
Z Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Uniwersytetu Poznańskiego
Kierownik: prof. dr med. Tadeusz Zwoliński
i z Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych U. M. C. S. w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Stanisław Liebhart

Kazimierz SKOWROŃSKI

W sprawie guzów pozaotrzewnowych
К вопросу о внебрюшных опухолях
Concerning retroperitoneal tumors

Guzy rosnące pozaotrzewnowo są pod względem klinicznym i patologicznym zjawiskiem wyjątkowym.

Ginekolodzy posiadający nawet duże doświadczenie chirurgiczne rzadko spotykają się z tymi nieprawidłowościami.

W ogromnej liczbie przypadków guzy pozaotrzewnowe dostają się w ręce ginekologów dlatego, ponieważ leżą przeważnie w pobliżu miednicy, albo schodzą do niej i wówczas rozpoznawane są zwykle jako guzy, wychodzące z macicy lub jajników. Jeżeli zaś twory takie usadowione są wysoko i z dala od miednicy, trafiają na oddziały chirurgii, a wtedy traktowane są przeważnie jako guzy nerek, trzustki albo pęcherzyka żółciowego.

Tkanka mezenchymalna, znajdująca się w przestrzeni pozaotrzewnowej w organizmie dojrzałym, ma w dalszym ciągu cechy tkanki młodej, posiadającej zdolności do dalszego różnicowania się. Dlatego też przy wszystkich schorzeniach, a więc i w przypadkach guzów, powstających w przestrzeni pozaotrzewnowej, musimy pamiętać o zawiłych stosunkach rozwojowych tej okolicy oraz myśleć o możliwości powstawania nowotworów mających źródło w młodzieńczej sile niezróżnicowanej mezenchymy, przestrzeni pozaotrzewnowej.

Guzy pozaotrzewnowe pod względem budowy makroskopowej mogą występować jako guzy lite, torbielowate lub jako formy guzów mieszane. Mogą to być guzy o cechach nowotworów złośliwych, lub występować jako guzy dobrotliwe.

Co do ich obrazu mikroskopowego, to mogą to być guzy o utkaniu jednolitym np. tłuszczak (*lipoma*), włókniak (*fibroma*), śluzak (*myxoma*), naczyniak (*angioma*), mięśniak (*myoma*), śródbłoniak (*endothelioma*), lub przedstawiać się jako guzy o utkaniu mieszanym, np. *myxolipoma*, *fibromyxolipoma*, *lipomyxosarcoma*, *fibrosarcoma*, *xantolipoma*, *fibroxantosarcoma*, *teratoma*, dermoidy itd.

Guzy rosnące pozaotrzewnowo wskutek ucisku i zastoju w nich mogą ulegać często dużemu obrzękowi, tak dalece, że guzy lite, jak np. włókniak czy mięśniak, tworzą po prostu galaretowatą masę. Obraz mikroskopowy takich guzów bywa wówczas tak niewyraźny, że trudno rozemnić rodzaj tkanki, z jakiej guz pochodzi.

Stosunek guzów pozaotrzewnowych do samej otrzewnej może być różny: mogą to być guzy rosnące całkowicie w przestrzeni pozaotrzewnowej lub tylko częściowo w niej umiejscowione.

Odnoszę wrażenie, że to, czy guz leży częściowo w przestrzeni pozaotrzewnowej, czy w całości jest oddzielony otrzewną od jamy ciała i leży na zewnątrz od niej, ma decydujące znaczenie o jego pochodzeniu.

Guzy rosnące w całości w przestrzeni pozaotrzewnowej mogą wychodzić z nerki lub jej torebki tłuszczowej, z miedniczek nerkowych, nadnerczy, moczowodów, trzustki, kości kręgosłupa, żeber, kości miednicy, ze ściany naczyń krwionośnych (tętnica brzuszna, żyła próżna dolna), ze ściany naczyń lub węzłów limfatycznych, ze splotów nerwowych układu sympatycznego, z tkanki tłuszczowej lub luźnej tkanki łącznej. Guzy pozaotrzewnowe mogą dalej wychodzić z dodatkowych narządów lub ich odprysków. Guzy pozaotrzewnowe mogą wreszcie wychodzić z resztek pranercza i przewodów Wolffa, a szczególnie z każdej tkanki pochodzenia mezodermalnego, znajdującej się w przestrzeni pozaotrzewnowej.

Guzy rosnące częściowo w przestrzeni pozaotrzewnowej mogą wychodzić z sieci, z krezki lub narządów posiadających krezkę np. guz może wychodzić ze ściany jelita (część wstępująca i zstępująca jelita grubego, których tylna ściana leży pozaotrzewnowo, tak samo jak część dwunastnicy) i rosnać między blaszki krezki lub wychodzić z trzonu krezki i rosnać do przestrzeni pozaotrzewnowej. Guz może wyrastać z sieci (najczęściej jako torbiele chłonne), wreszcie guzy rosnące pozaotrzewnowo mogą być pochodzenia gruźliczego lub może to być trzeciorzędny okres kiły (*lues tertiaria s. gummosa*) z typowymi dla okresu tego kilakami.

Guzy o budowie torbielowatej mogą pochodzić z przewodu pępkowo-jelitowego (*enterokystoma*) i usadawić się w krezce lub w śródpiersiu.

Ogólnie panuje pogląd, że guzy pozaotrzewnowe nie dają nawrotów. W przypadkach nowotworów złośliwych dotyczących guzów pozaotrzewnowych, przerzuty takich guzów należą do wyjątków, a jeszcze rzadziej spotyka się przerzuty nowotworów złośliwych do przestrzeni pozaotrzewnowej.

Według Schmid'a najczęściej spotyka się guzy leżące w całości w przestrzeni pozaotrzewnowej, mniej znaleziono guzów wychodzących z krezki, najrzadziej zaś występują guzy umiejscowione częściowo w przestrzeni pozaotrzewnowej.

Guzy pozaotrzewnowe często dochodzą do bardzo dużych rozmiarów zwłaszcza tłuszczaki które mogą dochodzić do 30 kg wagi. W. B. Stromme i H. J. Stander opisali guz wagi 59 funtów (*myxofibroma*) rosnący pozaotrzewnowo u 57-letniej kobiety.

Guzy pozaotrzewnowe częściej spotyka się u kobiet aniżeli u mężczyzn mniej więcej w stosunku 3 do 1. Guzy takie mogą występować w różnym wieku. Znany jest przypadek guza rosnącego pozaotrzewnowo, opisany przez Lexera, a dotyczący 7-tygodniowej dziewczynki. Najczęściej jednak guzy pozaotrzewnowe występują między 30 a 50 rokiem życia.

Przy omawianiu różnego rodzaju guzów rosnących pozaotrzewnowo, należy wspomnieć o guzach wychodzących z samej otrzewnej, a stanowiących wytwór jej zmienionej czynności.

Opisywano pewne twory, które powstawały szczególnie w czasie ciąży, z otrzewnej, prawdopodobnie pod wpływem bodźców natury dokrewnej. Doświadczalnie udało się Unterbergerowi wywołać bujanie doczesne podotrzewnowe, wywołane uszkodzeniem surowicówki królika. Twory te stanowiły bujanie gruczołowe, otoczone tkanką łączną międzygruczołową. Nieraz twory te zawierały również włókna mięsne. Znamienną ich cechą w części gruczołowej był wysoki nabłonek walcowaty jednowarstwowy. Twory takie wykazywały bardzo często utkanie podobne do utkania śluzówki macicy, co więcej, wykazywały również okresową czynność tejże śluzówki, podobną do czynności miesięczkowej śluzówki macicy. Pod tym względem twory te wykazują duże podobieństwo do *endometriosis (adenomyosis)*. Wyprowadzenie opisanych wyżej tworów pozaotrzewnowych z utkania samej otrzewnej jest do przyjęcia z tego chociażby powodu, że niektórzy autorowie, jak np. Reklinghausen wyprowadza *endometriosis* z pozostałości pranercza.

W rozważaniach nad powstawaniem wspomnianych tworów otrzewnowych stajemy przed zagadnieniem, które w dwojaki sposób da się wy-

tłumaczyć: chodzić tu może albo o zdolność otrzewnej do wytwarzania w pewnych warunkach tkanki podobnej do *endometriosis*, albo należy przyjąć teorię *Sampsona*, według której następuje pośrednie albo bezpośrednie przeszczepianie się śluzówki macicy. Istnieją więc dwie teorie o powstawaniu ognisk *endometriosis*. Jedni odnoszą je do zaburzeń w życiu płodowym, inni uważają je za twory, powstałe w życiu pozamacicznym.

Według pierwszej teorii nabłonek otrzewnej ma być podstawowym materiałem tworzenia się tych ognisk (*Ivanoff, R. Mayer, Lache*). Nabłonek ten przeradza się w nabłonek wałeczkowaty, który wnika w tkankę łączną podścieliskową, również żywo bujająca. Na podstawie późniejszych badań ograniczono pochodzenie takich tworów nabłonkowych do nabłonka tej części pierwotnej jamy ciała, który pierwotnie jest związany swym położeniem z okolicą pierwotnego wspólnego steku (*cloaca*) (*F. Gross, Lache i in.*). Stąd obecność ognisk *endometriosis* w narządach, które rozwojowo mają związek ze wspólnym stekiem, a także z ciałem Wolffa, z okolicą pępka itp. Jako czynnik kierujący tym niezwykłym różnicowaniem się nabłonka *Lache* przyjmuje wpływy hormonalne gruczołów płciowych (jajników).

Według drugiej teorii (*Sampsona*), odnoszącej powstawanie ognisk *endometriosis* do życia pozapłodowego, to są cząstki błony śluzowej macicy, które przedostają się w czasie miesiączki do jamy otrzewnej wskutek odwrotnych ruchów jajowodu i wszczepiają się w otrzewną dolnej części jamy otrzewnej, jednakże szczególnie do jajnika. Niektórzy sądzą, że złuszczone cząstki błony śluzowej macicy z okresu miesiączki nie mają dostatecznej żywotności do rozwoju po wszczępieniu się (*Heim*). Co się tyczy *adenomyosis* w bliźnach przetok brzusznych, to *Hasselhörstowi* udało się stwierdzić w badaniach seriowych bezpośredni związek tych ognisk z błoną śluzową macicy operowanej (teoria ciągłości). *Sampson* uważa za możliwe dostawanie się cząsteczek błony śluzowej macicy do światła żył i ich wędrowkę w miejsca odległe jako przerzuty, tak samo jak *Halban* przypuszcza możliwość tworzenia się przerzutów takich cząstek na drodze limfatycznej.

Pierwotne guzy otrzewnej są bardzo rzadkie. Kilka przypadków pierwotnych złośliwych guzów otrzewnej opisał *Herzog i Formachides*. *Seifert* obserwował przypadki pierwotnych śródbłoniaków i piaszczaków (zwapniałe zamarte śródbłonki w guzach śródbłonkowych i mięsakach) (*psammoma*).

Co do liczby guzów rosnących pozaotrzewnowo, a wychodzących z samej otrzewnej, to najczęściej spotyka się zwykłe torbiele chłonne surowicze lub mleczowe (*hyalus cystis*), które powstają przeważnie przy

pękaniu naczyń chłonnych. Poza tym spotykamy guzy wychodzące ze śródbłonna naczyń jako naczyniaki chłonne i krwionośne. Guzy te bardzo często występują jako torbiele wielokomorowe i mają skłonność do rozrostów.

Objawy guzów rosnących pozaotrzewnowo bywają różne, w zależności od położenia guza i szybkości jego rozrostu.

W związku z tym mogą występować zaburzenia ze strony: 1) układu krążenia, 2) przewodu pokarmowego, 3) układu nerwowego, 4) narządu oddechowego, 5) układu moczowego i 6) narządów rodnych (u kobiet).

Występować więc może cały szereg objawów nie tylko ze strony jednego układu, ale mogą wchodzić w grę zaburzenia kilku układów, a nawet wszystkich układów jednocześnie.

Spotykamy więc takie objawy, jak: powiększanie się brzucha i obecność wolnego płynu w jamie brzusznej, wskutek ucisku guza na duże naczynia, zwłaszcza na żyłę próżną dolną, obrzęki nóg, rozszerzenie naczyń na skórze nóg i brzucha, ucisk w brzuchu i wysokie ustawienie przepony, stąd duszność i bicie serca. Ucisk guza na naczynia i nerwy przemawia za guzem rosnącym w przestrzeni pozaotrzewnowej. Dalej mogą występować nerwobóle w zakresie kończyn dolnych, wywołane uciskiem guza na pnie nerwowe. Ucisk guza na rdzeń kręgowy powoduje objawy porażenne. W przypadkach ganglioneuromów, wychodzących z przykręgowych splotów nerwów sympatycznych, występują różnego rodzaju zaburzenia czucia.

Typowe są objawy ze strony splotu słonecznego i nerwów sympatycznych. Hesse zwrócił uwagę na to, że ucisk guza i podrażnienie nerwu sympatycznego wywołuje obniżenie temperatury skóry, zwiększone wydzielanie potu. Przy porażeniu nerwu sympatycznego spotykamy się z odwrotnym zjawiskiem. Występuje wtedy podwyższona temperatura skóry i jej suchość.

Podrażnienie nerwu sympatycznego wywołuje żywy ruch robaczkowy jelit, bolesne skurcze i kolkę jelitową. Porażenie nerwu sympatycznego daje skłonność do zaparć, niedowład jelit, zaburzenia w wydzielaniu jelitowym, w żołądku wtedy występuje brak kwasu solnego i pepsyny (*achylia*).

Występowanie biegunek przy podrażnieniu nerwu sympatycznego jest niezwykle rzadkie. Stany uporczywego niedowładu jelit i stany atoniczne subilealne bez zaburzeń w pasażu w zakresie jelit są szczególnie charakterystycznym objawem podrażnienia pozaotrzewnowego nerwów wegetatywnych i spotyka się te objawy przy wszystkich sprawach chorobowych, które mają miejsce w tej przestrzeni np. mechaniczne lub od-

ruchowe bodzce płynące z nerek, kolek roczowodowych (kamica nerkowa) i krwiałków pozaotrzewnowych jakiegokolwiek natury. Jeżeli te przyczyny można całkowicie wykluczyć, to należy myśleć o guzie w przestrzeni pozaotrzewnowej, który uciska i drażni nerwy współczulne.

Jeżeli guz leży w miednicy małej i uciska sploty przedkręgowo-nerwów sympatycznych, wówczas często występuje u kobiet bolesne miesiączkowanie.

Objawy ze strony nerwów sympatycznych są szczególnie typowe w przypadkach guzów układu chromochłonnego nadnerczy. Kliniczne i doświadczalne badania kory nadnerczy wykazują głęboki wpływ tych gruczołów na genitalia i wtórne cechy płciowe. W przypadkach guza nadnerczy i wzmożonej sekrecji tych gruczołów, wywołanej przerostem części korowej nadnerczy, występuje feminizacja u mężczyzn, a virilizacja u kobiet. W związku z tym, u mężczyzn występuje zanik czynności jąder, utrata libido, zanik wtórnych cech płciowych i rozwój sutków. U kobiet zjawiają się cechy męskie. Rozwijają się nadmierne owłosienie o typie męskim (*hirsutismus*), nierzadko występuje pewien rodzaj rzekomego obojnactwa (*pseudohermaphroditismus*). Czasem zjawia się przedwczesne przekwitanie (*matronismus praecox*). U osobników niedojrzałych płciowo, występuje przedwczesne dojrzewanie o typie izo i heteroseksualnym, przy czym zacierają się drugorzędne cechy płciowe. Mówimy wówczas o tzw. typach interseksualnych.

Jeżeli guzy nadnerczy działają hamująco na wydzielanie tych gruczołów, rozwijają się wówczas zespół objawów choroby Addisona.

W przypadkach ucisku guza na nerkę i moczowód występuje bezmocz i zanik nerki, lub może rozwijać się wodonercze, względnie przy jednoczesnym zakażeniu dróg moczowych powstaje roponercze. Jeżeli guz leży w miednicy i uciska na pęcherz, może występować parcie na mocz i częste moczenie, lub niemożność oddawania moczu.

U kobiet guz pozaotrzewnowy może powodować zaburzenia w miesiączkowaniu i dawać krwotoki lub brak miesiączki. Może spowodować wypadnięcie pochwy i macicy. Spotyka się nierzadko, że w przypadkach ciąży, powikłanej obecnością guza pozaotrzewnowego, tenże guz w okresie poporodowym zaczyna szybko się rozrastać (prawdopodobnie zmiana równowagi wydzielania wewnętrznego daje bodziec do szybkiego wzrostu guza).

Guz może rosnąć do światła jelita i wtedy mogą występować objawy niedrożności jelit z bólami w brzuchu, czkawką, wymiotami, wzdęciem brzucha, zatrzymaniem wiatrów i stawianiem się pętli jelitowych. Występować mogą przy tym objawy podrażnienia otrzewnej lub jej rozlanego zapalenia.

Objawy guza rosnącego pozaotrzewnowo mogą więc być liczne i gwałtowne. Zdarzają się jednak przypadki guzów leżących pozaotrzewnowo, które nie dają zupełnie żadnych objawów.

W rozpoznaniu musimy ustalić przede wszystkim, czy mamy do czynienia ze sprawą zapalną czy nowotworową, czy sprawa chorobowa rozgrywa się w obrębie jamy brzusznej czy w przestrzeni pozaotrzewnowej.

Rozpoznanie ustalamy na podstawie objawów ze strony narządów sąsiadujących z guzem, ze zmiany ich kształtu i położenia. Poza całym szeregiem badań dodatkowych w każdym podejrzanym przypadku urografia dożylna czy pyelografia wstępująca, cystoskopia, pneumoradiografia



Fot. I. Obraz histologiczny guza pozaotrzewnowego. Przypadek II. (Powiększenie małe).
Histological structure of the retroperitoneal tumor. The second case. (Small enlargement).

i wszelkie badania rentgenowskie dają nam ogromne usługi w rozpoznawaniu guza pozaotrzewnowego. Nie można pominąć badania w narkozie. W wyjątkowo trudnych przypadkach, próbne otwarcie brzucha powinno być uważane, jako jedno z badań pomocniczych.

Guzy kręzkowe są najczęściej ruchome, ale ruchome są także guzy jajnikowe, guzy sieci, jelita, śledziony. Może to być wędrująca nerka lub guz pęcherzyka żółciowego. Ruchomy może być także bąblowiec. Przy rozpoznawaniu guzów pozaotrzewnowych możemy korzystać z objawu podanego przez *Josephsona*, według którego cofanie się szybkie guza przy przemieszczeniu go ku przodowi wskazuje na to, że guz wyrasta z tylnej ściany otrzewnej. Pamiętać powinniśmy także, że guzy pozaotrzewnowe nie wykonują ruchów oddechowych, w przeciwieństwie do guzów leżących wśródotrzewnowo.

Guzy pozaotrzewnowe zwykle bywają dużych rozmiarów.

Żywa bolesność przy ucisku guza jest typowa dla guzów zapalnych.

Rozpoznanie guza rosnącego pozaotrzewnowo jest z reguły trudne. Według S c h m i d a na 272 przypadki guzów pozaotrzewnowych, trafne rozpoznanie przed zabiegiem operacyjnym postawiono w 28 przypadkach.

W rozpoznaniu różniczkowym pamiętać należy o ciąży. Poza tym w grę mogą wchodzić guzy macicy, otorbiony płyn w jamie brzusznej lub tętniak aorty brzusznej. Mogą to być zmiany luetyczne (kilaki), zapalenie otrzewnej gruźlicze (*peritonitis tuberculosa*), lub zapalenie otrzewnej rakowate (*peritonitis carcinomatosa*).

Rokowanie w przypadkach guzów pozaotrzewnowych zależne jest przede wszystkim od mikroskopowego obrazu guza. Jeżeli utkanie guza ma cechy nowotworu złośliwego, rokowanie w większości przypadków jest złe.

Guzy rosnące pozaotrzewnowo stwarzają często nieprawidłowe warunki operacyjne ze względu na swe położenie w sąsiedztwie dużych naczyń, narządów lub układu nerwowego sympatycznego dlatego powikłania w czasie operacji mogą być ciężkie, a więc i rokowanie dla życia groźne. Podczas zabiegu operacyjnego należy poważnie liczyć się z dużymi krwotokami i uszkodzeniem narządów sąsiadujących. Zabieg operacyjny w przypadkach guzów rosnących pozaotrzewnowo jest często bardzo rozległy, zwłaszcza w przypadkach guzów rosnących częściowo w przestrzeni pozaotrzewnowej wskutek wchodzących w grę łączności guza z narządami sąsiadującymi. Rokowanie więc zależne jest też od umiejscowienia guza.

Jak z bieżącego piśmiennictwa wynika w 69% przypadków guzów krezkowych, konieczne było usunięcie części jelita, a w 36% przypadków guzów pozaotrzewnowych musiano wykonać usunięcie nerki.

Niezwykłe ciekawe są przypadki wykonanych operacji na tętnicy brzusznej. W jednym z nich, podanym przez B r a u n a, koniecznym było usunięcie odcinka tętnicy brzusznej na przestrzeni 2 cm cięciem okrężnym. Drugi przypadek dotyczy guza wychodzącego także ze ściany tętnicy brzusznej (histologiczne rozpoznanie *haemolymphoendothelioma*), przypadek podany przez G. C a v a l l i. Te dwa przypadki dostatecznie chyba mówią, jakie niebezpieczeństwo może czyhać podczas operacji takich guzów i jak często rokowanie w tych przypadkach zależne jest od umiejscowienia guza. Rokowanie zależy wreszcie od tego, czy przypadek trafił dość wcześnie w ręce chirurga.

K ü s t n e r mówi, że każdy guz, który daje objawy kliniczne, prowadzi do śmierci. S c h m i d twierdzi, że na ogół rokowania w przypadkach gu-

zów pozaotrzewnowych-krezkowych, jest podobne do rokowania w przypadkach guzów jajnikowych.

Śmiertelność w przypadkach guzów pozaotrzewnowych zmniejsza się w miarę postępów w technice chirurgicznej.

Na początku bieżącego stulecia śmiertelność wynosiła 66% operowanych przypadków, w 1922 r. S c h m i d określa liczbę tę na 7,5%, obecnie śmiertelność operowanych przypadków można by określić na 3%.

Jedynym właściwym sposobem leczenia guzów rosnących pozaotrzewnowo jest wczesne leczenie operacyjne. W przypadkach, gdzie rozpoznanie jest niepewne nie należy zwlekać z próbnym otwarciem brzucha.

Guzy pozaotrzewnowe możemy operować od strony jamy brzusznej (transperitonealnie) lub zewnątrzotrzewnowo (extraperitonealnie). Istnieją więc dwa sposoby usuwania tych guzów tak jak w przypadkach usuwania nerki.

Sposób i rodzaj cięcia dobieramy w zależności od wielkości i umiejscowienia guza. Należy się liczyć z tym, że w czasie zabiegu zmuszeni będziemy wykonywać operację na jelitach, nerce, moczowodzie, na dużych naczyniach, lub może zajść konieczność usunięcia śledziony czy pęcherzyka żółciowego. I tak w przypadkach guzów leżących całkowicie w przestrzeni pozaotrzewnowej możemy być zmuszeni do usunięcia nerki, odcinka moczowodu, czy kawałka ściany miedniczki nerkowej, albo może zajść potrzeba usunięcia części ściany żyły próżnej dolnej lub kawałka ściany tętnicy brzusznej. W przypadkach zaś guzów rosnących częściowo w przestrzeni pozaotrzewnowej np. guzów krezkowych lub wychodzących ze ściany jelita może zajść potrzeba usunięcia części jelita, czasem zmuszeni jesteśmy usunąć pęcherzyk żółciowy lub śledzionę.

Tkanki przecinamy zwykle na ostro według szkóły W e r t h e i m a.

Operując pozaotrzewnowo, możemy operować z cięcia bocznego, przedniego lub tylnego.

G r e g o i r e podał sposób cięcia bocznego. Cięcie to prowadzimy od końca jedenastego żebra do kolca przedniego kości biodrowej. Jeżeli guz jest dużych rozmiarów, możemy przedłużyć cięcie od tyłu, idąc w górę wzdłuż żebra, a od przodu poprzecznie do linii środkowej brzucha.

P e a n i B a z y stosują cięcia przednie. Cięcie to biegnie od dolnego brzegu jedenastego żebra w linii pachowej przedniej, poprzecznie do linii środkowej brzucha.

Cięcia przednie mają wiele zalet i przewagę nad cięciami bocznymi lub tylnymi choćby dlatego, że stosując te cięcia, układamy operowanego na wznak, mamy więc zupełną swobodę w stosowaniu narkozy, poza tym łatwe dojście do głównych pni naczyniowych i splotów nerwowych,

a dalej to, czego w przypadkach guzów pozaotrzewnowych zwłaszcza częściowo pozaotrzewnowych, nie wolno lekceważyć, to łatwa orientacja w polu operacyjnym i dokładna ocena stosunku guza do jego otoczenia.

Cięcia tylne podane przez S i m o n'a, B e r g m a n a—I s r a e l a i K ö n i g a zwłaszcza cięcie B e r g m a n a—I s r a e l a, często stosowane przy usuwaniu nerki, jest niezastąpione w przypadkach guzów pozaotrzewnowych okolicy lędźwiowej.

Przy skrzywieniach kręgosłupa (*kyphoscoliosis, lordosis*) cięcia tylnego zwykle nie można zastosować, ponieważ w tych przypadkach często dwunaste żebro siada na talerzu biodrowym i dostęp do guza jest niemożliwy.

Cięcie S i m o n'a biegnie prostopadle wzdłuż m. *quadratus lumborum* od dwunastego żebra do talerza biodrowego. Cięcie K ö n i g a jest podobne do cięcia S i m o n'a z tym, że do cięcia S i m o n'a dodajemy poprzeczne cięcie, biegnące do linii środkowej brzucha.

Operując guzy rosnące pozaotrzewnowo możemy korzystać poza tym z cięć podanych przez B a r d e h e u e r a, H o f m a n n a, K ü m m e l a lub B r a u n a, który zaleca poprzeczne cięcie brzucha z przecięciem mięśni prostych brzucha. Amerykanie L a k e y i E c k e r s o n operują guzy leżące pozaotrzewnowo od strony lędźwiowej, zewnątrzotrzewnowo (extraperitonealnie).

Operując guzy pozaotrzewnowe zewnątrzotrzewnowo (extraperitonealnie) dochodzimy do otrzewnej i odsuwamy ją w całości, starając się nie otwierać jamy otrzewnowej.

Zbite guzy pozaotrzewnowe i krezkowe S c h m i d uważa w 50% za złośliwe, nawet wtedy, gdyby badanie histopatologiczne nie potwierdziło cech o charakterze złośliwym operowanego guza. Dlatego w przypadkach podejrzanych postępowanie operacyjne i postępowanie pooperacyjne powinno być takie, jak wobec nowotworów złośliwych. A więc: wyjęcie doszczętne guza oraz dostępnych gruczołów chłonnych, a dalej stosowanie promieni R i długa kontrola przypadków (nawroty).

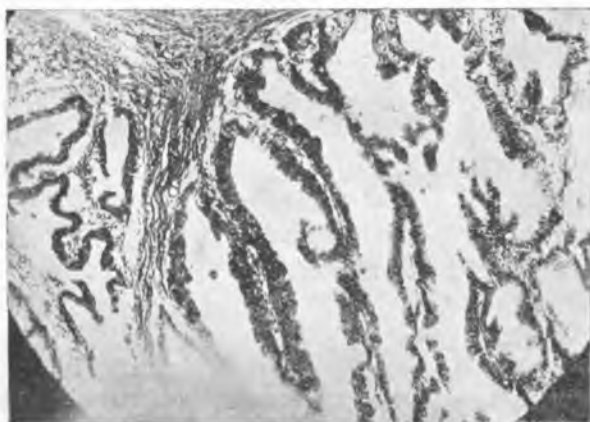
W przypadkach guzów wielkich, wrastających w okolicę przykręgową lub w kierunku trzonu krezki (*radix mesenterii*) musimy nieraz zrezygnować z doszczętnego wyjęcia guza.

Do guzów krezkowych zaliczamy nie tylko te, które rosną między dwiema blaszkami krezki, ale także usadowione w obrębie podstawy krezki, która leży szeroką podstawą na tylnej ścianie brzucha.

Jak widzimy, w przypadkach guzów rosnących pozaotrzewnowo zabieg operacyjny jest niekiedy bardzo trudny i wymaga bardzo dokładnej znajomości anatomii i dobrej techniki operacyjnej.

Powikłania pooperacyjne w przypadkach guzów pozaotrzewnowych nie należą do rzadkości. Jednym z najcięższych powikłań jest porażenie serca i zapalenie otrzewnej. Mogą też powstawać zakrzepy ropnie i wylewy krwawe. Obserwowano przypadek, gdzie po usunięciu dużego guza okolicy lędźwiowej, leżącego pozaotrzewnowo (*myxosarcoma*) wystąpiła przetoka dwunastnicy i zejście śmiertelne skutkiem wyniszczenia chorego (przypadek P e t e r m a n a).

Dawniej uważano, że jamę po usuniętym guzie należy drenażować, obecnie zabezpieczamy takie miejsca nie koniecznie drenażem. Można np. w miejsce po usuniętym guzie przeszczepić część sieci. M i k u l i c z stosował tamponadę takich przestrzeni.



Fot. II. Obraz histologiczny guza pozaotrzewnowego. Przypadek II. (Powiększenie średnie).
Histological structure of the retroperitoneal tumor. The second case. (Middle enlargement).

Guzy pozaotrzewnowe operować można w narkozie ogólnej inhalacyjnej w znieczuleniu lędźwiowym lub znieczuleniu lokalnym — przewodowym, które przez F i n s t e r e r a jest najbardziej polecane.

Do rzadkich przypadków guzów rosnących pozaotrzewnowo należą guzy opisane przez R o n v i l l e'a. Były to włókniakomięśniaki (*fibromyoma*), wychodzące z *ligamentum Treitza* i *ligamentum rotundum*.

Bardzo ciekawy przypadek guza, rosnącego pozaotrzewnowo, opisał R e u t e r (*fibromyoma pseudocysticum*): guz wychodzący ze ściany żyły próżnej dolnej. Guz usunięto z uszkodzeniem ściany żyły próżnej dolnej, nałożono szew naczyniowy na przestrzeni 3 cm, zejście pomyślne.

Björn Kristensen opisał ciekawy przypadek torbieli wielokomorowej u 28-letniej kobiety (torbiel rosnąca pozaotrzewnowo a wychodząca z przewodów Wolffa).

W piśmiennictwie znaleźć można cały szereg przypadków ciekawych, tutaj przytoczyłem zaledwie kilka szczególnie charakterystycznych.

Jeden chyba z pierwszych przypadków guza rosnącego pozaotrzewnowo obserwowany był w roku 1622 na zwłokach kobiety, u której guz ten rozpoznawano jako ciążę.

Patologia guzów rosnących pozaotrzewnowo, tak samo jak ich pochodzenie i objawy kliniczne, które byłyby typowe dla tych guzów, nie są jeszcze dotąd wyczerpująco opracowane w piśmiennictwie, a ogłoszone przypadki tych guzów traktowane są najczęściej kazuistycznie i dość pobieżnie.

Pierwsza praca na temat guzów pozaotrzewnowych podana była przez L o b s t e i n a. Autor dzieli guzy pozaotrzewnowe na guzy leżące w miednicy i guzy okolicy lędźwiowej.

W i t z e l dzieli guzy pozaotrzewnowe na:

- 1) środkowe (leżące w nadbrzuszu lub okolicy pępka) i
- 2) boczne (leżące w obydwu dołach biodrowych lub w okolicy lędźwiowej).

Granice, w jakich W i t z e l zamyka guzy pozaotrzewnowe, stanowią: przepona, kręgosłup i linia bezimienna.

S c h m i d w 1922 r. dość obszernie omówił niektóre tylko rodzaje guzów pozaotrzewnowych i nie dał wyraźnego poglądu na powstawanie tego rodzaju tworów.

G r a f f chyba pierwszy dał zdecydowany podział guzów pozaotrzewnowych, w swej niezwykle interesującej pracy o guzach pozaotrzewnowych, wydanej w 1942 r.

Według G r a f f a większość guzów pozaotrzewnowych ma budowę o różnym utkaniu, a więc są to guzy mieszane. Odróżnia on w dalszym ciągu guzy o budowie szczególnie skomplikowanej, które stanowią przejście do podwójnych potworności (powikłane potworniaki), np. potworniak ze złośliwym zwyrodnieniem.

Według G r a f f a, do rzadkości należą guzy o utkaniu jednolitym, np. czyste tłuszczaki, co stoi w zasadniczym przeciwieństwie do twierdzenia S c h m i d a i autorów amerykańskich, którzy uważają tłuszczaki za guzy, najczęściej występujące wśród guzów pozaotrzewnowych.

G r a f f dzieli guzy pozaotrzewnowe na trzy grupy:

G r u p a I.

Guzy zwykle mezodermalne jednolite np. *fibroma*, *myoma*, *endothelioma*, *lipoma* itd. oraz ektodermalne zwykle, jednolite, które według W e h r b e i n a należy uważać za guzy powstałe z odprysków tkanki zarodkowej. Do tej grupy guzów zalicza się *ganglioneuroma*.

Grupa II.

Guzy mieszane, powstające z odprysków tkanki zarodkowej i składające się z różnych tkanek.

Według K o b l e n z a guzy z tej grupy powstają z resztek pranercza, które nie zdążyły się jeszcze zróżnicować. Do tej grupy zalicza się także guzy torbielowate układu chłonnego, które jakoby powstają na tle zaburzeń rozwojowych.

W tej grupie H e n s c h e n odróżnia:

prawdziwe torbiele, torbiele pasożytnicze oraz twory torbielowate.

N i o s i odróżnia w tej grupie:

- 1) torbiele nabłonkowe, powstające w resztek pranercza i przewodów Wolffa;
- 2) torbiele chłonne;
- 3) torbiele wrzekome (krwawe torbiele powstające na tle traumatycznym);
- 4) torbiele pasożytnicze (bąblowiec).

Grupa III.

Guzy zbudowane z 2 lub 3 listków zarodkowych powstające w warunkach nieprawidłowego rozwoju (dysontogenetyczne). Guzy o budowie szczególnie skomplikowanej, które stanowią przejście do podwójnych potworności (powikłane potworniaki). Do tej grupy zalicza: torbiele dermoidalne i potworniaki oraz mieszane formy tych guzów ze zwyrodnieniem złośliwym.

H a e r t e l przestrzeń pozaotrzewną, a więc i guzy w niej powstające dzieli na: 1) okolice podotrzewną, w której umieszcza tylną część wątroby nie pokrytą otrzewną, tylną część dwunastnicy pozbawioną otrzewnej, trzustkę, część wstępującą i zstępującą (tylną ścianę) jelita grubego, gruczoły i naczynia chłonne; 2) okolice pozaotrzewną tylną, w której umieszcza układ moczowopłciowy, nadnercza, duże naczynia i nerwy oraz tkankę łączną luźną przestrzeni pozaotrzewnowej.

Niektórzy autorzy uważają guzy krezki za wspólne pod względem pochodzenia z guzami pozaotrzewnowymi umiejscowionymi w mezenchymie, otaczającej pierwotną jamę ciała. Budowa takich guzów bywa różna. Guzy takie mogą być albo torbielami albo tworami litymi dobrotliwymi lub złośliwymi. Mogą one wychodzić 1) z rnarządów pozaotrzewnowych i ich zawiązków 2) z tkanki łącznej pozaotrzewnowej.

W. B. S t r o m m e i H. J. S t a n d e r dzielą guzy pozaotrzewnowe na dwie grupy:

G r u p a I.

Guzy torbielowate:

- A. Torbiele nowotworowe i zakażone:
 1. Torbiel skórzasta,
 2. Torbiele pseudomucynarne,
 3. Torbiele pasożytnicze i zapalne,
 4. Ropnie okołonerkowe.
- B. Torbiele powstałe na tle zaburzeń rozwojowych oraz torbiele wrodzone:
 1. Torbiele przewodów Wolffa,
 2. Torbiele mleczowe,
 3. Zastoinowe torbiele surowicze,
 4. Torbiele nerki, nadnercza i trzustki,
 5. Wrodzone i nabyte wodonercze,
 6. Przepukliny rdzeniowe,
- C. Torbiele krwawe pourazowe.

G r u p a II.

Guzy lite:

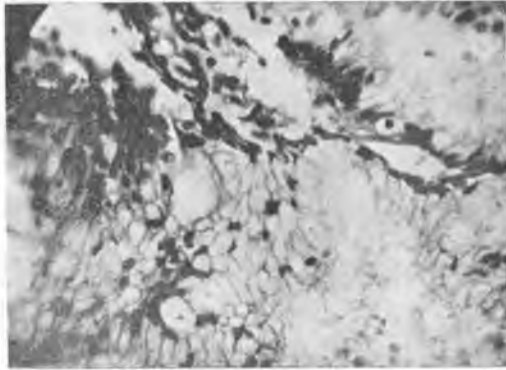
- A. Nowotwory dobrotliwe:
 1. Guzy pochodzenia mezodermalnego np. *fibroma*, *lipoma*, *neurolemmoma*,
 2. Dobrotliwe nadnerczaki.
- B. Nowotwory złośliwe:
 1. Guzy pochodzenia mezodermalnego ze zwyrodnieniem złośliwym np. *fibrosarcoma*, *liposarcoma* i choroba Hodgkina,
 2. Potworniaki oraz raki tkanki gruczołowej,
 3. Rak nerki, nadnerczy i trzustki,
 4. Mięsak nerki (guz Wilmsa).

Podział guzów według Handfield Jones'a:

1. Torbiele pochodzenia moczowopłciowego,
2. Potworniaki i skórzaki,
3. Torbiele limfatyczne,
4. Torbiele krezki jelita grubego,
5. Torbiele krwawe pourazowe,
6. Torbiele pasożytnicze,
7. Rozwojowe torbiele w normalnej nerce i trzustce.

K r e t s c h m e r i H i b b s na podstawie pracy G o b e l l'a z 1901 r. podają, że na 101 guzów pozaotrzewnowych znaleźli 12 guzów torbielowatych, reszta to guzy lite. F r a n k podaje, że na 107 przypad-

ków zebranych od 1925 r. do 1936 r. znalazł 8 guzów torbielowatych. Gerster na 500 przypadków guzów krezkowych i sieciowych, znalazł 18 guzów krezkowych, reszta to guzy sieciowe. Istnieje pewna niezgodność między Amerykanami na temat torbieli limfatycznych. Kretschmer i Hibbs, a także Ingraham i Nelson nie zgadzają się z opinią Mc. Fadden'a i Markiusa, aby większość torbieli mezenterialnych i pozaotrzewnowych pochodziła z naczyń limfatycznych, które według ich zdania nie występują tak często. Gerster uważa, że torbiele mleczowe i limfatyczne są często nie rozpoznawane i dlatego uważa się je za guzy mało spotykane. Pamiętać należy, że torbiele mleczowe i limfatyczne w budowie swej są często podobne do torbieli pochodzących z resztek ciała Wolffa. Według poglągu Lee'a



Fot. III. Histologiczna budowa guza pozaotrzewnowego. Przypadek II. Prawidłowa budowa komórek. (Powiększenie duże).
 Histological structure of the retroperitoneal tumor. The second case. Normal histological structure of the cells. (Great enlargement).

torbiele tzw. limfatyczne powstają na tle pourazowym. Limfa wylewa się z pękniętych naczyń limfatycznych do przestrzeni międzykankowych i tak tworzą się torbiele limfatyczne.

Zgodnie z Moorem najczęściej spotykanym guzem torbielowatym jest torbiel chłonna, a najczęściej spotykanym guzem litym jest tłuszczak. Hinton przyznaje, że tłuszczak bywa istotnie najczęściej spotykanym guzem. Według Ewinga skórzaki pozaotrzewnowe i torbiele przewodów Wolffa spotyka się bardzo rzadko.

Doświadczenie odnoszące się do stopnia złośliwości guzów pozaotrzewnowych jest rozbieżne. W jednej serii, składającej się z 22 przypadków znaleźli Rankin i Major 8 przypadków mięsaka.

Większość amerykańskich ginekologów przyjmuje znacznie mniejszą ilość przypadków guzów złośliwych, a rozbieżność na ten temat tłumaczy małą ogólną ilością operowanych guzów rosnących pozaotrzewnowo.

Piśmiennictwo na temat guzów pozaozrzewnowych jest na ogół dość skąpe. W niemieckim dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem około 300 przypadków guzów rosnących pozaozrzewnowo. Amerykanie nie mogą pochwalić się większym materiałem na ten temat. Np. w ciągu ostatnich 12 lat wykonano w Klinice Kobiecej w Nowym Jorku 13.113 operacji ginekologicznych i znaleziono 12 przypadków guzów rosnących pozaozrzewnowo. H i n m a n i współpracownicy w 1924 r. znaleźli w całej literaturze amerykańskiej zaledwie 4 przypadki torbieli przewodów Wolffa względnie torbieli wychodzących z krezki. W literaturze polskiej ogłoszono zaledwie kilka przypadków guzów rosnących pozaozrzewnowo. I tak Z i ę b o r a k omówił na 8-ym posiedzeniu Lwow. T-wa Ginekol. w 1927 r. 3 przypadki guzów pozaozrzewnowych. A l t k a u f e r na Warsz. T-wie Ginekol. w 1930 r. demonstruje przypadek torbieli pozaozrzewnowej. Poza tym R a s z k e s z wspomina o potworniaku rosnącym pozaozrzewnowo (przypadek operowany przez L e ś n i o w s k i e g o). O n y s z k i e w i c z na posiedzeniu Lwow. Tow. Lek. w 1936 r. omawia guzy pozaozrzewnowe i podaje 3 przypadki takich guzów. G a r w i c z w 1939 r. podał: torbiel narządu rodnego, niewiadomego pochodzenia, rosnąca pozaozrzewnowo.

Osobiście zdarzyło mi się operować dwa przypadki guzów rosnących pozaozrzewnowo, a wychodzących z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

Przypadek I.

W sierpniu 1945 r. zgłosiła się na oddział chorób kobiecych chora lat 46 Nr. H. ch. 3780 z wywiadami nast.: niezamężna w dzieciństwie nie przechodziła żadnych chorób. Pierwsza miesiączka w 15 r. życia. Od tego czasu miesiączki regularne co 28 dni, trwające 5—6 dni, obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka przed 8 dniami. Chora nigdy nie była w ciąży. Skarży się na bóle w plecach, które trwają od kilku lat. Zimą ub. roku wystąpiły silne bóle w prawym podbrzuszu i trwały 2 tyg. Od 6 m-cy zauważyła powiększanie się brzucha. Stan obecny: chora typu piknicznego, budowy prawidłowej. Typ owłosienia kobiecy. Cechy II-rzędne prawidłowe, odżywienie średnie. Skóra i błony śluzowe normalne ukrwione, narządy klatki piersiowej bez widocznych zmian. Wole wielkości kurzego jajka. Brzuch mocno wysklepiony, skóra na nim silnie napięta. Jamę brzucha wypełnia guz sięgający na szerokość dłoni ponad pępek. Guz nieruchomy o powierzchni gładkiej, wypuk nad nim stłumiony. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdza się. Całość guza leży raczej po prawej stronie kręgosłupa.

Badanie zestawione: srom kobiety, która nie rodziła, błona dziewicza cała, otwór w niej przepuszcza wskazujący palec. Pochwa wąska, część

pochwowa macicy stożkowata, ujście zewnętrzne zamknięte. Macica normalnej wielkości w przodozgięciu i tyłopochyleniu zupełnie ruchoma. Przydatki nie dają się wybadać, przymacicza wolne. Od strony pochwy dość łatwo dochodzi się do dolnego bieguna guza.

Badania pomocnicze: O. B. 6 mm po 1 godz., 11 mm po 2 godz., ciepłota 36,9, tętno 84 na minutę, ciśnienie 140/80 mm, mocz prawidłowy.

Rozpoznanie: torbiel jajnika.

Po normalnym przygotowaniu chorej, przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

W uśpieniu eterowym, cięciem w linii środkowej. od pępka do spojenia łonowego otworzono jamę brzuszną. W ranę operacyjną wstawia się *colon ascendens* i pętle jelit cienkich, które pokrywają guz. Prawa część guza leży pod *colon ascendens* od *caecum* aż poza *flexura hepatica*. Lewą część guza pokrywają pętle jelit cienkich. Guz w całości leży pozaotrzewnowo zupełnie oddzielony od jamy brzusznej. Macica normalnej wielkości, na jej przedniej i tylnej ścianie dwa mięśniaki podsurowicze wielkości małego orzecha laskowego. Jajniki i jajowody zupełnie prawidłowe, nie wykazują żadnej łączności z guzem. Wyrostek robaczkowy zgrubiał, zagięty — w zrostach. Reszta narządów leżących wewnątrzotrzewnowo prawidłowa.

Po przecięciu otrzewnej zewnętrznej brzegu listka *mesocolon ascendens* od *caecum*, prawie aż do *flexura hepatica*, zesunąłem łatwo *caecum* i *colon ascendens* na lewą stronę i wtedy wyłoniła się gładka ściana guza — torbieli. Obnażoną w ten sposób ścianę torbieli nakłułem trójgrańcem i wypuściłem dwa i pół litra bezbarwnego, przezroczystego, lekko zagęszczonego i szczególnie śliskiego płynu. Częściowo opróżnioną torbiel dało się już zupełnie łatwo wyfuszczyć. Napotkano na jedno tylko większe naczynie. Górny brzeg torbieli leżał na wysokości górnego bieguna prawej nerki. Nerka prawa leżała na zwykłym swym miejscu, była zupełnie prawidłowa i nie pozostawała w żadnej łączności z guzem, była jedynie całkowicie przez guz przykryta. Cały guz leżał po prawej stronie kręgosłupa i nie miał żadnej szypuły. Powstała po usunięciu guzie jama nie krwawiła. Odprowadzono na swe zwykłe miejsce *caecum* i *colon ascendens* przyszywając je w kilku punktach tak, aby nie pozostawiać wolnej przestrzeni, gdzie by ewentualnie mogła zbierać się krew. Następnie zeszyto otrzewną zewnętrzną brzegu listka *mesocolon*. Po usunięciu wyrostka robaczkowego i mięśniaków, zamknięto jamę brzuszną na głucho szwem warstwowym. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana zagojona przez rychłozrost. Pacjentka opuściła szpital jako wyleczona.

Wyjęty guz niczym mikroskopowo nie różni się od tak często spotykanych jednokomorowych, zwykłych torbieli jajnika. Badanie histopatologiczne ściany guza wykazuje utkanie ściany torbieli złożonej z tkanki włóknistej; wyściółkę wewnętrzną stanowi nabłonek jednowarstwowy walcowaty wysoki. W kilku miejscach, widoczne na powierzchni wewnętrznej, drobne wyrośla brodawkowate pokryte nabłonkiem, w ścianie dość liczne ogniska zwapniałe. Rozpoznanie: *cystadenoma*. Obraz powyższy przemawia za jajnikowym pochodzeniem torbieli, jednakże tkanki jajnikowej nie stwierdza się w badanym materiale.

Przypadek II.

W grudniu 1945 r. zgłosiła się na oddział chorób kobiecych chora lat 32 Nr. H. ch. 5707 z wywiadami następującymi: zamężna, nigdy nie chorowała. Pierwsza miesiączka w 13 r. życia. Od tej pory miesiączki regularne, co miesiąc, trwające do tygodnia, obfite, bolesne. Ostatnia miesiączka przed 10 dniami. Rodziła 3 razy, ostatni poród przed 4 laty. Porody samoistne, okresy połogowe bezgorączkowe. Nie ronila. Chora skarży się na bóle w okolicy krzyża. Bóle te trwają od kilku miesięcy, od tego czasu zauważyła powiększanie się brzucha. Guz w brzuchu zaczęła wyczuwać przed 2 tygodniami.

Stan obecny: chora typu piknicznego, budowy prawidłowej. Typ owłosienia kobiecy, cechy II-rzędne prawidłowe, odżywienie dobre. Skóra i błony śluzowe słabo ukrwione. Klatka piersiowa dobrze rozwinięta, narządy klatki piersiowej bez zmian. Brzuch mocno wysklepiony, szczególnie prawa jego strona. Jamę brzucha wypełnia guz o powierzchni gładkiej, wypuk na nim stłumiony. Wolnego płynu nie stwierdza się w jamie brzusznej.

Badanie zestawione: srom i pochwa jak u wieloródki. Część pochwo-wa macicy walcowata, ujście zewnętrzne przepuszcza opuszkę palca. Macica normalnej wielkości, w przodozgięciu i przodopochyleniu ruchoma. Przymacicza wolne, przydatki lewe wolne, macalne. Przydatki prawe nie dają się wybadać. Guz nie sięga do miednicy małej i od strony pochwy dochodzi się ledwie do jego dolnego bieguna.

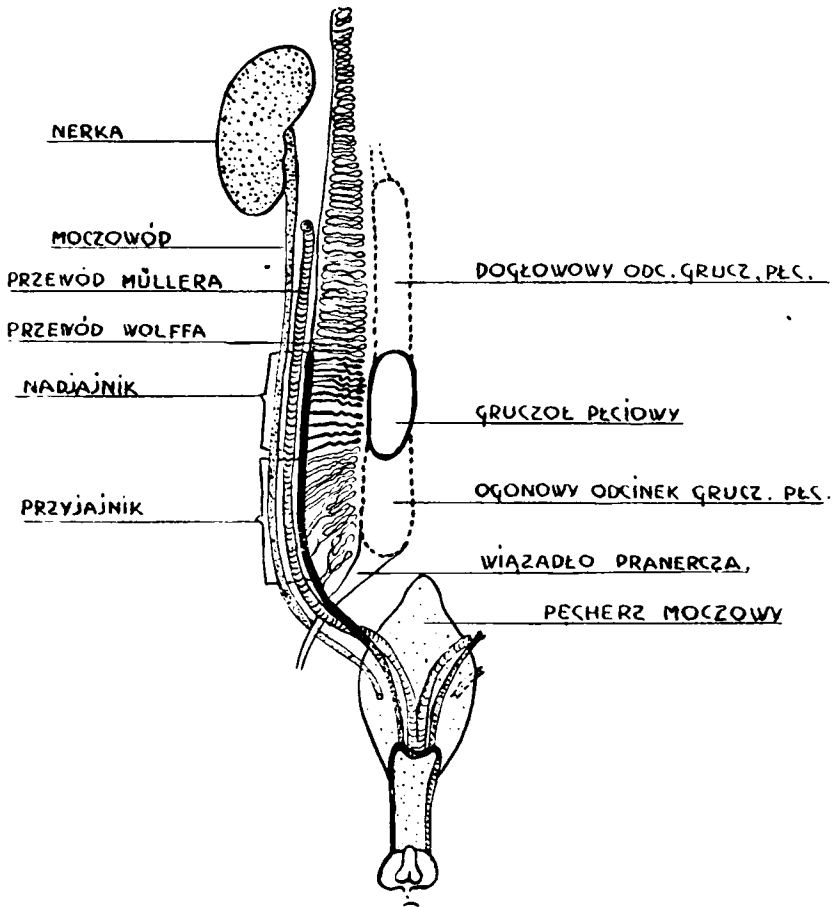
Badania pomocnicze: ciepłota 36,6, tętno 76 na min., ciśnienie 120/70. Mocz prawidłowy .O. B. 5 mm po 1 godz. i 12 mm po 2 godz.

Rozpoznanie: torbiel jajnika prawego.

Po zwykłym przygotowaniu chorej, przystąpiłem do zabiegu operacyjnego.

W znieczuleniu lędźwiowym (percaina) otworzono jamę brzuszną w linii środkowej między pępkiem i spojeniem łonowym. Po otwarciu

jamy brzucha w ranę operacyjną wstawia się *caecum* i część *colon ascendens* oraz pętle jelit cienkich, które przykrywają guz leżący całkowicie pozaotrzewnowo i dźwigający na sobie zawartość jamy brzusznej. Macica normalnej wielkości, wolna, trąbki i jajniki po obu stronach prawidłowe, leżą nieco ku tyłowi za macicą. Reszta narządów jamy brzusznej leżących wewnątrzotrzewnowo prawidłowa.



Schematycznie ujęty rozwój praneferzy. Według Max-Clara.

Diagram. Development of the pronephros. By Max-Clar.

Postępowanie operacyjne zupełnie identyczne jak w poprzednim wyżej opisanym przypadku, a więc odpreparowanie i odsunięcie ku środkowi *colon ascendens* wraz z *caecum* i odsłonięcie przez to ściany guza. Nakłuto torbiel i wypuszczono około dwa i pół do trzech litrów płynu gęstego, barwy mlecznej kawy. Kontrola prawej nerki (guz nie

przechodzi z prawej strony poza linię środkową ciała) wykazała nerkę zupełnie prawidłową, pozostającą na swym zwykłym miejscu. Guz nie pozostawał w żadnej łączności ani z nerką, ani z narządami rodnymi, leżącymi w miednicy małej. Tak samo jak w poprzednim przypadku, torbiel ta dała się zupełnie łatwo wyłuszczyć i nie miała żadnej szypuły. Dalsze postępowanie jak w poprzednim przypadku.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjentka wypisała się z kliniki zdrowa.

Kontrola nerek promieniami X na drodze badania kontrastowego (pyelografia dożylna) w obu opisanych przypadkach po usunięciu guzów, wykazała zupełnie prawidłowy stan tych narządów.

W drugim przypadku wyjęty guz makroskopowo przedstawiał się jako torbiel jednokomorowa.

Badanie histopatologiczne ściany tego guza: *cystadenoma*. Przekroje gruczołów dają obraz częściowo dużych światła wysłanych nabłonkiem cylindrycznym z zawartością rozpadu komórkowego, częściowo, nabłonek wyścielający gruczoły tworzy liczne brodawki przenikające do światła gruczołów. Komórki wyścielające brodawki wykazują daleko posunięte zmiany wodniczkowe. Układ kosmków i charakter nabłonka przypomina budowę jajowodu. Cech o charakterze utkania nowotworu złośliwego nie stwierdza się.

Oba operowane przeze mnie guzy były tworamami torbielowatymi jednokomorowymi o dość grubej ścianie około 1,5 do 2 mm i otoczone były w całości luźną tkanką łączną. Znamioną cechą dla obu przypadków było szybkie rozrastanie się guza. Powstawanie guzów chore obserwowały w ciągu miesięcy a nawet tygodni. Szybkość rozrostu jest, jak wiemy, typowa dla nowotworów złośliwych, a szczególnie charakterystyczna dla okresu embrionalnego i życia płodowego.

W obu moich przypadkach zabieg operacyjny nie przedstawiał żadnych trudności technicznych i gdyby rozpoznanie przed zabiegiem operacyjnym było trafne, można by z całkowitym powodzeniem operować te guzy sposobem podanym przez Grégoire, Bazy lub Bergmana—Israella.

Ponieważ w polskim piśmiennictwie nie znalazłem obszerniejszej pracy na temat guzów pozaozronowych, a obce piśmiennictwo nie daje, moim zdaniem, dość praktycznego podziału tego rodzaju tworów, dlatego pozwałam sobie na podanie własnego podziału guzów rosnących pozaozronowo, który nazwałbym podziałem anatomicznym.

Guzy rosnące pozaotrzewnowo

Grupa I.

Guzy wychodzące z krezki i narządów posiadających krezkę.

Grupa II.

Guzy wychodzące z sieci.

Grupa III.

Guzy wychodzące z samej otrzewnej.

Grupa IV.

Guzy wychodzące z narządów, naczyń i splotów nerwowych, położonych pozaotrzewnowo oraz masy tkanki łącznej, znajdującej się w przestrzeni pozaotrzewnowej.

Grupa V.

Guzy wychodzące z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

Specjalny rodzaj guzów, rosnących pozaotrzewnowo, stanowią chyba guzy wychodzące z resztek pranercza i przewodów Wolffa. Ten typ guzów, najmniej może spotykany w przypadkach guzów pozaotrzewnowych, jest niewątpliwie ogromnie ciekawy pod względem patologicznym i szczególnie interesujący, jeżeli chodzi o pochodzenie tej grupy guzów pozaotrzewnowych. Dlatego uważam za stosowne stworzyć oddzielną grupę dla tego rodzaju tworów.

Guzy rosnące pozaotrzewnowo mają przeważnie budowę mieszaną i utkanie takich guzów pochodzi zwykle z dwóch lub trzech listków zarodkowych, rzadziej z jednego listka zarodkowego.

Pierwsze cztery grupy guzów rosnących pozaotrzewnowo, to przeważnie twory zbite i powstające na skutek procesów:

- a) zapalnych (wpływy: mechaniczny, termiczny, chemiczny, hormonalny i elektryczny);
- b) bujania nowotworowego (nowotwory złośliwe i dobrotliwe);
- c) zaburzeń rozwojowych;
- d) rozwijania się pasożytów (bąblowiec).

Ostatnia grupa guzów, to typowe guzy pochodzenia mezodermalnego, rozwijające się z przemieszczonych komórek narządu Wolffa. Stanowią one zaledwie kilka procent wszystkich przypadków guzów pozaotrzewnowych. Twory z tej grupy są z reguły torbielowate, rzadko o cechach nowotworów złośliwych, a powstają pod wpływem hormonalnym (zaburzenia równowagi wydzielania wewnętrznego).

Wobec tego, że badanie mikroskopowe operowanych przeze mnie guzów w pierwszym przypadku przemawia za jajnikowym pochodzeniem torbieli, a w drugim przypadku: układ kosmków i charakter nabłonka przypomina budowę jajowodu, a przecież w obu przypadkach znalazłem najzupełniej prawidłowe oba jajniki i oba jajowody, leżące na swym zwykłym miejscu, i nie mające, jak podkreśliłem, żadnej łączności z usuniętymi guzami, to należałoby przypuszczać, że tajemnicy pochodzenia tych guzów musimy szukać we wczesnym okresie rozwojowym życia płodowego.

W powstawaniu guzów należących do V-tej grupy szczególnie interesującym będzie okres różnicowania się pierwszych zawiązków narządów płciowych i dlatego uważam za stosowne chociaż pokrótce wspomnieć o historii rozwoju tych narządów.

Rozwój narządów płciowych łączy się zupełnie ściśle z rozwojem narządu moczowego, dlatego też nie można sobie wprost wyobrazić, aby udało się nakreślić historię rozwoju tych narządów oddzielnie.

Narządy moczowopłciowe powstają ze środkowej blaszki zarodkowej, tzw. mezodermy i to z jej odcinka, który nazwano nefrotomem. Jest to ten odcinek blaszki zarodkowej środkowej, który leży na zewnątrz od prakręgu pomiędzy prakręgiem, a boczną płytka mezodermalną.

Z nefrotomu rozwija się najpierw przednercze (*pronephros*), po tym pranercze (narząd Wolffa), a następnie nerka.

Przednercze rozwija się bardzo wczesnie w części ściennej nefrotomu.

Pierwsze zawiązki przednercza znalazł Felix u embriona ludzkiego długości 1,73 mm. Składają się one z 9—10 par prasegmentów.

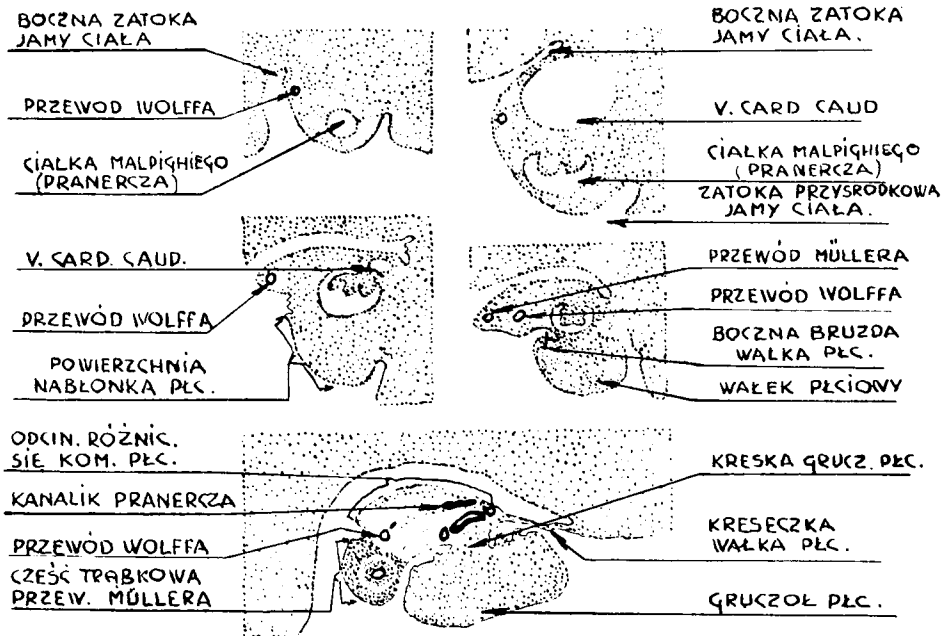
Równocześnie z przednerczem powstaje pierwotny moczowód. Przednercze rozwija się bardzo szczałkowo, jest narządem przejściowym i zanika. Pierwotny moczowód zaś pozostaje.

Drugim etapem rozwoju jest pranercze, czyli narząd Wolffa (*mesonephros*).

W tym okresie rozwoju pierwotny moczowód występuje jako przewód Wolffa. Pranercze, czyli narząd Wolffa (*mesonephros*), składa się z kłębków Malpighiego i kanalików, które uchodzą do pierwotnego moczowodu.

W pewnym momencie rozwoju część rozwijającego się narządu Wolffa w przestrzeni pozaotrzewnowej zaczyna wypuklać się ku jamie ciała i powstaje wtedy po obu stronach kręgosłupa symetryczny fałd, biegnący od góry ku dołowi. Na szczycie tego fałdu tworzy się gruczoł

ściowy i przewód Müllera. Fałd ten biegnie od czwartego odcinka szyjnego do czwartego odcinka lędźwiowego, zanika jednak w górnym swym biegunie, a rozwija się jedynie w swym odcinku lędźwiowym. Jest to fałd moczowopłciowy (*plica urogenitalis*).



Przekrój przez fałd moczowopłciowy w różnych okresach rozwoju. Zarodek 4,9 mm. Według Max - Clara.

Diagram. *Plica urogenitalis*. Embryo 4.9 mm. Various stage of the growth. By Max - Clar.

U płodów długości 5 mm nabłonek wyścielający jamę ciała ponad tałdami moczowopłciowymi zaczyna rozwijać się i grubieć na pewnej przestrzeni, po czym wnika w głąb tkanki mezenchymatycznej (w tym stadium rozwoju możliwe jest przedostawanie się tkanki, tworzącego się gruczołu płciowego w przestrzeń pozaotrzewnową — załączki przyszłych guzów pozaotrzewnowych). To zgrubienie i spiętrzenie się nabłonek odbywa się na znacznej przestrzeni od góry ku dołowi, ale ogranicza się tylko do tej powierzchni wałka moczowopłciowego, która zwrócona jest do wewnątrz, to jest ku linii środkowej ciała. Ponieważ wkrótce ta część, na której wytwarza się gruczoł płciowy, odgranicza się od reszty wałka moczowopłciowego rowkiem biegnącym przez całą długość, przeto z tą chwilą przestaje właściwie istnieć wspólny wałek moczowopłciowy, a tworzą się z niego dwa:

- I. fałd pranerczowy (*plica mesonephritica*) mieszczący w sobie ciało i przewód Wolffa, a później i przewód Müllera, oraz
- II. fałd płciowy (*plica genitalis*) — zaczątek gruczołu płciowego.

Oba te fałdy położone są równolegle do siebie i połączone ze sobą i oba odgraniczają się od tylnej ściany jamy ciała, na której początkowo szeroko leżały. Przez to odcięcie się powstaje krezka, za pośrednictwem której oba te fałdy łączą się z tylną ścianą ciała.

Dzięki istnieniu krezki uzyskuje twór ten pewną ruchomość, a że na zewnątrz od niego nadmiernie rozwija się nadnercze, przeto górny jego koniec zostaje odepchnięty na zewnątrz i wałek moczowopłciowy przybiera kierunek skośny w stosunku do kręgosłupa.

Przewód Müllera powstaje u płodów mających około 10 mm długości w bezpośrednim sąsiedztwie przewodu Wolffa. Przewód Müllera rozwija się z nabłonka jamy ciała w górnym odcinku otrzewnej i bocznej strony pranercza. W tym miejscu nabłonek jamy ciała rozrasta się, a komórki jego stają się na ograniczonej przestrzeni komórkami wałeczkowatymi. Równocześnie brzegi przestrzeni, na której nabłonek się rozrósł, podnoszą się, wyrastają w górę, a wreszcie zrastają się ze sobą. W ten sposób powstaje twór nabłonkowy kształtu lejka otwartego ku górze, a zamkniętego w dole litym czopem komórkowym. Ten dolny czop wyrasta w dalszym ciągu w długi lity słup komórkowy, który zbliża się do przewodu Wolffa i wzdłuż niego wyrasta ku dołowi aż do steku (*cloaca*) przekształcając się zwolna od góry ku dołowi na kanał ograniczony promienisto ułożonym nabłonkiem wałeczkowatym. Tak powstały kanał nazywamy przewodem Müllera.

Górny odcinek przewodu Müllera leży z boku przewodu Wolffa. Odcinek środkowy krzyżuje się z tym przewodem, odcinek zaś dolny leży po przyśrodkowej stronie przewodu Wolffa. W tym dolnym odcinku leżą oba przewody Müllera w środku tuż obok siebie, z boku zaś od nich leżą oba przewody Wolffa. I toteż wszystkie cztery przewody zostają wspólnie objęte przez otrzewną, stanowiąc razem tzw. pasmo płciowe (*tractus genitalis*). Tak więc fałd płciowy (*plica genitalis*) i pasmo płciowe (*tractus genitalis*) są pierwotnymi wspólnymi zawiązkami narządów płciowych wewnętrznych, jednakowymi u obu płci.

W dalszym ciągu ulegają gruczoły płciowe i przewody (Müllera i Wolffa) zmianom, które dopiero doprowadzają do różnic płciowych i do tego stanu, jaki znajdujemy po ukończeniu rozwoju.

Najniższa część przewodów Müllera da początek dolnej części macicy i pochwie. Środkowa część przewodu Müllera wytworzy u kobiet

trzon macicy, z górnych zaś odcinków przewodów Müllera powstana jajowody.

Ta część rozwoju występuje u płodów mających około 25 mm długości, a więc 6—7 tygodni rozwoju.

Z drugiego pierwotnego przewodu płciowego, tzn. z przewodów Wolffa oraz pranercza czyli ciała Wolffa utrzymują się w ustroju kobiecym po ukończeniu rozwoju, tylko twory szczątkowe. Są to: nadjajnik (*epoophoron*) powstały z górnej części pranercza i łączący się z nim kanalików pranercza i przyjajnik (*paraoophoron*), który składa się z kilku lub kilkunastu kanalików pranercza, leżących w kącie między jajowodem i macicą, a wreszcie rzadko tylko utrzymujący się kanał leżący wzdłuż bocznej ściany macicy lub górnej części pochwy, zwany kanałem Gartnera, który jest pozostałością dolnego odcinka przewodu Wolffa.

Powierzchnowy nabłonek wielowarstwowy pierwotnego gruczołu płciowego oddziela się najpierw delikatną poprzerywaną warstewką tkanki łącznej od podścieliska, przez tę warstwę wrasta on jednak w dalszym ciągu rozwoju pasmami w głąb tkanki łącznej guczołu. W ten sposób w budowie jajnika w tym okresie (zarodek 12 mm długości) rozróżnić można na powierzchni, wielowarstwowy nabłonek, zawierający komórki płciowe, który tworzy pierwotną korę. Pod korą napotykamy cienką warstwę tkanki łącznej tj. pierwotną osłonkę włóknistą, dalej warstwę grubych, niezbyt ściśle ograniczonych pasm komórkowych (pasm płciowych), które tak samo jak nabłonek powierzchniowy zawierają liczne pierwotne komórki płciowe. Końce tych pasm łączą się wreszcie z pasmami pierwotnej sieci gruczołu płciowego. Pomiędzy komórki pasm płciowych wrasta następnie tkanka łączna, oddziela ona i otacza po jednej lub kilka komórek płciowych pierwotnych i tworzy z nich pierwotne pęcherzyki jajkowe.

Również i w warstwie korowej zostają grupy komórek płciowych objęte przez tkankę łączną i tworzą tzw. grudki lub pasma jajnikowe.

Wrastanie tkanki łącznej z głębszych warstw gruczołu sprawia, że pasma dzielą się w głąbi na oddzielne pęcherzyki pierwotne. Przez utworzenie się bardzo licznych pęcherzyków pierwotnych w obwodowej warstwie jajnika, powstaje ostatecznie kora jajnika, zawierająca pęcherzyki, oraz istota rdzeniowa jajnika.

Trudno byłoby wytłumaczyć istotę powstawania guzów należących do V grupy, guzów rosnących pozaotrzewnowo, gdybyśmy nie mieli sięgnąć do okresu pranercza i tworzenia się pierwszych zawiązków narządów płciowych.

Oba operowane przeze mnie guzy zaliczam do grupy V, tzn. guzów wychodzących z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

Dodatkowe jajniki czy jajowody należą do bardzo rzadkich wyjątków. Więcej opisano guzów leżących pozaotrzewnowo aniżeli dodatkowych jajników czy dodatkowych jajowodów.

Trudno byłoby przyjąć, że w przestrzeni pozaotrzewnowej istniał dodatkowy jajowód, z którego następnie powstała torbiel. Można by natomiast przyjąć, że torbiel pochodzenia jajnikowego leżąca pozaotrzewnowo powstała z nadliczbowego jajnika leżącego pozaotrzewnowo, co może przemawiać za tym, że oddzielenie tego organu nastąpiło już bardzo wcześniej — w okresie różnicowania się nabłonka płciowego. (K. M a n g e und K j. von O e t t i n g e n).

F u n k e zapewnia, że torbiele skórzaste leżące pozaotrzewnowo pochodzą z nabłonka płciowego odpryśniętego. Ten pogląd znajduje potwierdzenie w fakcie, że opisywane blastomy leżą w smudze tylnej, która odpowiadałaby drodze tzw. zstępowania jajników. Również opisywane torbiele jajnikowe leżące pozaotrzewnowo, wyprowadza S e i t z z zadatków rozwojowych nabłonka płciowego.

Jeżeli chodzi o powstawanie guzów z utkania zarodkowego innych narządów, to najbardziej rozpowszechnioną hipotezą odnoszącą się do powstawania takich guzów, jest hipoteza B i r c h—H i r s c h f e l d a, przyjmująca, że powstają one z odsznurowanych części ciał Wolffa (pranercza).

Ciekawy typ guzów w związku z teorią B i r c h—H i r s c h f e l d a opisuje S c h i l l e r, a mianowicie: nowy guz torbielowaty jajników — pranerczak jajnika (*mesonephroma ovarii*).

S c h i l l e r podaje, że wśród guzów jajników spostrzega się pokryte nie sześciennym lub wałeczkowatym nabłonkiem, ale płaskim, przypominającym śródbłonek i złożonym z komórek jądrzastych, sterczących do światła, na kształt poduszcзки. Według autora opisane guzy pochodzą z tkanki nerkowej, co potwierdza fakt znajdowania w nich tworów, przypominających kłębuszki.

Podczas rozwoju zarodkowego, pranercze graniczy z gruczołami płciowymi. Pranercze zostaje oddzielone od gruczołów płciowych bruzdą dopiero powtórnie. W tym okresie mogą powstawać w jajnikach resztki pranercza, z którego rozwijają się później guzy, o utkaniu przypominającym nerkę.

Znamienne jest, że guzy te zawierają twory kłębuszkowe, lecz nigdy utkania kanalików nerkowych. Dla wytłumaczenia tego zjawiska autor wypowiada przypuszczenie, iż rozwój kanalików w pranerczu następuje

pod wpływem bodźca, wychodzącego z przewodu pranercza; brak w guzie tego bodźca jest przyczyną braku w nim utkania kanalików. Czasem pranerczak powstaje z resztek pranercza nieprzenieszczonych, lecz pozostałych w miejscu prawidłowym, a więc międzywieszadłowo. Niekiedy znów występuje obok tego guza skórzak.

Z 10-ciu przypadków pranerczaków, spostrzeganych w II Klinice Chorób Kobięcych w Wiedniu, 7 było złośliwych. Jeden przypadek był spostrzegany w 8 lat po operacji, co przemawia za tym, że również są nadnerczaki łagodne. Guzy takie zdarzają się w każdym wieku. (S c h i l l e r).

Hinman, Gibson i Kurtman są zdania, że prawie wszystkie torbiele pozaotrzewnowe pochodzą z embrionalnych elementów nerki, tak samo utrzymują Maury, Jacquot i Farrise. Maury podaje przypadek guza pozaotrzewnowego, w którym stwierdzono kłębki i kanaliki nerkowe i przylegający do tego guza twór rurkowaty podobny do moczowodu.

W przypadku Jacquota i Farrise'a rozpoznano również w budowie guza elementy nerkowe, a guz usadowiony był między blaszkami mesocolon descendens. Ten typ guza opsyany był po raz pierwszy przez Rotha w 1881 r.

Hinman i inni są zdania, że wielka różnorodność torbieli i guzów litych leżących pozaotrzewnowo i będących w swej budowie w związku z nadnerczem, nerką, ligamentum latum, powrózkiem nasiennym, jądrem i nadjadrzem, ma swój początek w resztkach ciała Wolffa.

Stewart podaje przypadek gruczolaka jajnika i uważa, że torbiel jego pochodzi z odsznurowanych pierwotnych komórek płciowych, które według Eckersona i Lahey'a dają początek potworniakom i skórzakom.

Jeżeli jeszcze uwzględnimy takie guzy jajnika, które nadmiernie produkują hormony nie tylko żeńskie, ale i męskie jednocześnie, albo w których spotykamy utkanie podobne do utkania kanalików nasiennych lub gruczolu tarczycowego, jak np. *arrhenoblastoma*, *lutheoma*, *gynandroblastoma*, *disgerminoma* czy *struma ovarii*, to widzimy, jak różne mogą powstawać zaburzenia w okresie różnicowania się pierwotnych komórek płciowych oraz jak zaburzenia takie wpływają później na powstawanie różnego rodzaju guzów i w jak rozmaitych miejscach guzy takie mogą wyrastać.

Wszystkie twory leżące całkowicie pozaotrzewnowo, a przypominające budową swą jajnik czy jajowód, uważałbym za pochodzące z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

Na podstawie założenia opartego na trzech niżej podanych punktach, logicznym wydaje się, że oba operowane przeze mnie guzy pochodzić mogą tylko z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

- I. Oba operowane przeze mnie guzy nie wychodziły z żadnego narządu leżącego pozaotrzewnowo, nie miały żadnej szypuły i leżały całkowicie pozaotrzewnowo otoczone w całości luźną tkanką łączną.
- II. Badanie histopatologiczne w obu moich przypadkach nie stwierdza budowy jajnika, czy jajowodu, a jedynie wspomina o podobieństwie takim w ich budowie.
- III. Narządy płciowe powstają z pranercza (patrz wyżej).

W okresie pranercza i tworzenia się pierwszych zawiązków gruczołu płciowego, wtedy, kiedy gruczoł płciowy nie ma jeszcze ani cech jądra, ani cech jajnika, w tym okresie rozwoju należy dopatrywać się możliwości powstawania guzów przypominających budową jajnik czy jajowód, a leżący pozaotrzewnowo. W tym okresie rozwoju i tworzenia się narządów płciowych, kiedy odbywa się ten bezustanny ruch różnicujących się komórek, to ciągle ich rozpychanie się i wędrówka, istnieje możliwość odsznurowania się i przemieszczenie pojedynczych komórek lub nawet całej grupy pierwotnych komórek płciowych w miejsca odległe — do przestrzeni pozaotrzewnowej.

Tylko w ten sposób można by wytłumaczyć istotę powstawania guzów rosnących pozaotrzewnowo i mających budowę przypominającą jajniki lub jajowody.

Guzy takie mogą powstawać tylko z resztek pranercza i przewodów Wolffa.

Guzy należące do V grupy guzów rosnących pozaotrzewnowo, właściwie powstają już w okresie pranercza i tworzenia się pierwszych zawiązków narządów płciowych. Przemieszczone w nieprawidłowe miejsca grupy pierwotnych komórek płciowych tworzą załączki przyszłych guzów pozaotrzewnowych, w których drzemie ukryta siła do rozrostu. Potencjalną energię drzemiącą w załączkach tych guzów, wyzwała moment zaburzenia równowagi wydzielania wewnętrznego.

PIŚMIENICTWO

1. Alarcon F. O. — Zentralblatt für Chirurgie Nr 23, s. 1480, 1931.
 2. Andersen — Zentralblatt für Chirurgie Nr 1, s. 334, 1941.
 3. Clar Max — Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1938.
 4. Cavalli G. — Zentralblatt für Chirurgie Nr 1, s. 333, 1941. (Sez. Chir. H. 7, 1940).
 5. Graff Ulrich — Archiv. für Klinische Chirurgie. B. 204, s. 134, 1943.
 6. Halban Seitz — Biologie und Pathologie des Weibes. B. 3, 1924.
 7. Hoffman Jacob — Female Endocrinology, 1947.
 8. Kirschner O. — Nordman Die Chirurgie. B. 7, s. 450, 1927.
 9. Kristensen Björn — Zentralblatt für Chirurgie Nr 46, s. 2923, 1931.
 10. Lubarsch, F. Henke, R. Roessle — Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie. B. 7, 1937.
 11. Nowicki W. — Anatomia Patologiczna. T. 1, s. 662, 1935.
 12. Nowak Emil and Laman A. Gray — Berichte über die Gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe. B. 31, H. 11, 1936.
 13. Neiman, Benjamin H. — Berichte über die Gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe. B. 31, H. 11, 1936.
 14. Nichols Minor H. M. D. — Annals of Surgery. A. Monthly Review of Surgical Science and Practice, 1947.
 15. Reuter — Zentralblatt für Chirurgie Nr 12, s. 757, 1931.
 16. Stoeckel W. — Handbuch der Gynäkologie, 1934.
 17. Smith and E. L. Armstrong — Berichte über die Gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe. B. 30, s. 560, 1936.
 18. Schiller W. — Medizinische Klinik Nr 1, 1936.
 19. Schmid H. H. — Archiv für Gynäkologie Nr 118, 1923.
 20. Stromme, W. B. M. D. and H. J. Stander, M. D. — American Journal of Obstetrics and Gynecology Nr 3, 1946.
-

Р Е З Ю М Е

Мезенхимальная ткань внебрюшной области во взрослом организме сохраняет свойства молодой ткани, обладающей способностью дальнейшей дифференциации. Вот почему в случаях внебрюшных опухолей необходимо иметь в виду сложные эмбриональные соотношения в этой области и возможность возникновения в ней опухолей, источником которых является огромная эмбриональная сила недифференцированной мезенхимы.

По мнению автора существующие до сих пор классификации внебрюшных опухолей слишком сложны и непрактичны, и он предлагает собственную, анатомическую, классификацию. Изложив гистологическое строение внебрюшных опухолей, их дифференциальную диагностику и принимаемые при них оперативные приемы, автор описывает два оперированных им случая внебрюшных опухолей. Эти опухоли исходили из остатков первичной почки и Вольфовых протоков, о чем свидетельствуют гистологические исследования и приведенные автором доказательства. По мнению автора зачатки будущих внебрюшных опухолей, исходящих из остатков первичной почки и Вольфовых протоков, возникают из отщепленных и переместившихся первичных половых клеток в раннем периоде их дифференциации. Потенциальную энергию дремлющую в зачатках этих опухолей освобождает момент расстройтва равновесия внутренней секреции.

S U M M A R Y

The mesenchymal retroperitoneal tissues of the adult organism retain certain properties of embryonic tissue, such as the ability to undergo further differentiation. In the case of retroperitoneal tumors these complex developmental possibilities must be borne in mind, since tumors may arise in this location whose source is to be sought in the high embryonic potential of the mesenchyme towards differentiation.

The author is of the opinion that the relation of these tumors to the peritoneum often depends on their origin. Existing classifications of retroperitoneal tumors are too complicated, and impractical. The author propounds his own classification, which he calls anatomical. After discussing the histological structure, differential diagnosis, and various operative procedures, two cases of retroperitoneal tumor operated by the author are described. Both had their origin in remnants of the pronephros and Wolffian ducts, in support of which the author cites the histological picture and other arguments. The author is of the opinion that the source of retroperitoneal tumors may be found in primitive sexual cells in the earliest stages of differentiation derived from the pronephros and Wolffian ducts. The potential energy dormant in the sources of these tumors is liberated by disturbances of the endocrine balance.

