

Igor TATZKY

## **Rzadki przypadek wrodzonego wytrzewienia u donoszonego noworodka**

### **A rare case of developmental eventration in a new-born infant**

Wady rozwojowe okolicy pępkowej polegają na niewykształceniu powłok przedniej ściany brzusznej, bądź też łączności tej okolicy z zachowanym przewodem jelitowo-pępkowym (ductus omphalo-mesentericus) lub moczownikiem (urachus). Niedorozwój powłok w tej okolicy jamy brzusznej, polegający na mniejszym lub większym rozszczepieniu brzucha (fissura abdominis) stwarza warunki do wypadnięcia na zewnątrz zawartości jamy brzusznej czy to pokrytej otrzewną lub owodnią (przepuklina pępowinowa), czy też pozbawionych wszelkiej otoczki (wytrzewienie). Według H. M a r t i u s'a rozszczepienia brzucha prowadzące do mniej lub więcej całkowitego wytrzewienia mają mniejsze znaczenie praktyczne ponieważ płody rodzą się zwykle już zmacerowane lub też umierają wkrótce po porodzie. Poza postacią wrodzoną wytrzewienia, przy której płód rodzi się z całkowitym wypadnięciem trzew nie pokrytych żadną otoczką, obserwujemy nieraz wytrzewienie t. zw. wtórne, powstające w przypadku pęknięcia worka przepukliny pępowinowej. Wspomniany zaś wyżej przewód jelitowo-pępkowy i moczownik, o ile są drożne, mogą stanowić przyczynę powstania w tym miejscu przetoki kałowej lub moczowej. {Sprzyjają temu niskie odcięcia pępowiny. Powyższe zaburzenia rozwojowe mogą naturalnie występować oddzielnie lub też w rozmaitych odmianach wad kombinowanych.

Przypadek obserwowany w naszej Klinice dotyczy płodu donoszonego, płci żeńskiej, urodzonego siłami natury przez pierwiastkę K. Z. lat 17. hist. choroby Nr 616. Rodząca K. Z. przybyła do Kliniki dnia 19. IX. 1949 r. ogodz. 18-ej. Z wywiadów wynika, że pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia, następne były regularne, co cztery tygodnie, trwające trzy dni, obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 1. XII. 1948 r.

Dotychczas nie rodziła i nie ronila. Poza zapaleniem płuc przebyłym w dzieciństwie, nie chorowała. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W czasie ciąży czuła się dobrze i żadnych dolegliwości nie miała. Pierwsze ruchy płodu poczuła w czwartym miesiącu ciąży i odczuwa je do chwili obecnej. Bóle porodowe rozpoczęły się dnia 18. IX. 1949 r. o godz. 6-ej.

Badaniem zewnętrznym stwierdzono: wzrost średni, budowa kośćca prawidłowa, odżywienie średnie, ciepłota ciała normalna, brak obrzęków i żyłaków oraz zmian na skórze. Oddech i tętno prawidłowe. Ciśnienie tętnicze 120/75. Mocz białka nie zawiera.

Badaniem położniczym ustalono następujące rozpoznanie: ciąża pierwsza, poród pierwszy, płód jeden żywy, donoszony, położenie podłużne, czaszkowe, postawa pierwsza, ułożenie zgięciowe, okres porodu pierwszy, miednica prawidłowa. Akcja porodowa energiczna.

Pęknięcie pęcherza płodowego dnia 19. IX. b. r. o godz. 23-ej min. 10, poród płodu tego samego dnia o godz. 23 min. 25 i odjście popłodu o godz. 24 min. 30.

Okres połogowy bezgorączkowy.

Jak z powyższego wynika poród odbył się siłami natury i bez żadnych powikłań. U płodu bezpośrednio po urodzeniu stwierdzono na zewnątrz powłok brzusznych uszypułowany konglomerat jelit pozbawiony jakiegokolwiek worka lub otoczki. Jelita były rozdęte, częściowo ze sobą zrosniętą lub pozlepiane, częściowo zaś leżały wolno obok siebie. Wydłużona krezka tych jelit, na kształt szypuły drażyła wraz z pętlami jelit w głąb jamy brzusznej płodu przez owalny otwór, znajdujący się po prawej stronie nasady pępownicy. Powierzchnia jelit była gładka i matowa z powodu pokrywającego je mazidla płodowego. Świadczyło to niezbiecie, że jelita płodu jeszcze w łonie matki znajdowały się na zewnątrz jamy brzusznej płodu, w wodach płodowych. Gdy dziecko zaczęło po urodzeniu krzyczeć, z jamy brzusznej poczęły wysuwać się dalsze partie jelita grubego, wypierane na zewnątrz, wzmagającym się przy krzyku, ciśnieniem śródbrzusznym. Te świeżo wyparte części jelita grubego zabarwione różowo, gładkie i lśniące, swym wyglądem wyraźnie różniły się od znajdujących się pierwotnie na zewnątrz części jelit o ciemniejszym i bardziej matowym odcieniu.

Po odpełnieniu płodu jelita opłukano ciepłym roztworem soli fizjologicznej i owinięto jałową serwetką.

Noworodek (Ryc. Nr 1) ważył 2850 gr., długość jego ciała wynosiła 50 cm, obwód główki 30 cm, obwód klatki piersiowej 30 cm. Podściółka tłuszczowa dobrze wykształcona, paznokcie rogowate sterczą ponad końcowe członki palców, zabarwienie skóry różowe. Kościec dobrze rozwinięty, kości czaszki twarde, względem siebie nie przesuwalne. Kręgosłup prawidłowo wykształcony. Poza wytrzewieniem brak było jakichkolwiek innych widocznych objawów niedorozwoju. Nowo-



Ryc. Nr 1.

rodek zachwaniem swoim nie różnił się od rozwiniętego normalnie. Nie stwierdzono objawów sinicy lub czegoś nieprawidłowego co mogło być wytłumaczone obecnością wytrzewienia. Ogólny stan dziecka był tak dobry, iż zabieg mający na celu przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych przez wprowadzenie jelit do jamy brzusznej wydawał się całkowicie uzasadnionym.

Celem zapobieżenia nadmiernej utracie ciepła, noworodka obłożono termoformami. Poza tym postępowanie nasze w niczym się nie różniło od postępowania z pozostającymi na oddziale donoszonymi noworodkami. Kilkakrotnie w ciągu nocy noworodek był pojony przegotowaną wodą i kilka razy oddał smółkę. Mocz oddał bezpośrednio przed zabiegiem na stole operacyjnym. Następnego dnia przed operacją noworodek zaczął już zdradzać pewne niepokojące objawy. Był senny, miał czkawkę, jelita były jeszcze bardziej rozdęte, a na ich powierzchni można było zauważyć objawy zaczynającego się zapalenia. Jelita polano roztworem penicyliny i zrobiono iniekcję podskórną płynu Ringera w ilości 80 cm.

W trzynaście godzin po porodzie przystąpiono do operacji. Noworodek został ułożony na stole operacyjnym na dwu ciepłych termoformach, trzymany przez dwie osoby za kończyny dolne i górne. Jelita splukano obficie alkoholem i ciepłym roztworem soli fizjologicznej, skórę powłok brzusznych wyjałowiono w typowy sposób. Przy dokładnym obejrzeniu miejsca wytrzewienia stwierdzono, że wydłużona krezka wraz z pętlami

jelit ściśle wypełnia owalny podłużnie otwór w powłokach jamy brzusznej, po stronie prawej od nasady pępowiny. Pępowina wraz przebiegającymi w niej naczyniami przechodziła niespostrzeżenie w lewy brzeg powyższego otworu, dzieląc go mniej więcej na dwie połowy, górną i dolną. Brzegi owalnego otworu, którego oś długa wynosiła mniej więcej 4 cm a poprzeczna 3 cm, były ścięte i gładkie, a miejscami w górze i po stronie prawej, bezpośrednio pod skórą i skąpą tkanką podskórną, stwierdzano się otrzewną ścienną. Poza tym oś długa tego otworu przebiegała od góry i strony prawej ku dołowi i ku linii środkowej ciała noworodka. Po znieczuleniu skóry pięcioma  $\text{cm}^3$  0,5% roztworu nowokainy dokonano powiększenia istniejącego otworu w powłokach jamy brzusznej, przez poprowadzenie cięcia długości około trzech centymetrów od dolnego bieguna otworu w dół w kierunku spojenia łonowego, nieco w prawo od linii środkowej ciała. Przecięto warstwowo skórę, powięź, mięsień prosty brzucha i otrzewną. Krwawienie przy tym było znikome. Następnie przystąpiono do wprowadzenia pętli jelit do jamy brzusznej. Stopniowo udało się wprowadzić wszystkie jelita. W momencie wprowadzenia rozdętych pętli jelit z zalegającą w nich smółką nastąpiło spontaniczne odchodzenie smółki przez odbyt, jamę ustną i nosową. W tym czasie noworodek zaczął się dusić, zsiniał i przez pewien czas nie mógł oddychać. Dopiero po oczyszczeniu górnych dróg oddechowych ze smółki i zrobieniu iniekcji kofeiny, ponownie zaczął krzyczeć, a barwa skóry znowu przybrała normalne zabarwienie. Powłoki brzuszne zeszyto dwuwastwowo. Pierwszą warstwę szwów węzełkowych założono na powięź, mięsień prosty i otrzewną, następną warstwą szwów zeszyto skórę. Przy zeszywaniu brzegów istniejącego już otworu dokonano uprzednio odświeżenia jego brzegów, a następnie również zeszyto dwuwarstwowo pozostawiając w jamie brzusznej w okolicy nasady pępowiny sączek z gazy. Do jamy otrzewnej wprowadzono 100.000 j. penicyliny w roztworze fizjologicznym. Na ranę pooperacyjną założono opatrunek aseptyczny i brzuszki obandażowano. Zabieg trwał 20 minut. Stan noworodka po operacji wyraźnie się polepszył. Zabarwienie skóry i widocznych błon śluzowych było różowe, ustąpiła czkawka i senność i zachowanie noworodka nie zdradzało żadnych nieprawidłowości. Obłożono go ponownie termoforami, zastosowano co trzy godziny iniekcje penicyliny w dawkach po 20.000 j. i karmienie łyżeczkami, odciganym mlekiem matki. Nad ranem, następnego dnia, noworodek oddał pierwszy stolec, Poza tym zauważono, że noworodek często zwraca brudny płyn, a na pośladkach i ramionach wystąpiły nieduże ogniska twardziny (scleroma). W kilka godzin później, przy osłuchiwaniu płuc stwierdzono drobne rżenia. Akcja serca była miarowa. Zastosowano kofeinę, lobelinę i z przerwami tlen. Twardzina obejmowała coraz większe przestrzenie ciała. Senność coraz bardziej się wzmagala oraz wystąpiła nie-

znaczna sinica. W 24 godziny po operacji noworodek nagle zmarł. Stało się to podczas karmienia; podniesiony z pozycji pół siedzącej do bardziej pionowej nagle zsiniał i przestał oddychać. Z ust i nosa wydobyła się w obfitej ilości pienista, brunatna wydzielina. Akcji serca stwierdzić się nie dało.

Sekcja zwłok przeprowadzona w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie, (dyrektor zakładu Prof. dr Stanisław Mahrburg), wykazała: przekrwienie mózgu, mózdzku i opon mózgowych, obustronne zapalenie odoskrzelowe płuc, rozlane zapalenie zlepne otrzewnej. Przekrwienie zastoinowe wątroby i nerek. Stan po operacyjnym otwarciu jamy brzusznej z powodu wytrzewienia.

Zastanawiając się nad powyższym przypadkiem stwierdzić należy, że dotyczy on noworodka donoszonego, o dużej energii życiowej, nie wykazującego poza opisanym wyżej wytrzewieniem innych wad rozwojowych, jakie mogłyby spowodować zmniejszenie jego wartościowości. Ponieważ w opisanym wyżej cierpieniu wyłoniło się niebezpieczeństwo życia, staliśmy wobec bezwzględniego wskazania do wykonania zbiegu i przywrócenia prawidłowych stosunków anatomicznych. Wybór najodpowiedniejszego czasu do wykonania operacji ma duże znaczenie w chirurgii dziecięcej. Sądzę, że w naszym przypadku przystąpiliśmy do zabiegu zbyt późno. W trzynastcie godzin po porodzie wystąpiły już na powierzchni jelit znajdujących się poza jamą brzuszną, objawy miejscowego zapalenia otrzewnej, a stan ogólny noworodka w tym czasie, uległ wyraźnemu pogorszeniu. Należało więc, moim zdaniem, operować w pierwszych godzinach życia noworodka. K o s s a k o w s k i i wielu chirurgów dziecięcych podkreślają fakt dużej wytrzymałości na rozległe i długotrwałe zabiegi wykonywane nawet bez żadnego znieczulenia w pierwszych czterech dobach życia. W tym bowiem okresie, prawie nigdy nie występuje wstrząs operacyjny. Śmierć na stole operacyjnym obserwowano tylko wskutek skrwawienia, a większość złych wyników operacyjnych zależała od niezdolności do życia operowanych noworodków, lub od zakażenia, na które noworodki są wybitnie wrażliwe wskutek szybkiego uogólniania się zakażeń miejscowych. Spostrzeżenia kliniczne (Kossakowski) nie wykazują również w sposób jaskrawy, by dziecko w pierwszej dobie miało gorzej znosić zabieg niż w dniach następnych. S t o e c k e l proponuje w wypadku dużych przepuklin pępkowych możliwie wczesną operację w pierwszych 6 — 12 godzinach życia noworodka.

Poza tym nie przewidzieliśmy przy wprowadzaniu do jamy brzusznej rozdętych i przepełnionych zalegającą smółką jelit, cofania się smółki do żołądka, przetyku i jamy ustnej noworodka, co w końcowym wyniku było przyczyną zachyłkowego zapalenia płuc i prawdopodobnie stanowiło bezpośrednią przyczynę śmierci. Przypuszczam, że można byłoby tego uniknąć, gdyby w czasie wprowadzania pętli jelit do jamy brzusznej,

część dogłową jelita cienkiego ucisnąć delikatnie palcami, zapobiegając w ten sposób cofaniu się smółki do górnych części przewodu pokarmowego.

Reasumując powyższe, niesłusznym wydaje mi się twierdzenie, że płody z wytrzewiem wrodzonym muszą się rodzić zmacerowane lub wkrótce po porodzie umierać. Opisany wyżej przypadek, wprawdzie stracony, świadczy niezbicie o istnieniu w niektórych przypadkach dużych możliwości uratowania takich dzieci od niechybnej śmierci. Rozszerzenie zatem możliwości położniczych przez zaznajomienie się i poznanie chirurgii dziecięcej okresu pierwszych dni życia noworodka pozwoliłoby na przyszłość uniknąć wielu błędów i rozczarowań.

---

## PIŚMIENNICTWO LITERATURE

- 1) Beck H.: Ginekologia polska rok 1926 tom V str. 565.
- 2) Halban J. - Seitz L.: Biologie und Pathologie des Weibes VII/2 1928 str. 322.
- 3) Kossakowski J.: Wskazania do zabiegów chirurgicznych u noworodków i niemowląt 1949 r. str. 157.
- 4) Lubarsch O. und Henke F.: Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie IV/1 str. 166.
- 5) Reuss A.: Pathologie der Neugeburtperiode str. 528.
- 6) Sztekel W.: Osnowy Akuszerstwa tom II 1935 str. 910.

---

## S U M M A R Y

The author describes a very rare case of developmental eventration in a mature new-born infant. The baby was subjected to surgical treatment consisting of the installing of the intestines, situated outside of the abdominal walls, into their natural position, and of the closing of the opening in the abdominal integuments.

Observations and remarks concerning the operation and the death of the infant follow.

---

Annales Universitatis M. C. S. Lublin, 1949 r.

P. L. Z. G. Oddział 13 — Lublin, Kościuszki 8.

Nr zam. 892. Nakład 900 egz. format 61x86. V kl. 80 gramm. A-1-12564.

Data otrzym. manusk. 12.XII.49. Data ukończ. 9.IV.50.

---