

Doc. Dr. WACŁAW ŁAPIŃSKI.

**PRZEBIEG I LECZENIE ZAPALENIA
WYROSTKA ROBACZKOWEGO
U DZIECI.**

~~~~~

WARSZAWA

---

---

Druk. Józef Maij, Długa 46.

1930 r.



www.dlibra.wum.edu.pl

# **Biblioteka Główna WUM**



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

Z oddziału chirurgicznego  
Doc. Dr. W. Łapińskiego  
w szpitalu im. Karola i Marji  
dla dzieci.

Doc. Dr. WACŁAW ŁAPIŃSKI.

## Przebieg i leczenie zapalenia wrostka robaczkowego u dzieci \*).

Szanowni Koledzy!

Sprawa zapalenia wzrostka robaczkowego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci — pomimo, zdawałoby się, dokładnego i wszechstronnego jej opracowania — nie przestaje po dzień dzień budzić zainteresowania klinicystów, raz wraz zjawia się na porządku dziennym obrad lekarskich i wywołuje zawsze ożywione, a nie zawsze zgodne rozprawy.

Czyniąc zadość życzeniu Prezydjum Sekcji Pedjatrycznej obecnego Zjazdu, pozwolę sobie Szan. Kolegom w zarysie ogólnym uwydatnić, a raczej przypomnieć, cechy znamienne zapale-

---

\*) Odczyt wygłoszony w d. 28 września 1929 w Sekcji Pedjatrycznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie.

nia wyrostka robaczkowego u dzieci na podstawie spostrzeżeń w szpitalu im. Karola i Marji.

Siedliskiem tej choroby zakaźnej jest narząd niezmiernie bogaty w tkankę limfoidalną. Wiadomo, jak wielką rolę w patologii wieku dziecięcego gra tkanka limfoidalna, a przede wszystkim ta okolica ustroju, w której znajdujemy skupienia tej tkanki i w dodatku okolica jaknajbardziej narażona na działanie czynników zakaźnych: oczywiście mamy na myśli jamę nosowo-gardzielową, a więc migdały i wyrosła adenoidalne. Jest to wspólne podłoże anatomiczne z wyrostkiem robaczkowym: należy ustalić zgodnie ze spostrzeganiem klinicznym związek przyczynowy pomiędzy pierwotnymi, tak częstymi u dzieci cierpieniami jamy nosowo-gardzielowej i zapaleniem wyrostka robaczkowego. Z faktu powyższego wypływa wniosek praktyczny leczniczo-zapobiegawczy: jama nosowo-gardzielowa u dzieci, jak również jama ust (wyrostek zębodołowy) wymagają jaknajstarraniejszej pieczy i leczenia drobnych nawet zaburzeń i zmian chorobowych.

Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci jest chorobą typowo przewlekłą o początku skrytym, objawach łagodnych, które często nie znajdują należytej oceny wśród najbliższego otoczenia dziecka, a niekiedy i wśród lekarzy. Charakterystyczny obraz kliniczny przewlekłej sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego u dzieci jest następujący: dziecko wśród zwykłych codziennych warunków życiowych (podczas zabawy, przechadzki, pobytu w szkole, czasem po jedzeniu, niekiedy w nocy) uczuwa ból brzucha w okolicy prawej, lub w okolicy pępka, rzadziej bez umiejscowienia; dziecko chwyciła się ręką za brzuch, zgina się ku przo-

dowi, czasem przykucie; stan taki trwać może parę chwil, minutę i przechodzi bez śladu. Te krótkotrwałe przemijające, zazwyczaj niezbyt silne bóle powtarzać się mogą co dni parę, lub rzadziej, czasem codziennie, lub nawet parę razy na dzień, niekiedy przerwy trwają parę, lub kilka tygodni. Poza owemi bólami zazwyczaj (ale nie zawsze) spotykamy zaburzenia trawienia, a w takim razie najczęściej zaparcie, rzadko naprzemian zaparcie z biegunką; dość często występują nudności, niekiedy wymioty, przykry zapach z ust; czasem, lecz wogóle rzadko, zjawiają się nieznaczne podniesienia ciepłoty. U takich dzieci ponadto stwierdzamy zazwyczaj brak łaknienia i przyrostu wagi. Objawy powyższe, zwłaszcza jeśli występują nie w zespole i są słabego natężenia, często nie budzą niepokoju wśród otoczenia dziecka i są określane jako zwykła u dzieci „niestrawność”, a często uchodzą całkowicie uwagi rodziców; wykrywają je dopiero później umiejętnie zbierane wywiady.

W szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w ciągu 16-letniego istnienia szpitala przez oddziały wewnętrzny i chirurgiczny przeszło ogółem 571 chorych na wyrostek robaczkowy. W swojej statystyce uwzględniam tylko te przypadki, które były operowane, pomijam zatem przypadki, które przeszły przez mój oddział bez zabiegu, oraz przypadki przygodnego usunięcia wyrostka podczas operacji przepukliny. Mieliśmy 390 operowanych chorych, a 395 zabiegów operacyjnych (u 5 chorych z ograniczonym ropnym zapaleniem otrzewnej — wtórny doszczętny zabieg na zimno); w tej liczbie chłopców 171 (43,8%), dziewcząt 219 (56,2%). Otóż na 390 operowanych chorych 203, a więc

52% liczby ogólnej, czyli więcej niż połowa, należała do dopiero co omówionej grupy zapaleń przewlekłych rozmaitego natężenia. Należy na tem miejscu stwierdzić, że — wobec podawanej niekiedy w wątpliwość wartości rozpoznawczej objawu Mac Burney'a — u dzieci, zdradzających początkowe nikłe objawy przewlekłej sprawy zapalnej wyrostka, bolesność w punkcie Mac Burney'a jest bodaj stałym i pewnym objawem, potwierdzającym wskazanie do zabiegu operacyjnego. A operacja w tych lekkich napozór przypadkach wykrywa często i nieoczekiwane poważne zmiany w wyrostku i jego okolicach. U dzieci z nikłymi objawami podczas operacji spotykamy mniej, lub więcej rozległe zrosty wyrostka z kątnicą, z siecią, kolbowate wzdęcia, lub zwężenia wyrostka, przegięcia, rozpulchnienia śluzówki z wybroczynami krwawymi i t. p.

Operacja nawet najłagodniej przebiegającego, a niemniej jednak zawsze potencjalnie groźnego przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, jest zabiegiem klasycznym, zabiegiem z wyboru: nietylko bowiem usuwa źródło i przyczynę niedomagań dziecka, lecz ma ona i znaczenie zapobiegawcze, grupa bowiem zapaleń ostrych, do których teraz przechodzę, jest tylko dalszym ciągiem dopiero co omówionej grupy zapaleń przewlekłych. Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego u dzieci jest to mniej, lub więcej gwałtowne obostrzenie się tlejącej przewlekłej sprawy zapalnej; innemi słowy wszystkie dzieci dopiero co omówionej grupy pierwszej — zwłaszcza przy współdziałaniu usposabiających czynników postronnych (wszelkie infekcje, zwłaszcza angina, dalej uraz, uchybienia djetetyczne) — to

a priori predestynowani kandydaci na ciężkie przejścia ze strony swych odpowiednio przygotowanych wyrostków.

Dokładnie i skrzętnie zbierane wywiady wykażą i na to zawsze kładę nacisk szczególny — że w przypadkach ostrych, typowych, burzliwych napadów wyrostka robaczkowego u dzieci bodaj zawsze istniały zaznaczone wyżej niedoceniane, lekceważone, a jakże często wprost uchodzące uwagi otoczenia dziecka, objawy przewlekłego zapalenia wyrostka.

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega u dzieci o wiele groźniej i często bardzo podstępnie; objawy początkowe znane są powszechnie, a więc najczęściej w nocy nad ranem, czasem z wieczora nagle zjawiają się bóle brzucha ze strony prawej, lub z początku bez wyraźnego umiejscowienia i dopiero później uwydatniają się po stronie prawej, dalej wymioty, podniesienie ciepłoty. Cała trudność zagadnienia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego polega na tem, że nie możemy przewidzieć, w jakim kierunku pójdzie dalszy rozwój początkowego okresu ostrego napadu: czy sprawa się uspokoi pod koniec pierwszego dnia i najdalej w ciągu drugiego, czy też pójdzie naprzód i szybko nastąpi zgorzel wyrostka i teźże skutki tragiczne, czy też wreszcie — a przypadki takie zna każdy lekarz — nastąpi przejściowo uspokojenie pozorne i wprędce, po dniach paru mamy do czynienia z rozlanem ropnem zapaleniem otrzewnej.

Dużo światła na ten znany powszechnie obraz kliniczny rzuciły badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne.

Niezwykle cenne są badania histo-patologiczne A s c h o f f ' a wyciętych operacyjnie wy-

rostków; a więc przypomnę owe stożkowate nacieczenia białych ciałek w ścianie wyrostka o. rozszerzającej się podstawie w kierunku surowicówki, jakie spotykano już w wyrostkach, wyciętych w połowie pierwszego dnia napadu. O ile sprawa postępuje naprzód w takich miejscach mogą powstawać drobne ropnie śródścienne i jest sprawą zgoła przypadkową, czy ów ropień znajdzie swe ujście do uchyłka fałdy śluzówki, czy też nastąpi przedziurawienie surowicówki. W przypadkach jeszcze bardziej burzliwych następuje zgorzel ściany wyrostka nawet przed upływem godzin dwunastu.

Badania bakterjologiczne przypisują duży wpływ na stopień natężenia sprawy zapalnej w wyrostku czy to paciorkowcom beztlenowcowym o wielkiej złośliwości (Brütt, Heyde), czy też wedle Bazy, a u nas Kaczyńskiego -- prątkom okrężnicy: nasilenie objawów klinicznych stoi w związku z wzrastającą podczas sprawy zapalnej zjadliwością prątków przy wzmożonej przepuszczalności śluzówki wyrostka.

Jak już wspomniałem, nie mamy pewnych danych co do dalszego rozwoju i przebiegu rozpoczętego ostrego napadu; jednak spostrzeżenia kliniczne wskazują szereg t. zw. objawów groźnych, na które tak słusznie wielki nacisk kładzie Ombrédanne, a które decydują o wskazaniu do natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

Do rzędu owych objawów groźnych należy zaliczyć: szybkie rozszerzenie się bólu z okolicy dołu biodrowego na cały brzuch, duże deskowate napięcie mięśni prostych, niezwykle ostry, gwałtowny ból na samym początku choroby, zwiastun burzliwego ciągu dalszego (un



*coup de poignard dans le flanc* autorów francuskich), ciepłota 39° rano nazajutrz od początku napadu, dalej ów charakterystyczny, nie dający się ściślej określić zły wygląd („zła twarz”) i wreszcie niewspółmierność względnie niewysokiej ciepłoty z dużą szybkością tętna — nader cenny i pełen grozy objaw Jala-guier'a, np. w moich przypadkach: t° 37,5, p. 130; t° 37, p. 136; t° 37,8, p. 140.

Jako odpowiednik kliniczny zmian anatomicznych, na które wskazał A s c h o f f, przytoczę parę własnych przypadków ostrego zapalenia wyrostka, operowanych wcześniej t. j. przed upływem 24 godzin.

J. P. chłopiec l. 15. W wywiadach od półtora roku częste bóle brzucha, stolce zaparte. Nagle popołudniu wystąpił silny ból brzucha z ciepłotą 37,5°. Nazajutrz o godz. 10 rano przybył do szpitala w stanie średnio ciężkim: brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny przy obmacywaniu w części dolnej prawej, znaczne napięcie mięśni prostych, osłabienie odruchów skórnych brzusznych; t° 37,5, p. 116. Operacja przed upływem pierwszej doby: wyrostek krótki, mocno przekrwiony, kolbowaty w części obwodowej, z szarym nalotem przy wierzchołku.

M. D. chłopiec lat 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>. Przed sześciu miesiącami miał podobno atak zapalenia wyrostka, potem bywały charakterystyczne przejściowe bóle brzucha. W nocy nagle dostał wymiotów i bólów brzucha. O godz. 1-ej popołudniu przybył do szpitala w stanie dość ciężkim: wyraz twarzy niespokojny, język obłożony, ale wilgotny; brzuch umiarkowanie wzdęty, ze strony prawej wybitne napięcie mięśni prostych; t° 39, p. 140. Podczas natchmiastowej operacji w 12 godzin od początku choroby znaleziono trochę ropy w jamie brzusznej, jelita przekrwione, zrosty przekrwionej sieci, wyrostek w miednicy małej w zroście skręcony, przy wierzchołku przedziurawienie, które przykrywał kamień kałowy.

Sześciolatek W. A. od dwóch lat miewał nikiłe objawy przewlekłe; w nocy o godz. 3-ej ostry atak, o godz. 6-ej po południu przybył do szpitala w stanie średnio ciężkim, t° 38,6, p. 130. Wieczorem,

a więc w 18 godzin od początku choroby operacja: wyrostek przekrwiony, gruby, kolbowaty, pokryty szarym nalotem. Usunięty wyrostek miał zawartość krwawo-ropną, przy wierzchołku obszerne owrzodzenie, drażące od śluzówki przez całą grubość ściany i pokryte cienką, przeświecającą, jeszcze całą surowicówką,

We wszystkich trzech przytoczonych przypadkach stan dzieci był średnio ciężki pomimo zmian poważnych. Pozwolę sobie jeszcze wspomnieć o przypadku, dotyczącym dwunastoletniej dziewczynki, która późnym wieczorem przyszła z matką piechotą do szpitala po czterech dniach choroby w stanie niezłym ( $t^0$  37,6, p. 120), a wykonana operacja wykazała obecność dużej ilości mętnego rzadkiego płynu, a na długi i jak palec grubym wyrostku istniało duże zgorzelinowe przedziurawienie przy wierzchołku.

Jeżeli przeto ogarniemy krytycznie całość zagadnienia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci z wczesnymi zmianami anatomiczno-patologicznymi, z narastającą zjadliwością flory bakteryjnej i wreszcie z przebiegiem klinicznym często względnie złudnie łagodnym wobec grozy istotnego położenia, to jedynym logicznym wnioskiem w przypadku rozpoznanego poczynającego się ostrego zapalenia wyrostka będzie bezwzględne wskazanie do natychmiastowej, możliwie wczesnej operacji usunięcia wyrostka (w ciągu pierwszych 24 godzin) u niewyczerpanego jeszcze chorobą dziecka z widokami pełnego powodzenia.

Nieco inaczej i o wiele groźniej przedstawia się sprawa, jeśli chore dziecko przychodzi w połowie drugiego dnia, lub w trzecim, czwartym dniu choroby. Stosowany niemal do ostatnich czasów (przed 20 a nawet 10 laty)

wyczekujący sposób postępowania, inaczej sposób t. zw. ochładzania (lód na brzuch, makiem, bezwzględna djeta i t. p.) — droga, którą przebył w swoim czasie bodaj każdy chirurg — dzisiaj wobec wzrastającego doświadczenia klinicznego ostać się nie może: pod wpływem takiego postępowania może nastąpić doraźne złagodzenie i osłabienie objawów, jako to zmniejszenie się bolesności, obniżenie się ciepłoty; często jednak jest to poprawa pozorna i nagle występują objawy przedziurawienia wyrostka — zjawisko najzupełniej zrozumiałe wobec przytoczonych poprzednio danych anatomo-patologicznych. Zatem owo popularne do niedawna leczenie wyczekująco-ochładzające tylko maskuje istotny bieg sprawy zapalnej i zmusza później chirurga do operowania w warunkach o wiele mniej korzystnych, a często beznadziejnych. Dlatego należy stanąć całkowicie na stanowisku *Ombredanne'a* i przystąpić natychmiast do operacji napadu ostrego (2—3—4 dzień choroby), gdy istnieje choć jeden z wymienionych wyżej t. zw. objawów groźnych. Po wycięciu wyrostka robaczkowego jako siedliska choroby, owego „laboratorjum toksyn”, należy już w warunkach o wiele korzystniejszych w pełni stosować leczenie ochładzające, a dalej szczepionkę wielowartościową (*propidon*), wstrzykiwania podskórne roztworu soli, cukru gronowego, wreszcie wstrzykiwania śródmięśniowe krwi, ojca lub matki dziecka (10 do 20 ctm.<sup>3</sup>) codziennie, lub co drugi dzień, jako środka drażniącego ośrodki krwiotwórcze.

Czekać w pierwszych dniach ostrego napadu zapalenia wyrostka u dzieci można jedynie wówczas (względy raczej oportunistyczne) gdy zdecydowanie łagodne objawy nie budzą

żadnych obaw (*crisette, colique appendiculaire* autorów francuskich); czekać zaś należy, gdy występują objawy miejscowego ograniczającego nacieku w dole biodrowym prawym (guz, *plastron*), który u dzieci może powstać o wiele wcześniej, niż u dorosłych. Zabieg operacyjny w tym okresie tworzących się świeżych ograniczających sklein może spowodować ogólne zakażenie jamy otrzewnowej.

Trzeba jednak pamiętać, że rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w ciągu pierwszej doby, lub paru pierwszych dni może nierzadko nastrożać niemałe trudności, stąd odpowiedzialne wskazanie do zabiegu natychmiastowego, o jakim tu mowa, może być zrobione po wyłączeniu schorzeń o zbliżonym przebiegu klinicznym. Nie wchodząc w szczególności rozpoznawcze przytoczę cierpienia i stany chorobowe, z którymi mieliśmy do czynienia: zatrucie pokarmowe u małych dzieci, ostra niestrawność z wysoką ciepłotą, robaki, (skupienia dżdżownic), ostry stan zapalny miedniczek nerkowych, wymioty na tle acetonemji z ciężkimi objawami ogólnymi, dur brzuszny, wreszcie pamiętać należy o zapaleniu uchyłku Mèckel'a. Badanie krwi (leukocytoza), jakie w celach różniczkowo-rozpoznawczych w tych razach przeprowadzamy, jest cennym środkiem pomocniczym, ale nie zawsze miarodajnym.

Zatrzymam się nieco obszerniej na dwóch postaciach klinicznych o tem samym podłożu etjologicznem: na poczynającym się zapaleniu płuc i pneumokokkowem zapaleniu otrzewnej, a to ze względu, że mieliśmy szereg takich przypadków kierowanych do natychmiastowego zabiegu jako ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Różniczkowanie pomiędzy ostrym napadem wyrostkowym, a niektórymi postaciami zapalenia płuc oprzeć się musi z jednej strony na wywiadach (w zapaleniu płuc: nagły ból wyraźny z prawej strony brzucha, ból głowy, bardzo wysoka ciepłota, szybko zjawiające się odurzenie ogólne, czasem bredzenie) i z drugiej strony na krytycznym spojrzeniu i badaniu klinicznym (wypieki na twarzy u nieco zamroczonego, czasem bredzącego dziecka, krótki, szybki oddech, b. wysoka ciepłota do  $40^{\circ}$  i wyżej przy braku żywszych objawów ze strony otrzewnej, bolesność na ucisk raczej powierzchowny a nie głęboki tuż powyżej typowego miejsca punktu Mac Burney'a, później wyprysk; badanie fizykalne może już na drugi dzień stwierdzić chuchający z głębi oddech).

Różniczkowanie z pneumokokkowem zapaleniem otrzewnej nastrocza trudności o wiele poważniejsze, zwłaszcza w pierwszych dniach tej choroby. Jednak są pewne wyraźne poniekąd wytyczne cechy rozpoznawcze. Pneumokokkowe zapalenie otrzewnej zjawia się przeważnie u dziewczynek, najczęściej w okresie pierwszego dzieciństwa, rzadko u chłopców; ciepłota odrazu podnosi się do  $39^{\circ}$  —  $40^{\circ}$  i często trwa na tej wysokości, brzuch bolesny na całej przestrzeni, umiarkowanie wzdęty, a niekiedy miękki; w cierpieniu tem przeważnie spotykamy wolne, płynne wypróżnienia po kilka, lub kilkanaście razy na dobę; wygląd twarzy — raczej septyczny, nie otrzewnowy.

A ustalenie rozpoznania różniczkowego pomiędzy omawianymi dwoma schorzeniami jest nader ważne ze względu na antagonizm, istniejący co do następstw i co do wskazań do zabiegów operacyjnych: jeżeli w ostrem zapaleniu

wyrostka jest wskazana i rokuje najlepiej jak najwcześniejsza operacja, to naodwrot w pneumokokowym zapaleniu otrzewnej, w którym w pierwszych burzliwych dniach choroby rokowanie wogóle jest ciężkie, operacja wczesna rzadko kiedy ratuje dziecko, nie usuwamy bowiem, jak w zapaleniu wyrostka, źródła i siedliska zakażenia. Na zapalenie pneumokokowe patrzemy bowiem jako na umiejscowioną sprawę ogólnego zakażenia pneumokokowego ustroju (*pneumococcaemia*) i właśnie po zabiegu operacyjnym w początkowym ostrym okresie choroby spostrzegano świeże ogniska w płucach.

W czasach ostatnich w przypadkach spornych klinicyści francuscy zalecają doraźne poszukiwanie pneumokoków we krwi i muszą stwierdzić, że jest to dla chirurga nader cenny pomocniczy czynnik rozpoznawczy. Pneumokokowe zapalenie otrzewnej -- o ile dziecko przetrwa ostry groźny okres -- ma z biegiem czasu skłonność do pomyślnego pod względem rokowania tworzenia ograniczonych zazwyczaj wielkich zbiorników ropy z wylotem w kierunku pępka.

Wracając po tej może przydługiej, ale wcale nie zbędnej dygresji, do ostrych spraw zapalnych wyrostka, należy wskazać jeszcze na jeden niezmiernie ważny czynnik, przemawiający dobitnie właśnie u dzieci przeciw zwlekaniu z operacją w tym okresie choroby (3—4—wreszcie 5 dzień choroby). Siły obronne dziecka szybko wyczerpują się i słabną w walce z zakażeniem i przymusowy późniejszy zabieg operacyjny na poderwanym infekcją ustroju wydatnie pogarsza rokowanie. Powołam się w tym względzie na protokoły sekcyjne przypadków ropnego rozlanego zapalenia otrzewnej,

operowanych po tygodniu, lub później: we wszystkich przypadkach stwierdzono tłuszczowe zwyrodnienie narządów mięsnych, a więc wątroby, dalej śledziony, nerek a przede wszystkim mięśnia sercowego. Wystarczy raz zobaczyć taką wątrobę i taki mięsień sercowy, aby na zawsze uprzytomnić sobie, jakich spustoszeń w ciągu tygodnia, lub nawet dni kilku dokonać może infekcja w ustroju dziecka.

To też ropne rozlane zapalenie otrzewnej u dzieci daje rokowanie fatalne. Miałem na 390 dzieci, operowanych w szpitalu z powodu schorzeń wyrostka, 52 przypadki (13,3%) rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej w następstwie zgorzeli i przedziurawienia wyrostka, operowane niekiedy w stanie rozpaczliwym po siedmiu dniach choroby, a nawet później; zmarło 33 dzieci, a więc 63,5%. Jest to kolosalna odsetka, a jednak odpowiada ona statystyce innych oddziałów szpitalnych i klinik: na klinice w Lozannie 87,5%, w Bazylei 56,9%. Küstner na początku swej działalności profesorsko-klinicznej we Wrocławiu miał w tej grupie przypadków 82% śmiertelności, a przedziurawienie wyrostka i ropne zapalenie otrzewnej stanowiło aż 35% ogólnej liczby przypadków zapalenia wyrostka. Ta ostatnia cyfra dzięki energicznej propagandzie Küstnera wśród lekarzy i szerszych sfer społeczeństwa szybko spadła do 8%. I moje 52 przypadki rozlanego zapalenia otrzewnej z 63,5% śmiertelności należy podzielić na dwa okresy: w pierwszym dziesięcioleciu szpitala śmiertelność tych przeważnie późno operowanych przypadków wynosiła aż 83,3% (10 śmierci na 12 przypadków); w ostatnim zaś sześcioleciu wynosiła ona już 57,5%, (23 śmierci na 40 przypadków), z któ-

rych już pewna część była operowana we wcześniejszych, korzystniejszych dla chorego warunkach).

Jeśli w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka zjawia się naciek (guz) w okolicy prawego dołu biodrowego (nie zawsze przy talerzu biodrowym) — objaw umiejscawiania się sprawy chorobowej ze skłonnością do otorbienia się ogniska zazwyczaj ze współudziałem sieci — zabieg operacyjny, jak wiadomo, jest przeciwskazany. Naciek albo się wessie samoistnie (zjawisko najczęstsze), albo zawartość ropna guza opróżnia się przez odbytnicę; o ile badanie przez odbytnicę wykaże wyraźnie obecność guza w dole Douglasa, należy ropień otworzyć przez odbytnicę. Typowy guz nawet ropny w dole biodrowym (*plastron* autorów francuskich) ma u dzieci wielką skłonność do wsysania się; to też w latach ostatnich ograniczyłem wskazania do nacięcia guza: w pierwszym dziesięcioleciu szpitala na 118 operowanych przypadków 8 razy wykonano nacięcie ropnia w dole biodrowym, a w ciągu ostatnich lat sześciu na 272 operowanych przypadków tylko razy 2. Ten fakt kliniczny ma duże znaczenie, ile że podczas operacji ropnia ograniczonego w dole biodrowym bodaj nigdy nie możemy usunąć wyrostka; chorego zatem poza długim leczeniem pooperacyjnym czekać jeszcze może i b. często czeka doszczętna wtórna operacja w warunkach o wiele trudniejszych, nie mówiąc już o przepuklinie pooperacyjnej.

Większość dzieci, które przebyły jeden, lub parę ataków ostrych, czeka prędzej lub później (kilka tygodni, miesiący, rok, parę lat) — wobec mniej lub więcej stale powtarzających się dolegliwości i objawów wyrostkowych — za-



bieg operacyjny na zimno. Na 94 operacje (24,1%) wykonane na zimno po dawniejszych atakach rozmaitego natężenia w 5 przypadkach znaleźliśmy tak w przyśrodkowym, jak i w obwodowym odcinku wyrostka częściowe i zaledwie w dwóch całkowite zarośnięcie światła wyrostka; we wszystkich innych przypadkach pozostała drożność zmienionego patologicznie wyrostka, a więc możliwość ponownych ataków.

Popularna do niedawna nietylko wśród laików, ale i wśród lekarzy operacja na zimno jest często mniej, lub więcej ciężkim zabiegiem wobec przemieszczenia wyrostka i jego zrostów z kątnicą, z siecią, z dołem biodrowym. Nie należy jednak nigdy zbyt spieszyc się z operacją na zimno, na co często nalegają rodzice, czy to przerażeni przebyłym, a zwłaszcza wtórnym napadem, czy też kierowani innymi względami (wiek szkolny). Zwłaszcza długotrwałe nieznaczne podniesienia ciepłoty (37—37,2°), bez wyraźnych innych przyczyn, powinny ze strony chirurga wywołać zastrzeżenia poważne i sprzeciw stanowczy: znane są przypadki obostrzenia przez zabieg operacyjny przedczesny drzemiącej, jeszcze niezupełnie wygasłej sprawy zapalnej w otoczeniu wyrostka (krwawiące zrosty, złogi ropne) z więcej lub mniej groźnymi, a zawsze niepożądanymi powikłaniami ze strony tak jamy otrzewnowej, jak i płuc. Operacja wyrostka u dzieci na zimno — wobec wyłuszczonego wyżej stanowiska — jest raczej zabiegiem przymusowym i stanie się ona coraz rzadszą w miarę lepszego uświadczenia i poznania wśród ogółu lekarskiego, a również wśród szerszych sfer społeczeństwa, istoty i przebiegu wyrostkowych spraw zapalnych u dzieci.

W pierwszym dziesięcioleciu w szpitalu im. Karola i Marji na 118 operacji w 55 przypadkach wykonano operację na zimno (46,6%), w drugim zaś sześciu na 272 operacje operowano na zimno już tylko w 39 przypadkach (14,4%); natomiast w pierwszym dziesięcioleciu ani razu nie wykonano operacji wczesnej w napadzie ostrym, a w następnym sześciu operacji tej dokonano na 272 zabiegi już 30 razy (11%). Jeśli jeszcze dodać, że w pierwszym dziesięcioleciu na 118 operacji wykonano 43 operacje typowo przewlekłego zapalenia wyrostka (36,4%), a w następnym sześciu na 272 zabiegi wykonano 160 takich operacji t. j. 58,8% — to z cyfrowego zestawienia trzech kategorii spraw zapalnych wyrostkowych u dzieci należy wyprowadzić wielce pocieszający wniosek o niemałych postępach, jakie na omawianym polu zrobiliśmy w przeciągu lat ostatnich.

Dla całości obrazu należy jeszcze wspomnieć o rzadkich przypadkach zapaleń wyrostka robaczkowego u niemowląt oraz t. zw. rzekomych zapaleniach wyrostka.

Zapalenie wyrostka u niemowląt często przebiega z objawami zupełnej niedrożności; zgorzel wyrostka z rozlanem zapaleniem otrzewnej i 100% śmiertelności są zjawiskiem zwykłym. Mieliliśmy na oddziale jeden przypadek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowlęcia dwutygodniowego, które od tygodnia miało zaburzenia trawienia, a od dni trzech zupełne zaparcie i cuchnące wymięty, i które zostało skierowane do zabiegu z rozpoznaniem niedrożności jelit. Stwierdzono na oddziale duże wzdęcie brzucha, lekkie stłumienie wypukowe w okolicy prawego dołu biodrowego, język suchy,

wymioty kałowe; stan ogólny bardzo ciężki. Podczas natychmiastowej operacji (cięcie jak na wyrostek) znaleziono ropę, a wyrostek mocno przekrwiony i pokryty ropnym nalotem, był przyrośnięty do dołu biodrowego. Dziecko zmarło pod koniec pierwszej doby po zabiegu.

Wreszcie ważna dziedzina t. zw. rzekomych zapaleń wyrostka robaczkowego ma u dzieci względnie znaczenie mniejsze. Zwróć jednak uwagę na objawy wyrostkowe u dzieci starszych, tak dziewcząt jak i chłopców, na tle neuropatycznem oraz na przymiot, który zawsze trzeba mieć na względzie w przypadku uporczywych nietypowych bólów: u 9-letniej dziewczynki, chorej od 8-iu miesięcy i wielokrotnie badanej, podejrzewano *appenditis chr.* względnie *colitis spastica*. Usunięcie wyrostka nie dało żadnego wyniku, a po przeprowadzeniu później poza szpitalem leczenia swoistego, nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Z przytoczonych w referacie danych klinicznych i rozważań nad całością zawilego zagadnienia, jakim jest zapalenie wyrostka robaczkowego wogóle, a u dzieci w szczególności, pozwolę sobie na zakończenie zwrócić uwagę Szanownych Kolegów na dwie wyłaniające się z tych rozważań tezy.

1) Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci jest chorobą o typie wybitnie przewlekłym, napady zaś ostre są to zazwyczaj mniej lub więcej gwałtowne obostrzenia tlejącej przewlekłej sprawy zapalnej, często przy współudziale czynników sprzyjających (infekcja). Stąd zabieg operacyjny w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka o naszkicowanym na początku referatu przebiegu, jest u dzieci operacją z wy-

boru, zabiegiem leczniczym i jednocześnie zapobiegawczym.

2) Wobec już istniejącego ostrego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego z rozpoznaniem ustalonym po rozważnym różniczkowaniu, jest właśnie u dzieci wskazana operacja możliwie wczesna, jako odrazu likwidująca całą sprawę i chroniąca chore dziecko od zawsze możliwych, nie dających się przewidzieć powikłań.

Z kapitalnego pod względem praktyczno-klinicznym znaczenia tych też już zupełnie samorzutnie wypływają ich konsekwencje społeczne: powołaniem i obowiązkiem świadomych co do istoty rzeczy czynników jest nieustanne, wytrwałe, uparte szerzenie wśród społeczeństwa wskazań, z którymi związane jest jego dobro. W omawianej dziedzinie czynnikami takimi są: lekarz pedjatra, ów stały w sprawach choroby i zdrowia doradca w rodzinie, a zwłaszcza lekarz szkolny, mający zetknięcie bezpośrednie z szerokimi rzeszami pokolenia młodego.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne po moim odczycie w r. 1924 uchwaliło zwrócić się do lekarzy szkolnych z prośbą, aby przy badaniu uwzględniali dziedzinę wyrostka robaczkowego wśród dziatwy szkolnej. Mogę stwierdzić nader pożyteczną i czujną w tym względzie w latach ostatnich działalność lekarzy szkolnych.

W myśl przytoczonych dopiero co założeń pozwałam sobie jednak raz jeszcze zgłosić wniosek następujący:

Sekcja Pedjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie po przeprowadzeniu dyskusji nad sprawami zapalnymi wyrostka robaczkowego u dzieci uchwała zwrócić się do lekarzy szkolnych za pośrednictwem właściwych władz państwowych i samorządo-

wych, aby — wobec wielkiej częstości zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, schorzenia o pozornie łagodnych, a często podstępnych objawach — zwracali w swej działalności w szkole baczną, a zarazem pełną spokojnego krytycyzmu uwagę na doniosłe zagadnienie spraw zapalnych wyrostka robaczkowego u dzieci.

Biblioteka Główna WUM

**KS.1398**



210000001398

~~01328~~  
~~2001 ins.~~

B92.