



Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

PRZYPADEK CIĄŻY ZAMACICZNEJ ŚRÓDŚCIENNEJ.

(*Graviditas extrauterina intramuralis*).

Opisał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału.

— — — — —

Przed niedawnym względnie jeszcze czasem przypadek ciąży zamacicznej uważany był jako dziwo lekarskie; dzisiaj poglądy najzupełniej się zmieniły. Przeglądając pisma ginekologiczne za ostatnie lata, przekonać się można, jak nadzwyczaj częstą bywa ta postać patologiczna. SCHAUT'a ¹⁾ np. pisze, że w dostępnej mu literaturze w ciągu lat 15-u [1876—1890 włącznie] znalazł 626 przypadków, przyczem utrzymuje, że liczba ta podwoi się, jeżeli dodać do niej przypadki, zamieszczone w niedostępnej dlań literaturze, jakoteż przypadki nierozpoznane lub rozpoznane, a nie ogłoszone. ZMIGRODZKI ²⁾ zebrał do r. 1886 przypadków 336 ciąży zamacicznej; von SCHRENCK ³⁾ 610 przypadków w literaturze z lat 1888—1892. Przeglądając literaturę danego przedmiotu zebrałem za lata 1886—1887 i 1893—1895 włącznie 378 przypadków. W ten sposób wszystkich przypadków, notowanych w literaturze, jest 1324, z których na lata 1886—1895 włącznie przypada 988 przypadków.

Na tak znaczną ilość przypadków ciąży zamacicznej, ciąża śródmiaższowa nie wydarza się często. MARTIN ⁴⁾ np. na 77 przypadków spostrzegał jeden przypadek takowej; LAWSON-TAIT ⁵⁾ na 100 przypadków, również raz tylko widział ciążę śródmiaższową. SCHRENCK na 610 przypadków znalazł 14 przypadków takowej. Obliczając zaś wspólnie przypadki, podane przez ZMIGRODZKIEGO (22), przez SCHRENCK'a i odszukane przezemnie [od r. 1874—1895 włącznie], znajdujemy na 1324 przypadków 45 przypadków ciąży śródmiaższowej, czyli na 100 przypadków ciąży zamacicznej przypada 3 ciąży śródmiaższowej.

¹⁾ Beitrag zur Casuistik, Prognose u. Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Prag. 1891.

²⁾ K uczeniu o wniematoecznoj beremennosti. Petersburg. 1886. Dissert.

³⁾ Ueber ectopische Gravidität. Dissert. Jurjew. 1893.

⁴⁾ Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895.

⁵⁾ Vorlesungen über ectopische Schwangerschaft u. Beckenhaematocoele. Refer. w Centrbl. f. Gyn. 1889. Nr. 21. 1890. Nr. 15.

WQ R815p 1896/s

Z-138584

Akc. z l. 2023 nr. 492

1360627950

Obecnie wytłomaczyć się muszę, dlaczego, opisując przypadek ciąży śródściennej, mówię wciąż o ciąży śródmiaższowej. Pod nazwą ciąży śródmiaższowej (*gr. interstitialis*) rozumie się zwyczajnie ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*); niektórzy jednak dawniejsi i nowsi autorowie i w tym rodzaju ciąży wprowadzają klasyfikację, stosownie do miejsca, w którym jajo płodowe się rozwija. Już DEZEIMERIS ¹⁾ rozróżniał cztery rodzaje ciąży w części jajowodu, przebiegającej w mięszu macicy: a) ciążę jajowodowo-maciczną śródmiaższową (*gr. tubo-utero-interstitialis*), w której jajo płodowe rozwija się w części jajowodu, otoczonej mięszem macicznym; rozszerza ono pokłady mięśniowe macicy, unosi je w postaci zagłębień, jednakże pozostaje otoczone rozciągniętą ścianą jajowodu; b) ciążę maciczno-śródmiaższową (*gr. utero-interstitialis*) wtedy, gdy jajo płodowe wydostaje się z jajowodu, wdraża się pomiędzy mięśnie macicy i jest otoczone tylko włóknami tych ostatnich; c) ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*), podczas której jajo płodowe rozwija się w błonie śluzowej jajowodu i, rosnąc coraz więcej, sterczy do jamy macicy [ciąża ta bywa uważaną przez niektórych autorów za nieprawidłową ciążę maciczną]; d) ciążę maciczno-jajowodowo brzusznią (*gr. utero-tubo-abdominalis*), przy której łożysko leży w jamie macicy, pępowina w jajowodzie, a płód znajduje się wolno w jamie brzusznej. HENNIG ²⁾ utrzymuje, że te tylko przypadki ciąży zamacicznej powinny być uważane za rzeczywistą ciążę jajowodowo-maciczną (*gr. tubo-uterina*), w których część jaja płodowego znajduje się w jajowodzie, a część w macicy. Ciąża, w której jajo płodowe rozwija się w części macicznej jajowodu, jest ciążą śródmiaższową (*gr. interstitialis*); przypadek zaś, w którym jajo płodowe, rosnąc, wydostaje się z części macicznej jajowodu do mięszu, otaczającego ten ostatni i wdraża w warstwę mięśniową macicy, jest ciążą śródścienną (*gr. intramuralis*).

Na podział powyższy HENNIG'a najzupełniej zgodzić się można; tymczasem w opisach ciąży zamacicznej tego rodzaju trafia się takie pomieszanie nazw, że niejednokrotnie w tym samym opisie jedna i ta sama ciąża zwaną bywa to śródmiaższową, to jajowodowo-maciczną. I to jest powodem, dlaczego, pisząc o ciąży śródściennej, będącej jednym z rodzajów ciąży jajowodowo-maciczej, zmuszony jestem mówić o tej ostatniej.

Tymczasem z pomiędzy 40 przypadków ciąży śródmiaższowej opis dokładny siedmiu tylko przypadków upoważnia mnie do uznania ich za przypadki ciąży śródściennej (*gr. intramuralis*), a mianowicie: JUNGE'a ³⁾, PORPEL'a ⁴⁾, BAARTH DE LA FAILLE'a ⁵⁾, LEOPOLD'a ⁶⁾, BIRNBAUM'a ⁷⁾, STE-

¹⁾ Connaissances des sciences médico-chirurgicales. 1836. Annalen für Frauenkrankheiten. 1842. Bd. III.

²⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1889. Nr 12.

³⁾ Monatsschrift für Geburtsk. u. Frauenkr. 1865. Bd. 26.

⁴⁾ Monatssch. f. Geburtsk. u. Frauenkr. 1863. Bd. 31, str. 208.

⁵⁾ Tamże. Bd. 31, str. 459.

⁶⁾ Archiv f. Gynäk. Bd. XIII, str. 355.

⁷⁾ C. HENNIG. Die Krankh. der Eileiter u. die Tubenschwangerschaft. 1878.

EL'a ¹⁾ i ENGSTROEM'a ²⁾). Rzadkość tego rodzaju ciąży zamacicznej powoduje mnie do opisania spostrzeganego i operowanego przezemnie przypadku.

W d. 8 stycznia 1893 r. wezwany zostałem do chorej E. T...d, mężatki, lat 28 liczącej, uskarżającej się na nieopuszczające ją bóle w brzuchu. Do zamążpójścia, przed 12-tu laty, była zawsze zdrową, lecz nie miesiączkowała; miesiączkowanie zjawiało się po raz pierwszy w 8 dni po zamążpójściu. Z początku bywało ono nieprawidłowe, zjawiało się co 3—4 miesiące, od sześciu zaś lat przychodzi miesiączka co 4 tygodnie, trwając 4—5 dni, dość obficie. Z pierwszym mężem, podczas 8-letniego pożycia, dzieci nie miała; powtórnie zamężna cztery lata, rodziła dwa razy, ostatnio przed 16-u miesiącami. Przebieg obu porodów był prawidłowy, a oboje dzieci karmiła sama. Po odstawieniu dziecka, ostatnią miesiączkę miała przed 15-u tygodniami, i tak jak zazwyczaj trwała ona miernie obficie 4—5 dni. Przed 7-u tygodniami, a więc w 6—7-m tygodniu po zajściu w ciążę, siedząc z rana przy śniadaniu, uczuła się nagle słabą, wpadła w zemdlenie, przyczem nastąpiły wszelkie objawy zapadu: brak tętna, wymioty, nieprzytomność i t. d.. Zastosowane na razie środki pobudzające wróciły chorej przytomność i usunęły objawy zapadu; pozostał tylko ból w całym brzuchu, nadzwyczaj bolesnym i czułym na ucisk. Stan ten trwał trzy dni, poczem chora wstała z łóżka i mogła chodzić, jakkolwiek zawsze uczuwała mniejszy lub większy ból w brzuchu. Objętość brzucha tymczasem się coraz zwiększała, a przed 8-u dniami wystąpił silny ból w nim, trwający bezustannie z małemi bardzo przerwami. Krwawienia z części płciowych nie było, dopiero przed 3-ma dniami pokazały się niewielkie krwawe plamy. Gdy pomimo użycia środków kojących, jak makowca i wilczej jagody, ból nie ustępował, chora zwróciła się do mnie, prosząc o pomoc w cierpieniu, odbierającym jej sen i siły.

Badając chorą, znalazłem guz w okolicy nadpachwinowej lewej, wypełniający całą stronę lewą brzucha i sięgający nad pępek; guz ten również wyczuć było można przez odpowiednie sklepienie pochwy. Zestawiając wywiady z wynikiem badania, przyszedłem do wniosku, że mam przed sobą ciążę zamaciczną i zaproponowałem chorej przeniesienie się do specjalnego zakładu, celem ściślejszego zbadania i możliwej operacji, na co się chora zgodziła i tego samego dnia zapisała się do oddziału mego w szpitalu.

Chora średniego wzrostu, szatynka, nieźle odżywiana, z pokładem tkanki tłuszczowej podskórnej, szczególnie w ścianach brzusznych, znacznym, o skórze i błonach śluzowych widocznych białych. Brzuch wypukłony, mianowicie po stronie lewej, gdzie wyczuwa się guz wyżej wzmiankowany. Guz ten na ucisk jest bolesny, lecz konsystencji jego z powodu znacznej grubości ścian brzusznych oznaczyć niepodobna. Wypuk jego daje odgłos tępy; przy wysłuchiowaniu nie słychać żadnych szmerów, ani tonów.

Badanie, uskutecznione w uśpieniu chloroformowem, dało następujące wyniki: błona śluzowa sromu i pochwy prawidłowo zabarwione; część pochwowa roz-

¹⁾ Centrblt. f. Gyn. 1893. str. 116.

²⁾ Tamże. 1896. Nr. 5.

pulchniona, jak podczas ciąży, przepuszcza przez przewód koniec palca aż do ujścia wewnętrznego. Macicę przy dwuręcznem badaniu wyczuwa się nieco powiększoną, zgrubiałą, w przodo-pochyleniu. Jama jej wynosi $7\frac{1}{2}$ ctm.. Sklepienia pochwy prawe i tylne wolne; w sklepieniu lewem, niewypuklonem, wyczuwa się odcinek guza. Guz ten unieść można ku górze i ku stronie prawej, ku której to stronie macica jest przezeń odepchniętą; oddzielić go w zupełności od macicy nie można i zdaje się, że jest on z nią w związku za pomocą dość szerokiej płaskiej szypuły. Wraz z nim porusza się nieco macica. Guz ten, przy badaniu przez pochwę, wyczuwamy jako dość twardy; przelewania tak w nim, jak i w jamie brzusznej, nie stwierdzono.

Nie ulegało wątpliwości, żeśmy mieli do czynienia z ciążą zamaciczną. Chodziło tylko o określenie jej siedliska. Już *a priori* wyłączyłem ciążę jajowodową, a to z powodu umiejscowienia guza, który sięgał z jednej strony nad pępek, z drugiej zaś — nie wypukłał odpowiedniego sklepienia pochwy. Z tego powodu przypuszczałem ciążę brzuszną, powstałą następnie po pęknięciu w 6-m tygodniu pierwotnej, jajowodowej, albo też śródwieżzową [jakkolwiek brak był niektórych tejsze objawów], tembardziej, iż odpowiednio do swego trwania ciąża się rozwijała. Kol. ZWEIFBAUM i NEUGEBAUER, proszeni przezemnie na naradę, rozpoznanie moje ciąży zamacicznej potwierdzili, a kol. NEUGEBAUER przypuszczał możliwość ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej (*graviditas in cornu rudimentario uteri bicornis*).

Co się tyczy leczenia, to innego zdania nie mogło być, jak tylko usunięcie guza na drodze operacyjnej, tembardziej, że wciąż trwające bóle natury kurczowej dozwalały przypuszczać możliwość pęknięcia, a w ten sposób wylania się zawartości guza, a raczej ciąży, do jamy otrzewnej. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej przystąpiłem do operacji w d. 20 stycznia, przy czynnej pomocy kol. ZWEIFBAUMA i CHWATA i w asystencyi kol. LEBENSBAUMA, WARSZAWSKIEGO, NEUGEEAUERA, MUTTERMILCHOWEJ i WERTENSTEINA.

Po otworzeniu ścian brzusznych cięciem, rozpoczynającem się od spojenia łonowego, sięgającem na 4 ctm. nad pępek ku stronie lewej, przedstawił się guz, pokryty w górnej części siecią, doń przyrosłą.

Oddzieliwszy odeń ostrożnie sieć, znaleźliśmy, że guz ten, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, składał się z dwóch części: dolnej, będącej zgrubiałą macicą i górnej, stanowiącej worek płodowy, osadzony na lewej, górnobocznej ścianie macicy. Pod workiem tym przebiegał normalny jajowód i znajdował się jajnik lewy. Powłokę owego worka stanowiła rozciągnięta otrzewna, pokrywająca macicę, nadpęknięta w dwóch miejscach na samym wierzchołku, przy oddzielaniu od sieci.

Z pęknięć owych wypukłał się pęcherz płodowy, niebieskawy. Ponieważ worek płodowy z macicą był tak ściśle połączony, iż stanowiły jedną całość, przeto umyśliłszy wydalic go wraz z tą ostatnią przez wykonanie histerektomii. W tym celu, po wyciągnięciu całego guza na zewnątrz, przeprowadziłem przez środek szyjki macicy podwójną grubą ligaturę jedwabną i z każdej strony, objawwszy pojedynczą ligaturą odpowiednią część szyjki, takową silnie zacisnąłem, a następnie powyżej podwiązki na 1 ctm. macicę

wraz z guzem odciąłem. Krwawiące parametrya zamknąłem szwem ciągłym, katgutowym. Pozostały pieniek podwiązany szyjki, jakoteż przewód jej, przypaliłem silnie żegadłem PACQUELIN'a i, nie nakładając żadnego szwu, opuściłem do jamy brzusznej. Po oczyszczeniu jamy brzusznej za pomocą wyjałowionych tamponów z gazy, zamknąłem ranę w powłokach brzusznych zwykłym sposobem, t. j. zszywając oddzielnie otrzewną, oddzielnie mięśnie i powięź katgutem, skórę zaś jedwabiem.

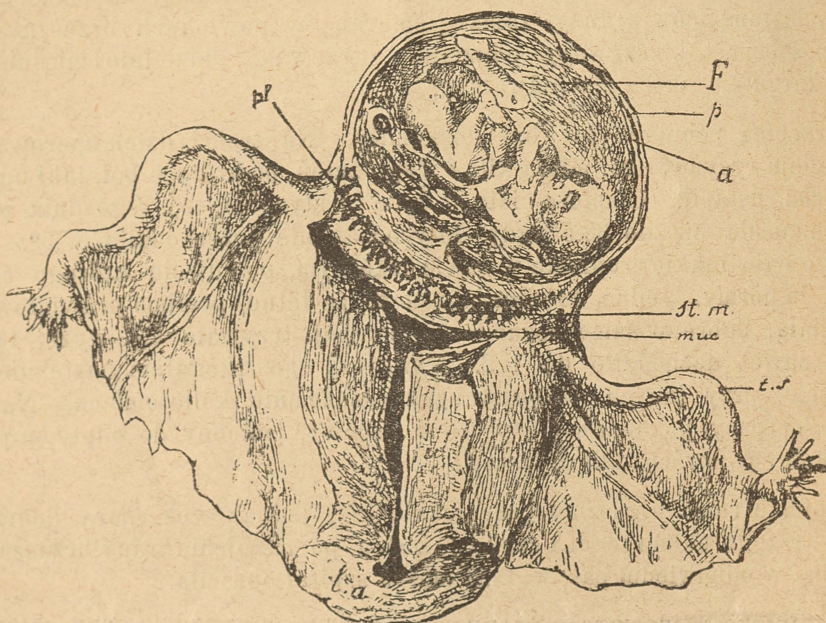
Przebieg pooperacyjny był doskonały. Na trzeci dzień operowana, po użyciu oleju rycynowego, miała kilka wypróżnień, po których ból, jaki uczuwała w brzuchu, ustąpił. Ciepłota ciała w dniu 27 stycznia, t. j. 7-go dnia po operacji podniosła się do 38,5°, gdy dotychczas nie przechodziła 37,5°. Powodem tego było lekkie ropienie w szwie skórny, po zdjęciu którego ciepłota wróciła do normy. Jedno, co uderzało, to to, że tętno, pomimo prawidłowej ciepłoty ciała, dobrego samopoczucia operowanej, trzymało się wyżej 100 uderzeń, a nawet dochodziło do 112. Fakt ten spostrzegałem następnie niejednokrotnie, przy innych dokonywanych przezemnie keliotomiach. Na piąty dzień po operacji pokazał się odpływ z pochwy, podobny do odpływu połogowego, który po dwóch dniach ustąpił.

Gojenie rany brzusznej przedłużało się, jednakowoż chora dobrze posilana, zaczęła nabierać sił i cery i w końcu po zagojeniu rany brzusznej, zaopatrzona w odpowiedni pas, w d. 21 marca szpital opuściła.

Wycięty guz, wielkości głowy dorosłego człowieka, składa się z dwóch części: odciętego z częścią szyjki powiększonego ciała macicy i worka płodowego (*Fruchtsack*), osadzonego na lewej górno-bocznej ścianie jej. Jajnik i jajowód lewy znajdują się pod workiem, a górna ściana końca macicznego tego ostatniego gubi się w ścianie worka płodowego. Po otwarciu worka płodowego, wypełnionego jasną wodą płodową, znajdujemy w nim 4½ miesięczny żywy płód męzki, który, skuteczniejszy kilka ruchów oddechowych, zamarł. Łożysko znajduje się przyczepione na dnie worka i przylega do macicy; zakrywa ono ujście maciczne jajowodu lewego. Między łożyskiem a błoną śluzową dna macicy znajduje się warstwa mięśniowa grubości 3 milimetrów. Ściana worka płodowego składa się z błony płodowej (*amnion*) i otaczającej ją nadzwyczaj rozciągniętej otrzewnej, pokrywającej dno macicy. Między dwiema temi błonami nie znaleziono pierwiastków mięśniowych. Przeciąwszy podłużnie ścianę przednią macicy, znajdujemy zgrubiałą błonę śluzową wyściełającą jamę macicy; dno zaś macicy utworzone jest przez błonę śluzową jamy macicy, łożysko i ową, wspomnianą powyżej, trzy-milimetrową, warstwę mięśniową między niemi. Żadnego otworu, łączącego jamę macicy z jamą worka płodowego, nie znaleziono.

W ten sposób przypuszczać należy, że jajko zapłodnione zatrzymało się w części jajowodu, przebiegającej w mięszu macicy, a rozwijając się dalej wydostało się przez pęknięcie ściany górnej jajowodu [powstały zapad w 7-m tygodniu] z tegoż, rozparło mięsz i spowodowało zanik mięśni dna macicy;

ciężę więc tę uważać należy za prawdziwą ciążę śródścienną (*graviditas intramuralis*).



l.a. miejsce dokonanej hysterektomii na szyi macicznej; — *u* ściana przednia przecięta macicy; — *t.s.* jajowód lewy; — *F* worek płodowy z wodą płodową i płodem; — *p* otrzewna; — *a* owodnia; — *pl* łożysko; — *muc* błona śluzowa jamy macicy; — *st. m.* warstwa mięśniowa 3 milimetrowa między łożyskiem a błoną śluzową dna macicy.

KUESTER ¹⁾ w pracy swojej w rozdziale o rozpoznaniu ciąży zamacicznej mówi: „Gdy więc rozpoznanie ciąży zamacicznej jest bez porównania trudniejszym niż wielu sobie przedstawia, a także niż bywa nauczaniem, to łatwo pojąć, że wszelkie próby ustalenia rozpoznania różniczkowego rozmaitych rodzajów ciąży zamacicznej uważam za czystą pracę biurkową. W najliczniejszych przypadkach ciąża zamaciczna jest jajowodową, a w nadzwyczaj nielicznych jajnikową, a prawdopodobnie jeszcze w rzadszych przypadkach jajo płodowe znajduje się wolne lub otoczone wrzekomemi błonami w jamie brzusznej. Najmniej więc błędzimy, gdy w przypadku ciąży zamacicznej przyjmujemy ciążę jajowodową. Nadzwyczaj trudną do rozpoznania jest ciąża zamaciczna śródmiąższowa. Samo rozpoznanie różniczkowe tego rodzaju ciąży z pośród innych, bez odróżnienia jej nawet od ciąży w rogu szczątkowym macicy dwurożnej, uważałbym już za pracę, posuwającą naprzód całą kwestię“.

¹⁾ MÜLLER's Handbuch der Geburtshilfe. 1889. Bd. II, str. 514.

W przypadku naszym wyłączyłem zupełnie ciążę jajowodową na zasadach, wyżej przy rozpoznaniu przytoczonych. Przypuszczałem ciążę brzuszną lub śródwieżową, lecz o śródmiaższowej, a tembardziej śródściennej, nie pomyślałem. Jak trudnem jest postawienie rozpoznania ciąży śródmiaższowej, ewentualnie śródściennej, przekonywają przypadki JUNGE'a, POPPEL'a, BAART DE LA FAILLE'a, LEOPOLD'a, BIRNBAUM'a, MANDELSTAMM'a¹⁾, w których to przypadkach dopiero na stole sekcyjnym przekonano się o istnieniu tego rodzaju ciąży, a także przypadek ENGSTROEM'a, gdzie rozpoznano ciążę jajowodową, a podczas operacji zadano sobie pytanie, czy rzeczywiście ma się do czynienia z ciążą śródmiaższową. Dlatego też jestem przekonania, że przy określaniu ciąży zamacicznej zdanie KUESTNER'a, powyżej przytoczone, należy zawsze mieć w pamięci.

Zejsście w przypadkach ciąży śródmiaższowej jest zazwyczaj śmiertelne. Z 22 przypadków ciąży śródmiaższowej, zebranych przez ZMIGRODZKIEGO, w dziewięciu nastąpiło pęknięcie worka płodowego między 2—5 miesiącem, a w jednym w 9-m miesiącu; w 5-iu przypadkach poronienie drogami naturalnymi między 4—6 miesiącem, w jednym zaś poród prawidłowy w 9-m miesiącu [płód żywy]; w jednym przypadku [LEOPOLD'a] wylew krwi do worka płodowego i krwotok maciczny; w czterech w końcu przypadkach między 8—9 miesiącem zamarcie płodu, gnicie worka płodowego lub płodu, lub wytworzenie się skamienienia płodu (*Lithopaedion*). Z powyższych przypadków 13 zakończyło się śmiercią, a między tymi wszystkie, w których nastąpiło pęknięcie worka płodowego. STADFELD²⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomacicznej, zakończony śmiercią matki po keliotomii. PARKES³⁾ opisuje dominiemaną ciążę śródmiaższową, z wydaleniem skamieniałego płodu drogami naturalnymi. STRAWIŃSKI⁴⁾ opisuje przypadek śmiertelny przy ciąży śródmiaższowej. BARSONY⁵⁾ opisuje przypadek śmiertelny wskutek pęknięcia tylnej ściany macicy przy ciąży śródmiaższowej. SKURSCH⁶⁾ opisuje ciążę jajowodomaciczną; dziecko urodzone drogami naturalnymi, łożysko w jajowodzie.

HENNIG⁷⁾ na posiedzeniu lipskiego Towarzystwa ginekologicznego w d. 19. XI. 1888 r. opisuje trzy przypadki ciąży jajowodomacicznej: własny HAY'a i GRUEN'a; we wszystkich poród nastąpił drogami naturalnymi, w pierwszym w 12-m tygodniu, w ostatnich w 4-m miesiącu. W dyskusyi nad tymi przypadkami prof. ZWEIFEL oświadczył, że niema dostatecznych danych do uważania trzech powyższych przypadków za ciążę jajowodomaciczną. JEWETT⁸⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomacicznej, zakończony śmiercią,

¹⁾ Zeitschrift f. Geburts. u. Gynäk. 1893 B.J. XXV, str. 61.

²⁾ Centralblatt f. Gyn. 1886. Nr. 497.

³⁾ Tamże. 1888. Nr. 1.

⁴⁾ Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezn. 1888, p. 125.

⁵⁾ FROMMEL's Jahresberit. 1889, p. 117.

⁶⁾ Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 1.

⁷⁾ Centralbl. f. Gyn. Nr. 12.

⁸⁾ Tamże. 1891. Nr. 41.

w którym znaleziono pęknięcie dwucalowej średnicy w prawym rogu macicy; łożysko leżało w miejscu pęknięcia, a płód, długości 7-iu cali, znaleziono w jamie brzusznej między pętlcami jelit. Lwow ¹⁾ opisuje przypadek ciąży jajowodomacicznej prawej, zakończony poronieniem w 5-m miesiącu; płód odpowiednio rozwinięty, łożysko w całości odeszło. Lawson-Tait ²⁾, pisząc o ciąży śródmiąższowej, utrzymuje, iż w Anglii nie zna więcej niż sześć pewnych przypadków takowej. Przebieg jej, według niego, kończy się śmiertelnem zejściem, o istnieniu tego rodzaju ciąży dowiaduje się wtedy, gdy następuje pęknięcie. To ostatnie odwlec się może do 6-go miesiąca, a przed czwartym miesiącem nie następuje. Krwotok wtedy jest zazwyczaj tak znacznym, iż w kilka minut wywołuje zejście śmiertelne, a pęknięcie bywa zazwyczaj bardzo dużem, 10—12 ctm. wynoszącem. Jedynym możliwym środkiem utrzymania życia byłoby natychmiastowe dokonanie keliohysterektomii, lecz gdyby nawet operator znajdował się na miejscu, to, zdaniem L. Tait'a, czas potrzebny tylko do postawienia rozpoznania jest już zbyt długim, aby znikła możliwość udania się operacji i uratowania życia chorej. W zebranych przez Hecker'a ³⁾ przypadkach ciąży śródmiąższowej we wszystkich 26 nastąpiło pęknięcie, najpóźniej w 6-m miesiącu, powodujące zejście śmiertelne. Z siedmiu przypadków ciąży śródściennej, przytoczonych powyżej przezemnie, w sześciu przypadkach przy sekcji przekonano się o takowej, w siódmym zaś podczas dokonywanej operacji.

Z powyższego zestawienia wynika, iż jeżeli ciąża śródmiąższowa, ewentualnie śródścienna, rozpoznana zostanie dość wcześnie, a raczej, jeżeli ciąża zamaciczna wzbudza w nas podejrzenie, iż może być śródmiąższową, to bezwarunkowo bezzwłocznie usunięta na drodze operacyjnej być winna. Kładę nacisk na wyrażenie dość wcześnie, gdyż jakkolwiek opisywane są przypadki ciąży śródmiąższowej, w których wydalenie płodu [raz nawet 9-o miesięcznego, żywego] nastąpiło przez macicę, to jednakże w tych przypadkach, nie wskazanych dowodnie, jako ciąża zamaciczna, ma się najzupełniejsze prawo powątpiewać o prawdziwości rozpoznania. Ortmann ⁴⁾, jakkolwiek w klasyfikacji nie podaje, lecz odróżnia ciążę śródmiąższową a w rzeczywistości śródścienną od jajowodowo-macicznej; utrzymuje bowiem, że twierdzenie niektórych badaczy, jak Klob'a, Hennig'a, Kleinwaechter'a i innych, iż ciąża śródmiąższowa, skutkiem większej grubości ścian worka płodowego, aniżeli w ciąży czysto jajowodowej, ma więcej danych osiągnięcia kresu, odnosi się nie do czystej ciąży śródmiąższowej, ale raczej do ciąży jajowodowo-macicznej.

Jeszcze na jedną okoliczność czuję się w obowiązku zwrócić uwagę: w opisach przypadków ciąży śródmiąższowej, a raczej jajowodowo-macicznej [jak ją zwykle nazywają]: jajowód strony. ciążą zajętej podawanym bywa jako wyżej położony, aniżeli jajowód drugostronny. W przypadku moim było

¹⁾ Mediceinskoje obozrienie. 1891. Nr. 9.

²⁾ L. c.

³⁾ Monatschrift für Gebatsh. u. Frauenkr. 1859. Bd. 13.

⁴⁾ Martin's Krankheiten der Eileiter. 1885. str. 326.

wręcz przeciwnie: jajowód lewy znajdował się niżej, aniżeli prawy, zdrowy, i przebiegał tuż pod osadą worka płodowego na macicy. Tłumaczę to w ten sposób, iż ponieważ worek płodowy rozwijał się wśród mięśni dna macicy, kosztem zaniku takowych i rósł w górę, unosząc i rozszerzając otrzewną, jajowód zaś końcem swoim macicznym przyjął bardzo mały udział w wytworzeniu się ściany worka, przez co nie został przez rosnący worek w górę pociągnięty. Być może, iż położenie jajowodu poniżej worka płodowego będzie kiedyś znakiem patognomonicznym dla ciąży śródściennej.

Co się tyczy sposobu operacyi, to o niej niewiele mam do powiedzenia; była to najzwyczajniejsza keliohysterektomia, dokonywana przy włókniakach śródściennych macicy. Nie znając jeszcze metody podwiązania i opatrywania szypuły macicznej prof. v. Ott'a, o której mówił dopiero w r. 1894 na Kongresie międzynarodowym w Rzymie ¹⁾, w ten sam sposób szypułę podwijałem; powodem, który skłonił mnie do zastosowania tego rodzaju podwiązania w danym razie było, iż wymaga ono krótszego czasu do uskutecznienia, co przy operacyach w jamie brzusznej niemałą również odgrywa rolę.

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1894. Nr. 26.