

*Dr. Edward Piotrowski
w druku najgłówniejszego strachu
w druku najgłówniejszego strachu*

422

13

O przedziurawieniach jelit po urazie.

Podał

Dr. Edward Piotrowski.



WI P6620 1895

Z-138354

Akc. z l. 2023. nr. 438

Z zakładu medycyny sądowej w Krakowie.

O przedziurawieniach jelit po urazie.

Podał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent medycyny sądowej w Krakowie.

Przedziurawienia jelit po urazie wymierzonym w jamę brzuszną nie należą do zjawisk zbyt rzadkich, lecz owszem trafiają się dość często w praktyce, tak chirurgowi, jak interniście; jako też są często przedmiotem dochodzenia sądowego. Wiadomem jest każdemu, że uraz w brzuch może przydawać się zupełnie przypadkowo, jak n. p. po upadnięciu, lub uderzeniu kopytem końskim; ale też może być zadany umyślnie n. p. podczas bójek.

Już Maschka zwrócił uwagę na to, że po uderzaniu w jamę brzuszną jakimś twardym przedmiotem bardzo często powstaje perforacja jelita i to najczęściej pęka jejunum przy początku dwunastnicy, lub też ileum blisko kiszki ślepej.

Beck w rozprawce „Darmzerreissung nach heftiger Erschütterung und Quetschung des Unterleibes“ opisuje kilka przypadków pęknięcia jelita po po urazie w brzuch kopytem końskim: a pęknięcia jelit rozpoznaje po zachowaniu się brzegów pękniętego miejsca.

Śluszne jest zapatrywanie Becka, ale nie zawsze ma się do czynienia z czystym pęknięciem jelita i wystąpieniem (w nie długim czasie) zapalenia septycznego otrzewny; lecz często sprawa się przewleka i zapalenie otrzewny występuje dopiero po kilku dniach a zdarza się to wtedy szczególnie, gdy uraz jest słaby i powoduje nie pęknięcie jelita, lecz przygniecenie lub uderzenie pewnej części jelita o twardą podstawę, jaką jest kręgosłup lub miednica, z czego następnie w tem miejscu jelita powstaje upośledzenie w odżywieniu a następnie nekroza tegoż miejsca w jelicie. — Miejsce nekrotyczne później wypada, powstaje przedziurawienie jelita następowe, powodujące, skutkiem wydostawania się kału do jamy brzusznej, zapalenie septyczne otrzewny.

Że tak rzeczywiście się dzieje, wywnioskować można, po pierwsze z zachowania się brzegów przedziurawienia a powtórę z przebiegu całej następowej choroby. W mojej kilkuletniej praktyce sekcyjnej spotkałem takich przypadków aż sześć, które po krótkości opiszę, nieograniczając się tylko na podawaniu protokołu sekcyjnego, lecz uwzględniając cały przebieg i etyologią każdego przypadku.

I przypadek: J. B. parobek około lat 30, został uderzony kopytem końskim przypadkowo dnia 9/12 1892 roku rano. Przez cały ciąg dnia dziewiętego i dziesiątego czuł się słabym, nie wychodził z domu i skarżył się na bólesci w brzuchu. Lekarz wezwany, nie znalazłszy żadnych groźniejszych przypadków prócz bolesności jamy brzusznej i sińca po nad stalerzem biodrowym prawym, wstrzymał się na razie z rozpoznaniem. Dnia jedenastego dopiero ból w jamie brzusznej się spotęgował, wystąpiły wymioty i w takim stanie przewieziono go do szpitala Św. Łazarza w Krakowie. Umieszczony na oddziale okazywał niepokój, skarżył się na silne bólesci w brzuchu, co chwile wymiotował. Temperatura wynosiła 38.0, tętno 114. Rozpoznanie brzmiało: Peritonitis septica thraumatica post perforationem intestini. Stan chorego z każdą chwilą się pogarszał, aż dnia czternastego grudnia nastąpiło zejście śmiertelne a więc prawie w piątym dniu po wypadku. Następnego dnia wykonałem sekcją a z protokołu sekcyjnego podaję tylko ważniejsze szczegóły: Brzuch wzdęty, na powłokach brzusznych po stronie prawej po nad talerzem biodrowym siniec z podbiegnięciem, jako takie na przekroju stwierdzonem. Jama brzuszna wypełniona obficie kałem, otrzewna nastrzykana, zlepmi wypociny włóknikowo-ropnej pokryta.

W odległości 132-cm. od Coecum w jelicie cienkiem otwór wielkości centa, więcej okrągławy, niż podłużny, o brzegach nierównych, z błoną śluzową wywinętą na zewnętrzną stronę jelita, do którego nieznacznie wypociną włóknikową przyczępiona. Po odlepieniu teje brzegi wyraźnie nie równe, postrzępione i nekrotyczne. Przy złożeniu tychże brzegów wyraźny ubytek kawaleczka jelita wielkości pół centa.

II przypadek: N. N. mężczyzna lat 25 liczący, w bójce dnia 29 Kwietnia 1893 roku został kopniętym przez swego przeciwnika w brzuch. Przyszedszy do domu uczuł bólesci w jamie brzusznej trwające ciągiem do dnia pierwszego Maja tegoż roku, w którym to dniu dołączyły się wymioty i odbijanie. Dnia drugiego Maja zmarł bez opieki lekarskiej, a więc w czwarty dzień po pobiciu. Zarządzona sekcya sądowa wykazała: Brzuch wzdęty, na powłokach brzusznych ani śladu jakiegoś obrażenia. Jama brzuszna wypełniona kałem, otrzewna nastrzykana i wypociną włóknikowo ropną pokryta.

W odległości 30 cm. od Coecum w jelicie cienkiem otwór okrągły, wielkości centa, z zachowaniem się brzegów podobnem zupełnie do pierwszego powyższej opisanego przypadku.

III przypadek: I. B. mężczyzna lat 42 liczący, uderzony został przypadkowo dnia 13 Lutego 1894 roku kopytem końskim, tak silnie, iż odrazu stracił przytomność. W pół godziny po przyjsciu do siebie zupełnie, uczuł zaraz nadzwyczaj silne bólesci w jamie brzusznej, tudzież dostał odbijania. Dnia czternastego przewieziono go do szpitala Św. Łazarza w Krakowie, gdzie stwierdzono brzuch wzdęty, bardzo bolesny odbijanie, tętno przytem 159, regularne, temperaturę 38.0.

Na powłokach brzusznych w okolicy pępka zasinienie. Dnia następnego, t. j. 15-go gorączka 39.2, taż sama i w wieczór, tętno 114, występują częste wymioty i czkawka. Dnia 16-go rano gorączka 39.6, wieczór 37.0, tętno 126, czkawka, odbijanie, wymioty, wiatry, bólesci. Dnia 17-go a więc w 5-tym dniu po przypadku exitus laetalis. Następnego dnia wykonałem sekcją a z ważniejszych momentów zasługują na uwagę: Jama brzuszna podobnie, jak

w poprzednich przypadkach wypełniona obficie kałem, otrzewna nastrzykana i zlepami wypociny włóknikowo-ropnej pokryta. *W odległości 51 cm. od Coecum w jelicie cienkiem otwór nieco podłużny, zbliżający się do okrągłego, wielkości centa o brzegach podobnie się zachowujących, jak w przypadku pierwszym.*

IV przypadek: M. G. lat 17 chłopiec, wioząc dnia 14 Czerwca 1894 pieczywo, potknął się o kupę kamieni a upadając uderzył się sam dyszlem wóзка w brzuch. Zaraz stracił przytomność a po przyjściu do siebie uczuł boleści w jamie brzusznej, do których przyłączyły się w krótkim czasie wymioty. Dnia 15 czerwca został przewieziony do szpitala Św. Łazarza w Krakowie, gdzie stwierdzono wymioty, odbijanie, boleści i stan podgorączkowy. Rozpoznano Peritonitis septica traumatica post perforationem intestini. Dnia 16 Czerwca wykonał prof. O b a l i ń s k i laparotomię. Podczas operacji oczyszczono jamę brzuszną z kału obficie się tamże znajdującego. Otrzewna była silnie nastrzykana, skąpą wypociną pokryta.

W ileum otwór szczelinowaty, długości 1 cm. o brzegach zupełnie równych, gładkich. Otwór ten wszyto do rany operacyjnej robiąc przez to Anus praeternaturalis. Chory żył do dnia 23 Czerwca, odbijanie i wymioty z przerwami dalej się utrzymywały. Tegoż dnia, więc dopiero w ośm dni po operacji a w 10 dni po przypadku, zmarł. Sekcyja stwierdziła zapalenie septyczne otrzewny. Zachowania się brzegów perforowanego jelita nie podaje, gdyż przez wszycie do rany laparatomijnej takowe się zmieniły, uwzględniłam tylko opis perforacji widziany podczas operacji.

V przypadek: K. K. Mężczyzna, lat 56 liczący, w bójce 24 grudnia 1894 został kopniętym w brzuch. W godzinę po wypadku dostał silnych boleści a wnet po tychże wymioty. Na drugi dzień t. j. 25 Grudnia 1894, życie bez pomocy lekarskiej zakończył.

Dnia następnego wykonałem sekcyą przy której znalazłem siniec w okolicy 11 i 12-go żebra po stronie prawej. Jama brzuszna wypełniona kałem obficie, otrzewna nastrzykana, pokryta zlepami wypociny włóknikowo ropnej.

W odległości 20 cm. od Coecum, w jelicie cienkiem otwór podłużny długości 1 cm., przy wyciągnięciu, brzegi otworu dokładnie się schodzą z sobą. Brzegi są zupełnie równe, gładkie, nie wywinięte.

VI przypadek: Józef K. mężczyzna lat 27 liczący, dnia 16 Stycznia 1895 został kopniętym w brzuch. Zaraz po uderzeniu skarżył się na boleści. Dnia następnego przewieziono go do szpitala Św. Łazarza w Krakowie, tutaj pojawiły się wymioty bardzo częste, boleści silne. Rozpoznanie było toż samo, co w poprzednich przypadkach. Dnia 18 Stycznia wykonał prof. O b a l i ń s k i laparotomię. Przy operacji oczyszczono dokładnie jamę brzuszną z kału obfitego, który pokrywał pętle jelitowe. Otrzewna przedstawiała się nastrzykaną. *W Colon transversum po stronie prawej otwór więcej okrągławy, niż szczelinowaty, z brzegami nie równymi, jakby nekrotycznemi, nadzwyczaj kruchemi.* Z powodu silnego zapadu chorego zrobiono Anus praeternaturalis przez wszycie tegoż przedziurawienia do rany operacyjnej. Stan chorego po operacji był zmienym. Z początku wymioty ustąpiły, tętno było regularniejsze; później jednak wymioty powróciły, tętno było wysokie a do tego przyłączyła się gorączka. Stan taki utrzymywał się do dnia 27. Stycznia, w którym to dniu nastąpiło zejście śmiertelne. Dnia następnego wykonałem sekcyą, która przedstawiła się nadzwyczaj ciekawą, gdyż znalazłem gruzlicę rozległą starszą i świeżą w plu-

each; wrzody gruźlicze w jelitach i to przeważnie w jelicie grubem a co ważniejsze, perforacya owa w *Colon transversum* była właśnie usadowiona w środku owrzodzenia gruźliczego.

Rozglądawszy się bliżej w opisanych powyżej przypadkach, każdy zauważy, że w przypadkach 4 i 5-tym mamy do czynienia z czystem pęknięciem jelita, wnosząc z zachowania się perforowanego jelita. Brzegi te w obu wymienionych przypadkach przedstawiają się równe, nie strzępiaste, nie nekrotyczne. Otwór zaś, jaki tworzą, nie jest okrągły, lecz podłużny z zupełnie schodzącymi się brzegami. Inaczej rzecz się przedstawia w przypadkach 1, 2 i 3-cim. Tutaj otwór nie jest podłużny, ani też szczelinowaty, lecz okrągławy. Brzegi nie są równe, lecz strzępiaste i nekrotyczne a błona śluzowa wywinięta w otworze na stronę zewnętrzną jelita. Po wyrównaniu brzegi nie schodzą się, lecz tworzą wyraźny ubytek. W tych trzech przypadkach mamy więc do czynienia nie z pęknięciem jelita, lecz ze sprawą inną natury. Tylko w ten sposób można sobie ten cały proces przedstawić, że podczas uderzenia jelito znajdujące się blisko kręgosłupa lub miednicy, w ogóle części twardych, zależnie od wywartego parcia przez uraz; jeżeli odrazu nie pęka, to zależy to od stosunku wypełnienia jelit. W razie gdy jest mało wypełnione a uraz silny, to w każdym razie przecież musi część jelita uderzyć o tę twardą podstawę. Następstwo takiego przygniecenia jelita nie jest obojętne, lecz powstają zaraz w tym miejscu zmiany w odżywieniu na tle bodźca mechanicznego spowodowane. W następstwie przychodzi do nekrozy tejże części, która potem wylatuje, odpada i daje możność do przedostania się kału do jamy brzusznej.

Że tak rzeczywiście się dzieje, dowodzi nam 1) zachowanie się brzegów, które przy czystych perforacjach przedstawiają się równe, gładkie, schodzące się z sobą, a otwór, który powstaje jest szczelinowaty, podczas, gdy przy nekrozie brzegi są nierówne, strzępiaste, nekrotyczne, nie dają się wyrównać zupełnie, lecz zawsze tworzą otwór okrągły z wyraźnym ubytkiem ściany jelita. 2) przebieg całej choroby: i tak w I. II. III. przypadku objawy właściwe dla perforacji wystąpiły dopiero 3 dni po urazie i we wszystkich tych trzech przypadkach mamy do czynienia z nekrozą jelita; aby bowiem tu partya nekrotyczna wypadła, potrzeba pewnego czasu, i objawy też dla tego później występują. W przypadku 4 i 5-tym objawy zapalenia otrzewny wystąpiły od razu, tegoż samego dnia, w którym było uderzenie.

Przypadek VI. jest cokolwiek skomplikowany, gdyż tu uderzenie spotkało człowieka dotkniętego sprawą gruźliczą. Owrzodzenia gruźlicze już same przez się stanowią *locus minoris resistentiae* i nie potrzeba wcale silnego urazu, żeby perforacya nastąpiła właśnie w tych chorobą osłabionych miejscach. Jakie ma znaczenie ten przypadek sądowo, nie potrzebuje opisywać, gdyż to łatwo każdy rozumie. Brzegi perforowanego miejsca w jelicie nie przedstawiają się tak, jak w poprzednich przypadkach; były, co prawda, postrzępione, ale, co najważniejsze, były nadzwyczaj kruche. Kruchość ta pochodziła z natury owrzodzenia gruźliczego.

W tym VI przypadku objawy właściwe wystąpiły dopiero na drugi dzień po kopnięciu a więc tak, jak w poprzednio opisanych przypadkach. Powtórę i z tego punktu ciekawym jest ten przypadek, że pęknięcie dotyczyło nie jelit cienkich, lecz okrężnicy poprzecznej. Wszystkie powyżej opisane przypadki dotyczyły tylko mężczyzn, nie widziałem zaś żadnego u kobiety, co łatwo

tem wytłumaczyć się daje, iż kobiety spokojniejsze życie prowadząc, nie są tyle na urazy narażone, co mężczyźni. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego pierwszych pięć przypadków nie nastęrczają żadnej trudności. Przypadek szósty tem się zaś odznacza, że małe uderzenie spowodowało pęknięcie jelita, ale zaraz nasuwa się pytanie, czy taki sam uraz mógłby spowodować perforacyę w tym razie, gdyby ten człowiek był zupełnie zdrowym. Z tego też powodu w orzeczeniu sądowem trzeba wyraźnie zaznaczyć chorobę chroniczną zmarłego. Przypadki podobne w pierwszej chwili otrzymują do rąk prawie zawsze interniści i z tego, co podałem powyżej, wcale nie jest dziwnem, dla czego zwlekają z operacyą, gdyż przyczyna właściwa śmierci leży w późniejszym wystąpieniu objawów perforacyi jelit.

Gdy te odrazu występują, jak się to zdarza przy pęknięciu czystych jelit, to wtedy pewno żaden internista się nie namysła, lecz oddaje zaraz przypadek chirurgowi. Odmienne się rzecz przedstawia, gdy objawy chorobowe występują n. p. po 3 dniach, jak w wyżej przedstawionych przypadkach, gdzie nie ma się do czynienia z czystą perforacyą, lecz pierwotnie z nekrozą. Jak widzimy z przypadków powyżej wymienionych, owe części nekrotyczne wcześnie i czy później odpadają a przez to dają możność wystąpienia zapalenia septycznego otrzewny. Pytanie zachodzi teraz, czyby nie lepiej zawsze było nie czekać, aż wystąpią te objawy właściwe, lecz odrazu zrobić laparatomię, wyszukać część nekrotyczną i ją usunąć. W każdym razie wynik operacyjny byłby lepszy, gdy jeszcze kału w jamie brzusznej nie ma, a zapobieżę się w ten sposób przedewszystkiem zapaleniu septycznemu otrzewny. Sądzę, że każdy przypadek po uderzeniu, gdy boleści nie ustępują, powinno się zaraz oddać w ręce chirurga, bo w spóźnionych przypadkach wynik operacyjny nie może być pomyślnym.

