

KILKA UWAG
W SPRAWIE PRÓBNEGO OTWARCIA JAMY BRZUSZNEJ

PODAŁ

ANTONI MARS.



Próbne otwarcie jamy brzucha, jak sama nazwa wskazuje jest zabiegiem, który powinien mieć na celu sztuczne utworzenie drogi do jamy brzucha w celu dokładniejszego zbadania jej wnętrza.

Operacja ta weszła właściwie zwolna w użycie w miejsce dawniej bardzo często używanego nakłócia powłok brzusznych w przypadkach domniemanej obecności płynu już to w jamie brzusznej samej, już też w guzach torbielowatych w jamie brzucha położonych i była zabiegiem przeznaczonym ściśle do celów rozpoznawczych. Smutne doświadczenia spostrzegane po nakłóciach ściany brzucha z jednej strony, a bardzo ograniczone korzyści rozpoznawcze z tego zabiegu z drugiej strony sprawiły, że operatorzy zamiast nakłócia poczęli ogólnie polecać cięcie próbne jako zabieg, który wykonany w celach rozpoznawczych daleko więcej może pouczyć, a sam w sobie nie jest więcej niebezpiecznym niż nakłócie wykonane na ślepo po omacku.

Z biegiem czasu i z rozwojem chirurgii jamy brzucha stósunki się zmieniły i różni autorowie różnie poczęli przywiązywać pojęcia do rękoczynu omawianego, skutkiem czego powstało powoli zamieszanie, które do dziś dnia istnieje.

Na stałym lądzie w Europie prawie ogólnie uważana jest ta operacja za zabieg przeznaczony do celów rozpoznawczych, podczas gdy chirurgowie angielscy i amerykańscy pod nazwą cięcia próbnego szeregują wszystkie przypadki otwarcia jamy brzusznej, w których nie przychodzi lub niebył zamierzony żaden zabieg operacyjny wewnątrz jamy brzucha. Zaliczają tu zatem: otwarcie jamy brzucha w celu wypuszczenia nagromadzonych w otrze-

wnej płynów, w celu leczenia gruźlicy otrzewowej i t. d., czyli uważają ten zabieg za rękoczyn, który się wykonywa w celach leczniczych. Okoliczność ta sprowadza niewątpliwie zamięszanie.

Zamięszanie to mogło powstać stąd, że otwarcie jamy brzucha wykonywane w niektórych celach leczniczych jak n. p. w przypadkach gruźlicy otrzewnej, pod względem jakości samego rękoczynu chirurgicznego wykonywa się zupełnie tak samo jak próbne otwarcie jamy brzucha, różnica zaś między tymi zabiegami nie leży w samym rękoczynie, ile we wskazaniu do niego.

W czasach początkowego rozwoju chirurgii jamy brzucha, w czasach kiedy postępowanie przeciw a potem bezgnilne niebyło jeszcze ogólnie przyjęte, próbne cięcie miało bardzo poważne znaczenie i znachodziło w pracach autorów poważne uwzględnienie.

Wydoskonalenie sposobów badania przedmiotowego sprawiło, że zabieg ten w celach rozpoznawczych stawał się coraz rzadziej potrzebny, a co więcej, nader szybki rozwój chirurgii jamy brzucha i wydoskonalenie techniki operacyjnej złożyły się na to, że nawet w wielu z tych przypadków, w których próbne otwarcie jamy brzucha w celach rozpoznawczych było podjęte, skoro tylko po otwarciu jamy brzucha się przekonano, że znalezione cierpienie da się usunąć, wykonywano w dalszym ciągu zabieg operacyjny, który miał na celu usunięcie znalezionej choroby, a otwarcie jamy brzucha jako próbne stawało się bezprzedmiotowe. Operator w danym przypadku mówił, że dokonał np. wycięcia torbieli jajnikowej, a o cięciu próbnym pierwotnie zamierzonym mowy niebyło. Tym sposobem otwarcie jamy brzucha stało się niejako bardzo wygodną furtką dla operatora w razie, gdy się pomylił w rozpoznaniu i był zmuszony do odstąpienia od zamierzonej operacji i zaszycia powłok brzusznych; mógł mówić o dokonanej próbie cięcia jamy brzucha i tym sposobem pokryć swą pomyłkę.

Naturalnem następstwem tego kierunku musiało być nadużywanie nazwy próbnego otwarcia jamy brzusznej, co się też działo i dzieje, a co obniżało znaczenie tego zabiegu w tej mierze, że dzisiaj niechętnie tylko i niemal z konieczności w braku innego wyjścia operatorowie do niego się przyznają. W dzisiejszych podręcznikach wspominają niektórzy tylko okolicznościowo o tym zabiegu i tylko niektórzy starają się mu nadać przynależne znaczenie i miejsce między operacjami.

Mimo to jednak z drugiej strony przyznać należy, że zabieg ten, którego znaczenie zostało bardzo obniżone, odegrał w rozwoju chirurgii jamy brzucha bardzo poważną rolę i przyczynił się niewątpliwie bardzo do jej dzisiejszego świetnego rozkwitu.

Jak niektórzy autorowie zapatrują się na tą sprawę, niech posłużą za przykład następujące zdania:

Olshausen (*Die Krankheiten der Ovarien* 1886, str. 205), właściwie określenie próbnego otwarcia jamy brzusznej poprzedza uwagą, że: »próbnem otwarciem jamy brzusznej dla złagodzenia nazywano te przypadki, w których po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono mylne rozpoznanie«.

Zupełnie podobne zdanie wypowiada Marc-Sée w Paryżu.

Dalej idzie jeszcze Richelot (*Gaz. des hopitaux* 1891. Nr. 104), bo wywód o znaczeniu i należyte określenie zabiegu kończy uwagą, że »właściwie każda laparotomia jest zrazu mniej lub więcej próbnem otwarciem jamy brzucha«.

Zdania te, może nieraz prawdziwe, nie mogą być ogólnie stosowane.

Veit (*Gynäkologische Diagnostik* 1899) podaje naszym zdaniem bardzo słuszny pogląd na próbne otwarcie jamy brzucha, uważając je za zabieg usprawiedliwiony w tych przypadkach, w których zachodzi konieczna potrzeba zabiegu operacyjnego we wnętrzu jamy brzucha, kiedy mimo postawionego rozpoznania nie mamy dostatecznego przeświadczenia o możliwości dokonania zamierzonego zabiegu, o czem dopiero po otwarciu jamy brzucha przekonać się możemy.

Co się tyczy doniosłości próbnego otwarcia jamy brzusznej dla osoby operowanej różnie się też na tą rzecz zapatrywano. W czasach dawniejszych przed przyjęciem postępowania przeciwnieźnego w chirurgii byli operatorzy bardzo ostrożni i ostrzegali przed niebezpieczeństwem jakie może otwarcie jamy brzusznej za sobą pociągnąć.

Terrillon na posiedzeniu Tow. chirurgów w Paryżu podał w marcu 1885 roku zestawienie 179 przypadków próbnego otwarcia jamy brzusznej. Wyzdrowiało 140 osób, 39 uległo operacji co stanowi 21% śmiertelności.

Jako przyczynę śmierci podaje schock, wyczerpanie sił i ostre zapalenie otrzewnej. Statystyka ta nie ma jednak wartości, albowiem wiele przypadków zejścia śmiertelnego należy policzyć na karb cierpienia przyczynowego, co też zaraz zaznaczył Lucas-Championnierè na temże samem posiedzeniu, a to tem więcej, że Terrillon zacytował także 100 przypadków próbnego otwarcia jamy brzucha wykonanych przez Lawson-Taita, z których zmarło zaledwo 2%.

Autorowie z tych czasów, którzy piszą o cięciu próbnem, polecają je zastrzegając, że może nastąpić ostre zakażenie septyczne.

W miarę jak sobie przyswajano w chirurgii postępowanie przeciw a potem bezgnilne, skoro wyniki po ciężkich zabiegach operacyjnych okazały się świetnymi, poczęto nawet zbyt lekceważyć otwarcie jamy brzucha.

Przypominam sobie z przed lat kilkunastu bardzo ożywioną dyskusję w Tow. lekarskiem krakowskim, gdzie jeden z operatorów pierwszej wody oświadczył, że w obec postępowania przeciwnieźnego nie widzi różnicy co do doniosłości dla osoby operowanej pomiędzy otwarciem jamy brzucha a prze-

cięciem skóry na udzie. Należałem do tych, którzy się temu zapatrywaniu sprzeciwiali, wiara wówczas jednak w postępowanie przeciwnilne była tak wielka, żeśmy zostali w poważnej mniejszości. Muszę się przyznać, że i dzisiaj po latach kilkunastu, gdy postępowanie przeciw i bezgnilne stało się rzeczą nie nauki ale wychowania chirurgicznego, gdy dzisiaj zrosło się z naturą operatora i gdy święcimy coraz lepsze wyniki operacyjne, jeszcze się na to zdanie nie zgadzam. A może i ten operator, który to wówczas wypowiadał, dzisiajby tego nie powtórzył.

Aschby z Baltimore na 14-tym zjeździe ginekologów amerykańskich w Bostonie w 1889 roku radzi wykonywać próbne otwarcie jamy brzusznej w przypadkach mniej ważnych chorób w jamie brzusznej. Twierdzi on, że przy odpowiednim sposobie postępowania samo otwarcie jamy brzucha co do doniosłości dla osoby operowanej równa się zeru, że zatem uważa się uprawnionym do gorącego polecenia tego zabiegu w celach rozpoznawczych, nawet w przypadkach nieznacznych cierpień kobiecych, w których rozpoznanie nie może być postawione, a cierpienie mimo wszelkiego leczenia nie ustępuje.

Nell Macphatter (*Med. record* 1890 p. 236) w ocenie doniosłości tego zabiegu idzie jeszcze dalej, twierdząc, że istnieje bardzo wiele stanów nieprawidłowych narządów w miednicy położonych, które bez otwarcia jamy brzusznej nie mogą być w ogóle rozpoznane. W obec tego radzi, aby nie zwlekać z otwarciem jamy brzusznej w przypadkach wątpliwych. Między innymi powiada, że znaczne cierpienia znosić muszą osoby mające *uterus infantilis*, co tylko przez otwarcie jamy brzusznej stwierdzić a przez usunięcie części dodatkowych macicy wyleczyć można. Jest rzeczą znamioną, że operator pod koniec pracy zastrzega się, iż nieprawdą jest, jakoby on brał się do noża w każdym przypadku dłużej trwającego bólu.

Gaillard Thomas (*New York Journ. of. Gyn. and Obstetr.* 1892, Nr. 1) radzi otwarcie jamy brzusznej w celach rozpoznawczych i twierdzi, że zabieg ten wpływa nawet bardzo korzystnie na niektóre cierpienia przewlekłe.

Podobnie twierdzi Villar, który opowiada, że po próbnym otwarciu jamy brzucha znikają różne guzy a nawet nowotwory złośliwe.

Niedawno, bo w roku 1896 na posiedzeniu Towarzystwa ginekologów angielskich Snow mówił o bardzo korzystnym wpływie próbnego otwarcia jamy brzusznej na nowotwory złośliwe i opowiadał obserwowane przypadki. Do głosu jego przyłączyli się inni i podali widziane przypadki. Dyskusję zakończył złośliwie Jesset opowiedzeniem przypadku, w którym zniknął guz w brzuchu położony po zastosowaniu lewatywy z oliwą.

Byli i tacy, którzy polecali próbne otwarcie jamy brzusznej *solaminis causa*.

Obok tych skrajnych zapatrywań znachodzą się naturalnie bardzo umiarkowane, poważne i krytyczne poglądy jak n. p. Stürlera z Berna (*Inaug. Diss.* 1891) albo Tilmanna z Berlina (*Deutsche med. Wochschr.* 1895, 49), wreszcie Veita, które wyżej podałem.

Zaznaczywszy istniejące zapatrywania i różnice poglądów poczuwam się do obowiązku podania mego zapatrywania na tę operację.

Przedewszystkiem sędzę, że mówiąc o otwarciu jamy brzusznej należy koniecznie uwzględnić cel w jakim się jamę brzucha otwiera, bez względu na okoliczność, że otwarcie jamy brzucha pod wpływem różnych wskazań, jednako bywa dokonywane; należy też określić różnicę pomiędzy próbnem otwarciem jamy brzucha, a operacją nieudaną i niedokończoną.

Jeżeli wykonujemy otwarcie jamy brzucha jako próbne, to po przecięciu ściany brzusznej i zbadaniu jamy brzusznej może nastąpić zeszyście powłok, gdyż zabieg jest zakończony. Jeżeli zaś otwarcie jamy brzucha było dokonane w celu usunięcia n. p. jakiegoś guza, to jest ono wstępnym aktem operacyjnym, po którym powinny nastąpić dalsze akty operacyjne, co jeżeli nastąpić nie może, gdyż dalsze akty są niewykonalne lub zaszła pomyłka w rozpoznaniu, to musimy mówić o operacji niedokończonej, nieudanej, względnie o pomyłce w rozpoznaniu.

Rozróżnienie takie może się na pozór wydawać tylko grą pojęć, sędzę jednak, że tak nie jest i że owszem odróżnienie to ma znaczenie praktyczne, albowiem tylko tym sposobem możemy się uchronić od nadużywania pojęcia cięcia próbnego, które niesłusznie obniża wartość tego zabiegu.

Aby nadać temu zabiegowi należne stanowisko i módz go należycie ocenić, jest rzeczą niezbędną, aby był wykonywany tylko pod wpływem ściśle określonego wskazania.

Wobec wydoskonalonych dzisiaj sposobów badania, jedynie w przypadkach istotnej wątpliwości, gdzie brak sposobów rozpoznawczych do tego zabiegu uciec się nam każe, powinno być dozwolone jego użycie. Takie pojmowanie musi nas zniewalać do dokładnego wyczerpnienia sposobów badania i do wydoskonalenia się w badaniu i rozpoznawaniu. Podejmowanie zabiegów w jamie brzucha bez poprzedniego zapowiedzenia z myślą, że gdy się zabieg wykonać nieda, będzie dokonane tylko cięcie próbne, uważam za lekkomyślne i o tyle niesumienne o ile otwarcie brzucha nie jest zabiegiem obojętnym.

Mógłby mnie co do tych zapatrywań spotkać zarzut, że taki podział przeprowadzić się nie da, gdyż jest rzeczą usuwającą się z pod kontroli, co operator myśli. Na to mogę odpowiedzieć, że operowany przypadek *a posteriori* ocenić można i stwierdzić, czy wszystkie sposoby były użyte w celu usunięcia wątpliwości w rozpoznaniu, czy w każdym kierunku był przypadek badany i według tego ocenić, czy próbne otwarcie jamy brzucha było wskazane lub nie, czy była operacja próbna, czy też zabieg nieudany.

Z uwagi dalej, że każde otwarcie jamy brzusznej jest zabiegiem poważnym, próbne otwarcie jamy brzusznej powinno być dokonywane nie w celu postawienia rozpoznania, ale tylko tam, gdzie doniosłość przypadku zabieg operacyjny w jamie brzucha czyni wskazanym. Dlatego też po otwarciu jamy brzucha powinniśmy być przygotowani do dokonania najtrudniejszego zabiegu, gdyby się okazał możebnym.

Zebrawszy to co powiedziano: cięcie brzuszne próbne uważam zgodnie z poglądami Veita za operację usprawiedliwioną w tych przypadkach, gdzie zachodzi konieczna potrzeba zabiegu operacyjnego we wnętrzu jamy brzusznej, gdzie jednakowoż mimo postawionego rozpoznania niemamy dostatecznego przeświadczenia o możliwości dokonania zamierzonego zabiegu, a o czym dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonać się możemy. Cięcie próbne brzuszne powinno być jako takie przed rozpoczęciem zabiegu chorej lub otoczeniu zapowiedziane, ewentualnie zaś może być wykonywane tylko jako akt wstępny do nastąpić mającej bezzwłocznie operacji wewnątrz jamy brzucha, gdyby się wykonanie jej okazało możebnem.

Jak już powyżej zaznaczyłem, otwarcie jamy brzusznej uważam za zabieg sam dla siebie poważny, wiadomo bowiem, że mimo bardzo starannego wykonania i postępowania bezgnilnego może się źle zakończyć. Doniosłość ta może wzrastać jeszcze w obec jakości cierpienia dla którego zabieg operacyjny wykonujemy. Wreszcie liczyłoby się należało i z tem, że możemy po otwarciu jamy brzucha zastać stosunki anatomiczne nieprzewidziane i znaleźć się w położeniu przymuszonym, jak tego miałem sposobność doświadczyć w przypadku, w którym podjąwszy próbne otwarcie jamy brzucha zostałem zmuszony do wykonania zabiegu operacyjnego w jamie brzusznej, który po jej otwarciu uznałem za niewykonalny.

Ponieważ w piśmiennictwie z opisem podobnego przypadku się nie spotkałem, zatem go poniżej podaję.

M. S. izraelitka, żona kupca z Bendzina, 52 lat licząca, zgłosiła się do mnie 12. lipca 1897 r. Według podania poczęła miesiączkować w 14 roku życia w regularnych odstępach prawidłowo. Rodziła 6 razy, porody i połogi prawidłowe, ostatni poród przed 12 laty. Od trzech lat nie miesiączkuje. Aż do jesieni roku 96-go czuła się zupełnie zdrową. Cierpienie obecne poczęło się mniej więcej przed 9-ciu miesiącami dokuczliwymi bólami w dole brzucha. Upławów zrazu nie spostrzegała żadnych i dopiero w ostatnim miesiącu pojawiło się krwawienie tydzień trwające. Równocześnie z rozpoczęciem choroby spostrzegła guz w brzuchu, który się szybko powiększał. Bóle w dole brzucha i w krzyżach stały się tak dokuczliwe, że bezwarunkowo prosi o usunięcie guza drogą operacyjną, którą jej inni lekarze radzili, zwracając ją pod moją opiekę. Badanie przedmiotowe wykazało osobę o średniej budowie, bardzo nędznie odżywioną. W organach klatki piersiowej niema żadnych zmian nie-

prawidłowych. Brzuch niejednostajnie wysklepiony, więcej pod aniżeli nad pępkiem, więcej po stronie prawej niż po lewej, tu i ówdzie przeświecają żyły rozdęte. Przy omacywaniu stwierdzić można było w jamie brzucha guz, wychodzący z miednicy małej, postaci jajowatej, o powierzchni wyraźnie guzowatej, jakby mniejszemi i większemi półkulami pokryty, nieco z boku na bok poruszalny, więcej nieco ku stronie prawej ułożony, wielkości macicy w 7-mym miesiącu ciąży. Guz ten pod ręką nie jędrnieje, chełbotania nie okazuje, zbitości mięsaka, niebolesny. Wypuk nad guzem stłumiony, w okolicy dołka podsercowego i podżebrza lewego bębnekowy, w okolicy podżebrza prawego stłumienie nad guzem wybadane przechodzi w stłumienie wątrobie odpowiadające, w okolicach nadpachwinionych stłumiony. Przy zmianie ułożenia okolice lędźwiowe okazują jawnienie wypuku bębnekowego.

Badanie wewnętrzne wykazuje, wejście do pochwy i pochwę w dolnych częściach miernie szeroką, zwężającą się ku górze, krótką, o ścianach napiętych i ku górze wyciągniętych. Na szczycie pochwy wyczuć można część pochwową znacznie ku górze uniesioną, drobną, małą, można powiedzieć ledwo zaznaczoną. Badanie zestawione dozwala tylko stwierdzić, że część pochwowa pozostaje w łączności z guzem przez powłoki brzuszne wybadanym, nadto przez niepodatne napięte sklepienia z trudnością tylko można stwierdzić, że we wchodzie do miednicy leży dolny odcinek guza opisanego, nieco niżej po stronie prawej niż po stronie lewej.

Badanie przez odbytnicę niewykazało nic osobliwego. Mocz prawidłowy, ciepłota prawidłowa, tętno miękkie, 72 uderzeń na minutę.

Na podstawie tego badania uwzględniając: wiek chorej, podupadłe odżywienie, szybki wzrost guza, bo w 9-ciu miesiącach i do tego w 3 lata po climacterium, obecność bardzo małej ilości, ale zawsze wolnego płynu w jamie brzusznej, rozpoznałem obecność guza złośliwego, wychodzącego prawdopodobnie z jajnika prawego.

Wobec tego radziłem chorej leczenie objawowe, odradzając zabieg operacyjny. Ku memu jednak zdziwieniu zarówno mąż jak sama chora poczęli mnie prosić o usunięcie guza, gdyż bole są nadal nie do zniesienia, a środki dotąd zalecane ulgi nie sprawiały.

Wobec tego oświadczyłem mężowi, że otworzę na próbę jamę brzucha i zobaczę jak ten guz wewnątrz wygląda i jeżeli się usunąć da, to go usunę, jeżeli zaś nie, to brzuch zaszyję. Na pytanie zapewniłem oboje, że takie otwarcie jamy brzucha jest zabiegiem bardzo niewinnym, nieprzedstawiającym znacniejszego niebezpieczeństwa i że w razie, gdyby zaszyte rany bez wydobycia guza nastąpić musiało, po zabliznieniu rany stósunki będą takie po operacji, jakie były przed operacją.

Do operacji przystąpiłem 14. lipca. W tym celu ułożyłem chorą w położeniu Trendelenburga. W zwykły sposób otworzyłem w linii białej jamę

brzucha poniżej pępka na długości około 8 centymetrów. Zaraz począł odpływać w miernej ilości płyn przesączynowy o właściwym zabarwieniu, a potem ukazała się oczom powierzchnia guza rozpadającego o wejrzeniu, które prawie niedozwalało wątpić, że mamy z rakiem do czynienia. Przyszedłszy prawie niedozwalało wątpić, że mamy z rakiem do czynienia. Przyszedłszy do smutnego przeświadczenia, że guz się doszczętnie usunąć nie da, już miałem się zabierać do zaszywania powłok, gdy mnie uderzyło, że spływający wolny płyn z jamy brzucha okazuje zabarwienie krwawe. Z rany krwawienie nie pochodziło, pochodziło zatem z brzucha.

W okamgnieniu przedstawiło nam się coraz obfitsze krwawienie i to tak obfite, że bez zatamowania krwotoku zaszywanie powłok brzusznych byłoby wprost niesumiennością.

Położenie stało się istotnie bardzo poważne, decydować się trzeba było szybko, zatem kilkoma cięciami nożyczek rozciąłem powłoki brzuszne ku dołowi aż do szczytu pęcherza moczowego i na kilka centymetrów po nad pępek.

Odsłoniłem cały guz, szybko objąłem okiem warunki i przekonałem się, że guz szeroko usadowiony w okolicy jajnika prawego schodzi głęboko w miednicę małą i ku stronie prawej. Szeroka podstawa guza była na około w ścisłej łączności z prawą połową miednicy. Na całej powierzchni miejsca krwawiącego nie znalazłem, krew wydobywała się coraz obficie z pod guza i to z pod jego górnego ograniczenia. Chciałem guz nieco unieść albo ku przodowi nachylić, aby na tylnej jego ścianie miejsce krwawiące odszukać, — przesunięcie guza nietylko wcale się nie udało, bo guz okazał się nieruchomym, ale co gorsza, w miejscach gdzie guz ująłem w palcach się rozłaził, a z miejsc rozpadłych nowe krwawienie powstawało.

W kilka chwil położenie stało się groźne, asystent trzymający tętno oświadczył, że tętno liche, a chloroformujący, że przerywa chloroformowanie z powodu zapadu. Do namysłu czasu nie było, chorą uważałem za straconą, chciałem tylko ratować, że tak powiem, honor operatorski, dotrzeć do źródła krwotoku, powstrzymać go, aby mi się chora nie skrwawiła, a może się uda jeszcze żywą przenieść do łóżka. W tej przykłej chwili śmiało powiedzieć mogę, nie minuty, ale sekundy decydowały o życiu osoby operowanej.

Zdobyłem się wówczas na energię i pośpiech i wyznać muszę, że nie wiem czym się szybciej decydowałem, czy szybciej operowałem. W jednej chwili wsunąłem rękę na płask ułożoną od dna guza na tylną jego powierzchnię, dotarłem aż do jamy miednicy i ręką jakby łyżką wygarnąłem guz cały jednym ruchem ręki i tym sposobem usunąłem guz kruchy, odłuszczając go od podstawy zbitej. Jakże powstały stosunki rozglądać się było niepodobna, gdyż w okamgnieniu zaczęło się tworzyć w miednicy jezioro krwi, którego powierzchnia podnosiła się szybko do góry. Asystujący mi dr. Koźmiński ucisnął aortę, chciałem wymaczać jezioro krwi z miednicy małej, aby miejsce krwawiące znaleźć, ale ani sposobu się rozejrzeć; tyle tylko spostrzegłem, że krew

płynie strumieniem z okolicy przedniej ściany miednicy z pod więzu Pouparta. Chora bez tętna robiła wrażenie trupa; chwyciłem cały kłęb gazy jodoformowej, obejmujący 5 metrów pełnej szerokości i wtłoczyłem go w miednicę, cisnąc w kierunku z kąd krwawienie pochodziło. Krew przez gazę nie przesączała, czułem jednak, że jeżeli zwolnię ucisk, krwawienie się ponowi. Ująłem drugi kłęb 5 metrów gazy jaki był i podsunąłem nim jelita ku przeponie, postanowiłem bowiem całą dolną połowę jamy brzucha gazą wytamponować i w tym celu całą przestrzeń między jednym a drugim kłębem gazy utkać szczelnie gazą i tym sposobem ucisk mej ręki zastąpić a potem zaszyć brzuch o ile można i zastosować od zewnątrz opaskę uciskową. Za kilka dni miała być szkoła zamknięta na wakacje, zatem zapasów nierobiono, gazy jodoformowej wyjałowionej więcej pod ręką po nad 10 metrów nie było, tylko gaza xeroformowa, której w przypadkach położniczych w miejsce jodoformowej używałem. Utkąłem zatem przestrzeń między jedną a drugą gazą jodoformową kłębem gazy xeroformowej, stósując ucisk w całej pełni. Na gazie ułożyłem powłoki brzuszne tak, że w dolnym kącie rany były ujęte silnie końce gazy, górną zaś część rany zespołem kilkoma szwami przeprowadzonymi przez całą grubość ściany brzusznej w znacznych odstępach jeden od drugiego.

Asystenci cucili chorą, wstrzykiwali pod skórę eter, rozczyn soli kuchennej, oleum camphoratum; tętno ledwo macalne, wyżej 140 uderzeń na minutę. Założono opaskę uciskową na cały brzuch i przeniesiono chorą do łóżka jeszcze żywą i obłożono ciepłymi bańkami.

Z prawdziwą przykrością wyczekiwałem wiadomości telefonicznej, pewny, że chora długo tego stanu nie przeżyje, tak stan był lichy, gdym ją opuścił i tak nie liczyłem na to, żeby się czas dłuższy przy życiu utrzymała. Poszedłem po południu do szkoły, zastałem chorą przy życiu, ciepłota 37·0, tętno 120, chora przyszła do siebie, leży apatycznie.

W nocy kilkakrotnie wymioty.

15-go rano ciepłota 37·0, tętno 120,

po poł. » 37·1, » 112.

Kilkakrotnie wymioty, czkawka, okolica dołka podsercowego nieco wzdęta, polecono Coffeinum, wodę z lodem, stare wino.

16-go rano ciepłota 37·1, tętno 112.

Język wilgotny, pragnienie, częste odbijanie, dołek podsercowy zapadnięty ale nie tkliwy.

Ponieważ chora żyła i miała się coraz lepiej, zacząłem myśleć o gazie do tamponowania użytej, obawiając się, aby nie przyszło do obumarcia tkanin pod wpływem zastosowanego ucisku. W przypuszczeniu, że skoro chora dotąd nie krwawi, krwotok jest zatamowany, postanowiłem gazę usunąć. Zdjęto opaskę doraźnie nie tyle dla opatrzenia rany ile dla ucisku założoną.

Ostrożnie drżącą ręką wydobywałem gazę xeroformową, przesiąkniętą krwawą cieczą zapachu świeżego mięsa, opatrzyłem ranę i założyłem ponownie opaskę uciskową.

Wyjęta gaza ważyła 600 gramów a na miarę wynosiła z górą 4 metry o pełnej szerokości.

Ponieważ ze względów administracyjnych zamknięcie szkoły akuszerki na wakacje w Krakowie zostało niespodziewanie o dni kilka przyspieszone, zatem zdałem oddział szkolny a w nim i pacjentkę pod opiekę prymaryatu oddziału położniczo-ginekologicznego szpitalnego.

Jak mi później kolega w oddziale szpitalnym pracujący o dalszym przebiegu choroby w podanym przypadku uprzejmie opowiedział, w dwa dni później wyjęto około 4 metrów gazy ku przeponie, położonej i w to miejsce założono około $1\frac{1}{2}$ metra świeżej gazy.

Po następnych 3-ch dniach wyjęto oprócz świeżo założonej przy ostatnim opatrunku około 3 metrów pierwotnie założonej gazy. Resztę zaś w dni kilka. Przez dłuższy czas około 5-ciu tygodni zakładano sącdek z gazy jodoformowej do wypróżnionej jamy. Ropienie było nieznacznie, gojenie się względnie bardzo szybkie, przebieg bezgorączkowy. Chora wyszła mniej więcej w 8 tygodni po operacji z nieznaczną, płytką, prawie nie wydzielającą przetoką w podbrzuszu.

Przypadek opowiedziany jest interesującym z kilku względów, przede wszystkim z tego, że powstał krwotok, na który zupełnie nie byłem przygotowany, dalej z tego względu, że ten krwotok zmusił mnie do usunięcia guza, czyli, że w przypadku próbnego cięcia brzuszego powstało nagle położenie groźne prawie bez wyjścia, wśród którego trzeba było podejmować zabiegi nieprzewidziane.

Jak już wyżej nadmieniałem, z podobnym zajściem po wykonaniu próbnym cięciu brzuszem w piśmiennictwie się nie spotkałem. Mimowoli nasuwa się pytanie, jaki był powód do powstania tego krwotoku, którego przecież przed operacją być nie mogło. W odpowiedzi na to pytanie mogę przypuścić tylko dwie okoliczności a mianowicie: w obec nadzwyczajnej kruchości tkaniny guza mogło już ostatnie badanie przed operacją spowodować utratę ciągłości tkanin w którymś miejscu, to jednak nie zdaje mi się tyle prawdopodobnym, gdyż ostatnie badanie odbyło się na dwa dni przed podjętym zabiegiem, albo raczej, że naddarcie się guza względnie otwarcie naczynia większego musiało być nastąpić tuż przed rozpoczęciem zabiegu. Prawdopodobniejszym mi się wydaje drugie przypuszczenie, że jedno z większych naczyń krwionośnych w tkaninie chorobowo zmienionej było przez utkanie nowotworowe nadżarte i bardzo tylko nieznacznie było potrzeba urazu, aby zostało naddarte i krwotok mógł powstać. Takim momentem urazu wywołującym mogły być ruchy chorej w czasie przechodzenia jej

i układania w sali operacyjnej, ale i to mniej prawdopodobne, atoli najprawdopodobniejszym mi się zdaje, że głównie ułożenie w położeniu Trendelenburga z podniesioną miednicą do góry mogło być tego powodem. W ułożeniu Trendelenburga nietylko guz opadać musiał ku przeponie, ale co ważniejsza ucisk wśródbrzuszny został znacznie tem położeniem zmniejszony, podczas gdy parcie ościenne w naczyniach guza pozostało pierwotne, albo też i pod wpływem chwilowej wzmożonej akcji serca mogło być silniejsze niż zwykle. Taka zmiana w ucisku w jamie brzusznej w stósunku parcia ościennego krwi w naczyniach mogła być dostatecznym bodźcem do otwarcia chorobowo zmienionego naczynia i powodować krwotok zrazu nieznaczny, który wśród dalszych zabiegów się wzmacniał. Naturalną było rzeczą, że po otwarciu jamy brzucha tażsama różnica w ucisku na ścianę naczyń jeszcze wybitniej wystąpić musiała. Na uwagę zasługuje w tym przypadku zrobione doświadczenie, że tamponada tak rozległa, do której użyto około 15-tu metrów gazy o pełnej szerokości, jaka w handlu istnieje, gdzie wyjęta przez nas $\frac{1}{3}$ część gazy napojonej przesączyną ważyła 600 gramów, czyli że wszystka gaza musiała ważyć po wyjęciu około 1800 gramów; w obec tego, że gaza ta zajęła większą połowę jamy brzucha, a wreszcie w obec okoliczności, że gazą tą był wywarty tak silny ucisk, wzmożony jeszcze opaską zewnętrzną uciskową, dała w tym przypadku tak dobry wynik. Wyznać muszę, że przypadek ten ośmielił mnie i dodał pewności siebie w obec krwotoku jaki by mnie niespodziewanie w jamie brzusznej mógł zaskoczyć; że dziś spokojniej szukać mogę źródła krwotoku mając to przeświadczenie, że w chwili stanowczej, jak w opowiedzianym przypadku, mogę użyć tamponady, która wykonana pod wpływem położenia bez wyjścia tak świetny dała wynik.

