

316
u S.
B. 14376

O KRWISTYCH TORBIELACH SZYL.

NAPISAŁ

BRONISŁAW SAWICKI.

STOWARZYSTWO
BIBLIOTEKI POLSKIEJ
WE WROCLAWIE

5316
XIII



KRAKÓW.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

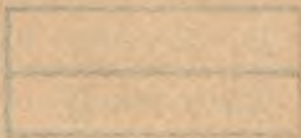
1891.



O KRWISTYCH TORBIELACH SZYL.

NAPISAŁ

BRONISŁAW SAWICKI.



KRAKÓW.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1891.

Osobne odbicie z Pamiętnika II. Zjazdu Chirurgów polskich.

Bz 58489
643 111 III



B 17376

30,-

Torbiele krwiste spotykano w rozmaitych okolicach ciała. Meryn 76-letniego mężczyzny spostrzegł duży torbiel, od 4 lat istniejący w prawym podżebrzu i powstały wskutek urazu. W przypadku Richeta torbiel powstał po przejechaniu przez brzuch i zajmował przestrzeń pomiędzy trzustką, małą siecią, wątrobą i przednią ścianą brzucha. Reuling widział torbiel krwisty, zajmujący prawie całą kość krzyżową i pochodzenie jego odnosi do zapalenia kości krwotocznego. Częściej jeszcze spostrzegano torbiele krwiste na kończynach dolnych. Lloyd wyłuszczył taki torbiel, leżący na przebiegu *venae saphenae magnae*, bez podwiązania jednakże takowej. Natomiast w przypadku Wilmsa torbiel wielkości jaja kurzego łączył się bezpośrednio z *v. saphena magna*, którą podczas operacji podwiązano. Tak samo zmuszony był Agnew podwiązać powyższą żyłę u 23-letniego mężczyzny, u którego torbiel powstał w trójkącie Scarpy po gwałtownym skoku. Geissel spostrzegł dwa torbiele wielkości pięści, wychodzące z prawej żyły udowej. Wytworzyły się one z zwyrodnionego mięsakowato żyłaka. Langenbeck widział u 27-letniej kobiety torbiel krwisty, to się powiększający, to znowu zmniejszający, leżący pod mięśniem półścięgnistym. Torbiel ten nie łączył się z żadną większą żyłą i rozwinął się prawdopodobnie z naczyniaka jamistego. Wielce interesujące jest to w danym przypadku, że chora gorączkowała w ciągu lat dwóch, t. j. w ciągu trwania guza i że po usunięciu takowego gorączka zupełnie znikła. Cramer, który opisał ten przypadek, objaśnia gorączkę zatruciem organizmu fermentem krwi (Ferment-intoxication).

Dokładniej są znane torbiele krwiste części potylicowej głowy. Glattaner ¹⁾ opisał taki przypadek z kliniki Billrotha, dodając

¹⁾ Całą powyższą literaturę zaczerpnąłem z pracy Völckera i Frankego.

jednocześnie 9 innych, znanych w literaturze. We wszystkich tych przypadkach miano do czynienia z wypukleniem zatoki podłużnej (*sinus longitudinalis*). Wypuklenie to powstawało wskutek wrodzonego braku kości w danym miejscu, jednakże bardzo jest prawdopodobnem, że niekiedy rozwijało się ono samodzielnie, później dopiero dziurawiąc kość. Prawie wszystkie torbiele łączyły się z zatoką za pomocą cienkiego przewodu.

Do rzędu wielce interesujących i niezupełnie jeszcze zbadanych należą także krwiste torbiele szyi. Choć w literaturze istnieje około trzech dziesiątków opisanych tego rodzaju przypadków, jednakże zaledwie kilka tylko z pomiędzy nich rozjaśnia sprawę dokładniej. Wobec tego ośmielam się przytoczyć dwa spostrzegane przez siebie przypadki, które, chociaż nie były operowane, zasługują jednak na uwagę ze względu na objawy i przebieg cierpienia.

I przypadek dotyczył Edwarda E.¹⁾ oficjalisty prywatnego, l. 53, który 13 Maja 1887 r. zapisał się do kliniki prof. Efremowskiego. Chory opowiada, że przed 5 laty po raz pierwszy zauważył na lewej stronie szyi guzik wielkości orzecha włoskiego, miękki, niebolesny, dość łatwo przesuwalny pod skórą. Guzik ten, jak chory wskazuje, leżał nad obojczykiem tuż poza zewnętrznym przyczepem mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Chory oddawna cierpiał na częste zawroty głowy i skłonność do omdleń; zresztą objawy te po pojawieniu się guza utrzymywały się w tej samej mierze, co przedtem. Guz powiększał się powoli i ku końcowi Kwietnia 1887 r. osiągnął wielkości pięści. Wówczas począł on bardzo szybko rósć i sprawiać bóle. Jednocześnie zawroty głowy stały się częstszymi. To zmusiło chorego zapisać się 13 Maja do kliniki. Tu przy badaniu znaleźliśmy: chory średniego wzrostu i budowy, odżywienia dość miernego. Na lewej stronie szyi występuje obrzmienie z wejrzenia już nierówne, guzowate. Granice obrzmienia następujące: od dołu obojczyk, od którego guz łatwo można oddzielić; od góry linia, przechodząca przez górny brzeg chrząstki tarczycowej; od przodu guz sięga do prawego stawu mostko-obojczykowego, ku tyłowi przechodzi poza przedni brzeg mięśnia kapturowego. Przy obmacywaniu wyczuwa się dokładnie nierówną powierzchnię obrzmienia, jakoteż i to, że na środku jego ciągnie się rodzaj przewężenia, dzielącego je na dwie guzowatości: przednią i tylną. Poza tem guz jest niezbyt napięty, dość miękki, chęlboczący, nie tętniący. Naciskając nieco mocniej, można wyczuć w głębi przedniej połowy guza części bardziej twarde. Ucisk, kaszel, zmiana położenia nie wpływają zupełnie na wielkość guza. Lewa tętnica szyjowa daje tony czyste, zupełnie prawidłowe. Skóra ponad guzem nie zmieniona. Za pomocą strzykawki Pravatza wydybyto płyn krwisty, od zwykłej krwi żyłnej nieco jaśniejszy. Ilości ciałek krwi nie obliczaliśmy, lecz, o ile się zdawało, płyn zawierał ich nieco mniej, niż krew prawidłowa. Czerwone ciałka krwi przedstawiały przeważnie obraz przemian wstecznych i rzadko układały się w rulony.

¹⁾ Chorego przedstawiałem w Styczniu 1889 r. w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, prof. zaś Efremowski w Towarzystwie lekarzy rosyjskich. W odpowiednich sprawozdaniach krótki opis powyższego przypadku już był pomieszczoney.

W ciągu paru dni następnych guz się powiększał i stawał bardziej napiętym, poczem zaczął się pomalu zmniejszać i tracić napięcie. Jednocześnie na lewej stronie szyi, piersi i na lewej łopatkę wystąpiły rozległe wynaczynienia. W początku Maja wynaczynienia uległy wessaniu i guz zmniejszył się o tyle, że gdy chory opuszczał szpital 9 Maja, obrzmienie miało zaledwie połowę swej poprzedniej wielkości. W parę miesięcy potem guz zupełnie zniknął. Chory objął napowrót obowiązki swoje i pracował, jak poprzednio, czując się zupełnie dobrze. W takim stanie pozostawał do 13 Czerwca 1888 r., w którymto dniu, bez widocznej przyczyny, poczuł dreszcz wstrząsający, a wkrótce potem zauważył pojawienie się guza na lewej stronie szyi. Guz szybko się powiększał i po upływie 6 godzin dosięgnął wielkości pięści. Niebawem wystąpiły: ból lewej połowy głowy, kłucie w lewem uchu, utrudnienie oddechu i skłonność do zemdleń. Chory przez pięć dni pozostawał w domu, lecz ponieważ guz wciąż się powiększał i objawy ucisku wzrastały się, 18 Czerwca znowu zapisał się do kliniki. Tu znaleźliśmy na lewej stronie szyi guz większy, aniżeli w roku poprzedzającym. Ku górze sięga on do żuchwy, ku dołowi do obojczyka, ku przodowi przechodzi nieco na prawo od linii pośrodkowej, ku tyłowi sięga nieco poza przedni brzeg mięśnia kapturowego. Obrzmienie to ma powierzchnię guzowatą, chęłbocze, od obojczyka oddzielić się nie daje. Tętnienia, rozprężania nicma. Przyłożona do guza słuchawka drży zlekka, co zależy widocznie od przeniesienia tętna tętnicy szyjowej na zawartość guza. Tchawica i tętnica szyjowa odepchnięte na prawo. Przy wysłuchiowaniu lewa tętnica szyjowa daje tony słabe, lecz czyste. Chory mówi cicho, skarżąc się na utrudniony oddech i polykanie, oraz na ból w lewej połowie głowy i kłucie w lewem uchu. W dniu 20 Czerwca prof. Efremowski wyciągnął przyrządem Potina około 250 grm. płynu, który okazał się czystą krwią żyłą. Chociaż tym sposobem usunięto tylko część zawartości guza, prof. Efremowski zaniechał dalszego pompowania i ograniczył się do zastosowania ucisku za pomocą opatrunku Mikulicza. Po upływie pół godziny z powodu znacznego bólu wypadło taśmę Martina nieco zwolnić. W nocy ból wystąpił z taką siłą, że trzeba było opaskę zdjąć zupełnie. Rano 21 Czerwca guz dosięgnął prawie takiej samej wielkości, jaką miał przed operacją. 22 Czerwca guz powiększył się znacznie, zwłaszcza ku tyłowi i ku dołowi, opuszczając się poniżej obojczyka. Tętna lewej tętnicy szyjowej nie można wyczuć. W ciągu paru nocy ostatnich chory zupełnie nie spał. Przy unoszeniu głowy uczuwa skłonność do zemdleń, wskutek czego stale leży, trzymając głowę prawie poziomo. Skarży się na mocno utrudnione oddechanie, niemożność tykania, ból gardła. Przy badaniu znaleźliśmy, że prawie cała lewa połowa gardzieli wraz z łukami podniebiennymi i powiększonym migdałem wystereza ku wewnątrz, tworząc rozlane nieco bolesne wypuklenie. W ciągu czterech dni następnych, powyżej opisane objawy wzmogły się jeszcze bardziej. Przy najniższym uniesieniu głowy występowała bladeść twarzy i omdlewanie. Blade-sinawa barwa skóry, wysadzone z oczodołów oczy, skurez mięśni twarzowych zmieniły łagodną przedtem twarz chorego do niepoznania, nadając jej charakter przestachu, ogromnego cierpienia i jednocześnie jakiejś zaciętości. Głos osłabł jeszcze bardziej i ochrypl. W tylnej części guza poza mięśniem mostko-obojczyko sutkowym skóra na guzie zaczerwieniła się na przestrzeni 2 kopejkowej monety. Tętno stale utrzymywało się 90—100, ciepłota rano około 37, wieczorem około 38. Nadto 24 i 25 Czerwca zaznaczono, że chory w nocy mijał. Ponieważ w tym przeciągu czasu klinika z powodu letnich wakacyj uległa zamknięciu i chorych przeniesiono do oddziału dra Orłowskiego, prosiłem tego tego ostatniego, jakoteż drów Matlakowskiego, Jawdyńskiego, Jasińskiego i Gabszewicza o pomoc w danym przypadku. Po parokrotnych naradach zgodziliśmy

się na operacya. Plan takowej był następujący: cięciem, poprowadzonym na wewnętrznej stronie guza, starać się dojść do naczyń głównych i mając takowe pod ręką rozpocząć wyluszczenie samego guza. Gdyby podczas operacyi ściana torbiela uległa rozdarciu, mieliśmy szybko torbiel otworzyć, skrzepy wygarnąć całą jamę wypełnić dużym tamponem i następnie starać się krwotok opanować za pomocą szczypczyków lub w ostatecznym razie zastosować ucisk podług sposobu Mikulicza. Chory początkowo zgodził się na operacyę, gdy jednakże w dniu 26 Czerwca wszystko przygotowaliśmy i chory leżał już na stole, nagle cofnął postanowienie swoje, twierdząc, iż woli umierać bez operacyi. Wobec tego przeniesiono go napowrót na salę. 30 Czerwca chory poczuł się lepiej. W nocy spał wcale nie źle, ból głowy zmniejszył się; chory zażądał jeść. Guz wydaje się nieco mniejszy i mniej napięty; zaczerwienienie skóry w tylnej jego części znika. Od tego czasu datuje się ciągle polepszanie się stanu chorego. Kolejno znikają: ból głowy, szum, i kłucie w lewym uchu; utrudnione oddychanie i połykanie. Pozostał tylko słaby, ochrypli głos. Jednocześnie chory zaczął się podnosić i chodzić. W d. 28 Lipca 1888 roku opuścił szpital w stanie znacznego polepszenia. Guz zmniejszył się o $\frac{1}{3}$ swej wielkości, stał się miękki, niezbyt napięty, pokryty skórą prawidłową. W tylnej części guza można było wyczuć w głębi jakieś części twarde, chrząstkowate, nierówne, robiące wrażenie kamieni żylnych. Chory był jeszcze osłabiony, chodził już jednakże dość dużo. Badanie gardła wykazało, że lewa struna głosowa uległa bezwładowi. Twarz zachowała, choć w mniejszym stopniu, wyraz, jaki na niej wycisnęła choroba. Po powrocie do domu, w ciągu pierwszych kilku tygodni chory prawie wcale nie pracował. Stan jego stopniowo się poprawiał, guz zmniejszał się.

W początku Października 1888 roku obrzmienie na szyi chorego znikło prawie zupełnie, zawroty głowy minęły, twarz odzyskała dawne wejście. Najdłużej stosunkowo, gdyż prawie do końca 1889 r. utrzymywał się bezwład lewej struny głosowej. Obecnie chory nasz pełni obowiązki dawne i czuje się zupełnie dobrze. Przy badaniu znajdujemy tylko, że lewa okolica nadobojezykowa przedstawia się nieco bardziej wypełnioną niż prawa. Obmacując, wyczuwamy w dole nadobojezykowym pod skórą niewielkie twarde guziki (najwidoczniej gruczoły chłonne), rozrzucone wśród tkanki łącznej, robiące wrażenie tkanki siatkowatej o wyraźnych beleczkach i dość dużych oczkach.

II. podobny przypadek miałem możność spostrzegać w Marcu 1890 r. Józef M., 23-letni kolonista z Wilanowa, zawsze zdrowy od urodzenia, w pierwszych dniach Stycznia 1890 r. zauważył na prawej stronie szyi guz, wielkości małego jaja kurzego. Guz ten leżał nad obojezykiem poza tylnym przyczepem mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego i żadnych dolegliwości choremu nie sprawiał. W połowie Marca tegoż roku zaczął się guz szybko powiększać i rychło doszedł do rozmiarów pięści. Jednocześnie stał się on bardziej twardy i napięty; chory począł czuć mocny ból w prawem ramieniu, co zmusiło go udać się o poradę do kol. Leszczyńskiego, któremu zawdzięczam możność oglądania chorego. Badając go z kol. Leszczyńskim znaleźliśmy co następuje: mężczyzna dobrze i prawidłowo zbudowany. Na prawej stronie szyi wystaje duży guz, wielkości pięści dobrze zbudowanego mężczyzny. Guz ten leży nad obojezykiem, od którego daje się łatwo odsunąć ku górze; ku przodowi podchodzi on pod mięsień mostko-obojezyko-sutkowy, tylnym zaś swym brzegiem leży na mięśniu kapturowym. Guz ten, pokryty skórą prawidłową, daje się nieco przesunąć ku górze i na boki, ma po-

wierzchnię gładką, jest mocno napięty, sprężysty. Sam guz nie tętni, żadnych szmerów nie wydaje; przyłożona do niego słuchawka drży zlekka, najwidoczniej wskutek przeniesienia drgań tętnicy szyjowej na zawartość guza. Ucisk, zmienia położenia i t. p. na wielkość guza nie wpływają. Za pomocą strzykawki Pravatza udało się nam wydobyć czystą krew żyłą, co nas utwierdziło w przekonaniu, że mamy do czynienia, jak w przypadku pierwszym, z torbielem krwistym szyi. Na zaleconą operację chory początkowo się zgodził, lecz później się rozmyślił i powrócił do domu. Tu po kilku dniach guz się jeszcze bardziej powiększył, przyczem wzmogły się bóle w ramieniu i uczucie napięcia w guzie. Chory zwrócił się o poradę do jednego w warszawskich ambulatoriów szpitalnych, gdzie go zbyt nieczem. Wówczas poszedł do felczera, który go odtąd pielęgnował, smarując jakąś maścią i bandażując. Po upływie 5 tygodni od czasu, gdy guz zaczął się szybko powiększać, chory zauważył zmniejszanie się jego. W ciągu kilku tygodni guz znikł zupełnie. Dopiero w połowie Czerwca chory znowu zauważył zjawienie się niewielkiego guzika w poprzednim miejscu. Przypisuje on to ciężkiej robocie w polu, jakiej musiał się w tym czasie oddawać. W pierwszych dniach Lipca miałem możliwość chorego widzieć po raz drugi. Miał on nad prawym obojczykiem poza tylnym przyczepem mięśnia mostko-obończyko-sutkowego guzik wielkości jaja gołębiego, miękki, gładki, łatwo przesuwalny pod skórą. Guzik ten choremu żadnych dolegliwości nie sprawiał, to też nie mogło być mowy o operacji.

W obudwu powyżej opisanych przypadkach mieliśmy do czynienia z torbielami krwistymi szyi. Wprawdzie nie mogliśmy rozpoznania tego potwierdzić za pomocą operacji, niemniej przeto wszystkie objawy, choroby i sam jej przebieg, o ile się zdaje, stanowczo za tem przemawiają. Zanim przejdę do ogólniejszych wniosków, jakie mi przypadki, przeze mnie spostrzegane, nastęrczają, uważam za korzystne przytoczyć streszczenia przypadków krwistych torbieli szyi, jakie w dostępnej mi literaturze odszukać mogłem. Takowe opisali:

1. Volkmann. Dziewczynka l. 4. W drugim półroczu życia zjawił się niewielki guz pod lewym kątem żuchwy. Zastosowano początkowo ucisk, lecz guz pomimo to powiększał się. Doszedłszy wielkości jaja gęsiego, guz zaczął wywoływać objawy utrudnionego oddychania, co czasami w nocy dochodziło do zaduszania. Przy badaniu znaleziono guz, sięgający ku górze do jamy ustnej i do podstawy czaszki, ku tyłowi do kręgosłupa, ku linii środkowej wchodzący pomiędzy przełyk i kręgosłup. Guz ten raz był większy i bardziej napięty, drugi raz mniejszy i miękki. Nadto okazywał chębotanie i przy naciskaniu znikał prawie zupełnie by pokazywać się nanowo przy zaprzestaniu ucisku. Skóra nie zmieniona. Rozpoznano torbiel krwisty. Volkmann wprowadził 2 cienkie igły, pozostawiając je przez 7 dni, poczem guz nieco stwardniał. Następnie wprowadzono 3, a potem 2 igły, pozostawiając je w ciągu 3 tygodni. Guz zmniejszył się i stał jednolicie twardy. Po dniach kilkunastu guz zaczął znowu mięknąć. Wówczas znowu wprowadzono 3 igły. Posokowate ropienie w guzie. Przecięcie i założenie sączków nie pomogło. Dziecko umarło 73 dnia od początku leczenia przy objawach ropnicy z zapaleniem opon i tężcem. Oględziny pośmiertne wykazały, że żyła szyjna wspólna lewa tuż ponad obojczykiem rozszerzała się, tworząc rodzaj worka, którego dolny koniec

przechodził bezpośrednio w żyłę, górny zaś kończył się ślepo. Górnej części żyły wspólnej, idącej w kierunku *foraminis laceri* zupełnie nie znaleziono, jakoteż nie znaleziono i tego otworu. Najwidoczniej brakowało go przy urodzeniu lub też, być może, później zarósł. Badając worek, znaleziono, że wewnętrzna jego powierzchnia w wielu miejscach pokryta była siatką beleczek, pomiędzy którymi leżały małe, płaskie zagłębienia. W tem miejscu, gdzie z worka wychodziła żyła, w ścianie jego można było widzieć małe otwory, odpowiadające wpadającym do niego naczyniom. Wewnętrzna warstwa worka składała się ze znacznej ilości rozpadających się ciałek zapalnych, pomiędzy którymi w niewielkiej ilości leżały włókna. W niewielu tylko miejscach zauważono ślady śródbłonka. W warstwach bardziej zewnętrznych drobnokomórkowe nacieczenie zmniejszało się, ustępując miejsce tkance łącznotkankowej. Belecзки zawierały dużo włókien sprężystych i komórek wrzecionowatych. Anatomiczne rozpoznanie brzmiało: Angioma cavernosum haematocysticum v. jugularis comm. sin.

2. Koch. Dziewczynka 18-miesięczna. Wkrótce po urodzeniu zauważono w prawej odolicy nadobojezykowej guzik wielkości orzecha, sinawy, przy krzyku napężający się mocniej. Naciskaniem w kierunku do serca można było guz zupełnie opróżnić, zjawiał się on jednakże napowrót, jak tylko zaprzestawano uciskania. W 4 miesiącu nie można już było guza odprowadzić i wszelkie próby zmniejszenia go uciskiem wywoływały groźne objawy zaduszenia. Guz stopniowo się powiększając, doszedł wielkości jaja gęsiego. Zastosowano zimne okłady i ucisk opaską elastyczną. Dziecko zmarło i sekcya wykazała, zupełny brak prawej żyły podobojczykowej. Na prawej żyłę bezimienną w tem miejscu, gdzie od niej zwykle oddziela się żyła podobojczykowa, znajdowały się dwa małe dołeczki. Zamiast niedostającej żyły podobojczykowej znaleziono trzy nierównej wielkości pęcherze, łączące się ze sobą za pomocą przesmyku (isthmus). Przesmyk ten biegł od zewnętrznego brzegu m. dźwigacza żeber poza żyłą szyjną wspólną i miał wielkość palca. Największy z pęcherzy leżał w dole nadobojezykowym i był jedyny, widzialny za życia. Drugi, spłaszczony pęcherz przechodził poza prawą żyłą wspólną szyj do podstawy gruczołu tarczowego, sięgając poza linię środkową na lewo. Wreszcie trzeci poza żyłą bezimienną prawą i żyłą główną górną ciągnął się do śródpiersia tylnego, mając wielkość jabłka. Ten ostatni za życia wypełniał całą tylną i boczną okolicę opłucnej, odsuwając płuco na lewo. Żaden z tych pęcherzy nie łączył się z naczyniami. Zawartość ich stanowiła ciemna krew i skrzepy włóknikowe. Ściany worka, nierównej, lecz wszędzie znacznej grubości, przedstawiały siatkowatą, gąbczastą tkankę, której wewnętrzna powierzchnia beleczkowatą budową swoją przypominała wewnętrzną powierzchnię serca. Grubość beleczek rozmaita. Najwięcej ich w pęcherzu nadobojezykowym; w dwóch pozostałych pęcherzach tworzyły one szerokie i wysokie przegrody, dzielące jamę guza na oddzielne komory. Śródbłonka nie znaleziono. Ślady warstwy wewnętrznej ściany naczyniowej i zewnętrznej, brak warstwy środkowej. W wewnętrznej warstwie worka znaleziono dużą ilość komórek wrzecionowatych, a bardziej na zewnątrz — liczne włókna sprężyste. Żadne większe naczynie nie łączyło się z torbielem. Powstanie jego K. objaśnia wadę rozwojową.

3. O. Günther. Mężczyzna l. 27. Guz wielkości orzecha łaskowego zjawił się w 25 roku życia chorego. Rosnąc pomalu, guz dosięgnął wielkości orzecha włoskiego, poczem zmniejszył się nieco. Następnie guz znowu się powiększał. Do szedłszy wielkości jaja gęsiego, zaczął wywoływać zaburzenia czynnościowe, co zmusiło chorego zapisać się do szpitala. Tu zastrzyknięto do guza nalewkę jodową, poczem szybko dosięgnął on wielkości pięści. Dwukrotnie zastosowano przekłu-

cie, wypuszczając za każdym razem pełną szklanę jasnego płynu barwy słomkowej. Guz napełniał się znowu. Wówczas zrobiono próbne przecięcie, przyczem połała się obficie krew żylna. Ranę natychmiast zaszyto. Nastąpiło zagojenie, guz jednakże powrócił na nowo, co zmusiło chorego zapisać się do oddziału Hüttera. Tu znaleziono w prawej okolicy podżuchwowej guz okrągławy, owalny, chelboczący, wielkości dwóch pięści, zajmujący całą prawą połowę szyi aż do wyrostka sutkowego i linii pośrodkowej. Długość guza 21 cm, szerokość 14 m. Krt n przesunięta na lewo; oddechanie nieco utrudnione. Na górnej powierzchni guza uwidoczniają się dwa wypuklenia. Guz nieco przesuwalny, chelbocze. Przy naciskaniu występuje ból, rozszerzający się na ramię. Guz można wyczuć przez jamę ustną, napychając go od zewnątrz. Hütter wykonał wyluszczenie guza. Operacja była nader trudna. H. oddzielił najprzód wielkie naczynia szyi poniżej guza i dla pewności nałożył tymczasową podwiązkę na tętnicę szyjową wspólną. Oddzielając guz dalej, przekonał się, że jego odcinek wewnętrzny wciskał się pomiędzy tętnicą dotwarzową i domózgową, będąc pokryty od zewnątrz przez tętnicę potylicową. Oslatnią H. podwiązał i sam guz odłączył od tętnic głównych, dosięgając przytem tylnej ściany przełyku. Po wyluszczeniu guza pokazała się rana, sięgająca od mięśnia kapturowego do linii środkowej. W głębi rany tętniła tętnica szyjowa, lecz nie było ani śladu żyły, jej towarzyszącej. Tylko ponad dolnym brzegiem rany ujrzano zielejące światło naczynia, średnicy 1 cm., należące widocznie do dolnego odcinka żyły szyjnej wspólnej. Światło to natychmiast zaciśnięto palcem i żyły podwiązano. Po operacji wystąpiły zaburzenia ze strony nerwu spółczulnego (rozszerzenie źrenicy w ciągu pierwszych 24 godzin). Wyzdrowienie zupełne. Badanie makro-mikroskopowe wykazało: wewnętrzna powierzchnia wyciętego worka ma wielkie podobieństwo do wewnętrznej powierzchni serca. Na ścianach jamy występują wyraźnie tasienkowate pęczki, składające się przeważnie z organizującego się włókniaka. W przestrzeniach pomiędzy nimi wystają brodawkowate twory, składające się z delikatnej tkanki włóknistej z niewielką ilością włókien sprężystych. Grubość samych ścian worka rozmaita; w jednych miejscach są one cienkie, w innych coś dosięgają grubości ściany serca. W skład ich budowy wchodzi przeważnie delikatna tkanka włóknista, oraz duża ilość włókien sprężystych i nieco komórek wrzecionowatych. Günther przypuszcza, że powstanie torbiela spowodowane było wadliwym rozwojem układu żylnego, lub też, być może, było to proste rozszerzenie żyły (varix).

4. Krönlein. Mężczyzna l. 24. Guz wielkości śliwki zjawił się w 20 roku życia chorego w lewej okolicy nadobojezykowej. Wkrótce potem zniknął on prawie zupełnie, lecz po upływie roku znowu się pokazał i odtąd wciąż się powiększał. Przy badaniu znaleziono guz wielkości pięści, mało przesuwalny, napięty, sprężysty, od ucisku nie zwniejszający się. K. wykonał wyluszczenie guza, przyczem pokazało się, że leżał on pod skórą i powięzią, ku tyłowi podchodził pod mięsień kapturowy, ku dołowi zaś pod obojezykiem sięgał do 1 żebra. Wyluszczenie szło łatwo aż do szypułkowatego wyrostka, idącego pod obojezyk. Po przecięciu tego wyrostka połała się obficie krwista zawartość guza. Przebieg pooperacyjny, powikłany zapaleniem gardła i różą przyranną, zakończył się wyzdrowieniem. Wewnętrzna powierzchnia torbiela przedstawiała liczne zagłębienia.

5. Wolff. Z powodu krwistego torbiela szyi wykonano operację wyluszczenia guza dwukrotnie. Przy pierwszej operacji, o ile się zdawało, torbiel nie łączył się z żyłą. W 3 lata potem z przyczyny powrotu guza przedsięwzięto drugą operację. Guz zmniejszał się przy uciskaniu i łączył się z żyłą wspólną szyjową. Samą operację W. wykonał w ten sposób, że oddzieliwszy górną część guza, wypuścił najprzód zawartość za pomocą cienkiego trójgrańca. Następnie, uchwy-

ciwszy ścianę torbiela palcami. nałożył poniżej podwiązkę. Teraz poniżej pierwszej podwiązki nałożył drugą, poniżej drugiej trzecią i t. d. aż do samej żyły. Nastąpiło wyzdrowienie.

6. Wolff. Kobieta 21 l. Guz zjawił się w 15 roku życia, rósł pomalu i zaczął chorą niepokoić najbardziej po ostatniej ciąży. Guz przy naciskaniu ginie, potem ukazuje się znowu. Wielkość guza zmienna, zależnie od położenia i innych warunków (od jaja kurzego do pięści). Guz leży w lewym dole nadobojczykowym, chełbocze i zawiera krew. Chorą W. przedstawił w Towarzystwie lekarskiem berlińskim. Z powodu ciąży operację odłożono. Völker wspomina, że była ona później wykonana, lecz że wszelkich danych odnośnie do takowej brakuje.

7. Glück. Dziewczyna l. 16. Guz zjawił się w 6 roku życia; wielkość jego zmieniała się, to się powiększając, to zmniejszając. Pod uciskiem guz znika, występując zaraz na nowo, gdy ucisku zaprzestać. Kaszel, zatrzymanie oddechu wywołują powiększenie guza. Guz zawierał czystą krew i łączył się szerokim otworem z żyłą wspólną szyjową. Operację zamierzano wykonać podług sposobu Wolffa. Najprzód oddzielono dośrodkowy odcinek żyły; odłączono teraz $\frac{1}{4}$ część worka, nałożono nań podwiązkę, pod którą nakładano kolejno nowe podwiązki, coraz bardziej zbliżając się do żyły szyjowej wspólnej. Ostatnia podwiązka nagle się zesłiznęła, powodując krwotok gwałtowny, który opanowano dopiero po podwiązaniu dośrodkowego końca żyły. Teraz pozostała przy odśrodkowym końcu żyły część worka schwyceno szczypcami, obkluto igłą tętniakową i podwiązano. Operacja trwała 3 godziny. Wyzdrowienie. Makro-mikroskopowe badanie worka wykazało, że tworzyła go tkanka łączna. Wewnętrzna powierzchnia guza zawierała liczne brodawki i kosmki, podobne do kosmków kiszkowych i wszędzie pokryte nabłonkiem wałeczkowatym i wielowarstwowym. Worek łączył się za pomocą szerokiego otworu z żyłą wspólną szyjową. Opierając się na obecności nabłonka wałeczkowego wielowarstwowego, G przypuszcza, że torbiel krwisty wytworzył się za szczeliny skrzelowej, która później połączyła się z żyłą. Połączenie to mogło powstać wskutek ucisku torbiela na żyłę lub odwrotnie.

8. Glück. Wiadomo tylko tyle, że przy wyluszczeniu torbiela szyi wypadło podwiązać żyłę szyjową wspólną i żyłę podobojczykową. Czy guz łączył się z temi żyłami, nie wiadomo.

9. Glück. Przypadek, operowany przez Langenbecka, dotyczył torbiela mocno napiętego, wielkości dwóch pięści. Wyluszczenie z podwiązaniem żyły wspólnej szyjowej. Wyzdrowienie. Worek torbiela tworzył żyłakowate rozszerzenie żyły wspólnej szyjowej, od której zdołał się oddzielić (Cystische Abschnürung v. jugularis comm.).

10. Baiardi. Guz w prawej okolicy nadobojczykowej wielkości jaja kurzego, odsuwający tętnicę szyjową ku przodowi i sięgający pod mięśniami mostko-obojezyko-sutkowym do brzegu mięśnia kapturowego. Wyluszczenie. Oprócz rozszerzenia żyły szyjowej zewnętrznej znaleziono brak żyły szyjowej wewnętrznej. Na mocy badania makro-mikroskopowego autor odnosi pochodzenie torbiela do złożenia w początkowym rozwoju układu żylnego.

11. Ranschhoff. Osoba l. 34. Guz rósł l. 14. Siega on od wyrostku sutkowego prawie do mostka, jest ruchomy, miękki, ma postać gruszkowatą, chełbocze, przy kaszlu, ucisku i t. p. wielkości nie zmienia. Wyluszczenie poszło łatwo. Torbiel nie łączył się z żadną żyłą. Obnażona podczas operacji żyła szyjna wewnętrzna otoczona była twardą, zgrubiałą tkanką łączną. Torbiel zawierał krew płynną. Wewnętrzna powierzchnia worka była gładka, lśniąca, jak powierzchnia śródsierdzia.

W wielu miejscach na niej znajdowały się przegródki, przypominające *chordae tendinae*. Pokrywał ją śródbłonek. Autor przypuszcza, że pierwotnie torbiel łączył się z żyłą szyjową wewnętrzną.

12. Weil. Dziecko 1-letnie. W prawej okolicy nadobojczykowej guz wielkości małej pięści; do tej wielkości doszedł on w ciągu 3 tygodni. Chęłbotanie; zawartość guza — krew. Wyluszczenie nader trudne; guz leżał w kącie rozchodzenia się żyły podobojczykowej i szyjnej wewnętrznej. Wyzdrowienie. Cały worek za pomocą wysokiej przegrody rozdzielony na 2 komory, wypełnione krwią. W ścianach każdej z obu komór znaleziono małe dodatkowe torbiele, wypełnione limfą. Wewnętrzna powierzchnia jednej z jam gładka, druga pokryta występami w rodzaju przegródek. Śródbłonek nie znaleziono. Rozpoznano: *lymphangioma multiloculare*, które przeszło w torbiel krwisty wskutek rozerwania się naczyń ściany torbieli i obfitego krwotoku.

13. Völker i Franke. Chłopczyk 1. 1½. Guz zauważono poraz pierwszy na 6 tygodni przed operacją. Od tego czasu urosł on do wielkości jaja kurzego. Zaczynając się na wysokości krtani, guz leży na naczyniach przy brzegu przednim mięśnia mostko-obojęzyczko-sutkowego. Powierzchnia guza nierówna, z wypukleniami. Sam guz napięty, przesuwalny, chęłbocze, nie zmienia się przy ucisku, kaszlu i t. p. zawiera krew. Völker wyluszczył torbiel. Operacja trwała 1½ godziny. Podczas wyluszczenia torbiel pękł, przyczem wylała się gęsta, ciemna, czerwono-brunatna krew. Razem z torbielem wyjęto parę gruczołów wielkości orzecha laskowego. Żyłę szyjową wewnętrzną nie było potrzeby podwiązywać. Pozostała w worku krew w ciągu całej godziny po operacji nie krzepła; pewna ilość czerwonych ciałek krwi przedstawiała zmiany wsteczne, jednakże inne były nie zmienione i układały się w rulony; białe ciała krwi w ilości prawidłowej. Wobec tego bardzo prawdopodobnym wydaje się związek torbieli z żyłą; być może związek ten przerwał się niedawno przed operacją, gdyż nie można było odszukać żadnego światła w ścianie torbieli. Wewnętrzna powierzchnia worka pokryta siatką beleczek, co nadaje jej podobieństwo do wewnętrznej powierzchni serca. Grubość ściany torbieli rozmaita: w zagłębieniach pomiędzy beleczkami ściana bardzo cienka, podobna do ściany żył, w innych miejscach grubsza. W ścianie worka znajdują się małe tętniczki i żyły, oraz niewielka ilość przestrzeni chłonnych. Warstwa naczyniowa wewnętrzna rozwinięta słabo, śródbłonek niezachowany, włókien sprężystych niewiele. Warstwa średnia ze swym pokładem mięśniowym występuje nader wyraźnie, warstwa zewnętrzna składa się z luźnej tkanki falistej z wrzecionowatymi komórkami. Belecзки wyróżniają się tylko silniejszym rozwinięciem warstwy średniej i zewnętrznej. Obok torbieli dużego znaleziono kilka małych, połączonych z nim luźno. Ściany ich były cienkie z małymi beleczkami wewnątrz, ze śródbłonkiem, niewyraźną błoną wewnętrzną, niewielką ilością włókien sprężystych, z falistą tkanką łączną i komórkami wrzecionowatymi. Włókien mięsnych wcale nie było. Opierając się na powyższych danych, Franke przypuszcza, że miano tu do czynienia z torbielem, który powstał z naczyniaka jamistego.

14. Bayer. Dziewczynka 1-letnia. Wkrótce po urodzeniu zauważono niewielkie obrzmienie w prawym dole nadobojczykowym, które jednakże zaczęło szybko wzrastać dopiero w ciągu ostatnich tygodni przed operacją. W prawej okolicy nadobojczykowej wystawał guz sinawy, za pomocą przewężenia dzielący się pośrodku na dwie części, wielkości orzecha włoskiego każda. Guz chęłbocze, i nie zmniejsza się od ucisku, lecz przy krzyku wydaje się bardziej napiętym. Przednia część guza wchodzi się w kąt pomiędzy obojęzkiem i mięśniem mostko-obojęzyczko-sutkowym, tylna zaś leży na przedniej części mięśnia kapturowego. Wyluszczenie guza udało się nader łatwo bez podwiązywania żadnej większej żyły. Guz leżał

wśród obfitej tkanki tłuszczowej, w której można było zauważyć dużą ilość gruczołów chłonnych rozmaitej wielkości. Niektóre z nich zawierały pęcherzyki z krwistą zawartością. Wyzdrowienie. Torbiel przedstawiał jedną komorę o ścianach rozmaitej grubości (od grubości papieru do $1\frac{1}{2}$ mm.). Zewnętrzna luźna tkanka łączna daje się wszędzie łatwo oddzielić od właściwej wewnętrznej błony torbiela. Wewnętrzna powierzchnia jego miejscami éma, gładka, miejscami zaś przedstawia beleczki i zagłębienia. Żadnego połączenia z większą żyłą nie znaleziono. Zawartość guza stanowiła nieco zgęszczona, ciemna krew. Badanie drobnowidzowe wykazało, że ściany guza wogóle składały się z tkanki łącznej, miejscami ułożonej pęczkami, miejscami siatkowato, miejscami zaś przypominającej młodą tkankę ziarninową ze znaczną ilością ciałek limfatycznych. Zewnętrzna warstwa ściany guza składała się z tkanki luźniejszej i obfitowała w naczynia krwionośne oraz duże próżne przestrzenie wysłane śródbłonkiem, z których jedne nosiły na sobie charakter naczyń chłonnych, drugie zaś zwykłych szczelin w tkance łącznej. Wewnętrzną warstwę ściany torbiela tworzyła tkanka łączna bardziej zbita, z mniejszą ilością naczyń. Kończyła się ona na powierzchni wewnętrznej wystrzępieniami, nadżarciami, lub też przechodziła w równoległe ciągnące się szeregi komórek wrzecionowatych. Miejscami te końcowe, wyścielające wewnętrzną powierzchnię worka pokłady komórek robiły wrażenie śródbłonka. Niewątpliwy śródbłonek spotykał się rzadko. Podobną zupełnie budowę posiadały grubsze beleczki. To tylko w nich zwracało uwagę, że wśród wyżej opisanej tkanki spotykano tu często okrągławe ogniska dobrze zachowanej tkanki gruczołowej (adenoidalnej) z przejściami do naciecznej tkanki tłuszczowej z rozradzającymi się jądrami. Śródbłonek był tu dobrze zachowany. B. zwraca uwagę na opisane ogniska tkanki gruczołowej w połączeniu z rozrastającą się tkanką tłuszczową. Sądzi on, że są to resztki zarodkowych gruczołów chłonnych. Badanie otaczającej torbiel tkanki tłuszczowej i wyłuszczonych gruczołów chłonnych wykazało, że i tu zmiany były znaczne. Wyjęta z dołu nadobojczykowego tkanka tłuszczowa przedstawiała w wielu miejscach rozradzanie się jąder (Kernwucherungsvorgänge) i ograniczone nacieczenia, mające dużo podobieństwa do zarodkowych zawiązków gruczołów chłonnych (embryonale Lymphdrüsenanlage). Usunięte razem z torbielem gruczoły limfatyczne przedstawiały bardzo luźną budowę follikulów, silnie rozwiniętą wnękę, niepomierzenie bogate unaczynienie, w wielu miejscach bardzo duże przestrzenie limfatyczne i jamy krwią wypełnione. Opierając się na powyższych danych, B. powstanie torbiela krwistego objaśnia zarodkowymi zaburzeniami w rozwoju gruczołów chłonnych. Przytem zaburzeniom tym uległy zarówno naczynia chłonne, jakoteż i krwionośne.

15. Meyer. Przypadek, operowany przez Alsberga, wykazał torbiel krwisty, powstały przez wrodzone rozszerzenie spłotu żylnego.

16. Langenbeck. Mężczyzna l. 58, rolnik, przed 5 laty zauważył guz na prawej stronie szyi. Niebawem potem podobne guzy zjawily się w dołku nadmostkowym i nad lewym obojczykiem. Utrudnienie ruchów szyi i oddechania. Przed rokiem guz nad mostkiem otworzył się za pomocą małego otworu, powodując krwotok. Od tej pory krew sączyła się w ciągu całego roku. Przy badaniu w najwyższym stopniu bezkrwistej i osłabionej osoby, znaleziono nad mostkiem mały otwór, z którego się krew sączyła w ilości uncyi na dobę. Na obu stronach szyi chelboczące obrzmienia, gruczoły chłonne powiększone. Próby zatrzymania krwawień za pomocą przyżegania lapisem, półtorochlorkiem żelaza, rozpalonem żelazem okazały się bezowocnymi i chory umarł. Sekcyi nie było.

17. Gurlt. Przypadek z kliniki Langenbecka. Guz zjawił się, gdy chory miał 2 lata. Dffenbach wówczas zrobił przecięcie, poczem nastąpił obfity krwotok.

Pod okładami z lodu i uciskiem rana się zagoiła, lecz już po upływie dni 14 na zewnątrz od zagojonej rany wystąpił nowy guz wielki jak kurze jaje. Do l. 15 pozostawał on bez zmiany, potem zaś poczęły się wahania w jego rozmiarach: to rósł, to zmniejszał się. Przed wstąpieniem do kliniki guz zaczął szybko rósć i boleć. Przy badaniu znaleziono w dole nadobojezykowym lewym guz większy od pięści, rozszerzający się ku tyłowi pod mięsień kapturowy, chelboczący i niknący zupełnie pod uciskiem, po zaniechaniu którego natychmiast się zjawia. Przy naciskaniu guza występuje ból w lewym ramieniu. Zrobiono przekłucie cienkim tenotomem z wypuszczeniem pół kwarty krwi żyłnej, poczem guz się jednak nie zmniejszył. Ucisk i zimne okłady. Zapalenie i zropienie guza. 5 dnia po przekłuciu z guza czerwono-brunatna ropa, poczem objawy zapalne przycichły. Ponieważ w 11 dni później otwór się zasklepił, otworzono go przy pomocy zgłębnika, który swobodnie poruszał się w obszernej jamie. Wyleczenie po upływie miesiąca od czasu zapisania się do kliniki.

18. Gurlt. Przypadek z kliniki Langenbecka. Chłopiec l. 18. Przy urodzeniu zauważono guz wielkości bobu w prawym dole nadobojezykowym. Po upływie 3 miesięcy, gdy guz ten osiągnął wielkości orzecha włoskiego, pod prawym obojezykiem pokazał się drugi guz. W 4 roku oba guzy, widocznie łączące się ze sobą, doszły do wielkości pięści i tak pozostały do 16 roku, poczem rosły dalej. Przy badaniu znaleziono jeden guz, zajmujący całą okolicę nadobojezykową prawą, z przodu sięgający do mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego, z tyłu do grzebienia łopatki. Drugi guz, leżący pod prawym obojezykiem, sięgał tylnym swym brzegiem do linii pachowej, przednim — do linii brodawkowej, dolnym — do 5 żebra. Guzy łączą się ze sobą, chelboczą, dają uczucie słabego tętnienia wskutek przeniesienia się na nich tętna z tętnicy p. obojezykowej. Przekłucie górnego guza za pomocą cienkiego tenotomu i wypuszczenie ciemnej krwi nie wpłynęło na zmniejszenie obrzmienia. Po 8 dniach przekłucie dolnego guza z takim samym wynikiem, po dniach 5 znowu przekłucie dolnego guza. Ból w obu guzach, gorączka, majaczenie. Dolny guz zaczął twardnieć; znowu 2 razy go nakłuto, przyczem krwi wyszło już niewiele. Z otworów w dolnym guzie początkowo wydzielala się surowica, potem czerwono-brunatna ropa. Górny guz począł się zmniejszać. Po jakimś czasie wyciśnięto z dolnego guza znaczną ilość żółtej ropy. Chory zapadł na obustronne zapalenie płuc, poczem część skóry i tkanki podskórnej na dolnym guzie obumarła. Po upływie dni 45 od czasu wstąpienia do kliniki chory takową opuścił. Powierzchnia, na której skóra zmartwiała, pokryta była zdrową ziarniną. Ponad obojezykiem powstał twardy guzik, nie większy od orzecha laskowego.

19. Gurlt. Przypadek z kliniki Langenbecka. Guz na lewej stronie szyi pod mięśniem mostko-obojezyko-sutkowym 8 cm. szeroki i 10 cm. długi. Za pomocą przekłucia wypuszczono płyn surowiczy ze krwią zmieszany. Po upływie dni 5 torbiel znowu się napełnił.

20. Billroth. Dziewczynka l. 3½. Guz, najwidoczniej wrodzony, na lewej stronie szyi przy gruczole tarczycowym. Po przekłuciu połała się czysta krew. Po upływie dni 14 torbiel znowu się napełnił. Przekłucie ponowne ze wstrzyknięciem nalewki jodowej. Po roku nie było nawrotu.

21. Schede. Przypadek z kliniki Volkmanna. 3-letnia dziewczynka na lewej stronie szyi, w górnym trójkącie ma guz wielkości jabłka, niezbyt napięty, nie zmieniający swych wymiarów. Przekłuciem wydobyto czystą krew. Po kilku tygodniach guz napełnił się znowu. Ponowne nakłucie ze wstrzyknięciem nalewki jodowej. Wyzdrowienie.

22. Michaux. Przypadek, operowany przez Stanleya. Młodzieniec l. 16. Bardzo duży guz na lewej stronie szyi. Przekłucie z wypuszczeniem 16 uncyj krwi. Wynik niewiadomy.

23. Michaux. Dziewczyna l. 31. Bardzo duży guz, zajmujący boczną i przednią powierzchnię szyi od ucha i przedniego brzegu mięśnia kaptrowego do mięśnia żwacza i wcięcia mostka. Zrobiono dwa nakłucia w dwóch miejscach guza, przyczem pokazała się jasna krew. W 3 tygodnie potem na miejscu ukłucia wytworzył się ropień, z którego wylała się filiżanka ropy. Ropień stopniowo zmniejszało się, otwór zarósł; sam guz tymczasem na nowo się powiększył.

24. Michaux. Mężczyzna l. 35. Guz jajowaty na lewej stronie szyi, który rozciągał się od żuchwy do połowy szyi. Dwoma nakłuciami trójkątnie wypuszczano krew z strzępami włókniaka. Wyniku żadnego.

25. Michaux. Chłopiec l. 17. Guz, zajmujący lewą połowę szyi. Tętnica szyjowa wspólna odsunięta ku tyłowi i wygięta z wklęsłością ku przodowi. Przy każdym skurcu serca tylna część guza napina się bardziej, co zależy widocznie od przeniesienia na niego tętna tętnicy szyjowej. Przekłucie. Przy ruchach pochewki trójkątnej wyczuwa się trzeszczenie, jakby wskutek rozgniatania włókniaka. Początkowo przez pochewkę wypłynęło niewiele gęstej krwi i dopiero po przepchnięciu jej światła zgłębnikiem połała się obficie krew. Ranę uciśnięto. Początkowo guz się zmniejszył, jednakże później dosięgnął większych rozmiarów, niż przed operacją.

26. Hey. Dziecko l. 4. Guz sinawy na lewej stronie szyi, początkowo niewielki, potem szybko powiększający się w ciągu 2 tygodni. Rozpoznano rozszerzenie żyły, być może, żyły szyjnej. Przekłucie i wypuszczenie 2 drachm ciemnej krwi, która się później jeszcze sączyła w ciągu 2 godzin. Na drugi dzień drugie, a wchodzi potem trzecie nakłucie. Przy ostatnim wypłynęło krwi niewiele. W ciągu następnego tygodnia guz się znowu powiększył. Zrobiono jeszcze dwa przekłucia, po których guz począł się zmniejszać i w końcu zupełnie zniknął.

27. Warren. Guz wielkości pomarańczy leży pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym. Przekłucie z wypuszczeniem 4 uncyj krwi, która długo się jeszcze potem sączyła. Ból i zapalenie worka. Wytworzenie się przetoki na miejscu ranki.

28. Costelli. U młodej dziewczynki guz na prawej stronie szyi pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym. Guz zjawił się po podniesieniu znacznego ciężaru i miał wielkość orzecha włoskiego. Za pomocą próbnego przekłucia otrzymano krew. Leczenie za pomocą wprowadzania igieł, początkowo 2, potem 3. Raz wypłynęła przytem kropla gęstej rozkładającej się krwi, drugi raz powstało mocne zapalne obrzmienie z silnym bólem, wskutek czego musiano przerwać wprowadzanie igieł. Po 11 posiedzeniach guz zniknął zupełnie.

29. Woerner. Guz w okolicy gruczołu tarczowego, który przyjęto za wół torbielowy. Wstrzyknięto nalewkę jodową, co spowodowało śmierć. Pokazało się, że to był torbiel krwisty.

30. Orłowski wykonał wyłuszczenie krwistego torbiela szyi u żyda w średnim wieku. Torbiel pod postacią guza zajmował lewą okolicę nadobojęczkową, zawierał krew ciemną i z żadnem większem naczyniem się nie łączył. Rana po operacji goiła się dobrze, gdy nagle chory umarł. Sekcyi nie robiono; przyczyna śmierci niewiadoma.

Franke wspomina jeszcze o 3 wypadkach Buscha, nie podając jednakże żadnych szczegółów. Niektórzy autorowie przytaczają jeszcze inne przypadki, których atoli, ściśle mówiąc do torbieli krwistych zaliczać nie można. Do takich naprz. należą przypadki Siebolda i Holmesa Coote, które G. Günther przytacza. W pierwszym z nich 19-letniej dziewczynie wyłuszczone guz wielkości

jaja strusiego, zawierający krew skrzepłą i dużo galaretowatej masy. Widocznie byłto krwistek, być może, pochodzenia urazowego. W drugim przypadku, dotyczącym młodej kobiety, guz znajdował się ponad lewym obojczykiem i zawierał płyn jasno-żółty. Płyn ten wypuszczono i zauważono, że tylko ostatnie ilości jego zawierały domieszkę krwi. Dopiero gdy na drugi dzień z powodu ponownego napełnienia guza wykonano drugie przekłucie, połał się płyn blade-czerwony. Widocznie miano tu do czynienia z torbielem surowiczym, w ścianach którego po wypuszczeniu części płynu powstały wynaczynienia.

Do rzędu takich nieokreślonych ściśle przypadków należą także podane przez Durhama i Rosego na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy londyńskich. Przypadek Durhama dotyczył 14-letniego chłopca, który posiadał duży, chełboczący guz na lewej stronie szyi. Guz ten poraz pierwszy zauważono przed 4 laty. Przed 2 laty go przekłuto, przyczem pokazała się krew i surowica. Potem dwakroć jeszcze powtarzano przekłucie bez skutku. Jaka była wówczas zawartość guza, sprawozdawca nie wspomina. Rose widział mężczyznę l. 55 z torbielem na szyi, zawierającym płyn przeźroczysty. Guz powiększył się i stwardniał raptownie po uderzeniu. W tydzień potem znaleziono w guzie przy nakłuciu płyn brudno-krwawy. Śmierć w skutek natężenia choroby. Rose przypuszcza, że to był torbiel krwisty, chociaż inni uczestnicy posiedzenia skłaniali się bardziej na stronę mięsaka.

Rozpatrując wyżej przytoczone dane, przekonujemy się, że literatura torbieli krwistych dotąd jest nader uboga. Ogółem zebrałem 30 przypadków, do których, dołączwszy 2 moje, otrzymamy 32; z pomiędzy tych jednakże zaledwie kilka zbadano wyczerpująco. Trudno dziwić się wobec tego, że dział ten w chirurgii należy do rzędu bardzo słabo opracowanych. Samo nawet pojęcie o torbielu krwistym nie jest jeszcze dokładnie ustalone. Jedni więc zaliczają tu wszystkie krwią wypełnione guzy szyi, nawet otorbione wylewy urazowego pochodzenia lub też wylewy krwi, spowodowane nadżarciem żyły przez nowotwór złośliwy; natomiast inni (Rydygier, Glück) chcą pod tą nazwą rozumieć tylko guzy, znajdujące się w bezpośrednim związku z jakąś większą żyłą. Oba poglądy są krańcowe. Odnośnie do pierwszego z nich, słusznie wyraża się Bayer, że może tu być mowa, co najwyżej, o tworach, podobnych do torbieli. Drugi pogląd jest niesłuszny, choćby z tego względu, że wśród torbieli, nie łączących się z żadną większą żyłą, spotykamy takie, które kiedyś miały to połączenie i dopiero z biegiem czasu odzsnuowały się (Glück, Ranschhoff). Przytem torbieli z żyłą połączonych względnie spotykano mniej, aniżeli zupełnie zamkniętych; budowa ostatnich, zdaje się, jest zupełnie podobna do pierwszych, pochodzenie zaś niemniej cienne i interesujące, jak tamtych. Wobec tego uważałbym za stosowne miano torbieli krwistych zastosować do wszystkich guzów, składających się z worka i zawartości krwawej.

Aczkolwiek kilka dokładnie zbadanych przypadków rzuciło dużo światła na pochodzenie krwistych torbieli szyi, pomimo to jednakże etyologia i anatomia patologiczna ich pozostawia jeszcze wiele do ży-

czenia. Opierając się na tych kilkunastu przypadkach, w których zbadano dokładniej stosunki anatomiczne i budowę worka torbielowego, można wymienić następujące przyczyny, sprzyjające wytworzeniu torbieli krwistych: 1) wrodzone zaburzenia w rozwoju układu żylnego; 2) także zaburzenia w rozwoju gruczołów chłonnych; 3) żylaki żył szyjowych; 4) naczyniaki jamiste (*angiomata cavernosa*), powstające w ścianie żyły i przy dalszym swym rozwoju łączące się z takową; 5) torbiele surowicze, wchodzące w połączenie z przylegającą do nich żyłą; wreszcie 6) guzy, podobne do torbieli krwistych mogą powstawać z wylewów pochodzenia urazowego, które się z biegiem czasu otorbiły.

Do pierwszej kategorii przypadków należą tak zwane *vitia primae formationis* układu żylnego na szyi. Zboczenie polega tu zazwyczaj na tem, że braknie jakiejś większej żyły, w miejsce której rozwija się torbiel krwista. W przypadku Kocha nie znaleziono zupełnie prawej żyły podobojczykowej, którą zastępował ogromny torbiel o trzech łączących się ze sobą workach. O Günther i Baiardi opisali przypadki, w których torbiele krwiste rozwinęły się na miejscu nieistniejącej żyły szyjowej wewnętrznej. Przypadek Volkmana, o ile mi się zdaje, należałoby także tu zaliczyć, chociaż autor daje mu inne objaśnienie.

Do rzędu częstszych przyczyn, wywołujących torbiele krwiste, trzeba zaliczyć zaburzenia zarodkowe w rozwoju gruczołów chłonnych. Zboczeniom rozwojowym, jak wykazał Bayer, ulegają tu zarówno naczynia chłonne, jakoteż i krwionośne. W skutek tych zaburzeń wytwarzają się najprzód wielokomorowe naczyniaki limfatyczne torbielowate (*lymphangiomata cystica multilocularia*), które następnie drogą wyznacznień przekształcają się w torbiele krwiste. Na możebność podobnych przekształceń wskazywali Wegner, Nasse, Rydygier i inni, którzy w tego rodzaju guzach, obok komór z zawartością surowiczą, znajdowali inne komory, wypełnione płynem surowiczym z mniejszą lub większą domieszką krwi, krwawymi skrzepami lub kamieniami żylnymi (*phlebolithos*). Niemniej przeto wśród wyżej zebranych opisów torbieli krwistych w dwóch tylko przypadkach (Bayer i Weil) można twierdzić na pewno, że torbiel krwista rozwinął się w omawiany sposób z torbiela chłonnego. Bardzo prawdopodobne, iż w obu moich przypadkach i w wielu innych guz powstał tą samą drogą, lecz brak poszukiwań anatomo-patologicznych nie pozwala nam tego twierdzić napewno.

Powstawanie torbieli krwistych z żylaków Rydygier opisuje w sposób następujący: „tam, gdzie dwie żyły się łączą, tworzy się żylak (*varix*) większych rozmiarów; wobec małego światła doprowadzającego i odprowadzającego naczyń guz taki wydaje się zupełnie podobny do torbiela“. Często jestto zboczenie zarodkowe, polegające na wrodzonym rozszerzeniu żyły lub całego spłotu żylnego (przypadek

Meyera). Niekiedy takie żyłaki z biegiem czasu oddzielają się od pnia żylnego, tworząc zupełnie zamknięte torbiele (przypadki Glücka i Ranchoffa).

Naczyniaki jamiste, rozwijające się w ścianie żyły mogą spowodować wytworzenie torbieli krwistych. Naczyniak taki z czasem niszczy ścianę żylną, wchodząc w połączenie z jej światłem. Nadto w jego wnętrzu oddzielne przegródki zanikają, w skutek czego wytwarza się jedna jama, łącząca się z żyłą. O torbielach, tą drogą powstałych, pisali Virchow, Plenck, Cramer i inni. Na szyi tego rodzaju guz opisał bardzo szczegółowo Franke. Nadto Volkmann do tej samej kategorii zalicza przez siebie spostrzeżany przypadek, chociaż, sądząc z opisu, jabym go chętniej zaliczył do rzędu wrodzonych złośliwości w rozwoju żyły szyjowej wspólnej.

Torbiele krwiste mogą się wytwarzać z torbieli surowiczych, jeżeli ostatnie wchodzą w połączenie ze światłem żyły. W podobny sposób wytworzył się torbiel krwisty w pierwszym z przytoczonych powyżej przypadków Glücka. Wielowarstwowy, wałeczkowy nabłonek, wyścielający wnętrze torbiela, wykazywał, że pierwotnie istniał tu torbiel surowiczy, któremu dały początek resztki szpary skrzelowej. Z czasem w skutek ucisku torbiela na żyłę szyjową wspólną nastąpiło przedziurawienie dzielącej ich ściany i połączenie wzajemne. Być może, iż inne torebkowate guzy (n. p. kaszaki, torbiele skórzaste) mogą się także łączyć ze światłem żyły i powodować wytworzenie torbieli krwistych.

Wylewy krwawe urazowego pochodzenia, otorbiwszy się, mogą się przekształcać w guzy, podobne do torbieli krwistych. Tu zaliczają streszczony powyżej przypadek Siebolda. Guz zawierał krew skrzepłą, co rzeczywiście przemawiałoby za wynaczynieniem. Natomiast przypadku Costelliego trudno mi tu zaliczać, pomimo, że guz wystąpił jakoby po podniesieniu przez dziewczynkę ciężaru. Próbné przekłucie, wykonane w jakiś czas dopiero po wystąpieniu guza, dało czystą krew płynną, co przemawiałoby raczej za torbielem, który się tylko powiększył w skutek wynaczynienia przy dźwiganiu ciężaru.

Ponieważ przyczyny powstawania torbieli krwistych są różnorodne, budowa ścian torbiela nie zawsze jest jednakowa. Torbiele, powstałe w skutek zaburzeń w rozwoju układu żylnego, oraz układu gruczołów chłonnych, dalej torbiele, rozwijające się z naczyniaków jamistych i z żyłaków, mają budowę bardzo do siebie podobną, przypominającą ścianę żylną. Ściana worka torbielowego ma zazwyczaj grubość niejednostajną, która w jednych miejscach równa się grubości papieru, w innych zaś może dorównywać grubości ściany serca. Wewnętrzna powierzchnia worka we wszystkich tego rodzaju przypadkach, dotąd

badanych, przedstawiała sieć krzyżujących się ze sobą beleczek i miała wielkie podobieństwo do wewnętrznej powierzchni serca. Beleczki były rozmaitej wysokości, niekiedy tworzyły nawet rodzaj przegródek. Badanie mikroskopowe w większości przypadków wykazało, że ściana worka składała się z dwóch warstw, w których wewnętrzna była bardziej zbita, zawierała włókna sprężyste, oraz liczne komórki wrzecionowate i odpowiadała błonie naczyniowej wewnętrznej (intima); natomiast warstwa zewnętrzna składała się z luźnej tkanki łącznej, zawierającej liczne naczynia krwionośne, mniejszą lub większą ilość naczyń chłonnych i odpowiadała błonie naczyniowej zewnętrznej (adventitia). Błona naczyniowa mięśna (media) rozwinięta była dokładnie tylko w przypadku Frankego. Śródbłonek w niektórych tylko razach był dobrze zachowany (Ranschoff); w większości przypadków zachowały się tylko ślady jego lub też zupełnie nie można go było odszukać. Torbiele krwiste, powstałe z naczyniaków limfatycznych, miały budowę w ogólnych zarysach zupełnie podobną do obrazu powyższego. Różnica polegała na tem, że w wewnętrznej warstwie ściany worka spostrzegano liczne szczeliny limfatyczne, wysłane śródbłonkiem, w warstwie zaś wewnętrznej, zwłaszcza w beleczkach spotykano ograniczone ogniska tkanki gruczołowej z przejściami do nacieczonej rozrastającej się tkanki tłuszczowej. Bayer ogniska te uważa za resztki zarodkowych gruczołów chłonnych. Poza tem w sąsiedztwie z torbielem krwistym znajdowano mniejsze lub większe torbiele chłonne i gruczoły limfatyczne o zmienionej budowie.

Od powyższego obrazu budową swą różnią się torbiele krwiste, które powstały z torbieli surowiczych. Jedyń, zbadany dokładnie pod tym względem, przypadek Głücka wykazał, że ściana worka składała się z tkanki łącznej i na wewnętrznej swą powierzchni tworzyła liczne brodawki i kosmki, podobne do kosmków kiszgowych. Cała wewnętrzna powierzchnia worka wysłana była wielowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym.

Najczęściej spotykano torbiele krwiste w dole nadobojezykowym. Rzadziej występują one pod kątem żuchwy, pod mięśniem mostko-obojezyko-sutkowym, wreszcie w okolicy gruczołu tarczowego. Torbiel taki, rosnąc coraz bardziej, rozszerza się w rozmaitych kierunkach. Poczynając się naprzykład w dole nadobojezykowym, wciska się on z czasem ku przodowi pod mięsień mostko-obojezyko-sutkowy, odsuwa naczynia wielkie i krtań; ku dołowi opuszcza się pod obojezykiem do śródpierśia (Koch) lub też po zewnętrznej powierzchni klatki piersiowej (Gurlt); ku tyłowi wchodzi pod mięsień kapturowy, rzadziej zaś rozszerza się nad nim (Bayer), sięgając czasami do łopatki; ku górze

obrzemień dotyka żuchwy, dna jamy ustnej, a niekiedy podstawy czaszki (Volkmann); wreszcie w głąb torbiel może dosięgać kręgosłupa i przełyku (Volkmann). Samo się przez się rozumie, że na takiej przestrzeni mogą się rozszerzać torbiele znacznej wielkości. Najczęściej spotykane guzy zajmują tylko jakiś odcinek bocznej powierzchni szyi i wciskają się, co najwyżej, pod mięsień mostko-obojeżyko-sutkowy lub kapturowy.

Co się tyczy strony, na której spostrzegano torbiel, to w tych przypadkach, w których to zaznaczono, przeważa strona lewa (12 przypadków) nad prawą (7 przypadków).

Wielkość guza bywała rozmaita, począwszy od orzecha włoskiego (Costelli) do dwóch pięści i więcej (Günther, Glück). Największy z pomiędzy opisanych dotąd torbieli był w pierwszym moim przypadku. Najczęściej wielkość guza dosięgała jaja kurzego lub jabłka; jeżeli jednakże weźmiemy pod uwagę, że w wielu razach spostrzeżenie dotyczyło kilkoletnich dzieci, to i te rozmiary musimy przyjąć za znaczne.

Wiek chorego wahał pomiędzy 4 miesiącami (Hey) i 58 latami (Langenbeck). Największa ilość przypadków dotyczyła małych dzieci do lat 5. Mniejszą ilość chorych zawierał okres od lat 5 do 30, a jeszcze mniejszą po 30. Tu muszę nadmienić, że i z pomiędzy chorych starszych wielu nosiło guz oddawna, często od dzieciństwa. W niewielu tylko przypadkach torbiel zjawiał się w wieku starszym.

Okres trwania guza bywał rozmaity. U dzieci, rozumie się, bywał on przeważnie krótszy, niż u starszych. Weil spostrzegał i operował dziecko w 3 tygodnie po zjawieniu się guza. Natomiast w jednym z przypadków Gurłta 18-letni chłopiec od 16 lat nosił guz na szyi. Przypadków, w których torbiel istniał od lat 10—14 opisano kilka.

Pod względem płci chorych różnicy prawie nie ma.

Objawy torbieli krwistych zależą głównie od stosunku worka do żył większych. Torbiele, łączące się z żyłą podobojczykową lub szyjową, przedstawiają się pod postacią guzów okrągławych lub jajowatych, leżących w dole nadobojczykowym lub na przebiegu żyły szyjowej wewnętrznej. Guz taki daje objawy chębotania, powiększa się przy kaszlu, krzyku lub przy ułożeniu chorego z głową zwieszoną, zmniejsza się zaś lub znika zupełnie pod uciskiem. Napięcie guza, zazwyczaj nieznaczne, powiększa się przy kaszlu, krzyku i t. p. Tego rodzaju guzy spostrzegali Volkmann, Koch, Glück, Wolff (2 przypadki) i Langenbeck.

Torbiele, nie znajdujące się w połączeniu z żyłą, różnią się od powyższych tem głównie, że ani kaszel, ani też ucisk nie wpływają na ich rozmiary. Kształt ich często bywa okrągławy lub jajowaty, jednakże w wielu przypadkach przedstawiają powierzchnię nierówną,

guzowatą. Torbiele takie w wielu razach dają się swobodnie przesunąć i oddzielić od naczyń sąsiednich i od obojczyka. Napięcie guza bywa rozmaite: raz jest on zupełnie miękki, chęłbocący, drugi raz jest mocno napięty, nawet twardy. Torbiele o powierzchni guzowatej w rozmaitych odcinkach swoich często przedstawiają rozmaity stopień spójności; zależy to od niejednakowej grubości ścian worka, jakoteż i od tego, że w tych przypadkach mamy do czynienia z torbielem krwistym, składającym się z paru komór, lub też z wielokomorowym naczyniakiem limfatycznym, którego jedna lub więcej komór przekształciło się w torbiele krwiste. Wielkość i napięcie torbieli krwistych, zupełnie ograniczonych, mogą ulegać wahaniom w różnych okresach ich rozwoju. Jeżeli do wnętrza worka torbielowego następują obfite wynaczynienia, rozmiary i napięcie guza szybko się powiększają. Z czasem część krwi ulega wessaniu i guz znowu się zmniejsza i mięknie. Wahaniom takim guz ulegał w przypadku Günthera, Langenbecka, w obudwu moich i niektórych innych przypadkach.

Opisując powyżej objawy torbieli, łączących się z żyłą, jako główny objaw, podałem znikanie ich przy ucisku i powiększanie się przy kaszlu. Tu muszę nadmienić, że objaw ten nie jest stały. W przypadku n. p. Kocha guz można było opróżniać do 4 miesiąca życia, poczem już wypróżniać się nie dał. Natomiast w 1 przypadku Wolffa, guz początkowo nie łączący się, zdaniem autora, z żyłą, później dawał się w zupełności odprowadzać i jak operacja wykazała, łączył się z żyłą szyjową wewnętrzną. Torbiele, powstałe w skutek odsznurowania się żylaka, powinny także pod tym względem w różnych okresach zachowywać się rozmaicie.

Ilekróć torbiel krwisty dosięga większych rozmiarów i podlega większemu napięciu w skutek nowych wynaczynień, wywiera on ucisk na sąsiednie narządy i wywołuje odpowiednie objawy. Do takich przedewszystkiem należą: ból, utrudnione oddechanie i polykanie. Ból występuje zazwyczaj na miejscu guza, lecz ztąd rozszerza się ku łopatce lub do ramienia (przypadki Günthera, Langenbecka i moje). Utrudnienie oddechania w skutek ucisku i przesunięcia krtani zazwyczaj nie bywa znaczne (Volkmann, Günther), niekiedy występuje tylko przy uciskaniu guza (Koch) i bardzo groźny objaw stanowiło jedynie w pierwszym moim przypadku.

Niezmiernie ważny objaw stanowi krwawa zawartość guza, o czem zawsze można się przekonać za pomocą strzykawki Pravatza.

W niektórych przypadkach tętnienie sąsiedniej tętnicy udziela się zawartości torbiela (Michaux, Langenbeck, moje przypadki). Guz wówczas podlega bardzo słabemu drżeniu, które przytem pojawia się niekiedy tylko w tej części guza, która bezpośrednio styka się z tętnicą.

Rozpoznanie torbieli krwistych szyi nie należy do zadań zbyt trudnych. Zwłaszcza w tych przypadkach, w których torbiel łączy się z żyłą, znikanie guza pod uciskiem stanowi bardzo pewny objaw rozpoznawczy. Gdy tego objawu brakuje, należy zwracać uwagę na wywiady, umiejscowienie, chęłbotanie, wreszcie uciekać się do strzykawki Pravatz, która ostatecznie wątpliwości usunie.

Rokowanie w większości przypadków nie jest złe, zwłaszcza jeżeli guz nie osiągnął zbyt wielkich rozmiarów. Drogą operacyjną można cierpienie usunąć zupełnie, a w wielu przypadkach i bez tego chorzy lata całe chodzą i pracują z guzami, nie doznając wielkich dolegliwości. Przykre, a nawet groźne objawy ze strony guza występują tylko wówczas, gdy takowy osiąga znacznej wielkości (zwłaszcza gdy powiększa się szybko), lub też gdy ulega przedziurawieniu na zewnątrz. W pierwszym przypadku występuje mieny ból i utrudnienie oddechu, dochodzące niekiedy do zaduszania i omdlewań (pierwszy mój przypadek). Otwierając się na zewnątrz, nawet nie połączony z większą żyłą, torbiel może powodować długotrwałe krwawienie, które sprowadza niedokrewność i śmierć (Langenbeck).

Z kolei rzeczy przechodzę do leczenia krwistych torbieli szyi. Z pomiędzy 32 przypadków, dotąd ogłoszonych (włączając 2 moje), w 28 wykonywano rękocyny, mając za cel usunięcie guza. Rękocyny te polegały na wprowadzaniu igieł do worka w celu wywołania krzepnięcia krwi, na opróżnianiu worka za pomocą trójgrańca lub tenotomu z jednoczesnem wstrzykiwaniem nalewki jodowej lub bez takowego, wreszcie na wyluszczeniu guza. Wprowadzanie igieł wykonywano w dwóch przypadkach. Jednocześnie wkłuwano 2, 3 do 7 igieł, pozostawiając je na dni kilka lub kilkanaście. Volkmann w swoim przypadku dokonał takich wkłuwań 4; po czwartem posiedzeniu worek uległ zropieniu i chory umarł wśród objawów ropnicy. Szczęśliwszy był Costelli, który po 12 posiedzeniach doczekał się wreszcie zniknięcia guza.

Przekłucie torbiela wykonywano w 13 przypadkach; trzy razy łączono je ze wstrzykiwaniem nalewki jodowej. Z pomiędzy tych trzech ostatnich przypadków dwa zakończyły się zniknięciem guza (Billroth, Schede), w jednym zaś po wstrzyknięciu nalewki jodowej nastąpiła śmierć (Woerner). Samo tylko przekłucie torbiela wykonano 10 razy. Wyzdrowienie otrzymano tylko dwa razy, i to raz po kilkakrotnem przekłuciu (Hey), drugi raz po zropieniu worka (Langenbeck). W innych przypadkach, pomimo kilkakrotnych nakłuć, pomimo zastosowania ucisku, a nawet pomimo wywołanego ropienia w worku, wyleczenia nie było i guz powiększał się nawet jeszcze bardziej.

Wyluszczenie guza wykonano w 13 przypadkach, z których jeden tylko (Orłowskiego) zakończył się śmiertelnie z niewiadomej przyczyny.

Sama operacya przedstawiała się nader łatwą w tych przypadkach, w których guz był niewielki i nie łączył się z większą żyłą. Natomiast tam, gdzie guz dosięgł większych rozmiarów, wciskał się głęboko i był w bliskim stosunku z większemi naczyniami, operacya trwała długo (po 3 godziny) i połączona była z wielkimi trudnościami. Niejednokrotnie wypadało przytem podwiązywać większe naczynia; Glück musiał w jednym przypadku podwiązać żyłę szyjową wspólną, w drugim żyłę podobojczykową i szyjową wspólną. Langenbeck (przypadek, opisany przez Glücka) podwiązał także żyłę szyjową wspólną. Operacyę utrudniała niejednokrotnie ta okoliczność, że torbiel wciskał się odcinkiem swoim pomiędzy naczynia lub sięgał w głąb daleko. Hüter (przypadek, opisany przez Günthera) znalazł podczas operacyi, że torbiel wciskał się pomiędzy tętnicę dotwarzową i domózgową, od zewnątrz był pokryty tętnicą potylicową, ku wewnątrz zaś sięgał do przelyku. Wyluszczenie guza w tych warunkach było nader trudne. Operator podwiązał tylko tętnicę potylicową i żyłę szyjową wspólną, która łączyła się z guzem. W przypadku Weila guz leżał w kącie rozejścia się żyły podobojczykowej i szyjowej wspólnej. Dla uniknięcia gwałtownego krwotoku niektórzy chirurdzy (Hüter, Glück) rozpoczynali operacyę odsłonięciem głównych naczyń poniżej guza, poczem dopiero przystępowali do samego wyluszczenia worka.

Dla tych przypadków, w których torbiel krwisty łączy się ze światłem żyły większej, Wolff zastosował następujący sposób postępowania: najprzód wyluszcza on guz, oddzielając aż do nasady, t. j. do połączenia z żyłą. Zrobiwszy to, W. przekłuwa worek i gdy takowy opróżni się, daje go do trzymania asystentowi. Teraz nieco poniżej środka worka pod palcami asystenta nakłada podwiązkę z katgut; pod pierwszą podwiązką zawiązuje drugą, pod drugą trzecią i t. d., aż wreszcie dojdzie do samej żyły, którą pozostawia niepodwiązaną. W ten sposób pomału odprowadza zawartość dolnej części guza do żyły i sam guz podwiązkami zamyka. Sposób ten zastosował Wolff w pierwszym swym przypadku z dobrym wynikiem. Czy używał go więcej, niewiadomo. Glück pierwszego swego chorego miał zamiar operować w ten sam sposób. Oddzieliwszy dośrodkowy odcinek żyły szyjnej wspólnej i odłączywszy guz, począł on nakładać kolejno podwiązki, coraz bardziej przybliżając się do żyły. Nagle ku końcowi operacyi ostatnia podwiązka ześlizgnęła się z worka i powstał gwałtowny krwotok, który opanowano dopiero podwiązaniem żyły szyjowej wspólnej. Dlaczego po ześlizgnięciu się jednej podwiązki, podczas gdy nad nią powinno było znajdować się, co najmniej, kilka innych, powstał tak gwałtowny krwotok, autor nie podaje. Można się tylko domyślać,

że obcięto zupełnie część worka zaciśniętą ponad ostatnią podwiązką, i to spowodowało ześlizgnięcie się ostatniej, oraz silny krwotok.

Zastanawiając się nad powyżej przytoczonymi sposobami leczenia krwistych torbieli szyi, musimy przyznać pierwszeństwo wyluszczeniu guza. Wprowadzanie igieł do guza i pozostawienie ich tam na czas dłuższy stanowi sposób niepewny, a nawet niebezpieczny. Za odpowiedniejsze już możnaby uważać zalecane przez Rydygiera zatapianie igieł, słabo rozpalonych na drodze galwanokaustycznej. Pod tym względem nie mamy jeszcze żadnego doświadczenia. Wprawdzie wyniki leczenia tętniaków tą drogą nie są świetne, być może jednakże, iż przy leczeniu torbieli krwistych metoda ta okaże się lepszą. Samo nakłucie guza dawało wyniki ujemne, połączone zaś ze wstrzykiwaniami nalewki jodowej może grozić niebezpieczeństwem życia (Woerner).

Wyluszczenie guza, aczkolwiek także nie pozbawione niebezpieczeństw, dawało dotąd najlepsze wyniki i jedynie może być dziś zalecane. W przypadkach, w których torbiel łączy się z żyłą, wykonywać je można podług sposobu Wolffa. W innych razach wyluszcza się torbiel, jak inne guzy szyi. Jeżeli zachodzi obawa utworzenia większego naczynia, najlepiej jest w początku operacyi odsłonić takowe i dopiero później przystąpić do wyluszczenia samego worka. Wreszcie w tych przypadkach, w których z powodu wielkich rozmiarów guza nie udało się naczyń odszukać, tymczasem podczas operacyi następuje przedarcie worka i gwałtowny krwotok, pozostaje tylko zastosować natychmiastowy ucisk podług sposobu Mikulicza.

Na zakończenie niniejszej pracy czuję się w obowiązku omówić paroma słowami spostrzegane przeze mnie przypadki. Pod względem etyologicznym można je, sądzę, zaliczyć do kategorii torbieli, powstałych z naczynek limfatycznych. Na korzyść takiego zapatrywania przemawiają: umiejscowienie i guzowata powierzchnia obu torbieli. Poza tem w pierwszym przypadku zasługują tu na zaznaczenie takie objawy, jak niejednakowa zbitość w różnych odcinkach guza i siatkowata budowa tkanki podskórnej w dole nadobojczykowym, spostrzegana po zniknięciu torbiela. Bardzo interesujący pod względem objawów i całego przebiegu choroby jest pierwszy z moich przypadków. Pomimo nader groźnych objawów, wywołanych szybkim i znacznym powiększeniem się guza, nastąpiło tu samowyleczenie.

Do zejścia takiego, być może, dopomogło lekkie zapalenie, jakiemu musiał ulecz worek. O ile wyleczenie to można uważać za trwałe, przyszłość dopiero wykaże. Natomiast w drugim przypadku, pomimo początkowego zniknięcia guza, zjawiał się on na nowo, chociaż w znacznie mniejszych rozmiarach. To też należy się tu obawiać, że z czasem guz może powiększać się bardziej i spowodować konieczność operacyi.

P. Szuman. Czasami, Panowie, spostrzegamy guzy, które dziwnym sposobem nagle same znikają. U księdza, w bardzo podeszłym wieku, widziałem guz taki w okolicy krtani. Guz ten był bardzo twardy, nie chelbocący, skóra zdawała się z nim zrośniętą. Poruszał się razem z krtanią, gruczoły limfatyczne po obu stronach obrzmiały. Wszystkie objawy były tego rodzaju, iż przypuszczałem, że to jest wół i to rakowato zwyrodniały. Ksiądz operacji poddać się nie chciał i guz ten, nacierany jakąś maścią, znikł nagle jednej nocy bez śladu, o czym się następnie osobiście przekonałem. Wypływu do krtani lub połyku chory nie zauważył. Drugi przypadek, który widziałem, był zupełnie podobnym do tego, który opisał kol. Sawicki. Guz nad obojczykiem, wielkości pięści. Przy operacji znalazłem w nim tylko płyn wodnisty, otorbiony. Guz ten uważam za torbiel limfatyczny. Torebkę dosyć cieką, otaczającą płyn, udało mi się z niejakim mozołem z powodu bliskości naczyń i nerwów ramieniowych, wydobyć i wyciąć w zupełności mimo pęknięcia guza podczas operacji i sprawa zagoiła się dobrze i bez nawrotu. Podzielać zdanie kol. Sawickiego, że guzy te powstają przez rozszerzenie żył lub naczyń limfatycznych i następne pęknięcie podskórne takowych.

P. Midowicz. W tym roku zgłosił się do mnie starozakonnny z Mieleckiego, mający lat 16, z górną częścią barku obrzękłą. Chelbotanie wyraźne, rozstrzeń żył znaczna, przy ucisku bolesność, ogromny zapad sił, obfite poty. Przy badaniu wykryłem tylko, że strzykawką Pravatza daje się wyciągnąć płyn krwawy; można było także wyczuć utkanie siatkowate i miałem wrażenie jakby było zapalenie okostnej. Nacięcia nie robiłem, ponieważ oprócz tego występowały przypadki takie jak przy gnilec na zębach i dziąsłach. Po pewnym czasie wszystkie inne objawy ustąpiły, a z miejsca obrzęku zaczęła się wydobywać obfita ilość treści wino-żółtej i pozostały zrosty, podczas gdy sam guz znikł.



LITERATURA.

- 1) Rydygier. Podręcznik Chirurgii szczegółowej 1886 r. str. 342.
 - 2) Koch. Eine seltene Form v. Bluteysten. Arch. f. klin. Chir. Bd. XX. p. 561 r. 1877.
 - 3) Volkmann. Ueber d. tiefen Atherom. d. Halses Arch. f. Klin. Chir. Bd. XV. p. 568 r. 1872.
 - 4) G. B. Günther. Lehre v. d. Operationen am Halse. Abth. V. p. 351.
 - 5) O. Günther. Ueber d. Bluteysten des Halses. Deut. Zeitschft f. Chir. Bd. VIII p. 451. 1877.
 - 6) Glück. Deut. med. Wochenschft. Bd. XII p. 71 i Bd. XIII. N. 5.
 - 7) Wolff. Berl. kl. Wochschrf. 1884 p. 60.
 - 8) Baggard-Jnang. Dissertation. Berlin 1883. Praca ta znana mi tylko z cytat Frankego.
 - 9) Krönlein. Arch f. kl. Chir. Bd. XXI Supplementheft p. 133.
 - 10) Weil. Wien med. Wochschrf. 1886 N. 51. p. 1711.
 - 11) Ranschof. Cent. f. Chir. 1884. N. 46. p. 783.
 - 12) Baiardi. Cent. f. Chir. 1878. N. 44. p. 750.
 - 13) Billroth. Arch. f. klin. Chir. Bd. X p. 186.
 - 14) Schede. Arch. f. klin. Chir. Bd. XIV p. 21.
 - 15) Langenbeck Arch. f. klin Chir. Bd. I. p. 40, 1861.
 - 16) Völker u. Franke. Deut. Zeitschrf. f. Chir. Bd XXVIII p. 411.
 - 17) Michaux. Sur l'hématocèle du cou. Bullet de l'Académie de med. de Belgique. T. XI 1851-1852. Praca znana mi tylko z cytat Günthera i innych
 - 18) Gurli. Die Cystengeschwülste d. Halses. Berlin 1855 p. 216. Praca znana mi tylko z cytat Günthera i innych.
 - 19) Crammer. Arch f. klin. Chir. Bd. XXX p. 812
 - 20) Bayer. Zeitschft. f. Heilkunde Bd. XI p. 1 r. 1890.
 - 21) Durham, Rose. Lancet 1884. 6 Decem.
 - 22) Meyer. Ueber Bluteysten des Halses. Jnaug.-Dissert. Würzburg 1889. Przypadek znany mi tylko z Jahresber. Virchowa z r. 1889.
 - 23) Nasse. Ueber Lymphangiome. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXVIII Hf. 3 p. 625.
-

