



*L. in. 673 dubl.*

O OBECNYM STANIE

# CHIRURGII ŻOŁĄDKA.

*360*

Wykład habilitacyjny

Dra Rudolfa Trzebiecky'ego

Asystenta kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

MUZEUM HISTORYCZNE

dla

Wydziału lekarskiego Uniw. Jag.

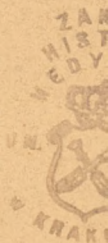


KRAKÓW.

Z Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1887.





WIA T876os 1887

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ Nr. 21 i 22.

Z-138344

Akc. z l. 2223. nr. 437

# O obecnym stanie chirurgii żołądka.

Wykład habilitacyjny

**Dra Rudolfa Trzebickiego.**

Asystenta kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Panowie! Wykład dzisiejszy dotyczy działu chirurgii operacyjnej, który dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia wszedłszy na pole ogólnej dyskusji, rychło przecież stanął prawie u szczytu swego wykonczenia, w znacznej części dzięki pracom mistrza i uczniów szkoły, do której i ja mam zaszczyt się zaliczać. Wprawdzie już w r. 1522 w Ratysbonie odważny jakiś chirurg, którego nazwisko jednak poszło w niepamięć, z powodu rany klutěj jamy brzusznej wykonał laparatomiję i zespoił ranę żołądka kilkoma szwami z pomyślnym skutkiem. W 100 lat później, bo w r. 1635, Daniel Schwaabe w Królewcu wydobyl drogą operacyjną z żołądka nóż połknięty, ciesząc się również powodzeniem. Podobne operacyje wykonali także w XVII i XVIII stuleciu Floryjan Mather, Wesener, Hübner, Frizac i inni. Operacyje te jednak, świadczące wprawdzie o niepospolitej odwadze i wysoko wydoskonalonej technice poszczególnych operatorów, poszły w zapomnienie. W pojęciu ogółu chirurgów i lekarzy jama brzuszna, a zwłaszcza przewód pokarmowy, pozostały na długie jeszcze lata niedostępnemi leczeniu opera-



cyjnemu. Kiedy w r. 1810 młody lekarz Merrem na podstawie doświadczeń na zwierzętach twierdził, że rak odźwiernika dałby się w niektórych przypadkach usunąć przez wycięcie, ogół pominął to zapatrywanie, czyli jak je zwano, to „śmiałe marzenie wieku młodocianego“ milczeniem. W połowie bieżącego stulecia dopiero Sédillot przemawia gorąco za nową operacją, której daje miano gastrostomii. Choć sam nie był na tyle szczęśliwym, aby mózdz swe zdanie poprzeć pomyślnymi wynikami osiągniętymi na ludziach, przecież już niemala w tém zasługa, że pierwszy zdołał dokładnie określić wskazania do téj operacji i podać dokładny jej plan. Pierwsze w ciągu lat małym dotąd przynajmniej uległy zmianom, ostatni w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnej musiał rozmaitym uleść modyfikacyjom. Odtąd téż na polu chirurgii przewodu pokarmowego żywszy ruch zapanał. Liczba wykonanych gastrostomij stawała się coraz większą, wyniki względnie przynajmniej lepsze. Niebawem podał Billroth nowy sposób trwałego zamknięcia przetok żołądka, Dittel, Czerny wykonali resekcję jelita w celu wyleczenia odbytu nieprawidłowego, Hagedorn, Schede, Kocher, Nicoladoni i inni z powodu zgorzeli jelita uwięzłego w przepuklinie, Gussenbauer, Thiersch i Baum resekowali większe kawałki jelita grubego z powodu nowotworów. Odtąd do resekcji żołądka już tylko krok jeden. Totéż pojawiają się prace doświadczone Gussenbauera, Winiwartera i Kaisera, a wkrótce potem po Péanie i Rydygierze Billroth ogłasza przypadek wycięcia odźwiernika u człowieka z pomyślnym wynikiem. Wspomnieć tu jeszcze wypada o gastroenterostomii Wölflera, która często chorego ratuje w obec stosunków, w których resekcja jest niemożliwą. I na polu dyjagnostyki chorób żołądka chirurgija nie pozostała bezczynną, wspierając skutecznie medycynę wewnętrzną. Gastroskop Mikulicza pozwala nam wejrzeć w głąb żołądka bez naruszenia ścian jego i z pewnością w niektórych przypadkach może się przyczynić do utrwalenia rozpoznania. Choć przyrząd ten nader skromne tylko znalazł dotąd zastosowa-

nie, to z biegiem czasu może i pod tym względem zajdzie zmiana.

Operacje wykonywane na żołądku dzielimy dziś na gastrorafię, gastrotomię, gastrostomię, resekcję odźwiernika całkowite i częściowe i gastroenterotomię.

Gastrorafią nazywamy operację polegającą na zamknięciu otworu nieprawidłowego w ścianach żołądka za pomocą szwu. Wskazanie do niej mogą stanowić zarówno z jednej strony przetoki żołądka powstałe, czy to w skutek zabiegu operacyjnego, a więc gastrostomii, czy też samoistnie, n. p. po przebicciu ropni lub wrzodów ścian żołądka na zewnątrz, z drugiej zaś strony wszelkie zranienia i pęknięcia żołądka. Tu należy zaliczyć operacje wykonane przez Mikulicza (*Sammlung klin. Vorträge* Nr. 262), Kochera (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte* 1883 Nr. 23 i 24), Felingę (*St. Petersburger med. Wochschr.* 1884 Nr. 44), Fillenbauma (według doniesienia listownego), Szteynera (*Medycyna* 1887) i innych, którzy znalazłszy wśród laparotomii nadworeźenie ścian żołądka, powstałe czy to w skutek samoistnego pęknięcia, czy też skutkiem skaleczenia nożem lub kulą, zeszyli brzegi rany z pomyślnym wynikiem. Zabieg ten przy dzisiejszej technice operacyjnej nie tylko jest zupełnie usprawiedliwionym, ale wręcz ściśle wskazanym.

Przetoki żołądkowe wtedy tylko wymagają tej operacji, jeżeli dochodzą większych nieco rozmiarów, mniejsze zamykają się albo same, albowtóż po lekkim tylko przyżeganiu. Dawniejsze próby pokrycia przetoki płatem wyciętym z najbliższego otoczenia, jakkolwiek chwilowo prowadziły do celu, najczęściej nie usuwały jednak przetoki na stałe, gdyż świeża blizna wyjątkowo tylko zdołała oprzeć się działaniu soku żołądkowego. Dopiero Billroth (*Wiener med. Wochschr.* 1877 Nr. 38) utorował w tym kierunku drogę. Po nieudanych licznych próbach zamknięcia przetoki żołądkowej u młodej dziewczyny zwykłemi sposobami, odpreparował on ścianę żołądka od brzegów przetoki i zespoił je szwem, pokrywając następnie ubytek w powłokach brzusznych płatem osobnym.



Postępowanie to było uwięczone jak najpomyślniejszym skutkiem.

Otwarcie żołądka drogą operacyjną, najczęściej w celu wydobywania ciał obcych przypadkowo połkniętych, z natychmiastowem zespojeniem brzegów rany nazywamy gastrotomią, w przeciwstawieniu do gastrostomii, t. j. operacji, przy której zakładamy na czas dłuższy lub na zawsze przetokę żołądkową. Według zestawienia Credego (*Archiv für klin. Chir.* T. 33 XXIII) wykonano dotychczas gastrotomię 26 razy, a mianowicie 22 razy z wynikiem pomyślnym. Doliczyć tu jeszcze należy jeden przypadek operowany przez Maydla (*Internat. klin. Rundschau* 1887) i przypadek, o którym wspomniał na tegorocznym Zjeździe chirurgów Stelzner. Drogą tą usunięto z żołądka widelce, noże, łyżki, katetery, sztuczne szczęki i t. p. 2 razy wydobyto guzy składające się z posklejanych kawałków włosów. Obydwa przypadki dotyczyły młodych dziewcząt, które przez długie lata odgryzały sobie koniuszki włosów i połykały takowe. Kawałki te zlepivszy się ze sobą utworzyły guzy znacznych rozmiarów. W przypadku operowanym przez Schönborna (*Archiv f. klin. Chir.* T. 29, XXIV) przedstawiał tenże guz jakby odlew całego żołądka. W przypadku zaś Thorntona (*Lancet* 1886, styczeń) rozpoznano przed operacją nowotwór złośliwy okrężnicy poprzecznej, podczas gdy przy operacji znaleziono w samym żołądku guz, ważący przeszło 2 funty. Obie te chore wyzdrowiały. Z pomiędzy zebranych przez Credego operacyj znaczna część przypada jeszcze na czasy przedantiseptyczne. Jeżeli mimo tego wyniki operacji tej już wtenczas były względnie tak korzystne, jak to wynika z cyfr podanych, to tłumaczy się to w pierwszym rzędzie tem, że dawniej decydowano się przeważnie wtedy dopiero do operacji, kiedy wytwarzający się ropień w powłokach brzusznych dawał rękojmię, że ściany żołądka zlepione już były z powłokami brzuszniemi, a tem samem cała operacja odbyć się mogła bez otwarcia otrzewny. Pod tym względem dziś stanowcza zaszła zmiana. W każdym przypadku, w którym na pewno stwierdzono, że chory połknął

czyto z umysłu, czy przypadkowo jakieś ciało, o którym trudno przypuścić, żeby bez trudności zdołało przejść przez przewód pokarmowy, jesteśmy w prawie otworzyć żołądek i wydobyć ciało obce na zewnątrz. Operacja sama przez się wykonana według zasad dzisiejszej chirurgii nie zagraża choremu żadnym niebezpieczeństwem. Nie powinna nas zresztą pod tym względem bałamać ta okoliczność, że organizm potrafi czasem bez szwanku naturalną drogą wydalić przedmioty nader niebezpieczne. I tak znany jest przypadek Cunningsa, który po pijanemu połknął 4 noże; 3 z nich odeszły po jakimś czasie ze stolcem, 4go zaś już nigdy więcej nie widziano. Wyjątki podobne wcale nas jednak nie uprawniają do zachowania się biernego w obec takiego przypadku; operując weześnie ratujemy dziś prawie na pewno chorego, przez oczekiwanie zaś narażamy go na cały szereg niebezpieczeństw.

Tu zaliczyć musimy także operację jednorazowego forsownego rozszerzenia odźwiernika. Zabieg ten podany przez Loretę dla usunięcia zwężeń bliznowatych odźwiernika, polega na tém, że po otwarciu żołądka wchodzi się dwoma palcami do wnętrza tegoż ku dwunastnicy i mocno rozciąga się zwężony odźwiernik, poczem następuje zeszyście żołądka i rany brzusznej. Jakkolwiek technika tej operacji jest bardzo prosta, toć przecież zdaje się, że postępowanie to jest zanadto niepewne w obec znaney dążności wszystkich bliznowatych zwężeń do recydyw. Totóż tylko wyjątkowo chyba moglibyśmy się zdecydować do tej operacji, zwłaszcza że posiadamy dziś liczne inne pewniejsze sposoby usunięcia tego cierpienia, o których później jeszcze będzie mowa. Na tém miejscu chciałbym tylko jeszcze wspomnieć o operacji plastycznej, wykonanej w jednym przypadku z tego samego wskazania przez prof. Mikulicza, którą także do rzędu gastrotomij zaliczyć wypada. U choréj młodej, w wysokim stopniu wyniszczonej w skutek ciągłych krwotoków z wrzodu żołądka i znacznego stopnia zwężenia odźwiernika, postąpił prof. Mikulicz w ten sposób, że po otwarciu przedniej ściany żołądka w kierunku równoległym



do osi żołądka przypalił energicznie termokauterem dno wrzodu, znajdującego się na tylnej ścianie i zrosniętego z głową trzustki, a następnie zespoił brzegi rany żołądka zamiast w kierunku pierwotnym, a więc podłużnym, w kierunku poprzecznym. W ten sposób odźwiernik przedtém zaledwie drożny dla końca palca, z łatwością przepuszczał całe 2 palce. Chora niestety zabiegu nie przetrzymała, umarła bowiem na trzeci dzień skutkiem wycieńczenia.

Jeżeli, jak widzieliśmy, wskazanie do gastrotomii nie tylko dotąd weale nie zostało zakwestyjonowane, ale nawet poniekąd rozszerzane, to nie możemy tego samego powiedzieć o gastrostomii. Pod tym względem zdaje się powoli rozwijać reakcja, która ma na celu ograniczyć poniekąd wskazania do niej, a raczej wykluczyć z ich rzędu indykację, z powodu której najczęściej dotąd gastrostomię wykonywano, t. j. nowotwory złośliwe płuca. Pierwszym, który już w r. 1837 zalecał tę operację, choć tylko na podstawie teoretycznego rozumowania i doświadczenia zebranego na przypadkach, w których po zranieniach powstała przetoka żołądkowa, był norweskimi lekarz wojskowy Egeberg. Na zwierzętach wykonali tę operację w celach fizjologicznych Bassow i Blandlot w r. 1842 i 1843. Na człowieku zaś wykonał ją po raz pierwszy w r. 1849 Sédillot. Niezależnie od niego i prawdopodobnie nie znając weale prac swych poprzedników wykonał tę operację w r. 1853 Fenger. Jeżeli zasługą Sédillota jest, że podał ściśle wskazania do operacji, które dotychczas przynajmniej nieznanym uległy tylko zmianom, to niemniejszą zaletą Fengera, że cięcia w powłokach brzusznych przez niego podane, powszechnie prawie zostało aż dotąd stosowane. Sédillot zaleca wykonanie gastrotomii z następujących powodów: 1) z powodu wrodzonego braku płuca, 2) z powodu niedrożności płuca, wywołanej albo przez ucisk od zewnątrz, albo przez zwężenia bliznowate lub wreszcie nowotworowe. Z powodu pierwszego wskazania dotąd nikt jeszcze nie operował, z powodu drugiego według statystyki zebranej przez Zesasa (*Archiv f. klin. Chir.* T. 32 VI) wykonano 162 operacji;

a mianowicie 129 razy dał do niej pochoć nowotwór rakowy, 31 razy blizna, a 2 razy zwężenie syfilityczne. Dodać tu jeszcze wypada 28 operacyj z kliniki Alberta ogłoszonych przez Maydla i 3 przypadki operowane przez Hahna (*Berl. klin. Wochschr.* 1885 Nr. 50 i 51) i Schedego (*Centralblatt f. Chir.* 1880, str. 222), w których starano się przez przetokę żołądkową rozszerzać zwężenie nowotworowe odźwiernika. Z przypadków zestawionych przez Zesasa umarło z operacyj 133 chorych, a tylko 18 chorych z rakiem, a 11 z blizną wyzdrowiało. Liczby te nie mogą wcale przemawiać na korzyść téj operacyi. Choć musimy przyznać, że największa ilość chorych zgłasza się do chirurga już w stanie rozpaczliwym, kiedy wyniszczenie doszło do najwyższego stopnia, choć i to nie ulega wątpliwości, że z erą antyseptyczną i wyniki gastrostomii stały się lepsze, przecież jednak zdaje się, że wskazania do niej powinny dziś znacznej ulegć zmianie. W przypadkach zwężeń bliznowatych, opierających się zwykłemu leczeniu za pomocą sondy z pewnością operacyja ta, jako środek ratujący życie chorego, jest ściśle wskazana. Chorzy Vernuila i Trendelenburga (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22 VII) najlepszym tego są dowodem. Chory Trendelenburga pokarmy przeżute w ustach przez długi dren, niby sztuczny połyk, wprowadzał sobie do żołądka i w ten sposób odżywiał się zupełnie odpowiednio. W niektórych razach, gdzie nie podobna z góry przejść sondą przez zwężenie, udaje się to względnie z łatwością od strony żołądka. Tą drogą osiągnęli wyniki pomyślne Schattauer (*Przegląd Lek.* 1883 Nr. 50), Caponotto (*Centralblatt f. Chir.* 1885 str. 446) i inni. W ostatnich czasach wreszcie polecił Hacker w przypadkach zwężeń drożnych tylko dla cienkich strun przywiązać do jednego końca tejże dren cienki i następnie przeprowadzić naprzód strunę przez przełyk, aż się koniec tejże ukaże w żołądku; następnie pociągając za ten koniec można przeciągnąć także za struną przez zwężenie i dren, który mocno rozeciągnięty z łatwością przechodzi przez strykturę, w chwili ustania zaś działania siły, wracając do



swych prawidłowych rozmiarów, rozpiera jęćściany ze znaczną siłą.

Inaczej rzecz się ma przy zwiężeniach nowotworowych. Na 129 chorych umarło 111 jużto z samęj operacyi, jużtęż w najbliższych tygodniach, a tylko 18 wyzdrowiało, t. j. jak Zesas wyraźnie dodaje, żyli oni albo jeszcze w czasie ogłoszenia historyi choroby, albo tęż o dalszym ich losie nie można było zasiągnąć wieści. Najprawdopodobnięj zmarli oni także po kilku tygodniach lub miesiącach. Nie podobna zaprzeczyć zdaniu wygłaszanemu przez zwolenników gastrostomii, że gdyby się chorzy we wcześniejszym okresie choroby zgłaszali do operacyi i wyniki teję stałyby się znacznie lepsze. Ale zapytajmy się, ilu chorych, mogących jeszcze jako tako połykać, zgodzi się na tę bądżcobądż w następstwach przykrą operacyję i rozważmy, czy nie możemy prostszą drogą osiągnąć tego samego rezultatu, co i przez operacyję krwawą? Na drugie pytanie stanowczo musimy odpowiedzieć twierdząco. Zachodzą tu bowiem dwie możliwości. Albo chory zasięgaający rady chirurga doznaje trudności dopiero w połykaniu stałych pokarmów, podczas gdy płyny jeszcze z łatwością przechodzą, albotęż i tych ostatnich przełknąć nie jest w stanie. W pierwszym razie przy jakięj takięj wprawie i obopólnęj cierpliwości udaje się jeszcze zazwyczaj przeprowadzić zgłębnik przez miejsce zwiężone i powoli je rozszerzyć. Trzeba się samemu przekonać, ile tą drogą w rozpaczliwych na pozór nawet przypadkach jeszcze zdziałać można, do jakiego stopnia choremu można ulżyć cierpięń i podnieść ogólne odżywienie, aby się wyrzec raz na zawsze chęci wykonania gastrostomii przy takim stanie. Jeżeli zaś chory już i płynów nie jest w stanie połknąć, to prawie zawsze jest już do tego stopnia wyniszczony i osłabiony, że go już i operacyja nie wyratuje. W obec tego zdaje się, że nowotwory rakowate z czasem znikną z rzędu wskazań wymagających wykonania gastrostomii.

Technika operacyi jest zupełnie prostą. Od czasów Fengera wszyscy prawie prowadzą cięcie w powłokach brzusznych na 1—2 palców poniżej i równoległe do lewego

luku żebrowego. Po przecięciu skóry, mięśni i otrzewny wy-  
ciąga się żołądek w celu przymocowania go w ranie. Wy-  
szukanie żołądka moeno skurezonego może niekiedy spra-  
wiać znaczne trudności. Znanym jest przypadek, w którym  
wprawny chirurg zamiast w żołądku założył przetokę w okrę-  
żnicy poprzecznej. Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa ra-  
dzi Schönborn (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22, XX) wpro-  
wadzić do żołądka zgłębnik podany przez Schreiber'a.  
Zgłębnik ten zaopatrzony jest na końcu w balonik kaucz-  
kowy. Wprowadziwszy sondę do żołądka nadymamy balon  
ten powietrzem, w skutek czego przednia ściana żołądka  
okazuje się zawsze na dnie rany brzusznej. Inni radzą  
wzdęcie żołądka przez podanie proszku burzącego przed  
samą operacyją. Ile po tych środkach, w obec tego, cośmy  
o wskazaniach do gastrostomii mówili, spodziewać się mo-  
żemy, Panowie! sami osądzicie. Po wyszukaniu żołądka na-  
leży kawał ściany przedniej przymocować najlepiej za po-  
mocą szeregu szwów w ranie i tém samém zamknąć zupełnie  
jamę otrzewnową. Pod tym względem trzeba umieć zacho-  
wać miarę; zbyt skąpa ilość szwów może niedostatecznie  
utrzymać żołądek w swém położeniu, który podczas forsow-  
niejszego ruchu, np. wymiotów lub kaszlu, może się oderwać  
od brzegów rany i wpaść w głąb jamy brzusznej, za gęsty  
zaś szereg szwów może, jak w przypadku operowanym przez  
Kochera, wywołać zgorzel wszytęgo kawałka ściany żo-  
łądka. Dalsze postępowanie może być dwojakie. Jeżeli ope-  
rujemy „w jednym czasie,“ to po przymocowaniu żołądka  
na dnie rany odrazu zakładamy otwór i obrebujemy brzegi  
rany brzusznej wywiniętą błoną śluzową. Postępując zaś  
„drogą dwuczasiową“ odkładamy drugi akt operacyi, t. j.  
założenie przetoki na kilka dni, aż się wytworzą dostateczne  
zlepy między otrzewną ścienną a żołądkiem, a tém samém  
wszelkie niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydo-  
bywającą się treść żołądka bywa usunięte. Trudno rozstrzy-  
gnąć, które postępowanie jest odpowiedniejszém. W obec  
tego jednak, że przy ostrożném postępowaniu snadnie można  
uniknąć zakażenia otrzewny, a zwłoka choćby kilku dni



dla chorych i tak zazwyczaj wyniszczonych może się stać zgubną, racjonalniej może byłoby wykonać całą operację od razu. Co do miejsca założenia przetoki wszyscy prawie autorowie zgodnie twierdzą, że najodpowiedniejszą jest część żołądka bliżej wpustu położona.

W leczeniu następówem sprawia tylko pewne trudności należyte zamknięcie otworu przetoki, aby nie dopuścić ciągłego wysączenia się treści żołądkowej na zewnątrz. Wprawdzie Langenbeck, Kapeller, Escher, Schönborn i inni podali rozmaite po części bardzo sprytnie w tym celu obturatory, które jednak nie zawsze w całości odpowiadają swemu zadaniu. Tyle pewna, że im przetoka większa, tym trudniej o szczelne jej zamknięcie. W ostatnich czasach radził Hacker (*Wiener med. Wochschrft.* 1886, Nr. 31 i 32) użyć siły lewego mięśnia prostego do zamknięcia nią otworu. Cięcie prowadzi on równoległe do linii środkowej ciała na  $2\frac{1}{2}$ —3 cm. na lewo od tejże przez mięsień prosty tak, że włókna tego otaczając później brzegi otworu w żołądku tworzą niejako rodzaj sztucznego zwieracza.

Największy postęp na polu chirurgii żołądka datuje się dopiero od chwili, kiedy udało się z powodzeniem wykonać resekcję większego kawałka żołądka. Pierwszy wykonał operację tę, jak już wspomniałem, na zwierzętach Merrem. Gdy jednak praca jego z biegiem czasu zupełnie poszła w niepamięć, Gussenbauerowi i Winiwarterowi (*Archiv f. klin. Chir.* T. 19, XIII) należy się zasługa, że na podstawie licznych operacji na zwierzętach wykazali możliwość resekcji żołądka i zarazem na podstawie protokołów sekeyjnych stwierdzili, że rak żołądka usadawiając się przeważnie w części odzwiernikowej przez długi czas pozostaje cierpieniem miejscowem, nieprowadzącem do przerzutów. Doświadczenia te powtórzył Kaiser (*Beiträge zur oper. Chirurgie* 1878), któremu udało się nawet utrzymać jednego psa po wycięciu całego żołądka przez 3 tygodnie przy życiu. Ztąd do operacji na człowieku już tylko krok jeden. Zrobili go prawie równocześnie Péan, Rydygier i Billroth. Chorzy dwóch pierwszych niestety zabiegu nie zdołali prze-

trzymać, Billroth mógł się poszczycić wynikiem pomyślnym. Odtąd operacja ta stała się coraz częstszą i została dotąd przeszło 100 razy wykonaną. Zapał do tej operacji, który z początku ogarnął ogół chirurgów zwolna, po części ostygł. Przekonano się bowiem, że z pomiędzy licznych szeregu raków odźwiernika tylko nieliczne przypadki nadawały się do resekeyi. Wszędzie, gdzie już istnieją zrosty z więzadłem dwunastnicowo-wątrobowém, lub co gorsza z samą wątrobą i trzustką, zabieg sam przez się staje się nader ciężkim i powikłanym, a nadzieja doszczętnego usunięcia części schorzałych i zupełnego wyleczenia chorego nader małą. To też dziś ogólnie prawie przyjęto zdanie, że tylko jeszcze przypadki bez zrostów nadają się do operacji. Jak to atoli trudno czasem rozpoznać przed operacją, czy ten lub ów przypadek nadaje się do resekeyi, tego dowodem liczne przypadki, gdzie dopiero po otwarciu jamy brzusznej albo dopiero wśród oddzielania odźwiernika nabrano przekonania o niemożliwości dokończenia operacji.

Nie będę tu nużył Panów opisywaniem stopniowego rozwoju techniki samej operacji, podam tylko pokrótce sposób operowania, który dziś prawie ogólnie jest przyjęty. Cięcie w powłokach zewnętrznych rozmaici operatorowie prowadzą rozmaicie. Billroth poleca cięcie poprzeczne, Rydygier podłużne na prawo od linii środkowej, inni znowu otwierają jamę brzuszną w samej linii środkowej. Drugi akt operacji stanowi oddzielenie samego odźwiernika, którego dokonywamy przecinając pomiędzy dwiema podwiązkami sieć małą i dużą na przestrzeni, odpowiadającej kawalkowi żołądka, mającemu uleść resekeyi. Podłożywszy następnie popod odźwiernik albo gąbkę, albo złożony w kilkoro kawał gazy jodoformowej, wycinamy część schorzałą żołądka, bacznie przeważnie na to, aby się dwunastnica w głąb przypadkowo nie cofnęła i treść przewodu pokarmowego nie dostała do jamy brzusznej. Dla uniknięcia tego ostatniego niebezpieczeństwa podano rozmaite uciskadła, które się zakłada na żołądek i dwunastnicę przed ich przecięciem. Najpraktyczniejsze z nich są uciskadła podane przez Rydy-



giera i Wehra. Wielu jednak chirurgów operuje bez uciskadeł, zdając się li tylko na ręce asystentów, gdyż zdaniem ich zawadzają one z jednej strony przy zakładaniu szwów, z drugiej zaś tamują chwilowo przez ucisk krwotok, który po założeniu szwów i zdjęciu uciskadeł niemało potem może narobić operatorowi kłopotu. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że dla rąk asystenta przynajmniej są uciskadła nader pożądaną pomocą, aby zaś zawadzały przy zakładaniu szwów, tego w przypadku operowanym przez prof. Mikulicza nie widziałem. Wreszcie następuje zespojenie żołądka z dwunastnicą szwem jelitowym. Pod tym względem największą trudność sprawia wyrównanie światła obu tych części. Dawniej wycinano w tym celu z żołądka jeden lub 2 kliny, albo też według Wehra (*Zeitschrift für Chir.* T. 17, III) rozszerzano światło dwunastnicy przez ukośne obcięcie jej brzegów. Dziś powszechnie służą ku temu celowi tak zwane szwy okluzyjne, któremi zespajamy ściany żołądka pomiędzy sobą w kierunku od krzywizny małej ku dużej, zostawiając u samego dołu otwór równy mniej lub więcej światłu dwunastnicy. Teraz dopiero zespojenie dwunastnicy z żołądkiem udaje się zazwyczaj bez trudności, a cały żołądek po operacyi przybiera kształt zupełnie do prawidłowego podobny. Totież Czerny zaproponował dla tej operacyi w miejsce nazwy „resekeyi żołądka“ lub „gastrektomii,“ miano „gastroplastyki.“

Pomijając wszystkie inne niebezpieczeństwa, zagrażające choremu w tak ciężkiej operacyi, nie podobna tu zapomnieć o jednym, które w typowy, że tak powiem, sposób kilka razy spowodowało niepomyślne zejście. Mam tu na myśli zgorzel okrężnicy poprzecznej, która wystąpiła u chorych operowanych przez Lauensteina, Czernego i Küstera. W każdym z tych przypadków musiano z powodu zrostów rozleglejszych pomiędzy odźwiernikiem a śródjelicem okrężnicy przeciąć takowe na znacznej przestrzeni. Wprawdzie Rydygier (*Centralblatt f. Chir.* 1885 Nr. 13) twierdzi, że przecięcie to nie pociąga za sobą koniecznie zgorzeli jelita, byle tylko nastąpiło dość daleko od tegoż i nie na zbyt wiel-

kiej przestrzeni. W każdym razie wypada nam się w podobnych przypadkach liczyć z tém niebezpieczeństwem i w danym razie za radą Lauensteina wykonać zarazem i wycięcie odpowiedniego kawałka okrężnicy.

Pierwotnie uważano za jedyne wskazanie do resekcji żołądka nowotwory rakowe. Rydygier pierwszy wykonał tę operację z powodu zwięzienia bliznowatego. Wskazanie to jednak nie zostało przyjęte dla wszystkich przypadków, zwłaszcza, że rozporządzamy dziś środkami mniej niebezpiecznymi, a może w niektórych razach równie pewnymi. Częściowa resekcja żołądka według Czernego i gastroenterostomija Wölflera współubiegają się w tych razach o pierwsze z resekcją całkowitą. Czerny (*Archiv f. klin. Chir.* T. 30 I.) wykazał, że w przypadkach wrzodów i blizn odźwiernika można względnie często wyciąć wrzód za pomocą 2 cięć eliptycznych i następnie zeszyć ubytek bez całkowitej resekcji odźwiernika. Jeżeli wrzód znajduje się na przedniej ścianie żołądka, to zabieg jest zupełnie prostym, jeżeli zaś na tylnej, to należy sobie utorować doń dostęp przez otwarcie żołądka od przodu. Czasem udaje się nawet, według Czernego, wyluszczyć drogą tępą cały wrzód ze zgrubiałej ściany żołądka. Zalety tego postępowania w porównaniu z całkowitą resekcją są nader wybitne. Szew zakładamy zaledwie na  $\frac{1}{4}$  lub  $\frac{1}{3}$  obwodu żołądka, a tém samym niebezpieczeństwo rozejścia się szwu jest daleko mniejsze, następowej zaś zgorzeli okrężnicy poprzecznej obawiać się przy tej operacji nie potrzebujemy. Całkowite wycięcie odźwiernika może tylko wtedy byłoby dziś wskazaniem z powodu wrzodu, gdyby resekcja częściowa lub gastroplastyka podana przez Mikulicza były niemożliwe, a brak wszelkich zrostów z organami sąsiednimi pozwalał spodziewać się pomyślnego wyniku operacji. W razie jednak rozleglejszych zrostów lub znaczniejszego osłabienia chorego uważalbyśmy operację Wölflera za zabieg daleko prostszy i mniej niebezpieczny a równie może skuteczny.

Operacja ta polega na utworzeniu sztucznej komunikacji pomiędzy żołądkiem a jelitem cienkim z ominięciem



odźwiernika i dwunastnicy. Pierwszy raz wykonał ją Wölfler w przypadku raka żołądka, przekonawszy się wśród laparotomii, że zamierzona resekcja nie dała się dokończyć. O ile mi wiadomo, wykonano operację tę dotąd 24 razy, 19 razy z powodu nowotworu, 5 razy z powodu zwężeń bliznowatych w żołądku i dwunastnicy. Przy zwężeniach natury niezłośliwej daje ona wyniki nader pomyślne i z pewnością zostanie zabiegiem w wielu bardzo przypadkach odpowiednim, ratującym chorego od śmierci z wyniszczenia. Natomiast statystyka zwężeń natury złośliwej wcale nie przemawia na korzyść tej operacji. Z 19 chorych umarło 12 z samej operacji, 1 po miesiącu, 3 po 4 miesiącach, a tylko co do 3 zanotowano, że jeszcze po 2, 3 i 4 miesiącach cieszyli się względnie dobrą zdrowiem. W obec tych wcale niebardzo zachęcających wyników zdaje się, że wypadnie może powtórzyć o gastroenterostomii wykonanej z powodu nowotworów to samo, cośmy powiedzieli o gastrostomii wykonanej z podobnych przyczyn. Wprawdzie i tu nie brakło głosów żądających, aby operację tę wykonywano we wcześniejszym okresie. Mianowicie Courvoisier (*Centralblatt f. Chir.* 1883 str. 794) twierdził, że w każdym przypadku, w którym podczas operacji resekcja żołądka okaże się niewykonalną, należy przystąpić do gastroenterostomii, choćby nawet zwężenia odźwiernika nie było, a to ze względu na to, że przecież z czasem do zwężenia przyjść może. Zdanie to jednak nie znalazło poparcia i sędzę, że słusznie. Jeżeli resekcja niemożliwa, a zwężenia jeszcze nie ma, to najlepiej zakończyć rychło operację zeszcieniem powłok brzusznych, o ile zaś przy istniejącym już zwężeniu nowotworowym znacniejszego stopnia operacja ta ma racyję bytu, niech dalsze doświadczenia rozstrzygną.

Technika tej operacji jest dość prosta. Według Wölflera wchodzi się ręką w okolice faldu dwunastnico-czeczego, gdzie łatwo znaleźć pierwszą pętlę jelita czeczego, przymocowaną tamże za pomocą krótkiej krezki. Znalazwszy ją wyciąga się pętlę jelita o 40—50 cm. poniżej położoną i przeprowadziwszy ją poprzeczną poprzeczną przysuwa się do

krzywizny wielkiej żołądka. Następnie robimy zarówno w żołądku jak i w jelicie nożem otwór i zeszywamy brzegi tych otworów ze sobą tak, że powstaje wolna zupełnie komunikacja wprost pomiędzy żołądkiem a jelitem. Należy tu zważać tylko na jedną okoliczność, a mianowicie na to, aby zapewnić należyte krążenie treści przewodu pokarmowego wśród jelit, a mianowicie niedopuszczyć cofania się żółci przez nowo wytworzony otwór do żołądka, co w jednym przypadku operowanym przez Billrotha przyczyniło się do niepomysłnego zakończenia całej sprawy. Najprościej można celu tego dopiąć w ten sposób, że otwór w jelicie robimy nieco (o 1 cm.) dłuższy niż w żołądku, tak, że lewa część otworu jelitowego pokryta jest nienaruszoną ścianą żołądka. W ten sposób żółć spływająca do dwunastnicy, mając utrudniony dostęp do żołądka, wprost przechodzi do niższych części jelita. Zresztą pamiętać należy o tém, że sam otwór nie powinien mieć nigdy więcej niż  $2\frac{1}{2}$  cm. średnicy.

Technika operacyjna podana przez Wölflera doznała w ostatnim czasie pod pewnym względem zmiany. Gdy się bowiem przekonano kilkakrotnie, że w skutek wyciągnięcia pętli jelita czegoś poprzed okrężnicę do żołądka nastąpiło uciśnięcie okrężnicy poprzecznej, a tém samém utrudnienie krążenia treści przewodu pokarmowego w jelicie grubém, starano się temu zapobiedz w ten sposób, że robiono otwór podłużny w śródjeliciu okrężnicy poprzecznej i przez tę szparę przeciągano pętlę jelita czegoś, aby ją przymocować oczywiście nie już do krzywizny wielkiej żołądka, tylko do tylnej jego ściany. Modyfikacja ta z pewnością we wszystkich tych razach, w których jelito czegoś nie daje się przeprowadzić poprzed okrężnicę bez znaczniejszego napięcia, jest zupełnie odpowiednią.

Założenie szwu jelitowego wprowadzie przy tym drugim sposobie operowania jest o wiele trudniejsze i niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydostającą się przypadkowo treść jelita o wiele większe, ale przy pewnej wprawie z łatwością można te trudności pokonać.



Wypada mi tu wreszcie dodać, że Billroth w jednym przypadku, w którym rak zajmował oprócz odźwiernika także znaczną część samego żołądka, tak, że zespojenie żołądka z dwunastnicą byłoby po reseceyi zwykłej prawie niemożliwem, wykonał naprzód gastroenterostomię, a następnie reseceyę części schorzałej, niezeszywając jednak żołądka z dwunastnicą, lecz zamykając osobno szwem ranę żołądkową, osobno zaś dwunastnicową. Dla całości chcę jeszcze wspomnieć i o nieudalanej reseceyi całego żołądka u człowieka z powodu raka, zamierzonej przez amerykańskiego chirurga O'Connora. Chora oddała ducha jeszcze na stole operacyjnym.



