. Łódź.

Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.

Dr Niegolewski Felicyan. Poznań, Pl. Królewski, l. 6.

*Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk (Dynaburg).

Dr Nowicki. Disna.

*Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.

Dr Płachecki Jan. Końskie.

Dr Popławska Stan. Warszawa.

*Dr Przybylski Jan. Odessa.

*Dr Radzwicki. Smoleńsk.

Dr Rakowicz. Drezno.

Dr Ratul L. Paryż, Boulevard Barbès, l. 57.

*Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagiellonska, l. 17.

*Dr Reyro Mieczysław. Lublin.

Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.

Dr Rotbert. Warszawa, Nowy-Świat, l. 7.

*Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.

*Dr Rymsza Wacław. Hurykowa, pow. Klecki.

Dr Sawicz Witold., ordyn. szpital. wojsk. w Moskwie.

Dr Stasiński Jan. Poznań.

*Dr Strzeмиński Ignacy. Wilno, Trocka.

Dr Świda Ignacy. Mińsk.

*Dr Szczepaniak Antoni. Radom.

*Dr Szulisławski Adam, docent oku-
listyki Uniw. lwowskiego. Lwów,
ul. Jagiellońska, l. 8.

*Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.

*Dr Talko Włodz. Lublin.

Dr Tomaszewski. Smigiel.

Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci
Miłosierdzia.

*Dr Uziembło. Saratów.

*Dr Weisberg. Łódź.

*Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań,
St. Marcin, l. 6.

Dr Wicherkiewicz Bolesław, c. k.
Radca Dworu; Prof. Uniwersy-
tetu Jagiellońskiego. Kraków, ul.
Wolska, l. 15.

Dr Winawer Adolf. Warszawa, Ele-
ktoralna, l. 4.

*Dr Witaliński Wincenty, I asystent
kliniki okulistycznej w Krakowie.

Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.

Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i oku-
lista portu w Petersburgu.

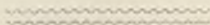
*Dr Zagórski Ad. Rzeszów.

*Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.

Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa,
Marszałkowska, l. 140.

Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska,
l. 21.

Dr Zazuliński. Winnica.



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZŁE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA HABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISZAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

ROCZNIK ÓSMY

1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Mięsak śródoczny*).

Podał

Dr. TEODOR BAŁŁABAN

radca cesarski.

(Z 5-ma rysunkami histologicznymi).

Na podstawie bogatej kazuistyki, jak również i prac zbiorowych posiadamy obecnie dokładną znajomość patologii mięsaka śródocznego. To też przez nabyte w tym kierunku doświadczenie podzielono przebieg chorobowy tego cierpienia na poszczególne okresy, które po sobie kolejno występują, w pewnym ściśle oznaczonym porządku, ba nawet często w ściśle oznaczonym po sobie czasie. Poniżej wspomnę o tem jeszcze dokładniej (str. 10), a na tem miejscu chcę na razie tylko zaznaczyć, że wedle podziału Fuchsa, rozróżniamy 3 okresy w rozwoju mięsaka śródocznego. A mianowicie: I. Okres wzrostu nowotworu, II. Okres wtórorzędnej ja-

*) Praca niniejsza jest równocześnie ogłoszoną w *Graefego Archiv für Ophthalmologie*. Band LXIII pag. 69—84.

skry—lub rzadki okres zapalenia ciała rzęskowego, III. Okres perforacyi.

Obok jednak takich przypadków, które wykazują przebieg uważany przez nas za prawidłowy, znajdujemy w literaturze także i takie nie liczne przypadki, które pod względem powstania i przebiegu mięsaka śródocznego zachowują się zupełnie odmiennie.

Ponieważ miałem sposobność spostrzegać podobny, a w swym rozwoju niezwykley przypadek tego nowotworu, więc postanowiłem ogłosić dokładniej wyniki mych własnych w tym kierunku spostrzeżeń.

Przyp. I. W jesieni r. 1900 zostałem wezwany do lwowskiego domu karnego dla kobiet, celem zbadania 29 letniej kobiety. Żaliła się, że od pewnego czasu pogorszył się jej wzrok oka lewego. Równocześnie zauważyła, że od niedawna powstał na zewnętrznej stronie lewej gałki ocznej mały guz, który zwolna się zwiększał, nie sprowadzając jednak żadnej bolesności.

Przeprowadzone wówczas przezemnie badanie wykazało w istocie na lewej gałce ocznej niebieskawo-czarny nowotwór, który poczynając się w odległości kilku milimetrów od brzegu rogówki, rozprzestrzeniał się na zewnętrzną część twardówki. Nowotwór ten był silnie przyrośniętym do podstawy na której był umiejscowionym. Powierzchnia jego była gładką i całkowicie przykrytą spojówką, dającą się wszędzie w całości przesunąć. Z zewnętrznego tego wyglądu musiałem nowotwór ten uważać za czarny mięsak (*Melanosarcoma*).

Badanie wziernikiem wykazało ostro odgraniczone oderwanie siatkówki i to w miejscu odpowiadającym umiejscowieniu nowotworu. Tylny brzeg oderwanej siatkówki nie sięgał jednak aż do żółtej plamki. Napięcie gałki ocznej było prawidłowe. V. c. oc. sin. = $\frac{5}{15}$.

Mało inteligentna chora nie umiała dać żadnych bliższych wyjaśnień, co do czasu i sposobu powstania tego nowotworu, a na uczynioną jej przezemnie propozycję wyłuszczenia tej gałki ocznej, nie chciała się w żaden sposób zgodzić.

W lutym roku następnego (1901) miałem sposobność badać chorą ponownie. Spostrzegłem wówczas, że w ubiegłych kilku miesiącach powiększył się opisany powyżej nowotwór bardzo znacznie, a okoliczność ta, jak również i bardzo znaczne upośledzenie bystrości wzroku, ograniczające się do liczenia palców w najbliższej odległości przed okiem, skłoniły wreszcie chorą do poddania się wyłuszczeniu gałki, którą też operację natychmiast wykonałem.

Tuż przed samą operacją stwierdziłem następujące zmiany.

Szpara powiekowa oka lewego była bardzo znacznie zwężoną, i to w skutek bardzo znacznego zwieszania się górnej powieki. Najwęższą była ona jednak w zewnętrznej połowie, gdzie szerokość jej dochodziła zaledwie 1-go milimetra. Ku połowie wewnętrznej stawała się szpara powiekowa coraz szerszą, w ogólności jednak nie miała ona nigdzie nawet połowę prawidłowej szerokości prawej szpary powiekowej. Skóra górnej powieki była silnie napiętą i niebieskawo przeświecającą, pod nią zaś przeświecały bardzo wyraźnie żyły. Przy poruszeniach okiem, były ruchy schorzałej gałki ocznej do tego stopnia upośledzone, że przy patrzeniu się w prostym kierunku — przed siebie — gałki prawej, gałka lewa pozostawała zwróconą ku środkowi, a odchylenie jej mierzone w przybliżeniu na rogówce wynosiło 5—6 mm.

Przy odchyleniu górnej powieki ku górze, uwydatniał się różowawy, miejscami zaś brunatny lub niebieskawo-białawy nowotwór, który wypełniał całą zewnętrzną połowę szpary powiekowej. Powierzchnia nowotworu była gładką i pokrytą licznymi naczyniami. Przy możliwie najsilniejszym rozwarciu szpary powiekowej było widocznem, że obok tego nowotworu, mającego wielkość orzecha włoskiego, znajdowały się pojedyncze małe guzowate wzniesienia, które umiejscowione pod dolnym i górnym załamkiem spojówkowym wysuwały się w okolicy zewnętrznego brzegu powiekowego ku przodowi.

Przy ucisku był nowotwór ten dość sprężystym i dawał się palcem wyczuć jeszcze głęboko pod oczodołem aż w okolicę gruczołu łzowego. O ile badanie mogło wykazać, nie zdawał

się nowotwór ten stać w żadnym związku z kostnem swem otoczeniem, natomiast był silnie przyrośłym do gałki ocznej. Spojówka pokrywająca nowotwór dawała się po nad nim z łatwością przesunąć, a była ona w pobliżu brzegu rogówkowego mocno obrzękłą. Żrenica oddziaływała na światło nieco leniwiej. Rogówka była prawidłowo przejrzystą a również i przednia komora prawidłowo głęboką. Tęczówka nie wykazywała żadnych zmian.

Wziernikiem uwydatniał się pod dolną zewnętrzną częścią siatkówki okrągły biało-szarawy nowotwór, który począwszy się na zewnątrz obwodowej części wziernikowego pola widzenia, zajmował szerokość prawie całego jednego kwadrantu siatkówki, a zwężał się zwolna w kierunku żrenicy. Wskutek tego przybierał nowotwór ten, przy oglądaniu go od przodu, postać stożka ściętego, którego podstawa znajdowała się w okolicy ciętka rzęskowego, ścięty zaś jego koniec sięgał do tarczy wzrokowej. Brzegi tego stożka przechodziły ku górze i ku dołowi ostro w płasko oderwaną siatkówkę. Pod tym stożkiem wychylały się silnie pocięte naczynia siatkówki, przy czem odnosiło się wrażenie, jak gdyby naczynia te wychodziły gdzieś z głębi i rozprzestrzeniały się następnie na powierzchni nowotworu. O ile dało się wziernikiem widzieć oderwaną ku górze i ku dołowi siatkówkę, były znajdujące się na niej naczynia bardzo ścięte i to szczególnie tętnice. Tkanka przylegającej jeszcze po większej części siatkówki była w całości zmętniała, znajdujące się zaś na niej żyły, były bardzo znacznie pocięte i miejscami w przebiegu jak gdyby poprzerywane. Tarcza wzrokowa była czerwono zmętniałą i obrzękłą. Zmiany te nie dały się jednak całkiem dokładnie stwierdzić, gdyż przylegająca do niej siatkówka była na zewnątrz płasko oderwaną. Przy ruchach gałki ocznej było bardzo charakterystycznym, że oderwana siatkówka wcale się nie poruszała.

Przy wyłuszczeniu nowotworu wraz z gałką oczną pokazało się, że nowotwór wrósł także częściowo w mięśnie oczne. Odgraniczał się on jednak od tworów jamy oczodołowej wszędzie tak ostro, jak gdyby był otoczonym torebką,

tak że gładkie wyłuszczenie jego nie natrafiło na żadną przeszkodę. Przy wyłuszczeniu gałki ocznej wystąpiło silne krwawienie z licznych i rozszerzonych naczyń.

Gałka wyjęta wraz z nowotworem została utrwaloną w 10% roztworze formaliny, przyczem nieco zakłęśła.

Badanie makroskopowe.

Nowotwór, który pokrywa zewnętrzną połowę gałki ocznej, poczyna się o jakie 8 mm od brzegu rogówki, zaś tylnym swym brzegiem sięga aż do nerwu wzrokowego. W dotyku jest twardawym i wszędzie zupełnie gładkim, zaś na jego powierzchni znajdują się liczne drugorzędne wzniesienia, które nadają mu wygląd pagórkowaty.

Po całkowitem stwardnieniu w wysokoku, odciąłem część górną i dolną gałki ocznej, a resztę jej wraz z nowotworem zatopiłem w celoidynie. Następnie z części środkowej robiłem mikrotomem skrawki porządkowe (*Serienschnitte*), przyczem starałem się o ile możności otrzymywać całkowite przekroje poziome. W końcu sporządziłem jeszcze w tym samym kierunku skrawki z tarczy wzrokowej. Miejsca, w których nowotwór był przeciętym, miały marmurkowaty wygląd, gdyż ciemna w całości istota nowotworu była miejscami poprzerwaną wtłoczonymi w nią wysepkami jasno-żółtawej tkanki. W skrawkach środkowych (patrz fig. 1) jest widocznem, że w naczyniówce znajduje się nowotwór o gęsto zwartej i jasno zabarwionej tkance. Po nad tym nowotworem, który zaledwie jest 1 cm długim i 4 mm grubym nie jest siatkówka nigdzie znacznie oderwaną, a tylko lekko zmarszczoną. W samym środku nowotworu jest twardówka na małej przestrzeni rozdarta, tak że wskutek tego nowotwór stoi w bezpośrednim związku z tą częścią nowotworu, która jest umiejscowioną na zewnętrznej części gałki ocznej. Po za tem przylega siatkówka wszędzie, ciążko szkliste jest prawidłowe a przednia komórka miernie głęboką. Na przestrzeni przedniej połowy ponadgałkowego nowotworu jest twardówka nieco zakłęśła. Z wyjątkiem tylko

małej swej części tworzy ona wszędzie wyraźną granicę pomiędzy śródgałkową a ponadgałkową częścią nowotworu.

Badanie drobnowidowe.

Nowotwór naczyńiówki składa się z pasm komórek wrzecionowatych, które krzyżując się ze sobą w najrozmaitszych kierunkach są miejscami w przebiegu swym poprzerywane przez pasma i ogniska komórek okrągłych. Wskutek tego posiadają odpowiednie skrawki drobnowidowe wygląd marmurkowaty. W tkance tego nowotworu znajdują się bardzo nieliczne naczynia o cienkich ściankach, około których są miejscami nagromadzone silnie zabarwione komórki okrągłe, poprzedzielane tylko gdzieniegdzie bardzo delikatną włóknistą tkanką łączną. Z wyjątkiem powierzchniowej części nowotworu, w których znajduje się kilka większych ognisk komórek barwikowych a w ich najbliższym otoczeniu nieliczne naczynia, jest prawie cały nowotwór pozbawionym barwiku.

Ku przodowi są granice nowotworu bardzo ostre, gdyż nowotwór wciska się tam (na przekroju) w postaci stożka pomiędzy zgrubiałą błonę czarną naczyńiówki (*lamina fusca chorioideae*) a pomiędzy wewnętrzne jej warstwy. Błona ta czarna jest też na dużej przestrzeni bardzo silnie rozwiniętą i przepętnioną barwikiem.

Tkanka naczyńiówki jest w przedniej swej części zupełnie ścięnczałą i zanikłą przez znachodzące się w niej zwarte włókna tkanko-łącznowe, przyczem znajdują się w niej tylko nieliczne naczynia. Natomiast ku tyłowi — w kierunku do nerwu wzrokowego — są granice nowotworu tylko bardzo niewyraźnie zarysowane. W tem też miejscu jest naczyńiówka, w której znajdują się bardzo silnie krwią wypełnione naczynia (przeważnie żyły), znacznie pomarszczoną i prawie pod prostym kątem oderwaną (patrz fig. 2). Ta część naczyńiówki, która się znajduje pomiędzy nowotworem a nerwem wzrokowym jest tkanko-łącznowo-zwyrodniałą i posiada dość liczne naczynia o zgrubiałych ścianach. Warstwy wewnętrzne naczyńiówki są aż do nerwu wzrokowego pomar-

szczone. Również i odpowiednia część twardówki jest pomarszczoną. Przybłonek barwikowy jest na całej przestrzeni nowotworu naczyńówki nieprawidłowy, a składa się on ze zmienionych komórek, które są miejscami wielowarstwowe, przy czem przechodzi on ze wszech stron wspólnie ze sprężystą błoną naczyńówki (*lamina elastica*) na dużej jeszcze przestrzeni na nowotwór. Prawie wszędzie jednak jest nowotwór przez ciekłą warstwę włóknistej tkanki łącznej lub też przez sprężystą błonę naczyńówki wyraźnie odgraniczony od przybłonka barwikowego.

Siatkówka jest pomiędzy nowotworem a nerwem wzrokowym tylko płasko odczepioną i to przez znajdujące się pod nią zbite złogi białkowate, przyczem posiada ona wygląd, jak gdyby ponad nowotworem była od podstawy swej workowato oderwaną. Przy bliższem jednak rozpoznawaniu staje się to błędne zapatrywanie widocznem i daje się dokładnie rozeznąć, że rozchodzi się tutaj o dziwną jakąś postać tworów torbielowatego siatkówki.

Jeżeli następnie bada się siatkówkę na jednym ze skrawków od przodu ku tyłowi, to widzimy przy tem następujące zmiany. Rąbek zębaty siatkówki jest prawidłowy. Tuż za nim jest siatkówka ścięnczała, i brak jest w niej pręcików i słupków, a względnie jest ich umiejscowienie tylko zaznaczonem przez jednostajnie zabarwione kropłowate twory. Obie warstwy ziarniste zlały się w jedną warstwę, w której znajdują się wrzecionowate komórki. Również brakuje i komórek zwojowych. Wszystkie wewnętrzne warstwy siatkówki są tkanko-łącznowo zgrubiałe i zwyrodniałe i posiadają w sobie czopowate i grzebieniowate wzniesienia tkanko-łącznowej budowy. Włókien nerwowych nie można wykazać. W miejscu powstania nowotworu są wewnętrzne warstwy siatkówki, wskutek bardzo silnego bujania tkanki łącznej zgrubiałe (p. fig. 3), zaś w dalszym jego przebiegu zlały się także obie warstwy ziarniste ze sobą w jedną całość, przyczem są one bardzo zgrubiałe. Jądra zniknęły po większej części a w ich miejscu znajdują się liczne pasma komórek podłużnych i wrzeciono-

watych. W tej to warstwie (obie warstwy ziarniste) uwydatniają się małe i okrągłe kropłowate przestworza (krople tłuszczu?) i to miejscami tylko pojedynczo, miejscami zaś w większych gromadach. Cześciowo zlewają się te twory we większe przetoki (p. fig. 4), przewyższając w ten sposób ilość znajdującą się tutaj tkanki łącznej. Wreszcie widzimy tutaj duże krągłe przestwory, w których środku znajdują się duże białkowate złogi. W okolicy tylnego brzegu nowotworu, gdzie się znajduje wielki utwór torbielowaty, odgranicza się siatkówka ostro, przyczem jest jej zewnętrzna blaszka zdwojoną. Wspomniany utwór torbielowaty jest wypełniony licznymi skrzepłymi masami białkowatymi, w których znajdują się nie liczne częściowo barwikowe komórki, jak również i małe nieprawidłowe kropłowate twory.

W całym otoczeniu nowotworu są czopki i słupki silnie napęczniałe a miejscami rozpadły się one w twory kropłowate. W części jego wewnętrznej przylega siatkówka prawidłowo, a również i naczyniówka jest prawidłowej budowy. Tylko w pobliżu rąbka zębatego siatkówki i to w okolicy poszczególnych naczyń znajduje się nieprawidłowo nagromadzony barwik, podobnie jak to się spostrzegać daje przy barwikowym zwyrodnieniu siatkówki, przyczem przybłonek barwikowy jest wybujały. Tarcza nerwu wzrokowego jest silnie obrzękłą i okazuje zmiany zapalne, podobne do zmian spostrzeganych przy tarczy zastoinowej, powstałej w następstwie nowotworu mózgu. Stosownie do tego jest tarcza wzrokowa guzikowato wyniosłą, a w jej środku znajduje się lejkowate wgłębienie. Jej tkanka zrębowa i tkanka łączna jest znacznie obfitszą i posiada liczne jądra, a tkanka jej przybłonkowa jest na wewnętrznej stronie mocno wybujałą, skąd też wychodzą ku ciałku szklistemu liczne wypustki. W części pozagałkowej nerwu wzrokowego są jądra nie wiele liczniejsze, aniżeli to odpowiada stanowi prawidłowemu. Przednia część gałki ocznej jest prawidłową.

W tęczówce brak jest przyczepin powstałych w następstwie jaskry. Ciało rzęskowe jest prawidłowe. Spojówka jest na brzegu rogówki i to szczególnie w obrębie

nowotworu silnie zgrubiała. Składa się ona z bardzo rozluźnionej, obrzękłej i obfitej w jądra tkanki i z licznych rozszerzonych naczyń. Jej nabłonek jest zgrubiałym, a miejscami wysyła on w głąb czopowate wypustki. Guz nadgałkowy różni się od guza śródgałkowego tylko tem, że w licznych miejscach jest obficie nagromadzony barwik. W niektórych miejscach uległy komórki nowotworu początkowej nekrozie. Naczynia są nie-liczne. Powierzchnia nowotworu jest ograniczoną twardą tkanko-łącznową torebką.

Jeden z mięśni ocznych (*m. rectus lateralis*) wrósł całkowicie w tkankę nowotworu. Zanikłe jego włókna rozpadły się przez wciskające się w nie komórki nowotworu. Twardówka pomiędzy guzem nadgałkowym i śródgałkowym jest po największej części prawidłową, a tylko na małej przestrzeni jest nieco grubsza, rozstrzępioną i wypełnioną ogniskami i pasmami nowotworowemi. Pasma te i ogniska znajdujące się w nie-licznych miejscach twardówki, stanowią bezpośrednie połączenie obu guzów. Odpowiednio temu miejscu widać na skrawkach dużą żyłę, która przebiega twardówkę w kierunku skośnym i zdaje się być wirem żylnym (*vortex*).

Jak to z powyższego opisu wynika rozchodzi się w naszym przypadku o mięsak, ubogi w barwik i po większej części złożony prawie wyłącznie z wrzecionowatych komórek. Najbardziej zajmującą jest przytem ta okoliczność, że w guzie śródgałkowym brak jest ognisk wybitnie nekrotycznych i też miejsc takich, któreby wskazywały na początkowe zaburzenia w odżywieniu składników komórkowych. Z tym stosunkowo nie wielkim guzem śródgałkowym, który nie spowodował powstania jaskry następowej, ani też następowego oderwania siatkówki, pozostaje w bezpośredniej łączności guz nadgałkowy, który pod względem objętości i rozmieszczenia przekracza o wiele guz śródgałkowy, i jest okolonym twardą tkanko-łącznową torebką. Guz ten zewnętrzny posiada w sobie o wiele więcej miejsc barwиковych, jak również

i liczne ogniska początkowego zwyrodnienia. Oba guzy pozostają ze sobą w łączności tylko zapomocą małego mostku, który jak to się zdaje, przesywa twardówkę, wzdłuż jednej żyły wirrowej (*vortex*).

Pod względem więc badania histologicznego nie istnieje pomiędzy obu tymi guzami żadna różnica, z wyjątkiem silniejszego ubarwienia i początkujących zmian nekrotycznych guza zewnętrznego. Bardzo zadziwiającą w tym przypadku jest jednak różnica co do wielkości guza śródgałkowego a zewnętrznego. Jak to bowiem z wywiadów wynika był guz zewnętrzny, w czasie gdy chora zauważyła pierwsze dopiero zaburzenia w widzeniu, już bardzo dużym, a pod względem swej objętości przewyższał również o wiele guz śródgałkowy.

W czasie dalszej obserwacji nie zaszła żadna wybitniejsza różnica co do zmiany w wielkości obu tych guzów, chyba tylko na korzyść zwiększania się objętości guza zewnętrznego. Jeżeli porównamy w naszym przypadku powstanie i rozwój guza, z rozwojem mięsaków śródgałkowych, który zwykliśmy uważać za przebieg typowy, to widzimy że brak nam tutaj pierwszego i drugiego okresu rozwoju. Fuchs*), któremu zawdzięczamy pierwszy w tym kierunku wyczerpujący i zbiorowy opis mięsaka śródgałkowego, ustanowił mianowicie jak wiadomo, cztery okresy w rozwoju tego nowotworu. W pierwszym okresie jest guz jeszcze małym i daje się on rozpoznać tylko wziernikiem, przyczem w miejscu nowotworu jest siatkówka oderwaną. Przy dalszym jego rozwoju, powstaje nagłe wzmożenie się ucisku śródgałkowego — a zatem drugi okres jest nacechowany objawami jaskry. W 3-cim okresie nowotwór wybuja na zewnątrz. Jedyną odmianę tego typowego przebiegu w rozwoju mięsaka śródgałkowego stanowią wedle Fuchsa te przypadki, w których w 2-gim okresie zapalnym nie występują objawy jaskry a natomiast przychodzi do gwałtownych objawów zapalnych tęczówki i ciała rzęskowego.

*) Fuchs. Lehrbuch der Augenheilkunde 1903, p. 417.

Od takiego typowego przebiegu, różni się, jak to już powiedziałem, mój przypadek zasadniczo, a przy dokładnem zebraniu literatury mogłem wynaleźć 6 przypadków, podobnych do mojego, które chcę tutaj pokrótce streścić.

1. E. v. Forster³⁾. Przedstawienie chorego z mięsakiem ciała rzęskowego. Twardówka jest nawskrós poprzerastaną guzami mięsaka. Siatkówka nie jest oderwaną. Gałka została wyłuszczonej i anatomicznie badanej przez Königsbergera. Nowotwór, który powstał w górnej i wewnętrznej części ciała rzęskowego, zawierał dużo barwiku i przerastał twardówkę. Tęczówka była częściowo oderwaną. Siatkówka przylegała wszędzie, jakkolwiek naczyniówka była schorzałą aż do tylnej części gałki ocznej.

2. G. Freudenthal⁴⁾. Przyp. II. Ludwik Grube 62 l. z Getyngi. Pr. oko. Od 4 tygodni zaburzenia w widzeniu. Mięsak naczyniówki w okolicy ciała rzęskowego. Wziernikiem dało się wykazać szczególniejsze zaczerwienie tarczy wzrokowej. Siatkówka była widocznie wszędzie przyległą. W wyłuszczonej gałce ocznej znajdował się na zewnętrznej stronie ostro ograniczony płaski guz. Podobny guz był umiejscowiony także na wewnętrznej stronie twardówki.

3. Panas⁵⁾. 50 l. kobieta ociemniała przed 10 l. wskutek uderzenia w skroń. Na tylnym biegunie gałki ocznej znajdowało się płaskie wzniesienie tuż obok tarczy wzrokowej, która była dokładnie widoczną i zchorzeniu nie podlegała. W przebiegu trzech lat następnych pojawiały się napady jaskry i powstał trzeszcz gałki ocznej. Po wyłuszczeniu gałki ocznej dał się widzieć guz, umiejscowiony w tylnej jej części i przylegający tuż do nerwu wzrokowego. W głębi gałki ocznej znajdował się bardzo cienki i spłaszczony mięsak o wrzecionowatych komórkach. Guz ten był ubogim w naczynia i o dość licznych komórkach barwikowych, a znajdował się on na tylnym biegunie naczyniówki, przylegając do siatkówki i do twardówki. Pozostałe części siatkówki były z wyjątkiem wewnętrznych warstw sąsiadującej z nim siatkówki zupełnie prawidłowe.

4. Heine⁶⁾. Opisuje on pod tytułem: »Ein seltenes Bild des Sarcoms« gałkę oczną, w której mięsak, nie sprowadzając oderwania się siatkówki, rozrósł się bardzo daleko w głąb naczyniówki, a bujając następnie przedziurawił twardówkę. Opis tego przypadku jest b. zbliżonym do mego przypadku I-go.

5. Van Duyse⁷⁾. W okolicy żółtej plamki znajdował się mięsak, który nie mógł być poprzednio rozpoznany wskutek równocześnie istniejącej zaćmy starczej. Guz ten przedostał się do jamy oczodołowej wzdłuż nerwu wzrokowego i wzdłuż tylnych tętnic rzęskowych, a został on rozpoznany dopiero po 3 latach wskutek rychło wzmagającego się trzeszczu. Był on oczkowlatym (*S. alveolare*), przyczem bardzo mała jego część w głębi gałki ocznej była ubarwioną, zaś pozostała jego część, jak również i część jego oczodołowa była bez barwika.

6. A. Groenou w⁸⁾. Franc. H. 28 l. widział dobrze okiem lewym przed 11 tygodniami. Następnie wskutek uderzenia tego oka powstał mały krwotok i równoczesne zmniejszenie się bystrości wzroku. Następnie dały się spostrzegać na górnym i dolnym brzegu rogówki małe guzki. Badanie anatomiczne. Wewnątrz gałki ocznej nie widać właściwie żadnego guza. Ciało rzęskowe jest powiększone, a w miejscu zchowania znajdują się w jego tkance komórki nowotworu. Siatkówka jest wszędzie całkiem przyległą. Tarcza wzrokowa jest wyżłobioną. Jeden z zewnętrznych guzków znajduje się na twardówce tuż po nad guzem ciała rzęskowego, drugi natomiast na górnym wewnętrznym brzegu rogówki. Przytem nie daje się wykazać z całą stanowczością łączność pomiędzy guzem śródgałkowym a obu guzami wewnętrznymi. Na przekrojach widać pozostałość pasm tkankolącznowych, które rozprzestrzeniając się ukośnie w twardówce przeciągają od guza śródocznego do guza zewnętrznego i to wzdłuż ściany jednego z przednich naczyń rzęskowych. Na różnych skrawkach drobnowidowych dała się wykazać łączność pomiędzy oboma tymi guzami. Nie można było jednak w pa-

smach tych wykazać napewno bezbarwnych przybłonkowych komórek nowotworu.

Autor jest zdania, że komórki nowotworu wrastały prawdopodobnie na zewnątrz wzdłuż jednego z przednich naczyń rzęskowych i w ten sposób wytworzyły one ów guz zewnętrzny.

W łączności z opisaniami właśnie co przypadkami, pozwolę sobie opisać jeszcze jeden przypadek, który pod wielu względami do nich podobny. opracowałem jeszcze w r. 1892 na klinice w Gracu.

Sch. Jan 59 l. mężczyzna zgłosił się na klinikę z powodu niebiesko-czarnego guza, umiejscowionego na oku lewym. Gałka ta była od lat wielu zanikłą wskutek urazu, nie sprawiając jednak pacjentowi żadnych dolegliwości.

Ponieważ chory był mało inteligentnym, więc nie zauważył on początku powstania guza a zwrócił na to uwagę dopiero przed kilku tygodniami, gdy guz się gwałtownie powiększał.

Stan obecny. Górna powieka oka lewego wystaje lekko ku przodowi, podczas gdy powieka dolna tego oka jest zakłętą. Szpara powiekowa jest bardzo mało rozwartą. Przy podniesieniu górnej powieki ku górze wysuwa się czarno-niebieskawy miękki i ciastowaty w dotyku guz, umiejscowiony na górnej połowie zanikłej gałki ocznej. Guz ten silnie przyrosły do gałki ocznej, jest w całości pokryty spojówką. Ku tyłowi rozprzestrzenia się on bardzo daleko, po obu zaś stronach sięga prawie do poziomego południka gałki ocznej i przykrywa w rodzaju czapki zanikłą rogówkę.

Wyjęta gałka oczna została utrwaloną w płynie Müllera i następnie badaną drobnowidowo.

Wygląd anatomiczny przekroju pionowego gałki ocznej był następujący: (p. fig. 5).

Gałka oczna była od góry ku dołowi silnie spłaszczoną. Przekrój gałki od tyłu ku przodowi wynosił 16 mm, przekrój pionowy równikowy 12 mm. Twardówka była w przedniej swej części nadmiernie fałdzistą, o dość prawidłowej grubości, w tylnej natomiast znacznie zgrubiała. Skureczona i zwapniała

soczewka wypadła z przekroju. Nowotwór przylegał szczelnie do górnej powłoki gałki ocznej, która była również bardzo zmarszczoną, przyczem był on we wszystkich przekrojach znacznie większym od zanikłej gałki ocznej.

Podczas gdy wygląd zawartości zanikłej tej gałki nie różnił się w niczem od wyglądu każdej innej oddawna zanikłej niezapalnej gałki ocznej, uwydatniał się w górnej jej połowie, ciemno zabarwiony guz o budowie płatowej i składający się, jak to się zdawało, z większej ilości mniejszych guzków. Śródoczny ten guz pozostawał w łączności z guzem nadgałkowym, jego budowa histologiczna była jednak od niego różną. A mianowicie guz nadgałkowy był mięsakiem po większej części o komórkach czysto wrzecionowatych, poprzedzielanych większemi wysepkami i pasmami komórek barwikowych, przyczem tylko przednie części guza były rozmiękłe i zwyrodniałe. Natomiast guzki śródgałkowe przedstawiały cechy t. zw. *melanosarcoma* i składały się z bardzo zwartych ze sobą, silnie ubarwionych, po większej części okrągławych komórek, w których znajdowały się liczne wysepki nekrotyczne. Jądra, z wyjątkiem na nielicznych miejscach, barwiły się niedokładnie, gdyż prawie cała zawartość nowotworu rozpadła się na barwikowe cząstki i odłamki. Podczas gdy przednie i tylne części nadgałkowego nowotworu odgraniczają się bardzo niedokładnie od otoczenia, to w częściach środkowych brak jest zupełny odgraniczenia guza od twardówki, przyczem pasma i wysepki mięsaka wciskają się w głąb twardówki, łącząc się w ten sposób z guzem śródgałkowym.

Guz nadgałkowy posiada dość liczne naczynia i szczególnie szerokie żyły, natomiast guzki śródgałkowe jak również i tkanka łączna są w naczynia bardzo ubogie. Tarcza wzrokowa była głęboko glaukomatycznie wyźłobioną. Od jej podstawy wznosi się zupełnie zwyrodniała oderwana siatkówka, która rozprzestrzeniając się ku przodowi, przechodzi w stwardniałą tkankę łączną, okalającą z tyłu soczewkę. Zanikły nerw wzrokowy był cieńszym, jego glej (*glia*) i tkanka

łączna były wybujale, a to samo tyczyło się i pochewek nerwowych.

W przypadku tym rozchodzi się, o małe śródgałkowe guzki mięsaka, znajdujące się w gałce ocznej, oddawna zanikłej. Guzki te pozostają w bezpośrednim związku z nadgałkowym guzem, który był o wiele większym. Już z samego zachowania się tych guzów da się z łatwością określić, który z nich był pierwotnym. A mianowicie, ponieważ guzki śródgałkowe są prawie bez wyjątku nekrotyczne, podczas gdy guz zewnętrzny nie wykazuje nigdzie podobnych zmian, musimy przyjąć, że pierwotnym był nowotwór śródgałkowy, guz zaś zewnętrzny wybujał następnie z guza śródgałkowego.

Również łatwo da się wytłumaczyć z wyniku badania histologicznego, dla czego tkanka mięsaka nie rozprzestrzeniła się w małej, zanikłej gałce ocznej, ale względnie rychło przerosła jej osłony i w ten sposób spowodowała bujanie mięsaka na zewnątrz. A mianowicie podłoże, na którym powstał pierwotny nowotwór śródgałkowy było możliwie niekorzystnem dla dalszego jego rozwoju. Bardzo bowiem stwardniała i nie zwykle mało unaczyniona tkanka łączna, okalająca nowotwór, spowodowała zanik gałki ocznej, tworząc w ten sposób dużą przeszkodę dla rozwoju nowotworu. Równocześnie wskutek złego i niedostatecznego przypływu krwi wytworzyło się nie należyte odżywienie i nekroza tkanki nowotworu.

Sprawą powstawania mięsaka w gałce zanikłej, jako też zanikiem gałki ocznej wskutek mięsaka nie chcę się tutaj zresztą bliżej zajmować, gdyż rzecz ta była w ostatnich latach wyczerpująco omawianą w pracach Lebera⁹⁾, Evetzkyego¹⁰⁾ i Reisa¹¹⁾.

We wszystkich opisanych tutaj przypadkach — z wyjątkiem mego przypadku drugiego, który ze względu na istniejący zanik gałki ocznej. możemy tylko częściowo brać pod rozwagę — znajdujemy bardzo wczesne pojawienie się nowotworu nadgałkowego t. z. wedle utartego zapatrywania nie zwykle wczesne przedostanie się nowotworu śródgałkowego na zewnątrz. Przeżarcie to na zewnątrz następuje już w tak

wczesnym okresie rozwoju mięsaka, że chory może jeszcze zupełnie nie mieć świadomości o istnieniu nowotworu wewnątrz gałki ocznej. Przytem brak jest jeszcze wtórorzędnych zmian, występujących zwykle już bardzo wcześnie a mianowicie oderwania siatkówki i jaskry następowej.

Ta okoliczność jest dla nas bezsprzecznie o wiele ważniejszą, aniżeli stosunek względny co do wielkości nowotworu śródgałkowego i nadgałkowego. Przyczyny stosunkowo o wiele powolniejszego wzrastania nowotworu śródgałkowego należy po największej części w tem szukać, że wskutek zatkania naczyń krew doprowadzających przez sam nowotwór i wskutek zarośnięcia wypustów (*emissarium*) przychodzi zawsze w nowotworze śródgałkowym do znacznych zaburzeń w odżywieniu, które z czasem sprowadzają nekrozę tkanki nowotworu, a w każdym razie stają się powodem powolniejszego bujania tkanki nowotworu. Zupełnie zaś inaczej ma się rzecz z guzem nadgałkowym, w którym dopływ i odpływ krwi odbywa się zawsze bez przeszkód.

To też widzimy i w moim drugim przypadku, że guz śródgałkowy uległ prawie całkowicie nekrozie. Z tej też przyczyny przypadek ten nie posiada dla nas pod względem dalszych wniosków tego znaczenia, jakie ma mój przypadek pierwszy, podobny do przypadków opisanych w literaturze. Pomimo braku w nim jakichkolwiek objawów zmian wstecznych, widzimy że guz śródgałkowy, który dał się spostrzegać dopiero wówczas, gdy guz pozagałkowy dosięgnął znacznej wielkości, pozostał aż do czasu wyłuszczenia gałki ocznej, nierównomiernie małym. Ten pewnik skłania nas koniecznie do przypuszczenia, że już w bardzo wczesnym okresie powstawania nowotworu w naszych przypadkach, działać muszą pewne czynniki, które sprowadzają niezwykle to zachowanie się w rozwoju guza. Sądzę, że czynników tych szukać należy li tylko w umiejscowieniu guza pierwotnego. Nie zdaje mi się jednak być przytem możliwym, aby ognisko powstania guza, znajdowało się pierwotnie

po nad twardówką — episkleralnie — i aby w ten sposób guz rozwijając się pozagałkowo, przerastał równocześnie twardówkę ku wnętrzu, wzdłuż jednego z wypustów i w ten sposób wytwarzał guz środkowy. Przeciwno takiemu przypuszczeniu przemawia przede wszystkim doświadczenie. Wiemy bowiem, że wzrostowi wszystkich rodzajów nowotworów śródgałkowych, szczególnie zaś zwiększaniu się mięsaków i nadgałkowych raków, stawia twardówka i twarda pochewka nerwu wzrokowego dużą zaporę.

Dla tego też sędzę, że w przypadkach tych powstaje guz śródgałkowy samoistnie w twardówce, t. z. w tkance jej barwikowej, okalającej wypusty.

W ten też tylko sposób da się zrozumieć równoczesne pojawienie się guza śródgałkowego i guza nadgałkowego. Uwzględniając przytem także wspomniane powyżej różnorakie warunki rozwoju obu guzów od początku ich powstania możemy następnie zrozumieć wielką różnicę w gwałtownym wzroście guza zewnętrznego na niekorzyść guza śródgałkowego, a w innych znowu przypadkach możemy zrozumieć, dlaczego guz śródgałkowy uwydatnia się często dopiero wówczas, gdy guz zewnętrzny wzrósł już bardzo znacznie.

Gdybyśmy się zgodzić nie chcieli na takie umiejscowienie guza pierwotnego, to nie pozostaje nam nic innego jak przyjąć, że miejsce powstania nowotworu znajduje się w powierzchniowych warstwach naczyniówki. (*Lamina fusca*). Powodu zaś niezwykłego przebiegu w rozwoju guza należałoby wówczas szukać w tej okoliczności, że ognisko powstania takiego guza znajduje się tuż przy jednym z wypustów, co by nam tłumaczyć mogło także szybki przerost guza przez twardówkę i to właśnie wzdłuż tego wypustu. Zdaje mi się jednak, że tego rodzaju tłumaczenie jest o wiele więcej wymuszonym, aniżeli moje powyższe przypuszczenie.

W każdym razie byłoby do życzenia, aby w przyszłości badano dokładnie podobne przypadki i aby przytem szczególnie zwracano uwagę na sposób połączenia guza zewnętrznego z guzem śródgałkowym. W ten sposób powiodłoby się może znaleźć jakieś lepsze podstawy dla wytłumaczenia przyjętego przezemnie sposobu umiejscowienia guza pierwotnego.

Opisany przezemnie pierwszy przypadek pozwala nam także zastanowić się jeszcze nad jedną kwestyą, która właśnie w najnowszych czasach wywołała niezwykle zajęcie. A mianowicie Elschnig*) zwrócił na to uwagę, że w przypadkach guzów śródgałkowych, które były anatomicznie badane jeszcze przed powstaniem w nich wtórorzędnego oderwania siatkówki i jaskry następowej, dało się wykazać zapalenie nerwu wzrokowego, które jest zupełnie podobnem do tarczy zastoinowej nerwu wzrokowego przy nowotworze mózgu. Także i w moim przypadku widzimy, że opis anatomiczny zgadza się z podobnym obrazem. Rzecz ta nabiera tem więcej znaczenia, że dadzą się z niej wysnuć wnioski co do sposobu powstania tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgu, której geneza jeszcze zawsze nie jest dla nas dostatecznie zrozumiałą. Pierwszym był Hirschberg, który opisał przy zchorzeniach śródgałkowych, powstanie podobnego do tarczy zastoinowej zapalenia nerwu wzrokowego. Zmianę tę spostrzegał Hirschberg przy przeszywających gałkę oczną obcych ciałach i nazywał je »dziurawiącym zapaleniem nerwu wzrokowego« — *neuritis perforativa*. Następnie stwierdził Elschnig**) w ostatniej swej pracy nad patogenezą tarczy zastoinowej przy schorzeniach śródczaszkowych, że przy każdym zapaleniu śródocznem, powstałym wskutek śródgałkowego nowotworu wy-

*) Elschnig. Bemerkungen zu *Kampherstein*, Beitrag zur Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1904. November.

**) Elschnig. Die Pathogenese der Stauungspapille bei Hirntumor. Wiener klinische Rundschau 1902. Nr. 1, 2 u. 3.

stępuje zapalenie nerwów wzrokowych pod postacią tarczy zastoinowej. Ba nawet w tych przypadkach śródgałkowego nowotworu, w których nerw wzrokowy był wyłobionym wskutek jaskry następowej, dało się nawet wykazać w obwodowym jego końcu mniej lub więcej wybitne śródmiąższowe zapalenie tkanki nerwowej (*neuritis interstitialis*). A właśnie w takich przypadkach śródgałkowego nowotworu, w których nerwy wzrokowe nie chorzeją bezpośrednio, powstanie zapalenia nerwów wzrokowych zdaje się przemawiać za tem, że właśnie sam nowotwór a względnie wytwory jego przemiany materii posiadają własności wywołania zmian zapalnych — co też zupełnie zgadza się z nowoczesną teorią zapalną patogenezy tarczy zastoinowej przy schorzeniach śródgałkowych.

Na tem miejscu chciałbym jeszcze na inną okoliczność zwrócić uwagę, a mianowicie na powstanie, względnie na brak następowego odklejenia się siatkówki przy mięsaku śródgałkowym. Z opisu mego pierwszego przypadku, jak również z podobnych przypadków przytoczonych przezemnie z literatury wynika, że jeżeli siatkówka jest przyrosłą na większych przestrzeniach do nowotworu, to co najmniej przez czas dłuższy nie odkleja się ona.

Jest to też łatwem do zrozumienia, jeżeli zważymy, że siatkówka może się oderwać od nowotworu tylko pod tym warunkiem, jeżeli wysięk surowiczy, powstały wprost z nowotworu, lub też z pokrywającej go naczyniówki umiejscowi się pomiędzy naczyniówką i siatkówką. Następnie jest już rzeczą bardzo przekonywającą przyjąć, że dalsze wzmaganie się oderwania siatkówki odbywa się na zasadzie znanej teorii R a e h l m a n a o oderwaniu siatkówki, przyczem siatkówka odkleja się coraz bardziej przez t. z. osmozę t. j. przez przenikanie wysięku przez błony pomiędzy ciałkiem szklistem i cieczą podsiatkówkową. Za tem przemawia także jedna niezwykła okoliczność, którą spostrzegąłem w pierwszym moim przypadku, przyczem na wielkiej przestrzeni siatkówki, pokrywającej nowotwór powstał opisany powyżej rodzaj torbiela. Temu zach-

waniu się siatkówki, przyczem siatkówka rozdziela się na dwie blaszki, chciałbym na tem miejscu poświęcić jeszcze słów kilka i to tem więcej, że o ile jest mi z dostępnej dla mnie literatury wiadomem, pierwszym był Bruns*), którego badania rzuciły pewne światło na takie niezwykle i nie znane dotychczas zachowanie się siatkówki przy nowotworze naczyniówki. Mianowicie Bruns spostrzegł w dwóch przypadkach rozdział siatkówki na dwie blaszki — a zatem zupełnie analogicznie jak ja w moim i. przyp. — przyczem obie te blaszki okalały nowotwór w kształcie torebki. Bruns tłumaczy to w ten sposób, że pierwotnie była siatkówka przyrosłą do naczyniówki, następnie zaś pękła blaszka szklista naczyniówki (*lamina vitrea chor.*) i przyrosła do niej siatkówka, a mianowicie jej warstwa barwikowa i zewnętrzna warstwa jądrowa. Pomiędzy obie tak powstałe blaszki siatkówki i to mniej więcej w głąb środkowej jej warstwy ziarnistej, wrósł jeszcze nowotwór.

Moje badanie dowodzi, że takie wrośnięcie nowotworu musi stanowczo być poprzedzonym przez rozdział siatkówki na dwie blaszki, poczem widocznie po pęknięciu blaszki wewnętrznej naczyniówki, przyrosłej do blaszki szklistej, włącza się tkanka nowotworu, wgłąb pierwotnego przestworu torbielowatego. Również łatwo da się też z moich badań histologicznych wyrozumieć powstanie pierwotnego rozdziału siatkówki na dwie blaszki. A mianowicie powstaje ono, jak to też jest widocznem na obu brzegach tworzącego torbielowatego, wskutek zwyrodnienia środkowych warstw siatkówki i to w sposób właściwy i podobny do torbielowatego zwyrodnienia siatkówki u starców. Skoro taki przestwór torbielowaty już raz się uformował, to dalszy jego rozwój da się najłatwiej wytłumaczyć zmianami osmotycznymi w znaczeniu Raehlmana.

*) O. Bruns. Beiträge zur Lehre von den Aderhautsarcomen. Archiv für Ophthalmologie LIV 3.

Wnioski.

Z przytoczonych powyżej mych badań dadzą się wysnuć następujące wnioski:

I. Powstanie wtórorzędnego oderwania się siatkówki przy mięsaku śródgałkowym nie przychodzi do skutku, lub co najmniej zostaje opóźnionem, przez przyrost siatkówki do nowotworu na większych przestrzeniach.

Najprawdopodobniej i to co najmniej częściowo przyrasta siatkówka do nowotworu, wskutek bujania przybłonka barwikowego, podobnie jak się to dzieje przy przyklejeniu się oderwanej siatkówki.

II. W przypadkach śródgałkowego nowotworu, w których nie przyszło jeszcze do jaskry wtórorzędnej, znajdujemy bez wyjątku śródgałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, które jest podobne do t. z. tarczy zastoinowej.

III. Spostrzegać się daje nie wielka ilość przypadków, w których nowotwór ponadgałkowy powstaje już bardzo rychło, i to z pominięciem co najmniej drugiego okresu typowego rozwoju nowotworu, a zatem pojawia się on jeszcze przed wtórorzędnem oderwaniem się siatkówki i przed wtórorzędną jaskrą.

Fakta kliniczne i anatomiczne przemawiają za tem, że przyczyny niezwykłego tego przebiegu w rozwoju nowotworu szukać należy w osobliwszem umiejscowieniu pierwotnego ogniska nowotworu, a zdaje się być pewnem, że w przypadkach tych, pierwotne to umiejscowienie nowotworu znajdowało się we włóknach twardówki.

Literatura.

1. E. Fuchs. Das Sarkom des Uvealtractus. Wien 1882.
2. R. Kerschbaumer. Das Sarkom der Auges. Wiesbaden 1900.
3. E. v. Forster. Sarcom des Ciliarkörpers. Münchener mediz. Wochenschrift. 1889, p. 625 i p. 712.
4. G. Freudenthal. Über das Sarcom des Uvealtractus. Graefes-Archiv XXXVII 1. p. 137—184.

5. Panas. Sarcome chorioidien de la région de la macula avec propagation orbitaire. Archiv. d'Ophthalm. XVI. Nr. 8. p. 465.
6. Heine. *Neisser's* stereoskopischer medicinischer Atlas. Lieferung 44.
7. Van Duyse. Sarcome chorioidien de la région de la macula avec propagation orbitaire. Archiv. d'Ophthalm. XVI. Nr. 11.
8. A. Groenouw. Ein Fall von alveolärem unpigmentiertem Flächensarcom des Ciliarkörpers. Graefes-Archiv XLVII. p. 282.
9. Leber u. Krahnstöver. Über die bei Aderhautsarcomen vorkommende Phthisis des Augapfels Archiv. f. Ophth. XLV.
10. Evetzky. Weitere Studien über Aderhautsarcome. Graefes-Archiv. XLV. 3. p. 563.
11. Reis. O rozpoznaniu różniczkowym i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej. Postęp Okulistyczny 1903. p. 422.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophthalmologie. 1905. Nr 7. (Ref. Doc. Dr Majewski)

Niedomoga konwergencyi (Insuffisance de convergence).

L. Landolt.

Do autora przyprowadzono 13 letnią dziewczynkę z powodu dolegliwych objawów astenopii, jakich doznawała przy nauce. Ponieważ, oprócz fizyologicznej nieźorności na jednym oku, żadnej z resztą wady refrakcyi nie było, bystrość wzroku obustronnie prawidłowa i dobre widzenie binokularne, przeto powstało podejrzenie, niedomogi mięśniowej. Istotnie badanie zapomocą oftalmodynamometru Landolta wykazało znaczne zaburzenia równowagi mięśniowej. *Maximum* zbieżności wynosiło 2·5 kątów metrycznych (gdy w warunkach prawidłowych powinna wynosić co najmniej 9 kątów metrycznych). Ta niedomoga konwergencyi była najwidoczniej główną przyczyną astenopii. Ale oprócz tego istniała i druga nieprawidłowość: chora widziała w dal podwójnie (w obrazach równoimiennych), z powodu niedomogi mięśni prostych zewnętrznych, która niepozwaliała jej zmniejszyć konwergencyi poniżej 1·75 kąta metrycznego, Chora nie była więc w stanie, ani równolegle ustawić swych osi widzenia, ani tem mniej zdobyć się choćby na najślabszą rozbieżność osi przy użyciu pryzmatów odwodzących. Cała amplituda konwergencyi ograniczała się zatem u niej do przestrzeni zawartej między

40 a 57 centymetrem. Przedmioty bliższe widziała chora podwójnie w obrazach skrzyżowanych z powodu niedomogi mięśni prostych wewnętrznych, a przedmioty leżące dalej niż o 57 cm widziała podwójnie w obrazach równomiennych, z powodu niedomogi mięśni prostych zewnętrznych. Od rodziców dziecka dowiedział się autor, że poprzednio została już wykonana tenotomia jednego z mięśni prostych zewnętrznych, w celu usunięcia astenopii. Cel został najzupełniej chybiony, bo konwergencya nie zyskała na sile, a natomiast powstał zez zbieżny przy patrzeniu w dal. Dla naprawienia złego Landolt wykonał wydatną antepozycyę jednego z mięśni prostych wewnętrznych, obiecując sobie następnie w razie potrzeby wyszukać ścięgną niefortunnie przeciętego mięśnia prostego zewnętrznego i przyszyć je w miejscu prawidłowego przyczepu. Tymczasem dalsze kilkakrotnie przeprowadzone badanie konwergencyi zapomocą oftalmodynamometru wykazało taką poprawę stosunków konwergencyi, że ten drugi zabieg stał się zupełnie zbytecznym. *Maximum* konwergencyi z $+ 2.5$ kątów metrycznych podskoczyło na $+ 12$ kątów metrycznych, *minimum* zaś z $+ 1.75$ przesunęło się na $- 1.75$, co znaczy, że można było zapomocą pryzmatu odwodzącego uzyskać rozbieżność osi widzenia, wynoszącą 1.75° . Amplituda zatem konwergencyi, która wynosiła przed antepozycyą 0.75 wzrosła po antepozycyi do 13.75 kątów metrycznych. Objawy astenopii oczywiście ustąpiły. Że *punctum proximum convergentiae* zbliżyło się do oka po antepozycyi mięśnia prostego zewnętrznego, to jest dla każdego rzeczą zrozumiałą, ale godzi się zastanowić, jakim sposobem operacya ta mogła usunąć zez zbieżny i wzmocnić działanie mięśni prostych zewnętrznych. Autor objaśnia to, przypominając, że przeszycie ścięgna prostego mięśnia ku przodowi wciska niejako gałkę oczną w głąb lejka mięśniowego. Wskutek tej zmiany zyskują na sile wszystkie mięśnie proste, powiększa się bowiem długość łuku, jaką mięśnie te ścięgnami swojemi gałkę oczną obejmują. Tak więc w opisanym przypadku zyskał na sile nie tylko antepozycyony mięsień prosty wewnętrzny, ale i jego antagonistą osłabiony niepotrzebnie wykonaną tenotomią.

Zwyródnienie szklisto limfomatyczne spojówki gałki, wyleczenie promieniami X. Uwagi o niektórych rzekomych nowotworach spojówki. (Prolifération lymphomateuse hyaline de la conjonctive bulbaire droite guérison par les rayons X. — Considérations sur quelques pseudoplasmes de la conjonctive). Van D y s e.

Autor opisuje następujący przypadek: Pewien 35 letni murarz uległ przed 4 laty zakażeniu kiłowemu. Leczony był wciera-

niami kilkakrotnie, których jednak później zaniechać musiano z powodu zaburzeń żołądkowych. W pierwszym roku po infekcyi powstały mu się wrzody na skórze kończyn dolnych, po których pozostały wyraźne blizny: później żadnych objawów już nie było. Przed niedawnym czasem zgłosił się do szpitala cywilnego w Gandawie z powodu zapalenia prawego oka, które uznano za jaglicę. Autor zwraca uwagę, że w północnej Francyi i we Flandryi zdarzają się często przypadki, ciężkiej nawet jaglicy, ograniczającej się przez cały czas swego trwania do jednego tylko oka. Zmiany na spojówce powiek i załamek usunięto choremu przez kilkotygodniowe leczenie mechaniczne (szczoteczowanie) w połączeniu z użyciem ichtarganu. Autor miał sposobność badać chorego dopiero w kilka miesięcy później i stwierdził na temże oku prawem szczególne zmiany ograniczone do spojówki gałkowej. Od rąbka rogówkowego, aż po załamki i kąciki spojówka gałki okazywała guzowate wyniosłości gładkie i lśniące o nierównej powierzchni, barwy blado koralowej. Rogówka była prawidłowa, a spojówka powiek okazywała aksamitny przerost ciała brodawkowego, prócz tego u dolnego załamka widoczne były blizny gwiazdkowate i miejsca zeskróniałe. Wycięto w czterech miejscach spore kawałki limfomatycznych wyrosli w nadziei, że przez to wywoła się zanik pozostałych części uległych zwyrodnieniu, jak się to stało w kilku podobnych opisanych w literaturze przypadkach. Nadzieja jednak zawiodła, guzy i zgrubienia odrosły i znowu pokryły całą przestrzeń od brzegu rogówki, aż po załamki. Wtedy poddano chorego leczeniu zapomocą promieni Roentgena. Pod ich wpływem guzy i nacieki limfomatyczne zaczęły się zmniejszać i znikać i chory wkrótce mógłby był szpital opuścić, gdyby nie powstały zmiany na rogówce w postaci zaćmienia obłoczkowatych, zajmujących warstwy głębokie. Wkrótce wytworzyła się także i sieć głębokich naczyń. Autor nie rozstrzyga pytania czy ta *keratitis parenchymatosa* była wyłącznie zmianą swoistą; co się rzadko zdarza przy *lues acquisita*, czy też wyłącznie wywołaną była działaniem promieni X, co zdaniem niektórych autorów jest rzeczą możliwą, czy wreszcie była wynikiem współdziałania obu tych czynników. Bądź co bądź, po szeregu wstrzyknięć miąższowych jodku rtęciowego, zaćmienia rogówki w znacznej części ustąpiły i wzrok się poprawił.

Badanie histologiczne wyciętych guzów spojówki gałkowej wykazało utkanie adenoidalne wielce przypominające *lymphoma*. Ponieważ rozbiór krwi, oraz badanie stanu ogólnego pozwalały na pewno wykluczyć białaczkę prawdziwą, jako też rzekomą, przeto można było myśleć, albo o rzeczywistym limfomacie, który uległ w znacznej części zwyrodnieniu szklistemu, lub też o szczególnej

zmianie patologicznej, którą możnaby było wprowadzić w związek przyczynowy z przebytem zakażeniem kiłowym. Autor przytacza zapatrywania i spostrzeżenia Michel'a, Kochheima, Kerschbaumer'a, Sattlera, Goldzieher'a i innych którzy bądź to opisywali przypadki nacieków limfomatycznych spojówki powiek i gałki, bądź też przypadki pozornej jaglicy, która szybko ustępowała pod wpływem leczenia swoistego, była zatem drugorzędną zmianą kiłową, Obraz kliniczny w przypadku opisanym przez autora przemawiał przeciw zmianie kilakowej (trzeciorzędnej), szybkie zaś wygojenie pod wpływem radioterapii, również nie przemawiało za tłem kiłowym. Z drugiej strony, wystąpienie głębokich zaćmień w rogówce i przypadki analogicznych zmian na spojówce stwierdzonych przez niektórych autorów jako niewątpliwie kiłowe, dopuszczały podejrzenie takiego tła etyologicznego. Wątpliwości tej jednak autor nie rozstrzyga. Zadawalniając się rozpoznaniem anatomicznem, które określa jako przerost limfomatyczny spojówki gałki i szkliste zwyrodnienie tejże.

Ulepszenie protezy ocznej przez wszczepienie oka króliczego. (De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe de l'oeil de lapin). Lagrange z Bordeaux.

W r. 1901 podał Lagrange nowy sposób heteroplastyki oczodołowej, mający na celu stworzenie ruchomego, dobrego podkładu dla protezy ocznej po enukleacyi*). Heteroplastyka ta polega na wszczepieniu małego oka króliczego do torebki Tenona bezpośrednio po dokonanej enukleacyi. Autor poleca obecnie po kilkoletnich dalszych próbach sposób ten, jako dający lepsze wyniki niż operacya Mules'a i Frost-Lang'a, niż wszywanie kulek szklanych, kłębków jedwabnych, kulek ze srebra, z celluloidu lub z gąbki. Ponieważ Rohmer z Nancy podał w wątpliwość wartość sposobu operacyjnego zalecanego przez Lagrange'a, na tej podstawie, że sam używszy go w jednym przypadku doznał zupełnego niepowodzenia, przeto autor wymienia główne prawidła, według których heteroplastyka jego musi być wykonaną, aby została uwieńczona pomyślnym wynikiem:

1. Przed wyłuszczeniem gałki należy przez każdy z mięśni prostych przewlec nitkę, aby zapobiedz ich cofnięciu się w głąb oczodołu.

2. Po dokonanej enukleacyi jest rzeczą konieczną stłumić krwotok, inaczej bowiem skrzepy krwi, otaczające oko królicze, utrudniają jego odżywienie i niepozwalają mu się przyjąć.

*) Porównaj. Post. okulist. 1901. Nr. 8. str. 275.

3. Wybrać nie zbyt wielkie oko młodego, zdrowego królika świeżo wyluszczone wśród kauteli aseptycznych.

4. Wsadzić tę gałkę króliczą do torebki Tenona i po nad nią poseszywać parami mięśnie proste, dbając, ażeby nie były sznurkowato pozwijane, lecz gładko rozpostarte na twardówce wszczepionego oka.

5. Po nad szwami mięśniowymi (katgutowymi) zeszyć starannie spojówkę.

6. Po operacyi opatrunek aseptyczny, a po tygodniu wyjęcie szwów spojówkowych.

Kilkoletnia praktyka, w czasie której autor wykonał 11 razy opisaną wyżej heteroplastykę, wykazała potrzebę zachowania jeszcze niektórych ostrożności w celu zapewnienia sobie pomyślnego wyniku. Należy mianowicie oko królicze umieszczać w torebce Tenona rogówką zwrócone nie ku przodowi, lecz w głąb oczodołu ku nerwowi wzrokowemu. W dwóch przypadkach, w których autor zaniedbał tej ostrożności szwy mięśniowe po nad rogówką związane powodowały owrzodzenie tejże, a wreszcie przecięły ją unicestwiając wynik heteroplastyki. Gdy oko wszczepione jest rogówką ku tyłowi twardówka opiera się doskonale nitkom i gałka się przyjmuje.

Ważną jest także rzeczą, aby oko królicze nie było za duże, w takim bowiem razie torebka Tenona i spojówka nad nią tak są napięte, że dopływ krwi, a temsamem unaczynienie i odżywienie wszczepionej gałki są wielce utrudnione. Na jedną wreszcie okoliczność należy zwracać uwagę, mianowicie nie należy próbować wcale wszczepiania gałki króliczej w takich przypadkach, gdzie wyluszczone oko z powodu sprawy ropnej, zakaźnej, w takim bowiem razie i torebka Tenona nie bywa wolną od drobnoustrojów ropotwórczych. Właśnie w jednym takim przypadku wszczepione przez autora oko królicze zostało wśród ropnej *tenonitis* na zewnątrz wydalone. Z 11 wspomnianych operacyi 3 dały wynik niepomyślny, w 8 zaś pozostałych przypadkach przyszło do zupełnego wgojenia się wszczepionej gałki króliczej w torebkę Tenona, co dało wyborny, żywy i ruchomy podkład dla protezy. Tych ośm spostrzeżeń, w których heteroplastyka dała zupełnie zadawalniające wyniki opisuje autor szczegółowo, ilustrując je szeregiem reprodukcji fotograficznych. Autor wyraża nadzieję, że korzystając ze wskazówek praktycznych, jakie mu nasunęły trzy przypadki niepomyślnie zakończone, uniknie na przyszłość podobnych niepowodzeń.

O obrazie klinicznym i anatomopatologicznym przypadku — prawdopodobnie — wagra zwapniałego oczodołu.

(Sur la clinique et l'anatomo-pathologie d'un cas — vraisemblablement — cysticerque calcifié de l'orbite). Paschef ze Sofii.

Przydadki węża w oczodole zdarzają się o wiele rzadziej niż przypadki węża wśródgałkowego. Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju ogłosił Graefe w r. 1863. Do dzisiejszego dnia liczba spostrzeżeń wzrosła do piętnastu i to w tem kilka wątpliwych.

Do szpitala sofijskiego przyprowadzono 7 letniego chłopca z powodu wysadzenia gałki ocznej prawej. Trzeszcz miał wystąpić przed 16 dniami i wzmagać się stopniowo wśród objawów zapalnych silnych bólów neuralgicznych i znacznego upośledzenia wzroku. Stan ogólny dziecka nie przedstawiał nic nieprawidłowego, chłopiec miał jednak często cierpieć na »robaki« (wedle zdania lekarza domowego *oxyuris vermicularis*).

Prawa gałka silnie wysadzona, poza nią przez załamek górny, górą wewnątrz można było wyczuć w głębi oczodołu guz twardy i niepodatny. Oko rozróżniało palce na trzy metry. Badanie wziernikiem wykazało wybitną tarcz zastoinową. Po wstępnem leczeniu jodkiem potasu, które nieco wzrok poprawiło, dokonał autor wyłuszczenia guza naciąwszy szeroko spojówkę w górnym załamku. Guz okazał się torbielem o twardej, grubej powłoce, który dał się z trudem zaledwie wydobyć przez ranę spojówkową. Trzeba było do tego celu zmniejszyć jego objętość przez wydobycie części zawartego w nim płynu zapomocą strzykawki Prawaza. Ściany torbiela były silnie zrośnięte z otoczeniem. Po rozcięciu wyłuszczonego torbiela okazało się, że oprócz płynu posiadającego znaczną ilość chlorku sodowego i bardzo małą ilość białka zawierał on jeszcze bryłkę kulistą wielkości przypłaszczonego ziarnka grochu, białą, twardą i gładką na powierzchni. Bryłka ta, jak wykazało dokładniejsze badanie wykonane w pracowni zoologicznej prof. Schischkroffa w Sofii, była najprawdopodobniej obumarłym i zwapniałym węgrem (*cysticercus cellulosae*). Badanie histologiczne ściany torby, w której się zwapniały wnętrznik znajdował, utwierdziło autora w przypuszczeniu, że była ona tylko wytworem odczynu zapalnego, wywołanego wśród tłuszczowej tkanki oczodołu obecnością pasożyta. Pasożyt ten, otorbiwszy się, obumarł i jak to często bywa, tak został przesiąknięty złoгами soli wapniowej, że jego budowa anatomiczna została przez to zupełnie zatartą.

Ctrlblt. f. pr. Aghk. 1905. Z. 11. (Ref. Dr. L. Gruder).

O schorzeniu mięska ocznego. (Zur Kenntnis der Erkrankungen der Karunkel). Dr. Emil Bock, prymaryusz w Lublanie.

1. *Sarcoma melanodes carunculae*. Dzieńzawca dóbr 24 lat, spostrzega od kilku miesięcy w wewnętrznym kąciku lewego oka punkcik brunatny, stale się powiększający. Lewe mięsko jest ciemno czerwonawo zabarwione, miernie zwiększone i sterczy ponad powierzchnię. Na wierzchołku widać nowotwór, ciemno brunatny, wielkości grochu. Cały organizm zresztą normalny. Badanie mikroskopijne wykazało mięsaka melanotycznego (melanotisches Rundzellensarkom), klinowato wsuniętego w mięsko oczne. Gruczoły tłuszczowe, a zwłaszcza gruczoły potne były znacznie zwiększone w okolicy tego nowotworu.

2. *Granuloma carunculae* u 29 l. rolnika w wewnętrznym kąciku lewego oka Nowotwór był drobnoziarnisty, prawie wielkości soczewicy, ciemnoczerwonawo zabarwiony i pokryty ropą zaschłą. *Plica semilunaris* i sąsiednia spojówka obrzmiałe i zaczerwienione. Haczykiem ujęto i naciągnięto ten nowotwór, przyczem okazało się, że siedzi częścią na mięsku, częścią na *plica semilunaris*. Odcięcie nożyczkami, silne krwawienie.

3. *Granuloma carunculae circum corpus alienum*. U ziemianina 42 l., lewe mięsko od kilku tygodni znacznie zwiększone i zaczerwienione. Z górnego brzegu wznosi się mały nowotwór, drobnoziarnisty, czerwonawy, na powierzchni rozpadnięty, wielkość soczewicy. *Plica semilunaris* ciemno czerwonawa i zgrubiała. Po odcięciu nowotworu nożyczkami wraz z kawałkiem przytykającej spojówki *plica semilunaris* widać było drobny otwór, wypełniony tkanką rozpadniętą. Ciało obcego na razie nie znalazono tamże. Badanie mikroskopijne wykazało *granuloma carunculae*. Po 3 tygodniach chory powrócił, skarżąc się na dotkliwy ból i kłucie w tem samym miejscu. Ze wspomnianego otworu sterczało ziarno zboża, 12 mm. długości. Ciało obce wyjęto. Autor przypuszcza, iż w przypadku pierwszym również przyczyną musiało być ciało obce, które jednakże zapewne samo bez pomocy lekarskiej wypadło.

Przypadek jaskry tuberkulicznej. (Ein Fall von tuberkulösem Glaukom). Prof. J. Hirschberg i Dr. S. Ginsberg w Berlinie.

Za przyczynę jaskry powszechnie bywa uważane zwężenie i późniejszy zanik zatoki komorowej. W grupie chronicznej jaskry Hirschberg widzi niektóre przypadki przewlekłej jaskry, których przyczynę upatruje w stanie całego organizmu. Tutaj zalicza Hirschberg jaskrę swoistą i jaskrę tuberkuliczną. Przypadek charakterystyczny tej ostatniej opisuje autor.

Pacjentka 36 l. cierpi od trzech lat na płuca. Po 75 wstrzykiwaniach podskórnych kwasu cyjankowego spostrzegła zasłonę

przed prawem okiem. Okulista zastosował JK, kąpiele i ciepłe okłady na oko, poczem nastąpiło polepszenie. Po dwóch latach zapalenie opłucnej, poczem upośledzenie wzroku na oku prawem. Od roku chora widziała »barwy tęczy i jasne płomienie« przed okiem w nieregularnych odstępach czasu. Pilokarpina usunęła ból głowy i mgłę z przed oka. Vis. oka lewego = $\frac{5}{4}$ oka prawego prawie $\frac{5}{5}$. Pole widzenia i barwy obustronnie prawidłowe.

Badanie przedmiotowe. L. O. prawidłowe. Prawe oko ma napięcie zwiększone, źrenica lekko rozszerzona, płytkie wyźłobienie nerwu ocznego. Lupą widać jak obwodowa część tęczówki jest obrzmiałą tak, iż zatoka komorowa jest zwężoną. Między *circul. arter. major et minor* liczne naczynia krwionośne. Proponowaną operację chora odkłada na później, wskutek czego dostaje physostigminę do domu.

Po prawie czterech miesiącach chora powraca ze skargą na upośledzenie wzroku. V = prawie $\frac{5}{7}$, akomodacja porażona. Źrenica rozszerzona, nie oddziałują na światło. Nerw oczny całkowicie wyźłobiony. Napięcie bardzo podwyższone. Zakropienie physostigminy usunęło porażenie akomodacji.

Badanie specjalne całego organizmu wykazuje tuberkulozę płuc obustronnie.

Po zakropieniu holocainy i kokainy zrobił autor szeroką i obwodową irydektomię. Tn. Barw tęczy nie było więcej. Po miesiącu stan oka był bardzo dobry. Vis. = — 2·5 Dcyl $\frac{5}{7}$.

Ponieważ zmieniona tęczówka wydawała się być przyczyną jaskry, a ponadto tbc. odgrywała w tym wypadku ważną rolę, oddał autor wycięty kawałek tęczówki do badania drobnowidowego, dokonanego przez Dr. Ginsberga.

Badanie mikroskopijne wykazuje tkankę granulacyjną, ubogą w naczynia krwionośne; tkanka okazuje znaczne zwyrodnienie ziarniste, a składa się z komórek przybłonkowych (epitheloide Zellen) i bardzo wielkich komórek olbrzymich. W jednej takiej olbrzymiej komórce spostrzeżono około 50 jąder. Badanie na bakcyle tuberkl. dało w 52 skrawkach wynik ujemny.

Znaczna ilość komórek nabłonkowych (epitheloide Zellen) przemawia, zdaniem autora i Prof. Bendy, raczej za gruźlicą, mniej zaś za syfilis.

Do rozpoznania mięsaka naczyńki. (Zur Diagnose des Aderhaut-Sarcom). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Pacjent 56 l. skarży się na stopniowo rosnące upośledzenie wzroku oka prawego. Oko lewe prawidłowe. V = $\frac{5}{4}$. Pole widzenie normalne. Oko prawe V = $\frac{1}{3}$, pole widzenia znacznie zmniej-

szone tak, iż tylko część dolno-zewnętrznego kwadranta pozostała nietkniętą. Po rozszerzeniu źrenicy widać lekko skrzywioną linię, odgraniczającą część dna oka mieszczącą w sobie nowotwór, od reszty dna oka, czerwono zabarwionego i dokładnie odgraniczonego. Linia ta odgraniczająca była w tym wypadku prawie pionową. W obrazie odwrotnym (+ 20.0 D.) jest nerw oczny o wyraźnych konturach, nie zakryty żadnymi mętami c. szklistego. Po stronie nosowej (w rzeczywistości więc po stronie skroniowej) od tarczy nerwu ocznego widać niebieskawe wypuklenie. Ku górze tego wypuklenia (= właściwie ku dołowi) widać zwykłe w takich razach odczepienie siatkówki. Dokładne rozpoznanie tego nowotworu w obrazie prostym jest nader utrudnionem. Najlepiej przy bocznem oświetleniu, a raczej przy oświetleniu za pomocą silnej lampki elektrycznej przez rozszerzoną źrenicę. Widać w takim razie nieregularną powierzchnię z ciemnymi na niej plamkami i naczyniami. Wyjęcie gałki i odcięcie kawałka nerwu ocznego. Po 2 $\frac{1}{2}$ latach stan ogólny pacjenta wyborny.

Po przecięciu równikiem stwardniałej w formolu gałki widać wielkiego, ciemno-zabarwionego mięsaka naczyniówki, zaczynającego się 3 mm. po stronie skroniowej od tarczy ocznej, a zdążającego ku przodowi aż do ciała rzęskowego. Na powierzchni nowotwór pokryty siatkówką. Poniżej nowotworu siatkówka jest odczepioną przez wysięk pod nią i tworzy garb fałdowany. Mięsak przeważnie złożony z komórek wrzecionowatych. Ciało rzęskowe wolne od nowotworu. Twardówka jest tylko w lekkim stopniu objęta przez nowotwór. Komorowa zatoka i kanał Schlemma normalny, co zgadza się z klinicznym badaniem, nie wykazującym żadnych znamion jaskry następowej.

Skutek operacyjnego zabiegu przy zezie, po 32 latach spostrzegany. (Ein Erfolg einer seltenen Schiel-Operation, nach 32 Jahren beobachtet). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Pacjentka 22 letnia. trzyma głowę na prawą stronę pochyloną, tak iż widać tylko lewy profil twarzy. Przy patrzeniu zwykłym (Primärstellung) zezuje prawa gałka ku dołowi i wewnątrz. Przy zakryciu lewego oka idzie prawa gałka o 1 $\frac{1}{2}$ —2 mm. na zewnątrz i 1—1 $\frac{1}{4}$ mm. ku górze i to powolnie. Prawa gałka wykazuje dokładnie ograniczenie ruchu na zewnątrz o 2 mm. Podwójnego widzenia nie było, ani nie można go sztucznie (pryzmat, czerwone szkła) wywołać. Schylenie głowy niezawodnie spowodowane było koniecznością uniknięcia uczucia bolesnego przy napięciu, połączonego z wszystkimi ruchami odwodzającymi (Abductions-Bewegungen) prawej gałki. W nerkozie przecięcie musc. rect. inter-

nus. Antepositio musc. rect. externi. Ściągnio tego ostatniego dosięga $\frac{1}{5}$ naturalnej szerokości, przyczem dolna część mięśnia zrosniętą była z gałką za pomocą innych włókien tkanki łącznej. Po dokonanej antepositio skutek był bardzo dobry. Schylenie głowy znikło, patrzenie wprost było bez zezu, a granica odwodzenia gałki została znacznie zwiększoną. Pacjentka czuła się nader uszczęśliwioną.

Po 32 latach stan również był dobrym. Podwójnego widzenia nigdy nie było. Ustawienie obu gałek ocznych zadowalniające. Próba fixacyjna wykazuje dynamiczny zez ku zewnątrz lekkiego stopnia. Zresztą gałka ta prawidłowa.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XVI. Część II
Marzec 1905. (Refer. Dr W. Reis).

O rozwoju siły akomodacyjnej ludzkiej soczewki. (On the development of the accomodative power of the human lens).
Treacher Collins.

Opierając się na ogólnie przyjętej teorii akomodacji, upatruje autor rozwój siły akomodacyjnej w rozwoju więzadła soczewkowego. Włókna łączące soczewkę z ciałem rzęskowem powstają we wczesnym okresie rozwoju gałki ocznej, gdy wszystkie tkanki wewnętrzne oka są jeszcze w skupieniu; dopiero wraz ze wzrostem gałki odbywa się rozdział między ciałem rzęskowem, a ścianami soczewki.

Na przekrojach ludzkiego oka z życia płodowego stwierdzić można obecność tkanki, złożonej z komórek wrzecionowatych, które mogą pochodzić albo 1) z komórek środkowej blaszki zarodkowej (otaczających soczewkę dokoła w bardzo wczesnym okresie rozwoju) lub też 2) z komórek nerwowych zewnętrznej blaszki zarodkowej, tworzących część rzęskową siatkówki. Włókienka więzadła tworzyłyby się przez wydłużenie wspomnianych komórek i utratę ich jąder. Jakkolwiek prostszem jest przyjęcie hipotezy pierwszej ze względu na charakter łączno tkankowy więzadła, to jednak nowsze badania Schoena i Terriena potwierdziły hipotezę drugą. C. tej sprawy nie rozstrzyga, lecz pomijając kwestyę pochodzenia rozpatruje stosunki anatomiczne więzadła nadając poszczególnym włókienkom osobne nazwy. I tak rozróżnia włókienka idące od obrączki rzęskowej do przedniej części torebki soczewkowej, (*orbiculo-antero-capsular fibres*); włókienka odchodzące na granicy tylnej części obrączki rzęskowej i rąbka zębatego do tylnej części torebki (*orbiculo-postero-capsular*); od wierzchołka wyrostków rzęskowych do tylnej części torebki (*cilio-postero-capsular*) i włókna przechodzące wprost

z wyrostków rzęskowych do pasa równikowego torebki (*cilio-equatorial-fibres*).

Dla zrozumienia powstania tych włókienek więzadełka, koniecznym jest zapoznanie się z zachowaniem się poszczególnych części ciała rzęskowego w stosunku do soczewki w rozmaitych okresach rozwoju. Zależnie od okresu rozwoju znajdują się odmienne części ciała rzęskowego w zetknięciu z soczewką i stosownie do tego pochodzą też poszczególne włókienka więzadła z rozmaitych czasów.

W okresie najwcześniejszym, gdy soczewka dopiero powstaje, nie ma jeszcze ani ciała rzęskowego ani tęczówki, a soczewka dotyka wprost rąbka zębatego siatkówki. W miarę rozwoju tęczówki i ciała rzęskowego, rąbek zębaty (*ora serrata*) zostaje usunięty w tył i wtenczas powstają włókienka obrączkowo-torebkowe przednie. Ciało rzęskowe przedstawia się z początku jako prosty niepołaśdowany pas, od którego odchodzą włókna obrączkowo-torebkowe tylne, dopiero w dalszym okresie rozwoju wytwarzają się wyrostki rzęskowe, stopniowo odsuwające się od soczewki tak, że w końcowym okresie powstają włókna rzęskowo-torebkowe tylne i rzęskowo-równikowe. Wzrost ciała rzęskowego nie tylko przyczynia się do powstawania więzadełka, lecz wywiera także znaczne ciśnienie na torebkę soczewkową. Stwierdził to autor zachowaniem się samej soczewki, która jest postaci okrągłej we wczesnym okresie rozwoju, gdy ciało rzęskowe przylega jeszcze do soczewki, podczas gdy wymiar boczny soczewki zwiększa się na niekorzyść średnicy przednio-tylnej wraz z wzrostem ciała rzęskowego. W oczach wolic (*buphthalmos*), przy nadmiernem rozsunięciu ciała rzęskowego, jeszcze bardziej się uwidacznia ów niestosunek obu tych wymiarów soczewkowych.

W końcu swej pracy przytacza autor kilka uwag anatomiczno-porównawczych. Poszczególne bowiem okresy rozwojowe ciała rzęskowego w oku ludzkim można odnaleźć jako stałe warunki u zwierząt niższych. U ryb jak węgorze i karpie nie ma ciała rzęskowego, a siatkówka kończy się przy podstawie tęczówki. U ryb kościistych (płastuga, wąż) stwierdził C. cofanie się siatkówki w tył, które jeszcze bardziej jest widocznym u ryb spodoustych (żarłocze), a u gadów (żółw, jaszczurka, żmija) jest już wyraźnie zaznaczone ciało rzęskowe.

U zwierząt ssących spotykamy wyrostki rzęskowe silnie połaśdowane, lecz zawsze jeszcze obrączkę rzęskową mniejszą niż u człowieka. Odległość między tęczówką, a rąbkiem ząbkowym jest największą u człowieka i małp.

Siła akomodacji pozostaje w prostym stosunku do odległości rąbka ząbkowego od przedniej powierzchni soczewki, im większa

odległość, tem silniejszym jest działanie na przednią torebkę. W końcu przytacza autor wyniki badań w przypadkach małowoczości (*microphthalmos*), w których zawsze stwierdził niedorozwój ciała rzęskowego, już to w postaci krótkiej bardzo obrączki rzęskowej lub też wyrostków rzęskowych dotykających wprost tylnych bocznych części torebki.

Dwa przypadki szklistego zwyrodnienia chrząstki i spojówki. (Two cases of colloid (hyalin) degeneration of tarsus and conjunctiva). H. Herbert.

Autor przytacza dwa przypadki znacznego zgrubienia chrząstki i żółtawego zabarwienia spojówki powieki górnej oka prawego i zwraca uwagę na kilka szczegółów w badaniu mikroskopowem schorzałej spojówki. Obrzękłe komórki znajdujące się w podłożu gruczołowatym zawierały w swej protoplazmie liczne masy koloidalne i delikatne ziarna barwikowe. Oprócz tych komórek znalazł H. (z. »Körperchenzellen« z pochłoniętymi w środku limfocytami i komórki plazmatyczne ze zmianami wstecznymi.

W drugim przypadku stwierdził H. na granicy chrząstki zwapniałe masy, przylegające bezpośrednio do tkanki zwyrodniałej.

Przypadek glejaka siatkówki w gałce zanikłej. (A case of glioma retinae in a strunken globe). Herbert Parsons.

Autor przytacza przypadek obustronnego glejaka siatkówki u 18 miesięcznego chłopca, u którego po wyjęciu oka prawego, straconego w 8 miesiącu po przebyciu odry, nastąpił nawrót glejaka w oczodole prawym, rozprzestrzenienie się nowotworu w oku lewym wraz z przebicciem na zewnątrz lewej gałki ocznej i śmierć dziecka.

Prawe oko wyjęte jeszcze za życia, wykazywało wszelkie znamiona zaniku gałki. Oprócz komórek charakterystycznych dla glejaka, znalazł P. w ciele szklistem liczne komórki ze zmianami wstecznymi, których pochodzenia nie jest w stanie rozstrzygnąć. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rzadkie dość powikłanie glejaka siatkówki z zanikiem gałki.

Wprawdzie w przypadku wyżej opisanym nie można było stwierdzić z całą pewnością związku przyczynowego między zanikiem gałki, a powstaniem glejaka — zanik gałki mógł bowiem nastąpić po odrze wskutek jakiejś sprawy zapalnej w oku — jednak mimo to w znanych w literaturze 14 przypadkach glejak siatkówki powikłany był zanikiem gałki.

Sprawa ta nabiera tem większego znaczenia wobec istotnie niekiedy spostrzeganego czasowego cofania się w rozroście glejaka prawdziwego (Lagrange), tak że objawu tego nie możnaby nadal

używać jako momentu różniczkowego przy rozpoznaniu glejaka prawdziwego i rzekomego.

Przypadek guza gruzliczego siatkówki. (A case of (?) tubercle of the retina). Ilbert Hancock.

Autor przytacza wynik badania histologicznego w przypadku rozpoznanym klinicznie, jako guz gruzliczy siatkówki. Po stronie skroniowej tarczy nerwu wzrokowego znajdowały się dwa dobrze odgraniczone pokłady tkanki ziarninowej, z których pokład przedni lub wewnętrzny dotykał warstwy włókien nerwowych siatkówki i składał się z elementów łączno-tkankowych i licznych komórek olbrzymich. Pokład tylny lub zewnętrzny, graniczący z warstwą czopków i pręcików, zawierał oprócz komórek łączno-tkankowych liczne naczynia i bujający przybłonek barwikowy. W obu pokładach nie znaleziono prątków gruzliczych. H. nie przeprowadza ścisłego dowodu dla stwierdzenia charakteru gruzliczego tych nacieków (szczepienie próbne i wykazanie laseczniaka), mimo to jednak przekonał się autor na podstawie porównania swego przypadku z przypadkami dotychczas opisanymi w literaturze, że obraz kliniczny i badanie mikroskopowe pozwalają na zaliczenie wyż opisanego guza do rzędu gruzłków siatkowkowych.

Guz wychodzący z pochwy zewnętrznej nerwu ocznego
Włókniakowatość nerwu. (Intradural tumour of the optic nerve
Neuro-fibromatosis). S. Mayon.

U dziewczynki 5 letniej zauważył autor lekki wytrzeszcz gałek prawej, stopniową utratę wzroku i powiększanie się nadmiarowości w krótkim przeciągu czasu. Po utworzeniu dostępu drogą chirurgiczną do tylnej części oczodołu stwierdził M. guz postaci wrzecionowatej w pochewce zewnętrznej nerwu, w odległości $\frac{1}{2}$ cm od tylnego bieguna gałki, o długości $2\frac{1}{2}$ cm, a szerokości 1·8 cm. W wyciętym guzie znajdowała się część tętnicy środkowej. Guz składa się z elementów wchodzących w skład pochewki nerwowej. W górnej części guza brak włókien nerwowych, stwierdza się natomiast liczne przestrzenie puste, nieregularnie ułożone. Przestrzenie te dały nawet powód niektórym autorom do uważania owych guzów za włókniaki z rozszerzonymi naczyniami chłonnymi („*lymph-angiectasis fibroma*“) lub śluzako-włókniaki, gdy w przestrzeniach tych znajdował się skrzep jednolity. Dokładne badanie histologiczne wyklucza to przypuszczenie, przestrzenie te nie są odgraniczone śródbłonkiem, lecz istotnymi komórkami guza.

W dolnej części guza napotyka się włókna nerwowe chorobowo zmienione. Przebieg ich jest falisty, wykazuje zgrubienia w postaci perełek lub też miejscami rozerwania.

Badanie wziernikiem dna oka stwierdza zanik nerwu po przebytem zapaleniu.

Budowa błony Brucha i jej udział w tworzeniu się wyrostki koloidowych. (The structure of the membrane of Bruch and its relation to the formation of colloid excrescences). George Coats.

W sprawie powstawania brodawczek błony sprężystej naczyniówki istnieją dotychczas dwa główne zapatrywania: jedni autorowie upatrują początek brodawczek w przemianie przybłonka barwikowego (>transformation< theory), drudzy uważają brodawczki tylko za wytwór przybłonka i wykluczają równocześnie jakąkolwiek przemianę w samych komórkach nabłonkowych (>deposition< theory*).

Autor podaje w swej pracy nowe poglądy na patogenezę brodawczek opierając się głównie na dokładnem badaniu histologicznem błony sprężystej zapomocą barwienia metodą Weigerta, używaną dla wyróżnienia włókien elastycznych. Wówczas widać wyraźnie, że błona sprężysta która po barwieniu hematoksyliną i eozyną przedstawia się jako pasek jednolity — składa się z dwóch warstw. Podział ten występuje najwyraźniej w sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego, gdyż tu błona jest najgrubszą i każda z tych warstw kończy się w odmienny sposób. Wewnętrzny pokład, o wejściu jednorodnem, bezpośrednio dotykający do przybłonka barwikowego i będący wytworem komórek przybłonkowych, kończy się wraz z przybłonkiem, pokład zaś wewnętrzny, składający z delikatnej siateczki włókien elastycznych, ciągnie się jeszcze dalej ku tarczy i posiada koniec zaokrąglony, zwrócony ku górze.

Za złożoną budową błony Brucha przemawia także zachowanie się jej w sąsiedztwie ciała rzęskowego. Część wewnętrzna tworzy w wyrostkach rzęskowych podstawową błonę dla przybłonka barwikowego, a część zewnętrzna nie wchodzi do wyrostków rzęskowych, lecz przebiega obok nich w delikatnej tkance łącznej między mięśniem rzęskowym i wyrostkami i kończy się w pobliżu włókien elastycznych więzadełka.

Odrębny charakter obu pokładów przemawia także za odrębnem ich pochodzeniem. Włókna elastyczne pokładu zewnętrznego są tego samego pochodzenia, co włókna elastyczne naczyniówki;

*) Dokładne przedstawienie rozmaitych poglądów na powstanie brodawczek błony sprężystej odnaleść można w pracy Rumszewicza: >Przyczynek do anatomii patologicznej tak zwanych brodawczek błony sprężystej naczyniówki<.

wewnętrzny zaś pokład jest wytworem przybłonka barwikowego podobnie, jak torebka soczewki jest wytworem również komórek przybłonkowych.

Posługując się wynikami tych badań dla wyjaśnienia pochodzenia wyrosła koloidalnych, stwierdza autor, że owe brodaweczki powstają wyłącznie z pokładu wewnętrznego, że są więc one również wytworem przybłonka barwikowego. Pokład zaś zewnętrzny, elastyczny, nie bierze udziału w tworzeniu się brodaweczek.

III. SPRAWY OSOBOWE.

Nadz. prof. dr Agababor w Kazaniu mianowany tamże prof. zwyczajnym.

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. emerytowany dr Wolfring zmarł w Warszawie.

Pochodził z rodziny bawarskiej, a urodził się w Eger w Czechach w r. 1833, ukończył studia na Litwie, zaś uniwersytet w Moskwie w r. 1857.

Z początkiem następnego roku dostaje posadę asystenta oftalm. instytutu w Warszawie, w r. 1860 przyznaje mu b. Rada Lek. Król. Polskiego stopień doktora medycyny. W r. 1861 towarzysząc choremu hr. Lidorsowi za granicę, odbywa równocześnie studia oftalmiczne w ciągu 10 miesięcy. W r. 1872 zostaje docentem pryw. okulistyki uniwersytetu warszawskiego, w r. 1873 docentem, a w r. 1883 prof. nadzwyczajnym i dyrektorem kliniki okulistycznej, ustępując z posady wojskowego lekarza do tego czasu dzierżonej. Prof. Wolfring napisał kilka oennych rozpraw i to przeważnie ze zakresu chorób powiek i spojówki.

(Wedle monografii dra Talki w »historii oftalmologii w Polsce«, pomieszczonej w książce jubileuszowej dla uczczenia 50letniej działalności naukowej prof. Szokalskiego).

IV.