

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI FERENCZ JÓZSEF TUDOMÁNYEGYETEM
NŐGYÓGYÁSZATI ÉS SEBÉSZETI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: Dr. SZABÓ DÉNES m. kir. udv. tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár;
a sebészeti klinika vezetője: Dr. VIDA KOVICH KAMILL egyet. megámtanár.

Adatok az appendicitis és női betegségek
differencialis diagnosisához.

Írták: Dr. MÁTYÁS MÁTYÁS és Dr. KUNCZ ANDOR tanársegédek.

Ámbár az appendicitis gyógyítása, illetve megoperálása a sebész hatáskörébe tartozik, oly nagy és jelentőségjeljes szerepe van a belső női nemiszervek és ezen szervek körüli gyulladások előidézésében, hogy a nőgyógyász éppen olyan joggal vindikálhatja e hatáskört nőknél teljesen magának. És tényleg van sok nőgyógyászati klinika, hol a nőknél fellépett appendicitis rendszeresen ott is kerül műtét alá. Ennek köszönhetjük, hogy tisztázódott, hogy a belső genitale gyulladásos bántalmi előidézésében az appendicitis meglehetősen előkelő helyet foglal el. A két szerv távolsága oly csekély egymástól, hogy már a szomszédság révén is kell bizonyos mértékig egyik gyulladását a másik is megérezze, érve ezalatt főleg az appendixét. Ez előfordul gyakran, mikor el sem tudjuk biztosan dönteni, vajjon egyik vagy másik szerv gyulladásos bántalma van-e jelen, annyira hasonlóak a tünetek.

Sok szerző foglalkozott e témával, de legideálisabban PANKOW. Ő volt az első, aki e kérdést klinikai szempontból igazi alaposággal tanulmányozta és az appendicitis fontosságát nőknél tisztázta.

Hányszor fordul elő, hogy gyermektelen fiatal házaspár fordul hozzánk tanácsért, hogy mi a gyermektelenség oka? A Douglasban jobb vagy baloldalt talált resistencia, hol a nehezebb vizsgálati viszonyok az adnexumok kitapintását meggátolják, esetleg maguk is meg lehetnek duzzadva és folyás is van jelen, gonorrhéára tétetik általunk a diagnosis, pedig appendicitis is lehet az oka. Joggal tilta-

kozik ilyenkor tehát a férj gyanúsításunk ellen. Annyival inkább nehéz a diagnosis, mert a göresői lelet a női gonorrhéánál tapasztalataink szerint heteken át negatív lehet s egyszer egyik menstruatio után újra positiv. Nem friss infectio az oka mindig ennek, hanem talán descendált, vagy oly kevés a gonococcusok száma, hogy csak ritkán tudjuk kimutatni. Azt hisszük — mint alább példából is látni fogjuk —, hogy főleg a hajadonok genitalis panaszainak előidézésében szerepel az appendicitis igen magas százalékban.

Az appendix anatomiai, élettani ismertetését mellőzve, mindjárt érdekesebb eseteink ismertetésére térünk ki. 1917. V.—22-én egyik kolozsvári orvos 14 éves unokahuga lett hirtelen beteg s a feltett kérdésekre a következő anamnesist adták elő: Négy hó előtt történt, hogy hirtelen igen heves alhasi göresei és fájdalmai támadtak a paciensnek. Akkor nem hányt, nem csuklott, széke ellenben 3 napon át visszatartott volt. Nehány napi fekvésre és borogatásra meggyógyult úgy, hogy iskolába is járhatott. Amidőn még kétszer egymástán 28 napi időközben ugyanilyen tünetek léptek fel, a hozzátartozók s orvos rokonuk is arra vezették ezt vissza, hogy talán a menstruatio akar megjelenni s ez okoz ily vihart. Újabb 28 nap eltelté után ismét bekövetkeztek, most már tehát negyedszer ezen tünetek. Az eset ekkor került észlelés alá.

Status praes. A korához képest elég jól fejlett és táplált leányka kinézése meglehetősen nyugtalanító volt. Szemek becsettek, nyelv kissé bevont, légzés szaporá, erősen pectoralis typusu, has légzésnél lehetőleg kimélve. Hőmérsék 37.2 C., pulsus 142. (Nem hányt, nem csuklott, sőt szék is volt.) Idegrendszer, légzési, vérkeringési szervek eltérést nem mutattak. Has kissé puffadt, feszes, mindenütt általában egyformán kifejezett defensio. Mac—BURNÉY-pont nyomásra érzékeny, de ugyanilyen érzékenység van mindenütt jelen, sőt fokozottabb mértékben a bal hypochondriumban. Per rectum vizsgálva, kicsiny retrovertált méh tapintható, két oldalán szabad, nem érzékeny környezet. Az említett tünetek feltétlenül peritonitis mellett szóltak, viszont a hozzátartozók azon határozott állítása, hogy már előre várták 28 naponként e tünetek jelentkezését, várákózó álláspontra készítettek. 12 órai várákózás után a tünetek változtak. A has védekezése, az érzékenység a legnagyobb fokú a fossa ileoocaecalisban. Mac—BURNÉY-pont nyomásra erősebben érzékeny; Rovsing-tünet positiv. Hőmérsék 37.4, pulsus 136. Nyelv bevontabb. Ezek után csak a véletlennek kellett tulajdonítanunk a 28 naponkénti szabályszerű fellépést s diagnosisunkat acut recidiváló appendicitisre tettük.

A műtétet HEVESI professor úr végezte helyi érzéstelenítésben a Vöröskereszt-szauatoriumban. Coecum appendix s környező belek fibrines álhártyával borítottak. Appendix medialisán eredt, lefelé kanyarodott, nyálkahártyája erősen belövelt, gennyes váladékkal fedett, egy helyen átfúródni készülő kicsiny fekély volt rajta található. Teljes hasfal zárás. Seb per primam intentionem gyógyult. Azóta néhány hónap eltelt, de a paciens teljesen jól érezte magát. A tünetek nem ismétlődtek.

Ezen esetből látható, mennyire szeszélyes lehet idő tekinteté-

ben az appendicitis. Pont 28 napra lépett fel s ha a genitáliák pontosan áttapinthatók nem lettek volna, még gynatresia lehetőségét is feltétlenül fel kellett volna vennünk. Másrészt a fájdalom is érdekes, mely a bal hypochondriumba sugárzott ki, eleinte itten volt a legerősebb s csak későbbben a typosus helyen. Csak a napokban volt alkalmunk egy esetet észlelni, hol egy 15 éves leánykánál első ízben jelentkezett a menstruatio s 6 hétig állandó véres folyással járt. A hozzátartozó azon kérdésre, hogy nem volt-e vakbélgyulladás a leánykának, elmondta, hogy 2 év előtt 6 hétig feküdt vakbél-tályoggal, amely felszívódott. Bizonyára a méh körüli összenövések, melyek ezen gyulladás felszívódása után maradtak, e rendellenesen hosszú ideig tartó vérzésben szerepet játszottak.

Boldogult MAKARA professor úr a klinikán operált appendicitis-eseteket feldolgozta oly módon, hogy minden kioperált appendixről szövettani vizsgálatot is készíttetett. Már itten megjegyezzük, hogy gyakran távolított el olyan appendix is, melyet a szövettani lelet normálisnak talált, vagy csak kiscökü gömbszejtes beszűrődést mutatott meglehetősen praevaleáló appendicitises tüneteknél.

Induljunk ki onnan, hogy egy nő appendicitist kap, még pedig tályogképződéssel. A tályog lehet az adnexumok közelében, vagy plane lesüllyedhet a Douglasba és ott eltokolódik, részben felszívódik, esetleg csekély fokban megmarad. Az ezelőtt normálisan functionáló nemi szerv, miután környezetében meglehetősen virulens flóráju tályog van, szintén résztvesz a gyulladás által előidézett hyperaemiában. Megduzzadnak a petefészkek s a méh, mint minden medencebéli izzadmánynál a genitale. A vérbőség, mint tapasztaltuk, bővebb secretiót, esetleg rendetlen, hamarabb fellépő menstruatiót, vagy intermenstrualis vérzést, avagy állandó véres folyást idéz elő. Ebből az is következik, hogy a rendetlen vérzés nem feltétlenül jellemző a genitale megbetegedésére. Bár kétségtelenül ilyenkor az előbbi is szenved, az eredete mégis az appendixből indul ki. A tályog falának képzésében résztvehet a jobb, ritkábban a bal adnexum is és ilyenkor gyakran ember legyen a gáton, ki az első időszakon túl a gyulladás eredetét differenciálni tudja.

A geny a Douglasból, vagy oldalról felszívódik. A felszívódás után a méhet heges kötegek hátra vagy oldalra, vagy felfelé húzhatják és ott rögzíthetik. Épp úgy a petefészkeket is. Nyilvánvaló dolog, hogy ez utóbbiak ismét külön tüneteket okoznak, megszüntetésük külön beavatkozást igényel, nem elég az appendix eltávolítása. A heges kötegek megtörhetik, elesavarhatják a tubát, ezáltal

meggátolják a fogamzást. Avagy conceptio esetén a méh növekedését gátolják s habitualis abortus okává válhatnak. E rövid vázlat is elegendő arra, hogy lássuk a két szerv egymáshoz való viszonya még sokkal közelebbi, semmint gondolnók.

Az, hogy a sebészeti klinikán sohasem fordult elő, hogy appendicitis diagnosissal adnexe't operáltunk volna, részben a pontos diagnosissnak köszönhető, másrészt azonban főleg arra írandó, hogy eddig nőknél kétes esetekben kissé konservatívabban jártunk el. Ebből az is következik, hogy késői appendicitiseknél, illetve ebből származó peritonitiseknél inkább hajoltunk — bár nem helyesen — a nőgyógyászati eredet felé. A későn érkezett esetek száma pedig Kolozsvárt és vidékén még elég magas. Ilyen eset kettő fordult elő ezen évben, melyeket sectióig követhettünk. Mindkettő teljesen megkésve érkezett klinikánkra, úgy hogy operatív beavatkozásra gondolni már nem igen lehetett.

D. J. 23 éves pénztárosnő. Felvétetett 1917. II. 22-én. Anamnesis. Három hó előtt Budapesten a polyklinikán feküdt két hétig, állítólag epehólyag gyulladás miatt. Sárgasága akkor nem volt. Ugyanezen időben vakbélfájdalmai is voltak. Fekvésre és borogatásra akkor meggyógyult. Öt nappal bejövetele előtt ugyanilyen görcsös fájdalmai léptek fel a hasában. Széke azóta nem volt, sem szelek nem mentek. Az első napon hányt, azóta nem. Egy nap óta megint hányik és csuklik. Menstruációi 15 éves kora óta mindig rendszeren jelentkeztek, utójára is rendes időre jött és tartott.

Status praesens. Jól táplált, de anaemias és megviselt beteg. Nyelv beunt, száraz. Idegrendszer, vérkeringési, légzési szervek fölött eltérést nem kaptunk. Has általánosságban erősen puffadt, feszes. A feszesség az alsó félen kifejezettebb. Nyomásra mindenütt egyformán mérsékeltén érzékeny. Kopogtatási hang változó mélységű éles, dobos, a has alsó felén és oldalt valamivel tompultabb. Sokszor hányik részben zölde, részben epés (sárgás) gyomor bennéket. Per vaginum anteflectalt vertalt vasok, tömeges méh mellett mindkét oldalt, de főleg jobboldalt igen érzékeny két kéz közé nem kapható, majdnem tézta tapintatú resistencia. Mérsékelt véres folyás. Hőmérsék 38.2 C. pulsus alig számlálható 148. Th: jég-tömlő camphor. A tünetek, főleg a pulsus valamelyes javulást mutattak, de hat nap mulva a peritonitis összes tünetei megint előtérbe lépnek s a beteg mindjában összeesve 1917. III. 16-án exitál.

A sectio universalis peritonitist mutatott helyenkint összenövésekkel és a szervülés minden jelét mutató álhártyával. Ezen összenövések szétválasztásához hol itt, hol ott buggyan elő tejfelsűrűségű kissé bűzös, csipős-szagú genny, mely a bélkacsok között mintegy eltokoltan fekvő tályogok tartalma mutatkozik. Jobboldalon, a vakbélről kissé oldalra és lefelé a cseples leválasztása után egy jókora tojásdad tályogba jutunk, mely felfelé a vakbél mögött retroperitonealisan húzódik a vesetájék felé, egyúttal leterjed a medencébe is, melyet erősen összetapadt, illetve egymással összenőtt bélkacs tömegek teljesen kitöltének. A tályog a fereg-

1 A sectiót Veszprémi tanár úr végezte.

nyújtvány helyén van, magát a feregnyújtványt nem is sikerült meglátni, csupán kicsiny cafatját, mely a vakbél faláról mint piszkos üszkös szövetafatka lógott le. A medence jobboldalán egy, közel ceruza vastagságu kissé kúpszerű képletet lehet találni, amely mintegy lumennel is bírna, de ennek fala is egészen üszkös, piszkos szürke. Alakjánál és helyzeténél fogva, megfelel a feregnyújtvány distalis kúpjának. . .

A Douglasban bélkacsok, uterus, adnexumok egymással össze vannak tapadva. Szétválasztás után b. o. tuba és ovarium normalisnak mondható. Jobboldali adnexumokat nehezebb volt a bélekről leválasztani, egyúttal ez résztvett a tályogfal képzésében is. Ezen jobboldali ovarium dűzzadtabb, reámetszve kiderül, hogy megnagyobbodását egy mogyorónyi barnászörös törmelékes vérrrel telt tömlő okozza. (Epehólyag eltérést nem mutatott.)

Amint tehát mindezekből látható, a retrocoetalis tályog úgy fel, mint lefelé, tehát a medence kötőszövetére is ráterjedt, tehát tulajdonképen parametritist okozott lent. Már most a klinikusnak ilyen előrehaladott állapotban megállapítani, hogy a parametritis felülről terjedt-e le, avagy pl. abortus utáni parametritis, peritonitis, bajos dolog volna. A paciens bejövetelekor már universalis peritonitis volt jelen, mindenütt egyformán érzékenységgel, defensióval és nagyfokú meteorismussal. Ez is gátolta a tájékozódást. Másfelől, mint a kórbonctani leletből is látható, a jobboldali tuba és ovarium a tályog falának képzésében is résztvett, tehát kitapintásuk ennyivel inkább lehetetlen volt. Hozzájárult ehhez még a nagyobb metritikus méh és a véres folyás mindmégannyi zavaró tényező, melyek a differenciális diagnózisnál számbajönnek. Ennek dacára az anamnesis s a lelet után is appendicitist diagnostizáltunk, s mi csupán azért nem operáltunk, mivel a beteg állapota az universalis peritonitis a műtétet contraindikálta. Mint azonban a következmények mutatták, mégis talán jobb lett volna az activ beavatkozás.

Egy másik esetünk: N. M.-né 38 é. kereskedő neje. Felvételét 1917. III/19. Hat nap előtt hirtelen egész hasára kiterjedő görcsei léptek fel. Többször hányt, széke csak az első 2 napon volt, azóta nem. Bokátolt, de nem esuklott. Bejövetele előtt 2 nappal egészen jól érezte magát, felkelt, de ismét rosszul érezte magát s lefeküdt, majd orvosai tanácsára klinikánkra szállították. Utolsó havibaja 2 hét előtt volt, rendes időre. Két nap előtt azonban, — „ami eddig sohasem történt meg vele“ — újra megjött. Öt gyermeke van. Jelenleg hányingere nincsen, nem esuklott, csak puffadtnak érzi magát. Szék, szelek nem mentek.

Status praesens. Igen megviselt beteg. Nyelv erősen bevont, száraz. Idegrendszer, légzési, vérkeringési szervek különösebb eltérést nem mutatnak. Has egyenletesen eldomborodott, mindenütt feszes légpárna tapintatú, érzékeny, de mégis legjobban az ileocecalis tájon érzékeny. Itten a defensio is a legkifejezettebb, bár az egész hasfalán megvan. Kopogtatási hang váltakozó mélységű éles dobos. Genitalis vizsgálat: 1 ujjnyira tág külső méhszáj és nyakcsatorna, mérsékelt vérzés. Anteflectalt-vertalt ökölnyi méhtest, mindkét oldalt, főleg azonban

jobb oldalt érzékeny resistencia. Ligamenta prostatica infiltráltak, érzékenyek, ugyanezek érzékeny és kissé ledomborított a Douglas mindenütt. Hőmérsék 37.5; pulsus 136, igen debilis. Vizeletben közepes mennyiségű fehérje (cylinder negatív), eukor, geny ninesen. Diagnózis: Peritonitis universalis post perforationem appendicis. A beteg műtétre nem kerülhetett, mert ugyanazon napon exitált. Sectio. A belek puffadtak, hashártyájuk belüvelt. Kétoldalt a rekesz alul, valamint a medencéből bőséges, zöldes, bűzös, híg geny ürül. A belek letapadása legerősebb jobb oldalt a csípőtányér tájékán; szétválasztáskor kiderül, hogy az összetapadt bélszakaszok voltaképpen egy tályogüreget zárnak körül, melynek falát vastag, szennyes, szürkés-zöldes színű, rostonyás lepedék fedi; egyúttal az üreg hátsó jobb oldali falán letapadva megkapjuk a kisujj hosszú és kb. ugyanolyan vastag igen súlyos elváltozást mutató féregnyújtványt, mely distalis végével a linea innominatán túl lenyúlik a medencébe. Az appendix fala felső részében piszkos-zöldes vöröses, alsó részében gennyes rostonyával fedett. Egy helyen a rostonyás lepedék alól egy kendermagnyi, elég kemény kövecske kandikál ki. Ugyanezen helyen hasonló nagyságú necrotikus szélű átfürödés van. Az appendix nyálkahártyája felismerhetetlen, helyét részint feketés, részint sárgás, gennyesen szétmáló, vagy üszkös, finoman cafatos szövet foglalja el. Az elváltozás felterjed pár milliméterre az appendix szájadéka felé is, hol éles határral végződik. A kövecske vakolat módjára szétmorzsolható.

Tubak hasi vége mérsékelten duzzadt, enyhe nyomásra is bőven ömlik a hasi végből tejfelszerű zöldes geny és pedig mind a két oldaliból. Bal ovariumban babnyi corpus haemorrhagicum. A hasi izzadmányban rendkívül nagy számban találhatóak a legkülönbözőbb baktériumok, főleg azonban túlnyomó számban coccusok. A tuba gennyében a hasi izzadmány leletével teljesen megegyező baktérium flora találtatott.

Ezen esetben diagnózisunkban egészen bizonyosak voltunk. Feltűnő a rendellenes vérzés, mely, mint a beteg is mondta, először életében 2 hétre jelentkezett. Okát ennek megkapjuk a kétoldali salpingitisben, amely az appendicitis következménye és a medencebeli szervek lobos beszűrődésében. Úgy látszik, medenceüri tályogok, izzadmányok befolyással vannak a pete gyorsabb érésére. (Corpus haemorrhagicum.)

Általában az appendicitis és genitalis megbetegedések elkülönítése tekintetében a kornak igen fontos szerepe van. Gyermek, hajadon és elimacteriumon túl levő nők adnexumai ritkábban betegednek meg önállóan, mint a többieké. Ezek alhasi panaszainál tehát az appendicitisre különös gond fordítandó.

Gyakran fordul gyermekeknél a sebészeti klinikán az úgynevezett diplococcus peritonitis elő, melynél a megnyitásra való érettségig mindig conservative jártunk el. Hasonló tüneteket okozhat, mint az appendicitis. A sebészeti klinikán csak leánygyermeknél észleltünk. Két esetben a hasür teljesen egy tályogüreget képezett, amely mögött a fel- és hátranyomott belek foglaltak helyet, ezek

alkották a tályog hátsó falát. A hasúr megnyitása és drainezése mindig teljes eredménnyel járt. Mint ismeretes, az infectio rendszeren a női genitáliákon át történik, ezért fordul elő főleg leányoknál. — Számptalan esetben tapasztaltuk, hogy főleg leánygyermek, de hajadonok is, appendicitisnél exsudatum képzésére nagyon hajlamosak. Megtörtént, hogy az appendix alig mutatott valamelyes csekély elváltozást s azért mégis bőséges zavaros savót kaptunk a hasúrben. Ezen savó egyszer teljesen tiszta volt, máskor sok volt benne a sejt elem. Majdnem minden esetben bakteriologiai vizsgálatnak vetettük alá, azonban bakteriumokat sohasem kaptunk benne. Ezért ilyenkor a hasfal teljesen zárattott, drain nem tettünk be. Volt olyan esetünk, hol állandó apróbb 37.1° C-ig felmenő hőemelkedés és vakbél-táji érzékenység miatt operáltunk. A vakbél csekély eltérést mutatott ugyan, ellenben eltávolítása a kívánt eredményt meghozta, a láz elmaradt. Több esetben találtuk a csekély eltérést mutató appendix mellett többnyire hajadonoknál az ovariumok (főleg a jobb) cystosus degeaeratióját és a tubak belöveltségét. Rendszeren LEXERMÉTSZÉSSSEL operáltunk s ilyen esetekben, hogy az ovariumokhoz is hozzáférhessünk, a belső végét perarectalisán meghosszabbítottuk. A vakbél eltávolítása, az ovariumok scarificálása jó műtéti eredménnyel jártak. Hajadonoknál, miután az infectióra kevesebb alkalom van, a nemi részek megbetegedése is ritkább. A klimakterium bekövetkezte után szintén ritkább a genitale friss lobos megbetegedése. Ezért már e réven is kötes esetekben inkább hajolunk az appendicitis diagnosis felé.

Igen érdekes, hogy menüjével gyorsabban szívódik fel bármely nagyságú periappendicularis tályog, mint a geniteliák gyulladásai. Hatalmas izzadmánytömegek az appendix körül hihetetlen gyorsasággal pár nap alatt tűnnek gyakran el. Egy rendőr feleségét hozták be a sebészeti klinikára betegségének 6-ik napján, nagy férfikölnyi periappendicularis tályoggal. Bimanualis vizsgálatnál a tályog és az ép adnexumok jól elkülöníthetők voltak. Tekintettel arra, hogy alermáló tünetek nem voltak, conservative jártunk el. Nyolc nap eltelte után tapintani semmit sem lehetett már. Ezzel kapcsolatban azt is fel kell említenünk, hogy gyakran operáltunk az intervallumban ilyen tályogos eseteket, melyeknél nagy összenövéseket vártunk. A kivett appendix alig mutatott csekélyebb elváltozást. Ebből az is következik, hogy nem feltétlenül képződik nagy tályog felszívódása után is összenövés a környezetben.

Kérdés tárgyát képezte, hogy milyen gyakran betegszenek meg

férfiak és nők appendicitisben. Eleinte azt hitték, hogy a nők sokkal ritkábban kapnak appendicitist (természetesen a legtöbb esetben genitális eredetűnek tartották), később a kérdés tisztázása után sokan állították, hogy nőknél még gyakoribb. Azt hisszük, hogy kb. mindkét nem egyforma gyakoriságban betegszik meg. De mindkét nemnél hangsúlyoznunk kell az appendicitis igen gyakori előfordulását. Hiszen éppen a könnyű esetek ezrei nem kerülnek műtét alá. Csak a legkevesebb ember megy orvoshoz, ha kissé fáj a vakbél tája s ha magunk is visszagondolunk, alig van ember, kinek egyszer életében a hasa jobboldalt, a vakbele táján ne fájt volna.

Viszont sok látszólag könnyű eset volt a klinikán, melyek 37.1° – 37.2° C. hőemelkedés és alig szaporább pulsus mellett is igen súlyos elváltozást mutattak műtétnél. Másrészt ha műtétnél nem kapunk sem makro-, sem microscopice eltérést az intervallumban, nem következik, hogy az illetőnek ne lehetett volna appendicitise. A gömbsejtes beszűrődés felszívódhatik s az appendixen teljes restitutio ad integrum jöhet létre. Ezért a régebben használatos pseudo-appendicitis kifejezés alig állhat fenn. Egyébként az elváltozás leginkább a muscularison mutatható ki goresövileg, nem a nyálkahártyán.

Úgy az appendicitis, mint a női nemi részek gyulladásai alacsonyabb vagy magasabb lázzal kezdődnek. A láz magassága- és milyenségében semmi jellegzetest nem lehet találni. Mégis a láz magasságából bizonyos mértékig a gyulladás súlyosságára következtethetünk. Azt azonban nem hagyhatjuk említés nélkül, hogy egy vakbélgyulladásos beteg — *ceteris paribus* — majdnem mindig nyugtalanítóbb benyomást tesz, mint egy adnexumos. Itten természetesen nem gondolunk a septikus esetekre, sem pedig egy átfürödni készülő gennyes tubarészre stb. A kórelőzmény felvételekor gyakran halljuk a betegektől, kiknek appendicitise van, hogy alvás közben érte utól a fájdalom, igen heves alhasi göresökre ébredtek fel. Az adnexumos beteg ellenben rendszeren a megerőltetést, munkát, fürdőt, felhülést stb. említi fel kiindulópontul. A fájdalom appendicitisnél rendszeren az ileocecalis tájra localisáltatik, de amint az első esetünkben is láthatjuk, a has legkülönbözőbb helyére is kisugározhatik (bal hypochondrium) idegek, lymphangoitis útján. Ez azonban rendszeren csak a betegség első óráiban szokott így lenni, a későbbi megfigyelés a fájdalmat mégis az appendix környékén észleli. (Eltekintve az universalis peritonitisektől.) A MAC—BURNESY pont érzékenysége sem egészen pontos tünet. Az appendix annyira változatos elhelyezke-

désü, hogy már ezért sem fájhat mindig legjobban e ponton. Ha lateralis elhelyezkedésü és a kis medencébe lóg le, a legfájdalmasabb pont összeeshetik az ovarium érzékenységi pontjával. Viszont ha medialisan vagy fent fekszik, úgy az érzékenység is ennek megfelelően vándorol. Ezért a LEXER-metszés magassága is kis fokban változhatik a szerint, hogy magasabban vagy mélyebben sejtjük az appendixet. Nagy ritkaság, ha az appendixet a hasfalon át ki tudjuk tapintani. Az érzékenység igen kifejezett volta mégis amellettt szól, hogy az appendix felületes elhelyeződésü. Lehetséges azonban, hogy valakinek igen súlyos appendicitise van s az ilieocöcalis táj nyomásra alig érzékeny, mert az appendix mélyen van. Ilyen esetet operáltunk ez év augusztusában. Az illető 33 éves nő már 3-szor 24 órája volt beteg, hányt, csuklott, széke nem volt. Hőmérséke 39.2, pulsus 126, de a cöcum tájéka nyomásra alig érzékeny, defensio nem volt jelen. Douglas szabad. A műtétnél a medialis eredésű appendix majdnem egészében a kis medencében feküdt. Eltávolítása után a hüvelykujnyi vastag megpukkadásig telt appendixet felmet-szettük. Kiderült, hogy benne bűzös, piszkos, eves izzadmány van; nyálkahártyája majdnem teljesen az alapjáig elpusztult, sőt helyenként már a serosa is megszakadáshoz közel áll. Beteg gyógyultan távozott. Gyakran találjuk a retrocöcalisan elhelyezett appendixnél a lumbalis izmok defensióját. Az adnexumok gyulladáskor épp úgy, mint a többi belekkel, az appendixel is összenőhetnek, azt bizonyos mértékig beteggé tehetik. A gyógyulás beállta után az appendixel az összenövés megmaradhat, azt megtörheti s emiatt panaszokat idéz elő, másrészt a megtörés rendes appendicitis kifejlődésére teszi hajlamossá. Parametritis oly módon lép fel, hogy egy vakbél körüli tályog tör át és terjed lefelé a retroperitöriumban. Esetleg az appendix előbb összenő a peritönaeum parietalevel s csak azután tör át.

Régebb a női genitale és az appendix között direct nyirokcsz-szeköttetést tételeztek fel az úgynevezett ligamentum Clado vagy ligamentum appendiculoovarium útján. Láttuk az esetekből is, hogy rendszeren direkt érintkezés, a tályog súlyedése és retroperitönaeumba való betörése az út a két szerv közös megbetegedésére.

A differencialis diagnosis tekintetében a következő női betegségek jöhetnek tekintetbe: salpingitis acuta et chronica, abscessus ovarii, oophoritis, graviditas ectopica, torsio cystae tumor ovarii, parametritis. Az anamnaesis a diagnosis szempontjából a legnagyobb fontossággal bír. Néha sikerülhet már a pontos anamnaesis alapján dönteni appendicitis és adnexitis között.

Előre ment gonorrhoea, endometritis acuta vagy chronica, menstrualis zavarok mindinkább genitális megbetegedések gyanuját keltik fel. De amint már előbb is láttuk, ezzel még csupán csak gyanuig mehetünk. Lorr cardinalis tünetként említi fel úgy appendicitisnél, mint adnexitisnél a nauseát. Appendicitisnél szerinte hirtelen, vagy lassankint lép fel a fájdalom, de jellemző, hogy szakadatlanul tart, kísérve nausea és esetleges hányástól, adnexitisnél a fájdalom nem állandó, hanem rithmikusan szünetelő expulsiv.

Ha genitális vizsgálatnál a boltozatok nyomása nem okoz lényeges fájdalmat, inkább a kiint vizsgáló kéz nyomása jár erősebb fájdalommal az appendicitis mellett szól. Természetesen itten csupán alig kitapintható adnex megbetegedések differenciális diagnózisáról van szó. Lehet azonban valakinél tömeges adnexum jelen, mely vizsgálatnál alig érzékeny, míg az appendix táján a külön kéz nyomására erős fájdalmat jelez a beteg, mikor is természetesen adnex tumor mellett jelenlevő appendicitist is fel kell tételeznünk.

Appendicitis és a graviditas ectopica elkülönítése tekintetében az anamnaesis pontos kikérdezése mellett fontos a shok, mely fellép rendszerint a tubaris abortusnál, vagy rupturánál, az azt kísérő erős sápadtság, kiesiny, üres, szapora pulsus, erős, göresös, szinte szülési fájdalom kíséretében, melyet a beteg a méh köré, a derekába lokalizál. Esetleg ájulás, vagy szédülés mindinkább graviditas ectopica gyanuját kell felkeltse. Megtévesztésre szolgáló tünetek: a hányás, általános érzékenység a has egész területén, de különösen az esetleg megrepedt jobb tuba fölött. Döntő lehet a vér kimutatása akár a hüvely felől, akár a has felől végzett punctióval. Láz ruptura tubaenál, ha van is jelen, az alacsonyabb és csakis később a szabad hasüregbe került vér felszívódása kapasan szokott néhány napon át magasabb lenni.

Egy 29 éves kétszer szült nő operáltatott 1917. VIII. 6-án a sebészeti klinikán appendicitis miatt. Háromszor volt egy éven belül rohama. Legutoljára 6 hét előtt. Bejövetele előtt 16 nappal havi baja, amely 7 napot késett jobboldali göresös alhasi fájdalmak közepette megjelent s két hétig tartott. Havi baja kezdetén a sétatéren kissé elszédült. Mint maga mondja, az utóbbi göresei egészen mások voltak, mint az eddigiek.

Status praesens. Az ileocecalis táj nyomásra mérsékelten érzékeny. Biman-vizsgálatnál jobboldalt az érzékenység miatt át nem tapintható, b. a. k. b. hüvelykújjnyi hengerded képlet végén kb. nagy diónyi mérsékelten érzékeny képlet tapintható. Diagnosis: appen-

dicitis tumor adnex lat. utriusque. Műtétnél, melyet bejövetele után egy nappal végeztünk, a hasüreg (Lexer metszés) megnyitáskor mindjárt kevés alvadt vért kaptunk. Jobboldali adnexumokat a megrepedt vérrrel telt tubát és cystikusan degenerált nagy diónyi ovariumot, valamint a chronicusan elváltozott appendixet eltávolítottuk. Seb primára gyógyult. Beteg gyógyultan távozott.

Cysta esavarodásnál a shock, hányás, általános defensio, meteorismus, adhatnak okot tévedésre. Az első napokban esetleg magasabb láz is lép fel. Az attakszerű tünetek megszűnése után a fájdalom lokalizálódik a esavarodott cysta helyére. Itt is igen fontos az anamnaesis.

Ha a beteg bemondása alapján tudomást szerezhetünk azelőtt megállapított féloldali daganatról, torsióra mindenesetre gondolunk. (Itt természetesen feltételezzük, hogy a vizsgálat a defensio- és meteorismus miatt kivihetetlen.) Legtöbbször azonban sikerül kimutatni a has feszített volta dacára is a tumort.

Ama szoros viszony, amely appendicitis és adnex betegségek között fennál, terelte reá PANKOW figyelmét az appendixre. Ő 66,6%-ban találta betegnek az eltávolodott appendixet gynaekologiai műtétek alkalmával, (ASCHÖFF kórszövettani vizsgálatai alapján állítja fel a diagnosist). Ezért ő a profylacticus appendix eltávolítás híve, vagyis valahányszor valamely genitalis megbetegedés miatt megnyitja a hasat, az appendixet is eltávolítja még olyan esetben is, mikor az appendixen klinikailag a legesekélyebb kóros elváltozás sem található. A mai fejlett technika és assepsis mellett ez eljárást gáncs nem érheti, mert hiszen az amerikai sebészek szintén profylactikus appendix irtók.

A nőgyógyászati klinika utolsó 10 évi operatív anyagát átnézve, 300-ra tehetjük azon adnexotoniák számát, hol részint gyulladáson, részint daganatos elfajulása volt jelen az adnexumoknak és így meg volt a lehetőség arra, hogy az appendix is belevonassék a megbetegedések körébe. Ezen 300 esetnek kb. 80%-ban kiterjedtebb összenövések voltak jelen, úgy a kis medence, valamint az omentum, vastag és vékony belekkel.

5 esetben történt appendectomia, mikor az appendix kóros elváltozása klinikailag is szembetűnő volt s így eltávolítását indokoltak tartottuk.

Mind az 5 esetben az adnexitis volt az elsődleges és az összenövések, melyek az idült peritonitis következtében jöttek létre, az

adnexum és belek között növesztették le a vakbelet és vele együtt az appendixet.

I. esetünkben (D. J. né 1908—298. fv. sz.) kétoldali nagyobb ökölnyi adnex tumor volt jelen, mindkét oldalt összenövések a belekkel, jobb oldalt erősebben lenőtt vakbél. Az appendix felszabadtítása után, rendesenél hosszabb, álhártyával fedett, serosája chronicus gyulladás képét mutatja. Eltávolítás.

II. esetben (Cs. Gy. né 1912—583. fv. sz.) jobboldalt a Douglast is elérően plasticus gömbölyded, körülbelül magzatfejnyi képlet érezhető. Laparotomiánál kiderül, hogy a belek omentum medence karimájához lenőttek, felszabadtítás után nagy 2 ökölnyi haematoma tűnik elő. Hosszú appendix lenőtt, serosáján álhártyák maradnak. Eltávolítás.

III. esetben (B. L. né 1913—439. fv. sz.) jobboldali ovarialis abscessus miatt operálunk, nagy tályogfal erős összenövésekkel függ össze a coecummal; leválasztás után a megtört és rendesenél hosszabb appendix eltávolítására határozzuk el magunkat.

IV. esetben (T. S. né 1915—204. fv. sz.) jobboldali adnexum és kinyújtott kemény tapintatú, lenőtt appendix egy tömeget alkotnak, álhártyákkal együttesen Dougláshoz lenőttek.

V. esetben (W. J. né 1916—328. fv. sz.) kétoldali adnextumor miatt operálunk, jobboldali másfél ökölnyi, baloldali kb. alma nagy. Laparotomiánál kiderül, hogy jobboldalt omentum, belek a jobboldali adnexumokkal és fali lueshártyával összenőttek. A képletek ovarialis abscessusoknak bizonyulnak, a jobboldalinak fala a vakbél tájékával is összenőtt; proe. vermif. chronicus gyulladás képét mutatja, valamint vakbél is. Eltávolítás.

Az, hogy 300 adnexotomia közül csak öt esetben történt appendectomia, még nem szállítja le az appendicitis fontosságát a női genitalera vonatkozólag. Az alacsony százalék csupán azon elvnek felel meg, amit FREUND is vall, hogy primär adnex megbetegedéseknél ritkábban találjuk betegnek az appendixet, mint azt PANKOW vallja. FREUND 6,6%, PANKOW 66,6%, mi 1,3%-ban találtuk betegnek adnex tumoroknál az appendixet. Véleményünk szerint tehát már az adnex tumoroknak az appendixre való hatása és más az appendicitis hatása a genitalera. Míg az adnex tumorok inkább csak olyan szempontból hatnak betegítőleg az appendixre, hogy a peritonitis folytán épúgy, mint a többi belekkel a coecummal, appendixel is összenőnek, addig az appendicitis pelveoperitonitist, összenövéseket, a méh rögzítését különböző helyzetekben, salpingitist, pericistitist, ovarialis abscessusokat stb. idézhet elő. Amint látjuk tehát, az appendicitis sokkal lényegesebb betegítő hatást gyakorol a női kis medence szervére, mint a genitale betegségei az appendixre. PANKOW adatai és a nőgyógyászati klinikán adnex tumorok operációjával kapcsolatosan véghezvitt appendectomiák közti nagy százalék különbségnek az oka az, hogy PANKOW minden appendixet eltávolított és azt görcsövíleg

vizsgáltatta, addig mi csak makroszkoposan ítéltük meg az appendix egészséges vagy beteg voltát. Összefoglalva tehát a fontosabbakat:

I. Appendicitis a belső genitálisa a következő úton hathat betegítőleg: a) direkt érintkezés útján, b) átfűrődésnél, a tályognak a Douglasba való sülyedése révén, c) tályognak a retroperitnaumba való áttörése és lefelé való terjedése útján, ami egyenlő parametritis előidézésével.

II. Adnexitisek az appendixet csupán direkt érintkezés útján betegítik meg. A pelveoperitonitis lenöveszti, esetleg megtöri az appendixet.

III. A climacteriumon túli és a pubertas előtti időben ritka a friss genitális lobos bántalom, ezért különös figyelemmel kell lennünk itten az appendicitisre.

IV. Rendellenességek a menstruációnál appendicitis után igen gyakoriak. Egészséges asszonyoknál és főleg hajadonoknál vakbélgyulladás után gyakran jelentkezik az azelőtt rendes időre jött menstruatio 2-3 hétre és sokkal hosszabb ideig is tart.