

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

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

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

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

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

Styczeń.  
Luty.

→ ROCZNIK SZESNASTY. ←

1914.



KRAKÓW.

OZCJONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO  
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1914.

100100  $\frac{1}{2}$

## Treść.

	Str.
I. Prace oryginalne.	
1. Zakażenia oka pochodzenia nosowego. Dr. Edmund Rosenhauch. . . . .	1
2. O samoistnem limfatycznym nacieczeniu spojówki. Dr. Konrad Rumszewicz (w Kijowie). . . . .	9
II. Streszczenia. . . . .	23
III. Sprawy osobowe . . . . .	31
IV. Kronika żałobna . . . . .	—
V. Rozmaitości . . . . .	32
VI. Od Redakcyi. . . . .	—
Ogłoszenia.	

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

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

Styczeń.  
Luty.

→ ROCZNIK SZESNASTY. ←

1914.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. Klin. okul. Uniw. Jag. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicza.

### Zakażenia oka pochodzenia nosowego.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH

asystent.

Ch. M. I. 60 wdowa po wyrobniku zgłosiła się do kli-  
niki 4. VII. 1913 i podała, że od »tygodnia« widzi mgłą przed  
oczyma. Przedtem na oczy nie chorowała, nie leczona. Rozpo-  
znanie: Cataracta nucleocortic., capsularis fere matura, macula  
corneae oc. dextr. catar. nondum matura oc. sin. Ozaena.  
Prawem okiem rozpoznawała jeszcze palce z odległości  $\frac{1}{4}$  m.  
Przyjęta do kliniki 20 października i nazajutrz operowana:

$\sqrt{\text{pr. o. } \frac{1}{\infty}}$  proj. dobra

Extractio lobaris cum lobulo conj. iridectomia oc. dextr. (R.

Dw. Wicherkiewicz). Przebieg operacji prawidłowy, chora po operacji liczyła palce, była lekka hypotonia, zapuszczono pilokarpinę i założono obuoczną opaskę zwojową.

23. X. Pr. o. wydzielna skąpa śluzowa, spojówka nieco przekrwiona, dołem lekko chemotyczna, płatek wydęty, rogówka nieco urazowo zmętniona, przednia komora płytka, źrenica 2 mm. regularna na tęczówce i w obrębie źrenicy cienkie skrzepy. Leczenie: opłuk. elektrargolem, atropina, opaska pół mokra.

24. X. Pr. o. powieki obrzmiałe, wydzieliny brak, nastrzyknięcie rzęskowe, wzdłuż ranki górą kilka punkcikowatych nacieków na błonie Descemeta, rogówka o powierzchni jakby drobno nakłutej, na niej kilka pęcherzyków, ciecz w przedniej komorze mętna, tęczówka przekrwiona silnie, nacieczona, podobnie skrzepy w wąskiej źrenicy. Tonus  $+1\frac{1}{2}$ . Leczenie: wstrzyknięcie elektrargolu pod spojówkę i pod skórę, opłukanie oka elektrargolem, maść asc (atrop-scopolom-cocain), opaska spirytusowa ciepła, do nosa: pulvis novojodini  $+jodofor$ mi. Badanie krwi wykazało odczyn Wassermana dodatni, do leczenia dotychczasowego dodano wewnątrznie mergal.

Stan oka pomimo energicznego leczenia stale się pogarszał.

28. X. Pr. o. wydzielina obfita, silny obrzęk powiek i chemoza spojówki, naciek rogówkowy rozszerzył się, sięga w głąb.  $\sqrt{=0}$ .

Panophthalmitis.

Badanie bakteryologiczne worka spojówkowego przed operacją nie wykazało prócz nielicznych gronkowców białych żadnych mikrobów.

Powtórne badanie wykonane dn. 26/X dało wynik podobny, natomiast w preparatach z nacieku rogówkowego stwierdzono obok nielicznych gronkowców bardzo liczne prątki grube z bardzo wybitnymi otoczkami. Zaszczepione na pożywkę agarową, wyrosły niemal w czystej hodowli też same prątki w postaci grubych wyniosłych białawych zlewających się kolonij. Hodowla żelatynowa kłuta bardzo znamienna (Nagelkul-

tur) z guziczkiem jakby porcelanowym wyniosłym nad powierzchnię.

Żelatyny mikrob ten nie rozpuszczał, zabarwiał ją tylko nieco na brązowo. Na ziemniaku podobny gruby biały nalot. Bulion zmętniony silnie, na powierzchni brak błonki. Mleka nie ścina, ale je zakwasza. W pożywkach cukrowych wytwarza obficie gaz. Odczyn indolowy, raczej ujemny. Brak zarodników. Rośnie na powietrzu i w bezpowietrznych hodowlach, także w ciepłocie pokojowej. Sposobem Grama odbarwia się.

Na podstawie powyższych znamion należy prątki te zaliczyć do wspólnej grupy otoczkowców: *bacillus mucosus capsulatus*, do której należą: *b. pneumoniae* Friedländer, *b. ozae-nae* (Löwenberg) i inne.

Zaznaczyć tu również muszę, że 26/X badałem równocześnie wydzielinę błony śluzowej nosa. Na tej błonie znalazłem kilka ognisk pokrytych zaschłym strupkiem, po usunięciu błona śluzowa była silniej w tem miejscu zaróżowiona pokryta nieznaczną ilością szarej ciągnącej się wydzieliny. Z tej wydzieliny przygotowałem preparaty i hodowle, które wykazały cechy identyczne z cechami mikrobów wyhodowanych z oka, a opisanymi przez Löwenberga dla prątków ozaeny.

Aby się przekonać o chorobotwórczości tych mikrobów wykonałem kilka doświadczeń, z których dwa podaję poniżej.

#### Doświadczenie I.

1. XI. wstrzyknąłem do przedniej komory oka morskiej świnki zawiesinę mikrobów (24 godz. hodowla agarowa) wyhodowanych z oka, w soli fizyologicznej.

2. XI. Spojówka miernie przekrwiona chemotyczna, na błonie Descemeta naloty szare, rozlane, rogówka w całości lekko zmętniona, tęczęwka przekrwiona.

3. XI. Wszystkie objawy spotęgowane.

4. XI. Bardzo silna chemoza, hypopyon  $1\frac{1}{2}$  mm.

6. XI. Panophthalmitis, w ropie czysta hodowla prątków ozeny.

#### Doświadczenie II.

1. XI. Kroplę tej samej zawiesiny, co w doświadczeniu

I wstrzyknąłem poprzez twardówkę do ciała szklanego oka morskiej świnki (po nakłóciu odpływa nieco płynu przezroczy-  
stego jeszcze przed wprowadzeniem zawiesiny bakteryj).

2. XI. Silna chemoza, rogówka silnie jednostajnie zmę-  
tniona, hypopyon 1 mm. żółto-szare, tęczęwka bardzo silnie  
przekrwiona, o rysunku zatartym żrenica wąska przebija.

3. XI. Panophthalmitis, w ropie: b. ozaenae.

Streszczam przebieg przypadku: U starszej kobiety cier-  
piącej na ozenę, wykonano operację zaćmy. Zabieg operacyj-  
ny wykonano z wszelkimi środkami ostrożności. W przed-  
dzień operacji przepłukano jamę nosową lysolem, przekonano  
się, że drogi łzowe wolne, obmyto starannie okolicę oka i wo-  
rek spojówkowy. Po założeniu opaski próbnej, przekonano się,  
że nazajutrz niemal żadnej wydzieliny nie było. Badanie ba-  
kteryologiczne zawartości worka spojówkowego nie wykazało  
żadnych chorobotwórczych mikroobów, tylko nieliczne białe gron-  
kowce. Mimo to, obmyto bezpośrednio przed operacją worek  
spojówkowy dokładnie i opłukano, jak zwykle elektrargolem.  
Przebieg operacji był zupełnie prawidłowy, pomimo tego na  
drugi dzień po operacji wystąpiło zakażenie, z razu samej róg-  
ówki, potem tęczęwki i w przeciągu 5 dni doprowadziło do  
ropnego zapalenia całej gałki ocznej. W worku spojówkowym  
zrazu żadnych mikroobów prócz gronkowców białych nie stwier-  
dzono, natomiast z nacieku rogówkowego i z ognisk na błonie  
śluzowej nosa wyhodowano obficie prątki ozeny. Chorobotwór-  
czość wyhodowanych mikroobów była bardzo znaczna. Wstrzy-  
knięte do przedniej komory oka morskiej świnki doprowadziły  
w przeciągu 5 dni do ropnego zapalenia całej gałki. Wprowa-  
dzone do ciała szklanego doprowadzają do takiego samego  
wyniku w przeciągu dni 3.

Drugi przypadek był łagodniejszy po względem prze-  
biegu: 17. XI. zgłosiła się wieśniaczka ze swym 1 $\frac{1}{2}$  rocznym syn-  
kiem K. J. (7208/08) i podała, że w miesiąc po urodzeniu za-  
uważyła plamy białe w żrenicach dziecka. J. jest dziesiątem  
dzieckiem z rzędu, inne zdrowe. Poród nie był ciężki.

Badanie wykazało spojówki blade, rogówki czyste, so-

czewki zaćmione przedstawiają się w regularnie atropiną rozszerzonych źrenicach jako cienkie błony, nieregularne, w środku których zgrubienia kredowo białe wielkości ziarn prosa.

Rozpoznanie: *Cataracta congenita arido-siliquata* oc. utr. Z powodu braku wolnego miejsca przyjęto dziecko do kliniki dopiero dnia 28. I. 1909 i nazajutrz operowano: *Extractio linearis simplex* oc. dextr. Cięcie górą, błonka mięka rwie się, nieznaczny prolapsus corporis odcięto.

Przez pierwsze dwa dni oko było blade, źrenicą wązka.

1. II. wydzielina śluzowo-ropna, spojówka przekrwiona, z ranki nacieczonej strzępki żółto-szare ciągnące się do przedniej komory, w której jest płynna ropa (hypopyon 1 mm) Rhinitis.

Leczenie: Opłukanie, pyoktanina, dionina, atropina, maść elektrargolowa; do nosa: maść elektrargolowa. Opaska spirytusowa.

2. II. Powieki obrzmiałe, lekka chemoza, w źrenicy szarawy wysięk, hypopyon ustąpiło.

4. II. oko mniej podrażnione.

10. II. obrzmienie powiek ustąpiło. Wydzieliny brak, spojówka gałki przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe, blizna pooperacyjna jasno szara, przednia komora nieco płytka, tęczówka w obwodowej części o rysunku prawidłowym, źreniczną część i źrenica sama zasłonięte wysiękiem szarym.

Badanie bakteryologiczne wykonane d. 1. II. wykazało w wydzielinie spojówkowej i nacieku rogówki: nieliczne gronkowce białe, prątki xerozy i obfite dwuprątki *Moraxa-Axenfelda*. W wydzielinie nosa (rhinitis): gronkowce złote i cytrynowe, w przeważającej ilości jednak również dwuprątki *Moraxa-Axenfelda*.

Streszczając przebieg tego przypadku widzimy, że u dziecka 1½ rocznego występuje na trzeci dzień po operacji zaćmy katar nosa równocześnie niemal z zakażeniem ranki pooperacyjnej, które przebiega dość gwałtownie i doprowadza do zarosnięcia źrenicy. Zarówno w nacieku rogówki, jak

i w wydzielinie błony śluzowej nosa stwierdzono obecność dwuprątków *Moraxa-Axenfelda*.

W obu powyżej przytoczonych przypadkach mamy do czynienia z zakażeniem pooperacyjnym. Zakażenie takie wywołane przez prątki ozeny należy do rzadkości, a przez dwuprątki *Moraxa-Axenfelda* dotąd, zdaje się, jeszcze nie było spostrzegane.

W zakażeniach pooperacyjnych gałki ocznej pierwsze miejsce co do częstości zajmuje dwoinka zapalenia płuc (Gasparini, Axenfeld, Kuhnt, Taylor, Johnston i i.). Znajduje się ona na spojówce nieraz zupełnie prawidłowej; w woreczku łzowym, może się również dostać do rany zapomocą pyłków śliny z ust operatora (Speicheltröpfcheninfektion, Flüge), o czym się doświadczalnie na królikach przekonano (Hotta). Potem dopiero co do częstości zakażeń następują: gronkowiec złoty (Leber, Sattler i i.), paciorkowiec (Duclos i i.), prątki z grupy błonicy (Kastalska, Gourfein), prątki grypy (Duclos). Prątki ozeny, względnie prątki zapal. płuc Friedländera, jako przyczynę zakażenia pooperacyjnego obserwowali raz Terson i Gabrielides, którzy przypisywali wielkie znaczenie prątkom tym w zakażeniach pooperacyjnych u osobników dotkniętych ozeną. Badali oni prawidłowo wyglądający worek spojówkowy i łzowy u osobników tych i stwierdzili obecność tych mikrobów 6 razy na 11 badanych przypadków.

Od tego czasu jednak zmieniło się zapatrywanie na prątki ozeny. o tyle, że jakkolwiek napotyka się je dość często w cierpieniu nosa, to etyologiczne ich znaczenie z pewnością nie jest stwierdzone. Z drugiej strony coraz bardziej przekonano się o niemal ich zupełnej identyczności z prątkami Friedländera, pod względem postaciowym, barwienia się, chorobotwórczym, a poniekąd także i wzrostu na pożywkach. Okazało się, że prątki te wbrew oczekiwaniu Tersona i Gabrielidesa — pisze Axenfeld — są w oku stosunkowo rzadkim czynnikiem chorobotwórczym. Nawet w ropie worka łzowego u osobników z ozeną znajduje się prątki rzadko (Cuénod, Uhthóff-Axenfeld, Gourfein), u chorych tych przeważa



obecność dwoinek zapalenia płuc, także jako moment etyologiczny zakażeń rogówkowych. O ile prątki Löwenberga, względnie Friedländera znajdowano na spojówce, to miało to miejsce przeciwnie u osobników nie dotkniętych ozeną. Także Lodato i Angelucci zaznaczają, że wspomniany przez Tersona i Gabrielidesa związek między ozeną a spojówką nie da się do tego stopnia wykazać; Lodato i Angelucci nie stwierdzali prątków ozeny na spojówce w przypadkach, w których w nosie obecność ich udało się wykazać.

Jaką drogą mogły się mikroby te dostać do gałki operowanej? Zachodzi tu kilka ewentualności: przez zetknięcie się z materiałem zakażającym, albo znajdowały się na spojówce mikroby w bardzo nieznacznej ilości (tak, że badaniem nie udało ich się wykazać), albo na drodze przerzutowej, albo wreszcie drogą nośno-łzową.

Co się tyczy ostatniej drogi, to jest ona może najmniej prawdopodobną. Przechodzenie mikrobów z ust lub nosa do oka przez zdrowy przewód nośno-łzowy nigdy nie ma miejsca (Bach), podobnie rzecz się przedstawia w przypadkach częściowego zwężenia tego kanału (Hauenschild). Doświadczenie przeprowadzane w krakowskiej klinice okulistycznej i w zakładzie Prof. Nowaka doprowadziły do podobnych wyników. W doświadczeniach tych wprowadzano królikom i morskim świnkom do jamy nosowej prątki kilońskie, które, jak wiadomo, odznaczają się żywą czerwoną barwą; wprowadzano je w okolicę ujścia nosowo-go kanału łzowego w bardzo wielkiej ilości. Ani razu nie stwierdzono ich obecności w worku spojówkowym, ani też w kanalikach łzowych, choć kanał ten przebiega u zwierząt bardziej poziomo, a więc korzystniej dla ruchu wstecznego, niż u człowieka.

Przerzutowych zakażeń oka wywołanych prątkami Friedländera znanych dotąd jest kilka:

Thrombophlebitis ophtalmica (Mitvalski), ropień oczodołu (Pergens), po operacji zaćmy u chorego, który zachorował na zapalenie płuc, panophthalmitis (Wopfner). Prątki wyhodowane były bardzo jadowite, co zresztą stwierdziły przedtem do-

świadczenia Sattlera, Mandryego, Tersona i Gabrielidesa, a zwłaszcza Pergensa.

Istnieje więc kilka pewnych przypadków przerzutowego zakażenia oka prątkami Friedländera i tej ewentualności, podobnie jak dwóch innych powyżej wspomnianych, nie możemy wykluczyć i w naszym przypadku. A przemawia za tem i zdanie Axenfelda, że »nie da się wykluczyć, iż czasem z nosa (ozena) bierze początek zakażenie ogólne, które na drodze przerzutowej zakaża oko«.

Dwuprątki *Morax-Axenfelda* również napotymano na prawidłowej spojówce (Plaut, Zelewski, Harman). W 100 prawidłowych workach spojówkowych napotkał dwuprątki 6 razy Rymowicz. Zapatrywanie Biarda, że dwuprątki usadawiają się często w nosie i ztamtąd zakażają spojówkę, nie zyskało zrazu potwierdzenia (Morax, Petit, Nedden). Jednakże dokładne badania Erdmanna dowiodły, że dwuprątki można stosunkowo dość często wykazać w nosie i to nie tylko u chorych na zapalenie brzegów powiekowych i spojówkowych (blepharoconjunctivitis), ale także u osobników ze zdrową spojówką. Ponieważ wzrost na pożywkach i inne właściwości tych dwuprątków wyhodowanych z nosa okazały się identycznymi z cechami dwuprątków z worka spojówkowego, ponieważ ich czysta hodowla na ludzkiej spojówce wywołała typowe zapalenie powiekowo spojówkowe. Wynik badania Erdmanna należy uważać za niewątpliwy. Erdmann stwierdził u 142 osób nieposiadających dwuprątków w wydzielinie spojówkowej 64 razy typowe dwuprątki bez otoczki w nosie. W 26 przypadkach przeszczepił na pożywki i otrzymał 18 razy typowe dwuprątki *Morax-Axenfelda*. Ważne są również te badania Erdmanna, w których stwierdził, że długo po ustąpieniu kataru spojówkowego przez szereg tygodni można dwuprątki wykazać w nosie. Tylko w kilku takich przypadkach istniał chroniczny katar nosa, w przeważnej liczbie błona śluzowa nosa była prawidłową. Z takiej klinicznie zdrowej błony śluzowej przeszczepił Erdmann odrobinę śluzu na spojówkę (nie zawierającą dwuprątków) i wywołał typowe zapalenie spojówki.

Że dwuprątki zdolne do życia znajdują się w zeschniętym śluzie jeszcze nawet po 6 dniach — tego dowiodła hodowla.

Ważnem jest również spostrzeżenie Treacher-Collinsa, który u dzieci cierpiących na katar spojówek i nosa stwierdził w śluzie z nosa 125 razy dwuprątki.

Do zakażenia ran gałki ocznej nie posiadają dwuprątki wielkiej skłonności. Axenfeld spostrzegał zupełnie normalny przebieg gojenia się zranienia drążącego w głąb oka dotkniętego wybitnem zapaleniem powiekowo-spojówkowym. Z drugiej jednak strony uczy nas doświadczenie w przypadkach owrzodzeń rogówki z ropą w przedniej komórce, że mikroby te mogą się stać dla zranień rogówki niebezpiecznymi.

Chociaż więc zakażenia to rzadkie, chociaż złowróżbne zdania i obawy Tersona i Gabrielidesa uległy z biegiem czasu złagodzeniu, to jednak, jak tego nasze przypadki dowiodły, z możliwością zakażenia prątkami ozeny u osobników tem cierpieniem dotkniętych i w ogóle z zakażeniem oka mikro-bami znajdującymi się w jamie nosowej liczyć się trzeba. Przed każdą operacją na gałce ocznej, przy każdym zranieniu należy w tym kierunku badać i ewentualnie leczyć.

Piśmiennictwo patrz: Axenfeld, Bakteriologie in der Augenheilkunde. G. Fischer. Jena.

JW Panu Radcy Dworu Prof. Wicherkiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za zachęcenie mnie do niniejszego tematu i odstąpienie przypadków do ogłoszenia.



## O samoistnem limfatycznym nacieczeniu spojówki.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ (w Kijowie).

Przyp. 1-wszy. VI/I 1906. A. P., 20 letni. Prawe oko zupełnie prawidłowe. Lewa górna powieka zgrubiła, twarda.

od roku opadnięta. Spojówka gałki i powieki dolnej prawidłowa. W obrębie załamka górnego spojówka gładka, bardzo zgrubiała, barwy blado-różowej. Utworzony przez załamek gruby fałd, wyciąłem nożycami, nie zakładając wcale szwów. Badanie drobnovidowe wyciętego fałdu wykazało: Przybłonek 2-warstwowy, kształtu sześciennego, pomiędzy komórkami jego liczne komórki wędrujące. Bezpośrednio pod przybłonkiem znajdują się komórki o cechach limfatycznych ułożone ściśle obok siebie, tkanka siateczkowa bardzo słabo rozwinięta, naczynia krwionośne bardzo nieliczne, komórki tworzą warstwę całkowitą około 2 mm grubą, zastępującą właściwą spojówkę, otaczają jednak w niektórych miejscach, skierowując się wzdłuż naczyń krwionośnych górne zraziki gruczołów Meiboma, widocznie je uciskając.

Przyp. 2-gi. A. S. 12 letni. Od dwóch lat rodzice spostrzegli stopniowe opadanie obu powiek górnych. V/3 1908 obie powieki górne bardzo zgrubiałe, twarde, brzeg ich wolny odpowiada średnicy poziomej źrenicy. Rogówki i spojówka dolnych powiek i gałki ocznej prawidłowa. Dolne załamki występują w postaci wyraźnych wałeczków. Po odwinięciu górnych powiek górne załamki tworzą bardzo grube wałki, zwłaszcza w okolicy skroniowej, gdzie dawały się spostrzegać jakby dodatkowe jeszcze fałdy o gładkiej powierzchni, barwy blado-różowej. Spojówka powiek zupełnie prawidłowa. Wyciąłem w ciągu 3 tygodni kolejno wszystkie cztery załamki, nie zakładając szwów. Zagojenie rychło następowało; opadnięcie górnych powiek ustąpiło.

W rok po dokonanej operacji chory zgłosił się powtórnie, ponieważ od trzech miesięcy powieki górne znowu zaczęły opadać. Opadnięcie to wszakże było bardzo nieznaczne. W obrębie dolnych załamek spojówka była zupełnie prawidłową, widocznie były tylko różowe gładkie blizny. Po odwinięciu górnych powiek w tylnej części załamek widoczne były powstałe na nowo fałdy długości przeszło 2 mm. U podstawy były one grubsze, lecz ku brzegowi wolnemu cienie, blade, przy-

pominały raczej bardzo rozwinięte fałdy półksiężycowe. Wyciąłem je też, poczem nowego nawrotu już nie było.

Badanie drobnovidowe wyciętych części wykazało: Przybłonek 2—3 warstwowy, składający się z sześciennych, często nawet płaskich komórek, pomiędzy którymi znajdowały się liczne komórki wędrujące. W wielu miejscach przybłonek tworzył wyrostki skierowane na znaczną bardzo głębokość do istoty położonej pod nim tkanki. Przewodów wyrostki nie miały, komórki zaś głębiej powierzchni położone kształt miały najczęściej walcowaty, niekiedy nawet wrzecionowaty. Bezpośrednio pod przybłonkiem znajdowały się dość liczne nawet komórki protoplazmatyczne, które niekiedy tworzyły grupy z kilku komórek złożone, najczęściej zaś były odosobnione pośród komórek o cechach limfatycznych, ułożonych o tyle ciasno, że istota międzykomórkowa zupełnie prawie była niewidoczna. Ta warstwa komórek grubości przeszło 4 mm. zastępowała właściwą spojówkę, lecz w stronie skroniowej przechodziła do tkanki podspojówkowej i otaczała dokoła dodatkowe gruczoły łzowe i ich przewody, powodując niekiedy zupełny zanik całych zrazików. W wyciętych dolnych załamkach spojówkę również zastępowała tkanka limfatyczna, komórki protoplazmatyczne bardzo były nieliczne, przybłonek tworzył równą warstwę bez wyrostków.

Badanie fałdów powtórnie powstałych wykazało: Przybłonek 2—3 warstwowy, walcowaty lub sześcienny, tworzy na cięciu zupełnie równą i gładką warstwę. Pod przybłonkiem warstwa luźnej tkanki łącznej, w której spostrzegamy liczne drobne zbiorowiska komórek limfatycznych, tworzące jednak zupełnie odosobnione wysepki. Tkanka łączna zawiera nie wiele komórek, natomiast dość liczne cienkie naczynia o bardzo cienkich ścianach. Komórki limfatyczne często ulegają zmianom. Kształt ich nieprawidłowy, brzegi nierówne, barwiki jądrowe barwią je bardzo silnie.

W warstwie podspojówkowej znacznie bardzo zgrubiałej, znajdujemy wyłącznie prawie tylko luźną tkankę łączną. Komórek limfatycznych nie znajdujemy tu wcale, w niektó-

rych tylko miejscach widoczne są wysepki pierwocin, najzupełniej przypominających uległe martwieniu komórki limfatyczne warstwy właściwej spojówki.

Przyp. 3-ci. VI/2 A. S. 14-letni. Przeszło przed rokiem rodzice spostrzegli, że oczy jakby maleć zaczęły. Powieki zgrubiałe, twarde, brzegi wolne obu górnych powiek dochodziły do brzegu górnego źrenicy. Rogówki prawidłowe, spojówka obu gałek również. Po odwinięciu górnych powiek oba załamki występowały w postaci bardzo grubych gładkich wałków, barwy blad różowej z niewyraźnym bladym odcieniem. Wygląd taki miały również przyległe do załamek wszystkie pasemka spojówki gałki, natomiast ku przodowi spojówka rychło przybierała wygląd prawidłowy o tyle, że już w przedniej części załamka spojówka była tylko nieco obrzękłą. W okolicy dalszych załamek spojówka była tylko obrzękłą, barwy prawidłowej. Wyciąłem oba górne fałdy i wygojenie nastąpiło rychło. Nawrotu cierpienia nie było.

Badanie drobnowidowe: Przybliżonek składał się najczęściej z 2 warstw sześciennych lub prawie płaskich komórek i tworzył na cięciach wyrostki zwykle całkowite, rzadziej posiadające przewody, które to wyrostki udawały się na bardzo znaczną głębokość do istoty warstwy spojówkowej. Ta zaś już w okolicy gałki miała przeszło 1 mm. grubości, w obrębie zaś załamka przeszło 5 mm. Budowa zawsze była jednostajną nadzwyczaj gęsto ułożone komórki o cechach limfatycznych, bardzo mało naczyń krwionośnych, zupełny brak włóknistej tkanki łącznej, bardzo słabo rozwinięta siateczka. Błona podspojówkowa i chrząstka powiek zupełnie prawidłowe.

Przyp. 4-ty. G. S., 17-letnia. Od trzech lat powieki stopniowo opadały. W dniu badania II/5 1909 brzegi wolne obu powiek górnych odpowiadały średnicom źrenic. Spojówka gałek i powiek dolnych prawidłowa, w okolicy dolnych załamek cokolwiek obrzękła. Po odwinięciu powiek górnych, oba górne załamki tworzą grube, zupełnie gładkie, blad różowe z żółtawym odcieniem fałdy opadające na gałkę. Najbardziej są one grube w skroniowych częściach załamek. Od brzegu

oczodołowego chrząstki spojówka staje się zupełnie prawidłową. Wyciąłem oba górne fałdy.

Badanie drobnovidowe wykazało: Przybłonek składa się przeważnie z dwóch tylko, w niektórych miejscach nawet z jednej tylko warstwy komórek, przeważnie sześciennych, niekiedy nawet płaskich. Pomiedzy komórkami bardzo liczne komórki wędrujące. Pod przybłonkiem znajduje się warstwa, składająca się prawie wyłącznie z komórek limfatycznych. Siateczka bardzo słabo rozwinięta, naczyń krwionośnych bardzo niewiele. Głębiej widzimy te same komórki limfatyczne, lecz ułożone są one wysepkami przedzielonemi dość grubemi pasemkami tkanki włóknistej zawierającej bardzo mało komórek i naczyń. Głębiej wysepki stają się coraz mniejsze, natomiast pasemka tkanki łącznej coraz bardziej grubieją. W skroniowych częściach fałdów warstwa tkanki limfatycznej jest najgrubszą, pośród niej są położone zanikłe pęcherzyki i przewody dodatkowych gruczołów łzowych.

W warstwie podspojówkowej komórki są na razie zupełnie prawidłowe. Głębiej, gdzie spostrzegamy bardziej znaczny rozwój tkanki łącznej, często nietylko odosobnione komórki, lecz całe wysepki komórek kształt mają nieprawidłowy, jądra rozdrobnione, bardzo silnie się barwią barwikami jądrowymi. Dokoła gruczołów łzowych dodatkowych i przewodów ich zmiany te występowały szczególnie wyraźnie.

Przyp. 5 - ty. P. A., 20-letni. Od trzech lat zaczął spostrzegać zwężenie szczelin powiek. IX/20 1910, Powieki górne znacznie zgrubiałe, twarde, opadnięte. Spojówka dolnych powiek i załamek prawidłowa, spojówka gałki również, prócz wąskiego bardzo pasemka, przyległego do załamka górnego, w obrębie którego była ona cokolwiek zgrubiała. Po odwinięciu powiek widzimy, że spojówka ich jest zupełnie prawidłową. Oba załamki występują w postaci fałdów, obwisłych nad gałką — w okolicy skroniowej są one znacznie grubsze. Spojówka w obrębie fałdów blada, gładka, równa, cokolwiek nawet przezroczysta, zwłaszcza w pobliżu wierzchołka załamka.

Usunąłem oba fałdy nożycami, nie zakładając szwów.

Badanie drobnowidowe wykazało: Przybłonek składa się z 2—3 warstw komórek sześciennych, niekiedy nawet płaskich. Tworzy on liczne wyrostki zawsze prawie światło mające, które dochodzą prawie do samej błony podspojówkowej. W początku i końcu wyrostków komórki, ułożone zwykle we 2 warstwy, kształt mają sześcienny, w środkowej zaś części rurek często zupełnie płaski i tworzą jedną tylko warstwę. Pomiedzy komórkami przybłonka sporo komórek wędrujących. Pod samym przybłonkiem znajdują nieliczne komórki protoplazmatyczne, rzadko po 3—4 obok siebie, najczęściej zupełnie odosobnione i giną prawie pośród bardzo gęsto obok siebie położonych komórek limfatycznych, które tworzą warstwę 2 mm. grubą. Siateczka pomiedzy komórkami jest nieco więcej rozwinięta niż w uprzednich przypadkach. Naczynia krwionośne nieliczne, natomiast w pewnych odstępach od siebie ułożone znajdują się względnie grube pasemka włóknistej tkanki łącznej. Tkanka limfatyczna zajmuje istotę właściwej spojówki. Co prawda wyrostki jej skierowują się wzdłuż większych naczyń krwionośnych nietylko do warstwy podspojówkowej, lecz nawet do chrząstki, lecz na ogół są one nieliczne, zaś błona podspojówkowa występuje nadzwyczaj wyraźnie; nacieczeniu limfatycznemu nie uległo. W skroniowej okolicy załamek, jak nadmieniałem już, znacznie więcej zgrubiałej, komórki limfatyczne otaczały względnie grubą warstwą przewody i zraziki dodatkowych gruczołów łzowych, niektóre nawet zraziki wskutek znacznego ucisku uległy martwieniu.

Różnica w budowie przytoczonych tu pięciu przypadkach zależała najpierw na tem, iż treść główną stanowiły bądź wyłącznie komórki limfatyczne, jak to najczęściej miewało miejsce, bądź też w warstwie podprzybłonkowej znajdowały się nadto w nieznacznej ilości komórki protoplazmatyczne. Komórki takie Matys (Zeitschr. f. Augenheilk. October 1904) znajdował w przypadku zapalenia Parinaud'a (Deutschmann'a Beiträge IV 1899 str. 40) w przypadku rzekomej białaczki. Dalej siateczka adenoidalna pomiedzy komórkami występowała bardziej lub mniej wyraźnie, chociaż naogół zawsze słabo była



rozwinęta. Nacieczenie przewodnie miało miejsce w tkance właściwej spojówki, chociaż przechodziło niekiedy nietylko do błony podspojówkowej, lecz nawet do istoty chrząstki i otaczało przyległe do brzegu zraziki Meiboma, a nadto dodatkowe gruczoły łzowe. Przeważnie komórki limfatyczne były ułożone dokoła naczyń krwionośnych i wzdłuż naczyń przechodziły na części przyległe. W istocie ścian naczyń komórek limfatycznych nigdy nie spostrzegałem. Zmian w naczyniach w żadnym przypadku nie było. Zatem rozwój tkanki limfatycznej miał miejsce w układzie limfatycznym.

---

Jak też rzecz się ma z tkanką limfatyczną w prawidłowej spojówce? Waldeyer (Podręcznik Graefego i Saemischa, 1-e wydanie str. 240) utrzymywał, że niekiedy zwłaszcza u młodych osobników, w tkance spojówkowej daje się spostrzegać ustrój siatkowatej. Ciaccio (Memorie dell' accad. di Bologna S. 3. IV str. 469) utrzymywał, że właściwą spojówkę tylko w obrębie spojówki gałki i pasa 1—5 mm. szerokiego w pobliżu brzegu wolnego powiek stanowi tkanka włóknista, wszędzie zaś gdzieinziej tkanka siatkowata, w której splotach są ułożone komórki limfatyczne. Wypadało zatem, że cała prawie spojówka stanowi organ limfatyczny.

Pogląd też ten podzielali wszyscy prawie o tyle, że w jednym z ostatnich najlepszych podręczników wydanym w r. 1909 Axenfeld utrzymuje (str. 275): »Tylko spojówka chrząstki i załamka posiada pod przybłonkiem warstwę tkanki adenoidalnej. Ta tkanka adenoidalna posiada limfatyczne komórki i w większej części dorosłych osobników odosobnione drobne follikuły. Być może, iż te ostatnie powstają wskutek podrażnień, na które jest za życia narażoną spojówka«.

Lecz już Sattler (Arch. f. Ophthalm. XXIII, 4 str. 1) utrzymywał, że komórki są ułożone w tkance włóknistej. Co zaś do samych komórek, już Waldeyer utrzymywał, że jakkolwiek wyłącznie prawie są to komórki limfatyczne, znajdował jednak wielkie tuczne komórki nieprawidłowego sześciennego

kształtu, niekiedy z krótkimi wyrostkami. O istocie komórek pierwszy wypowiedział się stanowczo Stöhr (Sitzungsber. d. phys.-med. Gesellschaft in Würzburg 1885), mianowicie, że komórki limfatyczne w spojówce są bardzo nieliczne, przeważnie zaś są to komórki nieprawidłowo sześciennego kształtu o obfitej zarodki. Wyniki wszakże obu wymienionych prawd przeszły niespostrzeżenie nie tylko w pojedynczych rozprawach, lecz i w podręcznikach.

Co się tyczy zorganizowanych limfatycznych utworów w spojówce, t. zw. torebek (follikuły) większość badaczy stanowczo zaprzeczała istnieniu takowych w prawidłowej spojówce u człowieka przynajmniej. Różnica zdań polegać musiała przede wszystkim na doborze odpowiedniego materiału do badania. Nie w dając się tu w szczególności sprawy tak bardzo w literaturze omawianej, nadmienię tylko, że gorliwymi obrońcami zupełnie rozwiniętych torebek byli teoretycy-histolodzy, przeciwnikami przeważnie oftalmologowie. Otóż wiemy, że o prawidłową zupełnie spojówkę bardzo trudno, gdyż zwłaszcza w prosektorych mamy przeważnie spojówki w stanie przewlekłego nieżyty, w których to warunkach rozwój utworów torebkowych jest rzeczą zupełnie zwyczajną. Rzecz prosta, że badanie takiego materiału dać mogło wyniki właściwe dla spojówki chorobowej nie zaś prawidłowej.

Hans Virchow (Podręcznik Graefego i Saemisch 2 gie wydanie. Cz. I. T. I. II str. 467) stanowczo zaprzecza spojówce roli organu limfatycznego. Zdaniem jego w spojówce właściwej pomiędzy pętlami zwyczajnej tkanki włóknistej ułożone są komórki bynajmniej nie limfatyczne, lecz: 1) przeważnie komórki protoplazmatyczne; 2) stałe komórki tkanki łącznej; 3) komórki wędrujące. Co się tyczy zorganizowanych utworów limfatycznych, Virchow znalazł w obrębie t. zw. przez niego Plateaux; Rinnen czyli w górnej części powieki (przeważnie górnej, częściowo nawet w przyległej części fałdu), obok wyraźniej odgraniczonych wrzodków, mniej wyraźne zbiorowiska komórek limfatycznych, które nigdy jednakże nie występowały jako twory choć w części zbliżone do torebek limfatycznych,

lecz tylko jako węzółki komórek limfatycznych, ułożone w istocie bardziej luźniej lecz zawsze tylko włóknistej tkanki łącznej. Zbiorowiska te komórek limfatycznych były otoczone przez komórki protoplazmatyczne, niekiedy też wciskały się pomiędzy nie odosobnione komórki limfatyczne.

Dalej Virchow zbadał przedewszystkiem bardzo liczne spojówki, nadto nietylko na cięciach lecz przeważnie *in situ*, wreszcie posługiwał się bezwarunkowo, tylko spojówkami, w których żadnych zmian chorobowych nie spostrzegano.

Co do mnie nigdy nie widziałem tkanki adenoidalnej w prawidłowej spojówce dla dorosłych i u noworodków, prócz tylko w otoczeniu dodatkowych gruczołów łzowych i ich przewodów dodatkowych, natomiast tylko tkankę włóknistą, bardziej luźną w spojówce gałki i fałdów, mniej znaczne w spojówce powieki. W pętlach tkanki tej i pomiędzy włóknami jej znajdowałem bardzo rzadko komórki limfatyczne, zwykle zaś znacznie większe, kształtu nieprawidłowego z obfitą zarodzią. Co się tyczy utworów przypominających torebki limfatyczne, znajdowałem je li tylko w okolicy ciała brodawczkowego i załamków i li tylko jako położone pod przybłonkiem, który nadto w miejscu odpowiedniem składa się tylko z 2—3 warstw przeważnie płaskich komórek, drobne zbiorowiska komórek limfatycznych, pośród luźnej tkanki łącznej, nieposiadające nietylko torebek, lecz nawet limfatycznych zatok i szczelin. U zwierząt dorosłych widzimy bardzo rozwinięte torebki. Okoliczność, iż u pewnych gatunków znajdujemy je w miejscach dla każdego gatunku właściwych zdawałoby się przemawiać zatem, że stanowią one utwory, dla zwierząt prawidłą. Tak wszakże nie jest — u zwierząt nawet u noworodków utworów tych nie znajdujemy.

---

Przyjęte do niedawna powszechnie mniemanie, że spojówkę stanowi przeważnie tkanka adenoidalna, ułatwiało znakomicie wytłumaczenie stanów chorobowych, w których znajdowano obfite bardzo złogi tkanki limfatycznej. Stanowiąc ona

mogła wprost rozrost tylko istniejącej już uprzednio tkanki. Michel (Lhrb. d. Augeneilk. 1884 str. 233) zaliczał do limfom spojówki »wszelkiego rodzaju utwory ziarninowe i torebkowe w spojówce, niezbyt torebkowy i jaglicę, również narośle powstałe przy przymocie i białaczce; krótko mówiąc wszystkie postacie chorobowe, w których wskutek zakażenia lub zatrucia powstają rozrosty torebek limfatycznych«. Bardzo znaczny rozwój tkanki adenoidalnej opisał Raehlmann w swych pracach o szklistem i skrobiowatym zwyrodnieniu spojówki; utrzymuje on nadto, iż stanowi on pierwszy niezbędny okres w rozwoju tych spraw. Poglądy Raehlmanna dokładnie skreślił Kubli w pierwszej obszernej monografii sprawom tym poświęconej (Arch. f. Augeneilk. X.). Rozwój tkanki adenoidalnej miał stanowić okres wstępny sprawy skrobiowatej. W pierwszej pracy mojej o szklistem i skrobiowatym zwyrodnieniu spojówki (Przegląd lekarski 1891, Arch. f. Augeneilkunde XXV, 3 i 4) udowodniłem, że uprzedni rozwój tkanki adenoidalnej bynajmniej nie jest koniecznym dla powstania sprawy szklistej i skrobiowatej, dalej, że obie ostatnie sprawy są zupełnie od siebie niezależne, jakkolwiek prawdopodobnie zwyrodnienie szkliste poprzedza skrobiowate. Pogląd ten podzielił i Saemisch (2-gie wyd. podr. Graefego i Saemisch'a Th. I, str. 571). Jeszcze w r. 1882 Goldzieher (Centralblatt f. prakt. Augeneilk. str. 321) opisał przypadek guza w obrębie dolnego załamka o budowie gruczołu chłonnego, przy znacznym bardzo rozwoju torebek limfatycznych, przy jednoczesnym znacznym obrzmieniu gruczołów chłonnych obok ucha i w kącie górnej szczęki. Opis i przebieg cierpienia nie pozostawiają najmniejszej wątpliwości, iż było to cierpienie znane później pod nazwą cierpienia Parinauda, które ma swą swoistą etyologię. Goldzieher również opisał przypadek »haemorrhagische Adenie« (Arch. f. Ophtalm. LXVII, str. 71) z miernymi limfomami spojówki. Przypadek ten nie miał nic wspólnego z białaczką i z rzekomą białaczką. Odrębne jest również spostrzeżenie Greeffa (Arch. f. Augeneilk. XXIV, str. 60) — rzekomej jaglicy — była to limfoma spojówki nadto jednostronna z ro-

zwojem olbrzymich torebek, lecz bez obrzęku gruczołów chłonnych.

Dalej w literaturze znajdujemy bardzo liczne opisy limfom w spojówce przy białaczce i rzekomej białaczce. W r. 1891 Axenfeld pierwszy opisał nacieczenie limfatyczne spojówki przy białaczce. Hochheim (Arch. f. Ophthalm. LI, str. 347) zbierał wszystkie uprzednio opisane przypadki guzów umiernih powiek i oczodołu i udowodnił, że najczęściej były to limfomy otwarte przy białaczce (10) i rzekomej białaczce (6). Badanie krwi w niektórych przypadkach pozostawiało wiele do życzenia, w innych wcale go nie dokonano. Hochheim znalazł gęste nacieczenie przez komórki limfatyczne tylko w błonie dodatkowej naczyń, wypowiada swoje przypuszczenie, że komórki limfatyczne powstawały w przestworach chłonnych. Na to wskazuje również, zdaniem jego, ułożenie komórek tych w szeregi. Na ogół utwór przedstawiał zupełną budowę mięsaka. Dalej obszerniej o limfatycznym nacieczeniu spojówki przy białaczce traktuje Meller (Arch. f. Augenheilk. XIV, str. 89 i Arch. f. Ophthalm. LXII, str. 130). Zmiany anatomiczne były zupełnie takie, jak opisałem je w moich przypadkach.

Odrębne stanowisko zajmują przypadki opisane przez v. Duyse'a i Basliniego. Pierwszy (Arch. f. d'ophthalm. T. 25, str. 402) znalazł w przypadku swoim zajęta wyłącznie prawie spojówkę gałki prawego oka. Była ona obrzękłą, znacznie zgrubiałą, o tyle iż cierpienie rozpoznano jako zwyrodnienie szkliste. Wszakże badania drobnovidowe wykazało tylko nacieczenie limfatyczne. Niektóre siateczki były lśniące, niektóre komórki również wygląd miały szklisty. Zmian w organizmie ani też we krwi właściwych białaczce nie było, natomiast osobnik cierpiał uprzednio na przymiot. Nietylko w tym własnym przypadku, lecz i innych przypadkach limfomy spojówki van Duyse hołdując zapewne dawnej teorii Raehlmanna gotów jest przyznać okres początkowy zwyrodnienia szklistego. Baslini (La clinica oculistica Maggio 1907) opisał przypadek jednostronnej limfomy spojówki i chrząstki górnej powieki. W pod przybłonkowej warstwie spojówki i w powierzchownych

warstwach chrząstki — bardzo znaczne nacieczenie limfatyczne, nacieczoną była również błona dodatkowa naczyń. W przegródkach tkanki łącznej w chrząstce miało miejsce zwyrodnienie szkliste.

Podobne do siebie przypadki opisali Teulières i Cosmetatos. W obu stan ogólny nie zdradzał białaczki ani też rzekomej białaczki, były jednakże obrzękłe migdałki i gruczoły chłonne szyjne. Teulières spostrzegł u 15 letniego chłopca (Rec. d'ophtalmologie str. 143, 1910) ku wewnątrz od brzegu rogówki płaski, bladoróżowy guz wielkości  $8 \times 5$  mm., który składał się z typowej tkanki limfatycznej. Cosmetatos (Arch. f. Augenheilk. LXVII, 4, 1910) u 16 letniego chłopca bezpośrednio obok brzegu zewnętrznego lewej rogówki spostrzegł płaski, gładki, miękki guz barwy bladoróżowej, około 8 mm. Krew była prawidłową. Guz składał się z tkanki limfatycznej, nacieczenie było bądź rozlane, bądź też występowało w postaci drobnych okrągłych węzłków limfatycznych. Znalazł nadto w guzie węzłki zrazików gruczołowych. (W miejscu tem mogły się znajdować chyba zbłąkane gruczoły — uwaga autora) o zmartwiałych komórkach. Wyodrębniłem te dwa przypadki z powodu, iż miało w nich miejsce obrzmienie migdałków i gruczołów szyjnych.

Natomiast w następujących dwóch przypadkach stan ogólny nic nie pozostawiał do życzenia. Valude et Morax (An. d'oculistique CXXVII, str. 190) u 56-letniego na obu oczach i obu powiekach znaleźli spojówkę zwłaszcza załamek, lecz również części przyległych spojówki powiek i gałki, bardzo zgrubiałą = występowała ona w postaci bardzo grubych wałków, gładkich, dość miękkich, żółtaworóżowych, cokolwiek przejrzystych. Stan ogólny zupełnie dobry. Utwory usunięto, nawrotu cierpienia nie było. Badanie drobnowidowe wykazało: Przybliżonek spojówki w miejscach o największej wypukłości składał się z jednej tylko warstwy płaskich komórek. Pod przybliżonkiem znajdowała się bardzo cienka warstwa tkanki łącznej, której włókna kierunek miały przeważnie równoległy

z powierzchnią; były tu bardzo nieliczne naczynia i komórki limfatyczne z których właściwie składał się nowotwór.

Zupełnie podobny do tego przypadek opisał Natanson (Westnik oftalm. XXIV p. 465, 1907 (po ros.)). U 3-letniego zresztą zupełnie zdrowego chłopca wszystkie powieki prawego oka były zgrubiałe, a dolne opadnięte. Powieki były gładkie, twarde, fałdy półksiężycowe obrzmiałe. Po odwinięciu powiek spojówka wydaje się bardzo zgrubiałą, barwy bladżółtej, twarda jak chrząstka. Gałki oczne zupełnie prawidłowe. Badanie anatomiczne wykazało: Pod cienką warstwą przybłonka nadzwyczaj gęste nacieczenie limfatyczne spojówki, istota międzykomórkowa prawie niewidoczna. W warstwach głębiej położonych nacieczenie mniej jest gęste, siateczka widoczniejsza, wyraźniej występuje tkanka łączna i naczynia krwionośne.

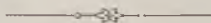
Podałem tu wszystkie znane w literaturze opisy, w których podstawę anatomiczną stanowiło rozlane nacieczenie limfatyczne spojówki. Co do etyologii, sprawa najczęściej powstawała jako objaw białaczki lub rzekomej białaczki. Przypadki takie rachują się na dziesiątki. Po nich następują również liczne przypadki cierpienia Parinaud, mające etyologię swoistą. Przypadków van Duyse'a i Basliniego nie bierzemy w rachubę, ponieważ mieliśmy w nich bardzo wyraźne zwyrodnienie szkliste. Nie możemy brać również w rachubę przypadków Teulières i Cosmettatos, ponieważ miały w nich miejsce cierpienia migdałków i gruczołów szyjnych.

Pozostaje z podanych tu przypadków jeszcze 7 zupełnie do siebie podobnych, z tych 5 moich, nadto przypadki Valude'a, Morax'a i Natansona. Pod względem anatomicznym mieliśmy w nich rozlaną limfomę, której części składowe komórki i podścielisko żadnemu nie ulegały zwyrodnieniu. W dwóch tylko przypadkach spostrzegłem zanik komórek. Pod względem klinicznym również się one wyróżniały. U zupełnie zdrowych osobników, bez żadnych miejscowych objawów zapalnych sprawa rozwijała się powoli w ciągu 2—3 lat. Powieki zgrubiałe, twarde, spojówka bladżółta zwykle z żółtawym odzieniem, bardzo zgrubiała, zwłaszcza w okolicy załanka. Wy-

gład taki bardzo przypominał zwyrodnienie skrobiowate i szkliste, których jednakże badanie drobnowidowe nie wykrywało. Badanie bakteryologiczne we wszystkich przypadkach dawało ujemne wyniki. Dalej powierzchnia spojówki zawsze była gładką i równą bez żadnych rozrostów na jej powierzchni, bez żadnych również utworów w istocie samej spojówki.

Mamy więc zupełnie odrębną postać cierpienia, postać nie zarejestrowaną w podręcznikach, a to prawdopodobnie z powodu, iż musi być bardzo rzadką — ja przynajmniej spostrzegałem ją za ostatnie 11 lat tylko 5 razy u 80000 chorych. Nie zapominajmy jednak, iż niektóre inne cierpienia, jak naprz. szkliste i skrobiowate zwyrodnienia również do rzadkich cierpień należą. O etyologii cierpień nie powiedzieć nie możemy.

Sprawa zdaje się podlegać przeistoczeniu wstecznemu. W 2 moich przypadkach spostrzegałem zwyrodnienie komórek limfatycznych. Spostrzegał je również Natanson, który utrzymuje, że tkanka w końcu prawdopodobnie przeistacza się w bliznową. W przypadkach moich, Valude i Morax'a rozroste fałdy były usunięte. W przypadku Natansona wycięto tylko 3 części w celu rozpoznawczym, poczem jednak spostrzeżono zmniejszenie rozrostu. Zdaje mi się, że takie częściowe usuwanie mogłoby znaleźć poważne zastosowanie przy leczeniu sprawy w przypadkach, w których zachodziłaby trudność całkowitego usunięcia. Przynajmniej w zwyrodnieniu szklistem i skrobiowatem spojówki jest ono nad wyraz pożytecznem, ponieważ po wycięciu części otaczająca je tkanka zwyrodniała staje się prawidłową. Okoliczność ta nabiera szczególnego znaczenia, gdy zwyrodnieniu ulega znaczna powierzchnia spojówki gałki lub powiek, o której całkowitem usunięciu nie mogło być mowy.





## II. STRESZCZENIA.

**Ophthalmology.** 1913. Vol. X. Nr. 1. (Ref. K. W. Majewski).

**Przyrząd lusterkowy do celowania.** (The Mirror Sight for Fire Arms). Schantz. Drezno.

Wiadomo, że najlepsi nawet strzelcy z nastaniem okresu presbyopii zaczynają doznawać trudności przy celowaniu. Pochodzi to głównie z tej przyczyny, że, gdy muszkę na końcu lufy widzą wyraźnie, to do blisko położonego wizyerka coraz im trudniej należycie akomodować. Wyrównanie presbyopii chybia celu w tym wypadku, gdyż szkło wypukłe utrudnia widzenie w dal. Dla zaradzenia złemu podawano rozmaite sposoby. W ostatnich czasach w doświadczalnej stacyi rusznikarskiej w Hallensee wypróbowano lusterkowe urządzenie pomysłu dra Schantza. Na końcu lufy zamiast muszki umieszczone jest małe zwierciadelko okrągłe z czarnym punktem blisko górnego brzegu. W miejscu zaś wizyerka mały krążek biały, którego obrazek strzelec przy celowaniu widzi w owym zwierciadelku, i to w odległości dwakroć większej niż długość lufy. A zatem nawet przy daleko posuniętej presbyopii można tak oddalony obrazek widzieć wyraźnie i skierować lufę na cel widziany tuż ponad lusterkiem w ten sposób, żeby czarny punkt na lusterku znalazł się w środku obrazu krążka. Próby przeprowadzone w wymienionej strzelnicy dały bardzo korzystne wyniki, lepsze od tych jakie uzyskiwano dotąd, posługując się t. zw. teleskopowym przyrządem do celowania.

**Krótkowzroczność, jej etyologia i leczenie optyczne.** (Myopia. Etiology and the Optical Management). Le Fever. Filadelfia.

Oko krótkowzroczne, zdaniem autora, musi być uważane za oko chore. Głównym rysem tego schorzenia jest upośledzenie odżywienia błon ocznych, które prowadzi do ich zaniku, zcieńczenia i zmniejszenia wytrzymałości. To zmniejszenie odporności ścian gałki ocznej staje się powodem postępów krótkowzroczności. W ten sposób powstaje koło błędne. Najlepszym sposobem postępowania wobec krótkowzroczności jest przepisanie pełnej i stałej korekcyi, która reguluje stosunki odżywienia i przyczynia się przez to do wzmożenia ścian gałki ocznej. Autor stara się dowieść, że praca z bliska nie odgrywa przeważnej roli w etyologii krótkowzroczności, nie zakazuje jej zatem krótkowidzom, ani jej nie ogranicza z wy-

jątkiem przypadków ciężkich powikłań, jak zmiany w plamce żółtej, oderwanie siatkówki i t. p.

**Przypadek zakażenia po operacji zaćmy.** (Report of a Case of Infection Following the Extraction of Cataract). Woodruff. Joliet.

W przypadku zakażenia rany po operacji zaćmy wstrzykiwał autor podspojówkowo roczyn sinku rtęci 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> z dodatkiem 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kokainy, a na naciekły brzeg rany stosował nalewkę jodową. Oko zostało uratowane i chory uzyskał dobrą bystrość wzroku. Autor radzi w przypadkach, gdzie nazajutrz, lub w kilka dni po operacji występują niepokojące objawy grożącego zakażenia robić zapobiegawczo wstrzykiwania podspojówkowe *Hydrargyri oxycyanati*.

**Przypadek ropotoku woreczka łzowego powikłanego ropniem oczodołu i zapaleniem nerwu wzrokowego.** (Report of a Case of Dacryocystitis Presenting several Complications, Including Orbital and optic Neuritis). Snell. Rochester.

U 65-letniego chorego, który z powodu łzawienia lewego oka kilkakrotnie w ciągu lat leczony był sondami, przyszło do zarośnięcia przewodu łzowego i do rozstrzeni woreczka, którego treść śluzowo-ropną chory często wyciskał przez silne ugniatanie palcami. Na proponowane wyłuszczenie woreczka łzowego przez długi czas nie chciał się zgodzić, aż pewnego razu zgłosił się do autora z powodu mgły przed okiem lewym. Badanie wykazało przetokę w okolicy dna woreczka, mierny wytrzeszcz lewej gałki ocznej i wybitną tarcz zastoinową. Weiskanie gałki w głąb oczodołu powodowało obfitszy wypływ ropy z przetoki, nie ulegało zatem wątpliwości, że sprawa ropna woreczka łzowego przeszła w głąb oczodołu. Wobec tego autor wyłuszczył woreczek łzowy, wyskrobał część nekrotycznej kości nosowej i w czasie operacji stwierdził w tylnozewnętrznej ścianie woreczka istnienie szerokiego otworu, przez który można było bez trudu wprowadzić zgłębnik do jamy oczodołowej. Leczenie następowe trwało bardzo długo, wreszcie udało się ropienie zupełnie usunąć, pozostał jednak częściowy zanik nerwu wzrokowego. Za przyczynę przejścia ropienia na tkankę oczodołową uważa autor w tym przypadku zbyt energiczne wyciskanie treści ropnej woreczka łzowego przy zupełnem zamknięciu przewodu nosołzowego i radzi przestrzegać chorych przed wykonywaniem tej, jak się okazuje nieobojętnej manipulacji.

**Porażenie mięśni ocznych.** (Paralyses of Ocular Muscles). Moleen. Denver, Colorado.

Streszczenie wykładu o anatomii, fizjologii i symptomatologii porażen zewnętrznych mięśni ocznych.

### **Zawrót jaskrowy.** (Glaucomatous Vertigo). D or. Lyon.

Okulistom znane są zawroty głowy pochodzenia wzrokowego. Zdarzają się one najczęściej przy porażeniach zewnętrznych mięśni ocznych wskutek podwójnego widzenia, a także przy noszeniu źle dobranych szkieł wyrównawczych, zbyt wielkiej różnicy w sile szkieł i t. d. O ile zatem zawroty te mają źródło swe w czynności widzenia, to powstanie ich u ludzi osłepłych nie jest możliwe. Autor zwraca uwagę jednak na częste występowanie zawrotów głowy u osób dotkniętych jaskrą nawet w tych razach, gdzie zachodzi zupełna ślepotą. Widocznie nie czynność widzenia, lecz samo podniesienie napięcia wśródocznego jest tutaj przyczyną powstawania zawrotów. Że tak jest, świadczy i ten fakt, iż wszelkie operacye usuwające skutecznie i trwale wzmożenie ucisku, usuwają równocześnie także ten niemiły objaw towarzyszący. Ta skuteczność irydektomii, sklerektomii, względnie innych zabiegów dekompresyjnych dowodzi zarazem, że zawroty te nie są pochodzenia ani błędnikowego, ani mózdkowego, ani nie są objawem miażdżycy tętnic, zaburzeń żołądkowych etc. Autor przytacza 4 spostrzeżenia własne i zachęca do baczniejszego zwracania uwagi na ten przykry objaw podmiotowy występujący częściej, niżby sądzić można z pozoru u osób cierpiących na jaskrę.

**Nagła zupełna utrata wzroku wskutek zatrucia jodem, czy też w następstwie złamania kości.** (Sudden Total Blindness Following Iodine or a Fracture). Bernstein. Kalamazoo.

W następstwie złamania szyjki kości ramieniowej, gdy wystąpił znaczny obrzęk w okolicy złamania zastosowano na rozległej przestrzeni nalewkę jodową, poczem należycie opatrzone i ustalono złożone ramię. W kilka dni potem chora nagle utraciła wzrok na obu oczach, nawet przestała rozróżniać światło. Badanie wzornikiem wykazywało obraz przypominający zczopowanie obu tętnic środkowych. Autor pozostawia pytanie nierozstrzygnięte, czy chodzi tu o ostre zatrucie jodem (?), czy o embolię tłuszczową.

**O niezwykłych rodzajach pęknięcia twardówki.** (Regarding Some Unusual Varieties of Rupture of the Sclera). Fuchs. Wiedeń.

Najczęstszą postacią pęknięcia twardówki jest tak zwane pośrednie pęknięcie, powstające wskutek tępego urazu i przebiegające łukiem powyżej górnej granicy rogówki. Pęknięcia

te bywają długie, gdyż rozciągają się zazwyczaj na przestrzeni kilkunastu milimetrów. Badania anatomiczne wykazały, że zaczynają się one od wewnątrz w okolicy więzadła grzebieniastego i przechodzą stamtąd na tkankę twardówkową tak, że zewnętrzna linia przebiega zwykle kilka milimetrów powyżej granicy rogówko-twardówkowej. Autor zwraca uwagę na inny rodzaj pęknięć twardówkowych, które powstają również pośrednio t. j. pod wpływem siły działającej od wewnątrz ku zewnątrz. Tak pęka pomarańcza, gdy się ją na stole położy i pięścią uderzy. Pęknięcia, o których Fuchs pisze, są o wiele mniejsze od typowych, bo miewają zaledwie kilka milimetrów długości, ale przedewszystkiem wyróżniają się tem, że wychodząc również z okolicy więzadła grzebieniastego i przewodu Schlemma nie wkraczają w tkankę twardówkową, lecz bądź to przebiegają samą granicą rogówko-twardówkową, bądź też nawet przechodzą w obręb rogówki, tak, że zewnętrzna linia pęknięcia przebiega częstokroć na rogówce w odległości jednego do dwóch milimetrów od rąbka spojówkowego. Niekiedy przychodzi do małego wypadnięcia tęczówki, którą trzeba odciąć. Krwotok bywa niewielki, zazwyczaj tylko małe *hyphaema* zbiera się na dnie komory. Natomiast zdarzają się pęknięcia torebki soczewkowej i zachodzi niebezpieczeństwo bezpośredniego lub późniejszego wytworzenia się zaćmy. Pozatem rokowanie w przypadkach tych małych pęknięć, które raczej należałoby uważać za pęknięcia rogówkowe, jest, jak wskazują spostrzeżenia autora, względnie pomyślne.

**Zapalenie naczyńki; niektóre uwagi co do etyologii i leczenia.** (Chorioiditis, Some Points as to Etiology and Treatment). Davis. Nowy Jork.

Do niedawna jeszcze wszystkie niemal przypadki *chorioiditis*, z wyjątkiem może zmian na tle wysokiej krótkowzroczności, a nawet i te ostatnie brano stale, a bezkrytycznie na karb przypuszczalnej kiły. Dzisiaj dzięki nowoczesnym sposobom badania, a zwłaszcza dzięki różnym metodom serodyagnostyki zapatrywania na etiologię zapalnych i degeneracyjnych zmian w siatkówce są zgoła odmienne. Wyrazem tych nowych poglądów jest też praca Davis'a, który na podstawie licznych spostrzeżeń wykazuje, że kiła stanowi wprawdzie często, ale bynajmniej nie zawsze czynnik wywołujący *chorioiditis*, a równie ważną, jeśli nie ważniejszą rolę odgrywają inne schorzenia ustrojowe, a zwłaszcza gruźlica.

**Prawdopodobny zgubny wpływ salwarsanu na narząd wzroku; przegląd literatury i opis własnego spostrzeżenia.**

(Probable Deleterious Effect of Salvarsan on the Eye: Review of Literature, and Report of a Case). Max e y. Boise,

Autor wykazuje na podstawie licznych danych z literatury, że od czasu wprowadzenia salwarsanu, t. zw. neurorecydywy kiłowe występują o wiele częściej, niż dawniej. Jest to zresztą fakt powszechnie znany, a dla jego wytłumaczenia sam Ehrlich, jak wiadomo, podał teorię, wedle której krętki ukryte w mniej dostępnych częściach ciała n. p. w szpiku kostnym lub kanałach Haversa uzyskują, po wyjałowieniu krwi i innych tkanek, wyższy stopień jadowitości i wytwarzają toksyny zdolne wywołać neurorecydywy. Tem tłumaczymy też sobie często występujące po infuzjach salwarsanu ciężkie powikłania w głębszych częściach oka. Dla samego nerwu wzrokowego salwarsan nie przedstawia niebezpieczeństwa i nie powoduje tych fatalnych następstw, które zjednały tak smutną sławę atoksyłowi. Najlepszym tego dowodem, że nawet *neuritis optica*, jaka równorzędnie z innymi neurorecydywami może wystąpić w krótki czas po infuzji arsenobenzolu, leczy się pod wpływem dalszych dawek tegoż samego środka.

**Samoistne przesunięcie soczewek z podaniem własnego spostrzeżenia i z uwzględnieniem anatomii patologicznej więzadełka Zinna.** (Spontaneous Dislocation of the Lenses, with Report of a Case exhibiting Pathological Anatomy of the Ligament of Zinn). W ü r d e m a n n. Seattle.

Autor odnosi wszelkie przemieszczenia soczewki tak samoistne, jak urazowe, do zmian patologicznych w więzadełku Zinna. Rozróżnia on: *Ectopia lentis*, *Luxatio lentis spontanea*, *Luxatio lentis congenita*, a wreszcie *Luxatio lentis traumatica*, i dodaje opis szczegółowy własnego przypadku, w którym zwichniętą soczewkę usunął za pomocą operacji sposobem van Linta z dużym przesuwalnym płatem spojówkowym, bez utraty ciała szklistego.

**Keratitis neuroparalytica.** Bruere. Portland.

Autor zwraca uwagę na znamiona wyróżniające *keratitis neuroparalytica* od *keratitis e lagophthalmo*, w których obraz zmian w obrębie samej rogówki jest dość podobny. Za *keratitis neuroparalytica* należy uważać schorzenie rogówki w następstwie zmian w zakresie nerwu trójdzielnego, względnie zwoju Gassera. Zwraca on nadto uwagę, że stosunkowo często tłem przyczynowym tych zmian w nerwie trójdzielnym bywa kiła. Według statystyki Uthoffa nerw ten bywa zajęty w 14% przypadków kiły mózgu. Autor przytacza spostrzeżenie własne, odnoszące się do młodego człowieka, który sam najpierw zauważył u siebie znieczulenie oka

i skóry policzka i czoła, i u którego w krótkim czasie rozwinęła się po tej stronie typowa *keratitis neuroparalytica*. Próba Wassermann'a dała wynik dodatni, chociaż chory do kiły się nie przyznawał. Wstrzykiwania *olei cinerei* i jodek potasu sprowadziły od razu korzystny zwrot w chorobie, której obserwacya w czasie ogłoszenia artykułu nie była jeszcze ukończona.

**Postępowanie w przypadkach psychoneurotycznych zaburzeń wzroku.** (The Management of Psycho-Neurotic Eye Cases). Eaton. Portland.

Autor analizuje przypadki ciężkich, bo niejednokrotnie uniemożliwiających pracę zaburzeń ocznych, które co do stopnia pozostają w rażącym niestosunku do przedmiotowych zmian w narządzie wzrokowym, albo istnieją przy zupełnym braku takowych. Zaburzenia te są oczywiście w części, albo w całości natury psychicznej, wymagają też zastosowania psychoterapii. Autor stara się wyjaśnić powstawanie objawów wzrokowych w różnych stanach psychopatologicznych w świetle teorii Freuda, którego jest zwolennikiem. Artykuł jest powtórzeniem odczytu wygłoszonego na zebraniu otolologicznego Towarzystwa w Oregonie. W dyskusyi Würdemann podniósł, że bez uciekania się do freudyzmu każdy okulista, jak wogóle każdy lekarz musi stosować pewną dawkę psychoterapii i to nie tylko w przypadkach o zabarwieniu psychopatycznym, ale niemal wobec każdego ze swych chorych.

---

**Revue Générale d'Ophtalmologie.** 1913. Nr. 7—12. (Ref. K. W. Majewski).

**Przyczynk do operacyjnego leczenia odwinięcia powieki sposobem „stawidła“.** (Contribution clinique au procédé «en vanne» dans l'ectropion de la paupière inférieure). Espinouse.

W przypadkach *ektropion senile* i t. zw. *ektropion ex vacuo* t. j. wywinięcia powieki przy pustym oczodole zaleca autor sposób operacyjny podany przez Truë'a, polegający na wytworzeniu pewnego rodzaju stawidła. Powiekę dolną rozdziela się cięciem międzyrzębkowym na listek skórnomięsny i listek chrzęstnospojówkowy, poczem zapomocą nitki podciąga się pierwszy z nich znacznie do góry i w tem położeniu silnie głębokimi szwami utwierdza. Szwy te przeprowadza się przez całą grubość obu listków rozciętej powieki. Autor przytacza szereg przypadków operowanych tym sposobem z trwałym wynikiem dodatnim.

**Magnetyczne ziarna śrótu w oczodole. Wydobyć za pomocą elektromagnesu.** (Plombs de chasse magnétiques de l'orbite, extraction à aimant). Genet. Lyon.

Ziarna śrótu bywają zazwyczaj lane z ołowiu, na który magnes nie ma żadnego wpływu. W niektórych okolicach jednak używają jako śrótu lanego żelaza. Dobrze o tem wiedzieć, jak to wynika ze spostrzeżenia odnoszącego się do 40-letniej kobiety, która w dzieciństwie jeszcze straciła wskutek postrzału jedno oko, a potem, w ciągu lat, wielokrotnie dostawała ropni w oczodole i w powiekach i przez całe życie cierpiała na nerwobóle. Roentgenogram wykazał obecność licznych ziarn śrótu w otoczeniu oczodołu, uwiecznych częścią pod skórą, częścią w kościach, jedno w głębi oczodołu, a jedno w górnej powiece. Tylko te dwa ostatnie ziarna były powodem zaburzeń mianowicie ropienia i bólu. Przystawiony na próbę elektromagnes wykazał niespodziewanie tak znaczne wypuklanie się skóry ponad ziarnem utkwionem w powiece, że skorzystano z tego i po nacięciu skóry wydobyto je tymże magnesem. Tak samo powiodło się wydobyć z dna oczodołu drugie utkwione tam ziarno i chora opuściła klinikę wolna od wszelkich dolegliwości.

**Uwagi o piśmie dla ociemniałych.** (Note sur l'écriture des aveugles). Curtil. Lyon.

Powszechnie dziś używane i nauczane w zakładach dla ciemnych pismo Braille'a posiada dla poszczególnych liter znaki składające się z kropek wypukle rzeźbionych. Ślepy zapomocą dotyku wyczuwa liczbę i ułożenie tych kropek i po tem odczytuje litery. Liczba kropek waha się od jednej do sześciu. Ślepi dochodzą do znacznej wprawy w czytaniu tego wypukłego druku. Autor podnosi jednak pewne jego strony ujemne. Pismem Braille'a mogą ciemni posługiwać się tylko w stosunkach pomiędzy sobą. Z pośród widzących nikt prawie tego pisma nie zna. Należałoby obmyśleć konstrukcyę maszyn do pisania, zapomocą, których ślepi mogliby wybić litery zwyczajne, a widomi wypukłe znaki Braille'a.

**Operacya garbiaka okolicy rzęskowej z zachowaniem gałki ocznej.** (Staphylome ciliaire, ablation avec conservation du globe oculaire). Genet. Lyon.

Wszelkie zabiegi operacyjne na okolicy ciała rzęskowego przedstawiają dwojakie niebezpieczeństwo, z jednej strony bowiem może powstać silniejsze zadrażnienie zapalne bezpośrednio po operacyi, a z drugiej obawiać się można wpływu sympatycznego na oko drugie. Z tych powodów usuwanie t. zw. garbiaków rzęskowych (*Staphyloma ciliare*) wymaga szczególnej ostrożności. W je-

dnym z takich przypadków użył autor następującej metody operacyjnej: Wypukłość garbiaka chwytą on w szczypeczyki podane przez Dariera, poczem przeprowadza pętlę nitki jedwabnej zapomocą dwóch igieł, które wkłwa w obrębie zdrowej rogówki a wyklwa przez twardówkę poza garbiakiem i poza okolicą ciała rzęskowego. Prócz tego zakłada dwa szwy powierzchowne, przeznaczone do zamknięcia kątów rany, jaka powstanie przez odcięcie garbiaka. Poprzednio jednak przeprowadza u podstawy tegoż szew torebkowaty. Po odcięciu garbiaka rana łatwo się zabliznia, a że niema żadnego ubytku ciała szklistego więc przy wzorowej aseptyce nie zachodzi żadne niebezpieczeństwo infekcyi. Jest rzeczą znaną, że ciało rzęskowe, o ile oddziaływa w sposób groźny na najslabsze choćby zakażenie, to znosi dobrze zabiegi operacyjne, byle one były ściśle aseptyczne. Dowodzi tego opisana operacya, po której nawet za dotykaniem okolica usuniętego garbiaka nie okazuje bolesności rzęskowej.

**O podwójnej irydektomii w przypadkach zaćm powikłanych przewlekłym zapaleniem jagodówki.** (De la biiridectomie ou iridectomie double supérieure préparatoire puis inférieure, combinée dans les cataractes adhérentes de l'uvéite chronique). Truc. Montpellier.

Od szegu lat w przypadkach zaćm przyrośniętych wykonywa autor najpierw górą, szeroką dobrzezną irydektomię przygotowawczą, a następnie zazwyczaj po kilku tygodniach drugą również szeroką irydektomię dołem, z którą łączy wydobycie zaćmy. Powstaje w ten sposób bardzo szeroki pas pionowy, w którym tęczówki nie ma zupełnie, a dwa pozostałe po bokach wąskie paski tęczówki, są od siebie tak oddalone, że do powtórnego zarośnięcia źrenicy zazwyczaj przyjść nie może. Postępowanie to ma jeszcze tę dobrą stronę, że pierwsza irydektomia pogłębia przednią komorę przywracając jej komunikacyę z tylną, a tem samem ułatwia technicznie operacyę główną. Szerokie i dwukrotne wycięcie tęczówki sprzyja również wessaniu pozostałych po operacyi resztek kory soczewkowej.

**Nowy trepan twardówkowy.** (Un trépan scléral). Rollet. Lyon.

Trepan staje się narzędziem coraz częściej w chirurgii ocznej używanem. Z jednej strony stosuje się trefinę w niektórych metodach keratoplastyki, z drugiej zaś coraz większe rozpowszechnienie zyskuje trepanacya twardówki, bądźto jako *trepanatio sclerae limbalis*, operacya Elliota, podana przeciw jaskrze, czy też jako *tre-*



*panatio sclerae bulbaris* w pobliżu równika gałki, wykonywana przez niektórych operatorów w przypadkach oderwania siatkówki, *iridochorioiditis dolorosa*, lub w celu wydobywania ciał obcych z wnętrza oka. Stądto rodzą się coraz nowe pomysły w celu udoskonalenia techniki trepanacyjnej i samego trepanu. Rollet podaje obecnie nowy model trepanu twardówkowego różniący się zasadniczo od przyrządu Hippa o działaniu pionowym, w tem, że ma postać młotka o trzonku poziomym, na którego końcu pod kątem prostym przymocowana jest właściwa nasadka przyrządu. Obrót korbki, na drugim końcu trzonka, przenosi się zapomocą prostej transmisji na koronę trepanu, którą przykłada się we właściwym miejscu do odsłoniętej twardówki. Przyrząd uzbrajać można na zmianę koronami różnego kalibru, o średnicy 2, 3 lub 4 mm.

### III. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr. Noiszewski obchodził 30 stycznia br. 30 rocznicę pracy naukowej i społecznej.

Czeigodnemu współpracownikowi przesyłamy na tej drodze najlepsze życzenia, by w zdrowiu i czerstwości umysłowej wiele obchodzić mógł jeszcze jubileuszy.

Radca san. Dr. Ohlemann we Wiesbaden otrzymał tytuł tajnego radcy san.

Mianowani: Doc. Dr. Chaluppecky w Pradze prof. nadzwyczajnym.

Doc. Dr. Szily we Fryburgu prof. nadzwyczajnym.

Doc. Dr. Loehlein w Gryfii otrzymał tytuł profesora.

Prof. nadwycz. Dr. Silex w Berlinie otrzymał tytuł tajnego radcy medycynalnego.

Dr. Paweł Carsten otrzymał tytuł profesora.

Dr. A. Santamaria habil. się w Neapolu

### IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr. Burzyński, wzięty okulista, we Lwowie.

Prof. Karol Voelkers emer. dyrektor klin. okulist. w Kilonii umarł w 78 r. życia.

Prof. Pfalz w Dysseldorfie. Dr. J. Green b. prof. okul. przy George-Washington uniwersytecie we Waszyngtonie.

## V. ROZMAITOŚCI.

**XI międzynarodowy Kongres okulistyczny w Petersburgu** odbędzie się, jak już donosiliśmy w czasie od 10—15 sierpnia. Termin do zgłoszenia odczytów przedłużono do 1 kwietnia. Koledzy, którzy życzą sobie bliższych informacyi, drukowanych w języku francuskim lub niemieckim, dotyczących programu zjazdu, pomieszkań, ułatwień podróży, uroczystości itd. zechcą się zgłosić do biura redakcyjnego Postępu okulistycznego, Wolska 15.

**Szpitalnictwo oczne w Egipcie.** Z wydanego co dopiero przez ministerstwo dla spraw, wewn. w Egipcie sprawozdania sekcji oftalmicznej oddziału publicznego zdrowia (Report on the ophtalmic section of the department of public health) za rok 1912 wynika, że na 43.668 osób badanych w ciągu roku 1912 stwierdzono 6.939 a zatem blisko 16% oślepych jedno-, a przeważnie obustronnie. Jest to niewątpliwie bardzo wielka odsetka, ale zawsze o wiele mniejsza od tej, którą w czasie bytności naszej w Egipcie w roku 1902 a zatem przed 10 laty w przybliżeniu oznaczyliśmy. Powodem ślepoty bywa najczęściej trachoma ale i ospa się do tego przyczynia. Pod wielu względami korzystniejsze zapanowały tam higieniczne stosunki a do zmniejszenia liczby ociemniałych przyczynia się także zaprowadzenie przymusowego szczepienia ospy.

Dzięki wspaniałomyślnej pomocy Sir Ernesta Cassel utworzono na propozycję dra Osborne w Aleksandryi w r. 1903 ruchomy szpital, który usadawiał się w rozmaitych miejscowościach Egiptu i to na czas 6 miesięcy. Powoli zaczęto jednak budować stałe oczne szpitale; do roku 1912 utworzono ich 8 a w roku zesłłym zapoczątkowano sześć nowych.

Z tego wszystkiego widać, że Egipt zabrał się rączo do zwalczania tej prawdziwej plagi egipskiej, jaką jest dla oczu trachoma. Dyrektorem wszystkich tych ocznych szpitali jest A. F. Callan.

W.

## VI. OD REDAKCYI.

W uzupełnieniu spisu okulistów polskich i prac przez tychże ogłoszonych w czasopismach polskich dodajemy:

Dr. Jarnatowski, Poznań, Fryderykowska 28, ogłosił w Nowinach Lek. zesz. 12/1913 pracę p. t.: „*Tarsitis necroticans (martwiak tarczykowy)*“.

Niedawno dopiero ukończony strajk drukarzy nie pozwolił wcześniej wydać niniejszego pierwszego numeru Postępu okulistycznego, który z tegoż powodu w mniejszych pojawia się rozmiarach.