

Så behandlades appendicit för 110 år sedan

I Uppsala Läkareförenings Förhandlingar XXVIII 1892 redogör obstetrik- och kirurgprofessorn KG Lennander på 26 sidor för sina erfarenheter av appendicit och dess komplikationer. Det anges som en fotnot att det rör sig om ett föredrag hållet vid Skandinaviska Naturforskarmötet i Köpenhamn 4–9 juli 1882. Lennander berättar inledningsvis att han sedan hösten 1888 själv opererat 29 patienter för appendicit och hans assistenter ytterligare fem patienter.

Eftersom detta är den första svenska större sammanställningen av appendektomi kan det vara intressant att ta del av det skrivna, främst för att se om något ändrat sig på 110 år, och i så fall vad.

År 1892 var både appendicit och periappendicit etablerade termer, men därtill definierades tyflit: en inflammatorisk process i cecum. Perityflit var en inflammation i cekums och omgivande organs serosa. Det innebar, enligt Lennander, att om cecum intar sin vanliga plats i bukhålan är alltså perityflit en lokal peritonit i fossa iliaca dextra. Paratyflit, däremot, skall beteckna en inflammation i den retroperitoneala bindväven i fossan.

Etiologin till appendicit diskuterar Lennander huvudsakligen ur en mekanisk synvinkel. Han anser att det inte är ovanligt att främmande kroppar – fiskben, knappnålar, fekalstenar, fruktkärnor etc – orsakar appendiciten. Han redogör särskilt för ett franskt material från 1892, där man fann främmande kroppar i appendix i 60 procent av 760 publicerade fall av appendicit.

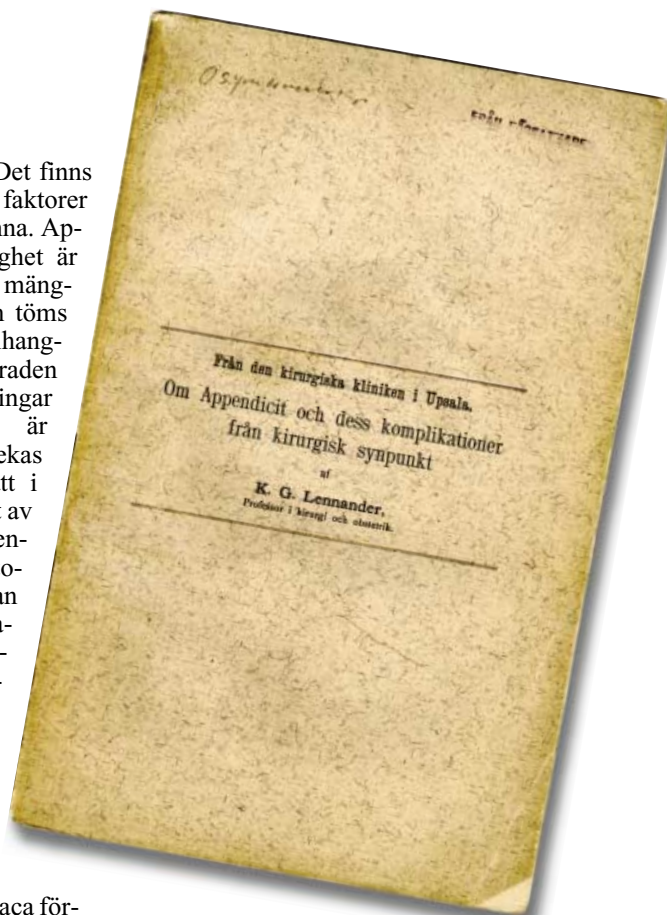
Med eller utan främmande kroppar menar dock Lennander att man i första hand bör se akut appendicit som en akut infektionssjukdom, vilken i många fall torde vara en följd av enterit eller kolit. Infektionen leder till en svullnad av slemhinnan och ökad sekretion, med mer eller mindre fullständig sekretstagnation på grund av avflödes hinder. Under i övrigt lika omständigheter torde sjukdomens vidare förlopp vara avhängigt av bakteriernas art och virulens.

Den akuta appendiciten kan utveckla sig med olika hastighet, någon gång mycket långsamt. I princip leder den emellertid till perforation, och enligt Lennander är det denna som avgör sjuk-

domens utgång. Det finns emellertid en rad faktorer som påverkar denna. Appendicitens häftighet är en sådan faktor, mängden innehåll som töms ut ur appendix, bihangets läge och graden av adherensbildningar kring appendix är andra. Det påpekas därvid särskilt att i ungefär 2 procent av fallen ligger appendix helt retroperitonealt, varvid man får en primär paratyflit. Detta ansågs vara ett särskilt farligt tillstånd »emedan varet i allmänhet icke har någon tendens att samla sig, utan sprider sig längs de i fossa iliaca förlöpande bildningarna ner på låret, in i os ileum och kotpelaren och upp till njurens och till leverns ej peritonealbeklädda ytor. Det kan också bryta igenom diafragma och, om lungan är adherent, perforera in i en bronk.«

I sämsta fall blir följden en diffus peritonit, vilken vanligen dödar patienten på sjätte eller sjunde dagen. Att döma av sektionerna synes det i allmänhet finnas en betydlig tendens till avkapsling. Med hänvisning till Cesar Roux påpekas dock att en intraperitoneal varhård kring en perforerad appendix kan resorberas och läka ut. Ett annat botande förlopp är då en appendicitabscess tömmer sig via rektum eller vagina. Strävan måste emellertid alltid vara att kirurgiskt öppna alla periappendikulära eller perityflitiska härdar så tidigt som möjligt.

Konservativt behandlad appendicit är känd för sina recidiv. Det är troligt att varje svår appendicit lämnar efter sig förändringar som kan medföra en benägenhet för nya anfall, trots att patienten känner sig fullt frisk efter varje anfall. Trots det skriver Lennander att man knappast är berättigad att föreslå en



s k profylaktisk operation, bestående i amputation av processus vermiformis i fritt skede (kallas av Lennander för »fritid«), men väl utföra den om patienten begär det och är fullt medveten om riskerna.

Anmärkningsvärt är att också massagebehandling av kroniska appendiciter tas upp. Professor Lennander anser att massage av nedre högra fossan kan vara en fullt rationell behandling eftersom den reglerar avföringen och ökar aptiten, varvid eventuella resistenser kan försvinna. Massagebehandling av en van läkare bör därför prövas innan man bestämmer sig för operation i lindrigt förlöpande fall av kronisk appendicit.

Efter en genomgång av operationsmetoder som använts avslutar Lennander med att redogöra för sina kirurgiska resultat: ett dödsfall bland 34 patienter.

*Refererat, 110 år senare, av
Åke Andrén-Sandberg
professor,
Drottning Silvias barn-
och ungdomssjukhus, Göteborg*