



LEON KRYŃSKI.

BIBLIOTEKA
Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie
Nr. 291

Z oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

W sprawie operacji doszczętnych raka okrężnicy.

(Odbitka z Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego).



WARSZAWA.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

1912.



LEON KRYŃSKI.

BIBLIOTEKA

Szpitala im. Karola i Maryi

Dla Dzieci

Nr. 291



Z oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

W sprawie operacji doszczętnych raka okrężnicy.

(Odbitka z Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego).



WARSZAWA.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

1912.



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM



www.dlibra.wum.edu.pl



Z oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

W sprawie operacji doszczętnych raka okrężnicy

podał

PROF. DR. LEON KRYŃSKI.

Nowotwory rakowe okrężnicy pod względem anatomicznym i klinicznym odznaczają się pewnymi cechami szczególnymi, które wpływają rozstrzygająco na sprawę wskazań leczniczych i ich wykonanie.

Schmieden w wydawanem obecnie wielkiem dziele chirurgii operacyjnej (Bier-Braun-Kuemmel) słusznie zalicza operacje na kiszce grubej do najtrudniejszych zabiegów w chirurgii przewodu żołądkowojelitowego. Głębokie położenie okrężnicy w jamie brzusznej, jej mała ruchomość, lub zupełna nieruchomość wskutek krótkości lub braku krezki, wreszcie — jej treść kałowa, odznaczająca się nadzwyczajną zakaźnością wskutek obfitości drobnoustrojów — są to czynniki, bardzo utrudniające zarówno samą technikę szwu kiszkowego, jak i przebieg gojenia się pooperacyjnego.

Słuszne w tym względzie jest zdanie Wöflera, według którego niebezpieczeństwo operacji wycięcia jelita jest w stosunku odwrotnym do długości jego krezki. Różne odcinki okrężnicy bywają niejednakowo często siedzibą raka. Stosunek ten, według obszernej statystyki Bovisa, przedstawia się następująco:

okrężnica esowata	27,3%
kątnica	24,2%
okrężnica wstępująca	11,6%
„ poprzeczna	10,2%
„ zstępująca	7,2%
zastawka biodrowokątnicza	7,1%
zgięcie śledzionowe	6,4%
„ wątrobowe	4,9%
wyrostek robaczkowy	0,2%

Liczby te zupełnie odpowiadają znanym i stwierdzonym spostrzeżeniom co do umiejscowienia raka w przewodzie pokarmowym: nowotwór powstaje najczęściej w tych miejscach, gdzie wskutek warunków anatomicznych ściana przewodu ulega ciąglemu drażnieniu przez jego zawartość, lub też — gdzie zawartość zalega czas dłuższy. Stąd więc klasyczne miejsca raka stanowią wpust i odźwiernik żołądka lub też kątnica, esica i odbytnica, przeciwnie zaś — jelito cienkie na całym swym przebiegu wyjątkowo rzadko bywa siedzibą nowotworu.

Rak okrężnicy posiada pewne właściwości przebiegu, nadające mu charakter względnie mniej złośliwy w porównaniu z takimiż nowotworami innych narządów. Są one następujące:

1) niezbyt szybkie rozrastanie się, 2) pozostawanie przez czas dłuższy cierpieniem miejscowym, 3) tworzenie względnie późno przerzutów. Natomiast cechą ujemną pod względem operacyjnym stanowi dążność nowotworów okrężnicy do wywoływania stanu zapalnego w otoczeniu, niekiedy nawet licznych ropni, co prowadzi do zrostów z najbliższymi narządami, częstokroć bardzo utrudniających zabieg.

Rozmiary i kształt nowotworu i spowodowane przezeń warunki anatomopatologiczne w ostatnim — z jednej strony, z drugiej zaś — stan ogólny chorego rozstrzygają o wyborze postępowania operacyjnego, skłaniając nas do wykonania zabiegu doszczętnego, lub też do poprzestania na operacji łagodzącej, mającej na celu li tylko wskazanie życiowe.

Zabiegi doszczętne stosujemy w dwóch postaciach: 1) jako operację jednoczasową, w której po wycięciu dotkniętego nowotworem odcinka кишки przywracamy doraźnie w ten, czy inny sposób ciągłość pozostałej okrężnicy; 2) jako operacje

dwuczasowe lub trzyczasowe, gdzie oba te zadania, usunięcie nowotworu i połączenie końców kiszki, wykonywa się na dwóch, wzgl. trzech posiedzeniach.

Jak łatwo pojąć, operacja jednoczasowa stanowi postępowanie idealne, usuwające cierpienie i przywracające odrazu stosunki prawidłowe. W tej też postaci zastosowana ona została przez chirurgów pierwotnie według analogii z postępowaniem w przypadkach wycięcia jelita cienkiego. Jednakże jest to niewątpliwie zabieg ciężki dla chorego i dający w rękach najwytrawniejszych nawet chirurgów dużą odsetkę śmiertelności. (Czerny 50%, Körte 37%, Krönlein 50%, Bramann 43%). Nowsze wyniki chirurgów francuskich przedstawiają już liczby lepsze: Terrier 27,2%, Hartmann 28,5%. W celu uczynienia przeto zabiegu mniej groźnym dla chorego podzielono go na części, wykonywane oddzielnie kolejno w pewnych odstępach czasu. W ten sposób powstała metoda dwuczasowa, której głównym zwolennikiem i propagatorem był Mikulicz. Niewątpliwie jest ona bezpieczniejsza od operacji jednoczasowej, albowiem trwa krócej, mniej wyczerpuje siły chorego i mniej naraża go na niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej; ponadto—daje możność rozszerzenia wskazań operacyjnych i na przypadki, w których stan ogólny nie pozwalałby na zastosowanie zabiegu jednoczasowego.

Wycięcie dwuczasowe według Mikulicza, jak wiemy, składa się z dwóch zabiegów. W pierwszym pętlę okrężnicy z nowotworem wysuwa się po za jamę brzuszną, umocowuje nazewnątrz powłok i odcina, pozostawiając w skórze otwory obu przeciętych ramion kiszki. Dopiero po kilku tygodniach w drugim zabiegu usuwa się ów odbyt sztuczny i zamyka zupełnie ścianę brzuszną. Hochenegg i Langemak w swojej metodzie dwuczasowej w akcie pierwszym tworzą połączenie odcinków kiszki, leżących powyżej i poniżej nowotworu, i w ten sposób wyłączają z obiegu chorą pętlę, którą usuwają doszczętnie dopiero na posiedzeniu drugim. Inni jeszcze chirurdzy, jak Schloffer, dzielą postępowanie na trzy akty: 1) utworzenie sztucznego odbytu powyżej guza, 2) wycięcie nowotworu z doraźnym połączeniem końców kiszki, 3) zamknięcie odbytu sztucznego. Jest to więc, właściwie, wycięcie jednoczasowe, które poprze-

dza utworzenie odbytu sztucznego, przeznaczonego później do zamknięcia.

Wszystkie te metody kilkoczasowe mają niewątpliwie duże zalety, o których wspomniałem powyżej. Atoli wielką ich stroną ujemną stanowi długotrwałość leczenia, ciągnącego się niekiedy miesiącami, i godny pożałowania stan chorego z utworzonym na brzuchu odbytem sztucznym. Mimo to, jednak, postępowanie dwuczcasowe wskazane jest w przypadkach ciężkich, gdzie stan chorego nie rokuje powodzenia dla zabiegu tak poważnego, jakim jest operacja jednoczasowa, przede wszystkim zaś w przypadkach z objawami zupełnej niedrożności przewodu jelitowego. Tu zasadniczo rozpoczynać należy od utworzenia odbytu sztucznego w celu uwolnienia kiszek od nagromadzonych mas kałowych i dopiero później przystąpić do właściwej operacji wycięcia guza.

W ostatnich latach zauważyć się daje bardziej krytyczna ocena zabiegu dwuczcasowego, jako „Normalverfahren“ Mikulicza w usuwaniu nowotworów okrężnicy. Przy pomocy coraz lepszej techniki operacyjnej stosujemy znów chętniej owo pierwotne, idealne postępowanie jednoczasowe, które w rękach chirurgów dzisiejszych coraz lepszymi pochwalić się może wynikami. (W. Mayo, Küttner, Friedrich, Viannay).

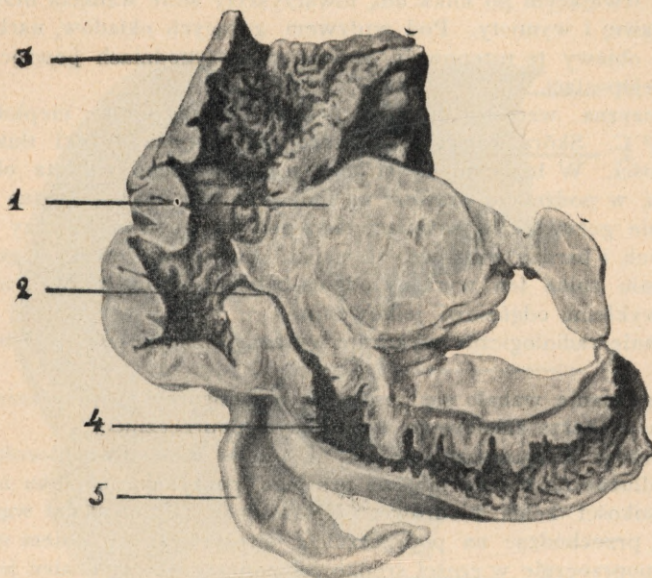
Jako ilustrację pozwalam sobie przytoczyć dwa przypadki raka okrężnicy, operowane przezemnie w ostatnich czasach metodą jednoczasową z wynikiem dodatnim.

Przypadek I. M. D., lat 56, rolnik. Od dłuższego czasu zaburzenia ze strony kiszek; w ostatnich miesiącach wypróżnienia możliwe tylko przy pomocy silnych środków przeczyszczających; ciągle wzdęcia brzucha i silne bóle na prawej jego stronie; wypróżnień krwawych nie było.

Mężczyzna średniego wzrostu, mocno wychudły; stan bezgorączkowy. W jamie brzucha w prawym dole biodrowym wyczuwa się w okolicy kątnicy ciało guzowate, dość twarde, przesuwalne, wielkości jaja kurzego. Badanie radiologiczne bezpośrednio nie dało wyniku dodatniego; po nakarmieniu chorego kaszą bizmutową w 18 godzin widać, że masa ta doszła do końca jelita biodrowego, lecz nie przeszła przez zastawkę Bauhina do światła okrężnicy. Rozpoznano: neoplasma malignum coeci.

Operacja 11 września 1911 r. Znieczulenie łądźwiowe (tropococaina 0,08). Cięcie wzdłuż prawego mięśnia prostego brzucha. Guz zajmował głównie okolice zastawki Bauhina. Wycięto całą kątnicę wraz z połową

okrężnicy wstępującej, dolnym odcinkiem (10 cm.) jelita krętego i wyrostkiem robaczkowym (rys. 1). Koniec dolny okrężnicy wstępującej zaszyto na ślepo, przecięte zaś jelito biodrowe wszyto końcem w ścianę boczną okrężnicy tuż poniżej zgięcia wątrobowego (ileocolostomia terminolateralis).



Rys 1.

1 — guz nowotworowy (carcinoma colloides). 2 — valvula ileocecalis. 3 — okrężnica wstępująca. 4 — część dolna jelita biodrowego. 5 — wyrostek robaczkowy.

Wobec niemożliwości dokładnej peritonizacji w miejscu wyciętej kątnicy wprowadzono pasmo gazy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, zagojenie rany po czterech tygodniach.

Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało budowę raka galaretowatego (carcinoma colloides). Jak widać na wyciętym preparacie, nowotwór usadowiony jest na ścianie wewnętrznej kątnicy tuż nad zastawką biodrowokątniczną, którą obejmuje dookoła, zwężając światło do grubości pióra gęsiego. Również i ściana dolna kątnicy jest naciekła nowotworowo. Natomiast ściana jelita krętego znacznie zgrubiała wskutek przerostu warstwy mięśniowej w następstwie nadmiernej pracy, wywołanej zwężeniem ujścia jelita do kątnicy. Wyrostek robaczkowy bez zmian.

* * *

Przypadek II. St. B., l. 46, stolarz. Początek choroby datuje się od niespełna roku; początkowo były częste i uporczywe rozwolnienia, którym towarzyszyła bolesność w całym brzuchu; z czasem rozwolnienia ustąpiły miejscowo objawom zaparcia, które w ostatnich czasach przybrały cechy okresowych niedrożności z silnymi bólami w podżebrzu prawem. Objawom niedrożności, trwającym po kilka dni, towarzyszyły silne wzdęcia brzucha na stronie prawej i wymioty. Pod wpływem gorących okładów, narkotyków i lawatyw objawy te ustępowały, aby po 1—2 tygodniach powrócić znów w tej samej postaci.

Mężczyzna wzrostu dobrego, bardzo wynędzniały; ciepłota ciała $36,0 - 36,4^{\circ}$ C. Skóra barwy bladoszarej, pozbawiona tkanki tłuszczowej i sprężystości. W brzuchu na stronie prawej mocno rozdęta okrężnica wstępująca; w podżebrzu prawem na linii sutkowej wyczuć można w głębi stwardnienie guzowate, wysuwające się z pod brzegu wątroby przy ruchach wdechowych i bardzo wrażliwe na ucisk. Ku stronie lewej od guza przy wypukiwaniu znika ten wyraźny odgłos bębniasty strony prawej, ustępując miejsca zwykłemu odgłosowi jelitowemu.

Badanie radiologiczne wykazuje wyraźny cień jajowaty pod brzegiem wątroby.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem poprzeczniczy a nowotworem pęcherza żółciowego, uciskającym poprzecznice.

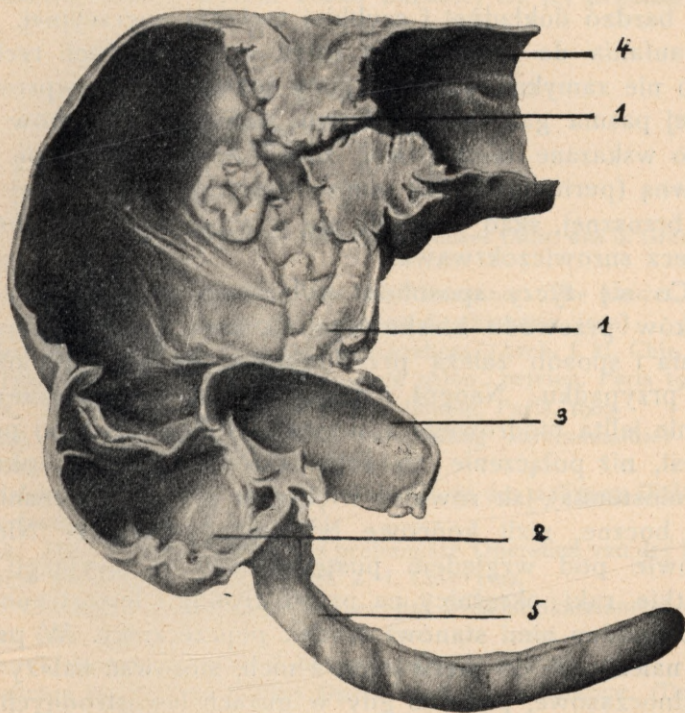
Operacja d. 15 stycznia 1912 r. Uśpienie morfinowochloroformowe. Cięcie podłużne na brzegu mięśnia prostego, poczynając od łuku żebrowego do wysokości kolca biodrowego. Nowotwór zajmował kąt wątrobowy okrężnicy, przechodząc na poprzecznice. Zrostów z otoczeniem nie było. Przecięto poprzecznie w części środkowej poprzecznicę, i koniec jej obwodowy zaszyto; również przecięto odcinek dolny jelita krętego w odległości 6 cm. od zastawki i zaszyto jego koniec dośrodkowy, poczem koniec ten zespolono bocznie z okrężnicą, przyszywając go do pozostałej części poprzeczniczy tuż obok jej zgięcia śledzionowego (ileocolostomia, anastomosis lateralis). Wówczas usunięto całą część kiszki, znajdującą się pomiędzy przeciętymi miejscami, a mianowicie — odcinek jelita krętego, kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym nadzwyczajnych rozmiarów (18 cm.), okrężnicę wstępującą, zgięcie wątrobowe, zawierające nowotwór i część poprzeczniczy (rys. II). Do jamy otrzewnej wprowadzono popod wątrobę pasma gazy, poczem ranę brzuszną zaszyto z pozostawieniem niewielkiego otworu w części górnej.

Przebieg pooperacyjny, pomimo powikłania zapaleniem płuca prawego w dolnym płacie, był bardzo pomyślny i chory po 6-iu tygodniach wypisał się ze szpitala z raną zupełnie zagojoną.

Na wyciętym okazie widzimy, że nowotwór zajmuje cały obwód zgięcia prawego okrężnicy i zamyka jego światło tak, iż pozostaje pośrodku wąziutki kanał, łączący okrężnicę wstępującą ze światłem poprzeczniczy. Ku dołowi nowotwór posuwa się wzdłuż ściany wewnętrznej, dochodząc prawie do zastawki Bauhina. Część kiszki, leżąca powyżej (dośrodkowo) nowotworu, a więc okrężnica wstępująca i kątnica ogromnie są

rozszerzone, ściany ich ścięczałe i rozdęte. Wreszcie pewną osobliwość stanowi olbrzymich rozmiarów wyrostek robaczkowy, nie przedstawiający po za tem innych zmian i nie powodujący u chorego tego żadnych chorobowych objawów klinicznych.

Badanie mikroskopowe wyciętego nowotworu wykazało budowę raka gruczołowego (adenocarcinoma).



Rys. II.

1 — guz nowotworowy (adenocarcinoma), zwężający bardzo światło okrężnicy we flexura hepatica. 2 — światło kątnicy. 3 — jelito biodrowe. 4 — poprzecznica. 5 — wyrostek robaczkowy niezwykłych rozmiarów (18 cm.).

W obydwóch przedstawionych przypadkach raka okrężnicy operacja doszczętna, wykonana jednocześnie, dała wynik pomyślny. Pomimo bardzo nędznego stanu ogólnego obu tych chorych, stosunki anatomiczne, znalezione podczas operacji,

przedewszystkiem zaś ściśle umiejscowienie nowotworu w granicach кишки, brak przerzutów w gruczołach i brak objawów zapalnych i zrostów z otoczeniem — skłoniły mnie do wykonania zabiegu idealnego, jakim jest zabieg jednoczasowy.

Jak wspomniałem powyżej, chirurdzy w ostatnich latach coraz więcej zwracają się ku temu postępowaniu, łączącemu w sobie wszystkie zalety, lecz, jako zabieg ciężki, wymagającemu bardzo dokładnej i szybkiej techniki operacyjnej. Pomimo zaufania do dokładności szwu w przypadkach tych zasadniczo nie zamykam zupełnie jamy brzusznej, lecz wprowadzam do niej pasma gazy w sąsiedztwo zeszytych odcinków кишки. Jest to wskazane tembardziej, że nie zawsze udaje się pokryć otrzewną (peritonealisatio) miejsca operowane na tylnej ścianie jamy brzusznej, skąd wydziela się w ciągu kilku dni dość obficie ciecz surowiczokrwawa.

Co się tyczy sposobów połączenia ze sobą przeciętych odcinków przewodu kiszkiowego, to, rzecz prosta, miejsce połączenia i sposób zależą przedewszystkiem od warunków każdego przypadku. Naogół jednak, jak uczy doświadczenie, zespolenie jelita biodrowego z okrężnicą (ileocolostomia) pewniejsze jest, niż połączenie ze sobą dwóch odcinków okrężnicy (colocolostomia), jak również większem cieszy się uznaniem zeszyte boczne, niżli końcowe lub końcowoboczne. Niektórzy autorowie pod względem postępowania operacyjnego dzielą wszystkie raki okrężnicy na prawostronne i lewostronne; granicę pomiędzy nimi stanowi środek poprzecznicy. W przypadkach, należących do pierwszych z nich, stosować należy wycięcie jednoczasowe, podczas gdy w guzach lewostronnych odpowiedniejsze jest postępowanie dwuczcasowe. Pomimo wielu przemawiających na korzyść tego zdania danych anatomicznych, zasada taka ściśle przeprowadzić się nie da i w każdym przypadku rozstrzygać o wyborze postępowania będzie cała suma danych indywidualnych chorego.

Jest jednak jedno wskazanie, przemawiające, zdaniem mojem, stanowczo przeciwko stosowaniu metody jednoczasowej, a mianowicie objawy zupełnej niedrożności kiszek. W tych przypadkach niezbędne jest przedewszystkiem usunięcie zalegających mas kałowych za pomocą utworzenia odbytu sztucznego; dopiero operacją wtórną wycinamy doszczętnie nowotwór

i przywracamy ciągłość przewodu kiszkowego. Postępowanie to, mimo niewątpliwie wielką jego wartość i zalety, o których mówiliśmy powyżej, powinno być stosowane tylko w przypadkach o objawach wyjątkowo ciężkich, — zaś jako metodę zasadniczą uważać winniśmy, przy uwzględnieniu w jaknajszerszym zakresie indywidualizacji przypadków chorobowych, operację jednoczasową, której wyniki coraz bardziej na jej przemawiają korzyść

PIŚMIENNICTWO.

- Anschütz. Beiträge zur Klinik des Dickdarmkrebses (Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1907).
- Barker. The removal of tumors of the large intestine. (The Lancet. 1909).
- De Bois. Le cancer du gros intestin. (Revue de chirurgie. 1900).
- Denk Zur Radicaloperation des Dickdarmkrebses. (Arch. f. kl. Chir. 89).
- Duval. Traitement chirurgical du cancer du colôn pelvien. Paris 1902.
- Hartmann. Travaux de chirurgie anatomo-clinique. Paris. 1907.
- Hochenegg. Resultate der operativen Behandlung karcinomatöser Dickdarmgeschwülste. (Arch. f. kl. Chir. 68).
- Körte. Erfahrungen über die operative Behandlung der malignen Dickdarmgeschwülste. (Arch. kl. Chir. 61).
- Langemak. Die Darmausschaltung als preliminäre Operation von der Exstirpation grosser Zökaltumoren. (D. Z. f. Chir. 112).
- Mikulicz. Chirurgische Erfahrungen über das Dickdarmkarzinome. (Arch. f. kl. Chir. 69).
- Okinczyc. Traitement chirurgical du cancer du colôn. Paris. 1907.
- Payr. Beiträge zur Technik einiger Operationen am Dickdarme. (Deutsch. Z. f. Chir. 109).
- Peterman. Erfahrungen und Erfolge bei der operativen Behandlung des Dickdarmkrebses. (Arch. f. kl. Chir. 86).
- Rotter. Ueber die kombinierte Operationsmethode zur Entfernung von Koloncarcinomen. (Arch. f. kl. Chir. 81).
- Schloffer. Zur operativen Behandlung des Dickdarmkarzinoms. (Beitr. z. kl. Chir. 38).
- Viannay. 9 cas de résection partielle du colôn pour cancer. (Congrès franc. de chirurgie. 1912).

Biblioteka Główna WUM

KS.1364



210000001364



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MAR.



B291.



www.dlibra.wam.edu.pl