

GAZETA LEKARSKA

I. O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań.

Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej *).

Podał

Leonard Lorentowicz.

Jak sz. Panom wiadomo, dzięki badaniom hr. SPEE, PETERS'a, SOBOTTA'y, LEOPOLD'a, PFANNSTIEL'a i innych, upadła do niedawna jeszcze obowiązująca w embryologii teoria przyczepiania się jaja ludzkiego do błony śluzowej macicy. Według rzeczonyj teorii jaje zapłodnione po przedostaniu się do jamy macicy sadowiło się na powierzchni śluzówki, która pod wpływem swoistego bodźca unosiła się ponad jajem w postaci dwu fałd, zrastających się wierzchołkami, tworząc torebkę, wysłaną nabłonkiem macicznym, do której otwierać się miały gruczoly maciczne, tak zwaną doczesną zagiętą (*deciduum reflexam*).

Jaje, mieszczące się w doczesnej zagiętej, posiadało wykształcone już zupełnie kosmki, przy pomocy których wstępowało w ścisły związek z tkanką macierzystą, tworzyło przestwory i krążenia międzyszczepkowe, słowem—*deciduum serotinum* — późniejsze łożysko.

Ponieważ wzrostu łożyska nie można było wytlómaczyć li tylko samem powiększeniem się objętości macicy — jaje bowiem rośnie szybciej niż rozszerza się jama macicy i gdy w pierwszym tygodniu zajmuje $\frac{1}{15}$

*) Rzecz wypowiedziana dnia 9-go kwietnia 1906 r. w Tow. Lekarskiem, a następnie powtórzona dnia 26-go tegoż miesiąca w sekcji ginekologicznej T. L.

część wewnętrznej powierzchni jamy macicznej, w ósmym już $\frac{1}{4}$, w 20-tym połowie—objaśniono przeto zwiększanie się powierzchni łożyska przesuwaniem jego brzegu zrazu kosztem zgrubiałej dolnej części *d. reflexae* (*reflexa-placenta*), a następnie i doczesnej prawdziwej dzięki poziomemu wzrastaniu w nią kosmków i rozszczepianiu jej na dwie blaszki, z których jedną miała służyć ku wzmocnieniu *d. serotinae*, drugą *d. reflexae*.

Dwaj pierwsi ze wzmiankowanych wyżej uczonych: hr. SPEE w 1896 roku badaniami nad gnieźdzeniem się jaja w błonie śluzowej świnek morskich i H. PETERS w 1898 roku zbadaniem najmłodszego jaja ludzkiego, którego wymiary zaledwie przekraczały jeden milimetr sześcienny—zbudowali nową teorię—teorię pogrążania, obecnie powszechnie przyjętą i nowemi badaniami w zasadniczych punktach sprawdzoną.

Zgodnie z nową teorią, jaje zapłodnione po zatrzymaniu się na jakimkolwiek miejscu śluzówki macicy, zapomocą wyrostków protoplazmatycznych wszczepia się w śluzówkę, przewierca nabłonek, pogrąża się powoli w obrzękłej podnabłonkowej tkance łącznej, aż wreszcie chowa się zupełnie całe w głębi śluzówki, nie wypuklając się najczęściej zupełnie ponad jej powierzchnię. Otwór, przez który przedostało się jaje, zarosło dzięki bujaniu komórek doczesnej. W przypadku PETERS'a wrota wtargnięcia jaja jeszcze nie zarosły, a były wypełnione masą włókniaka.

Jaje, z chwilą, gdy spocznie w głębi śluzówki, posiada grubą otoczkę komórek pochodzenia ektodermalnego, którą to otoczkę PETERS, idąc za HUBRECHT'em, nazwał trofoblastem, spełnia ona bowiem czynności odżywcze.

Komórki trofoblastu znajdują się w takim ścisłym związku z komórkami doczesnej, że częstokroć staje się rzeczą niemożliwą odróżnienie komórek pochodzenia płodowego od macierzystych.

Od otoczki trofoblastowej we wszystkich kierunkach biegą słupy komórkowe, dzięki poprzecznym beleczkom [tworzące zamknięte przestrzenie, aż wreszcie dosięgają ściany jakiej żyły. Komórki trofoblastu przebijają w wielu miejscach ścianę naczynia i zajmują miejsce śródbłonka. Zamiana ta nie odbywa się na całej długości naczynia, a tylko uczestkami, wskutek tego krew płynie łożyskiem, którego ściany zbudowane są częściowo ze śródbłonka, częściowo z trofoblastu. Krew przedostaje się przez szczeliny, które zawsze w seryi skrawków stwierdzić można w ścianach rozszerzonych naczyń, przedostaje się da przestworów międzykomórkowych i tą drogą ustala się *circulatio intervillosa*. Przestwory międzykosmkowe tylko w mniejszej części tworzą się z uprzednio istniejących dróg macierzystych krwionośnych, przeważnie zaś powstają z tkanki płodowej, t. j. z otoczki trofoblastowej. Mianowicie dzieje się to w ten sposób, że krew przebija się przez szczeliny kruchej, bo z komórek ektodermalnych zbudowanej ściany rozszerzonych naczyń włosowatych do wnętrza trofoblastu, rozpycha jego komórki i uciskając je, prowadzi do zaniku, a na ich miejscu zbiera się w mniejsze lub większe jeziora. Atoli czynne przerastanie ścian naczyń komórkami trofoblastu nie jest jedyną przyczyną powstawania przestworów międzykomórkowych. Nie-

wątpliwie odgrywa tu wybitną rolę wczesne pęknięcie rozszerzonych *ad maximum* naczyń, spowodowane szybkim rozwojem jaja.

Istnienie otoczki ektodermalnej, zdaniem PETERS'a, jest nader ograniczone. Wtedy gdy na obwodzie komórki trofoblastu jeszcze wrastają w tkankę doczesnej, już z pierwszych wyniosłości mezodermy wykształciły się mniej lub więcej wyraźne komórki, wprawdzie pokryte jeszcze trofoblastem. Powoli w dośrodkowych częściach kosmków komórki trofoblastu znikają, ustępując warstwie komórek LANGHANS'a i *syncytium*. A kiedy i obwodowe odcinki trofoblastu poczną ulegać zanikowi, wtedy rosnące komórki posuną się naprzód drogą, utworzoną przez pierwszy i zajmą jego miejsce.

Komórki trofoblastu stanowią więc pierwsze połączenie jaja płodowego z tkanką macicy i one torują drogę kosmkom. Z zanikiem trofoblastu znika jednocześnie zdolność kosmków przerastania tkanki doczesnej.

Jaki jest stosunek trofoblastu do komórek warstwy LANGHANS'a i *syncytium*? Dawniej pochodzenie *syncytium* tłumaczono rozmaicie. MARCHAND, KOSSMAN, SELENKE i inni wygłosili pogląd, że *syncytium*, to nic innego, jedno zmieniony nabłonek maciczny, oderwany od powierzchni doczesnej i przyrośnięty do boków kosmka. PFANNENSTIEL i FREUND przypuszczali, że śród-błonek naczyń jest gruntem macierzystym dla powstawania *syncytium*, HOFFMEIER mniemał, że *membrana granulosa*, która otacza dojrzałe jaje po wyjściu z jajnika, może tworzyć *syncytium*. ULESKO-STROGANOWA uważała *syncytium* za produkt warstwy LANGHANS'a.

Zdaniem PETERS'a a obecnie i większości ginekologów i embryologów, obie warstwy komórek, pokrywających wykształcony kosmek, są pochodzenia płodowego, mianowicie pochodzą z trofoblastu.

W roku ubiegłym pojawiła się praca LEOPOLD'a, któremu udało się zbadać jeszcze młodsze niż PETERS'a jaje ludzkie: rozmiary jego w trzech wymiarach wynosiły: $1,4 \times 0,9 \times 0,8$ mil., gdy PETERS'a: $1,6 \times 0,9 \times 0,8$. Jaje pochodziło z macicy młodej samobójczyni, która wobec niezjawienia się pierwszej po stosunku miesiączki, otrula się fosforem. Jaje usadowione było w górnej warstwie śluzówki macicy—może, jak mniema LEOPOLD w tak zwanym krwiaku podnabłonkowym (*haematoma subepitheliale menstruationis*) i nie wystawało ponad powierzchnię otaczającej śluzówki. Mały kanał lejkowaty, od powierzchni śluzówki idący ku jajowi, wskazywał na przypuszczalne miejsce wtargnięcia jaja. Kanał ten zamknięty był włóknikiem, częściowo już uorganizowanym. W środku jeziora znajdował się z trudem rozpoznany związek płodu, nie można bowiem było doszukać się na nim ani owodni, ani najmniejszych śladów mezodermy; prawdopodobnie ten wynik ujemny przypisać należy niszczącemu działaniu fosforu. Od otoczki zewnętrznej związka płodu, na wzór ramion polipa biegły przez jezioro krwiste słupy komórkowe trofoblastu, aby się przyczepić do ścian jeziora i złączyć z tkanką macierzystą. Wszystkie najmniejsze wyniosłości, maczugowate i gruszkowate zgrubienia trofoblastu, jeszcze wolno w jeziorce pływające i nie zróżnicowane z doczesną, posia-

dały już wyraźnie zróżniczkowane oba rodzaje komórek, t. j. komórki LANGHANS'a i *syncytium*, co by ostatecznie przemawiało za ich pochodzeniem płodowym.

Podziału doczesnej na dwie warstwy: zbitą i gąbczastą na miejscu zagnieżdżenia się jaja L. nie mógł stwierdzić w swoim przypadku, z powodu gęstej sieci nowowytworzonych naczyń, obfitych wynaczyń i rozplynięcia się przegród, dzielących oddzielnie gruczoly. Te ostatnie rozepchnięte przez jaje, z brzegu gniazda łukowato podnosiły się do góry, okrażając jaje, ale żaden z nich nie otwierał się do jamy worka płodowego.

Zasadnicza tedy różnica pomiędzy dawną a obecnie przyjętą teorią przyczepiania się jaja ludzkiego do błony śluzowej macicy, polega na tem, że jaje sadowi się nie na powierzchni, lecz w głębi śluzówki, ewentualnie doczesnej prawdziwej; wobec tego *decidua reflexa* w dawnym pojęciu, jako torebka z błony śluzowej utworzona i wysłana nabłonkiem walcowatym, do której wnętrza otwierać się miały gruczoly maciczne—jako taka nie istnieje.

Dalej nie kosmki wykształcone posiadają zdolność przerastania ścian naczyń, lecz komórki pierwotnej otoczki ektodermalnej jaja — ektoblastu; wreszcie *decidua serotina* — obecnie nazwana *basalis*, ma zrazu postać kulistą, ponieważ kosmki wrastają w śluzówkę z całej powierzchni jaja; kiedy górny jej odcinek, noszący obecnie nazwę *decidua membrana capsularis* (zamiast *dec. reflexa*), wpuklający się do jamy macicy, wskutek upośledzonych warunków odżywczych ulegnie zanikowi, *d. basalis* przybiera postać rondelkowatą, w końcu zaś w miarę wzrostu jaja, kiedy wydostanie się na powierzchnię jamy macicy, wyprostowuje się i tworzy krążek łożyska o brzegu lekko do środka zagiętym.

Krótkie streszczenie powyższej teorii wydało mi się nieodzownem do wykazania różnicy, jaka zachodzi w sposobie zagnieżdżenia się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu, wzór bowiem pozostaje ten sam, co i w macicy, różnice zaś warunkują się odrębnymi stosunkami anatomicznymi. Przedewszystkiem błona śluzowa jajowodu jest nader słabo rozwinięta: w *pars isthmica*, prawie wyłącznie w fałdach skoncentrowana, w *pars ampullaris* zredukowana do cieniutkiej warstwy łącznotkankowej. Wewnętrzna okrężna warstwa mięśniówki dobrze rozwinięta w cieśni poza fałdami, przylega prawie bezpośrednio do nabłonka.

Sama sprawa zagnieżdżenia się jaja ludzkiego w jajowodzie, podług FUETH'a i WERTH'a, odbywa się w następujący sposób. Jaje zapłodnione, zatrzymane w ruchu postępowym w jakimkolwiek odcinku jajowodu, sadowi się albo na wierzchołku fałdy (*insertio columnaris*) albo pomiędzy fałdami (*insertio intercolumnaris*), przewierca następnie nabłonek i cieniutką śluzówkę, drąży jamkę w warstwie mięśniowej ściany jajowodu i tam się zagnieżdża, nie wypuklając się zrazu zupełnie do światła jajowodu. Przy *insertio columnaris*, o ile jaje nie dosięgnie warstwy mięśniowej, leżącej u spodu fałdy, szybko obumiera.

Co się tyczy tworzenia się doczesnej w jajowodzie ciężarnym, odpowiadającej *dec. verae, d. capsularis* i *basalis*—macicy, to jak dotąd zdania w tej sprawie są bardzo podzielone. Jedna grupa badaczy z WERTH'em i FUETH'em na czele, dowodzi, że podobne do doczesnowych komórki, znajduwane u spodu i w pobliżu jęgo, są niewątpliwie pochodzenia płodowego.

Do przemiany decydualnej, zdaniem WERTH'a, są zdolne tylko komórki łącznotkankowe błony śluzowej macicy, jajowodu, niektóre ucząstki otrzewnej i komórki warstwy korowej jajowodu [LINDENTHAL i HOERMANN], nie widzimy natomiast nigdy, aby komórki wewnątrzmięśniowej tkanki łącznej macicy ulegały tej przemianie.

Tworzenie się doczesnej w jajowodzie nawet poza obrębem usadowienia się jaja, jako jednej ciągłej warstwy w tkance podśluzowej na wzór doczesnej macicy, należy, zdaniem tych autorów, do wyjątków. Zazwyczaj widzimy tylko wysepki komórek decydualnych, w różnych odcinkach jajowodu porozrzucanych, najczęściej na grzbietach fałd zgrupowanych.

FELLNER natomiast znajdował stale przemianę doczesnową komórek śluzówki jajowodu, twierdzi przytem, że o ile przemiana ta nie występuje, jaje nie może się rozwijać. FRANQUÉ i GARKISCH również spostrzegali rozwój doczesnej w śluzówce we wszystkich odcinkach jajowodu, nawet w labiryncie kanałów śródmięśniowych, od głównego światła oddzielonych. Niekiedy przemiana doczesnowa była tak wybitnie wyrażona, iż przypominała warstwę zbitą doczesnej macicy.

Sądzą obydwaj autorowie, że *decidua basalis* i *decidua capsularis* również tworzą się bardzo wczesnie, wkrótce jednak ulegają niszcącemu wpływowi komórek płodowych.

WHITRIDGE WILLIAMS utrzymuje, że *decidua basalis* nie występuje nigdy jako ciągła błona nieprzerwana, jeno składa się z kępek komórek decydualnych, które dokładnemi metodami badania mogą być odróżnione od komórek płodowych.

KROEMER, SCHAMBACHER, HITSCHMANN, FRANQUÉ i GARKISCH znajdowali komórki doczesnowe w ścianach naczyń, przeważnie tętnic, wyraźnie różniące się od komórek warstwy LANGHANS'a.

FELLNER badał naczynia w dwu i trzy tygodniowych okazach ciąży jajowodowej poza przestworami międzykomórkowymi z obu stron worka płodowego. Podobnie jak i inni autorzy, znajdował skupienia komórek, wyłącznie w tętnicach usadowione. Skupienia te składały się z wrzecionowatych i okrągłych komórek i ciągnęły się na przestrzeni kilku centymetrów od przetworów międzykomórkowych w głąb mięśniówki. Ściana naczynia, mianowicie *adventitia* i *muscularis*, nie wykazuje zrazu żadnych zmian. W miarę zbliżania się do przestworów międzystrzępkowych w mięśniówce występują objawy obrzęku i rozpulchnienia, wreszcie i w niej pokazują się wspomniane wyżej komórki, podobne do doczesnowych. *Intima* wystrzela w postaci słupów komórkowych do światła naczynia. Zdaniem FELLNER'a, komórki te są po-

chodzenia łącznótkankowego i pochodzą z pod śródbłonkowej tkanki łącznej naczyń, okrągłe komórki są to komórki doczesne, nie zaś—ektodermalnego pochodzenia.

[D. c. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH DRA MED. ANTONIEGO ELZENBERGA.

O leczeniu rzeżączki w przebiegu powikłania jej zapaleniem przyjądrza i jądra.

Napisał

Antoni Groszlik.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 6).

IV. S. L. Chory na rzeżączkę od dwu tygodni, na zapalenie lewego przyjądrza od 4-ch dni. Rzeżączkę przechodzi drugi raz w życiu. *Status praesens*: Główka przyjądrza bolesna, wielkości jaja kurzego. Skóra nad nim nacieczona, nieruchoma (*eczema glabrum*). *Funiculitis* w nieznacznym stopniu. Wyciek obfity ropny. Obie porceje moczu mętne. JANET z Khymp. $\frac{1}{4000}$, urotropina. Okłady z wody BUROWA. II dzień: Mocz nieco czystszy. Bolesność mniejsza. JANET z Khymp. $\frac{1}{4000}$. III dzień: Mocz bar. zo mętny. Jądro niebolesne, zaczyna zmniejszać się. JANET z Khymp. $\frac{1}{4000}$. IV dzień: Przyjądrze wciąż się zmniejsza; kropelka z cewki nie znika. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. X dzień: Mocz przezroczysty. JANET z Khymp. $\frac{1}{3000}$. V dzień: Mocz przezroczysty. Z cewki wyciska się mała kropelka szara. Pod drobnowidzem stwierdzono w kropli dwoinki NEISSER'a. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. VI, VII, VIII dzień: W nocy powstały na nowo bole w przyjądrzu; wielkość jego bez zmiany. Obie porceje moczu lekko mętne. Okłady z wody BUROWA. Przemывания nie robiono. XI dzień: Stan bez zmiany. JANET z Khymp. $\frac{1}{3000}$. XII dzień: Ból zupełnie przeszedł. Mocz przezroczysty. XIII, XIV, XV dzień: Mocz przezroczysty. Przyjądrze wielkości gołębiego jaja. XVII dzień: Chory wychodzi ze szpitala na własne żądanie. Mocz przezroczysty. Cewka sucha. Przyjądrze wielkości ziarna szablatego grochu. Widziałem chorego po 3-ch tygodniach, w ciągu których wrócił do życia zwykłego. Nie mogłem stwierdzić żadnych oznak przebytego cierpienia, z wyjątkiem główki przyjądrza wielkości grochu.

V. D. G. Na rzeżączkę cierpi od pięciu tygodni, na zapalenie jądra od dwu tygodni. Choruje pierwszy raz w życiu. *Status praesens*:

Stan bezgorączkowy. Ogon i główka lewego przyjądrza wielkości jaja gołębiego, bolesne. Sznurek nasienny prawidłowy. Obie porceje moczu mętne. JANET z Khyym. $\frac{1}{4000}$. Balsamum Copaivae. Szarucha i kompresy na jądro. II dzień: *Status idem*. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. III dzień: I porcja moczu mętnowa, II prawie przezroczysta. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. IV dzień: Obie porceje bardzo mętne. Przemywania nie robiono. V dzień: Obie porceje mętne. Po balsamie—mdłości i wymioty. Urotropina. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. VI dzień: Mocz nieco czystszy. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. VII, VIII dzień: Mocz mętnowy. Lewe przyjądrze o połowę mniejsze. Ogon prawego przyjądrza bolesny, wielkości orzecha laskowego. Stan bezgorączkowy. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. Okłady z wody BUROWA. IX dzień: Ogon prawego przyjądrza bardziej bolesny, wielkości gołębiego jaja. Mocz mętnowy. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. Okłady z wody BUROWA. X dzień: Mocz przezroczysty. Bólu niema żadnego. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. XI dzień: Mocz przezroczysty. JANET z protargolu $\frac{1}{500}$. XII dzień: Lewe przyjądrze wielkości grochu. Prawe przyjądrze o połowę mniejsze. JANET z protargolu $\frac{1}{500}$. XIII, XIV dzień: *Status idem*. JANET z protargolu $\frac{1}{500}$. XV dzień: Chory wyszedł ze szpitala na własne żądanie. Mocz przezroczysty. Cewka sucha. Przyjądrze wielkości ziarna szablстого grochu. Chory przychodził następnie do szpitala przez dwa tygodnie. Dostawał GUYON'a od $\frac{1}{4}$ —2%.

VI. W. W. Na rzeżączkę zachorował przed 10-u dniami. Prawe jądro obrzmiało przed 6-u dniami, lewe przed czterema. *Status praesens*: Stan bezgorączkowy. Oba przyjądrza jednakowo obrzmiałe. Ogon wielkości kurzego jaja, główka wielkości gołębiego. Bolesność duża prawego, jeszcze większa w lewym. Lewe jądro powiększone. Obie części moczu mętne. Sznurek nasienny nietknięty. Salol, kompresy z wody BUROWA. JANET z Khyym. $\frac{1}{4000}$. II dzień: Ból zupełnie znikł. III dzień: *Status idem*. JANET z Khyym. $\frac{1}{4000}$. IV dzień: Mocz wciąż mętny. JANET z Khyym. $\frac{1}{4000}$. V dzień: JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. VI dzień: Mocz mętny. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. VII dzień: Lewe jądro wróciło do normy, przyjądrze jego nieco mniejsze. Prawe przyjądrze wielkości ziarna szablстого grochu. Mocz mętny. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. VIII dzień: Wczoraj wieczorem chora miał silny ból w lewym jądrze; dzisiaj ból trwa. Ciepłota 39,3°. Obrzmienie przyjądrza większe. Mocz mętny. *Ol. ricini*. Salol. Okłady z wody BUROWA. IX dzień: Ciepłota 36,5°. Ból mniejszy. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. X dzień: Mocz czysty. Bólu niema. JANET z Khyym. $\frac{1}{3000}$. XI dzień: Obie porceje czyste. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. XII dzień: Mocz przezroczysty. Prawe jądro normalne. Lewe przyjądrze wielkości orzecha laskowego. JANET z protargolu $\frac{1}{1000}$. XIII dzień: Mocz przezroczysty. Cewka sucha. XIV dzień: Chory Wyszedł ze szpitala na własne żądanie. GUYON $\frac{1}{4}$ %. Widziałem chorego po kilku dniach. Stan był zupełnie dobry.

VII. D. O. Wstąpił do szpitala 8. IV. z powodu ostrej rzeżączki przedniej i tylnej. Przemywania sposobem JANET'a nie były w stanie oczyścić moczu. Po kilkakrotnem zastosowaniu głębokich przemywań za-

Nazwisko	Który raz chory	Czas trwania	Epididymit.	Orchitis	Funiculitis	Prostatitis	Mocz	Ciepłota	Dwoinki NEISSER'a
H. W.	I	8 tyg.	Unilat. 2 tyg.				Obie części mętne	Podniesiona 2 dni	stwierdzono
M. P.	I	3 tyg.	Unil. 3 dni				"	Prawidłowa	"
S. L.	II	2 tyg.	Unil. 4 dni				I—b. mętna II—mętna	"	"
D. S.	II	3 tyg.	Unil. 3 dni	Orchitis			Obie bardzo mętne	"	"
S. L.	II	2 tyg.	Unil. 4 dni				Obie mętne	"	"
A. W.	II	2 tyg.	Unil. 6 dni				"	"	"
L. T.	I	4 tyg.	Unil. 4 dni				"	"	"
M. G.	I	6 tyg.	Unil. 4 dni.				"	"	"

Zajęcie drugiego jądra	Obstrzenie w chorem jądrze	Którego dnia mocz się oczyścił.	Zmiany w jądrze	Którego dnia przystąpiono do przemywania.	Wynik
		4-go	4-go dnia zaczęło zmniejszać się. 11-go dnia normalnej wielkości.	2-go d.	Zdrów 18-go dn.
		4	4-go dnia zaczęło zmniejszać się. 10-go dnia normalnej wielkości.	3-go	Zdrów 14-go dn.
		5	5-go dnia mniejsze. 17-go dnia nieco powiększone.	4-go	Zdrów 17-go dn.
		10	8-go dnia o 1/3 mniejsze. 18-go dnia normalnej wielkości.	3-go	Zdrów 24-go dn.
	Po pierwszym przemyciu	12	7-go dnia o 1/3 mniejsze. 17-go dnia nieco powiększone.	4-go	Zdrów 17-go dn.
		10	6-go dnia mniejsze. 14-go dnia cokolwiek powiększone.	6-go	Zdrów 26-go dn.
		7	6-go dnia o 1/3 mniejsze. 23-go dnia nieco powiększone.	4-go	Zdrów 23-go dn.
		5	10-go dnia normalnej wielkości.	4-go	Zdrów 24-go dn.

Nazwisko	Który raz chory	Czas trwania	Epididymit.	Orehitis	Funiculitis	Prostatitis	Mocz	Ciepłota	Dwoinki Neisser'a
F. B.	I	6 tyg.	Unil. 5 dni	Orehitis	Nieznaczący		Obie b. mętne	Prawidłowa	stwierdzono
M. B.	I	1 1/2 r.	Unil. 5 dni		Nieznaczący		Obie mętne	"	"
A. F.	I	4 mies.	Bilateralis I—6 dn.; II—6 dn.				Obie lekko mętne	"	"
D. G.	I	5 tyg.	Unil. 2 tyg.				I—b. mętna II—mętna	"	"
W. W.	I	10 dni	Bilateralis I—6 dni; II—4 dni.	Orehitis			Obie mętne	"	"
B. A.	I	3 tyg.	Unil. 4 dni		Nieznaczący		"	"	"
A. C.	III	2 tyg.	Unil. 2 tyg.		Nieznaczący		"	"	"
J. N.	I	3 tyg.	Unil. 6 dni	Orehitis	Nieznaczący		Obie b. mętne	"	"
M. A.	I	5 tyg.	Unil. 8 dni				I—mętna II—nieznacznie	"	"
A. J.	I	2 tyg.	Unil. 8 dni				Obie lekko mętne	"	"

Zajęcie drugiego jądra	Obostrzenie w chorem jądrze	Którego dnia mocz się oczyszczył	Zmiany w jądrze	Którego dnia przystąpiło do przemian	Wynik
		5	8-go dnia normalnej wielkości	5	Zdrów 13-go dn.
		9	3-go dnia mniejsze. 22-go dnia normalnej wielkości.	5	Zdrów 22-go dn.
		2	4-go dnia norm. wielkości	6	Zdrów 12-go dn.
Po 8 em przemyciu. St. afebr.		10	7-go dnia mniejsze. 15-go dnia prawie normalne.	2 tyg.	Zdrów 15-go dn.
	Po 7-m przemyciu w lewym jądrze. Ciepł. 39,3° 1 dzień.	10	13-go dnia nieco powiększone	4 dnia	Zdrów 13-go dn.
	Po 4-m przemyciu. Ciepłota normalna.	10	7-go dnia mniejsze. 24-go dnia nieco powiększone.	4	Zdrów 24-go dn.
		4	4-go dnia o 1/3 mniejsze.	2	Znaczną poprawa. 5-go dnia wyszedł ze szpitala z powodu spraw domowych.
Po 2-giem przemyciu Ciepłota 38,2°.		12	I—19-go dnia normalne. II—24-go dnia prawie norm.	6	Zdrów 30-go dn. Podczas powikłania irygacyjne były stosowane przez 2 dni.
		3	12-go dnia normalne.	8	Zdrów 14-go dn.
		3	12-go dnia normalne.	8	Zdrów 19-go dn.

Nazwisko	Który raz chory	Czas trwania	Epididymit	Orchitis	Funiculitis	Prostatitis	Mocz	Ciepłota	Dwoinki Neisser'a
S. S.	I	1/2 r.	Unil. 2 tyg.	Orchitis			Obie mętne	Prawidłowa	stwierdzono
A. S.	II	8 tyg.	Unil. 5 dni				"	Podniesiona przez 2 dni	"
D. O.	I	8 tyg.	Unil. 10 dni		Nieznaczny		"	"	"
S. E.	III	3 m.	Unil. 5 dni				"	Prawidłowa	"
A. Z.	I	6 tyg.	Unil. 4 dni		Znaczny		Obie b. mętne	"	"
A. D.	II	9 tyg.	Bilateralis I—1 m.; II—21 dni				"	"	"
J. G.	I	7 tyg.	Unil. 2 dni		Nieznaczny		I—b. mętna II—mętna	"	"
M. C.	I	3 tyg.	Unil. 3 dni			Prostatitis follicularis	Obie b. mętne z krwią	Podniesiona przez 2 dni	"

Zajęcie drugiego jądra	Obostrzenie w chorem jądrze	Którego dnia mocz się oczyścił	Zmiany w jądrze	Którego dnia przystąpiono do przemywania	Wynik
		9	3-go dnia mniejsze. 11-go dnia prawie normalne.	2 tyg.	Zdrów 23-go dn.
		5	4-go dnia mniejsze. 16-go dnia normalne.	7 dnia	Zdrów 23-go dn.
		7	12-go dnia mniejsze. 24-go dnia nieco powiększone.	6	Zdrów 30-go dn.
		6	6-go dnia o 1/3 mniejsze. 12-go dnia o 2/3 mniejsze.	5	Zdrów (?) 12 dn. Wypisany na własne żądanie. Nie pokazał się więcej.
	Jeden dzień. Ciepłota normalna	11	9-go dnia o 1/3 mniejsze. 12-go dnia in st. quo.	4	Znaczna poprawa 13-go dnia Wypisany na własne żądanie. Mocz przezroczysty. Kropla zrana.
		16	16-go dnia o 1/2 mniejsze. 23-go dnia normalne.	21	Znaczna poprawa 33-go dnia 10-go dnia miał się doskonale. 11-go dnia nastąpiło pogorszenie. Komunikował się z oddziałem kobiecym.
	Po 1-szem przemyciu Ciepł. 37,2° 1 dzień	6	11-go dnia normalne.	2	Bez poprawy 40-go dnia Pogorszenie nastąpiło raptownie. Podejrzany był o stosunek z oddziałem kobiecym.
		16	34-go dnia wielkości orzecha laskowego.	15	Znaczna poprawa 34-go dnia Wypisany na własne żądanie. Mocz przezroczysty. Gruczoł krokowy prawie normalny.

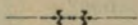
Nazwisko	Który raz chory	Czas trwania	Epididymit	Orchitis	Funiculitis	Prostatitis	Mocz	Ciepłota	Dwoinki Neisser'a
S. G.	I	3 tyg.	Unil. 10 dni	Orchitis		Prostatitis parenchymat.	Obie b. mętne	Prawidłowy	stwierdzono
C. P.	I	3 tyg.	Unil. 6 dni		b. znaczny		Obie mętne	"	"
J. K.	I	6 m.	Unil. 7 dni		"		Obie b. mętne	"	"
U. G.	I	4 tyg.	Unil. 3 dni	"			Obie mętne	"	"

pomocą cewnika dostał chory silnego bólu w prawem przyjądrzu. Stało się to w 7 tygodni po wstąpieniu do szpitala, a w 9 od chwili zachorowania na rzeżączkę. Ciepłota podniosła się do 37,8° i trwała dwa dni. Ogon i główka przyjądrza silnie nabrzmiały. Sznurek nasienny nieco bolesny i nabrzmiały. Obie części moczu mętne. Trzeciego dnia, licząc od chwili zajęcia przyjądrza, zaczęto stosować przemywania nadmanganianem potasu. Bolesność,

Zajęcie drugiego jądra	Obostrzenie w chorem jądrze	Którego dnia mocz się oczyścił	Zmiany w jądrze	Którego dnia przystąpiono do przemywań	Wynik	
Po przemyciu zapomocą cewnika	Po 5-em przemyciu w nocy ból. Ciepłota norm.	Mętna	29-go dnia mniejsze w znacznym stopniu.		Bez poprawy 24-go dnia	Wypisany na własne żądanie.
	Po 1-szem przemyciu w nocy ból. Ciepłota normalna	5 dn. I—męt. II—czys.	7-go dnia o $\frac{1}{3}$ mniejsze.	6	Niewielka poprawa 7-go dn.	Wypisany na własne żądanie.
	Po 3-em przemyciu 1 dz. ból. Ciepłota normalna.	13	7-go dnia mniejsze. 25-go dnia normalne.	7	Niewielka poprawa 43-go dn.	Pogorszenie wystąpiło raptownie. Zauważono go na parkanie granicznym z oddziałem kobiecym.
		4	5-go dnia o $\frac{1}{2}$ mniejsze. 19-go dnia nieco powiększone.	3	Znaczna poprawa 40-go dn.	Wypisany na własne żądanie. 4-go dnia mocz się oczyścił. Pogorszenie nastąpiło wskutek stosunku.

która nie poddawała się żadnym środkom miejscowym, po pierwszym zaraz przemyciu znacznie się zmniejszyła. Po trzecim przemyciu można było stwierdzić zmniejszenie się przyjądrza. Siódmego dnia mocz oczyścił się zupełnie. Na 24-ty dzień przyjądrze wróciło do normy i chory wyszedł ze szpitala zupełnie uzdrowiony.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



16 Zuckerkandl. O całkowitem wyłuszczeniu przerosłego gruczołu krokowego.

Jak w wielu innych kwestyach chirurgii operacyjnej pęcherza, tak i tu widzimy konkurencję pomiędzy zabiegiem od strony krocza i zabiegiem przez pęcherz. Obie metody dążą do jednego celu: wewnątrztorbkowego wyłuszczenia gruczołu. Skoro w jakimkolwiek miejscu uzyskamy dostęp do gruczołu, torebka zostaje nadcięta, a następnie gruczoł zostaje od niej odłuszczony. Metodzie przez pęcherz FREYER nadał ostateczną, powszechnie przyjętą postać. Mniej jednolicie przedstawia się sprawa operacji kroczonej: tu jedni radzą wyłuszczać gruczoł ze strony otwartej *partis membranaceae*, drudzy zaś *par morcellement*. Autor zadał sobie trud wypracowania techniki operacji kroczonej, przyczem gruczoł krokowy zostaje usuwany całkowicie, lecz bez oszczędzania cewki moczowej. A mianowicie: ułożenie do operacji kamienia; poprzeczne cięcie przedodbytnicze; po obnażeniu opuszkir i oddzieleniu mięśniowej przegrody krocza, obnażamy *partem membranaceam*, a po odsunięciu na tępo odbytnicy—i najbardziej dolny koniec gruczołu krokowego. Małym cięciem otwieramy torebkę, rozsuwamy ją i wyciągamy gruczoł ku przodowi. Wprowadzamy palec w otwór torebki i odłuszczamy gruczoł na jego powierzchni zewnętrznej, tak, iż w końcu narząd trzyma się cewki moczowej, jak perelka nanizana na nitkę. Aby więc usunąć gruczoł krokowy, należy cewkę przeciąć poprzecznie, ale jak najbardziej dośrodkowo. Po usunięciu gruczołu ściany rany są gładkie, z przodu przy opuszcze zwisa obwodowy kikut cewki moczowej, jej zaś część dośrodkowa jest widoczna na ścianie wewnętrznej torebki gruczołowej. Przez cewkę wsuwamy do pęcherza kateter kauczukowy, poczem kikuty cewki kilku szwami zostają złączone nad cewnikiem. Jamę operacyjną z lekka się tamponuje; na skórę rzadki szew. Tą metodą, twierdzi autor, da się usunąć każdy gruczoł krokowy, niezależnie od swych rozmiarów i wahań położenia, i to w całości, razem z płatem środkowym. Podczas operacji i bezpośrednio po niej zdarzają się powikłania w postaci krwotoków z pola operacyjnego, uszkodzenia odbytnicy [tylko przy *prostatectomia perinealis*]. Niebezpieczeństwo krwotoku jest tem mniejsze, im dokładniej zostało wykonane wyłuszczenie, dzięki czemu podłoże mięśniowe łatwiej może się kurczyć. Daleko poważniejszym jest uszkodzenie odbytnicy ze względu na trudność jego zagojenia. Dlatego autor przyjął sobie za prawidło w razie uszkodzenia odbytnicy przerywać operację i dopiero po zagojeniu odbytnicy kończyć ją przez pęcherz. W przypadkach, operowanych przez autora, śmiertelność po operacji wyniosła 18,3%. W okresie gojenia zagrażają: krwawienia wtórne, zapalenia przyjądrza, samoistne przetoki odbytnicy, ropienie rany. Oprócz przetok odbytnicy, zdarzających się wyłącznie po metodzie kroczonej, wszystkie inne powikłania właściwe są obu metodom. Po zupełnem zagojeniu może się zjawić mimowolne moczenie i zaburzenia erekcyi. Pierwsze powikłanie zdarza się częściej przy metodzie kroczonej; zaburzenia erekcyi przy tejże metodzie występują zawsze. Po tem zaznaczeniu ujemnych stron omawianej operacji, autor przechodzi do jej określenia wartości pozytywnej. Otóż jest faktem niezbitym, że po usunięciu gruczołu krokowego przerosłego, po zagojeniu, usunięte zostaje wszelkiego rodzaju zatrzymanie moczu, choćby ono przed operacją trwało przez czas bardzo długi, zarówno u prostatyków w 2-m okre-

się, jak i u mocznicowych znajdujących się już w 3-m okresie cierpienia. Je żeli nawet czynność pęcherza przez długie lata była zniesiona wskutek wytworzenia się przetok, wraca ona po operacji. Przytem jest rzeczą obojętną, jaką z dwu metod stosowano, czy to był gruczoł mały, czy wielki, czy pęcherz był szeroki, atoniczny, czy też ciasny. Opróżnianie moczu odbywa się zupełnie fizyologicznie i kompletnie. Rezultat jest trwały. Jednocześnie z poprawą objawów miejscowych daje się zauważyć i postęp wyraźny w ogólnem odżywieniu. Leczenie paliatywne [katetyzacja, drenowanie, *cystostomia*] wystarcza bardzo często, lecz są takie przypadki, gdzie nie można się obejść bez radykalnej operacji. Trzeba zatem rozstrzygnąć pytanie: w jakim okresie należy operować i jaką metodą? Autor zaleca operację wtedy, gdy nawet niewielka ilość nagromadzonego moczu już wymaga cewnikowania, gdy nieznaczne wypełnienie spowodza bolesne parcie na mocz; dalej, w tych przypadkach, gdzie wprowadzenie cewnika staje się coraz trudniejsze i gdzie gruczoł krokowy skłonny jest do obfitych krwawień. Wreszcie operacja jest wskazana przy przewlekłem zatrzymaniu moczu, gdy niedawno powstałe zakażenie górnych dróg moczowych nie ustępuje pod wpływem systematycznej paliatywy i gdzie drenowanie pęcherza nie wystarcza do usunięcia objawów mocznicowych. W zachowaniu się pęcherza nie można znaleźć przeciwwskazania do operacji. Doradzając operację, powinniśmy mieć tylko pewność, że została jeszcze dostateczna ilość mięszu nerkowego, zdolnego do regeneracji. Jako przeciwwskazania należy wymienić charłactwo, ciężki niezbyt oskrzeli i rozdemę płuc. Co się tyczy wyboru tej lub innej metody operowania, to ten, kto należycie opanował technikę, może operować w każdym przypadku, jak zechce. Autor jednakże mniema, że metodzie operowania przez pęcherz należy oddać pierwszeństwo, a to ze względu na mniejsze uszkodzenia cewki moczowej, mniejsze zaburzenia w sferze sprawności płciowej, większą prostotę leczenia następowego, niemożność uszkodzenia odbytnicy i odleżyny tejże.

(*Wien. klin. Woch.* 1907, Nr. 40).

W. Dobrowolski.

17. Seitz Ludwik. Leczenie operacyjne ropnicy połogowej.

Dodatknie wyniki, otrzymane przez otyatrów z opróżnianiem i podwiązywaniem żyły szyjnej wewnętrznej w przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej, naprowadziły ginekologów [SIPPEL 1894, W. F. FREUND 1898] na pomysł zastosowania podobnej operacji, mianowicie wycinania, *resp.* podwiązywania żył macicznych w przypadkach ropnicy połogowej celem wykluczenia z ustroju ognisk zakażających, t. j. zakrzepów, wywołanych zapaleniem septycznem naczyń.

Jedną z częstszych postaci chorób połogowych jest zapalenie zakrzepowe żył i jego następstwa: ropnie przerzutowe. LENHARTZ u połowy kobiet, które zmarły z powodu chorób połogowych i na stół sekcyjny dostały, znalazł zapalenie żył zakrzepowe. Dość często zapalenie to występuje w czystej postaci bez powikłań sprawami zapalnymi naczyń limfatycznych. Punktem wyjścia czystej postaci jego jest błona śluzowa macicy, a mianowicie miejsce przyczepu łożyska, gdy postaci powikłane zapaleniem naczyń limfatycznych biorą swój początek w pochwie lub w sromie. Obok zakrzepu żył spotyka się dość często zropienie jajników i jajowodów, a także zapalenie otrzewnej. Zakrzepy umiejscowiają się najczęściej w żyłe nasiennej wewnętrznej (*v. spermatica interna*). Pozatem siedlisko zakrzepu bywa bardzo zmienne: *vena hypogastrica*, *vena cava*, *vena iliaca*, *vena uterina* i rozmaite ich kombinacje z żyłą nasienną ulegać mogą zapaleniu zakrzepowemu u położnic, dotkniętych gorączką połogową. Zdaje się też, że zakrzep żyły nasiennej częściej zdarza się po jednej stronie, aniżeli po obu.

Rozpoznanie zapalenia zakrzepowego żył w chorobie położowej nie jest wogóle trudne. Charakterystycznymi są często powtarzające się dreszcze, wstrząsające i stan względnie dobrej chorej w przerwach między dreszczami. Macica jest dobrze zwinięta, odchody skąpe. W okolicy *ligamenti latii* i *lig. infundibulopelvis* można często wymacać przez powłoki brzuszne odporność nieprawidłową twardawą, albo zupełnie twardą, niekiedy grubości 3-ch palców. Badanie dwuręczne przez pochwę, którego w tych razach zaniedbywać nie należy, wykrywa łatwo w więzie szerokim stwardnienia, podobne kształtem do glist. Dość często zapalenie zakrzepowe żył ogranicza się do jednej tylko strony.

Co do rokowania w zapaleniu zakrzepowym żył pochodzenia położowego, to wbrew dawnemu pogładowi pesymistycznemu, badania ostatnich czasów wykazały, że z ogólnej liczby przypadków ropnicy, bez względu na ich cięższą lub lżejszą postać, wyleczeniu samodzielnemu ulega 40—15% i że nawet z zupełnie ciężkich przypadków $\frac{1}{3}$ [t. j. 33%] sama powraca do zdrowia. Z zestawienia zaś wszystkich dotychczas opisanych ciężkich przypadków ropnicy [37] okazało się, że wyzdrowiało 38%. Porównyując obie ostatnie cyfry [33% i 38%], widzimy po stronie operowanych pewien pod względem rokowania zwrot ku lepszemu. Rozpatrując zaś bliżej oddzielne przypadki śmiertelne, przekonać się można, że były to przypadki bardzo ciężkie, które i bez operacji także na pewno zakończyłyby się śmiertelnie; tak więc operacja nie wiele im zaszkodziła.

O wskazaniach do operacji. Wtedy, gdy według TRENDLENBURG'a trzeba możliwie wcześniej przystępować do operacji, najlepiej już po 2-gim dreszczu, to według CHROBAKA dopiero po 5-ym dreszczu można postawić rozpoznanie pewne zapalenia zakrzepowego żył, a więc wtedy dopiero i operować. BUMM zaś wyklucza od operacji wszelkie przypadki ostrej ropnicy, nie umiejscowione dostatecznie. Niewątpliwie, wyniki wczesnego operowania nie są bardzo zachęcające: na 12 wyzdrowiało tylko 3 [25%]. Zato wyniki późnego operowania [w okresie podostrym i przewlekłym ropnicy] są o wiele lepsze [45% wyzdrowień], tak iż w tych razach pogląd KRÖNIG'a o małej odporności chorych, dotkniętych zakażeniem septycznym na zabiegi operacyjne, nie potwierdza się zupełnie. Jedna tylko jest tu wątpliwość, mianowicie: czy chore te nie wyzdrowiałyby i bez operacji, znane są bowiem przypadki wyleczenia samodzielnego i po 30-u, 40-u atakach wstrząsających dreszczów. Nie ulega wątpliwości, że nie jeden z tych przypadków obyłby się bez operacji; jednak po największej części do operacji są kwalifikowane przypadki ciężkie i bardzo ciężkie ropnicy, które według doświadczenia prawie bez wyjątku kończą się śmiercią. Wpływ skuteczny operacji w tych przypadkach nie da się zaprzeczyć: dreszcze wstrząsające od razu ustają i powrót do zdrowia wnet się rozpoczyna, a i tam nawet, gdzie dreszcze jeszcze powracają i gorączka powoli ustępuje—o pożytku z operacji wątpić niu można. Operacja ma na celu wszystek materiał zakażający [zakrzepy], albo przez wycięcie części żyły z ustroju zupełnie usunąć, albo przez podwiązanie żyły z obiegu krwi zupełnie wykluczyć. Ani jedno, ani drugie nie udaje się nam w zupełności: pomimo oczyszczenia splotów żylnych, pozostają zawsze pewne zakrzepy w mniejszych żyłach, a przez podwiązanie wszystkich 4-ch żył (2 v. *hypogastricae* i 2 v. *spermaticeae*) nie uzyskuje się jeszcze całkowitego ich wykluczenia z krwi obiegu, gdyż istnieje dosyć naczyń obocznych, których zadaniem jest podtrzymanie biegu krwi powrotnego, naczyń, zresztą niezbędnych dla zabezpieczenia narządów płciowych od gangreny. Chociaż nie cały materiał zakaźny zostaje wykluczony, to jednak nie brak w wielu razach po rezeceji lub podwiązaniu naczyń skutku widocznego. Objasnić to można w ten sposób, że największa masa tego materiału zostaje jednak wykluczona i że w danej jednostce czasu

znacznie mniej zarazków i toksyn dostaje się do krwiobiegu, a może i tem, że energiczniejsze przekrwienie bierne [przy podwiązaniu] osłabia znacznie jadowitość zarazków. Operować należy jedynie w czystych postaciach zapalenia zaskrzepowego żył. Postaci, powikłane sprawami zapalnymi w naczyniach limfatycznych, nie nadają się do operacyi.

Operować należy we wszystkich tych ciężkich przypadkach, które nie dają gwarancyi, że się samodzielnie wyleczą; sądzić o tem można z częstości dreszczów, ze stopnia gorączki i z własności tętna, z objawów ze strony płuc i z obrazu, jaki daje krew badana pod drobnowidzem [brak komórek eozynofilowych, zmniejszenie się znaczne zawartości hemoglobiny].

W jakiej chwili należy przystąpić do operacyi? W okresie ostrym przy objawach silnego zatrucia ustroju należy wstrzymać się od operowania. Dopiero z chwilą stwierdzenia, że sprawa jest umiejscowiona [około 8—12 dnia], można przystąpić do operacyi. Najodpowiedniejszą do operowania jest ropnica przewlekła. Pamiętać jednak trzeba, że przy zbyt długiem wyczekiwaniu wzmagą się prawdopodobieństwo istnienia zakrzepu żyły głównej i licznych ropni przerzutowych. Zapalenie septyczne płuc, nerek, zakrzep żyły głównej dolnej (*vena cava inferior*), o ile tenże stwierdzić się daje—są przeciwwskazaniami do operacyi. Spotykane niekiedy obok zakrzepu żył zropienie jajowodu i jajnika, nie może być przeciwwskazaniem do operacyi.

Technika operacyi. Operacya polega na wycięciu części żyły zajętej zakrzepem lub też ogranicza się do podwiązania żyły na końcu dośrodkowym zakrzepu. BUMM dowiódł, że podwiązanie zupełnie wystarcza, o ile się podwiąże od razu wszystkie 4 naczynia główne, krew odprowadzające [obie żyły nasienne i obie podbrzuszne]; w ten sposób osiąga się zupełne odgraniczenie zakrzepu, gdy tymczasem przez wycięcie żyły zajętej zakrzepem, nie osiąga się zupełnego wykluczenia zakrzepu z obiegu krwi.

Wycięcie, *resp.* podwiązanie żyły wykonane być może: 1) od strony ściany brzusznej i to w dwojaki sposób: a) na zewnątrz otrzewnej (*extraperitoneal*) i b) poprzez jamę otrzewną (*transperitoneal*) i 2) od strony pochwy (*vaginal*).

Najlepsze dotychczas wyniki dała metoda *transperitonealna* [przez laparotomię]: z 24-ch operowanych wyzdrowiało 11=45%. Opiszemy więc bliżej jej etapy: Po przecięciu ściany brzusznej zbadanie najdokładniejsze żył przy wysokiem ułożeniu miednicy i odszukanie końca dośrodkowego zakrzepu żyły nasiennej, poczem przecięcie [małym cięciem] otrzewnej nad żyłą i doprowadzenie tępej igły możliwie dośrodkowo pod naczynie; podwiązanie żyły jedwabiem, zeszytie małego cięcia otrzewnej i wreszcie zeszytie ściany brzusznej. Trudniejsze jest wyszukanie żyły podbrzuszej. Trzeba macicę pociągnąć na stronę przeciwną, przeciąć otrzewną, wyciągnąć *arteriam hypogastricam* na zewnątrz, aby móżd podwiązać żyłę, leżącą bardziej środkowo i pod tętnicą. Wyosobnienie żyły podbrzuszej jest łatwiejsze z lewej strony, aniżeli z prawej.

Zdawałoby się, że metoda *zewnątrz otrzewna* (*extraperitoneal*) jest bezpieczniejsza, okazuje się jednak, że wyniki jej są gorsze, aniżeli *transperitonealnej* w 13-u operowanych wyzdrowiały tylko 3=23%. Metodę tę stosują przeważnie chirurdzy [TRENDELENBURG i inni], gdy *transperitonealną*—przeważnie ginekologdy [BUMM, SEITZ i inni]. Niezawodne stwierdzenie zakrzepu po jednej tylko stronie powinno zachęcić do operowania metodą *ekstraperitonealną*.

Metodę *pochwową* wprowadził LATZKO i wykonał ją dotychczas 4 razy z jednym wyleczeniem. Obu ostatnich metod bliżej tu opisywać nie możemy; odsyłamy czytelnika po szczegóły te do oryginału.

(*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, N. 464).

Zweygbaum.

X Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie.

SEKCJA FIZYOLOGICZNA.

Posiedzenie 1-sze.

1) Prof. dr N. CYBULSKI. W sprawie teorii prądów elektrycznych tkanek żywych. Na podstawie swych badań autor wnioskuje, że wszystkie zjawiska elektryczne zależą wyłącznie od różnic koncentracyjnych jonów rozmaitych ciał, znajdujących się w cieczach surowych i protoplazmie. Nie bez pewnego wpływu są tu i błony, odgraniczające elementy tkaninowe, oraz asymetria w połączeniu rozmaitych cieczy z elektrodami galwanometru. Dyskusya: prof. BECK, prof. POPIELSKI.

2) Dr M. STEFANOWSKA [Genewa]. O sprawie przyrostu wagi u zwierząt i roślin. Prawa wzrostu roślin i zwierząt są podobne. Im młodsze są zwierzęta, wzgl. rośliny, tem wzrost ich jest szybszy; im starsze—waga wzrasta powolniej, aż wreszcie w wieku dojrzałym ciężar się ustala. W miarę wieku ujawnia się coraz silniej mniejszy ciężar samic, niż samców, potem następuje stosunek stałej równoległości. Badania swe przeprowadzała autorka nie tylko nad zwierzętami, lecz i nad roślinami wyższymi oraz niższymi, jak pleśnie. Dyskusya: POPIELSKI, BECK, BĄDZYŃSKI, HORTYŃSKI, CYBULSKI.

3) Ks. F. HORTYŃSKI [Kraków]. Przyczynki do badań prądów osiowych w nerwach. Prąd osiowy jest tem słabszy, im przekroje są więcej równocześnie dokonane, natomiast różnica potencjału między przekrojem świeżym a starszym jest bardzo znaczna; prąd osiowy nerwu, drażnionego wyładowywaniem kondensatorów, zmniejsza się mniej więcej o 3 do 10 razy 10^{-4} wolta i to bez względu na kierunek drażnienia. Pod działaniem bodźców chemicznych [sól kuchenna, sublimat, chlorek potasu] prąd osiowy w pierwszej chwili się wzmacnia, a następnie opada, równocześnie zaś prądy spoczynkowe, pomiędzy równikiem a obu końcami nerwu, żadnego zwiększenia się nie wykazały.

4) M. KONOPACKI [Kraków]. Oddychanie u dżdżownic. Autor badał: *Lumbricus terrestris*, *L. communis* i *L. rubellus*. Badania w warunkach normalnych i sztucznych wykazały w sprawie oddychania pomienionych trzech gatunków dżdżownic znaczne różnice, polegające na niejednakowym natężeniu tego procesu, jako też i na różnej wytrzymałości względem braku tlenu. Dyskusya.

5) Dr Z. MOTYLEWSKI [Lwów]. O ułatwianiu się soli rtęciowych z roztworów i wynikających stąd przeszkodach w wykryciu i określaniu rtęci w naczadach. Sublimat, ogrzewany z kwasem solnym i chloranem potasowym na łaźni wodnej, nie ułatwia się. Straty przy ogrzewaniu z kwasem siarkowym wynoszą 28%—51%. W obecności ciał organicznych dochodzą straty przy użyciu kwasu azotowego i siarkowego do 73,8%. Przy ogrzewaniu azotanu rtęciowego z kwasem azotowym i siarkowym w obecności ciał organicznych straty wynoszą 3—22%. Dyskusya.

Posiedzenie 2-gie.

1) Prof. dr N. CYBULSKI. Demonstracja mikrokalorymetru pomysłu CYBULSKIEGO. Przyrząd ten pozwala oznaczać ilo-

ściowo wydzielanie się ciepła przy reakcyach fizyologicznych i chemicznych z dokładnością 0,25 mikrokaloryi.

2) J. BORKOWSKI [Kraków]. Hemolityczne działanie soli rtęciowych. Ze wszystkich środków hemolizujących najsilniejszy jest sublimat; koncentracja 1:3,000,000 hemolizuje 8% krwi królika. Zwiększając stopniowo koncentrację związku toksycznego, otrzymujemy *maximum* hemolizy, następnie strącanie się krwi. Dyskusya.

3) Prof. dr N. CYBULSKI. O prądach elektrotonicznych. Na podstawie badań nad rozchodzeniem się prądów w cieczy, prelegent podaje nową teorię prądów elektrotonicznych. Dyskusya.

4) Prof. dr A. BECK. O galwanotropizmie. Czynniki, podnoszące pobudliwość ośrodkowego układu nerwowego, obniżają zjawiska galwanotropizmu i odwrotnie. Doświadczenia skłaniają autora do przyjęcia za LOEBEM, że zjawiska galwanotropizmu są następstwem zmian w napięciu asocjacyjnych grup mięśniowych, wywołanych przez prąd.

5) STAN. WELECKI [Kraków]. Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny. Spostrzeżenia doświadczalne doprowadzają autora do wniosków, że:

a) Wydzielina wewnętrzna nadnercza działa nasamprzód na ośrodki naczynio-ruchowe, znajdujące się w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym.

b) Niema mowy o wyłącznie obwodowym działaniu adrenaliny, t. j. na mięśnie gładkie naczyń.

c) Akcja serca pod działaniem adrenaliny stale wzmacnia się i przyspiesza równomiernie z podniesieniem ciśnienia po podaniu adrenaliny. Dyskusya.

6) Dr W. FROMOWICZ [Lwów] i prof. G. BIKELES [Lwów]. O drogach dośrodkowych dla odruchów tylnej części ciała. Z pośród odruchów, przynależnych do stożka rdzenia pniekowego, sięgają najniżej włókna dośrodkowe—dla odruchów ogonowych—w korzonkach ogonowych. Najwięcej proksymalnie sięgają włókna dośrodkowe dla odruchów od worka mosznowego, od wewnętrznej powierzchni napletka i od pochwy, gdy dla odruchów analnych włókna dośrodkowe przechodzą zazwyczaj przez 3 korzonki tylne I i III krzyżowy+I ogonowy, czyli mają przynajmniej o 1 korzonek mniej.

Posiedzenie 3-cie.

1) J. BROWIŃSKI i dr. ST. DĄBROWSKI [Lwów]. Metoda określenia ilości podstawowego barwika w moczu. Nową metodę ilościowego określenia barwika oparto na jego własności odtleniania kwasu jodowego do jodowodoru, przyczem wydzielony wolny jod wytrząsa się siarczkiem węgla, a następnie miareczkuje $\frac{1}{100}$ N. roztworem tiosiarkanu sodowego.

2) W. GAWIŃSKI (Lwów). Badania ilościowe nad wydzielaniem kwasów proteinowych w moczu zdrowych osób, oraz w wypadkach chorób. Za podstawę ilościowych określeń przyjęto całkowitą nierozpuszczalność soli barwowych kwasów proteinowych w absolutnym wysokoku. W moczu prawidłowym ilość azotu kwasów proteinowych („azot proteinowy”) w stosunku do całkowitego azotu, wydzielonego na dobę, wynosi od 4,5 do 6,5%. W wypadkach chorób zakaźnych, a zwłaszcza tych, które, jak dur brzuszny, odznaczają się energicznym rozpadem białka, ilość azotu proteinowego wzrasta do 9—10%.

Przy cierpieniach wątroby, w przypadkach, w których już poprzednio zauważono powiększenie się siarki obojętnej, azot proteinowy również wzrasta. Wydzielanie azotu proteinowego w przypadkach chorobowej przemiany materii stanowi przedmiot dalszych badań autorów.

Posiedzenie 4-te.

1) Dr. Wł. MAZURKIEWICZ. Części stałe soku i teorya czynności trzustki. Badania nad sokiem trzustkowym wykazały: ogólna ilość części stałych w każdym z soków zbieranych w ciągu 4 godzin po chlebie, mięsie i mleku jest niższa, niż u WALTER'a i podlegając znacznym wahaniom, wielkością typową dla każdego rodzaju pokarmu być nie może. Tak, po mleku ogólna ilość części stałych waha się od 1,628% do 3,740%; po chlebie—od 1,538% do 2,358%; po mięsie—od 1,190% do 2,230%. Natomiast ogólna ilość części stałych znajduje się w odwrotnym stosunku do zmiennej szybkości wydzielania. Tak, w ciągu 4 godzin zebrano: 1) 13 cm³ soku z 3,740% ogólnej ilości części stałych; 2) 16 cm³ soku — 3,404%; 3) 35 cm³ — 2,150%; 4) 50 cm³ — 1,780%; 5) 80 cm³ — 1,640%; 6) 90 8 cm³ — 1,538% i t. d. Wobec tego, że szybkość wydzielania zmienia się nie tylko w różnych, 4 godziny trwających doświadczeniach, lecz i podczas jednego doświadczenia w ciągu 1 godziny, a nawet $\frac{1}{4}$ godziny, w zależności zaś od niej w stosunku odwrotnym zmienia się i ogólna ilość części stałych, utrzymuje prelegent jeszcze z większą stanowczością, że o jakimkolwiek przystosowaniu tak zmiennej czynności trzustki do własności pokarmu stałych, przynajmniej podczas jednego doświadczenia, nie może być mowy. Doświadczenie: 1) w 15 minut zebrano 11,2 cm³ soku z 1,324% ogólnej ilości części stałych; w 15' — 11 cm³ — 1,418%; 2) w 15' — 7 cm³ — 1,692%. Szybkość wydzielania się zależy od siły i ilości bodźca, jak to udowodnił POPIELSKI. Na mocy tego autor stosował najrozmaitsze stopnie koncentracji normalnego HCl i, otrzymawszy spodziewaną najrozmaitszą szybkość odpowiednio do koncentracji kwasu, przeprowadził sok przez wszystkie możliwe stany zgęszczenia części stałych, od wyjątkowo słabego=1,070% do najsilniejszego=3,624%, jak po mleku. Co się tyczy części mineralnych, to te wahały się przy wszystkich możliwych bodźcach bardzo nieznacznie w granicach pomyłek określenia i dlatego dla wszystkich soków ilość części mineralnych przyjęto za wielkość stałą = 0,9%. A więc teorya celowości ostatecznie pada; własności soku zależą od siły bodźca. Jeżeli wziąć pod uwagę, że centrifuga usuwa z soku 0,08—0,14% morfologicznych elementów, jako obcą domieszkę z błony przetoki, to otrzymamy $1,07 - 0,14 = 0,930\%$ ogólnej ilości części stałych w soku czystym o maksymalnej szybkości = 25,2 cm³ w 15'. Ta ilość części stałych równa się mineralnym częściom surowicy—0,930%, t. j. sok taki jest przesączem surowicy krwi. Jeżeli sok jest przesączem surowicy, która także zawiera te same fermenty, to gruczoł stanowi sączek, który przepuszcza krystalloidy — mineralne części surowicy, zatrzymuje zaś kelloidy części organiczne, jak to na miejsce w sączku PASTEUR'a, i to w tym mniejszym stopniu, im powolniej odbywa się sączenie, i odwrotnie. Prawdopodobnie, sprawa wydzielania odbywa się w tenże sposób i w gruczole podszczękowym. PAWŁOW i WIERCHOWSKI, określając ilość azotu w tym gruczole podczas pracy i spokoju, wykazali, że azotu zawiera się w gruczole więcej o 30%—40% właśnie w czasie pracy. Przypuszczać należy, że i w trzustce podczas pracy znajdujemy więcej azotu, aniżeli podczas spoczynku.

Dyskusya.

2) Prof. PRUS. O samodzielnej czynności serca. Czynność serca jest odruchem, wywołanym zakończeń czuciowych w sercu samym. Dyskusya.

3) Fr. CZUBALSKI. (L w ó w). O wpływie ekstraktu kiszkiowego na krzepliwość krwi. Krew pod wpływem ekstraktu kiszkiowego staje się wodnistą i w stanie płynnym pozostaje w ciągu całego szeregu dni, jak to pokazują następujące dane. Krew normalna krzepnie po upływie 3'45"; 4'30"; 3'16"; 3'10" i t. p. kiedy krew po wprowadzeniu 3,0 ekstraktu kiszkiowego na 10 klg. zwierzęcia staje się wodnistą i nie krzepnie w przeciągu różnie długiego czasu: 37"; 2h 55'. a w niektórych częściach (krew wzięta od 3' do 30' po wprowadzeniu) pozostaje płynną aż do pierwszych objawów gnicia. Zjawisko to nie zależy od soli, otrzymanych po spaleniu ekstraktu kiszkiowego, gdyż po wprowadzeniu tychże nie otrzymano odpowiedniego wyniku. Stopień niekrzepłości krwi (długość czasu, w ciągu którego krew nie krzepnie) znajduje się w prostym stosunku do ilości wprowadzonego ekstraktu kiszkiowego: tak po 3,0 krew znacznie dłużej nie krzepnie, aniżeli po 1,5 lub 0,7, która to dawka nie wywołuje wybitnych zmian w krzepłości. Dyskusya.

Posiedzenie 5-te.

1) Dr W. MAZURKIEWICZ. Przyczynek do fizjologii i farmakologii gruczołów ślinnych.

Wyniki badań autora na psach są następujące: Bodźce mechaniczne wskutek tarcia wywołują silne wydzielanie śliny. Bodźce chemiczno-mechaniczne wywierają odpowiednio do swej natury podwójny efekt: Bodźce chemiczne, do których, prócz tłuszczu, eteru, gliceryny, należą wodne roztwory cukru, soli kuchennej, sody, kwasów i goryczy, stosowane w słabych lub izotonicznych roztworach z płazmą krwi, stanowią bodźce obojętne. Wyższe koncentracje, względnie hipertoniczne roztwory, występują, jako bodźce czynne, powiększając ilość śliny w miarę stężenia roztworów li tylko do pewnych granic, np. roztwór 20% cukru trzcinowego działa, jak 40%, 80%, a nawet jak syrop. Powiększenie ilości bodźca wywołuje zwiększenie śliny tylko w granicach małych dawek, natomiast większe dawki nie tylko nie zwiększają ilości śliny, lecz nawet ją zmniejszają. Następnie, pewna ilość bodźca, podana w oddzielnych porcjach, wydziela w sumie więcej śliny, aniżeli ta sama ilość bodźca wprowadzona od razu: jednakową ilość śliny wydzielają równodrobinowe roztwory kwasów mineralnych i organicznych, oraz tłuszcze bezwonne. Nader słabym bodźcem jest alkohol etylowy i od 24 proc. w wyższej ilości śliny nie zwiększa. Jako bodźce znacznie silniejsze są eter i gliceryna. Oprócz wspomnianych bodźców spotkał się autor z bardzo ciekawym zjawiskiem t. zw. smakowego kontrastu. Woda, wogóle nie wydzielająca śliny, wprowadzona po kwasie siarkowym staje się bodźcem czynnym i „przynajmniej” według doświadczeń na ludziach, działa jako wyraźna słodycz. Próba chemiczna na obecność H_2SO_4 w ślinie po wodzie dała ujemne wyniki, a 1% roztworu *ac. hymnemici*, kwasu rośliny *hymnema silvestris*, znoszącego wogóle smak słodczy, wpuszczony przez doświadczeniem do jamy ustnej, zjawisko kontrastu całkowicie zacierą, t. j. woda zupełnie nie wydziela śliny. To samo zjawisko ma miejsce z mocnymi kwasami organicznymi i nasyconym roztworem NaCl.

2) Dr T. ZALEWSKI [Lwów]. O zdolności wsysania błony śluzowej i jamy bębenkowej oraz ilościowe badania nad wessaniem kokainy z dróg oddechowych. Zdolność chłonięcia błony śluzowej jamy bębenkowej nie jest znaczna, co prelegent stwierdził przy pomocy pilokarpiny, muskaryny, nikotyny i kokainy.

Dr W. GAWIŃSKI [Lwów]. Badania nad kwasem olejowym tłuszczu mleka. Zadaniem prelegenta było rozstrzygnąć

sporną kwestyę, czy kwas olejowy masła nie jest właściwie homologiem lub izomerem znanego kwasu olejowego. W rezultacie okazało się, że wyniki odpowiednich prac SAYTZEFF'a zawierają pewne niedokładności.

3) J. BROWIŃSKI [Lwów]. Kwasy proteinowe we krwi. Celem tej pracy było stwierdzić, czy kwasy proteinowe, wykryte w prawidłowym moczu ludzkim, znajdują się we krwi. Wyniki otrzymano dodatnie.

4) Dr S. DĄBROWSKI [Lwów]. O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu. Prelegent stawia żółty barwik moczu w rzedzie kwasów proteinowych. Skład barwika: C=43,09%, H=5,14%, N=11,15%, S=5,09% i O=35,53%.

5) Dr E. PIASECKI [Lwów]. Dalsze przyczynki do wiadomości o prawach pracy mięśniowej. Prelegent podał nowy typ krzywej znużenia, różniący się od ergogramów Mosso'a stałą wysokością podniesień, od szeregów zaś TREVES'a—stałym obciążeniem.

[D. n.]

Wiadomości bieżące.

— Dnia 31-go stycznia r. b. odbyło się zebranie organizacyjne „Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu”, na którym wybrani zostali: na prezesa prof. dr S. S. ZALESKI; na wice-prezesów: prof. ZIEMACKI [sekcji lekarskiej i p. JACZEWSKI [sekcji przyrodniczej]; na sekretarzy sekcji lekarskiej doc. SOWIŃSKI [dla posiedzeń naukowych] i dr ULIŃSKI [dla spraw administracyjnych], a na sekretarza sekcji przyrodniczej p. SMOLEŃSKI; na skarbnika dr A. KARNICKI, na bibliotekarza dr JASTRZĘBSKI, na jego pomocnika p. ŻEGOTA, na członków Rady [sekcji lekarskiej]: prof. RACZYŃSKI, dr WOLAŃSKI, doc. Z. ORŁOWSKI, dr ZAKRZEWSKI; na kandydatów: dr MARCINKIEWICZ i dr WOJCIECH KOZŁOWSKI; [sekcji przyrodniczej]: pp. WIKTOR STANIEWICZ i DZIERŻGOWSKI, na kandydata p. FRIEZENDORF; do komisji rewizyjnej: dr KAMIENSKI [przewodniczący], dr WIERCIŃSKI, dr WILAMOWSKI i p. WACHOWSKI.

— Wydawcami „Czasopisma Lekarskiego” redagowanego przez kol. S. STERLINGA, są kol. J. MICHAŁSKI i H. TRENKLER.

— Prof. dr MACIEJ JAKUBOWSKI otrzymał obywatelstwo honorowe Krakowa w uznaniu zasług, jakie położył dla miasta przez założenie szpitala dla dzieci i kolonii leczniczej w Rabce.

— Kol. HORNOWSKI z Warszawy otrzymał stopień doktora medycyny na Uniwersytecie Lwowskim.

— XVI międzynarodowy Kongres lekarski odbędzie się w Budapeszcie od d. 29 sierpnia do d. 4-go września 1909 r.

— Druk „Sprawozdania z posiedzeń naukowych w sekcjach X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907” został już ukończony i w bieżącym tygodniu zacznie się rozsyłka tego wydawnictwa wszystkim uczestnikom X. Zjazdu. Kto jeszcze nie podał swego adresu, zechce go nadesłać niezwłocznie do „Administracji Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego” [Lwów, ul. Sykstuska l. 8], dokąd również należy zgłaszać się z reklamami w razie nie otrzymania „Sprawozdania.”

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.