

именно на 103 случаев абортивное течение наблюдалось нами в 6 случаях, в то время как на 56 случаев, леченных симптоматически, мы также отметили его в 5 случаях.

Сказывалась ли вакциноterapia per os на количестве и качестве осложнений при бр. тифе? Наш материал в этом отношении дает очень пеструю картину и приводить какие-либо цифры мы воздерживаемся до увеличения количества своих наблюдений, отметим лишь, что на имевшиеся осложнения до начала лечения вакциноterapia, эффекта никакого не оказывала. В целом ряде случаев наблюдалось на 3—4-й день снижение и субъективное улучшение. Случаи с нарастанием явлений интоксикации несмотря на применение вакцинотерапии, хотя и имели место, но по преимуществу относились к тем случаям, когда лечение было начато поздно (более чем на 15-й день). Срок же, в который лечение начинается, играет важную роль. Так, средняя продолжительность лихорадочного состояния у больных, у которых лечение начато до 10 дня, равняется 23 дням; с началом лечения—до 15 дня—24 дн.; до 20-го—28 дн.; свыше 20-го—31 день.

Выводы: Вакциноterapia per os по Безредка брюшного тифа оказывает несомненный терапевтический эффект, сказывающийся уменьшением смертности, количества рецидивов и укорочением лихорадочного периода, а потому заслуживает более широкого применения.

Из Пропедевтической хирургической клиники Астрахан. мед. института. (Завед. клиникой проф. А. Т. Лидский).

О связи мускулатуры червеобразного отростка и Баугиниевой заслонки.

Студ. Б. П. Кириллова.

В последнее время кривая аппендэктомий, как видно из многочисленных статистик, неуклонно растет, и эта массовая операция является преобладающей в работе некоторых клиник (Бурлаков—31% аппендэктомий из числа всех операций). Несомненно, что такой огромный процент аппендэктомий заставляет хирургов критически проанализировать материал их клиник. Но что вызывает особое беспокойство—это отдаленные результаты аппендэктомий, которые нередко компрометируют данную операцию, давая большие проценты рецидивов тех же болезненных симптомов, которые существовали и до операции. Процент рецидивов от 3,9% у Розанова по другим авторам резко поднимается (Horn 21%, Lick 40%, Родзиевский 57,8%, Coffes 50%). Такие огромные колебания в характере исходов заболеваний, диагностика которых, казалось бы, должна быть разработана хорошо, являются прямо поражающими. Невольно встает вопрос о целесообразности такого количества аппендэктомий и тесно связанный с ним вопрос о диагностических ошибках. Необходимо оговориться, что мы имеем ввиду болезненные явления, идущие под диагнозом хронического аппендицита, а не острого, т. к. в отношении последнего диагностика и показания к операции

не представляют особых затруднений, и поэтому операции в острых случаях аппендицита дают результаты, удовлетворяющие хирургов.

Разбирая вопрос о хроническом аппендиците, мы видим, что несмотря на тщательно проведенную диагностику хронического аппендицита, по крайней мере у некоторых хирургов, очень велик процент рецидивов. Ситковский в своей работе по этому вопросу ставит основной причиной неудач диагностические ошибки. Родзиевский, проанализировав свой материал (171 больной) с диагнозом хронического аппендицита, указывает, что несмотря на клинически достоверный диагноз, в 63 случаях был удален совершенно нормальный патолого-анатомически отросток (если не считать иногда бывшее увеличение числа лимфатических фолликулов). С другой стороны, на 44 рецидива в 26 случаях был найден отросток макроскопически измененным. Казалось бы, в этих случаях, где мы имеем клинически и патолого-анатомически аппендицит, операция должна была радикально избавить больного от всех болезненных явлений. Однако это далеко не так. Проще всего было бы объяснить эти рецидивы спайками, которые образуются иногда после аппендэктомий. Но все же хирургу довольно часто приходится находить сращения при лапаротомиях, как первичных (сращения вследствие воспалительных явлений в полости живота), так и при вторичных (сращения вследствие оперативного вмешательства), и в громадном большинстве случаев эти сращения не вызвали у больных никаких болезненных явлений. У Ф. О. Гаусмана мы находим в работе о псевдорецидивах следующее: „свежий внутренний рубец или сращения после операции, или затронутый нерв могут быть причиной страдания. Но эти последние причины послеоперационных страданий играют роль не так часто, как говорится больным“.

Кроме всего вышесказанного, сам характер болей после операции хронического аппенд. заставляет думать, что рецидивы болей, обусловленные спайками, далеко не так часты. Ибо, во первых, характер болей остается тот же что и до операции (очевидно обусловленный одной и той же причиной), а с другой стороны, быстрота их появления, иногда даже без светлого промежутка после операции, чаще всего через 1—2—3 месяца, что является сроком недостаточным, как указывает проф. Лидский, для развития в образовавшихся спайках столь высоко дифференцированных нервных окончаний, которые служат для восприятия болей. Конечно, роль спаек в этиологии болей может быть объяснена не только присутствием в них нервов, что доказано Вережинским. Боли могут быть обусловлены сращениями с париетальной брюшиной, брыжейкой и проч. Но этот вид сращений встречается не часто. Все это как бы говорит за то, чтобы не приписывать послеоперационным сращениям доминирующей роли в патогенезе и этиологии рецидивов после аппендэктомий.

Учитывая все изложенное, приходится направить мысль по иному руслу для объяснения рецидивов. Если спайки не повинны, то, очевидно, первопричина—источник болей не удален, хотя аппендэктомия произведена. Иными словами клинические явления, указывающие на аппендицит, не всегда зависят от заболеваний отростка, и видимо существуют болезненные процессы, симулирующие аппендицит. В соответствии с этим стоит работа А. И. Абрикосова о клинко-анатомических противоречиях в вопросе об аппендиците. В своей работе он указывает, что часто (от 5 до 50%) присланный патолого-анатому отросток, удаленный по по-

воду аппендикита, никаких следов воспаления не имеет, за исключением лимфоидной формы аппендикита, или изменений инволюционного характера (склероз подслизистой ткани, атрофия слизистой оболочки и лимфатического аппарата и др.), которые он не считает за особую форму хронического аппендикита, не признавая вообще идиопатическую форму хронического аппендикита и считая возможным развитие его лишь из острого. Далее он объясняет болезненные симптомы при „аппендиците“ без аппендикита, относя часть к аппендикалгиям от атонии отростка, вызванным постушением, задержанием в просвете его кала, и неправильной перистальтикой. Другую часть случаев он относит за счет неправильностей в функции вегетативной нервной системы, когда боли не связаны с отростком, а лишь проецируются в область его. Rössle объясняет такие аппендикулярные колики у невропатических субъектов движением мускулатуры отростка—спазмами ее.

В последнее время появилось несколько работ по вопросу о причинах рецидивов после аппендэктомий. Среди них нужно отметить работу В. Н. Розанова, который считает свой процент рецидивов низким (3,9%) благодаря тому, что при операции аппендикита он учитывает патологические состояния соесум (подвижность, существование брыжейки, соесум mobile, расширение ее, наличие тифлитов, тифлоколетов и проч.) где аппендикит—явление вторичное. Такое же значение имеют тяжи и сращения, которые фиксируют проксимальный отдел толстого кишечника и служат источником ряда болезненных явлений, характерных для аппендикита. Далее мы остановимся на работе И. И. Грекова—о значении аномального состояния *v. Vaughanii*, именно ее спазмов, в симптомокомплексе „аппендикита“, а возможно и в этиологии хронических аппендицитов, и как одного из источников рецидивов после аппендэктомии. По мнению Грекова *colica appendicularis* часто зависит от спазмов Баугиниевой заслонки, а не только от сокращений отростка, и боли в точке Mac Burney, произвольно или искусственно вызванные, есть результат массирования соесум и *pars coecalis ilei* (с. спазмы Баугиниевой заслонки). Что касается отростка, то он, по Грекову, играет роль источника рефлексов, вызывая спазмы Баугиниевой заслонки, именно: вследствие интимной связи мышечной его оболочки с *m. iliocolicus*. Вообще под влиянием каких-либо патологических явлений спазмы могут возникать в любом месте желудочно-кишечного тракта, но с особенной силой они должны проявляться в области заслонок в виду мощности их сфинктеров, снабженных развитой нервной сетью, заведующей работой заслонок (Греков). Далее Греков анализирует главные симптомы хронического аппендикита, останавливается на следующих моментах (приведу некоторые):

1. Коликообразные, периодические боли спазматического типа, тянущий их характер зависит от растяжения газами соесум. Эти коликообразные боли могут зависеть: или а) от сокращений отростка, или б) от сильного внезапного растяжения сращений, или с) от сокращений Баугиниевой заслонки. Принимая же во внимание, что в части случаев, когда производится аппендэктомия, и устраняются имеющиеся сращения, а больные облегчения не получают, следует признать в этих случаях единственной причиной спазмы Б. заслонки, в некоторых случаях вторичного происхождения. Спайки и тяжи, затрудняя и извращая перистальтику, также могут рефлекторно вызывать спазмы Б. заслонки, ведущие к появлению новых сращений таким путем, что вначале появляются язвенные катарры, а последние в дальнейшем, путем развития лимфангоитов, ведут к образованию сраще-

ний. Получается как бы *circulus vitiosus*. — «Спазмы вызывают сращения, а последние усиливают спазмы».

2. Запоры и периодические немотивированные поносы. Лишь в единичных случаях можно объяснить эти явления вялостью кишечника или сращениями, тем более что весьма часто одна аппендэктомия устраняет все ненормальности со стороны кишечника. Улучшение болезненных явлений происходит здесь потому, что операцией устраняется одна из причин спазмов Б. заслонки, которые аналогично органическим стенозам ведут к запорам.

3. Первые моменты — то что у одних больных имеются болезненные явления слегка выраженные, а у других они вызывают бесконечные страдания, доказывает различие нервной конституции этих больных, каковая несомненно играет большую роль в этиологии спазмов Б. заслонки.

Ряд причин, которые вообще вызывают спазмы кишек — химические, термические, механические агенты, рефлексы центрального и периферического характера, сращения и т. п. могут играть роль в этиологии Баугиноспазма; но главной причиной надо считать аппендикс, удаление которого в некоторых случаях устраняет Баугиноспазм, так же как заболевание его вызывает и поддерживает этот спазм. И. И. Греков дает этому факту следующее объяснение: „удаление отростка устраняет спазм Б. заслонки, потому что ставит ее в независимые от отростка отношения“.

Итак, приведенные факты и гипотезы позволяют уже заключить, что между отростком и Б. заслонкой существует какая то связь. Что патологический процесс, начавшись в отростке, весьма часто вовлекает Б. заслонку, причем болезненные явления (спазмы) со стороны последней начинают иногда доминировать во всей картине заболевания. Если применить эту точку зрения к вопросу о причинах рецидивов, то можно сказать, что в тех случаях, когда был только рефлекс с отростка респ. спазм Б. заслонки, вызванный рефлекторно, аппендэктомия излечивала больных; в тех же случаях, когда получились стойкие изменения Б. заслонки, вследствие того что раздражитель успел переключиться с отростка на Б. заслонку, аппендэктомия явилась запоздавшей, и боли оставались при больном. Это подтверждается фактом рецидивов после удаления уже „невинных“ в настоящее время отростков, но в которых имеются следы бывшего воспаления (облитерация, утолщения и т. д.). Эти отростки в свое время явились причиной спазмов Б. заслонки, каковые имеют место и по сие время, и служат причиной всех жалоб больных и до, и после аппендэктомии. С другой стороны, понятен обратный путь, т. е. сокращения отростка вследствие спазмов Б. заслонки, вызванных какими-либо другими причинами (колиты, сращения и т. п.)

Из всего вышеизложенного мы видим, что, даже рассуждая теоретически, мы должны предположить какую-то связь отростка с Б. заслонкой. Но эту связь необходимо твердо установить анатоми-гистологическими исследованиями. Насколько нам известно, в литературе имеется одна лишь работа Heile, посвященная вопросу анатомической связи отростка и *m. iliosolicus* (составной части Б. заслонки). Heile установил, что у человека червеобразный отросток, являясь кондом *soeci*, образован таким образом, что все *teniae soeci* соединяются вместе у конца последней и образуют трубку, респ. червеобразный отросток. Из этого видна тесная связь червеобразного отростка с продольной мускулатурой толстой кишки. Эта продольная мускулатура в своей задней *taenia*, прежде чем перейти на червеобразный отросток, направляется на устье впадения тонкой кишки в толстую. В этом месте при тщательном препарировании

Heile находил заднюю продольную *taenia* и циркулярный замыкающий мускул Б. заслонки, переходящие одна в другую. Кроме перехода *taeniae posterior coeci* в червеобразный отросток и закрывающий мускул Б. заслонки (*m. iliocolicus*) связь эта выражается еще тем, что иннервация отростка и запирающего мускула Б. заслонки происходит через общий чревный нерв, причем нервные волокна последнего, идущие к отростку и *m. iliocolicus*, анастомозируют между собой.

Признавая всю важность этой связи, мы сочли нелишним выявить более точно, путем гистологических исследований эту предполагаемую связь мускулатуры отростка и Б. заслонки, ибо одна грубо анатомическая связь, устанавливаемая Heile, недостаточна для подтверждения высказанных клиницистами теорий связи болезни отростка с дефективностью Б. заслонки. Эту задачу мы попытались разрешить нашими исследованиями, краткие результаты которых мы приводим ниже. Нами был проведен ряд гистологических исследований препаратов, содержащих Б. заслонку, часть *coeci* и отросток. Эти препараты добыты на секционном столе от субъектов различного возраста, начиная от эмбрионов 7 месяцев, и кончая субъектами пожилого возраста. Не имея возможности по чисто техническим соображениям привести в данной работе описание всей коллекции препаратов, приготовленных нами в процессе данной работы, мы ограничиваемся приведением только наиболее демонстративных. К сожалению, также по техническим условиям, не могут быть помещены в печати рисунки наших препаратов.

Первоначально нами были взяты препараты от взрослых субъектов, содержащие створку Б. заслонки (с *m. iliocolicus*), часть *coecum*, и прилежащий к ней отрезок отростка. С этих препаратов микротомом был проведен ряд сериальных срезов по направлению от Б. заслонки к отростку (толщина срезов 9 - 12 микронов). На этих срезах нам удалось установить довольно свободно непосредственный переход мышечных волокон с Баугиниевой заслонки на *appendix*. Однако трудность изготовления цельного препарата ввиду большого размера блока при исследовании препарата взрослого, заставила нас обратиться к изучению соответствующего отдела на зародышах 7 месяцев (у которых вполне развита мускулатура и интересующая нас часть кишечника); вырезая у них часть кишечника, содержащую *pars coecalis ilei*, *coecum*, и отросток, проводили срезы таким образом, чтобы в один гистологический препарат попали: Б. заслонка, *coecum*, и отросток. На данных препаратах мы можем также констатировать переход мышечных волокон с мускулатуры Б. заслонки на отросток. Для того, чтобы быть вполне уверенным в точности соотношения исследуемых частей, мы изготовили еще ряд препаратов, в которых провели контрольную кетгутовую нить из просвета *pars coecalis ilei*, через отверстие в Б. заслонке, в просвет *coecum*, и далее в просвет отростка. Такой препарат представляет из себя отрезок кишки, заключающий в себе место перехода тонкой кишки в толстую, и далее в отходящий от последней червеобразный отросток. Границей перехода является Б. заслонка, которая в данном препарате представляется в виде двух створок — выпячиваний стенки кишки. Эти выпячивания состоят из тех же оболочек, что и кишка, т. е. слизистой, подслизистой, и мышечной оболочек. Оба эти выступа располагаются конусообразно, причем конус, открытый в сторону тонкой кишки, состоит из ворсин

и прочих характерных признаков для тонкой кишки (Либеркюновы железы с бокаловидными клетками, закраенный эпителий и проч.) На нижней поверхности каждого из этих выпячиваний, обращенной в полость толстой кишки, слизистая оболочка—аналогична слизистой оболочке толстой кишки, т. е. она не имеет ворсин. На верхушках этих выпячиваний наблюдается укорочение в длину ворсин по сравнению со стороной, обращенной в полость тонкой кишки, а перейдя на нижнюю поверхность, обращенную в полость толстой кишки (соеси), ворсины все более и более понижаются, и наконец совершенно исчезают на некотором расстоянии от верхушек выпячиваний геср. створок Б. заслонки. Подслизистая оболочка выпячиваний состоит из рыхлой, волокнистой соединительной ткани, содержащей кровеносные сосуды, перерезанные в различных направлениях, и нервные стволы. На верхушке выпячиваний, в подслизистой находится большое скопление лимфоцитов, которые складываются в солитарные фолликулы. Мышечная оболочка—*muscularis externaе*—состоит из двух слоев: наружного продольного, и внутреннего кольцевого. Наружный продольный слой *muscularis externaе*, начинаясь в тонкой кишке, переходит не прерываясь на толстую кишку (соесум), частично заходя в выпячивание (Б. заслонку), не доходя до их конца—верхушек, и дальше не прерываясь переходит в продольный слой *muscularis externaе* отростка.

Внутренний кольцевой слой *muscularis externaе*, также переходит с тонкой кишки на Б. заслонку, причем данный слой образует в ней мощную мускулатуру, которая доходит до самой верхушки створок заслонки. Далее кольцевой слой, не прерываясь, переходит на толстую кишку, где продолжает сохранять значительную толщину своего слоя, и ниже переходит не прерываясь на отросток, причем в области перехода его в месте отхождения отростка от слепой кишки дает утолщение мускулатуры (кольцевой слой *musc. externaе*)—сфинктер отростка (*sph. Gerlachii*). Таким образом, гистологически устанавливается непрерывный ход мышечных волокон с отростка через мускулатуру слепой кишки в мощную мускулатуру Баугиниевой заслонки, где главная ее масса состоит из циркулярного слоя *muscularis externaе*. Продольный слой *muscularis externaе*, сохраняя также непрерывное направление с отростка через соесум на Б. заслонку, в образовании мускулатуры Б. заслонки принимает меньшее участие, входя лишь только в основание Б. заслонки.

Только учитывая глубоко интимную связь между отростком и Б. заслонкой, становится понятным ряд явлений в патологии области слепой кишки, отсюда и аппендэктомия по поводу хронического аппендицита, быть может, должна занимать далеко не первое место в арсенале оперативных мероприятий по поводу заболеваний в этой области. И в тех случаях, когда аппендэктомия была проделана и получился рецидив, хирургическое вмешательство было односторонне, операция не доделана, т. к. не было обращено должного внимания на соесум, *pars coecalis ilei*, и главным образом, на Б. заслонку, как не исключена возможность и ошибочной диагностики.

Суммируя все вышеизложенные, неизбежно выводим следующие положения, частью не раз уже высказанные другими авторами:

1. В симптомокомплексе, течения, а возможно и в этиологии аппендицитов, нарушения функции Баугиниевой заслонки, в частности ее спазмы, играют весьма большую роль.

2. Считая доказанной связь мускулатуры Б. заслонки и аппендикса, анатомически (Heile) и гистологически (*наши исследования*), становится понятным, что сокращения одного органа должны передаваться на другой.

3. Ряд патологических изменений, возникающих в аппендиксе, передаются путем рефлекса или непосредственно на Б. заслонку, вызывая ее спазмы, от которых и зависит во многих случаях хронического аппендицита главная масса болезненных симптомов.

Некоторые патологические процессы, как со стороны кишечника, так и вне его, вызывая спазм Б. заслонки, могут аналогичным путем вызывать сокращения и спазмы отростка, обуславливая собой неврогенный и миогенный путь „аппендицита“.

Из Госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института
(Директор проф. В. Л. Боголюбов).

Случай околопочечной ретроперитонеальной кисты.

Ординатора В. И. Низнера.

Околопочечные кисты относятся к числу очень редко встречающихся патологических образований. Они представляют большой интерес не только из-за их редкости, но также в виду трудности их распознавания—диагностики их, а также и в отношении их патогенеза. Не все авторы единодушны в вопросе о том, какие кисты считать околопочечными. Regier, например, считает за истинные параренальные кисты только такие, которые развились в области параренальной клетчатки и не имеют другого отношения к почке кроме соприкосновения с ней. Другие же авторы, и их большинство, не исключают из группы параренальных кист также и те кистовидные образования, которые имеют более тесный контакт с почкой, имеют сообщение или сращение с лоханкой, с почкой или располагаются в фиброзной капсуле ее. Из группы околопочечных кист исключаются кисты паразитарного происхождения—эхинококк, а также гидро и пионефроз. Околопочечные кисты принято теперь делить на следующие группы по Küster'y: 1 группа—травматические, более правильно называть их по Федорову, Lipens'y—фибринозными; 2 группа—кисты эпителиальные; 3 гр.—кисты лимфатические; 4 гр.—кисты, развивающиеся из эмбриональных остатков Вольфовых тел и, наконец, 5 гр.—кисты дермоидные.

Литературные данные о случаях околопочечных кист чрезвычайно ограничены. До 1911 г. из иностранной литературы Шамовым собрано только 30 случаев околопочечных кист, из русской же литературы за это время Шамов не приводит ни одного случая этих образований. У проф. Федорова имеются наблюдения случаев некоторых видов кист и есть указания на то, что число наблюдений среди хирургов в настоящее время, вероятно, увеличилось. Посильное знакомство с доступной мне литературой последних лет показало, что у иностранных авторов имеются лишь общие указания о ретроперитонеальных кистах,