

603

100

290

# AMPUTACJA MIEDNICY WRAZ Z KONCZYNĄ DOLNĄ.

(EXARTICULATIO INTERILIO-ABDOMINALIS, AMPUTATIO  
INTERPELVI-ABDOMINALIS, AMPUTATIO PELVIS).

PODAŁ

Prof. Dr. LEON KRYŃSKI.



WARSZAWA.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza  
Nowogrodzka № 17.

1909.



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

BIBLIOTEKA  
Szpitala im. Karola i Marii  
Dla Dzieci  
Nr. 290

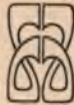


# AMPUTACJA MIEDNICY WRAZ Z KOŃCZYNĄ DOLNĄ.

(EXARTICULATIO INTERILIO-ABDOMINALIS. AMPUTATIO  
INTERPELVI-ABDOMINALIS. AMPUTATIO PELVIS).

PODAŁ

Prof. Dr. LEON KRYŃSKI.



WARSZAWA.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza  
Nowogrodzka № 17.

1909.



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)  
[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

# Biblioteka Główna WUM





# Amputacja miednicy wraz z kończyną dolną.

(*Exarticulatio interilio-abdominalis. Amputatio interpelvi-abdominalis.*  
*Amputatio pelvis).*

podał

**Prof. Dr. LEON KRYŃSKI.**

Postępy techniki chirurgicznej ostatniego lat dziesiątka dają nam możliwość coraz szerszego zakreslania granic w leczeniu nowotworów złośliwych. O ile dokładna dyagnostyka pozwala na wkraczanie chirurgii we wcześniejszych okresach rozwoju nowotworu, o tyle doskonalenie strony operacyjnej coraz dalej odsuwa kres owej „operabilitas“, rozstrzygającej o możliwości ratowania chorego. Dotyczy to przedewszystkiem zabiegów w trzech wielkich jamach ustroju — czaszkowej, piersiowej i brzusnej, — gdzie terenem tych zabiegów stały się narządy i okolice, będące dotąd *noli tangere* dla wszelkich zakusów lecznictwa chirurgicznego.

Nadto obowiązująca dziś w chirurgii zasada doszczędności w operowaniu nowotworów złośliwych odbija się coraz dodatniej na odsetce wyleczeń doszczętnych, pogłębiając tem samem zaufanie do „noża“, który, pomimo zjawiania się na horyzoncie terapii różnych surowic, stosowań elektryczności w licznych postaciach lub innych metod swoistych o również efemerycznej wartości, stanowi dotychczas jedyną drogę, mogącą w trudnem tem zadaniu prowadzić do celu.

W zakresie leczenia nowotworów kończyn wskazania lecznicze, ogólnie mówiąc, wyrażają się prosto: operować jaknajwcześniej, wycinać nowotwór jaknajobszerniej w tkankach zdrowych wraz z najbliższymi gruczołami i drogami chłonnymi, poświęcając całą kończynę wrazie obszerniejszego usadowienia



się nowotworu. To ostatnie stanowi, przy uwzględnieniu stanu ogólnego chorego ustroju, rozstrzygające kryterium operowalności w każdym przypadku, będące znów wypadkową sumy naszych wiadomości patologicznych i naszej sprawności chirurgicznej. To też przypadki nowotworu kości miednicy i górnego końca kości udowej w ostatnich dopiero czasach stały się przedmiotem leczenia operacyjnego, polegającego na odjęciu całej kończyny dolnej razem z połową lub częścią miednicy.

Operacja ta datuje się od lat piętnastu, albowiem w roku 1894 chirurg lyoński Jaboulay ogłosił ją poraz pierwszy pod nazwą „la desarticulation inter-ilio-abdominale“. Od tego czasu ogłoszono już z górą 20 przypadków w ten sposób operowanych, jako to zobaczymy poniżej. W literaturze chirurgicznej polskiej nie mamy dotąd ani jednego spostrzeżenia tego rodzaju. Podaję przeto swój przypadek, w którym z powodu guza złośliwego, mięsaka uda i miednicy, wykonałem przed trzema miesiącami operację odjęcia połowy miednicy wraz z kończyną dolną

Myśl takiej operacji, której Jaboulay pierwszy nadał postać umotywowanego i celowego zabiegu klinicznego, o trzy lata wcześniej powzięta była przez Billrotha, który ją wprowadził w wykonanie w jednym przypadku, zakończonym niepomyślnie bardzo rychło po operacji. Przypadek ten nie był nigdzie ogłoszony, szczegółów więc dokładniejszych o nim nie wiemy.

Opisując proponowany i wykonany przez się zabieg, podaje Jaboulay jako wskazania doń: a) guzy złośliwe — osteosarcomata uda i miednicy, dla których nie wystarcza zarówno wyluszczenie kości udowej, jak i wycięcie skrzydła kości biodrowej; b) obszerne zniszczenie wskutek spraw zapalnych kości biodrowej i udowej o licznych przetokach i ropieniu, wyniszczającym chorego i c) rozległe zniszczenie urazowe.

Podane przez niego postępowanie operacyjne streścić się da w następujących punktach: 1. Cięcie równoległe do więzupa pachwinowego i dalej ku tyłowi wzdłuż grzebienia kości biodrowej; cięciem tem przecina się wszystkie warstwy ściany brzucha aż do otrzewnej, którą unosi się ku górze, aby odsłonić naczynia biodrowe wspólne i podwiązać je. 2. Wykrojenie płata za pomocą następujących cięć: kolistego naokoło

uda w jego części górnej i dwóch podłużnych, idących od środka tego cięcia na przedniej powierzchni uda ku górze — jedno do guzka łonowego, drugie do kolca biodrowego przedn. górn. W ten sposób powstaje duży płat skóry czworokątny, mający za podstawę przestrzeń pomiędzy kolcem tylnym (spina ilei post. sup.) a odbytem. 3. Po odsunięciu wraz z otrzewną sznurka nasiennego wzgl. więzu okrągłego ku wewnątrz, uwalnia się od przyczepów mięśniowych kość i spojenie łonowe, które przecina się w linii środkowej, poczem rozsunąwszy od siebie obie kości łonowe, oddziela się od powierzchni wewnętrznej przyczepiające się tam mięśnie i narządy. Posuwając się ku tyłowi po powierzchni talerza biodrowego i oddzielając mięśnie i więzadła wnętrza miednicy dochodzi się do spojenia krzyżowo-biodrowego (synchondrosis sacro-iliaca), które pod wpływem mocnego rozciągania kości miednicy napina się mocno i daje się przeciąć nożem. Pozostaje przecięcie przyrządu więzadłowego, łączącego kości miednicy z dolną częścią kręgosłupa i kością krzyżową, tudzież gałęzi nerwowych splotu lędźwiowego i krzyżowego — i operacja ukończona. W końcu zeszycie częściowe mięśni i pokrycie tej olbrzymiej rany wykrojonym płatem skórny.

Przedstawiona operacja Jaboulay uległa późniejszym odmianom ze strony innych chirurgów (Girard, Bardenheuer, Savariaud, Kocher). Zmiany te, pomijając samo wykrawanie płatów skórnych, dotyczą przede wszystkim sprawy zapobiegania krwawieniu podczas operacji, jako też sposobu przecinania kości łonowych i, jak zobaczymy, wpłynęły dodatnio na całość zabiegu.

Łatwo zrozumieć jednak, że zabieg ten „eine so formidable Operation“ według Kochera, stanowi dla chorego przejście tak ciężkie, że nie decyduje się chirurg nań z lekkim sercem. Najczęściej dotychczas wykonywano ją w przypadkach nowotworów złośliwych, tak posuniętych, że stosowanie zabiegu mniej obrażającego nie przedstawiało żadnych widoków powodzenia, a więc u chorych w okresie pewnego już charłactwa nowotworowego. Tem poniekąd objaśnić należy niepomyślne wyniki w ogromnej większości operowanych przypadków. Liczba ich wszystkich, ogłoszonych dotychczas, wynosi 24, jak to przedstawia następujące zestawienie.



Liczba	Rok	Operator	Rozpoznanie	W y n i k	Ogłoszenie
1	1891	Billroth	—	Śmierć zaraz po operacyi	Według Savariaud Revue de chir. 1902. Lyon medical. 1892.
2	1894	Jaboulay	Osteo-sarcoma pelvis	Śmierć następnego dnia wskutek zapaści.	
3	1895	Jaboulay	Sarcoma recid. femoris	Śmierć po 36 godz. wskutek pozoczniczy.	Province med. 1892.
4	1894	Cacciopoli	Sarcoma pelvis et femoris	Śmierć po 3 godzinach. Przerzuty w płucach.	Riforma med. 1894.
5	1895	Girard	Sarcoma femoris et pelvis	Wyzdrowienie. W 6 miesięcy potem nawrót w miejscu operacyi.	Revue de chir. 1895.
6	1895	Girard	Caries tbc. coxae	Śmierć w godzinę po operacyi.	Revue de chir. 1898.
7	1897	Bardenheuer	Coxitis tbc. etcaries pelvis	Wyzdrowienie.	Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. chir. 1897.
8	1898	Girard	Sarcoma femoris	Wyzdrowienie. W pół roku potem śmierć z powodu przerzutów w płucach.	Revue de chir. 1898.
9	1899	Faure	Osteo-sarcoma os. ilei	Operacya nieskończona z powodu krwotoku, śmierć.	Revue de gynecol. 1899.
10	1899	Freeman	Sarcoma os. ilei	Wyzdrowienie.	Annale of. Surger. 1899.
11	1899	Saliszczew	Sarcoma os. ilei et femoris dextris	Wyzdrowienie.	Wracz. 1899.

Liczba	Rok	Operator	Rozpoznanie	W y n i k	Ogłoszenie
12	1900	Hogarth Pringle	Caries tbc. coxae	Wyzdrowienie.	The Lancet. 1909.
13	1900	Nanu	Myxo-sarcoma pelvis	20 dnia po operacji śmierć wśród objawów zakażenia i zgorzeli kończyny drugiej.	Revue de Chir. 1900.
14	1900	Gallet	Sarcoma os. pelvis	Śmierć w godzinę po operacji.	Société belge de chir. 1901.
15	1901	Gallet	Caries tbc. os. pelvis	Śmierć po 6 godzinach.	Journal de chir. 1901.
16	1901	Savariand	Sarcoma os. ilei et os. sacri	Śmierć w 2 godz. po operacji.	Revue de chir. 1902.
17	1902	Morestin	Sarcoma os. pelvis	Śmierć w 9 godzin po operacji.	Bull. d. Société anatomique de Paris. 1902.
18	1901	Kocher	Osteo-sarcoma pelvis	Śmierć wśród zapaści po operacji.	Kocher - Chirurgische Operationslehre. 1907.
19	—	Kocher	Sarcoma os. pelvis	Śmierć.	
20	—	Kadjan	Sarcoma os. pelvis	Śmierć.	International Clinic. IV.
21	1903	Keen i de Costa	Sarcoma os. ilei	Śmierć w 33 godz. po operacji.	
22	1908	Hogarth Pringle	Sarcoma femoris et pelvis	Wyzdrowienie. Śmierć w 5 miesięcy potem; przerzuty w naczyniach wewnętrznych.	The Lancet. 1909.
23	1906	Hogarth Pringle	Caries tbc. coxal et ilei	Śmierć w ciągu doby po operacji.	Zjazd chir. w Berlinie. 1909.
24	1909	Pagenstecher	Sarcoma os. pelvis	Wyzdrowienie.	



Jak widzimy, statystyka tych przypadków nie przedstawia się bynajmniej zbyt zachęcająco: na 24 operacje — 16 razy zejście śmiertelne, 8 razy wyzdrowienie,  $\frac{2}{3}$  t. j. 67% śmierci,  $\frac{1}{3}$  t. j. 33% wyników pomyślnych. Dziwnym zbiegiem liczby te odpowiadają dokładnie każdej z dwóch postaci chorobowych, z których powodu operacje były wykonane: na 24 przypadki w 18-u były mięsaki z wynikiem pomyślnym w 6-iu, więc 33%, w 6-iu gruźlica z wyleczonemi 2 przypadkami, a więc znów 33%. Do wyników dodatnich zaliczam te, gdzie chory nie zmarł w następstwie samego zabiegu, jak to było w ogromnej większości przypadków, lecz żył czas dłuższy, przynajmniej kilka tygodni.

Te wyniki, pomyślne na razie, zmieniały się jednak w przebiegu dalszym i w kilku przypadkach kończyły zejściem śmiertelnym, wskutek dalszego rozwoju czy ogólnienia się sprawy nowotworowej. Tak obadwaj chorzy Girarda (№ 5 i 8), który znieśli szczęśliwie zabieg operacyjny, później jednakże padli ofiarą swej choroby: jeden z nich zmarł po 6-iu miesiącach z przyczyny przerzutów nowotworu w płucach, drugi po takimże przeciągu czasu miał już nawrót mięsaka w miejscu operowanem. Podobnie zmarł w 5 miesięcy po operacji pacjent Hogartha Pringle'a (№ 22); sekcyja wykazała nawrót miejscowy i przerzuty w narządach wewnętrznych.

Niewątpliwie, odsetka wyzdowień jest bardzo mała. Pamiętajmy jednak, że mamy tu do czynienia z nowotworem złośliwym — mięsakiem, a więc cierpieniem bezwzględnie zabójczym, że nawet ta mała liczba wyników pomyślnych — to przypadki rzeczywiście wydarte śmierci, że przeto warto i należy uciec się do zabiegu leczniczego, nawet tak ciężkiego, jak nasza operacja, dająca bądź co bądź nadzieję uratowania a przynajmniej przedłużenia życia skazanym z góry na zagładę chorym.

Przypadek, operowany przezemnie, przedstawia się następująco.

Jan K., lat 53, majster murarski. Od lat 7-iu ma bóle w udzie lewem, które zaczęło mu brzęknąć i wciągu ostatniego roku zwiększyło swą objętość w trójnasób; bóle coraz silniejsze, głównie w dolnej części brzucha i na pośladku; ostatnie trzy miesiące spędził w łóżku, nie mogąc chodzić.

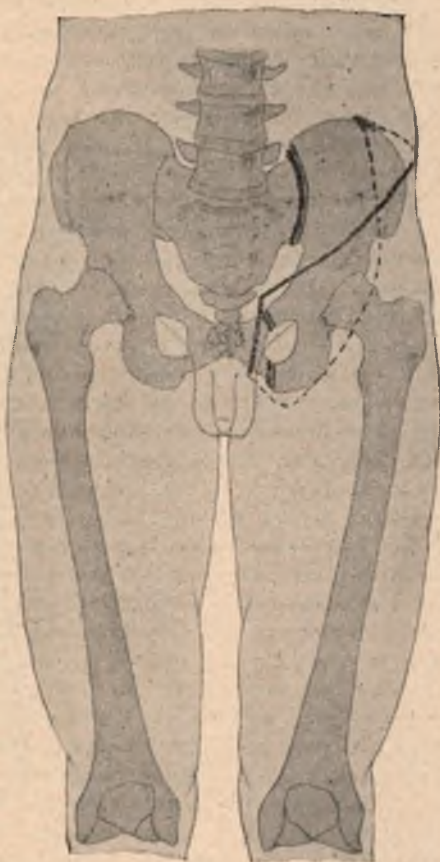
Budowy prawidłowej, bardzo mizerny i wynędzniały. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej prawidłowe. Ciepłota ciała 36,4, tętno 60 miękkie, waga ciała 61 kilo. Lewa kończyna dolna na całej długości znacznie

zgrubiła: stopa i podudzie mocno obrzękłe, udo, poczynając od dolnej  $\frac{1}{3}$  rozszerza się stożkowato ku górze tak, iż poniżej pachwiny obwód jego wynosi 87 ctm. (po stronie prawej 39 ctm.). Zgrubienie to przechodzi z tyłu bezpośrednio na pośladek, od przodu wypełnia fałdę pachwinową i wchodzi na wewnętrzną powierzchnię kości łonowej i biodrowej. Ruchy bierne w stawie biodrowym bardzo utrudnione i bolesne. Cały guz pokryty mocno rozciągniętą i lśniącą skórą nieuszkodzoną. Na dotyk przedstawia on się dość miękki, elastyczny, na powierzchni przedniej poniżej pachwiny daje uczucie głębokiego chęłbotania. Część guza na pośladku nieco twardsza, dochodzi do zewnętrznego brzegu grzebienia biodrowego, który jednak pozostaje wolny. Tętnienie w tętnicy udowej wyczuwa się, aczkolwiek słabo, podobnie w tętnicy podkolanowej.

**Operacja.** Wobec charakteru niewątpliwie złośliwego nowotworu i zajęcia przezeń kości udowej, kości biodrowej a częściowo także łonowej i kulszowej, jedynie celowym zabiegiem operacyjnym było tu usunięcie całej kończyny dolnej razem z zajętej kośćmi miednicy, co też wykonalem w dniu 27 lutego r. b.

Znieczulenie rdzeniowe (tropacocaini 0.08). Cięcie skórne równoległe do więzadła pachwinowego, poczynając od jego środka do kolca biodrowego przed. górn., stąd wzdłuż grzebienia biodrowego do kolca

tylnego górn. Po przecięciu wszystkich warstw ściany brzusznej aż do tkanki podotrzewnej, oddzielono i uniesiono worek otrzewnej ku górze i wewnątrz, obnażono naczynia biodrowe wspólne (arteria et vena iliaca comm.), które podwiązano i przecięto na wysokości górnego brzegu V-go kręgu lędźwiowego. Przed nawiązaniem podwiązki na żyłę biodrowej, kończynę uniesiono



Rys. I.

- Cięcie na powierzchni przedniej.
- - - - - Cięcie na powierzchni tylnej.
- ==== Cięcie kostne.

no do góry pionowo, aby ułatwić odpływ krwi z całej jej masy. Wewnątrz miednicy stwierdzić było można, że nowotwór wypełnia całą powierzchnię talerza kości biodrowej, posuwa się na dół do wycięcia kulszowego, ku przodowi zaś po przez kość łonową i otwór zasłonowy przechodzi w guz uda i jest zrosnięty dość ściśle z pokrywającymi go mięśniami. Podobnie przedstawiała się część nowotworu na powierzchni zewnętrznej miednicy, zrosnięta z mięśniami pośladkowymi i przechodząca na tylną stronę uda. Wobec tego nie można było myśleć o oddzieleniu i pozostawieniu mięśni, lecz trzeba było ograniczyć się do wykrojenia płatów li tylko skórnych. Cięcie więc drugie poprowadzono od spina ilei post. sup. po przez pośladek nieco łukowato ku przodowi i dołowi aż do guza kulszowego, który znów połączono cięciem trzecim po przez fałdę kroczoową z początkiem cięcia pierwszego nad więzadłem pachwinowym (Rys. 1).

Po oddzieleniu części miękkich od kości łonowej okazało się, że część wewnętrzna jej gałęzi poziomej, zarówno jak jej gałąź zstępująca i gałąź wstępująca kości kulszowej są zupełnie wolne. Wobec tego przecięto dłutem kość łonową na zewnątrz od guzka łonowego i kość kulszową tuż obok jej guza, nie nadwierzając samego spojenia łonowego. Po rozsunięciu przedłużonych kości, przecięto mięśnie uda przy kości łonowej (mm. adductores, m. gracilis, m. pectineus), przecięto więzadła krzyżowo-kulszowe (lig. sacro-tuberosum i sacro-spinosum), oddzielono powięź i mięśnie krocza, dalej przecięto mięsień lędźwiowo-udowy (m. psoas) wraz z nerwem udowym (n. cruralis), dalej wielki splot nerwów krzyżowych (plexus sacralis), w końcu mocny przyrząd więzadłowy (ligg. ileo-lumbalia i ileo-sacralia). Wtedy dzięki silnemu rozciąganiu kości miednicy udało się z łatwością nożem kostnym przeciąć zrost krzyżowo-biodrowy (synchondrosis sacro-iliaca) i w ten sposób ostatecznie oddzielić amputowaną część. Powstała rzeczywście ogromna powierzchnia rany krwawiła niezbyt obficie; najżywsze krwawienie było w części tylnej z naczyń pośladkowych, które podwiązano. Płat skórny tylny dał się zbliżyć do linii cięcia powłok brzusznych, pokrywając w ten sposób wypuklającą się otrzewnę; ranę zeszyto, poczynając od górnego kąta przy kości krzyżowej z pozostawieniem dość obszernego otworu na dole przy kości łonowej, dokąd wprowadzono pęczek gazy.

Cała operacja trwała niespełna 70 minut; znieczulenie było zupełne, pod koniec jednak w ciągu ostatniego kwadransa dawano choremu nieco chloroformu. Po operacji i litr roztworu soli pod skórę.

Następstwa bezpośrednie operacji były zupełnie pomyślne. Chory zaczął szybko powracać do sił, nabrał chęci do jadła, szczególnie do picia. Czynność pęcherza była upośledzona tylko w ciągu pierwszych trzech dni, później zaczął sam urynować. Ze strony kiszek—zatwardzenie, które usuwano lawatywami. Ujemny objaw stanowiła bardzo obfita wydzielina z rany, surowiczopropiasta, wskutek czego trzeba było codziennie zmieniać opatrunków. Pod koniec trzeciego tygodnia, zaczął robić usiłowania siadania na łóżku i nawet raz postawiono go na podłodze na pozostałej nodze i dwóch kulach w celu zdjęcia fotografii. W czwartym tygodniu nastąpiło pogorszenie: chory stracił apetyt tak, iż trzeba było zmuszać go do jedzenia, wystąpiły rozwolnienia. Wydzielina, ciągle obfita, stała się więcej ropną i część

rany, zagojonej już per primam, rozeszła się nanowo. Ciężota wieczorna podniosła się do  $38,3 - 38,5^{\circ}$  C. Chory zaczął szybko podupadać na siłach, zrobił się apatyczny i, wśród objawów wzrastającego wynędznienia i charakteru ogólnego, zmarł 30 marca, t. j. w  $4\frac{1}{2}$  tygodnia po operacji.

Badanie pośmiertne wykazało rozpoczynające się zapalenie opadowe w płucu prawem, nieznaczne zmiany przewlekłe w nerkach i katar przewodu jelitowego. Ani w najbliższym sąsiedztwie miejsca operowanego, ani w narządach wewnętrznych nie można było znaleźć przerzutów nowotworu.



Rys. 2.

Odcięta część ważyła  $19\frac{1}{2}$  kilo, a więc prawie  $\frac{1}{3}$  wagi całego ciała. Na przekroju widać, iż nowotwór zajmuje znaczną część uda, którego kość zniszczył zupełnie poniżej krętarza na przestrzeni kilkunastu ctm. Na kości biodrowej zarówno na jej talerzu, jak i zewnętrznej powierzchni nowotwór zrosnięty jest ściśle z okostną, sęma kość jednak jest nie uszkodzona.

Badanie mikroskopowe wykazało budowę mięsaka śluzowego (myxosarcoma) o typie komórek złożonym.

W danym przypadku chory zniósł zabieg operacyjny dobrze: przez kilka dni poprawia się on po wstrząsie operacyjnym i poprawa ta postępuje w ciągu trzech tygodni; z początkiem

tygodnia następnego, obraz się zmienia: odżywianie podupada, siły szybko nikną i wśród ogólnego wyczerpania chory umiera w ciągu 10 dni, a więc w  $4\frac{1}{2}$  tygodnia po operacji. Z objawów klinicznych poza silnymi zaburzeniami kiszki i nieznanym białkiem w moczu (do  $1\text{‰}$  białka) zasługuje przede wszystkim na uwagę niezwykle obfita wydzielina z rany; trwa ona przez cały czas od operacji i nie ma cech ropy zakaźnej, lecz cieczy surowiczoroپیastej, dość rzadkiej, wylewającej się w dużej ilości z gęłbi rany. Tłomaczyć sobie to zjawisko w ten należy sposób, że źródłem tego obfitego wycieku jest otrzewna, która została obnażona na ogromnej przestrzeni i pokryta tylko płatami skóry. Otóż pomiędzy powierzchnią błony surowiczej a skórą powstała w części dolnej rany (w górnej części obie te powierzchnie zlepiły się ze sobą rychłó) duża przestrzeń, dokąd następowało obfite przesiąkanie surowicy z jamy otrzewnej. Rzecz prosta, że i to nie pozostawało bez ujemnego wpływu przy tak wyczerpanym stanie organizmu.

Z pomiędzy 18 przypadków mięsaka operowanych, jak widzieliśmy, 6 było pomyślnych t. j. takich, gdzie chory żył po operacji więcej nad 1 miesiąc. Do nich więc zaliczyć należy i mój przypadek, który niestety nie o wiele termin ten przeżył.

Jeżeli porównamy wykonanie oddzielnych momentów operacyjnych w moim zabiegu z planem operacji, nakreślonym przez Jaboulay, to podobnie jak w postępowaniu innych chirurgów zobaczymy znaczne różnice. Pomijam kwestyę cięć skórnych, te bowiem muszą być zastosowane ściśle do warunków każdego przypadku i nie mogą stanowić jakiegóś zasady ogólnej, pomimo że niektórzy autorowie podają swoje w tym kierunku metody. Punkt ciężkości leży tu w dwóch głównych momentach: a) tamowaniu wzgl. zapobieganiu krwawienia, b) przecinaniu kości.

Pierwszy z nich — haemostasis — osiąga się najdokładniej i szybko przez podwiązanie naczyń biodrowych wspólnych. Tak postąpili w przypadkach swych Jaboulay, Cacciopoli, Nanu, Faure, Saliszczew i Hogarth Pringle, od tego rozpocząłem i ja operacyę, zakładając podwiązkę tuż ponad podziałem tętnicy wspólnej na zewnętrzną i wewnętrzną. Ułatwia to bardzo dalsze postępowanie i oszczędza dużo czasu, dając możność operowa-

nia rzeczywiście prawie bezkrwawo. Jednakże Jaboulay wyraża obawę co do następstw tego podwiązania, a mianowicie zgorzeli na obszarze, należącym do tętnicy podbrzuszej. Obawę tę potwierdził przypadek Nanu, gdzie chory zmarł 20-go dnia po operacji skutkiem posocznicy w następstwie zgorzeli wykrojonych płatów i drugiej kończyny. Autor stwierdził na sekcji istnienie w tętnicy skrzepu, który od miejsca podwiązki posunął się w górę aż do podziału aorty i wywołał wtórny zator w tętnicy biodrowej drugiej strony. Zdaniem mojem jednak winą tu jest nie podwiązanie tętnicy biodrowej wspólnej samo przez się, lecz zakażenie, które stwierdził autor już 4 dnia po operacji, a które spowodowało utworzenie się ogromnego skrzepu, dochodzącego aż do tętnicy głównej i tętnicy biodrowej strony przeciwnej. Że podwiązanie arter. iliacae comm. nie odbija się ujemnie na odżywianiu narządów małej miednicy, świadczy pomysłny przebieg w przypadkach Saliszczewa, H. Pringlea i m. in. Inni operatorzy postępowali odmiennie. Girard podwiązywał tylko naczynia biodrowe zewnętrzne, Bardeuheuer — każde z naczyń, zewnętrzne i wewnętrzne, oddzielnie, Savariaud — tylko wewnętrzne, zewnętrzne zaś po założeniu podwiązki czasowej podwiązywał dopiero w miejscu przecięcia ich w płacie. Kocher poleca odpreparowanie tętnicy i żyły biodrowej wspólnej i zaciśnięcie ich czasowo kleszczykami, które zdejmuje się po ostatecznem założeniu podwiązek na przecięte ich gałęzie. Pagenstecher w przypadku swoim, o którym mówił na tegorocznym Zjeździe chirurgów niemieckich, wprowadził tu zmianę, polegającą na uciśnięciu według Momburga tętnicy głównej brzusznej zapomocą węża gumowego, zaciskającego dookoła brzuch; daje to jakoby możność operowania bezkrwawego, podwiązki zaś stałe zakłada się w miarę przecinania pojedynczych gałęzi naczyń. Streszczając to sądzę, iż postępowanie zasadnicze stanowi tu jednak powinno podwiązanie zapobiegawcze na stałe *naczyń biodrowych wspólnych* lub oddzielnie wewnętrznych i zewnętrznych. Nie pociąga to za sobą bynajmniej groźnych zaburzeń w krążeniu, o ile operuje się bez powikłań zakaźnych, a dając możność operowania bezkrwawego, nie wymaga zakładania wielu dziesiątków podwiązek, przez co skraca ogromnie czas trwania operacji, co w zabiegu tak ciężkim ma znaczenie pierwszorzędne.

Punkt drugi—to sprawa cięcia kostnego. Girard pierwszy zamiast rozcinania spojenia łonowego wprowadził przecięcie gałęzi poziomej kości łonowej cięciem równoległym do linii spojenia, zachowując w ten sposób przyczep mięśnia prostego. Jeszcze lepsze jest postępowanie, polecane przez Keena, Kochera i in., użyte i przezemnie a polegające na przecięciu strzałkowym kości łonowej i kości siedzeniowej ku foramen ovale z pozostawieniem gałęzi zstępującej kości łonowej i gałęzi wstępującej kości kulszowej (pubio-ischiotomia). W ten sposób oszczędza się szereg ważnych narządów i mięśni, mających na tych kościach miejsce przyczepu, a mianowicie: u góry — m. rectus abdominis, od dołu—lig. suspensorium penis, crus penis, m. levator ani, m. transversus perinei prof., m. constrictor uretrae i m. ischio-cavernosus. Słusznie wydaje mi się żądanie Kochera, aby u dołu oddłutować i pozostawić kolec i guz kulszowe, będące w ścisłym związku z więzadłami (lig. sacro-spinosum i lig. sacro-tuberosum) i mięśniami krocza. Niestety niezawsze bywa to możliwe, jak na przykład w moim przypadku, gdzie nowotwór, przechodzący z uda na miednicę, zajmował oprócz kości biodrowej całą gałąź zstępującą kości kulszowej wraz z jej guzem.

Natomiast sędzę, iż utrudnia sobie zadanie rozcięcia kości Kocher swym postępowaniem: uważając przecięcie zrostu krzyżowo-biodrowego za bardzo trudne, rozpoczyna on część kostną operacji od przedłutowania lub przepiłowania kości biodrowej (nie synchondrosis sacro-ilica), poczynając od wycięcia kulszowego (incisura ischiadica) ku górze, i dopiero w końcu przecina kość łonową w sposób wyżej omówiony. Tymczasem daleko łatwiejsze jest postępowanie odwrotne: po rozcięciu ossis pubis et ischii (wzgl. spojenia łonowego) kości miednicy dają się rozsunąć tak znacznie, że po oddzieleniu wewnątrz części miękkich spojenie krzyżowo-biodrowe napina się mocno i z łatwością można je rozciąć zwykłym nożem kostnym.

Wreszcie czynnik nadzwyczajnie ważny, mogący wpływać rozstrzygająco w sprawie zastosowania tej operacji wobec charłaczego zazwyczaj stanu chorych, stanowi znieczulenie rdzeniowe. Chroni ono od powikłań ze strony serca i płuc, tej najpierwszej przyczyny niepomyślnych następstw operacji. W moim przypadku 8 centigr. tropakokainy dało znieczulenie

zupełne i dopiero po upływie godziny pod koniec operacji dano choremu kilkanaście kropli chloroformu i to w celu uspokojenia pewnego podniecenia psychicznego.

W końcu słów kilka co do samego miana operacji. Właściwie mówiąc, w tej postaci, jak ją dziś wykonywamy, operacja ta nie odpowiada wcale nazwie, danej przez Jaboulaya,—*exarticulatio interilio-abdominalis*, błędnej co do treści, barbarzyńskiej pod względem językowym. Logiczniejszą jest nazwa, której używają autorowie angielscy—*amputatio interpelvi-abdominalis*, albowiem nie mamy tu do czynienia z wyłuszczeniem w stawie, którego tu niema, lecz z odjęciem kończyny razem z połową miednicy, przecinanej w ten czy inny sposób; zresztą obie te nazwy, utworzone na wzór zupełnie wadliwej „*exarticulatio-interescapulo thoracica*“ winny być usunięte z mianownictwa chirurgicznego. Właściwszą od nich jest nazwa *Amputatio interpelvina extremitatis inferioris*, użyta przez Girarda.

Sądziłbym jednak, że według analogii z mianem innych amputacji, gdzie ściślejsze określenie zabiegu dotyczy li tylko miejsca, w ktorem odjętą zostaje cała leżąca poniżej część kończyny, i dla naszej operacji byłaby najodpowiedniejszą nazwa *amputatio pelvis*, a więc operacja odjęcia całej kończyny dolnej aż do miejsca przecięcia kości miednicy. Jest to zupełnie wystarczające, jako określenie zabiegu, a przytem ładniej brzmiące i przede wszystkim krótkie.





Biblioteka Główna WUM

**KS.1370**



210000001370



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)  
[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

SZPITAL IM. KAROLA I MAR



B290

