

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek krwotoku pęcherzowego wyleczony drogą operacyjną. Podał d-r E. Supiński. — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 67. Uwagi o szwie i kierunku cięcia na macicy przy cięciu cesarskiem (tylne podłużne cięcie). 68. O leczeniu wczesnych okresów ciąży zewnętrzno-maciecznej. 69. O krwimoczach końcowym i jego leczeniu. — IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Napisał S. Groszlik. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ”

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Supiński — Un cas d'hémorrhagie de la vessie, guérie par l'opération. 2) D-r K. Sacewicz — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsowie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ”

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Supiński — Ein Fall von Blasenblutung, geheilt auf operativem Wege. 2) D-r K. Sacewicz — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

PRZYPADEK KRWOTOKU PĘCHERZOWEGO WYLECZONY DROGĄ OPERACYJNĄ.

Podał

D-r Edmund Supiński

lekarz oddziału.

Z krwotokami pęcherza spotykamy się w ogóle dość często, a ze względu na ich przebieg, częstość pojawiania się oraz ilość utraconej krwi, można je w dwie ująć postacie. W jednych przypadkach ilość jednorazowo utraconej krwi jest nie wielka, tak że życiu chorego nie zagraża wprost niebezpieczeństwo, i jedynie częstość ich pojawiania się może mieć dla ustroju poważniejsze znaczenie — krwotoki przewlekłe, w innych znowu postaciach

— ostrych ¹⁾ chory traci nagle znaczną ilość krwi, co pociąga za sobą nieraz objawy ciężkiej a nawet śmiertelnej małokrwistości. Przypadek podobny opisał w swoim czasie TALKO ²⁾.

Z przewlekłymi krwotokami pęcherza spotykamy się w różnorodnych stanach chorobowych, jako to: w przebiegu zapaleń pęcherza tak ostrych, jako też przewlekłych, owrzodzeń gruzliczych i dyfterytycznych, w przebiegu nowotworów, szczególnie raków (*Carcinoma medullare*) oraz bogato unaczynionych brodawczaków (*Papilloma*) — nie mniej jako miejscowy objaw skazy krwotocznej w przebiegu gnilca, choroby WERLHOF'a, krwawnicy i t. p. Powód do takich krwotoków dają bardzo często kamienie moczowe, mechanicznie drażniące błonę śluzową, lub ciała obce, z zewnątrz do pęcherza wprowadzone, jak również pasorzyty (*distoma haematobium* i *filaria sanguinis*), które wywołują krwotoki przez zaczerwienienie naczyń już to samymi osobnikami, już też zarodnikami lub jajami. Tu zaliczyć wreszcie należy krwotoki, spowodowane użyciem przetworów chemicznych lub farmaceutycznych, jak np. wyciągu z pryszczawek (kantaryd).

Ostre krwotoki pęcherza należą natomiast do zjawisk chorobowych względnie rzadkich, a zagrażać mogą życiu chorego zarówno przez wywołanie ostrej małokrwistości, jak niemniej przez zbytne rozdęcie pęcherza.

Z przyczyn, wywołujących je, w pierwszym rzędzie wymienić należy wszelkiego rodzaju urazy, które już to wprost, już też pośrednio spowodować mogą przedarcie obficie unaczynionych ścian, np. w zranieniach pęcherza od zewnątrz, złamaniach kości miednicy, uderzeniach w okolicę podbrzusza, w pęknięciach pęcherza, zdarzających się skutkiem przysypania lub spadnięcia na kość krzyżową. Takie krwotoki, zwłaszcza po urazach tępych, występują tem łatwiej, im bardziej pęcherz w chwili urazu był wypełniony.

Jedną z najważniejszych, jakkolwiek rzadkich, przyczyn krwotoków pęcherzowych jest rozszerzenie żył w obrębie *plexus venosus prostaticus*, przez dawnych autorów hemoroidami pęcherza zwane. Pęcherz bowiem zaopatrzony jest w liczne sploty żyłne, łączące się z sąsiednimi splotami, przez co tworzy się bardzo drobna sieć naczyń, przebiegających tuż pod blaszką górną powięzi międzykrocza. U ludzi starszych sploty te żyłne okazują wielką skłonność do rozszerzania się i skręcania, a tworząc w ten sposób żyłaki, łatwo dać mogą powód do zastoin i surowicznych przesączyn, a skutkiem obrzęku około ujścia pęcherza spowodować mogą przemijające zatrzymanie moczu, w następstwie zaś silniejszych natężeń, czy to przy cięższej pracy, czy defekacji, tem więcej, wobec istniejącej w podeszłym wieku kruchości ścian naczyń, dać mogą powód do obfitych i nagłych krwotoków, życiu chorego wprost zagrażających.

Nie mniej też trzy pary tętnic, odżywiających pęcherz, t. j. *arteria vesicalis superior, media et inferior* oraz liczne ich gałązki mogą być źródłem krwotoku, czy to z wyżej już wspomnianych powodów, czy też w następstwie ogólnej miażdżycy i kruchości tętnic, występującej szczególnie w starszym wieku.

Jeden taki przypadek właśnie, który bezsprzecznie do bardzo rzadkich zaliczyć należy, mieliśmy sposobność obserwowania w naszym oddziale.

¹⁾ Wolelibyśmy pierwszą postać nazwać „krwawieniami“, drugą — „krwotokami“. (przyp. Red.).

²⁾ Śmierć z *haemorrhagia vesicalis*. Medycyna. 1873.

S. K. lat 60 liczący, emeryt. W dzieciństwie przebywał jakąś chorobę wysypkową — w 30 roku życia zapalenie płuc. Zresztą był zawsze zdrow, na przypadłości ze strony pęcherza nie skarżył się nigdy, mocz oddawał zawsze prawidłowo i bez żadnych trudności, na guzy krwawnicowe nigdy nie cierpiał, krwi w stolcu, ani w moczu nigdy nie zauważył. Napojów wysokokowych używał wogóle mało. Zapytany co do powstania obecnej choroby, podaje, że, gdy dnia 9. X. 98. dźwignął ciężką szafę, nagle tak osłabł, iż, czując się bliskim omdlenia, zmuszony był usiąść. Równocześnie zauważył silne parcie na mocz. Zamiast moczu jednak oddał krew jasno czerwoną z moczem zmieszaną w ilości około 200 gramów. Wezwał przeto lekarza. Ten stwierdził objawy znacznej małokrwistości, a po założeniu cewnika wypuścił małą ilość krwawo zabarwionego moczu, zmieszanego ze skrzepami krwi i polecił zimne okłady na okolicę podbrzusza. Parcie zmniejszyło się wprawdzie nieco, po chwili jednak poczęło się na nowo wzmacniać, a gdy chory próbował sam oddać mocz, pokazała się znów krew jasno czerwona i to w ilości większej, niż poprzednio. Zawezwany prof. TRZEBICKY założył cewnik metalowy, który wchodził bardzo łatwo, odprowadził jednak skąpą tylko ilość moczu krwawo zabarwionego, światło bowiem cewnika zatykało się skrzepami, a przestrzykiwania roztworem kwasu bornego i sody okazały się zupełnie bezskuteczne. Wobec tego polecił prof. TRZEBICKY przeniesienie chorego do szpitala, gdzie stwierdzono stan następujący:

Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiany. Objawy ostrej małokrwistości bardzo wybitne, skóra blada, tętno nitkowate, twarz zapadła, ciepłota obniżona. Tętnice obwodowe okazują wyraźne objawy miażdżycy. Lewa komora serca przerosła. Badanie narządu oddechowego wykazuje przewlekły nieżyt oskrzeli i miernego stopnia rozedmę płuc. Po stronie lewej przepuklina pachwinowa, istniejąca od kilkunastu lat, z powodu której chory nosi stale pasek. Okolica podbrzusza między spojeniem łonowym a pępkiem wypukłona, głównie w linii środkowej, po bokach mniej. Przy obmacywaniu wyczuć się daje guz, leżący w linii środkowej ciała, wychodzący z miednicy malej, a szczytem swym sięgający do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Guz ten jest kształtu owalnego, przy ucisku wrażliwy, odgłos opukowy ponad nim stłumiony. Przy badaniu przez odbytnicę zaledwie wyczuć można małych rozmiarów gruczoł krokowy, zupełnie nie powiększony, przednia zaś ściana odbytnicy wypukłona jest przez opisany guz, który odpowiada rozdętemu pęcherzowi. Sploty żył krwawnicowych bardzo nieznacznie rozszerzone. Ponowne próby opróżnienia pęcherza okazały się równie daremnymi, jak i poprzednie, wobec czego, zaproponowano choremu otwarcie pęcherza, zwłaszcza iż nie ulegało kwestyi, że mieliśmy do czynienia z ostrym i groźnym krwotokiem pęcherzowym, którego zatamowanie drogą operacyjną było konieczne.

Chory zgodził się natychmiast na proponowany zabieg. Rozumie się samo przez się, że wśród tych warunków można było myśleć jedynie o otwarciu pęcherza po nad spojeniem łonowym, co też wykonał prof. TRZEBICKY w sposób typowy. Po otwarciu pęcherza przekonał się, że był on rozdęty przez nadmierną ilość skrzepów świeżych, zbitych w duże kawały, resztę pęcherza wypełniał mocz, żywo czerwono zabarwiony. Wydalenie skrzepów tych z pęcherza przedstawiało wcale nie łatwą pracę. Po części wygarniał je operator ręką, po części zaś łyżką, przeznaczoną do wydobywania kamieni z pęcherza. Wydobyte skrzepy ważyły niespełna 2 klgr.

Kiedy pęcherz mniej więcej był już oczyszczony, przepłukano go kilkakrotnie 3% roztworem kwasu bornego, wypłukując w ten sposób resztki skrzepów. Do tak opróżnionego pęcherza wprowadzono palec celem dokładnego zbadania jego wnętrza. Błona śluzowa nie przedstawiała żadnych wyczuć się dających zmian — gładka, może nieco rozpulchniona, nie okazywała nigdzie żadnego ubytku ani owrzodzenia; nowotworu lub ciała obcego również nie znaleziono. Uderzającą była jednak ta okoliczność, że gdzieś w samej błonie śluzowej i pod nią można było wyczuć wężykowate, twarde, miazdżycowo zwyrodniałe tętnice.

Nadmienić wreszcie muszę, że krwotok, jak to zwykle bywa, po skurczeniu się ścian pęcherza ustał zupełnie.

Pęcherza nie zeszywano, lecz wprowadzono do jego wnętrza dren, ranę zaś całą wytamponowano gazą jodoformową. Dren, prowadzący od pęcherza, połączono z węzem (syfon) długości około 2 mtr., którego koniec zanurzał się w zbiorniku, obok łóżka stojącym, a w $\frac{1}{4}$ napełnionym 3% roztworem kwasu karbolowego. Choremu polecono leżeć na boku celem łatwiejszego odpływu moczu.

Leczenie pooperacyjne polegało na codziennem przepłukiwaniu pęcherza przez dren 3% roztworem kwasu bornego i zmianie gazy jodoformowej w ranie. W ciągu całego leczenia chory nie gorączkował ani razu. Mocz odchodził łatwo przez dren do zbiornika, w pierwszych trzech dniach nieco krwawo zabarwiony, zawierał drobne strzępy skrzepów, później wprowadzie bez domieszki krwi, jednak mętny, łatwo tworzący obłoczkowaty osad, jako objaw istniejącego nieżytu.

Dnia 30. X. 1898, chory w opisanym stanie opuścił szpital celem dalszego leczenia się w domu.

Dnia 10. XI. wyjęto dren z pęcherza. Mocz odpływa częścią przez cewkę, częścią przez otwór w ranie po nad spojeniem łonowem. Pęcherz przepłukuje się 3% roztworem kwasu bornego przez cewkę za pomocą cewnika miękkiego. Mocz jest czysty. Rana pokryta żywą ziarniną.

Dnia 19. XI. W ranie utrzymuje się jeszcze mała przetoka dla zgłębnika tylko drożna, mocz odchodzi tylko przez cewkę.

Dnia 28. XI. Rana zupełnie zagojona, mocz odchodzi prawidłowo i jest zupełnie czysty.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku opisanym mieliśmy do czynienia z krwotokiem pęcherzowym, spowodowanym przez pęknięcie którejś z miazdżycowo zmienionych tętnic pęcherza. Przemawiają za tem zarówno szczegóły, zaczerpnięte z wywiadów, mianowicie objawy ostrego krwotoku pęcherzowego, które wystąpiły bezpośrednio po silnem natężeniu, jak niemniej i objawy wybitnej miazdżycy tętnic pęcherzowych, stwierdzone wśród operacji. Przypuszczenie to potwierdza wreszcie i ta okoliczność, że chory w pierwszej chwili po wypadku oddał świeżą krew jasno-czerwoną.

Kończąc to krótkie sprawozdanie, cieszę się, że znajduję sposobność wyrażenia wdzięczności szefowi memu, Wielmożnemu Prof. TRZEBICKY'emu, za zachętę do napisania tej pracy oraz podziękuję za łaskawie udzielone mi wskazówki.

O CZYNNOŚCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 34).

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę warunki, towarzyszące samemu zasypianiu, to te wyświetlą nam bliżej to zjawisko otamowania. Wiadomo, że obfity dopływ wrażeń, silne wzruszenia, praca umysłowa i wogóle znaczniejsze natężenie uwagi odpędzają sen. Tylko wzruszenia przygnębiające mogą miewać działanie nasenne. Do czynników zaś sprzyjających należy przedewszystkiem ograniczenie dopływu wrażeń, którego zazwyczaj też szukamy, układając się do snu. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że wstrzymanie dopływu wrażeń zewnętrznych wystarcza do wprowadzenia ich w sen; co do człowieka, to dzieje się to samo u ludzi, nie nawykłych do pracy umysłowej. Jaskrawym dowodem tego jest głośny przypadek STRUEPPELL'a. Dotyczy on terminatora szewckiego, dotkniętego rozległym znieczuleniem, tak, że tylko prawem okiem i lewem uchem mógł doświadczać wrażeń zewnętrznych. Jeżeli mu nałożono na oko opaskę i zatkało ucho, z początku zdradzał zdziwienie, potem usiłował uderzeniami ręką wydobyć wrażenie słuchowe, wreszcie, po dwóch — trzech minutach, uspokajał się. Teraz można było zdjąć opaskę: oko było zamknięte i chory pozostawał we śnie. Dalej, jednostajne, powtarzające się wrażenia sprzyjają także zasypianiu. Powtarzanie się ciągle działanie ich na świadomość stopniowo osłabia, odwracając jednocześnie uwagę od pracy umysłowej. Wymienione warunki wskazują, że owa zmiana czynnościowa ośrodków, stanowiąca sen, występuje albo przy niskim poziomie uwagi, albo przy jej zupełnem rozproszeniu. Ztąd wynika wniosek, że najprawdopodobniejszym siedliskiem tej zmiany jest organ apercepcyi, mianowicie okolica korowa zawojów czołowych, położona ku przodowi od pasa ośrodków ruchowych (WUNDT). Na zasadzie spostrzeżeń Mosso należałoby wnosić, że istotą jej jest pobudzenie ośrodka naczynio-ruchowego, sprowadzające skurcz najdrobniejszych naczyń mózgu, a ztąd i jego małokrwistość, co do której największą wrażliwością odznaczają się zrazy czołowe.

Upływy nasienia mają miejsce zwykle po przeminięciu otamowania rdzenia w końcowym okresie lekkiego snu. U cierpiących na częste upływy występuje zazwyczaj bardzo charakterystyczna skłonność do doznawania ich po powtórnem zaśnięciu nad ranem. W okresie końcowym, jak wiemy, przemija hamujący wpływ półkul na rdzeń, a jego pobudliwość może nawet się wzmacniać. Oprócz tego trwają jeszcze zmiany, wywoływane działaniem na ośrodki: naczynio-ruchowy i oddechowy, mianowicie, zmienione warunki krążenia i pewne niedotlenienie krwi (WUNDT). Według wszelkiego prawdopodobieństwa w zmianach tych kryją się warunki, sprzyjające samoistnemu odruchowemu pobudzeniu w tym czasie obu rdzeniowych ośrodków płciowych.

Towarzyszące im motywujące marzenia senne stanowią zjawisko wtórne. Powstają one wskutek przeniesienia pobudzenia z przechodzących w stan czynny obu mechanizmów, przez drogi łączne, do mózgu.

Marzenia senne są częściowem zakłóceniem cechującego sen zawieszenia świadomości i stanowią jej częściowe przejawy, występujące przy mniejszej głębokości snu. Mogą one zdarzać się zarówno w początkowym i końcowym okresie, jak podczas fazy największej głębokości, o ile w tym czasie zajdą dość silne podrażnienia zmysłowe. Świadomość, w nich występująca, odznacza się dwiema szczególnymi cechami: jest ułamkowa i ukazuje się w zmienionej postaci. Mamy tu, jak na jawie, odbiór wrażeń, odtwarzanie wyobrażeń i mniejszy lub większy stopień obudzonego samopoczucia. Ale, naprzód, ilość odbieranych wrażeń okazuje olbrzymią różnicę. Kiedy, podczas czuwania, przez wszystkie zmysły dopływają bezustannie różnorodne i o rozmaitym stopniu natężenia wrażenia, które, dzięki swej mnogości i zmianie, określają się wzajemnie i ulegają właściwemu uobrażeniu, t. j. odtwarzają wyobrażenia, do których należą, w stanie snu, wskutek zamknięcia oczu, otamowania ośrodków i ustronnego położenia, tylko odosobnione, pojedyncze, przedzierają się do świadomości. Wskutek odosobnienia i przeszkód ze strony otamowania, nie uobrażają się one teraz, a tylko budzą niejasny, właściwy sobie ton uczuciowy. Ton ten staje się czynnikiem, powołującym do życia działalność odtwórczą, która poczyną odtwarzać wyobrażenia o pokrewnych tonach uczuciowych. Te odtwarzane wyobrażenia odznaczają się szczególną własnością: natężeniem, dorównyującym jaskrawością halucynacyom. Dzięki wysokiemu natężeniu, wydają się one rzeczywistemi spostrzeżeniami i nadają marzeniom sennym naturę złudzeń czyli iluzji. Występująca przytem częściowa działalność apercepcyi jest zawsze ułomna i pociąga za sobą zupełny brak sądu. Przeżywane we śnie zdarzenia brane są za rzeczywistość, mimo że mogą stanowić najzupełniejszy absurd w stosunku do wiadomości osobnika o rzeczywistym świecie fizycznym. Nareszcie, wskutek skojarzeniowego przebiegu wyobrażeń i braku między nimi istotnego związku, zachodzi uderzające złudzenie co do oceny czasu: zdarzenia senne zdają się stanowić nieskończenie długi szereg w czasie, gdy w istocie przebiegają w ciągu krótkiej chwili. Jeżeli wywołujące sen wrażenie jest dostatecznie silne, to, nadając kierunek działalności odtwórczej swoim tonem uczuciowym, prowadzi przez szereg odtwarzanych wyobrażeń do coraz wyraźniej uświadamiającego się wzruszenia, które w końcu znosi otamowanie i przywraca jawę, w której, w tejże chwili, odbywa się prawidłowa apercepcya początkowego wrażenia.

W ten sposób, mimo żywego natężenia ukazujących się obrazów, marzenia senne bynajmniej nie są halucynacyami we właściwym tego słowa znaczeniu. Są to tylko złudzenia, powstające z odosobnionych wrażeń, przedostających się bądź z zewnętrznej, bądź z wewnętrznej powierzchni czuciowej. Jeżeli snop światła padnie na oczy śpiącego, powstaje zazwyczaj szereg obrazów, zakończony wybuchem pożaru. Nagły huk wywołuje sen, kończący się wystrzałem. MEIEROWI, któremu żdźbło słomy utkwiliło między wielkim a następnym palcem u nogi, śniło się, że go zbójcy napadli, obdarli, położyli na wznak i przybili do ziemi kołkiem pomiędzy wspomnianymi palcami. MAURY'emu, któremu upadł na szyję drążek od firanek u łóżka, śniło się, że był obecny przy rewolucyi francuskiej, że był aresztowany i stawiony przed trybunał, gdzie widział ROBESPIER'a, MARAT'a i THIONVILL'a. Mimo, że wybornie się bronił, skazano go, przewieziono na plac tracenias, i tu kat przywiązał go do deski pod gilotyną, pchnął, i topór z sykiem upadł mu na kark. Pomijając tego rodzaju silne bodźce zewnętrzne, znajdujemy słabsze, które udostępniają się percepcyi podczas snu, dzięki brakowi mocniejszych. Tak, niewygodne położenie ciała staje się źródłem marzeń o mozolnej pracy, wspinaniu się pod górę i t. p., lekki ból międzybrowy wywołuje sny o uką-

szeniu przez psa lub węża. Zsuniecie się kołdry z jakiej części ciała i wywołane niem uczucie zimna sprowadza kłopotliwe urojenia o znalezieniu się na ulicy lub w znajomem, najbardziej obchodzącem nas towarzystwie w niedostatecznem ubraniu lub w bieliźnie. U kobiet przykre i kłopotliwe sny przybierają czasem postać marzeń, że nagle, w warunkach po temu zupełnie nie odpowiednich, spostrzegają na ubraniu lub bieliźnie krwawe ślady miesięczkowego odpływu. Dalej, nie są tu pozbawione znaczenia i samoistne czucia zmysłowe, powstające w uchu i oku. Czucia te występują i podczas czuwania, w uchu — jako szum i dzwonienie, w oku — jako ruchomy chaos światła w ciemnem polu widzenia (WUNDT). Czasem przy silnem opuszczeniu głowy, po mocnem kichnięciu lub zakaszaniu się, ukazuje się podobnież w polu widzenia gromada białych iskier, rozplywających się w rozmaitych kierunkach. Tego rodzaju pobudzenia siatkówki zdradzają swój udział w uderzającej skłonności snów do odtwarzania w liczbie mnogiej jednakowych lub podobnych sobie, nieraz poruszających się przedmiotów: motyli, ryb, kwiatów i t. p. Często daje się przytem zauważyć i wpływ ze strony czucia skórniego i ogólnego. Tak np. przy podniesieniu czucia ogólnego ukazują się ptaki lub pstre kwiaty, przy przykrym czuciu skórniem chrabąszcze, szpetne gąsienice i robaki.

Wrażenia z obrębu czucia ogólnego sprowadzają błędne wyobrażenia o odnośnym stanie ciała. Tak, SCHERNER (1) zwrócił uwagę, że główną przyczyną snów o wodzie jest odczuwanie potrzeby oddania moczu: śpiący widzi przed sobą źródło, z mostu przygląda się rzęce, na której mogą pływać świńskie pęcherze i t. p. W innych razach potrzeba się uświadamia i rozsnuwa się szereg obrazów, polegających na ciągłem napotykanii przeszkód, powstrzymujących jej zaspokojenie. Głód i pragnienie wywołują sny o jedzeniu i picciu: śpiący znajduje się w towarzystwie jedzących albo sam bierze udział w uczcie. Wogóle, większość marzeń, opartych na zakłóceniu czucia ogólnego, powstających wskutek niewygodnego położenia, zaburzeń w oddechaniu, w odpływie krwi czaszkowej (uciśnięcie żył szyjowych), bicia serca, przepełnienia lub rozdęcia kiszek odznacza się treścią przykrą, kłopotliwą lub przestraszającą. Należą tu sny szukania i nie znajdowania jakiejś rzeczy, zapominanie pakunków przy odjeździe, sytuacje niepokojące, dręczące aż do strasznych i przerażających scen. Wrażenia te biorą nieraz także udział w snach, powstających pierwotnie z wrażeń zewnętrznych.

We wszystkich tych przypadkach powstający z odbieranego wrażenia niejasny ton uczuciowy, przez swą wieloznaczność, otwiera pole najrozmaitszym wyobrażeniom, bliżej lub dalej skojarzonym przez pokrewieństwo uczuciowego tonu. Nadto, przy uczuciach dotykowych i ogólnych daje się spotrzącać sprawa, spotykana tylko przy wysokich stopniach obłądu, mianowicie, uprzedmiotowywanie: śpiący przenosi swe uczucia na inne osoby, a nawet wprost na przedmioty.

W powstawaniu snów, jak widzimy, obok pierwotnego wrażenia, gra wybitną rolę działalność odtwórcza. Jak wiadomo, zdarzenia ubiegłego dnia, szczególnież te, które wywarły silniejsze wrażenie albo połączone były z wybitniejszem wzruszeniem, łatwo, jakkolwiek w zarysach zmienionych, powracają we śnie. To samo dotyczy wyobrażeń, silniej zaprzatających umysł, które w czasie czuwania mogły ulegać pod wpływem innych stłumieniu. Tak, mogą ukazywać się zmarli, osoby dawno niewidziane i przebywające daleko, przekształcone rzeczywiste z niemi zdarzenia, a nieraz sen może nawet uprzedzać usilnie oczekiwane wypadki. Na drodze skojarzeń niedawne wrażenia mogą wywoływać obra-

zy dawniejszych wypadków: sceny z dzieciństwa, czasy szkolne, zdawanie egzaminów. Swoboda, z jaką marzenie senne odtwarza obrazy, objaśnia się z jednej strony mnogością skojarzeń, mogących się łączyć z danym tonem uczuciowym, które podczas czuwania zostają stłumione przez działalność czynnej apercepcji, a w snach nabywają przewagi i występują z właściwą sobie żywością, z drugiej udziałem innych przybywających pobudzeń zmysłowych, które, przerabiając się także w urojone wyobrażenia, nadają od siebie kierunek odtwarzaniu.

Pozostaje jeszcze grupa snów, które powstają przy wyraźnym zmęczeniu umysłu. Tak, na przykład, po nie zwykle długim graniu w szachy lub w winta wieczorem, śni się, że się jeszcze gra, tworzy kombinacje i odczuwa się cały męczący wysiłek, towarzyszący tej mającej się pracy umysłowej. Po długich studiach, również odtwarza się we śnie dalszy ciąg poprzedniej pracy, np. wyszukiwanie nieznanych słów w słowniku, które się znajduje, poznaje i usiłuje zapamiętać. W marzeniach tych charakterystycznym jest, że odtwarza się w nich wiernie, z całą nawet przesadzoną dokładnością, ów przykry ton uczuciowy wysiłku i zmęczenia właściwej odnośnej umysłowej pracy, gdy właściwie samo jej odbywanie jest najzupełnijszym złudzeniem. Podobnie, jeżeli mówi się we śnie obcymi językami, nieznanymi nam bliżej, a przy przebudzeniu, przypadkiem, zostaje w pamięci jakie z tego słowo, okazuje się, że słowo to jest zupełnie bez sensu i nic nie oznacza. Tego rodzaju sny, powstające z wyraźnego zmęczenia ośrodkowego, wydają się mieć wspólną cechę z pochodzącymi wskutek odtwarzania żywej obchodzących nas wrażeń. W obu razach, według wszelkiego prawdopodobieństwa, zaszcze wyczerpanie pewnych obszarów ośrodkowych pociąga za sobą opieranie się ich otamowaniu, wskutek następnych, powstających w nich samoistnie pobudzeń czuciowych, należących do kategorii czucia ogólnego, które, trwając jakiś czas, nim nastąpi równowaga w odżywianiu, stają się źródłem powyższych majaceń. W złudzeniu co do czasu, obok powyższego braku związku między poszczególnymi obrazami, który przyczynia się także do prędkiego wymykania się ich z pamięci, odegrywa niepoślednią rolę i to, że występujące w nich wyobrażenia, obok swojej jaskrawości, opanowują odrazu całkowicie świadomość i nie wchodzą w zestawienie z dotychczasową treścią doświadczenia. Jestto panowanie skojarzeń biernej apercepcji, a logiczny związek przejawia się tu tylko o tyle, o ile wytworzył stałe asocyacyjne połączenia.

Wyobrażenia senne mogą wywoływać także współpobudzenia pewnych części ruchowych układu ośrodkowego. W warunkach fizyologicznych ograniczają się one tylko do ruchów wyrazowych: twarzy, mowy, mimicznych ruchów ramion i rąk, w patologicznych — mogą powstawać i obszerniejsze ruchy skojarzone, odpowiadające współczesnym złudzeniom.

Z powyższego zestawienia wynika, że osią marzeń sennych jest uwydatniające się oddziaływanie uczuciowe przedostających się, mimo otamowania, pojedynczych wrażeń, które odtwarza spotęgowane w napięciu pokrewne sobie tonem i skojarzone z niemi wyobrażenia. Można by sądzić, że to spotęgowanie, wobec ogólnego otamowania ośrodków, zależy od wyłącznego ześrodkowania stanu czynnego do okolic ośrodkowych powierzchni zmysłowych.

W ten sp osób sny, towarzyszące upływowi, są zjawiskiem wtórnem i należą do kategorii snów, powstających z czuć wewnętrznych. Być może, że w pewnych przypadkach, samo odtwarzanie wyobrażeń płciowych może sprzyjać następowaniu upływu, ale większe znaczenie odtwarzania jest już wyłączone przez to, że, kiedy jego treść jest rzeczą przypadkową, upływy nie noszą tego chara-

kteru, nie okazują nieograniczonych wahań w częstości, a przeciwnie, zdradzają wyraźną skłonność do powtarzania się okresowego. Tem mniej prawdopodobne jest zdanie FUEBRINGER'a¹⁾, który uważa marzenia za pierwotne. Jak wiadomo, ośrodek wytryskowy odznacza się wielką odpornością. Jeżeli nawet przypuszczać, że może zostać pobudzonym przez odosobnione odtwarzanie wyobrażeń płciowych, to na to trzeba było wysokiego ich natężenia i długotrwałego działania. A trudno oczekiwać, żeby przy otamowaniu mózgowych ośrodków wpływ wyobrażeń miał się wzmacniać o tyle, żeby mógł wywrzeć podobne działanie przy tak szybkim przebiegu, jaki cechuje marzenia senne.

Płyn, wyrzucany podczas wytrysku, stanowi nasienie, *sperma*. Jest to mieszanina rozmaitych wydzielin narządu płciowego, w której spotykamy wydzielinę jąder, przewodów nasiennych, baniek, pęcherzyków, gruczołu przyprątnego i gruczołów COWPER'a. Ma ona postać gęstej, mleczno-białej, opalizującej, ciągnącej się w długie nici cieczy o ciężarze gatunkowym 1036 (VAUQUELIN, LODE). Odznacza się słabo zasadowem, czasem obojętnem oddziaływaniem i swoistym przejmującym zapachem, przypominającym świeżo przepiłowaną kość lub kwiat kasktanowy. Wkrótce po wydostaniu się z cewki rozplywa się w ciecz płynniejszą, i to nie tylko na powietrzu, ale i przy zebraniu do szczelnie zamkniętego, szklanego naczynia. Ponieważ sama treść pęcherzyków, wobec powietrza, długo zachowuje swoje galaretowate skupienie, a czysta wydzielina przyprątna nie okazuje na to wpływu, pozostaje wnosić, że rozplywanie się jej zależy od obecności składników wydzieliny jądrowej (FUEBRINGER). Pozostawione w szklanym naczyniu, np. probówce, nasienie po kilku godzinach rozpada się na dwie warstwy. Dolna, nie przezroczysta, ma postać białego osadu i składa się głównie ze składników upostaciowanych, zwłaszcza ciałek nasiennych; górna, przeświecająca składa się z otocza z zawieszonymi ziarnkami rozpadowemi (detryt). Dolna warstwa, w warunkach prawidłowych, wynosi $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ ogólnej objętości nasienia; pozwala to określać na oko do pewnego stopnia zawartość w niem ciałek nasiennych. Przy dłuższem staniu na powietrzu, powoli zasycha i tworzy przeświecającą rogowatą masę, pozostawiając na białym sztywną, jasno-szarą plamę, otoczoną ciemniejszym, brunatno-żółtym brzegiem.

Pod względem chemicznym, znajdujemy w niem w stanie świeżym 90% wody i 10% części stałych. Z tych ostatnich 6% przypada na związki organiczne, 4% na sole. Pomiedzy solami występuje głównie fosforan wapna (około 3%) i chlorek sodu (około 1%); związki organiczne stanowią: białko surowicze, globulina, nukleina (zwłaszcza w główkach ciałek), pepton, propepton, lecytyna, cholestearyna i tłuszcze. W czasie stygnięcia i zasychania powstają w niem nadto powoli liczne charakterystyczne kryształy, zwane nasiennemi, odkryte w 1865 roku przez BOETTCHER'a. Największe z nich przewyższają wymiarami milimetr i są dostępne dla gołego oka, jako świecące blaszki. Należą one do układu jednodwuosiowego t. j. o trzech osiach prostopadłych, z których dwie są równe, a jedna się różni i, jak w danym przypadku, jest dłuższa. Zasadniczą ich formę stanowi ostrosłup czyli podwójna piramida, obok której spotykamy formy wrzecionowate o powierzchniach wypukłych, graniastosłupy proste i wypukłe, wreszcie formy skrzyżwione naksztalt § lub litery S i ich szczątkowce (derywaty). Formy te zazwyczaj tworzą zrosty w postaci bliźniaków, gwiazd lub większych skupień. Uderzające jest ich podobieństwo do kryształów CHARCOT-LEYDEN'a, napotykanych w krwi

¹⁾ Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Wien. 1895, str. 18.

przy białaczce, w płwocinie podczas napadów dychawicy lub przy ostrem zapaleniu oskrzeli i t. p. Jak tamte, nierozpuszczają się w zimnej wodzie, alkoholu i eterze, a cechują się rozpuszczalnością w wodzie ogrzanej, w kwasach mineralnych i roślinnych, w amoniaku i alkaliach (żrących, węglanach). SCHREINER w 1878 roku dowiódł, że jest to sól fosforowa pewnej zasady organicznej, zwanej obecnie sperminą i posiadającej skład $C_7H_{15}N$. Następnie FUEBRINGER wykazał, że zasada ta znajduje się w wydzielinie gruczołu przyprątne go i nadaje ów swoisty zapach nasieniu. Jeżeli do czystej wydzieliny przyprątnej dodamy jedno-odsetkowy roztwór fosforanu amonowego, to niebawem ukazują się kryształy sperminy w swej charakterystycznej postaci. W mieszaninie wytryskowej koniecznego tu kwasu fosforowego dostarczają wydzieliny innych gruczołów płciowych. Spermina, a jak słusznie zwraca uwagę FUEBRINGER, raczej prostatyna, okazuje się jednoznaczna z zasadą kryształów CHARCOT'a. Postać jednak kryształiczna obu ciał, przy bliższem zestawieniu, okazuje wyraźne różnice. Kryształy nasienne odznaczają się większymi wymiarami, częstem występowaniem prostego graniastosłupa i wypukłych powierzchni, gdy w dychawicowych przeważają formy rombówate o powierzchniach płaskich, a czasem nawet wklęsłych i ostro wybiegających wierzchołkach. Przekryształizowanie jednej formy w drugą także do tychczas się nie udało (POEHL, FUEBRINGER). Nie ma tu zatem tożsamości obu związków, a tylko zachodzi izomerya, różnokształtność.

Z pomiędzy składników upostaciowanych główne miejsca zajmują ciała nasienne, ziarna przyprątne i, tak zwane, komórki jądrowe. Pierwsze miejsce, ze względu na znaczenie i obfitość, należy się ciałkom nasiennym. Na jeden milimetr sześcienny przypada ich 60876, co w całkowitym wytrysku wynosi 200 do 300 miljonów. Gdy w przewodach widzieliśmy je w fizyologicznem odrętwieniu lub, co najwyżej, mianowicie w pęcherzykach nasiennych, w leniwym ruchu, tu pozostają w tak żywym, że pole mikroskopu przypomina zaniepokojone mrowisko. Każde ciało w kierunku główki odbywa ruch postępowy z szybkością 0,05 do 0,15 mm. na sekundę, co na minutę daje 400 podłużnych osi ciała. Ruch ten zależy od biczowatych uderzeń ogona, powodujących zarazem jednoczesny obrót w koło podłużnej osi. Punktem wyjścia uderzeń jest zaródź, otaczająca wstawkę i ogon; obie te części, każda z osobna, okazują zdolność do samodzielnego ruchu, gdy główka zachowuje się biernie.

Jest to zjawisko analogiczne do ruchu migawkowego nabłonka i ruchu zarodników roślinnych. W wyrzuconem nasieniu trwa do wystąpienia gnicia, to jest 24 do 48 godzin. Wszystkie czynniki działające bądź tłumiąco, bądź podniecająco na ruch migawkowy, okazują taki sam wpływ na ciała nasienne. Przyjazne granice temperatury mieszczą się między 15° i 47° C., po za niemi następuje odrętwienie i, zwłaszcza powyżej górnej granicy, obumarcie (MANTEGAZZA). Pod działaniem wody ciała zwiijają się w pętle i ulegają porażeniu. Działają podobnie: alkohol, eter, chloroform, guma, dekstryna, stężony roztwór cukru gronowego, zbyt zasadowa lub kwaśna wydzielina maciczna, zbyt kwaśna pochwowa, kwasy i sole metalowe, wreszcie mocz. Ropa, zdaje się, wpływu nie wywiera. Z drugiej strony, ruch wygasły daje się obudzać na nowo pod działaniem rozcieńczonych roztworów alkaliów, np. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % roztworów związków żrących, węglanów lub fosforanów. Najżywiej zaś i najdłużej trwa w prawidłowej wydzielinie niewieścich organów płciowych: w szyi macicznej znajdowano poruszające się ciała jeszcze po 5, a nawet 7-iu dniach (B. HAUSSMANN). Zamierające stopniowo po wytrysku odznaczają się wyciągniętym lub lekko zagiętym na końcu ogonem; jeżeli zaś obumarły przed wytryskiem, ogon ich jest skręcony

szybowato albo kolanowato przegięty. Podobny wygląd mają też ciała obumarłe nagle już po wytrysku pod działaniem szkodliwych domieszek, jak moczu, zbyt kwaśnej wydzieliny pochwowej i t. p. (ULTZMANN).

Ożycie ciałek w nasieniu, jak tego dowiódł FUEBRINGER, zachodzi pod wpływem wydzieliny gruczołu przyprątne-ego. W płynie, wydostającym się przy nasieniotoku, który powstaje z częściowego opróżniania się pęcherzyków nasennych, dają się dotrzeć tylko, co najwyżej, leniwe ruchy pojedynczych ciałek. Jeżeli jednak dodamy doń świeżo otrzymanej czystej wydzieliny przyprątnej, to ciała niebawem się ożywiają i rozpoczynają energiczne ruchy. Ów wpływ wydzieliny przyprątnej rozciąga się oczywiście tylko na ciała, pozostające w odrętwieniu, a nie dotyczy obumarłych. Podobnie doświadczenia STEINACH'a wykazały, że ciała szczurze w mieszaninie z wydzieliny przyprątnej i fizjologicznego roztworu soli kuchennej dłużej zachowują życie, niż w samym roztworze soli.

Komórki jądrowe występują w ilości dużo mniejszej. Są to małe, średnie i wielkie, delikatnie uziarnione, ograńte komórki, jedno i wielojądrowe, często z silnie łamiącemi światło ziarenkami. Pochodzą one właściwie z przyjądrza, ponieważ spotykamy je także w treści przewodów przy azoospermii, kiedy zachodzi niewątpliwe zarośnięcie kanałów od strony jąder (FUEBRINGER). Co do właściwych komórek jądrowych, to tylko nadzwyczaj rzadko, po wyjątkowych nadużyciach płciowych, nader częstych upływach, a także przy zmniejszaniu się ilości ciałek, zapowiadającym azoospermie po dwustronnem zapaleniu przyjądrza, udawało się napotykać FUEBRINGER'owi twory, dające się odnieść do komórek nasiennych, odpowiadających fazie pęczków.

Do pozostałych składników upostaciowanych należą: nabłonki pryzmatyczne z gruczołu przyprątne-ego i pęcherzyków nasiennych, komórki klejowato przeistoczone w rozmaitych stadiach, aż do kul szklistych, duży okrągławy lub sześciangowaty nabłonek z wielkimi jądrami, duże okrągłe komórki z gruczołów, COWPER'a, pojedyncze, przeważnie dwujądrowe leukocyty, ciała warstwowane i płaskie, po części zrogowaciały, nabłonek cewki. Ciała warstwowane nie stanowią stałego zjawiska w polu mikroskopowem, i nieraz można ich nie znajdować, szczególnie u osobników młodszych. Mają one po większej części drobnoziarnisty, czasem jądrowy, środek i pochodzą nie tylko z gruczołu przyprątne-ego, ale także z błon śluzowych (cewka, pęcherz), na których mogą również powstawać. W wielu komórkach, pochodzących z dróg nasiennych, spotykamy nadto barwnik, żółty i żółto-brunatny, który może występować, zwłaszcza w późniejszym wieku, także w postaci wolnych ziarn i grudek.

Ilość nasienia, wyrzucana przy jednym wytrysku, wynosi przeciętnie, według ULZMANN'a 10 do 15 gramów, według LODE 3. 373 ctm. sześciennych. MANTEGAZZ'a u mężczyzny 30-letniego, przy 80 kilogramach wagi ciała, spotykał wahania od 0,75 do 6,0 centymetrów sześciennych. Wogóle zależy ona od wieku od okoliczności powstawania i częstości powtarzania się wytrysku. W młodości jest więcej skąpa, w okresie szczytowym największa, a potem znowu się zmniejsza. Podczas spółkowania jest znacznie obfitsza, niż przy upływach nocnych i upływach wskutek samogwałtu. Wreszcie, przy raz po raz powtarzających się wytryskach, może zmniejszać się nawet do kilku kropel (ULTZMANN), przyczem spostrzegać się daje znaczna redukcya ciałek nasiennych, która może dochodzić do zupełnego ich zniknięcia.

Ze stosunków, które rozpatrywaliśmy, wynika, że urządzenie opróżniające męskiego narządu płciowego należy do typu, wspólnego kanałowym narządom dolnego piętra tułowia, których wyprowadzające drogi umieszczone są w kierunku

ku siły ciężenia. W narządach tych, kiszgowym i moczowym, zachodzi podobnie stopniowe nagromadzanie się treści, która podlega co pewien czas usuwaniu. Nagromadzanie się jej, dochodząc pewnej granicy, staje się źródłem obwodowego podrażnienia, które, za pośrednictwem ośrodka rdzeniowego, prowadzi do opróżnienia treści. Odruch ten podlega woli, która go może wstrzymywać lub dopuszczać, w tym ostatnim wypadku poprzedzając go zazwyczaj pewnym szeregiem zabiegów dowolnych. Oba wymienione odruchy, jako zamykające epizody stałych fizjologicznych czynności ustroju i wplatające się, za pośrednictwem czucia wewnętrznego, w obręb przejawów świadomości, cechują się odpowiednimi odczynami uczuciowymi, określającymi kierunek działania na wolę. Powstrzymaniu ich towarzyszy uczucie przykre, wykonaniu — przyjemne. W narządzie płciowym odnajdujemy podobny typ stosunku. Tu jednak, z jednej strony, ów epizod wykonawczy odznacza się nieograniczoną przypadkowością, zależąc od zewnętrznego uwarunkowania, z drugiej — koniecznością poprzednich nader złożonych zabiegów dowolnych, prowadzących do aktu zbiorowego. Odpowiednio temu, owo podrażnienie pierwotne, powstające z nagromadzenia treści, nie nosi tak określonego miejscowego charakteru w swym przejawie podmiotowym, jak w powyższych, i nie jest tak bezpośrednio związane z samym odruchem opróżniającym. Działa ono tylko za pośrednictwem wywoływanych zjawisk psychicznych, przez wyobrażenia płciowe, które kierują wolą i prowadzą do zdobycia warunków wykonania, a jego bezpośrednie działanie odruchowe zachodzi tylko w braku wykonawczego epizodu, jako sprawa wyrównawcza, służąca do opróżnienia treści, nie zużytej we właściwym celu. To opróżnienie wyrównawcze, jak widzieliśmy, odbywa się w czasie snu, po za obrębem woli, nie wywierając ograniczającego działania na dążenie do właściwej czynności wykonawczej. Epizod wykonawczy jest tu tak samo zaopatrzony w odczyn uczuciowy natury przyjemnej, chociaż bez porównania silniejszy, niż u poprzednich, a brak jego łączy się z oddziaływaniem przykrem. Wreszcie w chwiejnej okresowości samej funkcji dostrzegamy wyraźne przystosowanie do przypadkowości. Epizod wykonawczy, przy zjściu pomyślnych warunków, może w krótkim czasie kilkakrotnie się powtarzać, chociaż, ogólnie biorąc, narząd ten dla należytego odżywiania wymaga znacznie dłuższych przerw spoczynkowych, niż wyżej wspomniane narządy.

A. EULENBURG w swojej „Sexuele Neuropathie“ uważa fizjologiczne znaczenie wpływów za niedowiedzione; skłonny jest uważać je raczej za objawy w rodzaju kaszlu lub wymiotów, powołując się na to, że wielu mężczyzn wcale ich nie miewa, albo bardzo rzadko. Wymienione odruchy już przez to zajmują stanowisko odrębne, że nie są bynajmniej ogniwami stałych czynności fizjologicznych. Są to właściwie urządzenia ochronne, zabezpieczające wejściowe kanały ciała i przechodzące w czynność w razach okolicznościowych: przy dostawaniu się do wspomnianych kanałów ciała, nie odpowiadających ich fizjologicznym zadaniom, albo przy powstawaniu na ich błonach patologicznej wydzieliny. Te urządzenia samoobronne, nawet podczas czynności, cechują się wyraźnym alarmującym odczynem uczuciowym natury przykrej. Co zaś do braku lub rzadkości wpływów u wielu mężczyzn, mimo zachowania wstrzemięźliwości, to zazwyczaj bywa naturalnym następstwem dłużej trwającego nasieniotoku.

Typ żeński cechuje się małą wydajnością właściwych mu elementów płciowych. Jakkolwiek i w jajnikach sprawa wytwórcza odbywa się nieprzerwanie przez czas dojrzałości płciowej, wydawanie jednak dojrzałych wytworów zachodzi pojedynczo, co pewien okres czasu, ulegający indywidualnym wahaniom w granicach 26 do 30 dni. Jak wiadomo, dzieje się to przez pęknięcie dojrzałego

pęcherzyka. Ponieważ są one zazwyczaj jednojajowe, a tylko wyjątkowo mogą zawierać dwa, a czasem trzy jajka (KLIEN), to za każdym razem uwalnia się tylko jedno, rzadko — dwa. Nie spotykamy tu, wskutek tego, ani specjalnego zbiornika dla wytworów płciowych, ani mechanizmu dla wyrównawczych opróżnień nagromadzającej się wydzieliny, a sama czynność wydzielnicza nosi charakter peryodyczny, długookresowy. Rzecz prosta, że wobec powyższych warunków, z tysięcy pęcherzyków, mieszczących się w jajnikach, tylko pewna część przebiega całkowity rozwój, gdy reszta pozostaje nie zużyta i wcześniej czy później ulega zwyrodnieniu i zanikowi. O powstawaniu ich i rozwoju mówiliśmy w części anatomicznej; widzieliśmy tam, że dojrzewające, w miarę wzrostu objętości, zmieniają swój stosunek do powierzchni jajnika. Mianowicie, w miarę wystawiania nad nią, coraz więcej swoim bokiem zewnętrznym wypinają powłokę włóknistą i w końcu niemal tylko jej nabłonkiem przedzielają się od jamy otrzewny. W włóknistej warstwie puszki rozrastają się naczynia, ziarnista, wskutek bujania, staje się brodawkowatą na wewnętrznej powierzchni, a jej składniki na odcinku, zwróconym ku powierzchni jajnika, rozstępują się i coraz cieńszą pozostawiają warstwę. W zarodki ich pojawia się żółtawa substancja luteinowa i układają się teraz w szeregi u ścian, zwróconych w głąb jajnika. Tłuszczowe przeistoczenie odosabia teraz jajko z częścią tarczy od ściany, a stopniowy wzrost ciśnienia wewnątrz-pęcherzykowej cieczy, zależny od bujania błony ziarnistej i rozptywania się zarodki jej komórek, prowadzi do pęknięcia. Pęcherzyk pęka na stronie, zwróconej do powierzchni jajnika, i jajko ze szczątkami tarczy wydostaje się do jamy otrzewny (WALDEYER, HIS, SLAVIANSKY, NAGEL, HOELZL). Pęknięcie zatem jest przygotowywane stopniowo przez sprawy histologiczne, zachodzące w samym pęcherzyku.

W jamie brzusznej jajko spotyka w pobliżu ustrzępione ujście jajowodów, wyłożone migawkowym nabłonkiem, poruszającym się w kierunku przewodów. Jego ruch wywołuje odpowiednie prądy w otaczającej surowiczej cieczy, i te unoszą jajko do światła jajowodu. Nie zawsze jednak dzieje się tak pomyślnie. Czasem jajko trafia do światła przeciwnego jajowodu, a czasem może więznąć między fałdami otrzewny i nawet ulegać tu zapłodnieniu, dając początek pozamacicznej ciąży. Że ów ruch migawkowy posiada dostateczną siłę i jest istotnie zasadniczą przyczyną przeniesienia do przewodów jajka, stwierdzają doświadczenia LONE'go. Badacz ten przekonał się przedewszystkiem, że ruch migawkowy żabiej gardzieli w zupełności wystarcza do przenoszenia jaj glist (*ascaris lumbricoides*). i to nie tylko pojedynczych, ale też zlepionych w grudki. Następnie wstrzykiwał wzmiankowane jaja królikom do jamy brzusznej: we wszystkich trzech przypadkach, po 10 i 36 godzinach, oraz po 7 dniach, sekcja wykazała obecność ich w obu jajowodach, jakkolwiek żadne do macicy nie doszło; te same próby u osobników nie dojrziałych płciowo wypadły niepomyślnie. Jeżeli więc w tej sprawie gra jaką rolę obrzmienie i naprężanie się jajowodów, jak chcą niektórzy autorowie, to w każdym razie wysoce podrzędną.

W jajowodach, dzięki migawkowaniu nabłonka, a być może po części i skurczom robakowatym ich ścian, jajko przesuwają się w kierunku ujścia macicznego i wydostaje się do jamy macicznej. W czasie tej wędrówki, wynoszącej trzy do ośmiu dni, ociera się z pozostałości nabłonka tarczy, i o ile nie znajdzie zapłodnienia, w krótkim czasie ulega zniszczeniu w jamie macicznej, według wszelkiego prawdopodobieństwa na drodze tłuszczowego zwyrodnienia.

Po wydostaniu się z pęcherzyka, a w wielu przypadkach i wcześniej, jajko odbywa jeszcze szereg zmian, uzdalniających je do zapłodnienia, zwanych doj-

rzewaniem (BUETSCHLI, O. HERTWIG, E. v. BENEDEN i inni). Zmiany te, podobnie jak przy powstawaniu elementów męskich, prowadzą do zmniejszenia masy chromatynowej i przepołowienia liczby wstęg chromatynowych. Najpierw znika jądro z jąderkiem, które stają się niewidzialnymi bądź wskutek zmian zachodzących w zarodku, bądź w samym jądrze. Następnie ukazuje się achromatynowe wrzeciono, powstałe z substancji i błony dawnego jądra, zawierające chromosomy, ułożone w dwie grupy, na kształt gwiazdy maczyny. U glisty końskiej (*ascaris megalocephala*) każda grupa, według v. BENEDEN'a, składa się z 4 kul chromatynowych, powstałych z dawnego jąderka. Wrzeciono przesuwają się ku powierzchni żółtka, przebywają zwykle zmiany karyokinetyczne, i jedno z powstałych jąder, zabierając z sobą małą część zarodku, przewęża się i odłącza się od pozostałej reszty, wykształcając się w małe okrągławe ciało. Jest to ciało kierunkowe, zwane tak z powodu, że miejsce, z którego się wydostaje, odpowiada ściśle późniejszemu nacinaniu się jaja podczas pierwszego bruzdowania (Fr. MUELLER). Drugie jądro, pozostające w jaju, nie przechodzi w dalszym przebiegu sprawy w spoczynek, ale zaraz tworzy nowe wrzeciono i przebywa po raz wtóry zmiany karyokinetyczne, prowadzące do utworzenia się drugiego ciała kierunkowego, wydostającego się z tego samego miejsca. W jądrze, pozostającym teraz w jaju, zostają tylko dwa chromosomy. Tymczasem w innych komórkach ciała tej glisty spotykamy zawsze po 4 pierwotne, które podczas zmian karyokinetycznych rozłupują się na 8 wtórnych, dając po 4 pierwotne nowopowstającym jądro (E. v. BENEDEN i A. NERT). W ten sposób, przez wydanie drugiego ciała kierunkowego, po bezpośrednim dzieleniu się powtórne, następuje sprowadzenie liczby chromosomów do połowy, a w pozostałym jądrze jajowym zostaje tylko czwarta część pierwotnej substancji chromatynowej. Z chwilą wyrzucenia drugiego ciała promienistość biegunowa znika, zredukowane jądro cofa się w głąb zarodku i przechodzi w stan spoczynku (NUSSBAUM). Teraz w jego wnętrzu ukazuje się jąderko, czasem dwa lub trzy — zależnie od gatunku, i rozpoczyna się wzrost za pomocą przyswajania substancji z otaczającej zarodku, który wyrównywa część strat, poniesionych w chromatynie. Tym sposobem z poprzedniego pęcherzyka zawiązkowego, czyli właściwego jądra jajowego, powstaje uzdolnione do zapłodnienia, tak zwane przedjądro żeńskie (E. v. BENEDEN). Ale nie tylko jądro pozbywa się niektórych części składowych. I zarodek wyzbywa się w tymże czasie pewnej części swej substancji, która gromadzi się na obwodzie, tworząc dwie warstwy zewnętrzne (*couches perivitellines*), nie biorące udziału w dalszych sprawach rozwoju.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

67. Albert J. SIPPEL. Uwagi o szwie i kierunku cięcia na macicy przy cięciu cesarskim (tyłne podłużne cięcie). Szew maciczny, stosowany obecnie w cięciu cesarskim, zasadza się na pierwiastkowych wskazaniach SAENGER'a. SAENGER walcząc przeciwko wnioskowi PORRO, zastosował szew, który w zupełności powstrzymuje krwawienie oraz izoluje jamę macicy od jamy brzusznej. Szew ten został oparty na zasadach szwu kiszkiowego CZERNY'ego, który nakładał oddzielny szew na błonę śluzową, potem na warstwę mięśniową i wreszcie na błonę surowiczą.

czą. Przy cięciu cesarskiem początkowo, by uniknąć zetknięcia z wydzieliną połogową, nie nakładano szwu na błonę śluzową, lecz tylko przez najgłębszą warstwę mięśniową. Z tego powodu na wewnętrznej powierzchni macicy zostawała krwawiąca szczelina, i następowało zagojenie tylko częściowe ścian macicy. Nadto w głębi szczeliny tkwiły szwy jedwabne, które mogły się stykać z wydzieliną połogową.

Obecnie większość operatorów przeprowadza szwy od powierzchni surowiczej macicy aż do doczesny, nie obawiając się zawartości jamy macicznej. Wprawdzie zetknięcia z tą zawartością możnaby uniknąć przez zastosowanie głębokiego szwu katgutowego, lecz używa się tylko jedwabiu, gdyż materiał ten przewyższa katgut trwałością, aczkolwiek jedwab' posiada tę wadę, że ma własności sączkujące. Autor z powodu pierwszego swego przypadku cięcia cesarskiego wyraził obawy co do sączkujących własności jedwabiu.

Jak wiadomo, badania BURCKHARDT'a wykazały, iż zawartość macicy po porodzie w większości przypadków nie jest jałowa. Otóż według autora zanieczyszczenie jamy macicy może nastąpić bardzo łatwo, gdy ściany pęcherza płodowego są grube, pęcherz wówczas pęka późno i przez długi czas podczas bólów porodowych opuszcza się do górnego odcinka pochwy, której zawartość bardzo często nie jest jałowa, zwłaszcza przy rozwartej szparze sromowej; w przerwach pomiędzy bólami pęcherz, cofając się, unosi z sobą tę zawartość pochwy do dolnego odcinka macicy. W warunkach prawidłowych zanieczyszczenie to może nie mieć żadnego znaczenia, gdyż wewnętrzna powierzchnia macicy dostatecznie opiera się temu. Lecz gdy powierzchnia ta jest zmaltretowana przez ukłucia, i gdy pozostają jedwabne nitki, po których zawartość macicy, jak po włoskowatych sączkach, może się przedostać na powierzchnię surowiczą, może się wytworzyć ropienie. Z tego wynika, że najlepiej byłoby jamę macicy zamknąć najprzód zatopionym szwem katgutowym, który nie sączkuje, a następnie dopiero jedwabnym.

Przy stosowaniu owego ciągłego szwu katgutowego, ma znaczenie jeden ważny czynnik, a mianowicie usadowienie łożyska, albowiem miękka, soczysta tkanka w miejscu przyczepienia się łożyska jest mało odpowiednia dla dokładnego zbliżenia za pomocą szwu. Gdy więc LEOPOLD i PALM ogłosili sposób określania usadowienia łożyska podług przebiegu więzów obłych i jajowodów, zaczęto unikać cięcia w tem miejscu. SIPPEL w tym względzie wypowiada zdanie, iż, jeżeli umiemy uniknąć łożyska, to dla wytoczonej z jamy brzusznej macicy jest zupełnie obojętne, czy cięcie będzie poprowadzone na przedniej ścianie, czy na tylnej, czy też w dnie, należy jednak poprowadzić je w linii środkowej (Centralblatt. 94. Nr. 5).

Kierując się tą zasadą, autor w jednym przypadku, w którym określił łożysko na przedniej ścianie, wykonał tylne podłużne cięcie z zupełnie dobrym wynikiem dla matki i dla dziecka.

Na zasadzie powyższego autor stawia pewnik taki: „Odchody połogowe, mimo ścisłego wyboru przypadków i pedantycznego wykonania operacji, nie zawsze są jałowe i przedstawiają pewne niebezpieczeństwo z powodu szwów jedwabnych, przebiegających od otrzewny do jamy macicy, posiadających własności sączków. Dla tego: 1) należy, jak i przy szwie kiszkiowym, dążyć do zamknięcia jamy macicy za pomocą szwu zatopionego, do czego nadaje się szew ciągły katgutowy, nie posiadający własności sączkowania; 2) należy szew ten dokładnie nałożyć, unikając przy cięciu macicy łożyska“.

Technicznie cięcie na tylnej ścianie macicy jest jednakowo proste, jak i na przedniej.

Co do poprzecznego cięcia FRITSCH'a, to autor, nie mając osobistego doświadczenia, zaznacza, że nie miał do tego czasu powodu i potrzeby odstępowania od cięcia podłużnego.

W celu zmniejszenia krwawienia autor chętnie używa elastycznego sznura dla ucisku dolnego odcinka macicy i nie spostrzegał nigdy złych następstw. Ważnym czynnikiem dla ograniczenia krwawienia jest unikanie łożyska, a im dalej od niego cięcie jest prowadzone, tem mniej są rozwinięte naczynia.

Najmniej rozwinięte naczynia spotykamy w linii środkowej macicy, gdyż tu są tylko gałązki końcowe tętnic, wstępujących z boku do macicy.

(*Arch. f. Gyn. B. 57. H. 3*).

M. Rylko.

68. J. VEIT. **O leczeniu wczesnych okresów ciąży zewnątrzmacicznej.** Leczenie operacyjne wczesnych okresów ciąży zewnątrzmacicznej daje, jak wiadomo, bardzo dobre wyniki. Wobec tego należałoby operować każdy przypadek rozpoznanej ciąży zewnątrzmacicznej. Zdania jednak w tym względzie są podzielone.

Tak SCHWARZ w ciąży jajowodowej zaleca stale cięcie brzuszne. WEBSTER w większości przypadków także tak postępuje, tylko przy pęknięciu jajowodu i krwisteku śródwęzadłowym wyczekuje, a przy zropieniu worka zaleca cięcie przez pochwę i sączkuje. MARTIN także tak postępuje. PROCHOWNIK, aczkolwiek uznaje kierunek zachowawczy, skłania się także do leczenia operacyjnego. DÜHRSEN rozszerza wskazania do usunięcia ciężarnego jajowodu przez pochwę. SEGOND przy żywym płodzie radzi w zasadzie cięcie brzuszne; w razie jednak zaburzenia w rozwoju płodu, gdy się już wytworzy krwistek, zaleca cięcie pochwowe; zwykle jednak, gdy płód znajduje się jeszcze w jajowodzie, i tworzą się coraz to nowe wylewy krwi — cięcie brzuszne. Podług HEGAR'a i BULIUS'a w pierwszych miesiącach ciąży zewnątrzmacicznej należy operować tylko wówczas, gdy operacja wydaje się łatwą, gdy miał miejsce znaczny krwotok, lub pęknięcie jajowodu, lub też wreszcie gdy chora nie może się bądź oszczędzać, bądź też być pod stałą kontrolą lekarską.

Inaczej zapatruje się na tę sprawę FEHLING, który przy ciąży jajowodowej w zasadzie występuje czynnie, atoli przy poronieniu jajowodowem, przy którym występuje krwistek, dopiero wówczas radzi czynnie wystąpić, gdy, pomimo spokojnego zachowania się chorej, guz stale się powiększa, lub też gdy występują objawy wewnętrznego wylewu krwi, bądź też rozpadu i sposoczenia zawartości. Autor postępuje niejednakowo, zależnie od tego, czy płód żyje, czy też obumarł. Przy żywym płodzie autor usuwa worek płodowy w pierwszych miesiącach ciąży, gdyż w tym okresie zawsze spodziewać się można pęknięcia i wewnętrznego krwotoku do jamy brzusznej nawet bez żadnych uprzednich objawów i zwiastunów. Gdy zaś płód zamrze, autor z początku postępuje wyczekująco, a następnie kieruje się objawami. Gdy spokojne zachowanie się chorej wpływa na stopniowe zmniejszanie się objawów, należy przypuszczać, że nastąpi zupełne wyleczenie bez operacji. Gdy zaś, pomimo spokojnego leżenia śluzowo-krwiste odchody trwają w dalszym ciągu, lub też krwawienia się powtarzają, a nadto przyłączają się napady bólów, niema co zwlekać z operacją. Takie bowiem objawy, jak krwawienie z macicy z atakami bólów, dowodzą, iż płód przestał się rozwijać w jajowodzie, a zarazem wskazuje, iż może nastąpić pęknięcie. Wprawdzie, krwawienia z macicy i bóle mogą wskazywać grożące pęknięcie i przy żywym płodzie, lecz zdarza się to rzadko; tymczasem dla zatrzymanego w rozwoju jaja płodowego te bóle i krwawienia są prawie zawsze pewną wskazówką grożącego pęknię-

cia. Pęknięcie bowiem ciężarnego jajowodu może nastąpić nawet pomimo, iż jaje zostało zatrzymane w swym rozwoju.

Rozpoznanie w tych przypadkach bywa raz łatwe, drugi raz trudne. Przy rozwijającej się ciąży jajowodowej wyczuwa się guz jajowodu po jednej stronie dość miękkiej; z boku, z tyłu, lub z przodu macicy obok jajowodu znajduje się jajnik, i macica jest rozpulchniona, powiększona. Gdy płód przestał się rozwijać, rozpoznanie jest trudniejsze, gdyż wówczas bardzo łatwo można przyjąć, iż się ma do czynienia nie z ciężarnym jajowodem, lecz z dotkniętym jakimkolwiek cierpieniem, zwłaszcza, gdy około brzusznej końca jajowodu wytworzyły się otorbione wylewy krwi. Niektóre okoliczności, jako to: grube ściany brzuszne z obfitym pokładem tłuszczowym, wrażliwość badanej osoby i t. p., utrudniają rozpoznanie. W takim razie autor chętnie ucieka się do narkozy.

Co się tyczy krwisteku, to głównie zależy na odróżnieniu poronienia jajowodowego z rozpoczynającym się krwistekiem od ukończonego już krwisteku, a tego ostatniego od wolnego krwi wylewu do jamy brzusznej. Gdy płód jeszcze pozostaje w jajowodzie, wówczas narząd ten wyczuwa się, jako okrągły lub wrzecionowaty guz, na górnej lub przedniej ścianie worka, a odcinek maciczny jajowodu daje się dość wyraźnie określić. Gdy się wytworzy krwistek, wówczas dokładne określenie jego granic jest niemożliwe wskutek zrostów, wyraźne jest jednak przemieszczenie macicy ku górze i ku przodowi, a nadto jama DOUGLAS'a jest sprężysta. Przy wolnym wylewie krwi guza zupełnie się nie wyczuwa, niema napięcia w jamie DOUGLAS'a, i krew przy ucisku palcami robi wrażenie, jakby usuwania się ruchomych pętli jelit. W sprawie sposobu operowania, autor przekłada cięcie brzuszne nadpochwowe, gdyż pierwsze pozwala dokładniej się rozpatrzeć w stosunkach, zwłaszcza przy wysokiem ułożeniu miednicy. Przy krwisteku, autor trzyma się metody wyczekującej i dopiero w razie sposoczenia, zropienia lub objawów ucisku na sąsiednie narządy szeroko otwiera tylne sklepienie za pomocą cięcia pochwowego, wolno, ewentualnie w przeciągu paru dni wypuszcza zawartość i sączkuje.

W ogólności autor postępuje w myśl zasady, że ciążę zewnątrzmaciczną należy tylko wówczas operować, gdy tego wymaga niezbędna konieczność, a zarazem ostrzega przed zbytnim zapalem w operowaniu, który ogarnął wielu bądź z powodu łatwości, bądź bezpieczeństwa niektórych zabiegów operacyjnych. Operację wszelką wykonywać należy tylko dlatego, że jest ona niezbędna, a nie dlatego, że jest bezpieczna.

(*Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.* 40. B. 1. H.).

M. Ryłko.

69. C. POSNER. O krwimoczach końcowym i jego leczeniu. Przy krwawieniu z pęcherza lub nerek, np. wskutek nowotworów, chory najczęściej wydziela mocz, zabarwiony krwią równomiernie, i przytem żadnych dolegliwości nie odczuwa. W przypadkach, gdzie krwimocz zależny jest od choroby ogólnej (zapalenia nerek, hemoglobinomoczu), zaburzenia miejscowe również usuwają się na drugi plan. Zupełnie natomiast odrębne miejsce zajmują przypadki, gdzie w początku moczenia chory oddaje mocz przezroczysty, barwy prawidłowej, ku końcowi zaś, przy występujących nagle bólach, wydziela parę kropel lub nawet większą ilość krwi. Są to przypadki t. zw. „krwimoczach końcowych“ (*terminale Hämaturie*).

1) Pewna liczba przypadków „krwimoczach końcowych“ zależna jest od zapalenia rzeźączkowego tylnej części cewki moczowej z towarzyszącym mu zapaleniem gruczołu krokowego; chory opowiada, że od pewnego czasu ukazuje się wydzielina z cewki moczowej, i że w czasie oddawania mo-

czu uczuwa stale niewielki ból, nagle jednak wystąpiło silne parcie na mocz i bóle bezpośrednio po oddaniu moczu, i wtedy właśnie ukazała się w moczu krew. Przyczyną krwawienia jest tu silne ściągnięcie się części, uległych zapaleniu, w czasie oddawania ostatnich kropel moczu.

Leczenie polegać winno przede wszystkim na dostarczeniu chorym częściom możliwego spokoju: należy zalecić leżenie w łóżku i zająć się możliwym ograniczeniem częstości oddawania moczu. W tym celu należy zastosować czopki z przetworami makowca (*morphii mur.* 0,01—0,02), zabronić pokarmów i napojów drażniących, wysokoku, kawy, herbaty i t. p.; zalecić zaś mleko i napar z siemienia lnianego; dobre usługi oddaje często *ol. santali* (3—4 razy dziennie 15 kropel). Po użyciu salicylu, salolu i urotropiny, autor nie widział dodatnich wyników, zwraca uwagę na niewłaściwość zalecania w takich razach kąpieli nasiadowych lub okładów ciepłych, które mogłyby zaszkodzić sprawie, i ostrzega wreszcie przed zastosowaniem wód mineralnych: Wildungen, Fachingen, Bilin i t. p., których działanie moczopędne stoi w sprzeczności z celami terapii w podobnych przypadkach.

Zdarzają się wszakże przypadki rzadkie, gdzie powyższa terapia nie przynosi pożądanego skutku: wówczas mamy najczęściej do czynienia z zakażeniem mieszanym (*Mischinfection*), i należy wtedy przystąpić do leczenia miejscowego, do przypalania tylnej części cewki moczowej: za pomocą strzykawki GUYON'a wpuścimy małe ilości silnego roztworu azotanu srebra 1—2% lub protargolu; rękoczyn zaś ten powtarzamy nie więcej, niż dwa razy.

2) Trudniejsze są wszakże rozpoznanie i leczenie przypadków przewlekłych, gdzie pochodzenie rzeżączkowe sprawy nie łatwo daje się wykryć. Częstokroć występuje nagle krwawienie u osobników, dotkniętych oddawną cierpieniem cewki moczowej: wówczas rozstrzyga kwestyę znalezienie w moczu „nici tryprowych“ i wykrycie przy badaniu przez odbytnicę obrzęku i bolesności gruczołu krokowego, z którego udaje się wycisnąć wydzielinę krwawo-ropiastą; w tej wydzielinie zaś czasem udaje się odnaleźć gonokoki.

Przebieg krwawienia w tych postaciach przewlekłych rzeżączki jest o wiele łagodniejszy, niż w postaciach ostrych: bóle są mniejsze i krwimocz niezbyt obfity. Co się tyczy leczenia, to prócz spokoju i środków wewnętrznych można przedsięwziąć leczenie miejscowe, zwykle w przewlekłej rzeżączce stosowane, rozpocząć jednak radzi POSNER od irygacji z ciepłego roztworu azotanu srebra 1 : 5000 do 1 : 1000.

3) Są natomiast przypadki krwimoczu końcowego, nie mające żadnego związku ze sprawą rzeżączkową. Do tych zaliczyć należy przede wszystkim krwimocz, zależny od obecności ciał obcych lub kamieni w pęcherzu moczowym, które drogą czysto mechaniczną powodują zranienia błony śluzowej pęcherza przy ostatnich skurczach masy mięśniowej. Rozpoznanie kamienia lub ciała obcego stawiamy na zasadzie znanych objawów: bólów pod koniec moczenia, bólów zależnych od pewnych ruchów ciała, krwotoku przy końcu moczenia, nagłego przerywania strumienia moczu i t. d., popartych danymi, osiągniętymi z badania pęcherza moczowego za pomocą cewnika metalowego, a najlepiej za pomocą cystoskopu. Leczenie winno być tylko operacyjne.

4) Krwimocz końcowy może zależeć również i od nowotworów, mieszczących się w pobliżu szyi pęcherza moczowego i krwawiących właśnie pod koniec moczenia wskutek podrażnienia, następującego przy ostatnich skurczach. Jednakże krwimocz może tu występować i niezależnie od moczenia. Do tej grupy należą polipy, nowotwory gruczołu krokowego i t. d. Leczenie wskazane jest

tylko miejscowe, operacyjne. W początkowym okresie t. zw. „starczego“ przerostu gruczołu krokowego może się również zdarzyć podobny krwimocz końcowy, zwłaszcza gdy guz rośnie w kierunku szyi pęcherza. Rozpoznanie ułatwia cystoskop; leczenie — operacja BOTTINI'ego lub stosowanie cewnika z przemywaniem pęcherza kwasem bornym.

5) Najczęściej jednakże krwimocz „końcowy“ napotykamy w gruzlicy pęcherza. Cierpienie to jest o wiele częstsze, niż przypuszczano dotychczas: trudności zachodzą tylko przy rozpoznawaniu. Odkąd wszakże umiemy oświetlać pęcherz, badamy mocz na bakterye i przeprowadzamy doświadczenia na zwierzętach w celu wykrycia specyficznych własności moczu, wiele zagadkowych przypadków okazało się gruzlicą pęcherza. Krwimocz może być objawem początkowym tego cierpienia.

Nadzwyczaj niewdzięczne pole przedstawia gruzlica pęcherza dla terapii, wszelkie rękoczyny miejscowe zawodzą; tak skuteczne w innych razach leczenie azotanem srebra tutaj nie okazuje żadnego skutku, a często nawet staje się szkodliwym. Również bezcelowemi pozostają wstrzykiwania guajakolu, użycie wewnętrzne tuberkuliny KOCII'a, guajakolu i kreozotu. Pozostaje więc tylko leczenie objawowe i ogólne, a z miejscowych jedyne, przynoszące czasem pożytek chwilowy, zalecone przez GUYON'a przepłukiwanie pęcherza sublimatem; należy zastosować bardzo słabe roztwory (1 : 30000), w stanie ciepłym i wstrzykiwać w małych ilościach; często krwotok po tem ustaje, mocz się oczyszcza. Gdy jednak pęcherz i tego rękoczynu nie znosi, należy ograniczyć się zaleceniem bezwzględnego spokoju, diety niedrażniącej i narkotyków.

Z pomiędzy środków wewnętrznych, używanych przeciw krwotokom, w przypadkach krwimoczu zasługuje na pewną uwagę tylko *hydrastis* i *hamamelis*; środków zaś miejscowych, ściągających, jak tanniny lub półtorachloru żelaza, należy stanowczo unikać. W razach wyjątkowych tylko można zastosować parę pijawek. Lód, tak w postaci okładów, jak wstrzykiwań, wywołuje silne podrażnienie, wskutek czego użycie jego nie jest tu wskazane. Wreszcie, czy zastosowanie zaleconych tu ostatnio przez LANCEREAUX'a, HUCHARD'a i in. roztworów żelatyny (wewnętrznie i miejscowo) przyniesie pożądaný skutek, rozstrzygną według LOSNER'a dopiero badania późniejsze.

(Die Ther. der Gegenwart. Heft 5. 1899).

W. Rubin.

IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Napisał

S. GROSLIK.

Doroczny zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbył się d. 18 i 19 lipca r. b. po przerwie dwuletniej, wynikłej z powodu zapowiedzianego w roku zeszłym, a niedoszedłego do skutku zjazdu ogólnego lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Wbrew przewidywaniom mniejsza, niż zwykle, liczba lekarzy odpowiedziała wezwaniu, pomimo iż tematy poruszone na zjeździe wkraczały w najrozszybsze dziedziny nauk lekarskich i mogły wzbudzić zainteresowanie nie samych tylko chirurgów. Tymczasem stawiło się na zjazd zaledwie około 40 lekarzy, z których 10 przyjechało z Królestwa, a 7 ze Lwowa. Z Poznania nie przybył nikt. Dziwną i trudną do wytłomaczenia obojętnością odznaczał się sam Kraków,

który nielicznych miał na zjeździe przedstawicieli. Leży to widocznie w naszej naturze, że nie lubimy łączyć się w zgromadzenia i występować solidarnie nawet wówczas, gdy tego wymaga interes nauki polskiej. Tylko tej okoliczności przypisać mogę obojętność dla zjazdu, boć przecież nie brak nam chirurgów i to chirurgów doskonałych, którzy mogliby podzielić się doświadczeniem swoim z ogółem lekarzy i przyczynić do uświetnienia zjazdów swojskich. A szkoda byłaby wielka, gdyby ten jedyny łącznik między chirurgami polskimi, wytworzony dzięki obywatelskiej inicjatywie prof. RYDYGIERA, ustał w samym niemal zarodku, podkopany własnem naszym niedbalstwem. Powinniśmy w tym względzie brać przykład z sąsiadów naszych z zachodu, których zjazdy z rokiem każdym ściągają coraz większą liczbę uczestników, i w których biorą udział największe powagi.

Na szczęście pomimo szczupłej garstki przybyłych powodzenie zjazdu przeszło wszelkie nasze oczekiwania. Program był bardzo obfity i urozmaicony, tak iż dwudniowe rozprawy nie zdołały go wyczerpać należycie. Z zapowiadzianych na zjazd 35 odczytów zaledwie 26 dostało się na porządek dzienny, niektórzy zaś mówcy musieli ograniczyć się krótkimi streszczeniami. Przedłużenie zjazdu o dzień jeden pozwoliłoby, zdaniem mojem, lepiej wyzyskać materiał nagromadzony, co było tembardziej pożądane, że podczas zjazdu panowały straszne upały, które nie sprzyjały natężeniu uwagi przez długi szereg godzin.

Posiedzenia odbywały się w klinice chirurgicznej uniwersytetu Jagiellońskiego. Przed rozpoczęciem posiedzeń kol. RUTKOWSKI, jako czasowo zarządzający kliniką, przedstawił zgromadzonym cały szereg bardzo pouczających przypadków, zwłaszcza z dziedziny chirurgii brzusznej.

Po zwiedzeniu kliniki prof. RYDYGIER zagaił posiedzenie, przyczem poświęcił kilka ciepłych słów pamięci zmarłych przedwcześnie członków zjazdu, prof. OBALIŃSKIEGO i d-ra JASIŃSKIEGO. Obecni uczcili pamięć zmarłych kolegów przez powstanie.

Następnie przewodniczący zaprosił na wiceprezesów zjazdu kol. KIJEWSKIEGO z Warszawy i docenta SCHRAMMA ze Lwowa, na sekretarza zaś doc. BOSSOWITZIEGO z Krakowa, poczem udzielił głosu prof. KLECKIEMU, który odczytał pracę t. „Etiologia i patogeneza *appendicitis*“.

W etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego odróżniać należy przyczynę główną cierpienia od przyczyn drugorzędnych, usposabiających. Główny czynnik chorobotwórczy stanowi zakażenie wyrostka, najczęściej zakażenie mieszane. Dotychczas jednak nie jest rozstrzygniętem, jakie drobnoustroje uważać należy za głównych sprawców choroby. Przeważna część badaczy przypisuje główną rolę w etiologii *appendicitis* lasecznikowi okrężnicy (*bact. coli*), jako najstalej natotykanemu w wytworach zapalnych wyrostka. Zdaniem innych sprawa chorobowa rozwija się pod wpływem działania paciorkowców; są zaś i tacy, którzy sąlą, że dla powstawania *appendicitis* niezbędne jest współdziałanie obu tych gatunków drobnoustrojów. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, iż w wytworach zapalnych wyrostka robaczkowego występują częstokroć anaeroby (*bac. fragilis*, *bac. racemosus*, *bac. fusiformis* i in.), przeważające liczebnie nad *bact. coli* i innymi aerobami, a nawet znajdujące się niekiedy w hodowli czystej. Tak sprzeczne wyniki zależą, zdaniem mówcy, od nie dość ścisłych metod badania. Pewną wartość naukową posiadać mogą jedynie wyniki szczepienia takiej ropy, którą uzyskano *in vivo* podczas operacyi, nie zaś na sekcyi, kiedy wśród drobnoustrojów, zawartych w ropie, mogły już zaść poważne zmiany pośmiertne. Nadto badać należy nie tylko zawartość ropnia, lecz przede wszystkim zawartość samego wyro-

stka („*materiu peccans*”) i stosować pożywki, na których rozrastać się mogą i wybredniejsze gatunki (agar z surowicą, kartofle z surowicą i t. d.), również hodować należy drobnoustroje nie tylko w przystępie, ale i bez przystępu powietrza.

W celu ocenienia działania chorobotwórczego wyosobnionych w ten sposób drobnoustrojów nie wystarcza, zdaniem mówcy, proste stwierdzenie ich jadowitości, gdyż saprofity jelitowe już w warunkach prawidłowych okazują częstokroć pewną jadowitość. Należałoby w tym celu przeprowadzić badanie porównawcze jadowitości tych samych bakterii, wyhodowanych z danego odcinka przewodu pokarmowego w stanie prawidłowym oraz w różnych okresach choroby. Ponieważ jednak badanie podobne u człowieka przeprowadzić się nie da, radzi mówca badać nie tylko zawartość wyrostka, otrzymaną podczas operacji, ale zarazem i zawartość sąsiedniego odcinka przewodu pokarmowego (kiszki ślepej), w którym ściana jelita zmian chorobowych nie okazuje. Gdyby w szeregu przypadków klinicznych badanie porównawcze jadowitości tych samych prątków, pochodzących z wyrostka i prawidłowej kiszki ślepej, wykazało wzmożenie się jadowitości bakterii, wyhodowanych z pierwszego źródła, to zyskalibyśmy, zdaniem mówcy, pewną podstawę do określenia roli etiologicznej danych prątków w *appendicitis*.

Ścisłe badanie porównawcze jadowitości prątków przeprowadził prof. KLECKI nad *bact. coli* w sztucznie wywołanej *appendicitis* u królików i przekonał się, że jadowitość lasecznika okrężnicy w wyrostku robaczkowym niekiedy istotnie się wzmacnia. Jednakże nie należy mniemać, że wzmacnianie się jadowitości jest koniecznym warunkiem powstawania *appendicitis*. Ważną rolę odgrywa tu odporność samego wyrostka względem drobnoustrojów. Osłabienie odporności wystarcza, aby lasecznik okrężnicy o jadowitości nie wzmożonej mógł wywołać zapalenie wyrostka robaczkowego.

W dalszym ciągu wykładu zastanawia się mówca nad rolą, jaką odgrywają czynniki drugorzędne, usposabiające, w powstawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Do czynników tych należą: właściwości anatomiczne wyrostka (nadmierna długość, nieprawidłowe położenie, wąskość przewodu, skręcenie, zagięcie i t. d.), zachowanie się kreski, płeć (mężczyźni stanowią 80%), wiek (najczęściej u osób w wieku od 10 do 20 lat), wpływy dziedziczne (według Roux dają się one wykazać w 40% przyp.), sposób życia, zaleganie mas kałowych w świetle wyrostka (kamienie kałowe, ciała obce) i t. p. Każdemu z tych czynników mówca poświęca mniej lub więcej wyczerpujące uwagi, zmierzające do wyświetlenia roli, jaką odgrywa w patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Na tych właśnie czynnikach chorobotwórczych rozmaici autorowie opierali swoje teorie patogenyzy cierpienia. Tak teoria „kolki wyrostkowej” TALAMON’a podnosi głównie w patogeniezie *appendicitis* działanie ciała obcego (kamienia kałowego), zatykającego światło przewodu i uciskającego jego ściany. Inni autorowie kładą główny nacisk na katar przewlekły jelita grubego, który, szerząc się na błonę śluzową wyrostka, wywołuje w niej zmiany zapalne.

DIEULAFOY zaś w świeżo podanej teorii wysuwa na plan pierwszy zamknięcie przewodu wyrostka („*théorie de la cavité close*”), spowodowane kamykiem kałowym, obrzękiem błony śluzowej lub zbliźnowaceniem ściany wyrostka. Jak tylko przewód wyrostka zostanie zamknięty, znajdujące się w nim saprofity jelitowe rozmnażają się, i jadowitość ich się wzmacnia. Zdaniem prof. KLECKIEGO, każda z tych teorii znajduje pewne poparcie w faktach klinicznych, żadna jednak nie może mieć pretensyi do zupełnego rozwiązania kwestyi patogenyzy *appendicitis*. Zastanawiając się bliżej nad teorią DIEULAFOY, mówca dowodzi, że zamknięcie przewodu nie jest warunkiem koniecznym do powstania *appendicitis*, wystar-

cza tu zaleganie mas kałowych, które zmniejsza odporność ściany wyrostka przez zaburzenia w odżywianiu jego tkanek. Na takim tle może rozwinąć się zapalenie wyrostka.

W końcu prof. KLECKI podnosi jeszcze tę okoliczność, że zapalenie wyrostka powstać może także przez szerzenie się sprawy zapalnej z innego sąsiedniego organu, co zauważono zwłaszcza u kobiet, dotkniętych cierpieniami narządów rodnych (DUEHRSEN).

Drugi z kolei odczyt „o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego“ wygłosił prof. RYDYGIER. Rozpatruje on rzecz ze stanowiska czysto chirurgicznego i stawia odrazu pytanie, kiedy należy przystąpić do operacji. Wobec zmienności obrazu klinicznego, cechującego tę postać chorobową, odpowiedź na pytanie powyższe zależeć będzie od przebiegu cierpienia. Ze względów czysto praktycznych odróżnia mówca następujące trzy postacie zapalenia wyrostka robaczkowego: 1) zapalenie nieżytowe, obejmujące wyłącznie błonę śluzową wyrostka; 2) zapalenie połączone z ograniczonym zajęciem otrzewny i wysiękiem zapalnym; 3) zapalenie, połączone z ogólnym zapaleniem otrzewny ropnym lub posokowatym. Przypadki ostatniej kategorii wymagają natychmiastowej interwencji chirurgicznej, jeżeli pozostała choćby najmniejsza szansa uratowania chorego. Nie tak prosta będzie odpowiedź, gdy chodzi o przypadki, należące do pierwszych dwóch kategorii. Zdaniem referenta, wszelkie zapalenie wyrostka robaczkowego uważać należy za chorobę chirurgiczną, i do każdego przypadku winien być wzywany chirurg zaraz w początkach. Nie sądzi wszelako, ażeby postacie lekkie, ograniczające się wyłącznie zajęciem błony śluzowej, wymagały odrazu leczenia chirurgicznego, jak tego żąda DIEULAFOY, który radzi operować w każdym przypadku *appendicitis*. Niemniej jednak i wobec takich przypadków lekarz winien zachowywać się bardzo oględnie, nigdy bowiem nie możemy być pewni, jaki obrót sprawa weźmie. Przypadki, na pozór bardzo lekkie, mogą po upływie kilku dni tak się zaostrzyć, że interwencja chirurgiczna nic już zdziałać nie potrafi. Z drugiej znów strony nierzadko się zdarza, że lekarz, wezwany do łóża chorego, usilnie doradza operację, tymczasem cierpienie po jednym lub dwóch napadach przechodzi bez śladu. Czem winien kierować się lekarz wobec podobnych ewentualności? Ponieważ często brak nam wskazówek, zapowiadających groźne powikłanie, możemy w przypadkach zapalenia nieżyłowego stosować leczenie wewnętrzne tylko w razie przebiegu łagodnego. Jeżeli sprawa chorobowa ulega pogorszeniu, jeżeli cierpienie objawia się ciężkimi lub częstymi napadami, musimy na operację nalegać, lepiej bowiem powiedzieć sobie, że możeby chory wyzdrowiał bez operacji, aniżeli mieć na sumieniu śmierć chorego, spowodowaną brakiem stanowczości ze strony lekarza w chwili odpowiedniej. W tych razach prof. RYDYGIER radzi wykonać operację *a froid*, t. j. w czasie wolnym od napadów.

Co się tyczy zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonego z ograniczonym zapaleniem otrzewny i nacieczeniem, to za bezwzględne wskazanie do operacji służy obecność ropy. Istnienie jednak ropnia nie zawsze daje się stwierdzić z należytą pewnością, zwłaszcza że nakłucie próbne nie może być w tych razach stosowane z powodu możliwości zakażenia otrzewny. Wobec nasuwających się tu trudności rozpoznawczych, prof. RYDYGIER zaleca operację nie tylko w przypadkach, w których mamy do czynienia z jawnym ropniem, lecz i wówczas, gdy obecność ropy tylko podejrzewamy.

Na zakończenie porusza prof. RYDYGIER kilka szczegółów z techniki operacyjnej.

W dyskusji nad tym przedmiotem doc. WEHR (Lwów) podnosi zalety podanego przez prof. RYDYGIERA podziału, uznając go za zupełnie odpowiedni do celów klinicznych i prostszy od klasyfikacji SONNENBURG'a, opartej na obrazie zmian anatomo-patologicznych i pozbawionej znaczenia klinicznego. Mówca zgadza się również na wskazania do operacji, ustanowione w referacie profesora RYDYGIERA.

Doc. BARĄCZ (Lwów) zaznacza, że w sprawie etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego zgadza się z twierdzeniem prof. KLECKIEGO, który utrzymuje, że przy *appendicitis* stosunki w wyrostku robaczkowym są takie same, jak w całkowicie wyłączonym jelicie. Wnioski, zrobione przy doświadczeniach z całkowitem wyłączeniem jelita, dadzą się poniekąd zastosować do *appendicitis*.

Choroba wymaga wyłącznie leczenia chirurgicznego z wyjątkiem lekkich przypadków t. zw. *appendicitis catarrhalis*. Co się tyczy czasu operacji, to, zdaniem mówcy, najlepiej operować w cięższych przypadkach zaraz po pierwszych napadach *à froid*. W przypadkach przedziurawienia wyrostka z objawami ogólnego zapalenia otrzewny (*appendicitis gangraenosa perforativa*) należy operować natychmiast. Miarodajnymi wskazówkami przy rozpoznawaniu będą tu: brak stosunku między częstością tętna a stopniem ciepłoty (tętno przyspieszone, brak stanu gorączkowego), zapaść, porażenie pętli jelitowych (*meteorismus*) przy bardzo lekkich objawach miejscowych. Każda godzina zwłoki w operacji pogarsza w tych razach rokowanie. Podawanie makuła przez internistów maskuje groźne objawy.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W Wied. Tow. Lek. CHROBAK przedstawił 24 letnią, dotkniętą krzywicą kobietę, u której dokonano po raz trzeci cięcia cesarskiego zachowawczego. Poprzednie dwie blizny w macicy nie wpłynęły na kurczliwość tejże. (D. M. Zg. 14—99).

= WIRSZYŁŁO badał wpływ tranu na wydzielanie soku żołądkowego i otrzymał wyniki następujące: 1) tran zmniejsza ilość kwasu solnego i pepsyny; 2) hamujący ten wpływ występuje najsilniej w początku wydzielania. 3) czynność wydzielnicza gruczołów żołądkowych staje się pod wpływem tranu słabszą, lecz utrzymuje się przez czas dłuższy. Na zasadzie tych danych W. wnosi, iż tran nie jest tak pożytecznym dla ustroju środkiem, za jaki uchodzi, ponieważ przez upośle-

dzenie trawienia białkowego obniża odżywianie się ustroju. (Wręcz 3—99).

= BROCARD, badając moczu u 125 kobiet ciężarnych, znalazł u 60 cukromocz, i to w rozmaitych odmianach cukru. Przeważa glikoza; w miarę zbliżania się ciąży do końca, przeważa laktoza. Wyjątkowo znajdował B. sacharozę lub lewulozę. U niektórych kobiet wystarczało dawać 60—100 grm. czystej glikozy celem wywołania cukromoczu alimentarnego, gdy w stanie zwykłym potrzeba w tym względzie 200—250 grm. (D. M. Zg. 15—99).

= CONITZER w 6 przypadkach szczeliny odbytu zastosował ichtyol ze znakomitym skutkiem. Nasamprzód, w celu dokładnego zbadania i znieczulenia, pendzluje szczelinę kokainą, potem smaruje ją czystym ichtyolem.

W następnych przyżeganiach, powtarzanych z początku codziennie, później co drugi dzień, kokaina nie jest już potrzebna. Należy też pamiętać o prawidłowych wypróżnieniach. (Münch. m. Woch. 3—99).

= JACOBI zaleca ergotynę w zmiennicy przewlekłej. Autor otrzymywał dobre wyniki w wielu przypadkach, w których daremnie wyczerpano wszelkie inne środki. Znikają nie tylko napady gorączki, ale następuje również zmniejszenie objętości śledziony. Można także łączyć ergotynę z chininą lub z arsenikiem. (D. M. Zg. 7—99).

= HINKEL zwraca uwagę na niebezpieczeństwo chloroformowania przy operacjach guzów jamy nosogardzielowej. Przytaczając własny przypadek z zejściem śmiertelnym oraz inne z literatury, autor podaje następujące wnioski: 1) statystyka wykazuje znaczną śmiertelność przy usuwaniu pod chloroformem przerostłych migdałków; 2) wobec wyrosli adenoidalnych szkodliwe działanie chloroformu wzmacnia się znacznie; 3) skutkiem tego nie należy stosować uspiania chloroformem przy obu wymienionych operacjach. (D. M. Zg. 7—99).

= GEMMEL opisuje przypadek nagłej śmierci w 12 dni po prawidłowym porodzie u pierwiastki 40-letniej, skutkiem zakrzepu tętnicy podstawowej (*Art. basilaris*). 7-go dnia wystąpił krótki napad padaczkowy, a w 5 dni później nagła śmierć. Oględziny nie wykryły nic więcej prócz powyższego zakrzepu. (D. M. Zg. 10—99).

= ALSBERG w jednym przypadku za pomocą promieni ROENTGEN'a rozpoznał obecność kamieni w nerce. Tylko ból umiejscowiony nasuwał podejrzenie kamicy, żadnych bowiem objawów

przedmiotowych nie było. Na obrazie otrzymano wizerunek dużego kamienia w miedniczce oraz mniejszego w samej nerce. (Münch. med. Woch. 51. 98).

= BEVEN zastosował w jednym przypadku krwawego moczu nalewkę kantarydową z doskonałym skutkiem. Przyczyny krwawienia nie można było określić. Po wyczerpaniu w przeciągu 10 miesięcy wszystkich znanych środków hemostatycznych, autor dał choremu 10 kropel *Tracantharid.* 3 razy dziennie. Po 25 godzinach krew w moczu znikła, lecz po przerwaniu środka znów się zjawiała, a po następnym powtórzeniu wymienionych dawek, mocz krwawy przestał się wydzieląć. (Brit. med. Jour. 17. 9. 98).

= RAMSAY zwraca uwagę na zanieczyszczenia środków znieczulających i niebezpieczeństwo, ztąd wynikające. Szczególnie dotyczy to usypiania chloroformem w obecności gazu oświetlającego, ponieważ wytwarza się łatwo trujący karbonylchlorid, który powoduje drażnienie silne oczu, nosa i szyi pod postacią uczucia kłującego. Gaz ten w powietrzu wilgotnem rozkłada się następnie na kwas węglany i solny. Również tworzy się on przy poddaniu chloroformu działaniu światła słonecznego lub dziennego w obecności powietrza. Po dodaniu alkoholu do chloroformu gaz ten przestaje się wytwarzać. Sprawdziwszy powonieniem obecność karbonylchloridu, należy dodać do chloroformu nieco gaszonego wapna, które pochłania ów gaz. Weterze, wystawionym na działanie światła i powietrza, tworzą się łatwo związki etylowe, osiadające na dnie w postaci gęstego osadu; można je usunąć przez wstrząsanie eteru z rtęcią metaliczną. (Deut. Med. Zg. 10. 99). P.