

Odbitka z „Przeglądu Chirurgicznego”.

APPENDICITIS

W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

NAPISAŁ

Prof. D-r Aleksander Rosner.

WARSZAWA
DRUK K. KOWALEWSKIEGO
Mazowiecka Nr. 8
1904.



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою
Варшава, 22 іюня 1904 г.

APPENDICITIS

W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII

NAPISAŁ

Prof. D-r Aleksander Rosner.

Nie da się zaprzeczyć, że wobec niezmiernego rozwoju nauk lekarskich, specjalizacya, jaką dziś widzimy, stała się koniecznością i że w niej leży gwarancya dalszego naukowego postępu poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej. Niemniej nie ulega wątpliwości, że specjalizacya ta, że podział całości szczególnej patologii ludzkiej na działy jest sztuczny i że w naturze nie istnieje on bynajmniej. Nie ma prawie choroby, która w mniejszym lub większym stopniu nie wkraczała w kilka naraz działów patologii, trzymała się ściśle sztucznych granic specjalności lekarskich.

W ginekologii i położnictwie widzimy potwierdzenie tego faktu prawie na każdym kroku. Najdrobniejsze, ściśle maciczne cierpienia wywierają pewien wpływ na procesy życiowe innych narządów, lub też naodwrot są następstwem zaburzeń w innych organach. Tak samo i ciąża nie pozostaje nigdy bez wpływu na przemianę materii ustroju i na czynność najrozmaitszych narządów ciała ludzkiego, wywołując w nich niejednokrotnie daleko posunięte zmiany chorobowe. Naodwrot zmiany chorobowe innych narządów (płuca, serce, żółty, nerki) odbijają się często najniekorzystniej na przebiegu ciąży, porodu, lub połogu.

Rozpatrując bliżej jakość i stopień tego wzajemnego

Biblioteka Główna WUM

Br.1897



000031090



www.dlibra.wum.edu.pl

wpływu, stwierdzić możemy, że bywa on rozmaity i że ma dwie zasadniczo różne przyczyny: 1) czynnościową, 2) mechaniczną.

Czynnościowym nazwiemy ten wpływ wówczas, kiedy *functio laesa* jednego narządu sprowadza zboczenie w czynności drugiego narządu, choćby odległego; mechanicznym będzie ten wpływ wtenczas, kiedy chory organ przez bezpośrednie sąsiedztwo ze zdrowym wywołuje w nim również zmiany chorobowe.

Gruźlica płuc, sprowadzająca zatrzymanie miesiączki wskutek wyniszczenia ustroju, działa czynnościowo — guz, leżący w jamie brzusznej i ciężarem swoim obniżający, lub zginający w tył, lub naprzód macicę, działa mechanicznie przez sąsiedztwo. Odwrotnie katar maciczny sprowadzić może przez długotrwałe upławy i krwawienie, a co za tem idzie niedokrewność, szereg różnych zaburzeń, między innemi i w narządach trawienia, podczas gdy olbrzymi guz jajnikowy wywołać może takie same zmiany w trawieniu przez ucisk na przewód pokarmowy, a więc na drodze anatomicznego sąsiedztwa.

W położnictwie i ginekologii spostrzegamy wpływ czynnościowy bardzo często i to w obu kierunkach, to znaczy, że cierpienia innych narządów odbijają się drogą wpływu czynnościowego na stanie i funkcji części płciowych kobiecych i odwrotnie, nieprawidłowości lub zmiany, towarzyszące procesowi płodzenia, wywołują tą samą drogą zboczenia w czynności innych narządów. Natomiast rzadko widzimy działanie drogą anatomicznego sąsiedztwa. Nawet te zmiany, które często sprowadza ciąża w przewodzie pokarmowym, jak nudności, wymioty, zaparcie stolca i t. d. tylko wyjątkowo są następstwem ucisku, wywołanego przez ciężarną macicę, a daleko częściej powstają na drodze dalszej: wpływu czynnościowego.

Nawet wymioty w I-szym okresie porodowym nie mają najprawdopodobniej nic do czynienia z uciskiem żołądka przez macicę, i tak samo zmiany w nerkach, wywołane przez ciążę, zgoła nie pochodzą od ucisku na naczynia nerkowe.

I w odwrotnym kierunku dzieje się to samo; nie wiele znamy zboczeń w czynności części płciowych, wywołanych przez anatomiczne sąsiedztwo z narządem chorym, natomiast bardzo często spotykamy zaburzenia funkcji w narządach płciowych, powstałe przez wpływ czynnościowy.

Do tych nielicznych cierpień, które przez sąsiedztwo sprowadzić mogą najcięższe zaburzenia w częściach płciowych kobiecych, zaliczyć musimy zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*).

Niesłuchanie żywe zajęcie się etiologią, patologią i leczeniem tego cierpienia, przedewszystkiem ze strony chirurgów, rozświetliło w bardzo wielu punktach tę do niedawna mało znaną chorobę i nie pozostało bez wpływu na rozjaśnienie stosunku tego cierpienia do niektórych chorób kobiecych oraz wpływu, jaki zapalenie wyrostka robaczkowego wywiera na przebieg ciąży i odwrotnie.

Zdobycz to lat ostatnich, zdobycz niedość widocznie znana i ceniona, skoro jeszcze w roku 1899 J. VEIT w III t. wielkiego swojego podręcznika traktuje tę sprawę po macoszemu, pisząc

. . . . „jeżeli powstało zapalenie otrzewnej w otoczeniu ślepej kiszki i wyrostka robaczkowego, to przy uogólnieniu zapalenia doprowadzi cierpienie to do śmierci lub do operacji, zanim przyjdzie do opuszczenia się ropy do jamy DOUGLAS'a przeciwnie, jeśli sprawa chorobowa ograniczy się, to pozostanie ona miejscową i nie przejdzie w sąsiedztwo części płciowych. Naturalnie może się zdarzyć, że trąbka przylega do zwoju kiszki, otaczających zrostami wyrostek robaczkowy“¹⁾.

Tak łatwo sprawa ta załatwić się nie da, a studyum odnośnej, nie dość zresztą bogatej literatury poucza, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą, która z bardzo wielu i to poważnych przyczyn żywo zajmować musi ginekologa i położnika.

Co więcej — spostrzeżenia i doświadczenia, jakie poczynili ginekologowie i położnicy, dają im pewne prawo do zabrania

¹⁾ „ . . . entstand eine Peritonitis in der Umgebung des Coecum und des Vermiformis, so wird die Erkrankung bei allgemeiner Verbreitung zum Tode resp. zur Operation führen, bevor es zur Senkung in den Douglas'schen Raum kam; kommt es zur Beschränkung, so wird dieselbe lokal bleiben und sich nicht in die Nähe der Genitalien begeben. Nur kann es natürlich vorkommen, dass die Tube einem Konvolut der Darmschlingen, das den Processus vermiformis mit Adhäsionen umgiebt, nahe anliegt“.

głosu nie tylko w sprawie patologii i anatomii patologicznej tego cierpienia, ale nadto w niezmiernie ważnej, a do dziś dnia chwiejnej sprawie wskazań leczniczych wogóle a operacyjnych w szczególności.

Przyczyny, dla których zapalenie wyrostka robaczkowego tak żywo zajmuje ginekologa, zebrać by można w czterech punktach:

1) Niestosunkowo duża ilość pacjentek zgłasza się z tem cierpieniem do ginekologa, mimo że żadnych powikłań ze strony części płciowych niema.

2) Cierpienie to wikłać może ciężę i odegrać wielką rolę w jej przebiegu.

3) Cierpienie to powstać lub powrócić może w położu i uchodzić za gorączkę położową.

4) Cierpienie to wyrzucić może fatalny wpływ na stan części płciowych kobiecych.

I.

Wiadomo, że kobiety, żalące się na bóle w dolnej części brzucha, zwykły się zwracać do ginekologa, i to jest przyczyną, dla której w dużych miastach przeważająca liczba kobiet, dotkniętych zapaleniem wyrostka robaczkowego, zasięga na-przód jego rady. W ostatnich dwóch latach mojej praktyki miałem sposobność w ambulatoryum, lub wezwany do chorej, rozpoznać 22 razy zapalenie wyrostka robaczkowego. Cyfra to ogromna, jeśli się uwzględni, że w tym czasie zgłosiło się do mnie o poradę około 1500 chorych — z czego wynika, że mniej więcej na 70 chorych jedna dotknięta była tem cierpie-niem. Pomijam z rozmysłu przypadki, w których miałem mniej lub więcej uzasadnione przypuszczenie zapalenia wyro-stka robaczkowego, a przytaczam tylko te, w których albo operacya, albo obserwacya dalszego przebiegu uczyniła to roz-poznanie pewnem. Takie zgłaszanie się z cierpieniem nieko-biecem do ginekologa jest pomyłką rozpoznawczą ze strony pacjentki, pomyłką wybaczną i nieszkodliwą w tych przy-padkach, w których w ślad za nią nie idzie druga pomyłka roz-poznawcza, tym razem ze strony lekarza.

Pomyłki takie bywały dawniej bardzo częste, co jest zre-sztą naturalnem wobec faktu, że cierpienie to poznano bliżej i dokładniej dopiero w ostatnich czasach.

Przypadki te zbłąkane, a rozpoznawane jako *para* — lub *perimetritis*, czasem wreszcie jako *haematokele*, były przyczyną, dlaczego dawniej sądzono, że cierpienie to nawiedza znacznie częściej mężczyzn, niż kobiety. Z biegiem czasu znaczne przedtem różnice w cyfrach zmniejszyły się, a dziś dzięki wy-doskonalonemu rozpoznawaniu tego cierpienia, różnica ta pra

wie nie istnieje. Nie wszystkie zresztą pomyłki rozpoznawcze należy kłaść na karb nieuwagi lub nieumiejętności, gdyż rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego może być bardzo trudnem, ba nawet niemożliwem, zwłaszcza tam, gdzie prócz tej choroby istnieje cierpienie zapalne przydatków macicznych, dające się łatwo stwierdzić i tłómaczące wszelkie objawy chorobowe. W ten sposób nie rozpoznałem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u jednej z moich pacjentek, która okazywała objawy zadrażnienia otrzewnej z podwyższeniem ciepłoty, leczyla się zaś u mnie przedtem z powodu zmian zapalnych w obu trąbkach. Stwierdziwszy istnienie zmian w trąbkach, sądziłem, że mam do czynienia z *peritonitis circumscripta ad adnexa* i dopiero dalszy przebieg cierpienia wykazał ponad wszelką wątpliwość istnienie zapalenia wyrostka robaczkowego.

W piśmiennictwie znaleźć możemy zresztą więcej takich pomyłek. FALK rozpoznał w jednym przypadku zapalenie wyrostka robaczkowego, operacja wykazała zaś skręcenie szypuły małego guza jajnikowego. Zdaniem FALK'a, wszystkie objawy anamnestyczne i przedmiotowe mogą mylić, nawet objawy ze strony przewodu pokarmowego, które A. MARTIN uważa za nieomyślne. Tak samo jak FALK, pomylili się w rozpoznaniu TIXIER, WIEDERHAUSER i WELLS, rozpoznawszy zapalenie wyrostka robaczkowego w przypadku skręcenia szypuły guza jajnikowego. Odwrotnie TREUB rozpoznał skręcenie szypuły w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego i w drugim przypadku rozpoznał *appendicitis* tam, gdzie była *salpingo — oophoritis gonorrhoeica*.

Takich pomyłek zebrać by można w literaturze znacznie więcej, a łatwo zrozumieć, że największa, przeważająca ich ilość nie została wcale ogłoszona. Prawie wszyscy autorowie, zajmujący się tym przedmiotem, zwracają uwagę na wielkie trudności rozpoznawcze i na możliwość pomyłek, które mogą pociągnąć za sobą bardzo nie mile następstwa.

Szczegółowo omawia tę sprawę FRAENKEL w ostatniej swojej monografii z r. 1901.

Nie mam zamiaru rozwodzić się tutaj nad sprawą rozpoznania *appendicitis*. Trzymając się ściśle tematu, pragnę tylko podnieść, że rzeczą ginekologa w tych przypadkach jest rozpoznać, czy cierpienie ma źródło w częściach płciowych, czy

nie. Musi więc on wybadać: 1-o czy części płciowe są w prawidłowym stanie, 2-o jeśli są w nich zmiany patologiczne, czy tłumaczą one wszelkie objawy chorobowe.

I jedno i drugie należeć może do najtrudniejszych zadań w dyagnostyce ginekologicznej, jeśli się uwzględni, że w tych przypadkach ma się do czynienia z chora, okazującą objawy zadrażnienia otrzewnej, u której więc badanie jest utrudnione przez wzdęcie i bolesność i musi się odbywać ostrożnie. Jeśli nadto przeszkadza badaniu i grubość powłok brzusznych, to często nawet pierwsza część zadania nie da się należycie rozwiązać.

Jak wszędzie, gdzie przedmiotowe badanie natrafia na trudności, tak i tu wywiady odegrać mogą pierwszorzędną rolę. Jeśli sprawa rozpoczęła się nagle, jak to często bywa, ginekolog myśleć musi o możliwości: 1) ostrych zmian zapalnych na otrzewnie w przebiegu ropienia przydatków macicznych i w ogóle o ostrej *peri-i parametritis*;

2) o krwawieniu do jamy brzusznej w przebiegu ciąży zamacicznej;

3) o skręceniu szypuły guza jajnikowego, parowaryalnego, lub włókniaka macicy.

W sprawach, objętych dwoma pierwszymi punktami, wywiady mogą być dla rozpoznania bardzo pomocne, zwłaszcza w kierunku negatywnym. Objasnimy to przykładem: osoba niezamężna, *virgo*, która nie miała nigdy śladu upławów, peryody prawidłowe, okazuje nagle objawy ostrego zadrażnienia otrzewnej. Ropienie w przydatkach jest w najwyższym stopniu nieprawdopodobne, gdyż brak jest momentu etyologicznego: rzeżączki i ciąży. Tak samo nie można przypuścić i ciąży zamacicznej. W ten sposób tylko dzięki wywiadam mogłem, wezwany do chorej na poradę, rozstrzygnąć wątpliwości rozpoznawcze.

P r z y p a d e k I. Chodziło o pacjentkę J. W. lat 16 liczącą, która przed tygodniem zachorowała nagle, wśród objawów zapalenia w miednicy małej. Badanie przez odbytnicę wykazywało wyraźnie bardzo bolesny opór w jamie DOUGLAS'a, nieco ku prawej stronie, dokładne wyszukanie części płciowych wewnętrznych niemożliwe. Zupełnie normalny stan dziewiczych części płciowych zewnętrznych, a nadto wywiady, wedle których pacjentka nie miała nigdy śladu upławów i od

dwóch lat zupełnie prawidłowy peryod, czyniły rozpoznanie *perimetritis ad odnexa* zgoła nieprawdopodobnem. Po wykluczeniu zmian, wychodzących z części płciowych, rozpoznano *appendicitis*. Miałem sposobność badać pacjentkę tę w kilka tygodni później. Ostra sprawa minęła szczęśliwie, gorączki i wzdęcia nie było wcale, bolesność niewielka w okolicy punktu Mc BURNEY'a i niewielki, tkliwy opór w okolicy kiszki ślepej. Części płciowe dały się dokładnie wy badać przez odbytnicę i powłoki i okazywały stan pod każdym względem prawidłowy.

Natomiast nie na wiele zdadzą się wywiady, jeśli mamy do czynienia ze skręceniem szypuły guza, zwłaszcza jajnikowego. Jeśli guz jest niewielki, mógł nie wywołać żadnych objawów, i aż do czasu skręcenia się szypuły mogła pacjentka zgoła o nim nie wiedzieć. Przytoczony powyżej szereg pomyłek rozpoznawczych uderza tem, że właśnie chodziło najczęściej nie o zapalenie w przydatkach i nie o ciążę zamaciczną, tylko o skręcenie szypuły guza jajnikowego. Ponieważ przedmiotowo łatwiej wy badać guz jajnika, choćby nieduży, niż zmiany zapalne w trąbce, lub wczesną ciążę zamaciczną, przeto fakt ten wydaje się na pozór dziwnym. Przyczyna tego leży, zdaniem mojem, w tem, że właśnie, wobec niezmiernie utrudnionego badania przedmiotowego, opierają się ginekolowie w badaniu tych przypadków na wywiadach, które przy guzie jajnikowym najczęściej nic nie wyjaśniają — w przypadkach zaś zmian zapalnych w trąbkach lub ciąży zamacicznej dostarczają zwykle cennych wskazówek. Naturalnie, że mimo to główny nacisk należy położyć na ginekologiczne badanie przedmiotowe brzucha, które powinno być wykonane jaknajdokładniej, często z pomocą badania przez odbytnicę.

Jeśli należyte obmacanie macicy a zwłaszcza przydatków, jest niemożliwe, można uciec się do nieużywanych, bo zwykle zbytecznych sposobów badania, mających na celu wykazanie, czy przydatki zajęte są sprawą zapalną.

W tym celu należy uchwycić część pochwową pomiędzy dwa palce, wprowadzone do pochwy, i nadać jej szybki ruch wahadłowy z boku na bok. Manewr ten wprowadza w ruch trzon macicy, a z nim i trąbki. W razie zmian zapalnych w przydatkach doznaje chora silnego bólu, w przeciwnym razie ruch ten nie sprawia żadnego bólu lub minimalny. Sposobu tego

używam od dłuższego czasu i nabrałem przekonania, że zawodzi on bardzo rzadko.

FRAENKEL, który również zaleca w wątpliwych przypadkach ten sposób, podnosi i słusznie, że przy zajęciu zapalnym otrzewnej w miednicy małej, nawet gdyby ono wyszło nie z części płciowych, nagłe poruszenie macicy musi wywoływać bóle. Próba ta odnosi się też do przypadków wczesnych — choć dostarczyć może cennych wskazówek i później, jeśli zapalenie wyrostka robaczkowego nie szerzy się ku miednicy małej.

Ze tak jest, miałem sposobność stwierdzić u jednej z pacjentek, do której wezwany zostałem na poradę przez kol. SURZYCKIEGO.

Przypadek II. Pacjentka pani K. chora była od dłuższego czasu i rozpoznanie *peritonitis univesralis* nie ulegało wątpliwości. Chodziło tylko o to, czy części płciowe nie okazują oprócz tego zmian i czyby nie można, przez otwarcie tylnego sklepienia, dostać się do ogniska ropnego. Bębница była niezmiernie duża, badanie bolesne, a przytem pacjentka długą chorobą tak zmęczona, że o dokładnem obmacaniu części płciowych mowy być nie mogło. Użyłem wówczas powyższej opisanej próby i byłem zdumiony, że mimo znacznych wychyleń macicy, pacjentka nie doznawała prawie zgoła bólu. Chora ta wyzdrowiała i wkrótce potem przebyła ciążę i poród prawidłowy.

O ile stwierdzenie normalnego stanu części płciowych, może się znakomicie przyczynić do rozpoznania istoty cierpienia — o tyle wykazanie istnienia zmian w przydatkach macicznych sprawy, o którą chodzi, zwykle nie rozstrzyga, albowiem zdarzyć się może, że pacjentka ze zmianami zapalnymi w trąbkach i jajnikach zapaść może na *appendicitis*. Jeśli się przytem uwzględni, że zapalenie wyrostka robaczkowego samo przez się może wywołać zmiany zapalne w trąbkach, a specjalnie w trąbce prawej, to łatwo zrozumieć, że samo wykazanie zmian trąbkowych nie dowodzi bynajmniej braku zapalenia wyrostka robaczkowego. Zastanowić się wówczas musimy, czy zadrażnienie otrzewnej, gorączka i ból są w związku z anatomicznymi zmianami przydatków, gdyż, jak wiadomo, kobieta może

mieć guzy trąbkowe, nawet ropne, a przytem czuć się względnie dobrze.

W tych trudnych, skombinowanych przypadkach uwzględnić i zużytkować należy wszystko, co podają wywiady i zwrócić baczną uwagę na umiejscowienie bolesnego oporu zapalnego, gdyż jak ropnie, wychodzące z wyrostka robaczkowego, rzadko leżą na dnie jamy DOUGLAS'a, tak z drugiej strony ropnie, wychodzące z przydatków, wyjątkowo tylko usadawiają się w dole biodrowym, a zwykle zajmują miednicę małą. Niestety położenie wyrostka robaczkowego bywa tak niejednakowe, że samo umiejscowienie oporu zapalnego sprawy nie rozstrzyga. Za rzecz niesłychanie ważną uważam należyte ocenienie zachowania się przewodu pokarmowego w przebiegu choroby, naturalnie, jeśli przed badaniem nie podawano mawkowca. Obłożenie języka, częste odbijania, nudności i wymioty, a przedewszystkiem wzmożony ruch robaczkowy kiszek, występujący okresowo, i towarzyszące temu napadowe bóle przemawiają raczej za *appendicitis*. W przebiegu ostrych zmian zapalnych około przydatków, spotykamy je tylko wyjątkowo. Bóle napadowe w tych ginekologicznych przypadkach mają również cechy kolki, ale powstają najczęściej nie wskutek ruchów robaczkowych kiszek, tylko wskutek skurczów chorych trąbek lub macicy. Są one podobne do bólów, jakie towarzyszą poronieniu trąbkowemu. Dobre usługi w przypadkach wątpliwych oddaje auskultacja, która pozwala nam podczas bólu słyszeć przelewanie się płynu w kiszki i przesuwanie gazu, jeśli ból jest w związku z ich ruchem robaczkowym, czego, naturalnie, nie możemy stwierdzić w przypadkach kolki trąbkowej lub macicznej.

Należy wreszcie zwrócić uwagę na przekrwienie części płciowych, ujawniające się zaczerwienieniem lub posinieniem zwłaszcza części pochwowej macicy. Przekrwienie to towarzyszy często ostrym zmianom zapalnym przydatków i prowadzi niejednokrotnie do pojawienia się śluzu czerwono zabarwionego (*pseudomenstruatio*).

Naturalnie brak tego przekrwienia nie dowodzi niczego, istnienie zaś — tylko wtenczas, jeśli inne przyczyny nie usprawiedliwiają tego stanu (ciąża, połów, okres miesięczkowy).

W niektórych, rzadszych przypadkach, rozpoznanie wahać się może między *parametritis* a *paratyphlitis*. Jeśli ostre zapalenie wyrostka wywołuje ropienie w tkance łącznej pozaotrze-

wnowej, to zdarzyć się może (OLSHAUSEN, SONNENBURG), żeropienie to opuszcza się ku podstawie wiązadła szerokiego prawego, lub nawet pod otrzewną jamy DOUGLAS'a i więzu lewego i przedstawia się przy badaniu ginekologicznem zupełnie podobnie do *parametritis*. Rozpoznanie punktu wyjścia choroby jest wówczas bardzo trudne i znowu wywiady mogą je ułatwić, jeśli nie wykazują żadnych zwykłych momentów etyologicznych zapalenia tkanki łącznej okołomaciczej, jak poronienia, porodu etc.

Wobec ogromnych trudności rozpoznawczych nasunąć się wreszcie może myśl badania w narkozie chloroformowej. Zgodnie z ogólnem zapatrywaniem, uważam brak dokładnego rozpoznania za rzecz mniej niebezpieczną, niż badanie w narkozie, podczas którego można łatwo porozklejać zlepy ochronne, oddzielające ognisko ropne od zdrowej jamy brzusznej.

W tych krótkich uwagach, starałem się wyjaśnić stanowisko ginekologa, wezwanego do narady w przypadku prawdopodobnej *appendicitis* i zapytywanego o stan części płciowych. Głos jego bywa często bardzo ważny, a zadanie bardzo trudne i w tem jedna z przyczyn, dla których stan nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego tak żywo musi go obchodzić.

II.

Appendicitis w ciąży.

Drugą z przyczyn jest, jak wyżej powiedziałem, fakt, że *appendicitis* może wikłać przebieg ciąży. Rozumie się samo przez się, że zapalenie wyrostka robaczkowego wystąpić może u ciężarnej, tak jak u każdego człowieka, albowiem ciąża nie może naturalnie wykluczać powstania *appendicitis*. Jeżeli mimo to rozdział ten wymaga dokładniejszego omówienia, to dlatego, że jak z góry przypuścić można, ani ciąża dla zapalenia wyrostka robaczkowego, ani odwrotnie *appendicitis* dla ciąży obojętną być nie może. Chodzi więc o odpowiedź na szereg pytań, w celu wyjaśnienia tego właśnie wzajemnego stosunku. Pytania te zebrać by można w następujących punktach: 1) czy ciąża, względnie poród może wywołać zapalenie wyrostka robaczkowego, 2) czy ciąża i poród mogą ułatwić powstanie nawrotu, względnie ataku tego cierpienia, 3) jak wpływa ostry atak tej choroby na przebieg ciąży, 4) jaki jest wpływ ciąży i porodu na przebieg *appendicitis*, 5) czy i o ile ciąża zmienia rokowanie w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, 6) czy i o ile ciąża utrudnia rozpoznanie tego cierpienia, 7) czy i o ile wpływa na wskazania operacyjne, znane nam z chirurgii.

Na ten szereg pytań odpowiedzieć można, rzecz jasna, tylko na podstawie dobrze obserwowanych i opisanych przypadków zapalenia wyrostka podczas ciąży i porodu.

Zanim powołałam się na odnośne piśmiennictwo, pragnę przytoczyć cztery nie ogłoszone dotąd przypadki. Tylko pierwszy pochodzi z mojej praktyki, drugi leczony był w klinice położniczej, trzeci w klinice chirurgicznej, czwarty wreszcie na oddziale wewnętrznym (I B) Szpit. Św. Łazarza. Za łaskawe oddanie ich do ogłoszenia dziękuję najuprzejmiej panom: Prof. Radcy Dworu JORDANOWI, Prof. KADEROWI i Prymaruszowi Radcy KROKIEWICZOWI.

Przebieg ich w krótkości przedstawia się jak następuje

Przyp. III. M. D. lat 23 zam. z Liszek, dziedziczości chorobowej żadnej, w 13 roku życia pierwsza miesiączka, zawsze prawidłowa, w 17 r. błednica. Wyszła za mąż w 22 r. życia (14/II 1899). Około 10/12 ostatnia regularność. W Lutym były nudności i wymioty na czczo. Do Stycznia 1900 była zdrową i nie cierpiała na zaparcie stolca; nie miała też nigdy przedtem bólów w okolicy ślepej кишки. W Styczniu rozpoczęło się zaparcie, które leczono środkami przeczyszczającymi (woda gorzka, ziółka francuskie). W połowie Lutego poczuła gnecenie w dole po prawej stronie, a w nocy z 26 na 27 Lutego wystąpiły nagle silne bóle w tem samym miejscu, trwające do 6 Marca (do dnia przyjęcia do szpitala). 28 Lutego wystąpiły dreszcze, które pojawiły się jeszcze dwa razy, a ostatni raz 4-go Marca. Chociaż gorączki nie mierzono, chora podaje, że silnie gorączkowała. Z powodu silnych bólów przy ruchach, zmuszona jest leżeć w łóżku od 26-go Lutego. Odbijań, czkawki, wymiotów nie było, natomiast silne zaparcie.

Wezwany dnia 6-go Marca do Liszek znalazłem: osobnik dobrze zbudowany, dość dobrze odżywiony, o cerze bladej; narządy klatki piersiowej bez zmian, ogólnej bębnicy brak, bolesność ponad pępkiem nieznaczna; w dole biodrowym prawym i nieco na wewnątrz ku pępkowi można wymacać guz wielkości pięści, nieruchomy, bardzo bolesny, okazujący chębotanie. Macica powiększona, jak w IV-ym miesiącu ciąży, bez bezpośredniego związku z opisanym guzem. Ciepłota 39°, tętno wyżej 100, mocz bez białka. Na podstawie tego rozpoznałem ropień, którego punktem wyjścia było zapalenie wyrostka robaczkowego.

Poleciłem przewiezienie chorej z Liszek z zachowaniem wszelkich ostrożności na mój oddział; tegoż dnia zaprosilem na poradę prof. JORDANA i KADERA, którzy rozpoznanie moje potwierdzili.

Przed operacją stan ten sam, objawów ze strony otrzewnej brak; ciepłota 38,5, tętno 120. Przy operacji, której dokonał prof. KADER dnia 7 Marca, znaleziono: duży ropień wypełniony cuchnącą ropą, z którą razem wypłynął kamień kało-

wy, pochodzący niewątpliwie z przedziurawionego wyrostka robaczkowego. Do jamy ropnia wprowadzono dwa grube sączki rurkowe, część rany skórnomięśniowej zeszyto i aseptycznie opatrzone. Po operacji spadała gorączka z dnia na dzień i piątego dnia doszła do normy; tętno zeszło tego samego dnia do 82. Piątego dnia podano ławatywę z obfitym skutkiem. Podnieść należy, że od trzeciego do siódmego dnia po operacji pojawiały się dość częste mocne skurcze macicy, połączone z odpływem krwi. Podawano wówczas duże ilości makowca w czopkach.

Jamę ropnia gojono w sposób zwykły, a 45 dnia po operacji chora opuściła zakład z przetoką wąską, sięgającą na 3 cm. wglęb, nie wydzielającą ropy, z macicą sięgającą do pępka. Ruchów płodu chora wówczas jeszcze nie odczuwała.

Z dalszego przebiegu zdołałem się dowiedzieć, że przetoka wkrótce się wygoiła, i że dalszy przebieg ciąży aż do IX miesiąca księżycowego odbywał się prawidłowo.

Mniej więcej na 4 tygodnie przed prawidłowym końcem ciąży wystąpił poród dnia 12-go Sierpnia, który przebiegał szybko. Lekarz ordynujący kol. Kady z Jasła zauważył już przed ukończeniem porodu objawy zapalenia otrzewnej, które uogólniło się bezpośrednio po porodzie wśród gorączki. Dnia 16 Sierpnia rano przystąpiono do operacji (prof. KADER); stwierdzono w jamie brzusznej dużo ropy, zwłaszcza w miednicy małej. Założono sączki w dolny kąt rany i przez jamę DOUGLAS'a do pochwy. Chora tegoż samego dnia wieczorem umarła. Autopsji nie robiono. Pomimo że operacja wykonana po porodzie nie wykazała punktu wyjścia ostrego zapalenia otrzewnej, tak że możliwości zwykłego zakażenia połogowego nie można było wykluczyć, mimo to wydaje mi się więcej niż prawdopodobnem, że przyczyną śmierci było zapalenie wyrostka robaczkowego.

Przyp. IV. (Z kliniki chirurgicznej r. 1897). Ł. T. l. 26 z Czyżyn, zameżna od roku. Nie rodziła, nie roniła. Przyjęta w połowie X miesiąca księżycowego (15/X 1897).

Podaje, że obecna choroba trwa od trzech dni, zaczęła się dreszczem, gorączką, mdłościami, wymiotami i bólami brzucha, zwłaszcza po stronie lewej. Bóle trwają ciągle, nieokresowe, z każdym dniem uciążliwsze; od 3 dni brak stolca i wiatrów, a w przeddzień przyjęcia rozpoczęła się czkawka. Oddawanie moczu trudne i bolesne. Stan obecny: osobnik dobrze zbudowany i odżywiony, na twarzy wypieki, narządy klatki piersiowej bez zmian, sutki okazują zmiany, odpowiadające ciąży daleko posuniętej. Brzuch wysklepiony w całości, najbardziej w okolicy pępka i prawej strony; pępek płaski, powłoki w tłuszcz bogate, silnie napięte. Macica, od-

powiadająca wielkością IX miesiącowi księżycowemu ciąży, przesunięta na prawo, dotyka dnem łuku żebrowego; ściany jej napięte jedrnieją przy ucisku. Samo dno macicy i boczna jej strona lewa przykryta rozdętymi jelitami, które w dołku podsercowym tworzą jakby wysklepienie.

Ruchów jelitowych na owem wysklepieniu wybadać nie można; nad pępkiem, na ograniczonej przestrzeni wyczuwa się trzeszczenia, jakby od zrostów, lub wolnego gazu; wypuk nad tem wysklepieniem bębnekowy, w miarę zbliżania się ku stronie lewej wyższy, a wreszcie na lewo od pępka na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ dłoni wysoki bębnekowy z odrębnym dźwiękiem, na tejże przestrzeni przy wstrząsaniu metaliczne pluskanie.

Części płodu z powodu napięcia powłok wybadać nie można, po prawej stronie nad spojeniem słycać w głębi tętno płodu. Badanie przez pochwę: pochwa skrócona, rozpulchniona, część pochwowa prawie zanikła, ujście okrągłe bez wrębów, brzegi gładkie, do ujścia można wprowadzić 2 palce i wyczuć pęcherz płodowy z dość dużą ilością wód, oraz główkę sięgającą szczytem do cieśni, dającą się jednak wypchnąć ku górze. Ciepłota 37,9, tętno 120, miękkie. Przypuszczano na mocy powyższych objawów ostrą niedrożność przewodu pokarmowego z ogólnem ostrem zapaleniem otrzewny u ciężarnej w ostatnim miesiącu ciąży. W dniu przyjęcia przystąpiono do przerywania ciąży, do czego użyto balonika CHARPENTIER'a. W $2\frac{1}{2}$ godziny potem przebito pęcherz przy ujściu otwartem na dłoń, a po większem rozwarciu ujścia założono kleszcze, po nieudanych zaś próbach trakcyi wykonano wymóżdżenie.

Łożysko wydobyto ręcznie. Badanie przez powłoki po porodzie wykazuje, że po stronie lewej macicy, ku łukowi żebrowemu, rozciąga się kielbasowaty opór, przesuwalny z boku na bok, wypuk nad nim stłumiony, powyżej zaś na ograniczonej przestrzeni wysoki bębnekowy i metaliczne pluskanie. Dnia następnego, po krótkotrwałem polepszeniu, wieczorem wybitne objawy ogólnego zapalenia otrzewnej; wysokie wlewanie bezskuteczne. Wogóle ruchów robaczkowych nie widać. W moczu białko i indykan.

W nocy zapad, 17/V zejście śmiertelne.

Autopsya dokonana 18/V w zakładzie anatomii patologicz. Uniw. Jagiell. P. S. 454 dała rozpoznanie: *Uterus post partum, necrosis circumscripta parietis proc. vermiformis et coproolithiasi, subsequ. perforatione et peritonitide universali, tumor lenis acutus. Nephritis acuta, degeneratio adiposa hepatis, fragmentationi musculi cordis*“.

„Jama brzuszna zawiera parę łyżek cieczy mętnej, wypocinowej; otrzewna nastrzykana, naloty włóknikowe, jelita gazami rozdęte....

W dniu ubytku tkwi okrągły, wielkości trześni, kamień kałowy, poniżej niego zwęża się światło wyrostka. Ujście wyrostka do jelita grubego drożne.

Macica wielkości główki dziecka, o wnętrzu, które przedstawia jedną ranę poporodową czystą.

W przypadku tym uderzają wielkie trudności rozpoznawcze za życia, zwłaszcza brak wszelkich objawów ze strony kiszek ślepej. Tak przebieg kliniczny, jak wynik autopsji, przemawiają za tem, że miano do czynienia z pierwszym napadem ostrej *appendicitis gangrenosa*.

Przyp. V. (Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiel.).

M. M. lat 42, zamężna, z Bolina, przyjęta do kliniki 14 Stycznia 1899 r.

Wywiady: rodziła 9 razy prawidłowo, przed tygodniem poroniła w 4-ym miesiącu ciąży, krwawiła następnie przez 2 dni. Od drugiego dnia po poronieniu miewa dreszcze, gorączkę, bóle w dolnej części brzucha, wymioty, czkawkę i brak apetytu. Mocz oddaje prawidłowo, stolec od tego dnia zaparty. Twierdzi, że po poronieniu płodu łożysko nie odeszło.

Stan obecny: Ogólne wyniszczenie i upadek sił. Rysy twarzy zaostrome, oczy zapadnięte, język podsychnięty. W płucach zmian nie wybadano. Nad końcem serca szmer skurczowy, ton drugi zatarty, to samo (udzielone) nad komorą prawą. Nad tętnicami tony obok szmeru skurczowego udzielone. Brzuch poniżej pępka wzdęty, przez powłoki rysują się wyraźnie pętle jelit. Na podbrzuszu ślady po pijawkach. Przy dotykaniu mierna bolesność, oporów jednak wykazać nie można. Bębnica ogólna, płynu wolnego w jamie brzusznej nie wykazano. Badanie wewnętrzne: w górnej połowie pochwy znajduje się guz wielkości pięści, przechodzący w grubą szypułę o średnicy mniej więcej 8 cm.; szypuła przechodzi przez odpowiednio szeroko rozwarte ujście zewnętrzne i szyjkę, poczem przyczepia się szeroką podstawą do dna macicy i do ściany przedniej. Idąc palcem po przedniej ścianie jamy macicznej, napotyka się już w odległości falangi od ujścia zewnętrznego przyczep szypuły; idąc zaś od tyłu, wyczuwa się tylną granicę szypuły w dnie macicy. Powierzchnia guza nierówna, konsystencja przeważnie miękka, staje się jednak zbityszą w miarę zbliżania się do miejsca przyczepu. Guz znajduje się w okresie rozpadu. Po wyjęciu palca z pochwy pozostają na nim nekrotyczne strzępy i cuchnąca wydzielina. Nacieków w tkance okołomacicznej nie wykazano.

Ciepłota 38,4°, tętno 120, fala nierówna, arytmia.

Operację wykonano natychmiast bez narkozy (ze względu na stan chorej). Po należytem oczyszczeniu pola operacyjnego, wprowadzono 2 palce lewej ręki do macicy, ręką zaś prawą wsunięto po przedniej powierzchni guza nożyce

krzywe Siebold'a. Nożycami temi odcięto pod kontrolą palców lewej ręki guz w samym miejscu przyczepu. Po wyjęciu guza obcięto jeszcze dodatkowo parę strzępów, zwisających ze ściany przedniej. Podstawę guza tworzy teraz tkanka żywa, zbita, chrzęszcząca wśród krajania. Przednią ścianę macicy zeszkrobano nadto łyżeczką, poczem jamę macicy przestrzykano dużemi ilościami płynów przeciwnilnych i wypełniono gazą jodoformową.

Przebieg pooperacyjny. 14-go wieczorem: ciepłota 37.5° , tętno 120 arytmiczne, fala nierówna. Wymioty. Podano opium, lód i wino.

15-go Stycznia rano: ciepłota 37.4° , tętno 120, lekko arytmiczne. Wymioty, czkawka, brzuch w całości wzdęty i bardzo bolesny, przez powłoki rysują się pętle jelit. Oczy zapadnięte, język trzesący się, wilgotny. Ordynacja: opium, lód na brzuch, wino, koniak. Wieczorem: ciepłota 37.4° , tętno 112, pełne, arytmia powraca tylko chwilami. Wymioty rzadko, natomiast czkawka i wzdęcie brzucha cokolwiek większe, ale bolesność jego nieznaczna.

Po ławatywie stolec dość obfity, mocz oddaje świadomie, w średniej ilości. Pije chętnie i często łyżkami. Ord.: opium, lód, wino, koniak.

16-go Stycznia rano: ciepłota 37.6° , tętno 112, dobrze napięte, rytmiczne, o równej fali, twarz swobodniejsza, wymiotów niema, czkawka. Brzuch w całości wzdęty, mało bolesny. Ord.: opium, lód, wino, koniak, mleko potrójne. Mocz oddaje mętny, w średniej ilości. Wyjęto z pochwy i macicy tampony cuchnące, na których tu i owdzie widać strzępki nekrotyczne. Badanie wnętrza macicy wykazuje chropowatość na ścianie przedniej i w dnie, natomiast brak strzępów zwisających; przestrzykano obficie jamę macicy ciepłym solweolem i wytamponowano ją, jakoteż pochwę gazą jodoformową, jednakże mniej szczelnie, niż poprzednio. W południe dano ławatywę odżywczą, z buljonu, wina, koniaku i jaj, z dodatkiem 20 kropli opium. Zatrzymała ją przez pół godziny. Wieczorem: ciepłota 38.2° , tętno 96, wejrzenie jak wczoraj, język wilgotny, brzuch, a zwłaszcza żołądek więcej wzdęty, dolna granica żołądka na wysokości pępka, nad nim wypuk bębenkowy; brzuch niebolesny; apetytu nie ma, jest ciągle przytomna. Podmiotowo polepszenie, czkawka. O godzinie 7-ej wieczorem skąpe wymioty; o godzinie 8-ej wieczorem wypomponowano z żołądka wielką ilość zatrzymanej treści płynnej i przepłukano go letnią wodą. Sprawilo to chorej ulgę widoczną; okolica żołądka, przedtem wzdęta, zapadła się. Zmęczenie wśród pomponowania wywołało chwilowy zapad chorej, w kilka minut po wstrzyknięciu 0.20 kofeiny podskórnie, tętno znacznie się poprawiło. Z powodu bólów brzucha podano 15

kropli opium; czkawki nie ma. Ord.: wino, koniak i mleko łyżeczkami.

Dnia 17-go Stycznia, godzina 12-ta 30 minut: tętno 120, fala niska, lekka arytmia; podano 15 kropli *tincturae strophanthi* w winie i koniaku; chora niezupełnie przytomna; wstrzyknięto *aether camphoratus*. Godzina 1 min. 30 rano: zapad większy, tętno gorsze, kończyny chłodne; mimo wstrzyknięć eteru z kamforą tętno już się nie poprawia; chora mało przytomna. Wina nie połyka.

Godzina 2-ga — agonia. Tętno chwilami niewyczuwalne; hypodermoclysis 500 gramów bez skutku. Godzina 4-ta rano: śmierć.

Badania drobnowidzowe guza wyjętego z macicy wykazało utkanie łożyskowe.

Sekcja wykonana 18 Stycznia w zakładzie Anatomii patol. Uniwersytetu Jagiellońskiego, protokół sekcji Nr. 61. Rozpoznanie anatomiczne: *„endometritis gangraenosa post abortum quatuor mensium, salpingitis ambilateralis purulenta, appendicitis purulenta perforativa, peritonitis purulenta, nephritis parenchymatosa incipiens, tumor lienis subacutus, degeneratio adiposa myocardii et hepatis, oedema pulmonum, bronchitis catarrhalis diffusa, emphysema pulmonum, hypertrophia cordis dextri.*

Z protokołu sekcyjnego przytaczamy następujące szczegóły: „jamą brzuszną zawiera w znacznej ilości ciecz śmietankowatą, gęstą, trzewa pozlepiane ze sobą, ułożenie trzew prawidłowe, w okolicy wyrostka robaczkowego starsze zrosty. Otrzewna pokryta skrzepami włókniaka i ropą.

Wyrostek robaczkowy pozrastany i pozlepiany z otoczeniem, które jest ropnie naciekle, podobnie jak jego ściany; powierzchnia błony śluzowej owrzodziła. W jednej z bocznych ścian znajdujemy otvorek okrągły wielkości ziarna soczewicy o brzegach zbliżnowaciałych.

Macica w całości powiększona, ku górze wysunięta, ściany jej zgrubiałe, wiotkie, kruche. Błona śluzowa rozpadająca się, zielonawo zabarwiona; na przedniej ścianie dna macicy resztki odciętego guza, rozpadające się. Wargi maciczne i część szyi zgorzelinowo rozpadłe, podobnie jak i błona śluzowa w górnej części pochwy. Trąbki nieco zgrubiałe, o ścianach ropnie naciekle, wypełnione ropą. W prawym jajniku ciało żółte“.

Przypadek ten jest ze wszech miar interesujący. I tutaj trudności rozpoznawcze były ogromne. Chora zgłosiła się do kliniki w tydzień po poronieniu, z guzem gnijącym w jamie macicy, który, jak drobnowidzowe badanie wykazało, był zatrzymanem łożyskiem, i z ogólnym zapaleniem otrzewnej. Nic

nie przemawiało za tem, że zapalenie to wyszło z przedziurawienia wyrostka robaczkowego, przeciwnie wszystko zmuszało do rozpoznania, że ma się tu do czynienia z następstwami zwykłego zakażenia pęłogowego. Uderzającym było, co prawda, wczesne wystąpienie objawów ogólnego zajęcia otrzewnej, gdyż, jak chora wspominała, już drugiego dnia po poronieniu miewała czkawkę, wymioty i bóle w dolnej części brzucha. Ten jeden szczegół nie mógł naturalnie zaważyć na szali rozpoznania, gdyż przedewszystkiem nie zawsze można wywiadom ufać, powtóre — w przypadkach ostrego zakażenia przy porodzie, lub poronieniu, może już nazajutrz wystąpić zapalenie otrzewnej, wreszcie nie można było napewno wykluczyć, że chora została zakażona wcześniej, nim poroniła, może nawet na kilka dni przed poronieniem.

Dopiero autopsya wyjaśniła w zupełności związek objawów w tym przypadku. Wykazała ona, że zmiany zapalne w wyrostku i jego przedziurawienie są z wszelkiem prawdopodobieństwem dawniejsze, aniżeli zmiany w częściach płciowych. Na podstawie autopsyi mamy, co więcej, prawo przypuszczać, że zmiany w trąbkach, macicy i pochwie są wprost następstwami *appendicitis perforativa*. W protokóle sekcji zaznaczono wyraźnie, że wyrostek robaczkowy był pozrastany i pozlepiany z otoczeniem, a więc niewątpliwie od dawna chory; że ściany jego były ropyście naciekle i, co najważniejsza, że brzegi otworu w wyrostku były zbliznowaciałe. Dowodzi to niezbicie, że i zapalenie i przedziurawienie wyrostka odbyło się dawniej. Zmiany w trąbkach, macicy i pochwie powstały naturalnie po poronieniu, a więc co najwyżej na 10 dni przed śmiercią. Nie jest rzeczą łatwą udowodnić, że były one następstwem przedziurawienia wyrostka robaczkowego; opierając się jednak na opisanych w literaturze podobnych przypadkach, mamy prawo przyjąć ten związek przyczynowy, jako bardzo prawdopodobny. Zakażenie wnętrza macicy pęłogowej przez *bacterium coli commune* wskutek przedziurawienia wyrostka opisali KROENIG i PINARD. Tu należy też mniej dokładnie obserwowany przypadek OPPENHEIMER'a.

Zakażenie to, jeśli miało miejsce przed wydaleniem jaja płodowego, może doprowadzić do rozkładu wód płodowych przed pęknięciem pęcherza i do pojawienia się czo-

stej hodowli *bacterium coli commune* we krwi pępowinowej (PINARD).

Na podstawie tych przypadków, dowodzących możności zakażenia wnętrza narządów płciowych wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego, na podstawie dalej protokołu sekcji, wyrażam przypuszczenie, że i u tej chorej mieliśmy do czynienia z tego rodzaju zakażeniem. Udowodnić tego naturalnie dziś nie można. W każdym razie uważam to przypuszczenie za logiczniejsze, niż przyjęcie dwóch spraw zupełnie od siebie niezależnych t. j. zapalenia otrzewnej z powodu *appendicitis perforativa* i ropnego zakażenia połogowego.

Przyp. VI. Przypadek ten znam prawie wyłącznie z protokołu sekcyjnego. Chora była wprawdzie w szpitalu Ś-go Łazarza, przywieziono ją jednak w przeddzień śmierci, jako umierającą, tak że o rozpoznaniu ścisłem mowy być nie mogło, tem mniej, że ta chora była już w 8-ym miesiącu ciąży, co naturalnie w wysokim stopniu utrudniało rozpoznanie.

Rozpoznanie anatomiczne brzmi:

S. M. l. 39 (autopsya 13 IV 1899) *appendicitis purulenta subs. perforatione in cavum peritoneale et peritonitide universali purulenta. Pleuritis fibrinosa dextra, lipomatosis cordis minoris gradus. Degeneratio parenchymatosa myocardi. Tumor lienis acutus. Infiltratio et degeneratio adiposa hepatis. Nephritis parenchymatosa acuta recens. Erosiones ventriculi, atelectasis pulmonum in partibus inferioribus e compressione. Graviditas VII — VIII mens. Obesitas universalis.*

Z protokołu sekcyjnego przytaczam następujące ustępy: „Jama brzuszna zawiera znaczną ilość treści śmietankowatej, gęstej. Wyrostek robaczkowy zwrócony ku górze, gdzie światło jego przechodzi w obszerną jamę otoczoną zrostami i zlepani, graniczącą ku górze z wątrobą i wypełnioną takąż treścią, jak jama brzuszna. Otrzewna upstrzona wynaczynionkami, pokryta ropą. Wyrostek robaczkowy ku górze zwrócony, błona śluzowa jego obrzękła, zaczerwieniona, światło zawiera treść ropną i ku górze, ku końcowi wyrostka dość nagle rozszerza się w jamę wielkości dwóch pięści, wypełnioną treścią ropną.

Macica powiększona znacznie, zawiera płód dobrze rozwinięty, wielkością odpowiadający płodowi około 7-miu miesięcy mieć mogącemu“.

Z wywiadów zebranych w przeddzień śmierci w szpitalu, dowiadujemy się, że choroba trwała 3 tygodnie i że przez ten czas chora miewała klucie w boku prawym. Czy kiedykolwiek

przebywała ataki *appendicitis* i kiedy nastąpiło przedziurawienie wyrostka, tego nie wyjaśniła nam ani krótka obserwacja za życia, ani protokół sekcji. W każdym razie podany w tym protokole fakt istnienia zrostów dokoła jamy ropnia, powstałego wskutek zapalenia wyrostka, przemawia za tem, że ten ropień istniał dawniej i że nie rozwinął się w ostatnich trzech tygodniach.

Śmierć nastąpiła u tej chorej jeszcze w ciąży, co w przypadkach powikłania ciąży zapaleniem wyrostka robaczkowego jest rzeczą niezwykłą. Ponieważ podczas sekcji znaleziono w jamie otrzewnowej znaczną ilość treści ropnej, przeto należy przypuszczać, że ogólne zapalenie otrzewnej trwało co najmniej dni kilka i w obec tego jest rzeczą zadziwiającą, że nie nastąpiło wydalenie jaja płodowego.

Písmiennictwo sprawy, która mnie zajmuje, jest wprawdzie dość nowe, jednak duże i trudno dostępne, a to dlatego, że składa się ono przeważnie z prac kazuistycznych, rozrzuconych po najrozmaitszych czasopismach lekarskich tej i tamtej półkuli. Wobec tego jest prawdopodobnem, że niektóre przypadki przeoczyłem. Wielkie usługi w zestawieniu rozrzuconych przypadków oddały mi prace moich poprzedników, głównie PINARD'a i BOIJE'go, którzy przypadki takie zestawili i uporządkowali, oraz większe prace HLAWACK'a i FRAENKL'a.

Zebrałem w ogóle razem z czterema powyżej opisanymi 69 przypadków. Nie zestawiam ich w jednej tablicy, gdyż sądzę, że przegląd ich wypadnie lepiej, jeśli podzielę je wedle miesięcy ciąży.

Zaznaczam, że nie uwzględniam tu wcale tych przypadków, w których pierwsze objawy zapalenia wyrostka robaczkowego zaczęły się dopiero po porodzie. Nie uwzględniam również i tych, w których zdaniem mojem, rozpoznanie nie jest zupełnie pewnem, a takimi są zwykle przypadki wyleczone bez operacji, w których więc ani chirurg, ani anatom nie mieli sposobności przyjrzenia się wyrostkowi robaczkowemu. Być może, że przez to wykluczanie przypadków wyleczonych bez operacji, przedstawia się rzecz w gorszym świetle, niż odpowiadają rzeczywistości, uważam jednak za rzecz ważniejszą nie opieranie wywodów na wątpliwych danych. Zresztą nawet uwzględnienie tych przypadków niepewnych, podanych w tablicach BOIJE'go i PINARD'a, nie zmienia zasadniczo rzeczy, a tylko opiera wywody na mniej pewnych podstawach.

Z 69 pewnych przypadków widziano w I-szym miesiącu ciąży 1, w II-m miesiącu 2, w III-im miesiącu 6, w IV-ym miesiącu 13, w V-tym miesiącu 13, w VI-tym miesiącu 9, w VII-ym miesiącu 6, w VIII-ym miesiącu 8, w IX-tym względnie X miesiącu 7.

W 4 przypadkach FOWLER'a nie podał autor okresu ciąży.

Jeśli się uwzględni przypadki niepewne, to cyfry te zmieniają się tylko o tyle, że różnica między ilością przypadków w środkowych a końcowych miesiącach nie będzie tak wybitną, jak w powyższem zestawieniu. Z trzynastu dołączonych w ten sposób niepewnych przypadków, aż 6 wypada na 3 ostatnie miesiące, 6 na 4 miesiące średnie, jeden zaś na pierwsze 3 miesiące. Przyjmując na chwilę, że rozpoznanie i tutaj jest pewne, musimy przyjąć, że najłżejsze, bo bez operacji wyleczone przypadki, zdarzają się częściej w późnych miesiącach ciąży. Mimowoli nasuwa się jednak myśl, że niektóre z tych przypadków należy uważać za zaburzenia, wywołane przez długotrwałe zaparcie stolca, na które, jak wiadomo, ciężarne w późnych miesiącach tak często cierpią. Zresztą i w tej tablicy uderza częstość zapalenia wyrostka robaczkowego w 4-ch miesiącach środkowych.

Przyjrzyjmy się obecnie bliżej przebiegowi choroby, dzielając wszystkie przypadki na poszczególne miesiące. W tablicach tych uwzględnimy autora, który opisuje przypadek, ilość miesięcy ciąży, sposób leczenia, wynik dla matki i wynik dla płodu (patrz tabl. str. 495 i nast.).

Zachodzi teraz pytanie, jakie wnioski wyprowadzić możemy z zestawionych powyżej przypadków i jak brzmieć będzie odpowiedź na siedm pytań, które zadaliśmy sobie na początku tego rozdziału?

1) Czy ciąża względnie poród mogą wywołać zapalenie wyrostka robaczkowego?

Na pytanie to odpowiedzieć musimy przecząco, choćby dlatego, że nic nie upoważnia nas do odpowiedzi twierdzącej. Etyologia tego cierpienia nie jest dotychczas należycie wyjaśniona, w każdym razie jednak to, co o tej sprawie wiemy, nie przemawia za tem, jakoby ciąża należała do czynników, wywołujących zapalenie wyrostka robaczkowego. Zresztą i fakt, że kobiety cierpią na tę chorobę co najwyżej tak często, jak mężczyźni, przemawia wobec niezmiernej częstości ciąży

TABLICA I.
(Pierwszy miesiąc ciąży).

Nazwisko autora	Okres ciąży	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
ROSTOWCEW	I mies.	Operacja bez amputacji wyrostka.	Śmierć.	Poronienie zaczęte przed operacją.

TABLICA II.
(Drugi miesiąc ciąży).

Nazwisko autora	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
FRAENKEL	6 tyg.	Przecięcie ropnia.	Śmierć.	Poronienie.
HOWARD CRUTCHER	2 m.	Przecięcie ropnia i drenowanie.	Śmierć.	Poronienie przed operacją.

TABLICA III.
(Przeci miesiąc ciąży).

Nazwisko autora	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
SEMB	III	Oper., recydywa, druga operacja.	Śmierć.	Poronienie.
STIMSON	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	?
ABRAHAMS	"	Przecięcie, dren.	Śmierć.	Poronienie przed operacją.
LE GENDRE	II $\frac{1}{2}$	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
PEYROT	III	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poród w 7 $\frac{1}{2}$ miesiącu, płód żywy.
WIGGIN	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Nie poroniła, mimo peritonitis.

TABLICA IV.
(Czwarty miesiąc ciąży).

Nazwisko autora	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
MICHIE	IV	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poród na czasie.
KRAFFT	"	Operacja bez amput.	Wyleczenie.	Donoszenie.
ROSNER	"	Operacja bez amput.	Śmierć po por. przedw.	Don. do 9 m. ks.
PENROSE	III ¹ / ₂	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poronienie po oper.
PENROSE	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
LAROYENNE	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
TUFFIER	IV	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
ROSTOWCEW	"	Operacja bez amput.	Śmierć.	Poronienie po oper.
ROSNER (kl. gin. kra- kows. pr. JORDANA).	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Poronienie.
HERMES	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poród na czasie.
BULL	III ¹ / ₂	Operacja.	Wyleczenie.	Poród na czasie.
MARX	IV	Operacja.	Wyleczenie.	Poród na czasie.
PIWARD	III ¹ / ₂	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poronienie w 3 d. po op.

TABLICA V
(Piąty miesiąc ciąży).

Nazwisko autora.	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla dziecka.
FRANKEL	V	Nieoperowana.	Śmierć.	Poronienie.
MUNDÉ	"	Operowana.	Śmierć.	?
MAC ARTHUR	IV ¹ / ₂	Amputacja wyrostka.	Śmierć.	Poronienie po operacyi.
MAC ARTHUR	"	Przecięcie ropyńa.	Śmierć.	Poronienie po operacyi.
HARRISON	V	Przecięcie ropyńa.	Wyleczenie.	Poronienie po operacyi.
HIRST	IV ¹ / ₂	Przecięcie ropyńa.	Wyleczenie.	Donoszenie.
JARMAN	"	Przecięcie ropyńa.	Wyleczenie.	Donoszenie.
BUDIN	V	Przecięcie ropyńa.	Śmierć.	Zmarła nierozwiązana.
PINARD	"	Przecięcie ropyńa.	Śmierć.	Poronienie.
KOENIG	IV ¹ / ₂	Nieoperowana.	Śmierć.	Poronienie po operacyi.
KOENIG	V	Amputacja wyrostka.	Śmierć.	Poron. w 7 g. po oper.
SEGOND	"	Amputacja wyrostka.	Śmierć.	Poron. po operacyi.
MAX	IV ¹ / ₂	Przecięcie ropyńa.	Śmierć.	

TABLICA VI.
(Szósty miesiąc ciąży).

Nazwisko autora.	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
KORN	VI	Nieoperowana.	Śmierć.	Poronienie.
FRAENKEL	"	Przecięcie ropnia.	Śmierć.	Poronienie.
BRANDT	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
FALE	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Donoszenie.
MEYER	"	?	Śmierć.	Poronienie.
SEIB	"	Operacja.	Śmierć.	Poronienie.
MAYERIER	"	Przecięcie ropnia.	Śmierć.	Poronienie przed oper.
KOENIG	"	Oper. — exstirpatio uteri vaginalis.	Wyleczenie.	Poród po operacyi.
PINARD	"	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	W 7 dni po operacyi poród żywego płodu.

TABLICA VII.
(Siódmy miesiąc ciąży).

Nazwisko autora.	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
MIXTER	VII	Amputacja wyrostka 3 mies. po napadź. appen.	Wyleczenie.	Płód nieżywy.
Abbé	"	Operacja.	Wyleczenie.	Donoszony, żywy.
OPPENHEIMER	"	Operacja w 3 dni po porodzie przedwczesnym.	Śmierć.	Poród przedwczesny na 3 dzień choroby.
BOULLY	VI ¹ / ₂	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Poród przed operacją, płód żywy.
OUI	VII	Laparotomia 4-go dnia choroby.	Śmierć w dzień operac.	Nierozwinięta.
MARX	"	Oper. (drenowanie) w 6 dni po zachorowaniu.	Wyleczenie.	Poród przedwczesny w 2 godz. po operacyi.

TABLICA VIII.
(Ósmy miesiąc ciąży).

Nazwisko autora.	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
MUNDÉ	VIII	Amputacja wyrostka.	Wyleczenie.	Płód nieżywy.
WINEBERG	"	Przecięcie ropnia.	Wyleczenie.	?
KRÖNIG	"	Operacja.	Śmierć.	Poród przedwczesny.
ROSTOWCEW	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Poród przedwczesny.
ROSNER Szp. Św. Łaz. oddz. I. B.	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Nierozwiązana.
PORAK i SCHWARZ	VII ¹ / ₂	Amputacja wyrostka po porodzie.	Śmierć.	Poród przedwczesny przed operacją.
ROSTOWCEW	VIII	Operacja.	Wyleczenie.	Poród na czasie.
HERRGOTT	"	Laparotomia po porodzie przedwczesnym.	Śmierć w 3 dni po operacji.	Poród przedwczesny w 3 dni po zachorow.

TABLICA IX.
(Dziewiąty, względnie dziesiąty miesiąc ciąży).

Nazwisko autora.	Okres ciąży.	Sposób leczenia.	Wynik dla matki.	Wynik dla płodu.
Marx	IX	Przecięcie ropyńa.	Wyleczenie.	Płód żywy.
Rosner (klin. chirurg.).	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Poród sztuczny.
Koenig	"	Resekcyja wyrostka.	Śmierć.	Poród przedwczesny przed operacyą.
Müller	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Secio caes. po śmierci.
Herrgott	"	Lapar. nazajutrz po zaborowaniu.	Śmierć w 6 dni po oper.	Poród kleszczowy nazajutrz po operacyi.
Pinard	"	Oper. resekcyja. wyrost.	Śmierć.	Poród bezpośrednio przed operacyą.
Hlawacek	"	Nieoperowana.	Śmierć.	Poród na czasie.

przeciw przyjęciu tego etyologicznego związku. Nie ulega wreszcie wątpliwości, że powikłanie ciąży przez zapalenie wyrostka robaczkowego należy do rzeczy bardzo rzadkich, co również przemawia przeciw temu, jakoby ciąża wywoływała to cierpienie.

2) Na pytanie drugie: „czy ciąża i poród mogą ułatwić powstanie nawrotu, a względnie ataku tego cierpienia u osoby, która przed ciążą miała zapalenie wyrostka robaczkowego” odpowiedź nie jest ani tak łatwa, ani tak krótka. Wiele szczegółów zdaje się przemawiać za przyjęciem tego związku. Rzecz mogłaby rozstrzygnąć tylko wielka statystyka, któraby cyfrowo wykazała z jednej strony, ile kobiet, które przed ciążą chorowały na niewątpliwą *appendicitis*, miało nawroty podczas ciąży, z drugiej zaś strony wyjaśniła, czy osoby, które po przebyciu tej choroby nie były w ciąży, miały rzadziej nawroty, niż ciężarne. Statystyk takich nie mamy i zapewne mieć nie będziemy i dlatego skazani jesteśmy na domysły i rozumowania. Aczkolwiek z góry wyznać muszę, że tą drogą nie zawsze dochodzi się do wyników zupełnie pewnych, mimo to muszę za przykładem innych autorów posługiwać się rozumowaniem i starać się odpowiedzieć na pytanie, czy u ciężarnej, mającej zapalenie wyrostka robaczkowego, istnieją stosunki, ułatwiające powstanie nawrotu. Sprawa ta zajmowała umysły autorów, piszących o tem powikłaniu, i nietylko, że nie widzimy co do tego zgody w zapatrywaniach, ale przeciwnie spotykamy dwa zdania zupełnie ze sobą niezgodne. Jedno z nich wypowiada HŁAWACEK, drugie FRAENKEL, koło nich grupują się zaś inni autorowie. HŁAWACEK twierdzi, że ciąża w wysokim stopniu usposabia do napadu *appendicitis*, jeśli, naturalnie, już przed ciążą były zmiany chorobowe w wyrostku robaczkowym. Zdaniem HŁAWACKA, dzieje się to z dwóch przyczyn: przedewszystkiem dlatego, że rosnąca macica rozkłada zdwojenia otrzewnej i pociąga je ku sobie i przez to pociąganie stale drażni chory wyrostek robaczkowy, którego krezka przechodzi bezpośrednio w pokrycie otrzewnowe prawych przydatków macicznych, a powtórę dla tego, że ciąża stwarza skłonność do zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Autor ma tu na myśli zapewne zaparcie stolca, często ciąży towarzyszące.

Zapatrywanie to zwalcza FRAENKEL. Utrzymuje on, że o stałym pociąganiu wyrostka robaczkowego w ciąży w ogóle mowy być nie może, raz dlatego, że w ogólnym przeroście bierze udział i otrzewna, której też nigdy do pokrycia macicy brnąć nie może, a powtórę z tej przyczyny, że przydatki macicy zostają w ciąży podniesione do góry, a więc zbliżone do krezki wyrostka robaczkowego, przez co napięcie, gdyby przedtem było istniało, musiałoby właśnie w ciąży ustać. Zdaniem FRAENKEL'a, tylko wtenczas może wzrost macicy niekorzystnie wpływać na sprawę zapalną około wyrostka, jeśli istnieją zrosty między wyrostkiem, a częściami płciowemi, szczególnie macicą, albo jeśli macica stanowi jedną ze ścian ropnia powstałego w przebiegu *appendicitis*. Wówczas jej wzrost, a jeszcze w wyższym stopniu jej skurcze i nagłe zmniejszenie się podczas poronienia lub porodu może stać się przyczyną zerwania ochronnych zlepow dookoła ropnia i powstania ogólnego zapalenia otrzewnej. Jeśli tych warunków brak, ciąży jako taka nie usposabia kobiety (zdaniem FRAENKEL'a) do napadu *appendicitis*.

W zupełności zgadzam się na wywody FRAENKEL'a, o ile dotyczą błędnych niewątpliwie poglądów HŁAWACKA, co do ciągłego naciągania otrzewnej, a za jej pośrednictwem wyrostka robaczkowego, przez prawidłową ciężarną macicę. Macica ciężarna rośnie we wszystkich swoich warstwach, a więc i w otrzewnowej. Czy rozsuwa wogóle wśród tego wzrostu blaszki otrzewnej więzadeł szerokich, jak sądzi VINAY, tego dotychczas ponad wątpliwość nie udowodniono.

Zresztą choćby tak i było, to rozsunięcie to jest bardzo nieznaczące, jak świadczy bezpośrednio spostrzeżenie, które przy każdym cięciu cesarskiem wykonać można, zwłaszcza jeśli się wytacza rodzącą macicę przed powłoki. Widzimy wówczas, że więzadła szerokie zajmują dużą przestrzeń, że są raczej przerosłe, niż do pokrycia macicy użytkowane.

Ich przebieg, kierunek, topografia jest niewątpliwie zmienioma, nie widać jednak przytem żadnego napięcia, któreby się mogło udzielić krezce wyrostka robaczkowego. O ile co do tego punktu, na który zresztą HŁAWACKI widoczny kładzie nacisk, zgadzam się z FRAENKEL'em, który zapatrywania jego zwalcza, to drugi motyw HŁAWACKA uważam za zupełnie słuszny. Mam tu na myśli jego rozumowanie co do zaburzeń

w przewodzie pokarmowym u ciężarnych, a w pierwszym rzędzie zaparcie stolca. Fakt, że zaparcie takie towarzyszy bardzo często ciąży i że ono u kobiet, których wyrostek nie jest zdrowy, nie może wpływać korzystnie na to cierpienie, że, jednym słowem, przyczynić się może do napadu *appendicitis*, fakt ten uważam za bardzo prawdopodobny.

Zastanawiając się jednak bliżej nad stosunkiem macicy ciężarnej do chorego wyrostka i do dawnych otorbionych ropni, w sąsiedztwie jego leżących, nabieram przekonania, że ani naciąganie otrzewnej, które zgodnie z FRAENKL'em uważani za nieistniejące, ani zaparcie stolca, nie odgrywa tu tak ważnej roli, jak samo anatomo-topograficzne ułożenie macicy ciężarnej w jamie brzusznej i zachowanie się kiszek wobec guza macicznego. Przytaczam tu dosłownie opis WALDEYER'a (*Das Becken* p. 596):

„Najważniejsze zmiany widzimy w stosunku (macicy ciężarnej) do kiszek. *Colon pelvinum* i części *flexurae sigmoideae* pozostają w zagłębieniu kości krzyżowej po za dolną częścią macicy, zresztą wszystkie pętle kiszek z przodu i z tyłu zostają usunięte tak, że macica przylega bezpośrednio do ściany brzusznej i do kręgosłupa lędźwiowego i to do wysokości 3-go kręgu lędźwiowego. Tu styka się ona z dolnym kawałkiem dwunastnicy i z trzustką.

Pętle kiszek cienkich spoczywają na dnie macicy; kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym zostaje podniesioną, a miejsce ujścia *ileum* do *caecum* dostaje się w bezpośrednie sąsiedztwo ściany macicy; zresztą wypełniają кишки cienkie, o ile jest na nie miejsce, przestrzeń po obu stronach macicy. Często znajdziemy dno macicy przechylone na bok, a wtenczas кишки zostają z tej strony wysunięte...”¹⁾.

¹⁾ Die wichtigsten Aenderungen ergeben sich in den Beziehungen zum Darmkanale. Das Colon pelvinum und Theile der Flexura sigmoidea bleiben in der Kreuzbeinaushöhlung hinter dem unteren Theile des Gebärmutterkörpers liegen (s. insb. Fig. 99). Sonst werden sowohl hinten wie vorn alle Darmschlingen verdrängt so, dass die Gebärmutter der Bauchwand und der Lendenwirbelsäule unmittelbar anliegt, der letzteren bis zur Höhe des dritten Lendenwirbels. Hier berührt sie das untere Querstück des Duodenum und

Doskonały ten opis objaśniony jest rycinami, oddającymi przekroje w kierunku czołowym przez ciało kobiety ciężarnej w miesiącu 5-ym do 6-go; odnośny przekrój znajduje się w zbiorach anatomicznych berlińskich. Widzimy na tych przekrojach, że kiszka ślepa leży bezpośrednio na ścianie macicy, której dno zresztą wyżej sięga. Domyslać się można, że już w miesiącu 3-cim lub nieco później przyszło do tego zetknięcia. Jest to zupełnie naturalne. Ciężarna macica, rosnąca ku górze, robi sobie miejsce w jamie brzusznej przez to, że odsuwa pętle kiszek, naturalnie te, które się odsunąć dadzą. Daleko odsunąć się nie dadzą te кишки, które mają krótką krezkę, a do tych należy w pierwszym rzędzie kiszka ślepa, dlatego zostaje ona tylko nieco podniesiona i od chwili, w której dno macicy dorosło do niej i z nią się zetknęło, przez cały czas ciąży styka się bezpośrednio ze ścianą macicy. To zetknięcie samo przez się mieści już w sobie pewne choćby niewielkie niebezpieczeństwo w przypadkach, w których tuż obok tej кишки, zwłaszcza na wewnątrz od niej, znajduje się ognisko zapalne, lub stary otorbiony ropień. Niebezpieczeństwo to przedstawi nam się we właściwym świetle, jeśli uwzględnimy nadto towarzyszące temu zetknięciu i sąsiedowaniu okoliczności. Najważniejszym jest, zdaniem mojem, sam fakt odsuwania kiszek. WALDEYER pisze, że кишки wypełniają przestrzeń wolną po obu stronach macicy, dodaje jednak, że „często znajdujemy dno macicy przechylone na bok, a w ten czas кишки zostają z tej strony wysunięte”.

Dzieje się to znacznie częściej, niżby się z tej krótkiej wzmianki zdawać mogło. Nie w lając się w nieco zawiłą sprawę przyczyn tego zjawiska, nadmienię tylko, że zdaniem PFANN-

das Pankreas. Die Dünndarmschlingen ruhen auf dem Fundus (siehe Fig. 104—106), das Caecum mit dem Processus vermiformis wird gehoben und die Einmündungsstelle des Ileum in das Caecum gelangt dicht in die Nachbarschaft der Uteruswand (Fig. 104—106); in übrigen nehmen die Dünndarmschlingen so weit Raum ist den Platz zu beiden Seiten des Uteruskörpers ein. Häufig findet man den Fundus uteri nach einer Seite hin abgewichen und dann sind dort die Darmschlingen gewöhnlich verdrängt.

kuć'a macica ciężarna przechyla się na bok prawy 81 razy na 100, tak że to pochylenie na prawo uważać musimy wprost za zjawisko fizyologiczne. Przekonaniu temu daje wyraz dobitny VARNIER w swoim znakomitym podręczniku, pisząc w ustępie o badaniu ciężarnej pod koniec ciąży: „Badając wówczas brzuch z góry i z przodu... spostrzegamy, że wypuklenie powłok nie jest w zupełności regularne. Wydaje się, jak gdyby powłoki brzuszne były wypukłone przez dwa guzy, z których jeden ma siedzibę przeważnie po stronie prawej i w górze w podżebrzu prawem, podczas gdy drugi wypukła specyjalnie *epigastrium*, *hypochondrium* i lędźwie lewe”¹⁾. Przy dokładniejszym badaniu okazuje się, że guz prawy jest macicą, lewy kiszka w górę i na lewo przez macicę ciężarną wysuniętymi. Doskonale zdjęcie fotograficzne osoby żywej i rysunki z preparatów anatomicznych objaśniają te wywody. Na preparacie MOREAU i JACQUEMIER'a widzimy po stronie prawej obok macicy tylko kawałek *coli ascendentis*. Kiszka ślepa zasłonięta jest przez macicę, wszystkie zaś pętle kiszek cienkich leżą w górze po stronie lewej. Stosunki te widzimy jeszcze dokładniej na trzech rysunkach preparatu HUNTER'a.

To odsuwanie kiszek odbywa się naturalnie powoli i stopniowo i dotyczy wszystkich pętli, mających, jak wyżej wspomniałem, tak długą kreskę, że dadzą się z miejsca swojego usunąć.

Jelito biodrowe (*ileum*) w miejscu, przylegającym do кишки ślepej, musi być razem z tą ostatnią podniesione ku górze, zresztą ulega tak, jak w ogóle кишки cienkie, przesunięciu ku górze i na lewo. Otóż wiadomo, że właśnie jelito biodrowe bierze bardzo często udział w otorbieniu ropni, wychodzących z wyrostka robaczkowego, co jest zresztą rzeczą zupełnie naturalną, zwłaszcza, jeśli chory wyrostek zwrócony jest ku we-

¹⁾ Examinant alors le ventre de haut et d'avant.. nous remarquons, que la saillie de l'abdomen n'est pas absolument régulière. Il semble que la paroi abdominale soit soulevée par deux tumeurs, dont l'une pointe davantage à droite et en haut dans l'hypochondre droit tandis que l'autre soulève plus particulièrement l'épigastre, l'hypochondre et le flanc gauches.

wnątrz. W tych przypadkach podniesienie tej kiszki i powolne ale stałe odsuwanie jej ku górze i na lewo, może, jeśli nie musi, doprowadzić do nadwężenia zlepow i do zadrażnienia nietkniętej dotąd otrzewnej. Dla chorego wyrostka, a zwłaszcza dla otorbionego ropnia, będzie więc wzrost macicy i połączone z nim przesuwanie kiszki urazem i musi mieścić w sobie niebezpieczeństwo wywołania nowego ataku choroby.

Drugą przyczyną, dlaczego bezpośrednio sąsiadowanie macicy ciężarnej z kiszka ślepą, względnie z ogniskiem zapalnym obok niej, uważam za niebezpieczne, są ruchy płodu. Ściana macicy jest, zwłaszcza w nieszczęściach późniejszych, bardzo miękka i podatna, tak dalece, że pętlesz kieszek, z nią sąsiadujące, rzeźbią na jej powierzchni zagłębienia, które nietylko na zewnętrznej, otrzewnowej powierzchni są widoczne, ale jak to na preparacie (w rys. 102 w dziele WALDEYER'a) zauważyć można, spostrzegalne są i od wewnątrz z jamy macicy.

Wobec tego przypuszczać należy, że ta podatna, cienka ściana macicy, odgraniczająca płód od ogniska zapalnego obok ślepej kieszki, nie może obronić należycie tego ogniska przed urazami, jakie stanowią muszą energiczne ruchy płodu. Trzecim wreszcie czynnikiem, mogącym tu mieć znaczenie, są skurcze, obejmujące całą macicę lub jej części, a skurcze te, jak wiadomo, nie są bynajmniej przywilejem porodu lub poronienia, ale niewątpliwie występują w przebiegu prawidłowej ciąży. I one, choć zapewne w mniejszym stopniu, przyczynić się mogą do zadrażnienia ogniska zapalnego, w bezpośrednim sąsiedztwie macicy leżącego.

Jeżeli powyższe wywody, oparte na stwierdzonych anatomicznych faktach, są racjonalne, to na ich podstawie wypowiedzieć można twierdzenie, że wbrew temu, co twierdzi FRAENKEL, sam fakt wzrostu macicy ciężarnej u osoby, mającej zmiany zapalne, lub, co więcej, ropień koło wyrostka robaczkowego, mieści w sobie niebezpieczeństwo i snadnie przyczynić się może do wywołania nawrotu choroby.

Nie potrzeba do tego zrostów między macicą, a chorym wyrostkiem, jak twierdzi FRAENKEL, gdyż nie pociąganie za chory wyrostek, ale samo sąsiadowanie, jej skurcze, ruchy płodu, a w najwyższym stopniu przemieszczenie kieszek przez rosnącą macicę spowodować mogą atak chorobowy.

Nie zaprzeczam, że twierdzenie to jest narazie hipotezą mimo, że starałem się dać mu podstawę, o ile być może, ścisłą. Jeśli jednak uważnie zestawimy powyżej przytoczone przypadki *appendicitis* w ciąży, znajdziemy i w nich poparcie tej hipotezy. Rozumować przytem musimy w następujący sposób: jeśli napad zapalenia wyrostka w ciąży jest czysto przypadkowy, nie spowodowany przez ciążę, to rzeczą jest naturalną, że zdarzyć się może w każdym miesiącu i że przez to wszystkie znane przypadki rozłożą się mniej więcej równo i nie będzie miesięcy uprzywilejowanych. Przeciwnie, jeśli czynniki, o których mówiłem, odgrywają tu jaką rolę, to chorobę tę spostrzegać będziemy rzadziej w miesiącach pierwszych, w których dno macicy nie dorosło jeszcze do kiszki ślepej, niż w tych miesiącach, w których macica z kiszką tą i ewentualnem ogniskiem zapalnym sąsiaduje. Otóż cyfry wykazują, że w pierwszych dwóch miesiącach ciąży zdarza się *appendicitis* znacznie rzadziej, niż później i że, jeśli może być mowa o miesiącach uprzywilejowanych, to są nimi miesiące środkowe, od końca 3-go do końca 6-go miesiąca ciąży. W późniejszych miesiącach, a więc w trzech ostatnich, powikłanie to zdaje się znowu nieco rzadziej pojawiać. Z zestawionych przezemnie 69 przypadków (w zestawieniu uwzględniłem tylko przypadki, gdzie rozpoznanie *appendicitis* w ciąży nie ulega żadnej wątpliwości) w czterech nie znamy miesiąca ciąży, w 3 pierwszych miesiącach widziano 9, w 3 środkowych 35, w trzech, względnie 4 ostatnich 21 przypadków. Na miesiąc wypadnie tedy w przecięciu na początku ciąży 3 przypadki, w środku prawie 12, na końcu 7 przypadków. Ze wszystkich 65 zestawionych przezemnie przypadków, przypada: 13.8% na 3 pierwsze miesiące, 53.8% na środkowe, a 32.3% na 3 ostatnie miesiące. Różnica jest, jak widzimy, wybitna, zwłaszcza, jeżeli porównamy miesiące pierwsze ze środkowymi. Staje się ona zrozumiałą, jeśli przyjmiemy, że w pierwszych trzech miesiącach spotykamy się z tą chorobą, wikłającą przypadkowo ciążę—, w środkowych zaś pewna ilość brzemennych dotknięta była tem cierpieniem przypadkowo, u większości jednak ciąża sama przyczyniła się do nowego ataku zapalnego.

Trudniej nieco przychodzi wytłumaczyć przyczynę różnicy między miesiącami środkowymi, a końcowymi ciąży. Róż-

nica ta jest, jak widzieliśmy, nie tak uderzająca, i nasuwa się myśl, czy w statystyce, bądź co bądź małej, nie odegrał tu roli przypadek. Gdyby w przyszłości zestawienia znacznie większe potwierdziły wynik mojej dzisiejszej statystyki, to należałoby przyjąć, że czynniki, mogące wywołać napad zapalny, działają silniej w środkowych niż późnych miesiącach. Zastanawiając się nad tą sprawą szczegółowo, nabieramy jednak przekonania, że niektóre z wymienionych przezemnie szkodliwych czynników działać muszą silniej w ostatnich miesiącach. I tak zaparcie stolca zwykło być wówczas uporczywsem, ruchy płodu są silniejsze, a skurcze macicy częstsze. Pozostaje jeden czynnik, na który położyłem najsilniejszy nacisk, t. j. fakt przemieszczania jelit przez rosnącą macicę i czynnik ten według wszelkiego prawdopodobieństwa działa najsilniej właśnie w tych czterech środkowych miesiącach ciąży. Z końcem 7-go miesiąca księżycowego ciąży kiszka ślepa jest już podniesiona ku górze, jelita cienkie, a zwłaszcza jelito biodrowe, z którem się dno macicy musi wcześniej spotkać, usunięte wgórę i na bok lewy, macica zaś jest już na prawo pochyłona. Późniejsze zmiany topografii w jamie brzusznej, jakie w dalszym swoim wzroście powodować musi macica, nie dotyczą już zapewne kiszki ślepej i jej najbliższego sąsiedztwa; wszak dno macicy dorasta teraz do wysokości dwunastnicy, żołądka, a później wątroby. Jeśli więc w tych środkowych miesiącach, kiedy odbywa się przesunięcie kiszki ślepej i jelita biodrowego, nie wystąpił napad *appendicitis*, to według wszelkiego prawdopodobieństwa dalszy wzrost macicy i późniejsze zmiany w topografii jamy brzusznej napadu tego już nie wywołają. Powstać on może mimo to albo zupełnie przypadkowo, albo przyczynić się mogą do jego wystąpienia urazy, o których wspominałem. Jak ruchy płodu i skurcze macicy. Fakt (przypuszczam, że moja statystyka pozwala na wyprowadzenie wniosków), że, mimo iż te urazy działają pod koniec ciąży szczególnie silnie, w miesiącach ostatnich widzimy jednak rzadziej ataki zapalne, niż w środkowych, fakt ten przemawia za tem, że zmiany w położeniu kisek, a specjalnie kiszki ślepej i końca jelita biodrowego, są u osób, mających dawną *appendicitis* lub, co gorsza, dawny otorbiony ropień koło wyrostka, urazem najsilniej-

szym i w etyologii napadów zapalnych podczas ciąży najważniejszą odgrywają rolę.

Przypatrując się bliżej moim zestawieniom, nabiera się przekonania, że napady *appendicitis*, w pierwszych miesiącach bardzo rzadko spotykane, stają się nagle częstsze od 3-go miesiąca ciąży i to prawdopodobnie od końca tego miesiąca. Z góry zauważyć muszę, że zapiski różnych autorów są tu najczęściej niedokładne, tak dalece, że często nie wie się, czy jest mowa o miesiącach księżycowych, czy kalendarzowych i czy określenie „trzeci miesiąc ciąży” oznacza jego początek, środek, czy koniec.

Te wszystkie przypadki, w których podano, że chora znajduje się w 3-cim miesiącu ciąży, zaliczyłem do końca trzeciego miesiąca, starając się, gdzie to było możliwem, o stwierdzenie tego faktu przez uwzględnienie wywiadów. Największe pomyłki powstać mogą przez nieuwzględnianie pojęcia „księżycowy” czy „kalendarzowy” w ostatnim miesiącu. Dlatego w IX tablicy uwzględniłem wszystkie przypadki od skończenia 8 miesięcy aż do porodu.

Jeśli przypuszczenie moje co do działania ciężarnej macicy na ognisko zapalne obok wyrostka jest słuszne, to musimy przyjąć, że już około końca 3-go miesiąca ciąży macica wchodzi w zetknięcie z kiszka ślepą i zaczyna zmieniać topografię kiszek w jamie brzusznej. Ażeby stwierdzić, czy przypuszczenie to jest racjonalne, trzeba znać dwa anatomiczne fakty: 1-o w jakiej wysokości znajduje się dno macicy z końcem 3-go miesiąca, a 2-o gdzie, w jakiej wysokości leży ślepa kiszka i wyrostek robaczkowy. Otóż, rzecz dziwna, ścisła nauka nie wypowiedziała ani w jednej, ani w drugiej sprawie ostatniego zdania, co w obec częstotści ciąży z jednej strony, a wobec łatwości badania topografii wyrostka na stole sekcyjnym z drugiej strony — jest wprost niezrozumiałości.

Prawie wszystkie podręczniki położnictwa uczą, że macica dopiero w czwartym miesiącu księżycowym podnosi swoje dno ponad wchód miednicy małej. Przez całe trzy miesiące ma macica znajdować się w miednicy małej. Ponieważ macica pusta, przed zapłodnieniem, sięga dnem prawie do płaszczyzny wchodu, przeto fakt, iż ona rosnąc nie wysuwa się przez pierwsze trzy miesiące ponad wchód, tłumaczy się równocze-

snem obniżeniem tego narządu w całości i przodozgięciem trzonu.

Z zapatrywaniem tem walczy od szeregu lat PINARD i jego szkoła, a wielce zasłużony i przedwcześnie dla nauki zgasły VARNIER dostarcza w tekście i w rycinach swojego podręcznika przekonywających dowodów, że zapatrywanie to jest równie powszechne, jak błędne.

VARNIER twierdzi, w 2 miesiącach ma się uczucie tumoru wyraźnie macicznego wielkości i kształtu gruszki, sterzącego o ponad spojenie na trzy palce, konsystencji specjalnej, ciastowatej, przypominającej twardość wygotowanego kauczuku, lub członka bardzo obrzękłego, a dalej pisze: „od 3-go miesiąca guz maciczny jest już tak wielki, że często wzrok, a zawsze (z wyjątkiem u kobiet bardzo otyłych) dotykanie pozwalają wykazać, że sięga on do połowy odstępu między spojeniem, a pępkiem“.

Przed ukończeniem 5-go miesiąca dochodzi dno macicy do pępka.

Różnica między zapatrywaniami PINARD'a i VARNIER'a, a ogólnie przyjętymi jest więc, jak widzimy, ogromna. Po przeczytaniu dzieła VARNIER'a, zwracałem w każdym przypadku uwagę na wysokość, w jakiej stoi dno macicy w początkowych miesiącach ciąży, i nabrałem przekonania, że rzecz ma się prawie zawsze tak, jak twierdzi szkoła PINARD'a. Macica rzeczywiście już w ciągu drugiego miesiąca wychodzi dnem ponad wchód miednicy, a w 3-cim dno jej stoi wysoko ponad spojeniem. Wyjątek stanowią naturalnie macice tyłozgięte lub znacznie obniżone.

Jeśli ta kontrawersja w kwestyi, dającej się tak łatwo codzienną obserwacją rozstrzygnąć, jest zadziwiająca, to jeszcze w wyższym stopniu zadziwić musi, że właśnie autorowie, twierdzący, że macica dopiero w 4-tym miesiącu wychodzi dnem ponad miednicę małą—udowodniają to swoje twierdzenie rycinami, przedstawiającymi przekroje kobiet zmarłych podczas ciąży, na których to przekrojach najwyraźniej widać, że macica już z początkiem 3-go miesiąca stoi dnem wysoko ponad płaszczyznę wchodu. W nowym wielkim podręczniku WINCKEL'a pisze ROSTHORN na str. 461 „*Bis zum Ende des dritten Monats füllt die Gebärmutter das kleine Becken aus*“, a na str. 462

„Im späteren Verlaufe erhebt sich jedoch der Gebärmuttergrund ins grosse Becken“, a więc po skończeniu 3-go miesiąca ciąży. Na tej samej 462 str. widzimy jednak przekrój BRAUNE'go przez ciążarną „z początkiem trzeciego miesiąca“, na którym (n. b. przy pustym pęcherzu) dno macicy stoi wcale wysoko ponad płaszczyznę wchodu. Rysunek na str. 463, przedstawiający macicę 23 letniej pierwiastki z trzeciego miesiąca, dowodzi tego samego.

Zapytajmy się teraz, w jakiej wysokości leży wyrostek robaczkowy. I tu spotykamy zapatrywania dziwnie sprzeczne. LUSCHKA ¹⁾ pisze: „Czasami przylega on do wewnętrznej ściany *coli ascendentis*, z wyjątkiem jednak zagina się on na mięśniu *psoas* do jamy miednicy małej“.

Podobne zdanie wypowiada WALDEYER ²⁾.

Tym dwom pobieżnym notatkom znakomitych anatómów przeciwstawić możemy szereg szczegółowych badań nad topografią wyrostka robaczkowego, z których przytaczam kilka. TURNER badał w 105 przypadkach i znalazł wyrostek robaczkowy w miednicy małej 51 razy, czyli 48,5% przypadków. BRYANT rozpatrywał dokładnie stosunki topograficzne wyrostka w 144 przypadkach. Znalazł go w miednicy małej tylko 21 razy, a więc w 14,6% przypadków, jeżeli jednak uwzględnimy, że oprócz tego 28 razy leżał w kierunku „na dół i na wewnątrz“ i w tych przypadkach niewątpliwie przytykał do płaszczyzny wchodu, to otrzymamy razem cyfrę 49 na 144, czyli 34%. BRISTOW, asystent FORLEK'a, znalazł wyrostek w miednicy małej 16 razy na 40 badanych przypadków czyli w 40% przypadków. LAFFORGUE badał tę kwestyę na 200 zwłokach i znalazł wyrostek w 41,5% przypadków w kierun-

¹⁾ „Bisweilen schmiegt er sich an den medialen Umfang des *Colon ascendens* an, gewöhnlich aber biegt er sich über den *Musc. psoas* in die Höhle des kleinen Beckens hinein (str. 226).

²⁾ „Das Caecum liegt nicht selten ganz oder zum Theile im kleinen Beckenraume, selbst tief in der *Excavatio rectovesicalis*, mitunter in die linke Beckenhälfte hineinreichend, der Regel nach findet sich im seitlichen Theile des kleinen Beckens rechts der Wurmfortsatz“ (str. 260).

ku ku dołowi. W przypadkach tych leżał wyrostek przeważnie w miednicy małej.

Z autorów polskich zajmowali się tą sprawą WERTHEIM i FILIMOWSKI. Pierwszy badał topografię wyrostka na 100 zwłokach w sposób bardzo dokładny i szczegółowy i znalazł go 31 razy, a więc w 31% przypadków w miednicy małej i to równie często u kobiet, jak u mężczyzn; drugi badał również na 100 zwłokach, widział jednak wyrostek tylko 16 razy w miednicy małej. Żałować należy, że autor nie wyeliminował tych przypadków, w których były zrosty chorobowe i nie podał, dokąd sięgał koniec wyrostka w tych przypadkach, w których kierunek jego był ku dołowi, a przecież nie zwieszał się do miednicy małej. Cyfra 16% różni się tak bardzo od cyfr, podanych przez innych autorów, że przyjąć musimy, jako przyczynę tej różnicy, niedokładność spostrzeżeń FILIMOWSKIEGO.

Z powyższego zestawienia widzimy, że wyrostek robaczkowy nie leży, jak twierdzą LUSCHKA i WALDEYER, z reguły w miednicy małej, że jednak znaleźć go tam można często t. j. od 30 do 50 razy na sto.

Wynika z tego, że wobec tego, iż macica już pod koniec drugiego miesiąca wychodzi z miednicy małej, musi się ona dnem swoim już w owym czasie zetknąć z wyrostkiem w tych przypadkach, w których wyrostek sięga do miednicy małej; im wyrostek leży wyżej, tem naturalnie zetknięcie to nastąpi później. Zresztą sam fakt zetknięcia się nie odgrywa tu roli, gdyż w przypadkach niskiego ułożenia wyrostka nawet nieciążarna macica może się z nim spotkać; ważniejszym jest tu fakt przesuwania kiszki, co dzieje się naturalnie dopiero wtenczas, kiedy macica jest odpowiednio powiększona, a więc pod koniec 3-go miesiąca. Wywody te ułatwią nam zrozumienie faktu, dlaczego w pierwszych dwóch miesiącach ciąży *appendicitis* wydarza się tak rzadko, i dlaczego pod koniec 3-go miesiąca liczba spostrzeganych przypadków tak nagle się powiększa. Przemawia to, jak wyżej wspomniałem, za tem, że ciąża wywołuje u osoby cierpiącej na zapalenie wyrostka robaczkowego ostry atak tej choroby. Boję w doskonałej swojej pracy stać na zupełnie innym stanowisku i przypuszcza, że wobec tego, że *appendicitis* jest chorobą, która okazuje wogóle skłonność do nawrotów, recydywa powstać może i powstaje zupeł-

nie przypadkowo podczas ciąży, na dowód czego przytacza fakt, że w przypadkach 21, 22, 23, 27 i 63 jego tablicy choroba pojawiła się w tak wczesnym okresie ciąży, że o związku przyczynowym między ciążą a atakiem zgół mowy być nie może. Tak, zdaniem mojem, nie jest, gdyż w przypadku 21 ciąża była już bliską końca 3-go miesiąca, w przypadku 22 i 23, których z powodu niedokładnego opisu wcale nie przytaczam, powiedziano ogólnikowo, że ciąża była wczesną (*in early pregnancy*), z czego bynajmniej nie wynika, żeby to nie były przypadki 3 miesięcznej ciąży; w przypadku 27 ciąża była w 4-ym miesiącu, nie zaś w 2-gim, jak Bojre błędnie podaje, przypadek zaś 63-ci należy do niepewnych, w których *appendicitis* nie została ponad wszelką wątpliwość wykazana. Że w znacznej większości przypadków, w których atak następował w ciąży, pacjentka nie wspominała nic o przebytem poprzednio zapaleniu wyrostka robaczkowego, temu nie przeczę, ale nie przywiązuję też do tego żadnej wagi, gdyż i po za ciążą zdarza się często, że pacjent uważa ostry atak *appendicitis perforativa* lub *gangraenosa* za pierwszy, nie wiedząc o tem, że od szeregu lat ma wyrostek chory. W wyższym jeszcze stopniu odnosi się to do kobiet, które wszelkie bóle w okolicy miednicy zwykły odnosić do części płciowych. Bojre zestawia przypadki, w których chore przebyły przed ciążą zapalenie wyrostka robaczkowego, a w ciąży nie miały nawrotu tej choroby. Pomijając fakt, że nie we wszystkich przypadkach rozpoznanie tego cierpienia jest ponad wszelką wątpliwość pewne, podnieść należy, że najzagorzalszy wyznawca zasady, że ciąża sprzyja powstawaniu nawrotów, nie może twierdzić, że u osoby, która przebyła raz zapalenie wyrostka, musi nastąpić recydywa w ciąży. Przedewszystkiem *appendicitis* jest chorobą uleczalną, tak że pacjentka, która cierpienie to przebyła, może mieć podczas ciąży wyrostek zdrowy, a powtóre i chory wyrostek bywa chorym w rozmaitym stopniu i zależnie od tego, a zapewne od wielu innych przyczyn, między innemi i jego położenia, nawrót podczas ciąży następuje łatwiej lub trudniej. Zresztą znane są przypadki, w których ten wpływ ciąży jest uderzający, n. p. przypadki LE GENDRE'a i TUFFIER'a, zwłaszcza ten ostatni. Pacjentka przebywa pierwszy (?) ciężki napad *appendicitis* w 8-ym miesiącu pierwszej ciąży, po porodzie jest zdrową; drugą ciążę przebywa w łóżku z powodu bólów nad kiszka śle-

pą, wymiotów i podwyższeń ciepłoty; a w trzeciej ciąży już w drugim miesiącu żali się na te same bóle, w czwartym miesiącu poddaje się resekcji wyrostka, który okazuje typowe zmiany przewlekłego zapalenia. Po operacji przebywa dalsze miesiące ciąży zupełnie prawidłowo. Takich przypadków znalazłoby się niewątpliwie więcej.

3) Zachodzi teraz pytanie, jaki wpływ wywiera ostry napad *appendicitis* na przebieg ciąży. Co do tego pytania zdania nie są podzielone i prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że wpływ ten jest fatalny. Jeszcze 9 lat temu G. R. FOWLER¹⁾ pisał w swojej monografii. „W e d ł u g m e g o d o ś w i a d c z e n i a s p r o w a d z a *appendicitis*, w y s t ę p u j ą c a p o d c z a s c i ą ż y, n i e c h y b n e p o r o n i e n i e z z e j ś c i e m ś m i e r t e l n e m”... Od tego czasu zmieniły się jednak zapatrywania, i choć nie ulega wątpliwości, że przerwanie ciąży wskutek ataku zapalnego jest częste, to jednak znamy przypadki, w których ciąża doszła do prawidłowego kresu, albo przerwała się przedwcześnie z innej przyczyny w kilka miesięcy po ustaniu *appendicitis*.

Miedzy przypadkami, zestawionemi powyżej, znajdujemy 17 takich, w których ciąża, mimo ostrego napadu i mniej lub więcej radykalnej operacji, trwała dalej, przeważnie aż do normalnego kresu.

Z tych 17 przypadków odnosi się aż 9 do czwartego miesiąca, po dwa do 3-go, 5-go i 6-go, po jednym do 7-go i 8-go. Przypadków, dotyczących ostatniego miesiąca, nie brałem całkiem w rachubę. Jeśli tu jakiś nieobliczalny przypadek nie odegrał roli, to z cyfr tych możnaby wnosić, że macica w 4-ym miesiącu jest szczególnie wytrzymała i do poronienia mało skłonna, rzecz, na którą już przy innej sposobności zwracano uwagę.

Przyczyny poronienia w naszych przypadkach mogą być rozmaite. Najczęściej zdaje się tu odgrywać rolę zadrażnienie otrzewnej macicznej w przebiegu ogólnego zapalenia otrzew-

¹⁾ Nach meiner Erfahrung verursacht Appendicitis, die während der Schwangerschaft eintritt, unfehlbar Abort mit tödtlichem Ausgange.

nej, lub zapalenia ograniczonego do okolicy wyrostka, a zajmującego często przydatki i ścianę maciczną. W ten sam sposób zresztą każde zapalenie otrzewnej, jakiekolwiek by było jego źródło, spowodować może poronienie. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że indywidualna wrażliwość macicy jest bardzo rozmaita, i czasem, mimo ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej, ciąża nie zostaje przerwana. Dowodzą tego przypadki MUELLER'a, BUDIN'a, OUI, WIGGIN'a, mój przypadek VI, w którym duża ilość ropy w jamie brzusznej i daleko posunięte zmiany na otrzewnie dowodzą, że sprawa zapalna trwała dość długo, a mimo to nie doszło do przerwania ciąży.

Drugą przyczyną, wywołującą poronienie, może być ogólna posocznica. Ponieważ w przypadkach *appendicitis* towarzyszy jej najczęściej ogólne zapalenie otrzewnej, przeto nie raz trudno powiedzieć, która z tych dwóch przyczyn, względnie czy nie obie naraz spowodowały przerwanie ciąży.

Prócz tych dwóch przyczyn istnieje jednak jeszcze trzecia, a mianowicie zakażenie wnętrza macicy ciężarnej. Czy zakażenie to odbywa się za pośrednictwem przewodów trąbkowych, czy też czynnik zakaźny odbywa tu wędrówkę z jamy otrzewnowej na wskroś przez mięsień maciczny, tego nie wykazano dotychczas ponad wątpliwość. Mimo to pozostaje faktem rzecz niezmiernie interesująca, że w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka przyjść może do zakaźnego nacieczenia błony doczesnej, do rozkładu wód płodowych, ba nawet do nacieku w mięsnej ścianie macicy. Czynnikiem zakażającym jest tu *bacterium coli commune*, które, jak wiadomo, w patogenezie *appendicitis* tak ważną odgrywa rolę.

I tak KRÖNIG znalazł tego prątka w wydzielinie macicznej osoby zmarłej poprzedwczesnym porodzie w 8-ym miesiącu z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, a PINARD wyhodował ze krwi pępowinowej płodu, urodzonego w 6 miesiącu w przebiegu ostrej *appendicitis*, czystą hodowlę *bacterium coli commune*. Zwraca on zupełnie słusznie uwagę na niebezpieczeństwo dla płodu, jakie się w tym fakcie mieści i wyraża przypuszczenie, że śmierć płodu w łonie matki, lub po urodzeniu w tych właśnie przypadkach jest następstwem zakażenia płodu. KRÖNIG usunął po poronieniu macicę przez pochwę, przyczem znalazł, że róg jej prawy był w stanie zgorzeli. Ponieważ już wśród poronienia odpłynęły wody mętne, cuchnące, przeto

KRÖNIG wyraża przypuszczenie, że ostre zapalenie wyrostka spowodowało tu zakażenie macicy, rozkład wód i nekrozę ścian mięsnej. OPPENHEIMER opisuje przypadek zakażenia miejsca łożyskowego u osoby, u której sekcja wykazała *appendicitis perforativa*. W przypadku, opisanym przez SEMB'a, przyszło po nacięciu ropnia przy wyrostku do porodu przedwczesnego w 6-ym miesiącu. Wody odpłynęły cuchnące, płód był świeżo obumarły. Obdukcja wykazała: prawa trąbka i prawy jajnik w ropie. W trąbce prawej ropa. Na doczesnej przy wejściu trąbki do macicy miejsce wielkości talara ropą naciekle.

SEMB wnioskuje z tego, że zakażenie szło w tym przypadku przez trąbkę prawą, udzieliło się wewnątrz macicy i jaju płodowemu przed porodem i stało się przyczyną śmierci płodu w łonie matki.

Do tej samej kategorii przypadków zaliczyć musimy z wielkiem prawdopodobieństwem i nasz przypadek V-ty, obserwowany w klinice ginekologiczno-położniczej prof. JORDANA. W przypadku tym przyszło, jak widzieliśmy, do posokowatego rozpadu łożyska, zatrzymanego w macicy po poronieniu, a wynik autopsji uprawnia nas do przypuszczenia, że zakażenie wyszło z wyrostka robaczkowego i drogą trąbek udzieliło się wewnątrz macicy.

Z kilku tych uwag wynika, że wpływ *appendicitis* i to nie tylko *perforativa* i *gangraenosa*, ale nawet *simplex* na przebieg ciąży jest w wielu przypadkach fatalny.

4) Zachodzi pytanie, czy i na odwrót ciąża źle wpływa na przebieg choroby. Odpowiedź na to pytanie jest, naturalnie, daleko trudniejsza, gdyż o ile wiemy, co nazwać prawidłowym przebiegiem ciąży, o tyle o „prawidłowym” przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zgoła mówić nie możemy. Choroba może mieć i po za ciążą przebieg tak rozmaity, że obserwując przypadek powikłany ciążą, wcale wiedzieć nie możemy, jakby ten sam przypadek przebiegał bez tego powikłania. Pytanie, o które tu chodzi, rozjaśnić mogą tylko bardzo duże statystyki, któreby pozwoliły na porównanie przebiegu tej choroby w ciąży i u nieciężarnych. Tablice, które zestawilem, nie mogą nam naturalnie nic pomódz nie tylko dlatego, że zawierają mało przypadków, ale przede wszystkim z tej przyczyny, że składają

się z samych przypadków wybranych, w których zmiany w wyrostku widziano podczas operacyi lub sekcyi. Naturalną jest rzeczą, że te przypadki, w których podczas ciąży wykonywano operacyą, były ciężkie, nie mówiąc już o tych, w których wykonywano sekcją. Lżej chore osoby, które nie przychodziły na stół ani operacyjny, ani sekcyjny, nie są tu uwzględnione. Skazani więc jesteśmy na przypuszczenia i widzimy, że autorowie, posługujący się przypuszczeniami, doszli do wyników wręcz do siebie niepodobnych.

Podczas, gdy Francuzi z PINARD'em na czele sądzą ¹⁾ „że *appendicitis* podczas ciąży... miewa często przebieg gwałtowny i przybiera cechy szczególne ciężkie“, FRAENKEL nie przypuszcza, żeby przebieg tej choroby w ciąży był inny niż po za ciążą. Píše on: „Dla przebiegu *appendicitis* w ciąży istnieją te same warunki co i poza ciążą ²⁾. Otóż na to zapatrywanie nie mógłbym się żadną miarą zgodzić. Przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego zawisł w każdym przypadku nie tylko od anatomicznych zmian w wyrostku, czyli od postaci cierpienia, ale nadto od powikłań, czy też następstw choroby, jak ogólnego zapalenia otrzewnej, ogólnego septycznego zakażenia, które nie są obowiązkowymi objawami nawet w przebiegu *appendicitis perforativa* lub *gangraenosa*. Otóż FRAENKEL może mieć słuszość twierdząc, że postać cierpienia jest niezawisłą od ciąży, czyli mówiąc inaczej, ciąża nie zmienia *appendicitis simplex* na *perforativa*, ale musi mieć, zdaniem mojem, wpływ na ilość i ciężkość powikłań lub następstw. A przecież to najważniejsze, gdyż te właśnie powikłania stają się przyczyną śmierci. Zapytajmy więc, czy częstość i nasilenie ogólnego zapalenia otrzewnej lub ogólnego zakażenia ustroju zwiększa się z powodu ciąży. Zdaje mi się, że dzieje się i jedno i drugie. Zgadzam się z przeważającą liczbą auto-

¹⁾ „Que pendant la grossesse l'appendicite... prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité“.

²⁾ „Es bestehen für den Verlauf der Appendicitis in der Schwangerschaft keine wesentlich anderen Bedingungen, als ausserhalb derselben“...

rów, którzy w poronieniu, lub porodzie przedwczesnym, widzą jedną z przyczyn uogólnienia się zapalenia otrzewnej. Faktem jest stwierdzonym niejednokrotnie, że macica brać może udział w otorbieniu ropnia, powstałego po przedziurawieniu wyrostka. W takim wypadku skurcze, towarzyszące poronieniu, muszą rozrywać ochronne zlepy i zawierać w sobie poważne dla reszty otrzewnej niebezpieczeństwo. Na to zapatrywanie, dość zresztą powszechne, nie godzi się FRAENKEL i twierdzi, że nie poronienie przyczynia się do zejścia śmiertelnego, tylko ciężkość przypadku chorobowego, jako takiego, sprowadza z jednej strony poronienie, z drugiej śmierć pacjentki. Rzeczywiście, śmierć następuje w wielu przypadkach tak prędko po poronieniu, i tak często objawy ogólnego zapalenia otrzewnej zaznaczają się już wyraźnie przed poronieniem, że pozornie zdaje się zapatrywanie FRAENKEL'a słusznem. A jednak zwrócić muszę na to uwagę, że nie moment wydalenia płodu jest tu jedynie niebezpiecznym, ale także skurcze macicy przed wydaleniem jaja. One to mogą przyczynić się już na kilka dni przed ostatecznem opróżnieniem macicy do uogólnienia zapalenia otrzewnej, a zdarzyć się nawet może, że śmierć, tem zapaleniem spowodowana, ubiegnie poronienie, wystąpi wcześniej, niż skurcze wypróżnią macicę. Silne, często gwałtowne bóle otrzewnowe w przebiegu napadu *appendicitis* pokrywają tu bóle, od skurczów macicy pochodzące, i dlatego badanie wykazuje czasem rozszerzenie szyi u osób, u których bólów „do poronienia“ nie zauważono.

Również i dla ogólnego zakażenia ustroju, nawet bez udziału rozlanego zapalenia otrzewnej, są w ciąży warunki korzystniejsze, niż po za nią. Przyczyną tego jest, jak liczni autorowie i między nimi i sam FRAENKEL słusznie zaznacza, ogromny rozwój narządu krążenia, a przede wszystkim żył i naczyń limfatycznych w okolicy miejsca chorego, a nadto możliwość zakażenia wnętrza macicy przed jej wypróżnieniem. Nie przypisując w tym względzie żadnego znaczenia zdwojeniu otrzewnowemu „*plica appendiculo-ovarica*“ (*ligam. CLADO-DURAND*), o którym przyjdzie mi jeszcze mówić, zwracam tylko uwagę na ten anatomiczny szczegół, że *arteria ovarica* (dawniej *spermatica*) i towarzyszący jej ogromny splot żył i naczyń limfatycznych przebiega pod otrzewną w bezpośrednim

sąsiedztwie wyrostka robaczkowego. Naczynia te przebiegają w *mesodesma suspensorium* (WALDEYER), które wychodzi z *plica genito-enterica*, opisanej przez TREITZ'a, a ciągnącej się po stronie prawej do wyrostka robaczkowego. Podczas ciąży naczynia te ulegają niezmiernemu przerostowi, tak że *vena ovarica* w piątym miesiącu ciąży ma według VIRCHOW'a światło tak wielkie, jak *vena hypogastrica*. To samo, może jeszcze w wyższym stopniu, odnosi się do naczyń limfatycznych, których niesłychany przerost podczas ciąży znamy jeszcze od XVIII-go wieku, od czasu MASCAGNI'ego.

Otóż zaprzeczyć się nie da, że ten przerost naczyń żylnych i chłonnych może ułatwić powstanie ogólnego zakażenia na drodze zapaleń żył i naczyń limfatycznych. Stanie się to tem łatwiej, jeśli *appendicitis* wywoła stan zapalny w tkance pozaotrzewnowej, na którą to możliwość zwraca szczególną uwagę SONNENBURG, HERMES i OLSHAUSEN. KRAJEWSKI również w swoim podziale uwzględnia to zajęcie tkanki łącznej, jako *phlegmone telae cellulosaе*.

Uogólnienie zakażenia ułatwić może również infekcja wnętrza macicy, bez względu na to, jaką drogą się odbywa. Uwaga PINARD'a, że infekcja ta może zabić płód, jest niewątpliwie słuszną; z drugiej strony pewnem jest, że w fakcie tym mieści się wielkie dla ciężarnej niebezpieczeństwo.

Zbierając powyższe uwagi, zaznaczam, że wprawdzie nie można z pomocą cyfr statystycznych stwierdzić, że ciąża wywiera niekorzystny wpływ na przebieg *appendicitis*, to jednak mimo to wpływ ten zdaje się być niewątpliwym i polega na tem, że ciąża ułatwia powstanie rozlanego zapalenia otrzewny i ogólnego septycznego zakażenia ustroju.

5) W uwagach powyższych mieści się również odpowiedź na pytanie, czy i o ile ciąża pogarsza rokowanie w przypadkach zapaleń wyrostka robaczkowego. Rokowanie to trudno wyrazić w cyfrach, gdyż zestawienie moje obejmuje tylko przypadki pewne, a więc i ciężkie.

Na 69 chorych zmarło 41, czyli przeszło 59%. Gdybyś-

my doliczyli do tego ogłoszone w literaturze przypadki lekkie, ale niestety niepewne, otrzymalibyśmy niewątpliwie cyfrę mniej smutną. Z tablicy mojej zdawało by się również wynikać, że *appendicitis* w późniejszych miesiącach daje rokowanie gorsze, niż we wczesnej ciąży. I tak na 22 przypadki w pierwszych 4-ch miesiącach zmarło 9, wyleczono 13, odsetek śmiertelności wynosi 40,9%. W drugiej połowie ciąży na 45 chorych zmarło 28, czyli 65%. Być może, że zakradł się tu przypadek, tembardziej, że nie uwzględniliśmy w tem zestawieniu czterech śmiertelnie przebiegających przypadków FOWLER'a, ponieważ autor nie podał okresu ciąży.

Z drugiej strony możliwem jest, że większe trudności rozpoznawcze w późnej ciąży i techniczne przeszkody wśród operacji, spowodowane przez macicę w późnych miesiącach, przyczyniają się do pogorszenia rokowania.

Dla płodów rokowanie jest jeszcze gorsze. W 62 przypadkach (pomijam z umysłu 7 przypadków z ostatniego miesiąca ciąży, w których przeważnie operacyjnie kończono poród przed operacją) tylko 17 razy ciąża nie została przedwcześnie przerwana, w 38 nastąpiło poronienie lub poród przedwczesny, w 4 śmierć przed rozwiązaniem, w 3 zaś nie podano dokładnie wyniku dla płodu. W każdym więc razie w 42 przypadkach na 62, czyli w 67,7% choroba skończyła się niekorzystnie dla płodu. Dołączenie przypadków niepewnych poprawiłoby zapewne i tę cyfrę, ale nie w tym stopniu, co w rokowaniu dla matek, gdyż i w tych lżejszych przypadkach poronienie nie należy do rzadkości.

6) R o z p o z n a n i e *appendicitis* p o d c z a s c i a ż y nastęrcza w niektórych przypadkach trudności. Z czterech przypadków, które dokładniej opisałem, w jednym tylko rozpoznano to cierpienie, w jednym myślano o niedrożności przewodu pokarmowego, w jednym o zapaleniu otrzewnej, spowodowanem zakażeniem połogowem po poronieniu, w ostatnim wreszcie o ścisłem rozpoznaniu nie można było myśleć, gdyż chora była już umierająca. A przecież PINARD ma zupełną rację, mówiąc, że głównem zadaniem lekarza w tych przypadkach jest w c z e ś n i e r o z p o z n a ć c h o r o b ę. PINARD uważa to wczesne rozpoznanie za możliwe w przeważnej liczbie przypadków.

„Najważniejszą rzeczą jest mieć na myśli możliwość tego cierpienia“. PINARD, którego uwagi przytaczam tu dosłownie, rozumie w następujący sposób: „Ani macica ciężarna, ani objawy tak zwane sympatyczne ciąży nie maskują zasadniczych objawów *appendicitis*. W przypadkach, które znam, nie brakowało ani bólu, ani obrony mięśniowej w miejscu wyboru (*lieu d'élection*). Jeśli macica pochylona jest na prawo i jeśli się kurczy podczas ciąży, należy pamiętać, że prawidłowe skurcze nie są bolesne. Wszelka bolesność brzucha podczas ciąży musi zwrócić na siebie uwagę, szczególnie jeśli się zjawia i trwale wokolicy dołu biodrowego prawego. Jeśli bolesność ta nie jest wywołana przez skurcze macicy, czyli jeśli nie grozi poronienie, lub poród przedwczesny, co zresztą rozpoznać nie jest trudno, natychmiast trzeba myśleć o zapaleniu wyrostka.

Również wymioty u ciężarnej mają cechę charakterystyczną t. j. że nie towarzyszy im gorączka, ani nie przychodzi wślad za nimi. Nawet w *hyperemesis* zachodzi się przyspieszenie tętna, ale temperatura pozostaje normalną..

Tak więc trzeba się mieć na baczności w każdym przypadku żołądkowej niedyspozycji z wymiotami i podniesieniem ciepłoty u kobiety ciężarnej i myśleć w każdym takim przypadku o zapaleniu wyrostka robaczkowego“.

Niewątpliwie może ciąża zwłaszcza daleko posunięta utrudnić dokładne rozpoznanie, a mianowicie wykazanie oporu, wysięku, stłumienia odgłosu wypukowego i t. d., ale wobec groźnego niebezpieczeństwa, jakie każda *appendicitis in gravida* w sobie mieści, musimy w niejednym przypadku zrzec się tej dokładności. Odnosi się to jeszcze w wyższym

stopniu do tych przypadków, w których zaznaczają się już wyraźnie objawy zapalenia otrzewnej. Forsowanie rozpoznania, czy to przez badanie w uspieniu chloroformowem, czy przez ułożenie chorej na bok lewy, celem usunięcia macicy z okolicy lędźwiowej prawej (FRAENKEL), uważam za sposoby niebezpieczne.

I jeden i drugi sposób może doprowadzić do rozerwania ochronnych zlepow dokola ropnia i przyczynić się przez to do uogólnienia zapalenia otrzewnej. Za mniej niebezpieczny sposób uważam próbne otwarcie jamy brzusznej, naturalnie w przypadkach ciężkich, połączonych z zadrażnieniem otrzewnej: jest on przytem o całe niebo pewniejszy. Zamiast zapalenia wyrostka znajdzie się zapewne czasem inne cierpienie, jak pęknięcie trąbki w ciąży zamacicznej, skręcenie szypuły guza jajnikowego, *pyosalpinx*, ostrą niedrożność przewodu pokarmowego i t. p., ale przecież i te cierpienia wymagają wczesnej chirurgicznej pomocy tak, że operacja próbna stanie się i w tych przypadkach, mimo błędnego rozpoznania, radykalną i ratującą.

Powtarzam: najważniejszą rzeczą jest znać objawy zapalenia wyrostka robaczkowego po za ciążą i pamiętać o tem, że choroba ta wystąpić może podczas ciąży.

7) Przechodzimy wreszcie do leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego w ciąży. Nie jest ono w zasadniczych rysach inne, niż leczenie po za ciążą. Zajmuje nastu, naturalnie, nie leczenie choroby jako takiej, tylko zachowanie się nasze podczas napadu. Nie potrzeba tłumaczyć, że nikt chyba nie przedsięwzięnie operacji *à froid* podczas ciąży u pacjentki, która kiedyś przed ciążą miała napady tej choroby. O ile operacja zapobiegawcza nie jest więc zgoda na czasie podczas ciąży, o tyle leczenie i wskazówki dyetetyczne, mające na celu niedopuszczenie do napadu, są więcej, niż kiedykolwiekindziej wskazane. Nie mogąc usunąć tych niebezpieczeństw, jakie ze sobą przynosi ciąża przez wzrost macicy, zmianę topografii kiszek, ruchy płodu i skurcze, zwłaszcza porodowe, musimy tem skrzętniej dbać o to, żeby to niebezpieczeństwo nie przyszło z innej strony, a mianowicie

z powodu nieprawidłowej czynności kiszek. Konieczne więc będą przepisy dyetetyczne, mające na celu zwalczanie tak częstego podczas ciąży zaparcia żywota, wielka ostrożność w wyborze potraw z obawy przed powstaniem *enteritis*, która, udzielając się choremu wyrostkowi, wywołać może napad choroby, wreszcie unikanie ostrych środków przeczyszczających. Leczenie więc choroby jako takiej pomiędzy napadami ograniczyć się musi podczas ciąży do zapobiegania napadom.

Ważniejsza jest odpowiedź na pytanie, co robić, jeśli wystąpi ostry napad. Zapatrywania nasze na leczenie napadu po za ciążą są już mniej więcej ustalone. SONNENBURG ¹⁾ określa je w jednym zdaniu, jak następuje: „Zadanie lekarza podczas ostrego napadu perityflicznego polega przede wszystkim na tem, ażeby ognisko zapalne, o ile być może, zlokalizować, dopóki nie będzie rozstrzygnięta kwestya, czy operacya ma być zaraz, czy później wykonaną“.

Leczenie więc musi być z początku zachowawczem i polegać na zupełnym spokoju ciała, ze szczególnem uwzględnieniem spokoju przewodu pokarmowego. Nawet ci autorowie, którzy potępiają długie używanie makowca w wielkich dawkach (SONNENBURG), radzą jednak podawać ten lek pierwszego dnia choroby. Jeśli wśród tego leczenia choroba się lokalizuje i ogólny stan się poprawia, operacya może być odłożoną na później. Przeciwnie, jeżeli objawy zadrażnienia otrzewnej lub ogólnego ciężkiego schorzenia nie ustępują, operacya musi być wykonaną podczas napadu.

Tych samych zasad trzymać się musimy i podczas napadu w ciąży, przynajmniej w głównych zarysach. Zadać sobie jednak musimy pytanie, czy fakt istnienia ciąży utrudnia naszą decyzję operacyi, czy skutek tego, że chora jest ciężarną, starać się będziemy jak najdłużej leczyć ją zachowawczo, czy przeciwnie właśnie skutek tego powikłania zdecydujemy się

¹⁾ Die Aufgabe des Arztes bei der Behandlung eines acut auftretenden perityphlytischen Anfalles soll, bis die Entscheidung fällt, ob eine operative Behandlung gleich oder später einzuleiten ist, zunächst darin bestehen, möglichst den Entzündungsherd zu lokalisieren.

łatwiej na radykalny zabieg operacyjny? Zdaniem mojem, powinniśmy się w tych przypadkach rychlej zdecydować na radykalną operację, a to z tej przyczyny, że 1-o trudniej nam w tych powikłanych przypadkach zapanować nad sprawą chorobową i zwykłym lekowaniem przyczynić się do jej lokalizacji, a 2-do że nie dość wczesne zlokalizowanie choroby pociąga za sobą jeszcze groźniejsze następstwa, niż w przypadkach niepowikłanych.

Co do pierwszego punktu, to wystarczy mi powołać się na ustęp, w którym szczegółowo zastanawiałem się nad wpływem poronienia na przebieg *appendicitis*. Nie ulega wątpliwości, że mimo leczenia wyczekującego, mającego na celu spokój, może z przyczyny zadrażnienia otrzewnej macicy lub jej przydatków przyjść do przerwania ciąży, co zwłaszcza w późniejszych miesiącach obojętnem być nie może. W tych powikłanych ciążą przypadkach nie możemy poprostu zagwarantować jamie brzusznej spokoju potrzebnego do zlokalizowania sprawy, bo nie możemy zapobiedz skurczom ciężarnej macicy. Dlatego do leczenia wyczekującego nie mamy takiego zaufania, jak po za ciążą. Powikłania zresztą, występujące podczas tego wyczekiwania, są tak groźne, że z obawy przed nimi spieszyć się będziemy z zabiegiem operacyjnym.

Ciąża jako taka nie stanowi żadnego przeciwwskazania i tylko w późnych miesiącach utrudnia zabieg operacyjny. Powinien on być, o ile być może, radykalnym, gdyż pozostawienie chorego wyrostka może jeszcze podczas porodu dać powód do nowego, nawet śmiertelnego ataku, jak to prawdopodobnie miało miejsce w naszym III-cim przypadku. Z drugiej strony należy, naturalnie, unikać szukania wyrostka tam, gdzie to połączone jest z niebezpieczeństwem dla chorej.

Wartości wcześniej wykonanego zabiegu nie mogę oświetlić cyframi statystycznymi, gdyż tablica moja składa się z samych przypadków operowanych, lub takich, w których chorobę rozpoznano podczas sekcji. Naturalnie więc nieoperowane przypadki skończyły się wszystkie śmiercią. W literaturze opisano jednak cały szereg przypadków, w których to zbawienne działanie wcześniej wykonanego zabiegu jaskrawo się zaznacza, tak że z wielkim prawdopodobieństwem powiedzieć można, że p o p r a w a n a d w y r a z s m u t n y c h

wyników leczenia tego cierpienia w ciąży da się uzyskać tylko na drodze wczesnego, o ile być może, radykalnego chirurgicznego działania.

O przerwaniu ciąży sztucznem, proponowanem przez niektórych autorów, nie wspominam z umysłu, uważając ten zabieg za wprost przeciwwskazany i niebezpieczny.

III.

Appendicitis w położu.

O *appendicitis* w położu wiemy uderzająco mało i gdyby nam przyszło oprzeć się tylko na tem, co wiemy z odnośnego piśmiennictwa, musieliśmy przyjść do przekonania, że cierpienie to jest w położu niezwykle rzadkie. Tak jednak nie jest; przeciwnie, mam to przekonanie, że jest to cierpienie stosunkowo częste, ale prawie nigdy nie rozpoznawane. Przyczyna tego dziwnego zjawiska leży przedewszystkiem w tem, że mając przed sobą położnicę z gorączką, bólem w dolnej części brzucha i miejscowem lub ogólnem zapaleniem otrzewnej, nie staramy się najczęściej o dokładne wybadanie punktu wyjścia choroby tak, jak to zmuszeni jesteśmy czynić w ciąży, lub u kobiety po za okresem płodzenia, i rozpoznajemy zakażenie położowe (*febris puerperalis*). Co najwyżej określamy anatomiczną siedzibę zakażenia i rozstrzygamy, czy jest *endometritis*, *parametritis*, *perimetritis*, *salpingo-oophoritis* i t. d. z naturalnym dodatkiem *puerperalis*; w nielicznych przypadkach tylko bierzemy w rachubę rzeżączkę, jako moment etiologiczny cierpienia. O tem, żeby to mogło być ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, zwykle wcale się nie myśli. A przecież ktoś z nas nie widział przypadków, w których mimo braku rzeżączki występowało po porodzie ostre śmiertelne zapalenie otrzewnej, lub też cierpienie zapalne po prawej stronie macicy o przebiegu niezupełnie jasnym. Naturalnie, że i w tych przypadkach najczęściej zakażenie położowe było źródłem i przyczyną choroby, ale niewątpliwie niektóre przypadki były zwykłą *appendicitis* nierozpoznaną.

Podobnie, jak podczas ciąży, rozpoznać możemy powikłanie to napewno tylko wtenczas, kiedy cierpienie stwierdzamy naocznie podczas operacji lub na stole sekcyjnym, cały więc szereg przypadków lekkich pozostać musi wątpliwym. Zanim zużytkuję przypadki ogłoszone w literaturze, pragnąłbym przytoczyć cztery historie choroby. Dotyczą one położnic, u których rozpoznałem zapalenie wyrostka robaczkowego. Tylko u dwóch zaszła potrzeba operacji, która potwierdziła rozpoznanie. U dwóch innych nie zdołano rozstrzygnąć nasuwających się wątpliwości. Żadnej z tych chorých nie obserwowałem klinicznie, zapiski przeto są niedokładne.

Przyp. VII-my (20/XI 1902). R. K. lat 25. Rodziła 3 razy, ostatni raz przed 3-ma miesiącami. Wszystkie ciąży i porody przebyła prawidłowo, nigdy nie miała objawów ze strony ślepej кишки. W tydzień po ostatnim porodzie wystąpiły dreszcze, gorączka i bóle w prawym boku, które to objawy zaostrzyły się znacznie 13/XI. Pacjentka zgłosiła się do mnie 20/XI.

Była wówczas ciężko chora — ciepłota nie przekraczała 38°, ale tętno było powyżej 100. Nad prawą pachwiną opór bardzo bolesny, który topograficznie może odpowiadać wypocinie obok ślepej кишки. Wypuk bębenkowy nad całą jamą brzuszną, nieznaczna bębniaca. Wyraźna obrona mięśniowa nad *caecum*. Badanie wewnętrzne, utrudnione z przyczyny wielkiej bolesności, wykazuje małą, dobrze zwiniętą macicę i prawidłowe przydatki po obu stronach. Ani w jamie DOUGLAS'a, ani w tkance łącznej okółomaciczej oporów niema. Rozpoznałem *appendicitis perforativa* i odesłałem chorą do kliniki chirurgicznej, gdzie prof. KADER potwierdził rozpoznanie i wykonał 22 XI zabieg operacyjny. Chora uleczona opuściła klinikę i zgłosiła się do mnie 14/XI 1903 w 9-tym miesiącu ciąży. Żadnych przypadłości ze strony wyrostka nie doznaje. W przypadku tym leczono chorobą czas dłuższy na zapalenie natury położowej, spowodowane zakażeniem podczas porodu. Ta pomyłka rozpoznawcza naraziła chorą na bardzo długą chorobę i omal nie przyprowadziła o utratę życia.

Przyp. VIII. P. G. lat 37. Rodziła 5 razy prawidłowo, roniła 2 razy. Przed kilkunastu laty miała przebyć zapalenie ślepej кишки. Ostatni poród odbył się prawidłowo w pierwszych dniach Grudnia 1902 bez obecności lekarza. Zachoro-

wała w kilka dni potem, a 12-go dnia po porodzie widział ją poraz pierwszy lekarz ordynujący. Znalazł ją wtenczas w stanie bardzo groźnym. Gorączką wysoka, tętno szybkie i nikłe, silne bóle w dołku podsercowym, wymioty i zaparcie stolca. Ordynujący lekarz pan D-r CZESŁAW GÓRSKI, przypuszczając w pierwszej chwili, że ma do czynienia z zakażeniem połogowym, podejrzewał zmiany zapalne na otrzewnie w sąsiedztwie macicy, nie znalazł ich jednak mimo skrzętnego badania i już wówczas wyraził przypuszczenie, że chodzi tu nie o zwykłe zakażenie połogowe, ale o inne powikłanie połogu.

Leczenie, jakie zastosował, doprowadziło do zupełnego ustąpienia gorączki i wszelkich objawów chorobowych. Dnia 24-go Grudnia chora czuła się tak dobrze, że odbyła pieszo przechadzkę dwukilometrową, a w nocy z 20 na 27 Grudnia zachorowała nagle wśród objawów podobnych, jak przed dwoma tygodniami. Wezwani lekarze p. D-r GÓRSKI i D-r NODZIŃSKI znaleźli ciepłotę podwyższoną, brzuch mocno wzdęty i bolesność w okolicy wątroby i spojenia łonowego. Towarzyszyło temu zupełne zaparcie stolca i zatrzymanie gazów. Wezwany do chorej w kilka dni później, znalazłem osobę, na której twarzy rysowało się ciężkie schorzenie. Ciepłota podwyższona, tętno bardzo nikłe i szybkie. Zupełne zaparcie stolca i częste wymioty. Brzuch bardzo wzdęty o rysujących się pętlach jelit. Bolesność całej jamy brzusznej, większa może po stronie lewej, niż prawej. Nigdzie oporów chorobowych. Badanie oburęczne, z powodu bębnicy bardzo utrudnione, nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, a specjalnie żadnej wypociny. Na naradzie wykluczyliśmy sprawę połogową i zgodnie doszliśmy do przekonania, że może tu chodzić albo o ostrą niedrożność przewodu pokarmowego, albo o atak *appendicitis*; — w jednym i drugim przypadku cierpienie powikłane jest ogólnym zapaleniem otrzewnej. Wszyscy trzej skłanialiśmy się więcej do rozpoznania *appendicitis*, opierając się na tem, że jest to nawrót tego samego cierpienia, które niedawno pacjentka szczęśliwie przeżyła. Ten fakt, że choroba idzie nawrotami, czynił nieprawdopodobnem rozpoznanie ostrej niedrożności, za którą wiele innych szczegółów przemawiało. Aczkolwiek stan chorej nie pozostawiał prawie żadnej nadziei, pragnąc jednak wyczerpać wszelkie możliwe sposoby leczenia, zaproponowaliśmy operację. Niestety rodzina nie zgodziła się początkowo na zabieg, i dopiero 3-go dnia po naradzie wezwano kol. Doc. D-ra RUTKOWSKIEGO, który wykonał laparotomią. Znalazł rozlane zapalenie otrzewnej, które, zdaniem jego, wychodziło z wyrostka robaczkowego. Chora wkrótce po operacji zmarła.

P r z y p. IX. N. N. lat 19. Była zawsze zdrowa. Za mąż wyszła przed rokiem. W drugiej połowie ciąży żaliła się

na bóle w okolicy biodrowej prawej, tak, że na tym boku sy-
piał nie mogła. Poród odbył się prawidłowo. Z a r a z po
porodzie poczuła silny ból po stronie prawej w okolicy ślepej
kiszki, a w kilkanaście godzin po porodzie zauważono gorącz-
kę i wymioty. Wezwany do chorej 8-go Grudnia znalazłem:
ciepłotę wysoką, tętno szybkie; brzuch lekko wzdęty prócz
okolicy ślepej kiszki, która była bardzo bolesna i lekko opor-
na. Macica i przydatki normalne. odchody prawidłowe, żad-
nych zmian w częściach płciowych.

Wszystkie objawy zdawały się przemawiać za rozpozna-
niem *appendicitis*, podobnie, jak i wywiady. Dalszy przebieg
nie zdołał rozproszyć wątpliwości. Chora gorączkowała jesz-
cze około 14 dni, poczem odpłynęła z pochwy gęsta, cuchnąca
ropa i gorączka spadła. Nie ulega wątpliwości, że w ten spo-
sób mógł się dobrowolnie wyleczyć każdy ropień, leżący w *pa-
rametrium* lub *perimetrium*; bez wątpienia jednak w tych miej-
scach mogą rozwinąć się ropnie, powstałe wskutek zmian
w wyrostku robaczkowym, i znane są przypadki, w których
właśnie przez przebicie do pochwy następowało dobrowolne
wyleczenie.

P r z y p. X. M. D. lat 23. Jest to ta sama chora, która
przebyła zapalenie wyrostka robaczkowego w IV-m miesiącu
ciąży i była wówczas operowaną. Dokładną historję choroby
podałem powyżej. Chora ta po porodzie zachorowała wśród
objawów ostrego, rozlanego zapalenia otrzewnej i mimo za-
biegu operacyjnego zmarła. Kwestya, czy choroba wyszła tu
z wyrostka robaczkowego, nie została rozstrzygnięta, jednak,
jak wyżej wspomniałem, jest rzeczą bardzo prawdopodobną,
że nie było to zwykłe zakażenie płożowe, tylko smutne za-
kończenie sprawy, której pierwszy akt rozegrał się w IV-ym
mies. ciąży. Gdyby nie ten fakt, że poprzednio rozpoznano
appendicitis ponad wszelką wątpliwość, nie mielibyśmy pod-
staw do innego rozpoznania, jak *peritonitis septica puerperalis*.

W literaturze opisano rzeczywiście nie dużo przypadków
appendicitis w położu.

W roku 1898 zebrał ich PINARD 3, w roku 1899 FIEUX 6
przypadków, w roku 1903 BOIJE 8, a PORAK i DANIEL 9. Poni-
żej przytaczam 14 przypadków, choć przypuszczam, że przy
skrętnem poszukiwaniu możnaby ich znaleźć więcej. Dwa-
naście z nich znalazłem w piśmiennictwie, a dołączam do nich
te dwa własne, w których rozpoznanie zostało podczas opera-
cyi stwierdzone. Przypadki te opisali po jednym: NOBLE, VI-
NAY, DIEULAFOY, ROSTOWCEW, KRAJEWSKI, FIEUX, BUDIN, MUNDÉ,
LEPAGE, PORAK i DANIEL, MARX i FRAENKEL.

QUILLARD w swojej rozprawie z 1901 r. pisze: „... skoro *appendicitis* wikała stan puerperalny (*l'état puerpéral*), dzieje się to najczęściej podczas ciąży, — przeciwnie w położu jest ona rzadkością“. Na to zapatrywanie absolutnie zgodzić się nie mogę i to z następujących przyczyn. Największa ilość przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w położu nie bywa należycie rozpoznana i uchodzi za następstwo zakażenia połogowego. Ponieważ ani w przypadkach plastycznych (nie ropnych) wysięków połogowych, ani podczas zapalenia połogowego otrzewnej nie wykonywa się laparotomii, w razie zaś wytworzenia się ropnia ogranicza się do jego przecięcia, przeto tylko w wyjątkowych przypadkach za życia, a po śmierci tylko wtenczas, jeśli wykonano dokładne obdukcję, dochodzi się do prawdziwego rozpoznania.

Przeciwnie w ciąży każdy przypadek miejscowego lub ogólnego zapalenia otrzewnej budzi interes, powoduje najczęściej operację, a w razie śmierci przeszukuje się całą jamę brzuszną, chcąc znaleźć *a priori* niejasny punkt wyjścia. Ale jeśli i ten wzgląd pominiemy, to przecież cyfra 14 przypadków nie jest bynajmniej tak małą. Naturalnie nie możemy jej porównywać z cyfrą przypadków podczas całej ciąży, która trwa 10 miesięcy księżycowych. Jeśli przyjmiemy na chwilę (*quod non*), że zapalenie wyrostka robaczkowego jest tak w ciąży jak i w położu powikłaniem przypadkowym, to z góry przewidywać musimy, że w 28 dniach położu przydarzy się 10 razy mniej przypadków, niż w 280 dniach ciąży. Jeśli tak zapatrywać się będziemy na rzecz, uznać musimy, że 14 przypadków w położu nie jest cyfrą względnie dwa razy większą, niż 69 przypadków w ciąży. Inna rzecz, jeśli przyjmiemy, że zapalenie wyrostka w ciąży jest powikłaniem czysto przypadkowym, w położu zaś bywa nadto następstwem porodu, wtenczas cyfra 14 wyda nam się w porównaniu z cyfrą 69 małą. Tymczasem rzecz się ma, zdaniem mojem tak, że i ciąża i poród, każde w inny sposób przyczyniają się do wywołania nawrotu choroby. Przypuszczam nawet, że poród jest urazem silniejszym. To też w wszelkiem prawdopodobieństwie powiedzieć możemy, że w położu wydarza się to cierpienie względnie i bezwzględnie częściej, niż podczas ciąży.

Prócz zwykłych zadrażnień otrzewnej wywołać może *appendicitis* w położu zapalenie w tkance łącznej okolicznej

cznej (*parametritis*), które TREUB dokładnie na podstawie kilku przypadków opisał. Opis jego zgadza się w zupełności z tem, co mówi OLSHAUSEN. Chodzi tu o wysięki nieropne w *parametrium*, które obejmują macicę z obu stron, zstępując z dołu biodrowego prawego. Zupełnie podobny przypadek spostrzegalem niedawno w położu. Odznaczał się on w przeciwstawieniu do przypadków TREUB'a wielką uporczywością.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego podczas położu jest trudne, w wielu wypadkach jednak możliwe, jeśli, przystępując do rozpoznania, ma się to cierpienie na myśli. W czterech wyżej przytoczonych przypadkach opierałem rozpoznanie na następujących czterech cechach: 1) Możliwość wybadania ropnia w okolicy ślepej kiszki i wykazania braku związku tego ropnia z zupełnie zdrowymi częściami płciowymi (przypadek VII). Da się to wybać naturalnie tylko w późniejszych dniach położu i w przypadkach, gdzie nie przyszło do zajęcia całej jamy otrzewnowej. 2) Charakterystyczne nawroty cierpienia z wybitnymi objawami ze strony przewodu pokarmowego, przedzielone od siebie okresem zupełnego zdrowia (przypadek VIII-my). 3) Pojawienie się objawów chorobowych bezpośrednio po porodzie, który nie trwał długo i był prawidłowy, zwłaszcza u osób, które już przed porodem żaliły się na tępy ból w miejscu ślepej kiszki (przypadek IX-ty). Nie może to być żadną miarą zwykłe zakażenie położowe, gdyż ono bez względu na drogę, którą jad dostaje się do otrzewnej, wymaga pewnego czasu. Naturalnie, że tak nagle i szybko pojawiać się mogą i inne cierpienia (*ileus, torsio tumoris ovarii, ruptura abscessus ovarii, ruptura sactosalpingis purulentae ecte.* 4) Wywiady, które pouczają, że chora przed porodem przebyła napewno zapalenie wyrostka robaczkowego (przyp. X-ty). Bez wątpienia taka osoba może też uleść zakażeniu położowemu, w każdym jednak razie w przypadkach wątpliwych mają wywiady wielkie znaczenie.

Jeszcze trudniejsze będzie rozpoznanie, jeśli w położu wytworzy się z przyczyny zapalenia wyrostka robaczkowego zapalenie tkanki łącznej (*parametritis*). TREUB podaje następujące cechy tego cierpienia: bardzo twarda konsystencya, początek cierpienia po stronie prawej, w dalszym przebiegu objęcie szyi macicznej wysiękiem (*kragenförmige Umwuche-*

rung), potem szybkie rozprzestrzenienie się po stronie lewej, brak ropienia, szybkie wessanie wysięku; najdłużej mają się wessaniu opierać resztki wysięku w zewnętrznym odcinku prawego więzu szerokiego.

Nie zdaje mi się, żeby cechy te miały być niezmiennie, przedewszystkiem zaś może się zapewne w niektórych przypadkach wytworzyć ropienie (*phlegmone parametriti*), w innych sprawa nawet bez ropienia trwać może długo. Zależnem to będzie od natężenia infekcyi i od nawrotu cierpienia. W przypadku, który spostrzegałem, wszystkie cechy, podane przez TREUB'a, były wyraźne, tylko sprawa trwała bardzo długo i przedstawiała nawroty.

Nawet tam, gdzie wszystkie cechy TREUB'a występują wyraźnie, odróżnienie *parametritis puerperalis* od *parametritis ex appendicitide in puerperio* nie będzie łatwem. Zupełnie ściśle rozpoznanie ułatwią wyżej przytoczone objawy choroby, jak uderzająco wczesne jej wystąpienie, wywiady i skłonność do nawrotów.

Czy r o k o w a n i e w *appendicitis in puerperio* jest inne, niż w przypadkach niepowikłanych, na to nie można odpowiedzieć na podstawie przypadków, które zebrałem. Powołując się na uwagi, jakie poczyniłem, mówiąc o prognozie cierpienia tego w ciąży, mogę wyrazić przypuszczenie, że w połogu będzie ono więcej zbliżone do rokowania w przypadkach niepowikłanych. Odpadnie tu mianowicie niekorzystne działanie skurczów macicznych i ewentualnego poronienia lub porodu.

W l e c z e n i u trzymać się należy ściśle zasad ogólnych, odnoszących się do *appendicitis* niepowikłanej, przyczem naturalnie fakt, że mamy do czynienia z położnicą, nie może nas powstrzymać od wykonania operacyi tam, gdzie ona jest wskazana.

Appendicitis a choroby kobiece.

Mówiąc na wstępie tej pracy o przyczynach, dla których zapalenie wyrostka robaczkowego tak żywo zajmować musi ginekologa — podniosłem w 4-ym punkcie, że cierpienie to wywrzeć może fatalny wpływ na stan części płciowych kobiecych.

Omawiając tę sprawę, nie mam zamiaru rozwodzić się obszernie nad kwestią stosunku *appendicitis* do chorób kobiecych, kwestią opracowaną dokładnie, a w wyczerpujący sposób zestawioną w monografii FRAENKL'a. Ograniczę się tylko do udowodnienia powyższego twierdzenia.

U chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego widziano i opisano najrozmaitsze cierpienia kobiece, więc zmiany zapalne w przydatkach lub w tkance łącznej okołomaciczej, zmiany w położeniu macicy, guzy jajnikowe, włókniaki macicy i t. d. Łatwo zrozumieć, że niektóre z tych cierpień były powikłaniem przypadkowym, inne mogły być następstwem lub przyczyną choroby wyrostka. Do tej drugiej kategorii należą naturalnie w pierwszym rzędzie sprawy zapalne przydatków i tkanki łącznej okołomaciczej. Są one też powikłaniem najczęstszem i sama ta częstość przemawiać się zdaje za tem, że jest pewien związek przyczynowy między temi cierpieniami, choć z drugiej strony nie można i o tem zapominać, że zapalenia przydatków macicznych należą wogóle do najczęstszych chorób kobiecych.

Autorowie, zastanawiający się nad sprawą związku przyczynowego między *appendicitis* a *adnexitis*, podnoszą zupełnie słusznie, że 1) związek ten może wcale nie istnieć, a obie choroby mogą się znaleźć obok siebie zupełnie przypadkowo;

2) zapalenie wyrostka może stać się przyczyną zapalenia przydatków; 3) odwrotnie zapalenie przydatków może być cierpieniem pierwotnem, *appendicitis* zaś następową. Pierwsze przypuszczenie nie wymaga naturalnie dowodzenia, gdyż rozumie się samo przez się. Trudniejsze nieco jest udowodnienie twierdzenia drugiego i trzeciego. Wszyscy autorowie, zastanawiający się nad tą kwestyą, przyjmują obie możliwości t. j. że *appendicitis* może się stać przyczyną zapalenia przydatków i odwrotnie, że *adnexitis* może spowodować zapalenie wyrostka robaczkowego. Przy uważnem czytaniu spostrzedz jednak można, że niektórzy autorowie uważają wyrostek, inni przydatki za częstszy punkt wyjścia choroby, nie wykluczając i odwrotnej możliwości. Do pierwszej grupy należy FRAENKEL, KRUG, ME LAREN, ROUTIER, do drugiej DELAGÉNIÈRE, BARNSBY, EDEBOHLS i DUEHRSEN.

Osobiście skłaniam się raczej do zapatrywania pierwszej grupy autorów i sędzę, że częściej choroba wyrostka powoduje zmiany w przydatkach, niż odwrotnie. Skłania mnie do tego po pierwsze iakt, że spostrzegałem trzy przypadki (które poniżej opiszę), gdzie niewątpliwie zapalenie wyrostka było cierpieniem pierwotnem, i jeden, w którym związek przyczynowy nie dał się rozstrzygnąć, nigdy zaś nie widziałem przypadku, w którymby cierpienie przydatków spowodowało było niewątpliwie chorobę wyrostka robaczkowego.

Powtórę zdaje mi się, że gdyby sprawy zapalne przydatków (choroba niezmiernie częsta) wywoływały zapalenie wyrostka robaczkowego, to jednak *appendicitis* powinna być częstszą u kobiet niż u mężczyzn, podczas gdy jest co najwyżej równie częstą. Potrzebie łatwiej zrozumieć przejście choroby z wyrostka na przydatki, nie odwrotnie. Tak jedno jak i drugie cierpienie zwykło się zaczynać od zmian na błonie śluzowej. Otóż gdy trąbka otwartą jest do jamy brzusznej i wszelka w sąsiedztwie tego otworu tocząca się zakaźna sprawa zapalna przenieść się może na błonę śluzową, to wyrostek jest zamknięty i droga z zewnątrz do jego błony śluzowej prowadzi przez otrzewną i warstwę mięsną. Zmiany w krążeniu, wywołane przez sprawę zapalną w sąsiedztwie trąbki, mogą usposobić jej błonę śluzową do przyjęcia zakażenia, zmniejszyć jej naturalną odporność. Nie przeczę, że stać się może i odwrotnie, tak, jak to opisuje DUEHRSEN, w każdym razie jednak

fakt, że trąbka jest otwarta przemawia za tem, że na nią a raczej do niej łatwiej może przejść zakażenie z jamy brzusznej, niż do wnętrza zdrowego wyrostka robaczkowego. Rzecz tę może rozstrzygnąć praktyka oparta na licznych szeregu odnośnych przypadków, naturalnie, doszczętnie operowanych, a więc statystyka, do której nie prędko dojdziemy. Przyczyną tego jest fakt, że w leczeniu zmian zapalnych przydatków panuje dziś wszechwładnie (i słusznie) kierunek zachowawczy, sprawiający, że zasadniczo, nawet w przypadkach ciężkich, staramy się uniknąć operacyi, a tam, gdzie do tego jesteśmy zmuszeni, wybieramy najczęściej drogę przez pochwę. W latach osiemdziesiątych zeszłego wieku, kiedy operowano bardzo często *per abdomen* chore przydatki maciczne, nie zwracano znowu uwagi na wyrostek. Ten zbieg okoliczności sprawia, że tych przypadków powikłań widzimy na stole operacyjnym bardzo nie wiele, co najwyżej te, w których objawy *appendicitis* wysuwają się na pierwszy plan, są wyraźne i niewątpliwe, do przypadków tych bowiem nie stosuje się konserwatywnych zasad leczenia przydatków, tylko radykalne zapatrywania na leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Niektórzy autorowie sądzą, że w przypadkach powikłania *appendicitis* cierpieniem trąbek ważną rolę w ocenianiu punktu wyjścia pierwotnej choroby odgrywa stwierdzenie faktu, czy choroba trąbek jest obustronna, czy też ogranicza się tylko do jednej i to prawej trąbki (BINKLEY). Zapatrywanie to jest do pewnego stopnia słusznem, ale tylko w tych przypadkach, gdzie zmiany ropne (*pyosalpinx*) znajdujemy wyłącznie w prawej trąbce, podczas gdy lewa jest zupełnie zdrowa. Jeśli w tych przypadkach jest też i *appendicitis*, to prawie na pewno uważać ją musimy za chorobę pierwotną. Zgola inne znaczenie ma fakt ropienia w obu jajowodach, i błędnem jest zdanie, jakoby w tych przypadkach zapalenie wyrostka nie mogło być przyczyną choroby. Przedewszystkiem wyrostek robaczkowy może leżeć w głębi miednicy małej w równej odległości od obu ujść brzusznych trąbek, i ropień dokoła tego wyrostka może spowodować zmiany w obu jajowodach. Ale pomijając nawet ten rzadki zbieg okoliczności, musimy przyjąć, że zapalenie ropne koło wyrostka, w zwykłym miejscu leżącego, może wywołać zmiany zapalne naprzód w jednej, potem w drugiej trąbce. Zakażenie z jamy otrzewnowej do trąbki dostaje się przez

aspirację dzięki ruchom migawkowym nabłonków trąbek. W ten sposób może, jak wiadomo, prątek gruźliczy przeszczepić się z chorejłotrzewny na zdrową błonę śluzową trąbki. Otóż po zamknięciu się otworu brzusznej trąbki prawej (a zamknięcie takie odbywa się rychło w przypadkach ostrych zapaleń) cały ruch aspiracyjny skierować się musi ku ujściu trąbki lewej, która, jeśli nie musi, to w każdym razie może uleść z kolei zakażeniu. Stać się to może w ten sam sposób, w jaki jajko odbywa zewnętrzna wędrówkę“ (*äussere Ueberwanderung des Eies*) z prawego jajnika do ujścia trąbki lewej i to nie tylko u człowieka, gdzie ujścia trąbek mogą leżeć bardzo blisko siebie, ale i u zwierząt, u których jajniki i trąbki leżą w okolicy nerek. Tak więc fakt, że obok *appendicitis* znajdujemy ropienie w obu jajowodach, nie wyklucza bynajmniej punktu wyjścia choroby z wyrostka, tem mniej zaś usprawiedliwia przyjęcie odwrotnego porządku t. j. pierwotnych zmian w trąbkach — a następnego schorzenia wyrostka.

Rozpoznanie tego powikłania nastręcza wielkie trudności; szczególnie trudne jest wykazanie, że prócz zmian w przydatkach, które stwierdzić można oburęcznem badaniem, istnieje zapalenie wyrostka robaczkowego. Tylko w przypadkach, w których objawy *appendicitis* zaznaczają się wyraźnie i w których rzecz toczy się *in virgine*, w przypadkach więc, w których etyologia zmian w trąbkach jest w inny sposób trudno zrozumiała, można rozpoznać z pewnem prawdopodobieństwem zapalenie przydatków, wywołane przez *appendicitis*. Pamiętać jednak należy i tutaj o możliwości *salpingitis tuberculosa* obok zapalenia wyrostka robaczkowego.

Leczenie wynika z rozpoznania. Ponieważ najczęściej rozpoznajemy tylko zmianę przydatków, przeto leczyć je będziemy w zwykły sposób.

W przypadkach, w których albo uporczywość cierpienia albo groźne objawy skłonia nas do leczenia operacyjnego, ważny jest wybór drogi—*per vaginam* czy *per laparotomiam*? Zupełnie słusznie zwraca DELAGÉNIÈRE uwagę na ten szczegół. Faktem jest, że jeśli prócz zapalenia przydatków istnieje i *appendicitis*, operacja przez pochwę, choćby najradykałniejsza, będzie zabiegiem połowicznym, gdyż tą drogą nie zdołamy najczęściej dojść do wyrostka i jego stanu ocenić, względnie usunąć go. Udało się to wprawdzie dwa razy DUEHRSEN'OWI,

jednak i on uważa to za zdarzenie wyjątkowe. Pozostawienie zaś wyrostka tam, gdzie całe cierpienie ginekologiczne jest tylko następstwem *appendicitis*, uważać musimy za błąd, mogący pociągnąć za sobą groźne niebezpieczeństwo wkrótce po operacji. DOLÉRIS opisuje przypadek, w którym pacjentka zmarła w 7-y m dniu po *hysterectomia vaginalis* z przyczyny *appendicitis perforativa*, o której istnieniu nie myślano zgoła za życia chorej. Z uwag tych wynika, że we wszystkich tych przypadkach, w których operując chore przydatki podejrzewa się istnienie zapalenia wyrostka, należy wybrać drogę *per abdomen*.

Jako przykład, do jakiego stopnia dojść mogą zmiany w częściach płciowych wewnętrznych w przebiegu *appendicitis*, posłużyć może przypadek, który operowałem w pierwszych miesiącach 1902 i który pokrótce przytaczam.

P r z y p a d e k XI. K. S., l. 62, przyjęta 27. I. 1902.

W y w i a d y: Rodziła prawidłowo 10 razy. Przed 14-lety miała ją przebódź krowa, przyczem zadała jej głęboką ranę w okolicy pachwinowej prawej.

W 4 lata później odbył się poród prawidłowy, po którym miesiączka już nie powróciła (chora miała wówczas 52 lat). W lipcu 1901 r., a więc w 13 lat po urazie, a 9 lat po porodzie utworzył się w pachwinie prawej guz bolesny, który przecięto w szpitalu krośnieńskim. Z guza wypłynęła ropa. W listopadzie 1901 poczuła ból w boku lewym nad pachwiną i wypuklenie brzucha w temże miejscu. Opór, który wówczas miał mieć wielkość jaja kurzego, powiększa się i sprawia jej dolegliwości.

B a d a n i e: Miażdżyca tętnic. Płuca bez zmian. Sutki zmarniałe, odżywienie wogóle liché. Brzuch wiotki, wypukłony nieco nad pachwiną lewą. Śledziona macalna, twarda. W dolnej części powłok brzusznych widać dwie blizny. Pierwsza po ranie, zadanej rogiem krowy, sięga od okolicy kolca biodrowego prawego ponad więzłem POUFART'a i równolegle do niego aż ponad spojenie łonowe. Blizna ta 19 ctm. długa jest nierówna, błada. Poniżej leży blizna druga, wyraźnie świeższa, różowa, krótsza i równiejsza. Leży ona ponad spojeniem i sięga końcem do *tuberculum pubicum*, obok którego czuć wrota przepukliny pachwinowej drożne dla palca. Pacjentka podaje, że od dłuższego czasu pojawia się i znika guzek w pachwinie prawej, który widocznie odpowiada przepuklinie. W pachwinie lewej również przepuklina, ale o wrotach węższych.

Nad pachwiną lewą guz bolesny, twardy nieruchomy, o powierzchni nierównej, który sięga na wewnątrz do linii

środkowej, na zewnątrz nie dochodzi na 3 palce do kolca biodrowego lewego, w dole graniczy z więzłem POUFART'a, ku górze zaś sięga na cztery palce ponad ten więz. Odgłos wypukowy ponad tym guzem bębenkowo-przytłumiony. Okolica lędźwiowa po obu stronach bolesna.

Badanie wewnętrzne nie wiele nam rozjaśnia. Czuć przez pochwę dolny odcinek wyżej opisanego guza, bolesny, twardy, jakby w pewnej odległości od sklepienia bocznego leżący, przez co nie robi wrażenia nacieku w tkance łącznej *parametrii*. Zresztą nic pewnego wy badać nie można z powodu bolesności. Ciepłota stale ponad 37° , waha aż do $38,1^{\circ}$ przez 8 dni obserwacji przed operacją.

Operacja 4. II. 1902. Narkoza chloroformowa. Cięcie poprowadzono przez największą wypukłość guza ponad lewą pachwiną. Po przecięciu napotkano zwój kiszek cienkich zrosniętych pomiędzy sobą i z guzem leżącym w głębi. Po mozolnem oddzieleniu kiszek natrafia się na lewe przydatki, leżące w nacieku zapalnym. Tak trąbka, jak i jajnik zropiałe. Oddzielając je powoli i ostrożnie, dochodzi się do rogu macicy, również z jelitami zrosniętej. Dla ułatwienia zabiegu chwycyło kleszczykami MUSEUX trzon macicy celem podniesienia jej ku górze, przyczem z otworu wklucia zaczyna się wydostawać ropa z jamy macicy. Fakt ten zmusza do amputacji macicy, którą wykonano po bardzo mozolnem oddzieleniu jej od pęcherza i od zrosniętych z nią kiszek. Macica mała, starcza, przedstawia się jako wiotki worek o ścianach cienkich, wysłany wewnątrz błoną granulacyjną i wypełniony rzadką ropą. Podczas amputacji macicy natrafia się na ropień, leżący głęboko w okolicy przydatków prawych. I te przydatki okazują się zropiałymi, przyczem ropny naciek, otaczający je, sięga aż do okolicy ślepej кишки. W ropie abscessu, leżącego po prawej stronie macicy, poniżej przyczepu trąbki, znajduje się typowy kamień kałowy. Wyrostka robaczkowego nie znaleziono, gdyż prawdopodobnie uległ zgorzeli.

Celem stworzenia dobrego odpływu, otwarto jamę DOUGLAS'a do pochwy i przeprowadzono tamtędy dren, idący z pochwy przez jamę DOUGLAS'a na zewnątrz przez ranę brzuszną, nadto wytamponowano dolny kąt rany i jamy po ropniach gazą jodoformową. Przebieg pooperacyjny był dość powikłany. Dnia 24-go marca 1902 r. opuszcza chora szpital w stanie zupełnego zdrowia.

W przypadku tym było przyczyną cierpienia zapalenie wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem i wydostaniem się kamienia kałowego do jamy otrzewnowej. Za tem przemawia znalezienie tego kamienia, dalej fakt, że już na pół roku przed operacją chora przeżyła atak zapalenia po stronie pra-

wej z wytworzeniem się ropnia, który przecięto, dalej ten szczegół, że naciek zapalny sięgał aż w okolice ślepej кишки. Wyrostka wobec bardzo wielkich technicznych trudności zabiegu nie znaleziono, mimo to jednak rozpoznanie zdaje się być niewątpliwem. Długotrwałe ropienie w jamie brzusznej stało się u tej chorej przyczyną zropienia nie tylko przydatków po obu stronach, ale nadto i macicy. Badanie drobnowidzowe wykazało w macicy tkankę ziarninową i ropne zmiany zapalne.

Tak daleko posunięte zmiany w częściach płciowych w następstwie *appendicitis* należą naturalnie do rzadkości. W przypadkach *appendicitis simplex* bez przedziurawienia wyrostka i bez wytworzenia się ropnia mogą zmiany, wywołane przez atak zapalny, ograniczyć się do zrostów. Zrosty te dotyczą niekiedy samego tylko wyrostka i jego najbliższego otoczenia, w przypadkach jednak, w których wyrostek zwisa do miednicy małej i leży blisko przydatków macicznych, zrosty te wytworzyć się mogą i w ich otoczeniu.

Jako przykład, że tak dzieje się w rzeczywistości służyć może następujący przypadek, który spostrzegałem w ostatnich czasach wspólnie z kol. SURZYCKIM i RUTKOWSKIM.

Przypadek XII. Panna Z. O., l. 20 była zawsze zdrowa. Peryod bywał regularny, bolesny. Dnia 13-go stycznia 1904 r. zachorowała wśród objawów zapalenia otrzewnej w dolnej części brzucha z gorączką, wzdęciem, silnymi bólami po stronie lewej nad pachwiną, nudnościami, wymiotami i utrudnieniem w oddawaniu moczu. Około 17-go stycznia stan jej był tak groźny, że budził poważne obawy. Dnia 7-go marca wstała z łóżka, a już 10-go marca położyła się znowu i leżała do 27-go marca. Żaliła się wówczas na ból po obu stronach nad pachwinami. Dnia 9-go kwietnia 1904 r. położyła się poraz trzeci do łóżka. Objawy były wówczas podobne jak w styczniu, z tą różnicą, że nasilenie cierpienia było mniejsze, a bóle lokalizowała chora po stronie prawej w okolicy ślepej кишки.

Wśród choroby peryody spaźniały się o kilka dni i były obfitsze.

Kol. SURZYCKI, który chorą leczył i któremu te daty zawdzięczam, wzywał kol. RUTKOWSKIEGO i mnie kilkakrotnie na poradę. Badanie w początku choroby nie dawało pewnych wyników i dopiero podczas napadu kwietniowego można było wykazać przez odbytnicę, że po stronie prawej w okolicy *fossa*

ovarii znajduje się opór wielkości śliwki, nieodpowiadający jajnikowi, który po ustąpieniu gorączki i ostrego stanu znacznie się zmniejszył. Opór ten był bardzo bolesny, nieruchomy i nie okazywał żadnego związku z częściami płciowemi wewnętrznymi. Macica od początku choroby w styczniu leżała bardzo znacznie na lewo przesunięta. W częściach dodatkowych nie było zmian wyraźnych.

Rozpoznanie, z początku niepewne, brzmiało po badaniu w kwietniu: *appendicitis*. Kol. Surzycki nakłonił chorą do radykalnej operacyi, którą wykonał kol. Rutkowski 3-go maja b. r. Podczas zabiegu można było stwierdzić, że wyrostek bardzo długi i gruby zwisa do niednicy małej, jest na całej przestrzeni zrośnięty z otoczeniem i przekrwiony. W miednicy małej liczne zlepy, między którymi nagromadziła się ciecz wypocinowa w postaci torbieli. Macica odsunięta na lewo. Dokoła prawej trąbki liczne zlepy, jajnik leży w pobliżu rogu macicy zlepiony z otoczeniem. Lewych przydatków nie można było wy badać przez ranę po stronie prawej zadaną. Wyrostek usunięto, ranę zaszyto niezupełnie—pozostawiając seton gazy. Przebieg pooperacyjny idealny.

Nie potrzebuję tłumaczyć, że takie zlepy i zrosty, zwłaszcza rozległe, mogą wyrzucić najgorszy wpływ na czynność części płciowych i spowodować nie tylko ciężkie objawy podmiotowe (*dysmenorrhoea*) ale nadto i nie płodność; na ten szczegół zwraca uwagę ZWEIFEL.

Tylko wielkie statystyki, oparte na dokładnych spostrzeżeniach, odpowiedzieć mogą na pytanie, jak często zapalenie wyrostka staje się przyczyną niepłodności kobiecej. Sprawę tę uważam za rzecz pierwszorzędnej wagi. Odegra ona wielką rolę w ocenieniu ciężkości powikłań *appendicitis* ze strony części płciowych kobiecych i może, a nawet powinna, być postawioną na równi z powikłaniami, zagrażającemi życiu. Do sprawy tej powrócę jednak później.

Prócz bezwzględnej niepłodności mogą jednak zrosty w zakresie trąbek, pozostałe po zapaleniu wyrostka, spowodować inne groźne powikłania ginekologiczne. Mam tu na myśli ciążę trąbkową. Chociaż etiologia tego cierpienia nie jest do dziś dnia zupełnie jasna, to jedno nie ulega jednak wątpliwości, że jedną z najczęstszych przyczyn tego cierpienia są zmiany pozapalne w trąbce lub dokoła niej. Przytaczam tu przypadek, spostrzegany niedawno, który na związek ten rzuca pewne światło.

Przypadek XIII. Pani X. X., l. 24 zameżna od kilku miesięcy. Miewała jako panna napady bólów po prawej stronie i jeden z lekarzy wybadał podczas takiego napadu opór po tejże stronie. W kilka miesięcy po ślubie wyraźne objawy ciąży trąbkowej prawej, wśród której przychodzi do pęknięcia i wylania się krwi płynnej do wolnej jamy brzusznej bez wytworzenia krwisteku. Operacja tego samego dnia u chorej w najwyższym stopniu niedokrewnej. Amputacja ciężarnej trąbki (6—8 tygodni ciąży). Dokoła chorej trąbki i wyrostka robaczkowego, leżącego nisko i skierowanego ku miednicy małej, stare zrosty nitkowate i taśmowate. Stan chorej nie pozwolił mi wykonać amputacji wyrostka, nie okazującego zresztą zapalnych zmian lub zgrubień w ścianach. Przydatki lewe zdrowe bez zrostów. Chora odzyskała zupełnie zdrowie, nie jest jednak dotąd ($\frac{1}{2}$ roku po operacji) ciężarną.

Można przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem, że przebyte przed szeregiem lat napady *appendicitis simplex* stały się pośrednio, przez wytworzenie zrostów, przyczyną ciąży zamacicznej.

Przypadki ciąży zamacicznej, powikłanej przez zapalne zmiany wyrostka, opisali: BLACK, DUEHRSEN i KRUEGER. Wspomina o nich mimochodem i SONNENBURG.

Podczas gdy BLACK (wedle JARCA) i KRUEGER nie zastanawiają się nad kwestyą, które z tych cierpień jest pierwotnem, to DUEHRSEN wypowiada zdanie, że w jego przypadku zmiany w wyrostku były następowemi. W krótkim odczycie na zjeździe chirurgów nie znajdujemy jednak dowodów na to twierdzenie. DUEHRSEN pisze: „*Auch in zwei anderen Fällen war die Erkrankung des Wurmfortsatzes eine secundäre, indem..... in dem anderen Falle einer Tubarschwangerschaft, der sehr lang ausgezogene Processus vermiformis und das Rectum mit dem Uterus zusammengewachsen das Dach einer Haematocoe bildeten*“. Nasunąć się tu musi myśl, że choroba wyrostka spowodowała zrosty w otoczeniu macicy i stała się pośrednio przyczyną ciąży zamacicznej. Krótki opis tego przypadku nie pozwala na wyprowadzanie zbyt daleko idących wniosków.

To samo przypuszczenie co do przyczynowego związku można zrobić odnośnie i do dwóch przypadków KRUEGER'a „*wo bei Tubargraviditäten der Appendix mit dem Fruchtsack derb und fest verwachsen war*“. Przypuszczenie to jest tem bardziej usprawiedliwione, ile że żadna z chorych KRUEGER'a nie prze-

bywała zapaleń ginekologicznych, po którychby mogły pozostać tak twarde i mocne, a więc niewątpliwie stare zrosty. Rozpoczynający się rozkład krwi w krwisteku, zrosniętym z wyrostkiem robaczkowym, w drugim przypadku KRUEGER'a dowodzi, że powikłanie to może mieć bardzo ciężkie następstwa.

Prócz zmian w przydatkach może *appendicitis* spowodować zapalenie w łącznej tkance okołomaciczej (*parametritis*). Jak wyżej wspomniałem, widziałem taki jeden przypadek w położu. TREUB i OLSHAUSEN opisali dokładnie to cierpienie, jak to nadmienilem w ustępie o położu. Zajmują się niem również SONNENBURG, HERMES i inni.

Niektórzy autorowie, między innymi OLSHAUSEN i SONNENBURG wypowiadają zdanie, że zapalenie tkanki łącznej pozaotrzewnowej szerzy się z okolicy wyrostka ku miednicy małej, wzdłuż tkanki objętej zdwojeniem otrzewnowym, t. zw. *plica genito-enterica* (TREITZ), zwanem też *ligamentum CLADO-DURAND*, lub *ligamentum ilio-ovaricum*.

Bałamutne pojęcia o tym fałdzie otrzewnowym rozjaśnione zostały należycie przez NAGEL'a i WALDEYER'a. Czy ma ono jakie znaczenie dla szerzenia się zapalenia w przypadkach *appendicitis*, trudno rozstrzygnąć. Wiadomo, że i bez tej anatomicznie wskazanej drogi szerzyć się może sprawa zapalna w tkance pozaotrzewnowej w innych kierunkach np. w *paranephrium*. Jeden szczegół zasługuje jednak na uwagę, t. j., że fałd ten mieści w sobie tętnicę, spłot żylny, naczynia limfatyczne i nerwy (*art. ovarica, plexus venosus ovaricus [pampiniformis], vasa lymphatica et plexus nervosus arteriae ovaricae*). Jak wyżej wspomniałem, to sąsiedztwo naczyń żylnych i chłonnych może sprzyjać uogólnieniu zakażenia, sąsiedztwo zaś nerwowych spłotów może odgrywać rolę przy powstawaniu napadowych bólów. Powszechnie zwracają uwagę na fakt, że dość znaczny odsetek kobiet, cierpiących na zapalenie wyrostka robaczkowego, skarży się na bóle podczas miesiączkowania (*dysmenorrhoea*). FRAENKEL zebrał w swojej monografii z r. 1901 odnośną literaturę i twierdzi, że bóle te miesiączkowe występują nie tylko u kobiet, mających w następstwie *appendicitis* chore przydatki maciczne, ale nadto u takich, które żadnych zmian chorobowych w zakresie części płciowych, a nawet czasem zrostów dokoła wyrostka nie okazują. Bóle miesiączko-

we u kobiet pierwszej grupy są łatwo zrozumiałe, w drugiej grupie mają zdaniem FRAENKL'a mieć podstawę „czysto funkcyjonalną albo nerwową”. Ta czynnościowa czy nerwowa, *dysmenorrhoea* cechować się ma według DELAGÉNIÈRE'a tem, że bóle występują wczesnie, czasem przed pojawieniem się krwi, miesiączka zaś pojawia się często nieregularnie i ze spóźnieniami. Nasuwa się myśl, że przyczyną bólów miesięczkowych u kobiet, należących do tej grupy, jest bezpośrednie sąsiedztwo wyrostka z naczyniami i nerwami, przebiegającymi w *plica genito-enterica*. Nieznaczne nawet nacieki zapalne, lub zmiany po takich naciekach w tkance pozaotrzewnej dokoła naczyń i nerwów jajnikowych sprawiać mogą to, że rozszerzenie spłotów żylnych, wywołane przez towarzyszące miesięczce przekrwienie, powodować może bóle przez ucisk na nerwy. W ten sposób wyjaśnić można i ten szczegół, że ból występuje czasem jeszcze przed pojawieniem się krwi, a więc z chwilą rozpoczęcia się znacznieszego przekrwienia.

Zakończenie.

Praca niniejsza miała na celu wykazać, że nauka o zapaleniu wyrostka robaczkowego może i powinna obchodzić ginekologa i położnika. Staralem się w niej udowodnić na podstawie cudzych i własnych spostrzeżeń, że zapalenie to, toczące się w zakresie przewodu pokarmowego, nie jest bynajmniej obojętne dla sąsiadujących z chorym narządem części płciowych kobiecych, że przeciwnie, poza wszelkimi niebezpieczeństwami *appendicitis* jako takiej, jest jeszcze jedna grupa niebezpieczeństw, mających swoje źródło w tym właśnie wpływie zapalenia wyrostka na części płciowe kobiece. Zbierając w najkrótszych słowach to, co wyżej obszernie opisałem, powiedzieć można, że *appendicitis* stać się może pośrednią lub bezpośrednią przyczyną poronienia, zakażenia wnętrza ciężarnej lub połogowej macicy, śmierci płodu, niepłodności, ciąży zamacicznej, zapalenia ropnego przydatków macicznych, *parametritis*, bólów miesiączkowych (*dysmenorrhoea*).

Dodajmy do tego, że przebieg *appendicitis* jako takiej doznać może przez niektóre z tych powikłań bardzo znacznego pogorszenia. Ten spis powikłań i następstw zapalenia wyrostka jest nietylko długi, zawiera on nadto tak niezmiernie ważne pozycye, że nietylko skłonić powinien ginekologa do zapoznania się z tem chirurgicznym cierpieniem, ale nadto zmusić powinien chirurgów czy internistów, leczących kobietę chorą na *appendicitis*, do dokładniejszego zapoznania się

z wpływem tej choroby na anatomiczny stan i czynność części płciowych. Takie poznanie istotnego stanu rzeczy nie powinno i nie może pozostać bez wpływu na rokowanie i leczenie. Dowodzi ono, że *appendicitis* u kobiet nie może być postawiona na równi z tą samą chorobą u mężczyzn, gdyż prócz zwykłych niebezpieczeństw, które sama choroba w sobie mieści bez względu na to, jakiej płci jest indywiduum chore, jest jeszcze jedna grupa niebezpieczeństw właściwa tylko płci żeńskiej. Mieści ona, jak starałem się wykazać, poważne *plus* i to dwójakiego rodzaju, jedno w postaci pogorszenia przebiegu samej choroby pierwotnej, drugie, co najmniej równie ważne, w postaci zniszczenia prawidłowej czynności narządu rodnej kobiety. Uznanie niebezpieczeństw pierwszego rodzaju wpłynąć musi na jakość leczenia choroby, zrozumienie doniosłości powikłań drugiego rodzaju skłonić powinno do racjonalniejszego leczenia nie *appendicitis*, ale osoby chorej na *appendicitis*. Zapalenie wyrostka leczone zachowawczo tak, że wyrostek stał się zdrowym, ale kobieta wyniosła z choroby niepłodność, takie zapalenie zostało wyleczone, ale kobieta zyskała jedno z największych kalectw.

Jeśli staniemy na chwilę na stanowisku czysto ginekologicznem, to powiedzieć musimy, że każda *appendicitis*, objawiająca się atakami z wytworzeniem wypociny i to tak *appendicitis simplex*, jak i *perforativa* u kobiety przed zgaśnięciem czynności genitalijów, a więc u kobiety miesiączkującej lub jeszcze nie miesiączkującej, powinno być leczone radykalnie. Żądamy tego w obronie zagrożonych czynności części płciowych kobiet. To stanowisko czysto ginekologiczne jest naturalnie jednostronne, gdyż przed przystąpieniem do operacji ocenić się musi wagę samego zabiegu i porównać ją z wagą niebezpieczeństw, jakie wyczekiwanie za sobą pociąga. Musi się też uwzględnić nietylko ciężkość, ale i prawdopodobieństwo powikłań ginekologicznych i ich częstość. Z drugiej strony i takie stanowisko nazwać musimy jednostronnem, w którym

ma się na oku tylko leczenie chorego narządu, a nie uwzględnia powikłań choćby dla życia niebezpiecznych, i przez to niesłusznie piętnuje się radykalne zapatrywania autorów francuskich mianem „operative Extravaganzen“, jak to czyni FRAENKEL.

Nie *furor operativus*, ale dobrze zrozumiany interes chorych, ale troska o najważniejszą czynność ich ustroju t. j. o czynność rozrodczą, ale wreszcie chęć uchronienia ich przed jednym z najstraszniejszych kalectw t. j. niepłodnością każe nam ginekologom stanąć w obozie radykalnym.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) M. A r t h u r. Gestation complicated by appendical abscess. The Amer. Journ. of obst. XXXI p. 181.
- 2) B a r b a t. Posiedzenie Akad. med. w Kalifornii z dn. 26 Marca 1901.
(ref. Monatschr. f. Geb. u. Gynaek. XIV, 1901).
- 3) B a r n s b y. Sur les appendicites d'origine annexielle. Revue de gyn. et de chirur. abdom. 1898.
(ref. Centr. f. Gynaek., 1899 Nr. 14, str. 399).
- 4) B e a u s s e n a t. Revue de gyn. et de chirur. abdom. 1897.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1897. Nr. 35, str. 1068).
- 5) B e r r y R. J. A. The Anatomy of the coecum.
(Anat. Ant. X. 1895).
- 6) B e r r y R. J. A. The Anatomy of the vermiform appendix.
(Anat. Anz. X. 1895).
- 7) B i n k l e y. Posiedz. Towarz. ginek. w Chicago 19 Stycznia 1894.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1894, Nr. 30, str. 730).
- 8) B o i j e. Ueber Appendicitis während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettes.
(Mittheil. aus der Gynaek. Klinik von Ot to Engström. T. V. z. 1 1903).
- 9) B r a n d t K. Norsk. Mag. for Lægevid. 1900.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1901 Nr. 26, str. 774).
- 10) B r y a n t. Annals of Surgery.
(February 1893, str. 164).
- 11) C a m p i o n e. IV Międzynar. Zjazd w Rzymie.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1902. Nr. 46, str. 1235).
- 12) C l a d o. Societé de Biologie, 1891.
- 13) O' C o n o r. Glasgow med. Journ. 1899.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1900, Nr. 17, str. 459).
- 14) D e l a g é n i è r e. Des relations de l'appendicite et des affections des annexes.
(Annales de gynec. et d'obst. 1897, t. 47, str. 544).
- 15) D o l é r i s. Hysteréctomie vaginale. Mort par appendicite avec perforation.
(La Gynécologie, Aout 1899).
- 16) D u e h r s s e n. Ueber gleichzeitige Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane. (Verhand. der deut. Gesell. f. Chirurgie) 28 Congr. 1899, str. 608).
- 17) D u r a n d. Le ligament ilio - ovarien (appendiculo-ovaricum de Clado)
(Progrès medical. 1895, Nr. 27).

- 18) E d e b o h l s. Wanderniere und Appendicitis etc.
(Centr. f. Gynaek. 1898, Nr. 40, str. 1084).
- 19) E d e b o h l s. New-York Journ. of gynaec. and obst. 1894.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1894, str. 1079).
- 20) F a l k O t t o. Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynaekologen.
(Centr. f. Gynaek. 1900, Nr. 7, str. 193).
- 21) F e h l i n g. Ueber schwere nicht infektiöse Puerperalerkrankungen
Anh. zum Jahresber. der Stuttgart. Entbindungsanst.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1883, str. 12).
- 22) F i e u x. Appendicite, déclarée 27 jours après l'accouchement.
(Compt. rendus de la société d'obstets. etc. Paris. 5 mai 1899).
- 23) F i l i m o w s k i. Topografia wyrostka robaczkowego.
(Przegląd lekarski 1903, Nr. 17).
- 24) F o c h i e r. Lyon médical. 1904.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1901, Nr. 26, str. 775).
- 25) F o w l e r. Niemieckie tłum. Landerera.
(Ueber Appendicitis. Berlin 1896).
- 26) F r a e n k e l. Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynaek.
(Samml. klin. Vortr. Neue Folge. Nr. 229, 1898).
- 27) F r a e n k e l. Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.
(Saml. klin. Vortr. Neue Folge Nr. 323, 1901).
- 28) F ü t h. Die Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Adnexe.
(Sitzung der Gesell. f. Geb. in Leipzig 21 Nov. 1898. Centr. f. Gynaek. 1899, Nr. 1, str. 17).
- 29) L e G e n d r e. Appendicite et grossesse (Révue prat. d'obst. et de pédiatrie. Juillet 1897, p. 200).
- 30) H a g a p o f f. Annales de gynéc. 1900, t. 59, str. 160.
- 31) H e r m e s. Ueber einige Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane.
(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie t. 50, str. 444, 1899).
- 32) H e r r g o t t. Appendicite et accouchement.
(Annales de gynéc. 1900, t. 54, str. 151).
- 33) H i r s t. Appendicitis and pregnancy.
(Amer. Journ. of Obst. t. XXXI str. 393).
- 34) H l a w a c e k. Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen der weiblichen Genitales etc.
(Monatsch. f. Geb. u. Gynaek. t. VI, str. 327).
- 35) J a r c a. Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches.
(Thèse de Paris 1898).
- 36) K a u f f m a n n. Zeitsch. f. Geburt. u. Gynaek. t. 46, 1901, str. 393.
- 37) K e l l y. John Hopkins Hospital Baltimore 22/I 1900.
(ref. Monatsch. f. Geb. u. Gynaek. t. XI, str. 875).
- 38) K l e c k i. Contribution à la pathogénie de l'appendicite. (Extr. des Annales de l'Institut Pasteur. Juin 1899).

- 39) K o r n. Sitzungsber. der gynaek. Gesell. in Dresden, 5 Febr. 1885.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1885, str. 444).
- 40) K r a f f t. Révue méd. de la Suisse rom. 1893, Nr. 12.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1894, str. 1359).
- 41) K r a j e w s k i. Epityphlitis.
(Przegląd chirurgiczny 1903).
- 42) K r ö n i g. Bacteriologie des weiblichen Genitalkanales von Menge u.
Krönig 1897, II, str. 107 i 224.
- 43) K r u g. Dyskusya nad odczytem Edebohla.
(patrz l. 19 tego spisu).
- 44) K r ü g e r. Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Ge-
nitalorganen.
(Deutsche Zeitsch. f. Chir. t. 45, 1897).
- 45) M c. L a z e n. Amer. Journ. of Obstetr. 1900).
(ref. Centr. f. Gynaek. 1900, Nr. 45, str. 1212).
- 46) L e n n a n d e r. Ueber Appendicitis und ihre Beziehungen vom chi-
rurg. Standpunkt aus beurtheilt.
(Saml. klin. Vortr. Neue Folge Nr. 75, 1893).
- 47) L e o p o l d. Dyskusya nad odczytem Korn'a.
(patrz l. 39 tego spisu).
- 48) M a r t i n. Zur Topographie der Keimdrüse.
(Zeitschr. für Geb. u. Gynaek. t. 35, str. 516).
- 49) M a r x. (ref. Monats. f. Geb. u. Gynaek. XI, str. 1149).
- 50) M e y e r E. v. według Hlawacka
(p. l. 34 tego spisu).
- 51) M i e h i e. Pregnancy complicated with suppuration within the pelvis.
(Brit. Gynaec. Journ. 1895, str. 160).
- 52) M ü l l e r. Die Krankheiten des weiblichen Körpers 1888, str. 110.
- 53) M u r e t. Dyskusya.
(p. Krafft l. 40 tego spisu).
- 54) N a g e l. Beitrag zur Anatomie der weiblichen Beckenorgane.
(Arch. f. Gynaek. t. 53, 1897, str. 557).
- 55) N e u g e b a u e r. Bericht über die im allgem. Krankenhause in Mäh-
risch—Ostrau operativ behand. Fälle von Appendic.
(Prager med. Wochensch. 1900, Nr. 37 i 38).
- 56) O p p e n h e i m e r. Cyt. według Hlawacka.
(p. l. 34 tego spisu).
- 57) O u i. Appendicite au cours de la grossesse. Opération. Mort.
(Société d'obst. de gynéc. et de pédiatrie. Séance de 9 Mars
1903).
- 58) P i n a r d. De l'appendicite dans ses rapports avec la puerperalité.
(Annales de gynéc. Mai 1893, str. 345).
- 59) P i n a r d. Appendicite et grossesse.
(Annales de gynéc. Mars 1899, str. 177).
- 60) P i n a r d. Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendici-
te dans ses rapports avec la grossesse.
(Bull. de l'acad. de méd. 6 Mars 1900).

- 61) **Porak et Daniel.** Appendicite calculeuse perforante après l'accouchements.
(Comptes rend. de la société d'obstetr. etc. t. V, 1903, l. str. 13).
- 62) **Quillard.** De l'appendicite chez la femme.
(Thèse de Paris 1901).
- 63) **Robinson.** Dyskusya nad odczytem Binkleya.
(p. l. 7 tego spisu).
- 64) **Rostowcew.** Perityflit u beremennych.
(Medicinskoje Obozrenje T LVII, 1902, Nr. 9, str. 691).
- 65) **Routier.** Appendicite et salpingite.
(Annales de gynec. 1898, Decemb. str. 405).
- 66) **Rudeaux.** Appendicite au cours d'une grossesse etc.
(Société d'obst., de gynec. et de paediatr. de Paris. 2 fevr. 1900).
- 67) **Sänger.** Dyskusya nad odczytem Fütha.
(p. l. 28 tego spisu).
- 68) **Scheel.** Clevel. med. gazette 1900, Nr. 3.
(ref. Cent. f. Gyn. 1902, str. 295).
- 69) **Semb.** Norsk. Mag. for Lægewid. 1900. str. 652.
(ref. Cent. f. Gyn. 1901, Nr. 26, str. 773).
- 70) **Shoemaker.** Philad. med. Journ. 1898.
(ref. Cent. f. Gyn. 1899, Nr. 31, str. 844).
- 71) **Smith.** Britsch med. Journ. 1897, Oct. 16.
(ref. Cent. f. Gyn. 1898, Nr. 25, str. 678).
- 72) **Sonnenburg.** Pathol. u. Therapie der Perityphlitis.
- 73) **Stinson.** Nephrorrhaphie und gleichzeitige Entfernung des Appendix etc.
(Centr. f. Gyn. 1899, Nr. 28, str. 853).
- 74) **Tixier.** Société des sciences méd. de Lyon.
(ref. Centr. f. Gyn. 1900, Nr. 42, str. 1114).
- 75) **Treub.** Appendic. et Parametr.
(Revue de gynec. et de chirurgie abdom. 1897 r. 2).
- 76) **Varnier.** La pratique des accouchements obstétrique journalière.
(Paris 1900).
- 77) **Veit.** Handbuch der Gynaekol.
(t. III, 2. str. 781).
- 78) **Villar.** Appendicite chez la femme.
(Annales de Gynécologie 52, 1899, str. 289).
- 79) **Vinay.** Lyon médical. 1898 Janv. 2.
(ref. Centr. f. Gynaek. 1899, Nr. 3, str. 95).
- 80) **Waldeyer.** Das Becken.
(Bonn. 1899, str. 530).
- 81) **Wells** New-York med. Acad. 25. l. 1900.
(ref. Mon. f. Geb. u. Gyn. XI, str. 873).
- 82) **Wertheim.** O położeniu wyrostka robaczkowego.
(Przegląd chirurgiczny 1902).
- 83) **Widerhauser.** Lecnicki Wiestnik 1899, Nr. 7.
(p. Falk l. 20 tego spisu).
- 84) **Zweifel.** Dyskusya nad odczytem Fütha.
(p. l. 28 tego spisu).

Biblioteka Główna WUM

Br.1897



000031090



www.dlibra.wum.edu.pl