

Dr. Czesław Stankiewicz
(ŁÓDŹ).

BIBLIOTEKA
ODDZIAŁ GIGIENICZNEGO
PAŃSTWOWEGO SZPITALA
W KRAKOWIE

S. GROSLIK

4757

PRZYCZYNEK

do kazuistyki ciąży jajowodowej:

Zatrzymanie płodu prawie donoszonego
w ciągu lat ośmnastu.

(Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego”).

1899.

WQ 5786p 1899/s

z-138934

Akc. z l. 2023 nr 560

„Czasopismo Lekarskie” Tom 1. № 10.

Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu. podał Dr. Czesław Stankiewicz (Łódź).

We wrześniu r. z. zgłosiła się do mnie Amalia P., żona rzeźnika, skarżąc się na dolegliwości przy oddawaniu moczu. Wywiady wskazały, co następuje: chora liczy obecnie lat 36, jest zamężną od lat dziewiętnastu. W pierwszym roku małżeństwa, wkrótce po ślubie, zaszła w ciążę, której przebieg, jak twierdzi, był zgoła niepowikłany. Pewnej nocy, było to już w dziewiątym miesiącu, mniej więcej na dwa tygodnie przed spodziewanem rozwiązaniem, wystąpiły gwałtowne bóle brzucha o charakterze okresowym. Wezwana natychmiast babka (P. mieszkała podówczas w Nowym Dworze) znalazła rozpoczęcie się aktu porodowego i zapowiedziała na rano przyjsięcie na świat dziecka. Tymczasem, wbrew wszelkim przewidywaniom, bóle po kilku godzinach ustały, zaś poród ani na jotę nie posunął się naprzód. Nazajutrz chora miała się o tyle lepiej, że mogła powstać z łóżka; dziwiło ją tylko, że nie odczuwa ruchów dziecka, dotąd zawsze nader wyraźnych.

W miesiąc potem, gdy zmiana żadna nie zachodziła, chcąc znaleźć wreszcie rozwiązanie swego bądź co bądź dziwnego stanu, P. udaje się do Warszawy, gdzie prof. Neugebauer stwierdza istnienie ciąży zamacicznej i zapowiada możliwość utworzenia się z czasem płodu skamieniałego. Inni lekarze (chora przypomina sobie nazwisko Samochwałowa) wypowiadają podobne zdanie. Po powrocie do domu P. czuje się zupełnie dobrze, tylko objętość brzucha, który nie a nie się nie zmniejsza, czyni z niej ofiarę natrętnej ciekawości kumoszek. Po upływie roku w stanie P. zaczyna się pogorszenie. Występują dreszcze, początkowo co kilka, następnie co 1—2 dni, zjawia się gorączka, chora zaczyna tracić siły i rok cały niemocą złożona, wciąż między życiem a śmiercią, spędza w łóżku. Pod koniec tego okresu chora ucuwa zwrot ku lepszemu: brzuch zaczyna się zmniejszać, gorączka

słabnie, dreszcze występują coraz rzadziej, siły powracają na nowo. Po wyzdrowieniu pozostał w podbrzuszu guz wielkości głowy, niebolesny, łatwo wyczuwalny przez powłoki brzuszne.

W rok potem P. urodziła na czasie dziecko płci męskiej. Poród lekki, trwał zaledwie pięć godzin. Płód przedstawiał na stropie czaszki, na granicy kości czołowych i ciemieniowych, znaczne zagłębienie poprzeczne w postaci rowka szerokiego na palec. Dziecko to, obecnie 15 letni chłopiec, dotychczas jeszcze nosi w budowie czaszki wyraźne ślady tego zniekształcenia¹⁾. Po tym pierwszym nastąpiły inne porody, w ogólnej ilości pięciu, wciąż przy istniejącym bez zmiany guzie w podbrzuszu. Dzieci przychodziły na świat żywe, lecz umierały wkrótce. Ostatni poród, przed rokiem, należał do najcięższych. Zabieg kleszczowy, podjęty przez jednego z doświadczonych łódzkich kolegów, był nader trudny. Płód żywy, zmarł w kilka godzin. Połóg bezgorączkowy. Od czasu ostatniego porodu P. cierpi na zatrzymanie moczu: niekiedy doba mija, zanim zdoła mocz oddać, a gdy to nastąpi, nęka ją bóle i rżnięcie. Jednocześnie z tem chora uskarża się na brak łaknienia, ogólne osłabienie, niezdolność do pracy. Miesiączka $\frac{4}{4}$ bez bólów.

Stan obecny: Szatynka, średniego wzrostu, prawidłowej, mocnej budowy, odżywiana dobrze, cokolwiek niedokrwista. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zboczeń. Sutki półkuliste, dobrze rozwinięte. Brzuch na stronie lewej nieco wypukłony przez guz wielkości głowy dorosłego człowieka, zajmujący całe lewe podbrzusze i część śródbrzusza do linii ciała pośrodkowej; górna granica guza na wysokości pępka. Guz ten, o powierzchni gładkiej, jest nieruchomy, w dolnej swej części twardszy, niż u góry, chełboczący wyraźnie, wychodzi z miednicy małej. Na przedniej powierzchni w kierunku ku górze i na lewo, wyczuwa się zewnętrzny odcinek jajowodu, swym końcem dośrodkowym ginący w guzie. Badanie części rodnych wykazuje znaczne opadnięcie przedniej i tylnej ściany pochwy wraz z cystoproctocolpocele. Międzykrocze niskie, bliznowate. Macica uniesiona wysoko ku górze, przesunięta naprzód i na prawo, w przodopochyleniu (*elevatio, antepositio, dextroanteverio*), ruchoma; część pochwowa leży tuż za spojeniem łonowym. Zgłębnik wchodzi na 12 cm. Przydatki oprócz opisanego wyżej lewego jajowodu niewyczuwalne. Dolna część torbieli wypełnia lewe przymaciczne i część jamy Douglas'a, wypuklając do pochwy lewe i tylne sklepienie. Przy silniejszym nacisku wyczuwa się w guzie dużą ilość rozmaitej postaci

¹⁾ Przedstawiony na posiedzeniu Ł. T. Lek. d. 18. I. 1899 r.

i wielkości twardych cząstek, które przy tarcu wzajemnem dają objawy głośnego trzeszczenia.

Mocz wypuszczony cewnikiem przedstawia się jako płyn barwy brudnożółtej, mętny w miernym stopniu, odczynu lekko kwaśnego. Badanie drobnowidzowe wykrywa w osadzie sporą ilość ciałek ropnych wraz z domieszką komórek dróg moczowych.

Rozpoznanie: Tumor cysticus intraligament. (residua graviditatis extrauterinae). Prolapsus vaginae. Cystoproctocolpocele. Cystitis.

Gdy objawy niezytu pęcherza, przy stosownem leczeniu, w krótkim czasie znakomicie się zmniejszyły, zaś zatrzymanie moczu trwało bez zmiany, uznając za istotny tego powód ucisk na pęcherz moczowy ze strony macicy względnie guza, postanowiłem ten ostatni usunąć. Chora, znużona długotrwałem leczeniem, chętnie zgodziła się na zabieg operacyjny, żądając jednoczesnego doprowadzenia pochwy do stanu prawidłowego.

Operacja d. 25. X. 1898 ¹⁾. Odurzenie chloroformowe. Pomagają koledzy: Ksawery Jasiński (ad manum), Krusche, Kaufman. Ułożenie Trendelenburg'a. Otwarcie jamy brzusznej wzdłuż smugi białej, poczynawszy od pępka ku dołowi, na przestrzeni około 15 cm. Na guzie leży koniec brzuszny jajowodu, swą częścią dośrodkową ginący w torbieli. Koniec maciczny jajowodu zaznaczony słabo, uległy zanikowi, również przechodzi w ścianę guza. Przydatki prawostronne prawidłowe; jajnik lewy mały, przylega do ściany torbieli. Guz nieruchomy, położony międzywiązowo. Na tylnej powierzchni, w okolicy przedgórza kości kuprowej, zrosty z dwoma pętlcami jelit cienkich. Próba wyluszczenia torbieli, po przecięciu torebki otrzewnowej, wykonana w dwóch miejscach, pozostała bez skutku. Ściana guza na całej przestrzeni jak ściśle z otrzewną zrosnięta, że ta tylko w strzępach daje się oddzielać. Przy jednej z prób raniono torbiel: z otworu zaczyna wydzielać się płyn mętny, brudno żółtawy, bez zapachu, barwiący na żółto bieliznę i skórę rąk. Część płynu, zresztą nieznaczna, dostała się do jamy otrzewnej, skąd wydobyto ją za pomocą suszek z gazy wyjąłowanej; około pół litra wylano nazewnątrż, poczem otwór można było zamknąć kleszczykami Péan'a. Nie pozostawało nic innego, jak wszyć ścianę guza do rany brzusznej i po opróżnieniu z zawartości czekać następnie samoistnego zasklepienia się jamy. Zamknięto więc ranę brzuszną od góry szwem trzypiętrowym (otrzewna, powięź, skóra),

¹⁾ Wykonana w naszym zakładzie chirurgiczno-ginekologicznym. Księga gł. № 130.

do dolnej zaś części wszyto ścianę torbieli, łącząc szwem katgutowym ciągłym listki otrzewnej, jedwabnym węzełkowym skórę ze ścianą guza. W sposób ten została obnażoną część ściany torbielowej w postaci owalu, długiego na 7 cm, o szerokości największej 5 cm. Po wycięciu większej części tego owalu, wypuszczono z torbieli około 1½ litra płynu (p. wyżej) oraz wydobyto kości płodu, leżące na dnie jamy bezładnie, każda oddzielnie, wraz z pewną ilością masy miękiej brudno-szarej, już to tworzącej mniejsze lub większe kupki samodzielne, już to przylegającej luźnie do kostek. Powierzchnia wewnętrzna worka płodowego zabarwiona na żółto, wogóle gładka, w dolnej swej części wykazuje gdzie niegdzie pojedyncze złoży wapienne.

Po wprowadzeniu do jamy paska gazy jodoformowej nałożono opatrunek brzuszny.

Następnie, po zmianie położenia operowanej na zwykłe ginekologiczne, wykonano wyskrobanie macicy, zeszyte przedniej i tylnej ściany pochwowej — colporrhaphia ant. et post. (katgut), wreszcie powiększenie krocza — perineauxesis (jedwab). Trwanie operacji, bez wliczenia narkozy, godzin dwie minut siedm, w tem: cięcie brzuszne minut 87, zabieg pochwoy minut 30, przygotowania doń minut 10.

Liczba kości znalezionych w worku płodowym dochodzi do 220. Stanowią one cały kościec płodu, rozwiniętego prawidłowo. Części miękie podległy tak gruntownej maceracji, że żadna z kości nie potrzebuje oczyszczenia; po wytarciu ręcznikiem lśnią się wszystkie jakby oszlifowane. Podajemy wymiary niektórych kości:

Kość potylicowa: wp. ¹⁾ 7,4 cm.

wpd. 6,7 cm.

Kość ciemieniowa prawa: wpd. 9,1; wpd.—8,6.

Kość ciemieniowa lewa: wp. 8,8; wpd. 8 cm.

Dł. obojczyka 4,1—4,2 cm.

„ k. ramieniowej 5,9 „

„ „ przętowej . . 5,5 „

„ „ promieniowej 4,8 „

„ „ udowej . . 6,8 „

„ piszczeli . . 5,9 „

„ strzałki . . 5,8 „

Jeśli porównamy nasze dane z wymiarami w ósmym miesiącu, które według Casper — Liman'a ²⁾, wynoszą: dla k. ramieniowej

¹⁾ wp. wymiar poprzeczny; wpd. wymiar podłużny; dł. długość; k. kość.

²⁾ Zweifel, Geburtshülfe, 4 wyd., str. 81.

5,2—5,4 cm., dla k. promieniowej 4—4,3 cm., dla k. przętowej 4,9—5,2 cm., dla k. udowej 5,4 cm., dla piszczeli i strzałki 4,7—5,2 cm., widzimy, iż wydobyty kościec odpowiadał znacznie późniejszemu okresowi ciąży. Aby rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia z płodem donoszonym, wykonałem pomiary czaszki po złożeniu odnośnych kości w jedną całość. Znalazłem co następuje:

Wymiar prosty (D. frontooccipitalis) 10,5 cm.; obwód czaszki na wysokości tego wymiaru 31 cm.

Wymiar poprzeczny większy (D. biparietalis) 9 cm.

Wymiar poprzeczny mniejszy (D. bitemporalis) 7,8 cm.

Dane te są cokolwiek mniejsze, niż u płodu donoszonego.

Masa mięka, drobnoziarnista, barwy brudno-szarej, znaleziona w worku płodowym obok kości, waży 6 łutów. Pod drobnowidzem znajdujemy w niej rozpad, krople i kryształki tłuszczowe, włosy.

Przebieg pooperacyjny, poczynawszy od drugiego dnia, powikłany lekką gorączką (38—38,2), która wieczorem dnia 26. X. dosięgła maximum—38,5. Chora przez kilka nocy cierpiała na bezsenność. Wiatry wraz ze stolcem odeszły czwartego dnia po ławatywie z wody z gliceryną. Na piąty dzień gorączka znikła, odtąd w dalszym przebiegu stan bezgorączkowy. Opatrunek zewnętrzny zmieniano kilkakrotnie z powodu przesiąkania wydzieliną surowiczo—krwawą. 31. X. czyli na siódmy dzień wyjęto szwy z międzykrocza. Rychłozrost bez zarzutu na całej przestrzeni. Tegoż dnia zmieniono pasek gazy, założony do jamy torbieli. Do dnia 1. XI. wypuszczano mocz cewnikiem, od tego czasu chora jest w stanie oddawać sama.

D. 4. XI. usunięto szwy, któremi złączono ścianę torbieli z brzegami rany brzusznej. Z powodu pogorszenia się nieżytu pęcherza, prawdopodobnie pod wpływem cewnikowania, zastosowano codzienne przestrzykiwania roztworem azotanu srebra (1:1500—2000).

Dnia 9 XI. pacjentka wstała z łóżka. Przy opatrunku w 3 dni potem określono głębokość jamy na 25 cm. w kierunku miednicy małej. Pojemność jej zmniejszyła się o tyle, iż przepuszcza zaledwie palec wskazujący ręki. Międzykrocze, pochwa zagojone zupełnie. Objawy nieżytu pęcherza ustąpiły, oddawanie moczu prawidłowe.

Dnia 12 listopada wypisana z zakładu. W grudniu miesiączka pierwszy raz po operacji, ku wielkiemu zdziwieniu pacjentki w ciągu 4 dni przez przetokę, następnie dwa dni trochę obfitsza zwykłą drogą. Głębokość przetoki 16—17 cm.; zgłębnik natrafia na twarde cząstki usadowione na ścianie, jak się okazało po wyskrobaniu, dwie kosteczki i kilka złogów wapiennych.

D. 7. II. 99. Miesiączka dwa razy bez bólów, 4 dni przez otwór w powłokach brzusznych, 3 dni dołem. Głębokość przetoki $9\frac{1}{2}$ cm. Znowu usunięto kilka złogów wapiennych.

W dalszym przebiegu trzeba było parokrotnie rozszerzyć ujście zewnętrzne przetoki z powodu nadzwyczaj szybkiego zablizniania się. Obecnie (1. VIII. 99) przetoka przepuszcza zaledwie cienki zgłębnik na 5 cm. głęboko. Wokoło otworu tworzy się przepuklina brzuszna, która przy wysiłkach fizycznych cokolwiek dokucza. Po za tem pacjentka czuje się zupełnie zdrową i zdolną do pracy. Miesiączkuje co 4 tygodnie, zawsze bez bólów, 4 dni przez przetokę nieobficie, potem dwa dni znacznie więcej przez pochwę.

Badanie dwuręczne wykazuje w sklepieniach obecność starych blizn, macię w prawopolożeniu i przodopochyleniu, z szyjką przepuszczającą koniec palca wskazującego. Na miejscu torbieli wyczuwa się sznurek grubości palca małego ręki, idący od otworu przetoki w głąb miednicy małej. Pochwa i międzykrocze bez zarzutu.

Przypadki ciąży zamacicznej z płodem donoszonym nie należą do wyjątkowych. W piśmiennictwie naszym istnieje siedm odnośnych spostrzeżeń, że wyliczę opisy Matlakowskiego ¹⁾, Jordana ²⁾, Neugebaura ³⁾, Troczewskiego ⁴⁾.

Gdy ciąża dobiega kresu, a pomoc chirurgiczna nie zostanie podana, zjawiają się skurcze maciczne bardzo dotkliwe, naśladujące bóle porodowe; ich wynikiem bywa wydzielenie się doczesnej prawdziwej. Życie płodu ustaje. Fakt ten starano się objaśnić pęknięciem worka płodowego z następczem odejściem pewnej ilości wód. Atoli spostrzeżenia Zweifla zadają kłam temu twierdzeniu. Pęknięcie błon nie może być poczytane za prawo, jest raczej rzeczą wyjąt-

¹⁾ Matlakowski. Przyczynek do ciąży zamacicznej. *Gaz. Lek.* 1899. 41—43. Ciąża jajowodowa śródwiazowa. Operacja w trzy miesiące po zakończeniu ciąży. Płód donoszony, zmacerowany. Następnie wycięcie nerki z powodu zranienia moczowodu. Wyzdrowienie.

Ten-że. „*Gaz. Lek.*“ 1892. str. 9 i 31. Płód donoszony, zgniły, zatrzymany od 6 miesięcy. Śmierć z charactwa.

²⁾ H. Jordan. Przypadek ciąży brzusznej. „*Roczn. Tow. Gin. Krak.*“ Z. VII str. 48. Ciąża brzuszna następca. Płód donoszony.

³⁾ F. Neugebauer. Przypadek ciąży brzusznej. „*Pam. T. L. W.*“ Tom XCIII str. 1099. Operacja w ósmym miesiącu, płód wydobyto żywy; zmarł po 9 godzinach z powopu niedodmy płuc.

Ten-że. Przypadek płodu donoszonego, zatrzymanego w ciągu 6 miesięcy w lewym jajowodzie niepękniętym. „*P. T. L. W.*“ Tom XCIII str. 1120.

Ten-że. Przypadek ciąży zamacicznej. „*P. T. L. W.*“ Tom XCIV str. 212 i 221. Ciąża międzywiazowa lewostronna. Płód $8\frac{1}{2}$ miesięczny.

⁴⁾ A. Troczewski. Przypadek ciąży brzusznej z prawidłowym rozwojem płodu w ciągu pełnego okresu trwania ciąży. „*Gaz. Lek.*“ 1897 str. 232. Płód zgniły z cechami dojrzałości.

kową. Śmierć dziecka leży w okoliczności, iż oddechanie łożyskowe, dostateczne w czasie rozwoju płodu, nie wystarcza, gdy ten staje się donoszonym.

Dalsze losy ciąży zamacicznej bywają nader rozmaite. W części przypadków spostrzegano stopniowe wysysanie się wód płodowych, zmniejszanie się objętości worka, a z biegiem czasu oskorupianie się złoгами wapiennymi. Warunki powstawania płodu skamieniałego nie są dotąd dostatecznie wyjaśnione. Wiadomo tylko, iż w pewnych razach podlegają zwapnieniu ściany worka płodowego—t. zw. lithokelyphos (według Küchenmeistera); kiedyindziej złogi powstają w powierzchniowych warstwach płodu—lithokelyphopaedion; wreszcie spotyka się prawdziwe lithopaedion, płód skamieniały w ścisłym znaczeniu, bez worka i błon, bezpośrednio w jamie brzusznej.

Zejsście w zwapnienie należy do zjawisk wogóle rzadkich. W większości przypadków sprawa się toczy inną drogą. Śmierć płodu prowadzi za sobą jego rozpad, macerację, co przy wdaniu się bakterij gnicia lub ropienia, bywa punktem wyjścia ciężkich i niebezpiecznych powikłań. Sąsiedztwo z kiszki wystawia worek płodowy na ciągle niebezpieczeństwo zakażenia ze strony lasecznika okrężnicy (*bacill. coli*)¹⁾. Gdy rozkład zawartości nastąpił, a w czasie właściwym nie jęto się noża, torbiel wydziela swą treść już to przez odbytnicę, już to przez ścianę brzuszną, w rzadszych razach przez pęcherz moczowy lub pochwę, wyjątkowo przez macicę. Uwagi godną jest statystyka Parry'ego²⁾. Pośród 248 przypadków w 65 nastąpiło pęknięcie do кишки prostej, 40 razy ropień przebił powłoki brzuszne, w 12 spostrzeżeniach otworzył się do pochwy, 9 razy zaszło przedziu, rawienie pęcherza. W pozostałych przypadkach spostrzegano zejście złożone, jednocześnie kilku drogami. Ten zabieg samoleczniczy ustroju sprowadza w pewnych razach całkowite uleczenie; najczęściej jednak gdy otwór bywa niedostatecznym a worek opróżnia się niedokładnie, chora umiera z zakażenia gnilnego lub ginie wyniszczona długotrwałym ropieniem.

Wracając do naszego przypadku, musimy przedewszystkiem określić bliżej siedlisko brzemienności. Trzy są, według L. Tait'a, rodzaje ciąży zamacicznej: 1° ciąża jajnikowa, 2° ciąża jajowodowa, 3° ciąża śródścienna czyli śródmiąższowa, gdy jajo zawarte w tej

¹⁾ Labadie-Lagrange et A. F. Legueu. Gynécologie str. 1908.

²⁾ Tam-że.

części jajowodu, która przechodzi przez ścianę macicy ¹⁾). Stosunek torbieli do jajowodu, o ile się daje wysledzić, usuwa wszelkie co do rodzaju ciąży wątpliwości. Gdy bowiem, jak w naszym spostrzeżeniu, stosunek ten wskazuje, iż część jajowodu była podwaliną worka płodowego, staje się faktem niezbitym, iż mamy do czynienia z ciążą jajowodową. Torbiel płodowa, poczęta ze środkowej części jajowodu, wnikła pomiędzy listki więzu szerokiego, w dalszym rozwoju wypełniła przymaciecze a odsuwając na stronę otrzewną jamy Douglas'a zajęła zagłębienie odbytnico-macieczne. Zaszło li przy tem pęknięcie jajowodu z dalszym rozrostem worka w tkance przymacicznej, czy też jajowód był jedynym dla torbieli tworzywem,—da się nie łatwo powiedzieć. Brak jakichkolwiek zaburzeń w przebiegu ciąży przemawia za drugim przypuszczeniem. Tak więc określamy przypadek *jako ciążę jajowodową międzywiązową*.

Gdy się wczytamy w zebrane wywiady, samo przez się zachodzi pytanie, na karb czego należy położyć ową niemoc ciężką, owe dreszcze i gorączkę, które przez czas długi czyniły rokowanie niepewnem. Znając z powyższego zwykłą kolej rzeczy, przypuścić musimy zakażenie i rozkład treści worka płodowego. Dziwnem jest wszakże, że zawartość torbieli, o ile zaszło ropienie, nie znalazła sobie ujścia na zewnątrz. Z biegiem czasu maceracja płodu postępowała coraz dalej i oto po latach ośmnastu oprócz kośćca znajdujemy 6 łutów zaledwie masy rozpadowej, jako pozostałość łożyska i części miękich. Tak długotrwałe zatrzymanie płodu należy do zjawisk bardzo rzadkich. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeno trzy analogiczne spostrzeżenia. Przytaczam je w streszczeniu.

1. Przypadek Steltnera ²⁾). Zatrzymanie płodu przez lat dwa-naście. Rozkład gnilny. Przedziurawienie pęcherza. Wyleczenie przez wszycie worka do rany brzusznej.

2. Przypadek Denis'a ³⁾). Po latach dwunastu zaburzenia ze strony pęcherza. Operacja. Płód nie skamieniały i nie zmacerowany (?).

3. Przypadek Folet'a ⁴⁾). Ciąża jajowodowa bliźniacza. Zatrzymanie płodów w ciągu lat piętnastu. Operacja z powodu objawów po-

¹⁾ Dawniej wyliczano jeszcze t. zw. ciążę brzuszną. Ciąża ta atoli, zdaniem Werth'a (Beiträge zur Anatomie etc. der Extrauterin Gravid.), nie istnieje w ścisłem znaczeniu, gdyż niedowiedziano dotąd możności pierwotnego usadowienia się jaja w jamie brzusznej.

²⁾ Ueber einen durch Verlauf u. Komplikationen bemerkenswerthen Fall von Extrouterin-Gravidität. C. f. G. 1895 str. 102.

³⁾ Grossesse extra-utérine datant de douze ans. L'abeille méd. 1896. № 25. C. f. G. 1895. str. 952.

⁴⁾ Grossese extra-utérine tubaire gémellaire. Mercredi méd. 1895. № 3 C. f. G. 1896 str. 204.

drażnienia otrzewnej. Jeden z płodów donoszony, drugi obumarły w trzecim miesiącu życia zarodkowego. Wycięcie worka. Wyzdrowienie.

W naszym przypadku okres zatrzymania płodu jest najwyższy, gdyż wynosi *lat ośmnaście*. W czasie tym pacjentka sześciokrotnie zachodziła w ciążę prawidłową, zakończoną zawsze urodzeniem żywego dziecka. Co dziwniejsza, porody, oprócz ostatniego, mimo istnienie guza, były nader lekkie, nie trwając nigdy nad kilka godzin. Z dzieci tylko pierwsze nosi w budowie czaszki ślady ucisku ze strony ciąży zamacicznej; co do inteligencji, ta nie poniosła widocznego szwanku.

Pozostaje podnieść jeszcze jedną stronę naszego przypadku, niezmiernie ciekawą pod względem fizjologicznym. Mam na myśli fakt miesiączkowania przez przetokę, pozostałą po operacji. Tem samem wchodzimy w szranki sporne, stając po stronie miesiączkowania jajowodowego. Nie masz bowiem w tym względzie zgody między autorami. Landau i Reinstein ¹⁾, opierając się na przypadkach obustronnego krwistku jajowodowego, występują, jako wymowni szermierze czynnego udziału jajowodów w wydzielaniu krwi miesięcznej.

Chapin-Minard, cytowany u Gebhard'a ²⁾, spostrzegał przy wynicowaniu macicy krwawienia z ujścia jajowodów.

Tymczasem Fritsch i inni wypowiadają zdanie wręcz przeciwne uważając samą rzecz za zgola niedowiedzioną i mało prawdopodobną. Fritsch mianowicie wycinał jajowody w czasie miesiączkowym i w żadnem z jedenastu spostrzeżeń nie znalazł krwi. Czyż jednak wyniki te są bez zarzutu? Znaczenie ich maleje, gdy zważymy, iż miesiączkowanie jajowodowe może, jak w naszym przypadku, poprzedzać czyszczenia maciczne. Mówimy: miesiączkowanie jajowodowe, gdyż innego terminu nie możemy użyć dla krwawień okresowych, występujących z worka płodowego, który, jak wiadomo, przedstawia w danym razie rozszerzony jajowód. Krwawienia te nie mogą być w żadnym związku z czynnością macicy wobec faktu, stwierdzonego przy operacji, że odcinek maciczny jajowodu znajduje się w stanie zaniku. Tak więc mamy tu niewątpliwie miesiączkę jajowodową. Wszelako z jednego przypadku nie godzi się snuć daleko sięgających wniosków. Czy podobne zjawisko jest tylko właściwością spostrzeżenia, czy też prawem ogólnem, dotąd mało zbadanem, pozostaje kwestją otwartą.

¹⁾ Ueber das Verhalten der Schleimhäute etc. Arch f. G. Tom XLII str. 273.

²⁾ Gebhard. Die Menstruation. III-ci tom Veit'a.

Leczenie ciąży zamacicznej, w razach daleko posuniętych, powinno być tylko operacyjne. Zabieg chirurgiczny, właściwie zastosowany, przy płodzie żyjącym może uratować oboje: matkę i dziecko. Ramy przyczynku są zbyt szczupłe, abym wchodził w szczegóły techniczne; zaznaczę tylko, iż operacja należy do trudniejszych zabiegów na polu chirurgji brzusznej.

D. 22 września 1899 r.

