

Aftryck ur Hygiea 1893.

Fall af tamponad och dränage vid ovariotomi.

Af dr Karolina Widerström.

Då — lyckligtvis — tamponad och dränage relativt sällan äro behöfliga vid ovariotomier, torde följande kasuistiska meddelande erbjuda något intresse.

Fröken J. L., 23 år. Sökte mig första gången d. 15 febr. detta år. Menstruationen regelbunden, ymnig. Sedan ett halft år tillbaka har pat. emellanåt känt obestämda smärtor i underlivet. Under sista veckan hafva de tilltagit betydligt i intensitet och varit svårast i högra sidan; dessutom har bukens omfång hastigt tilltagit under denna vecka.

Hypogastrium i sitt högra och mellersta parti frambugtadt af en tumör, som uppåt når 1 cm. nedom nafveln, åt venster 3—4 cm. lateralt om densamma. Tumören är svagt elastisk, ganska rörlig; från dess högra sida går ett kort, bredt band mot bäckenväggen, hindrande någon betydligare förskjutning af tumören mot venster. Betydlig ömhet öfver hela tumören, dock mest öfver en valnötstor, ojemn, temligen fast, betydligt förskjutbar bitumör å framsidan. För öfrigt kännes tumören jemt rundad. I venstra sidan kännes vid yttre palpation en resistens, som ligger liksom tryckt emot nedre delen af bukväggen, hvilken dock är deremot förskjutbar; den når ett par tre cm. nedom sp. il. ant. sup. Ascites kan ej med bestämdhet påvisas. Vid bimanuel palpation finnes uterus starkt dextroponerad och skarpt anteflekterad med corpus pressad emot den stora tumörens undre sida; vid dess neddragning med klotång följer tumören med. Sond ingår blott 2—3 cm. (upprepade sonderingsförsök dock ej gjorda). Den stora tumören nedskjuter föga i lilla bäckenet. Venstra bäckenhalfvan upptagen af den mindre i bakre och venstra fornix något nedskjutande tumören, som är ganska fast, dess undre yta ojemn. Den är ganska betydligt rörlig i riktning uppåt och nedåt och mot den större tumören förskjutbar; kan dock ej lyftas upp ur lilla bäckenet. Den ömmar, ehuru mindre än den större tumören. Öfriga organ normala.

Pat. kunde på grund af en del omständigheter ej opereras genast. Under den nu följande tiden tilltog buken ytterligare i omfång, den större tumören steg ofvan nafveln; smärtor och ömhet ökades betydligt. Vid ett par gånger företagen temperaturmätning befans temperaturen normal. Puls 80.

Menstruation $22\frac{1}{2}$ — $27\frac{1}{2}$. Pat. intogs å Sofiahemmet d. $7\frac{1}{3}$. Temperatur och puls normala till operationen.

Ovariectomi d. $10\frac{1}{3}$ 1892. Måttlig mängd ascitesvätska. Troakaren utskaffade ur den större tumören en gul, oklar, tjockflytande vätska, hvaraf en del vid en kränkingsrörelse utkom i bukhålan, härvid rusade äfven tarmarne ut; de skyddades med varma gasdukar och fingor ligga framme under större delen af operationen. Tarmarna voro lifligt injicerade, blåroda; deras normala glans betydligt minskad; omentet äfven injiceradt. Den högra, större tumören adherent till stora bäckenets serosa mellan mesocoecum och lig. lat.; vidare till öfre delen af lilla bäckenets bakre och högra vägg, till hela lig. lat., uteri baksida och den venstra tumörens vägg. En stor del af adherenserna förmedlades af talrika små papillom å svulstens yta. Båda tumörerna voro nämligen papillarkystom, hvilka sedermera vid genomskärning visade en oerhörd rik papillombildning i sina lober. Tuberna löpande i väggen, normala. Bitumören å den större tumörens framsida utgjordes af ett icke adherent papillom. Adherenserna lossades dels trubbigt, dels med sax mellan två ligaturer; dessa skuro dock mestadels igenom, enär adherensbildningen var helt färsk. Betydlig blödning under den långvariga och svåra aflossningen. Någon pedunkelbildning fans ej, utan måste hela lig. lat. underbindas genom en rad med ligaturer (silke). En del kompletterande och förstärkande ligaturer lades ytterligare. En gapande såryta å lig. lat. hopsyddes; härefter stod blödningen godt, med undantag af någon mindre parenkymatös dylik här och hvar. Den venstra, mindre tumören, äfven den flerstädes beklädd med små papillom samt adherent till rektalserosan, lig. lat. och uterus, låg till hufvudsaklig del uti lilla bäckenet. Den kunde med ganska stor lätthet lyftas upp ur detsamma, men härvid brusto en mängd små färskas adherenser i fossa Douglasii. Denna senare tamponerades, tumören lösgjordes och lig. lat. underbands som på andra sidan. Peritonealhålan sköljdes med varm, steriliserad, fysiologisk koksaltlösning; tarmarna spolades med dylik och återinfördes i buken. Blödningen från fossa Dougl. och rektalserosan var emellertid fortfarande rätt betydlig. Ett par ligaturer, som lades, skuro igenom. Lindrig kauterisation med Paquelins termokauter hjälpte ej; grundlig och utbredd kauterisation med liquor ferri sesquichlorati minskade blödningen, men häfde den ej. Jag tamponerade därför fossa Dougl. med en steriliserad gasbinda. Jodoformgas ville jag ej använda, för att ej äfventyra en möjlig jodoformförgiftning å den genom den starka blödningen redan så nedsatta patienten. Det från naveln till symfysen

räckande snittet hopsyddes med djupa, muskelperitoneal- och hudsuturer. Den nedersta djupa suturen knöts ej; mellan densamma och nedre sårinkeln låg den tamponerande bindans fria ände. Jodoform å den hopsydda delen af såret. Starkt komprimerande förband. För ytterligare kompression tamponerades vagina med jodoformgas, specielt i bakre fornix. Operationen räckte bortåt $3\frac{1}{2}$ timme. Vid dess slut var pulsen knappt kännbar, men tog sig efter tvänne eterinjektioner. Aftontemp. 37,5; pulsfrequens 128.

D. $1^1/3$. Morgontemp. 38,3; puls 130. Middagstemp. 38; puls 128. Aftontemp. 37,9; puls 128. Pulsen ganska svag. Utseendet mestadels apatiskt, ibland lidande; livid färg å kinder och läppar. Smärtor i buken, qvälningar men ej kräkningar. Pat. får behålla något té och konjak. På aftonen, ungefär 30 timmar efter operationens slut, uttogs buktampongen. De närmast såret liggande gasdukarna genomdränkta af blodig vätska. Rätt mycken starkt färgad blodig vätska uttrann med tampongen. Ett böjdt glasdränrör, efter Sängers modell, fylldt med steriliserad gas, nedfördes i fossa Dougl., åt venster. Dess öfre ände fixerades vid den nu tillknutna nedersta djupa suturen.

D. $1^2/3$. M. t. 37,5, puls 120. A. t. 37,7, puls 120. Utseendet lika. Buken insjunken, föga öm. Pat. får behålla vin, champagne, té, konjak samt ett närande lavemang. Spontan urinering. Förbandet omlades på aftonen, genomdränkning som i går. Gasremsan i dränröret ersattes med ny, under det dränröret fick ligga orördt. Ur dränröret framkom blott en mindre kvantitet blodig vätska.

D. $1^3/3$. M. t. 37,3, puls 128. A. t. 37,5, puls 124. Pat. mera orolig, qvälningar, någon väderspänning. Buken synes något meteoristiskt uppdrifven. Upprepade lavemang på 1,000 gm, men ingen väderafgång. Förbandsomläggning som i går; något mindre genomdränkning af ljusare vätska. Vaginaltampongen borttogs, vaginalsublimatsköljning.

D. $1^4/3$. M. t. 37,7, puls 120. A. t. 37,9, puls 118. Efter upprepade lavemang riklig gasafgång. Sedan diarré, som stillades med opium. Pat. förtär flytande föda. Normal ansigtsfärg; uttrycket ej apatiskt, föga lidande. Pulsen kraftigare. Denna och följande tvänne dagar lindrig genitalblödning. Sekretionen ur såret mera seropurulent.

De följande dagarna varierade a. t. mellan 37,8 och 38,3, pulsen gick småningom ned till 100. Lösa afföringar. Sekretionen ur såret fortfor att vara riklig, seropurulent, ej illaluktande. Förbandet, utanpå och ini dränröret, omlades dagligen.

D. $17/3$ borttogos suturerna. Såret ofvanför dränröret i sin helhet läkt per primam. Dränröret, befriadt från den fixerande tråden, framsköt ur sin kanal och höjde sig något mera derur de följande dagarna. Sekretionen blef efter hand rent varig och minskades till kvantiteten, så att dränröret kunde uttagas d. $23/3$. Vid bimanuel palpation samma dag befans uterus dextroponerad, högra parametriet förtjockadt, något ömmande. Till venster en i bäckeningångens nivå liggande, ömmande resistens ikring och nedanför dränkanalen.

Dränkanalen afsöndrade fortfarande godartadt var; vid förbandsomläggningen lindrig utkramning, jodoform, ett par gånger lapisering af kanalen. Regelbunden läkning från botten.

Pulsens freqvens sjönk efter d. $26/3$ till den normala. Aftontemp. höll sig en längre tid mellan 37,7 och 38.

D. $20/3$ steg den till 38,3, d. $6/4$ till 38,5. Sedan ingen anmärkningsvärd höjning. Öppning för det mesta dagligen. Under några dagar små, lösa afföringar. Samtidigt besvärades pat. af qväljningar och envis smärta i maggropen, som blef värre och värre till d. $6/4$ (temperaturstegring då till 38,5).

Efter några rikliga uttömningar, åstadkomna med Ol. Ricini, försvunno qväljningar och smärtor (och temperaturen sjönk åter ned).

D. $10/4$ fick pat. börja stiga upp och hemtade sedan fort krafter. D. $24/4$ lemnade hon Sofiahemmet. Exsudatet i v. sid. var då betydligt minskadt, föga ömt. Af dränkanalen återstod blott en liten granulerande grop. I slutet af maj var full läkning inträdd.

Då jag d. 15 sept. återsåg pat., sedan hon under sommaren vistats på landet, var hon en bild af helsan själf. Ingen genitalblödning under sommaren, ibland svettbad och blodvallning åt hufvudet, för öfrigt välbefinnande. Inga smärtor i underlifvet. Vid undersökning finnes bukärret af vanligt utseende, ett litet område deraf nära nedre sårwinkelnen försedt med yngre, tunnare, rödare epidermis; det dras inåt, då pat. i liggande ställning lyfter hufvudet. Uterus dragen åt höger och bakåt, ganska rörlig. Till höger derom en helt liten, platt resistens, till venster och bakåt en något större, ingendera ömmande. Intet samband käns mellan den venstra resistensen och bukärret.

Indikationerna för tamponad och dränage voro i detta fall påtagliga. En från en rätt stor yta härrörande parenkymatös blödning, ej stillbar på annat sätt, kräufde tamponad. Tampongen fick ligga så länge, tills dess egentliga ändamål —

hämostasen — kunde anses vara fylldt. Att för dränagens skull låta den ligga längre ansåg jag ej rådligt, enär den var blott aseptiskt, ej antiseptiskt preparerad. Ytterligare dränage var emellertid indicerad på grund af den rikliga sekretionen från den inre sårytan, så mycket mer som det sjukligt förändrade peritoneum antagligen egde blott dålig resorptionsförmåga. Den kombinerade rör- och gasdränagen visade sig göra synnerligt god tjänst, den användes temligen länge — 12 dagar — enär sekretionen ganska länge var riklig. Denna slags dränage synes mig för öfrigt vara ett snart sagdt idealt förfaringssätt. Gasens goda kapillära sugkraft får nämligen komma till sin fulla rätt; såväl från hålans botten som från dess sidor suger den sekret genom glasrörets stora botten- och talrika små sidohål. Glasröret i sin tur skyddar samma håla från hvarje laceration vid gasens ömsning. Denna ömsning kan ock försiggå med relativt ringa smärta för patienten.

Ännu en sak förtjenar anmärkas. Trots den betydliga sekretionen visade sig en blott aseptisk behandling af den inre sårytan göra tillfyllest.

Till torkning under operationen användes hopsyddas gasdukar, senast sköljda uti fysiologisk koksaltlösning.