

## Краткое сообщеніе о 4 случаяхъ аппендицита съ демонстраціей удаленныхъ органовъ \*).

Проф. Н. А. Гергена.

Господа многоуважаемые сочлены, когда 31 января я дѣлалъ заявленіе нашему секретарю о своемъ докладѣ, я имѣлъ въ виду демонстрировать въ Обществѣ два тогда только что удаленныхъ оперативнымъ путемъ червеобразныхъ отростка; но съ того времени за послѣднюю недѣлю мы произвели въ больницѣ еще 2 такихъ операціи, и вслѣдствіе этого сегодня я могу демонстрировать Вамъ уже 4 препарата. Что касается больныхъ, отъ которыхъ получены препараты, то больные еще лежатъ въ постеляхъ. Самой первой по времени оперированія больной лишь послѣ завтра исполнится 2 недѣли, и она можетъ оставить постель лишь черезъ 4—5 дней послѣ этого срока.

Всѣ случаи, о которыхъ будетъ идти рѣчь, за исключеніемъ развѣ послѣдняго, съ клинической стороны не представляютъ собою ничего выдающагося,—принадлежатъ къ обычной больничной практикѣ; равнымъ образомъ и наши оперативные приемы, примѣненные въ этихъ случаяхъ,—способы погруженія культи червеобразнаго отростка, лигатура сосудовъ, этажное зашиваніе раны—это наши обычные приемы, выработавшіеся въ послѣдніе годы; они не всегда однообразны, какъ видно изъ приведеннаго краткаго описанія случаевъ,—въ зависимости отъ клиническаго теченія аппендицита мы примѣняемъ по крайней мѣрѣ 4 различныхъ типическихъ разрѣза, но тѣмъ не менѣе и съ оперативной стороны 4 случая эти не представляютъ ничего особеннаго.

Цѣль моего доклада такимъ образомъ не та, чтобы сосредоточить вниманіе г.г. членовъ на демонстрируемыхъ препаратахъ, а та чтобы по поводу демонстраціи сдѣлать предложеніе г.г. членамъ Общества:

---

\*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей въ субботу 9 февраля 1908 г.

не признають-ли они желательнымъ и возможнымъ поставить вопросъ о леченіи аппендицита такъ сказать программнымъ на текущей годъ, и не согласятся-ли г.г. члены Общества общими силами и совместнымъ трудомъ разработать вопросъ объ аппендицитѣ такъ, чтобы придти къ возможному согласію во взглядахъ на болѣзнь и на необходимость при ней того или другого рациональнаго леченія. Съ этой точки зрѣнія извинительна и краткость описанія слѣдующихъ 4-хъ случаевъ аппендицита.

Случай первый относится къ молодой дѣвицѣ Г. 16 лѣтъ, воспитанницѣ Нижегородскаго Института. Первый разъ она заболѣла аппендицитомъ въ октябрѣ 1906 года и лечилась подъ наблюдениемъ институтскаго врача. Припадки болѣзни состояли въ боляхъ, запорѣ, лихорадкѣ, въ появленіи воспалительной опухоли въ правой подвздошной впадинѣ, при чемъ пользовавшій врачъ не колебался въ опредѣленіи болѣзни какъ воспаления червеобразнаго отростка. Послѣ этого заболѣванія остались запоры, съ которыми приходилось бороться назначениемъ слабительныхъ и клистировъ.

Въ октябрѣ 1907 года болѣзнь повторилась; на этотъ разъ боли были особенно жестоки,  $t^0$  въ теченіи двухъ недѣль держалась около  $40^0$  съ десятичными, также появилась воспалительная опухоль въ правой подвздошной впадинѣ, и послѣ выписки Г. изъ лазарета въ  $1\frac{1}{2}$  декабря (въ больницѣ она пролежала 2 мѣсяца) врачъ потребовалъ чтобы Г. подверглась, во избѣжаніе дальнѣйшихъ случайностей, оперативному удаленію червеобразнаго отростка.

Въ концѣ декабря Г. обратилась ко мнѣ, и я могъ констатировать остатки экссудата и болѣзненность правой подвздошной области, сильные запоры.

Цѣлый мѣсяць больная оставалась у меня подъ наблюдениемъ, при чемъ была регулирована дѣятельность кишечника и проводилась строгая діета—исключалась возможность переполненія кишечника каломъ.

26 января Г. поступила въ лечебницу д-ра Клячкина, а 28 подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано удаленіе червеобразнаго отростка. Брюшная полость вскрыта черезъ влагалище правой прямой мышцы. Слѣпая кишка была вытянута въ рану; червеобразный отростокъ представлялъ плотное и тѣсное сращеніе со стѣнкой кишки, располагаясь кнаружи отъ нея. Сращенія на видъ представляютъ собою совершенно организованную соединительную ткань; такими-же вновь образованными соединительно-тканными пластами покрытъ и серозный покровъ

слѣпой кишки. Послѣ раздѣленія сросеній, перевязки сосудовъ брыжжейки и отжиганія червеобразнаго отростка, культия его закрыта упомянутыми соединительно-тканными пленками посредствомъ укрѣпленія ихъ струнными швами.

Операционная рана закрыта этажнымъ струннымъ швомъ. Течение послѣоперационное совершенно гладкое, за исключеніемъ того, что на 5-ый день назначалось слабительное—горькая вода, но дѣйствія не было. Вчера 8 февраля сняты швы, и больной разрѣшено ворочаться въ постели, а встанетъ она еще не скоро. Надо сказать что наружный разрѣзъ кожи въ этомъ случаѣ былъ очень великъ—20 см.

Удаленный червеобразный отростокъ представлялъ слѣды бывшаго воспаленія въ видѣ фиксировавшихся его соединительно-тканныхъ пленокъ. Внутри отростка въ двухъ мѣстахъ видны на свѣтъ темные конкременты, гдѣ очевидно начинается образованіе камней. Подъ микроскопомъ конкременты оказались состоящими изъ кристалловъ известковыхъ солей.

Случай второй—гимназистъ Р. 15 л. Припадки воспаленія въ правой подвздошной ямѣ и запоръ существуютъ уже 3 года. Тяжелый припадокъ былъ въ началѣ декабря 1907 года, я видѣлъ тогда больного, констатировалъ наличность воспалительной опухоли у червеобразнаго отростка и обѣщалъ оперировать черезъ нѣсколько недель, назначивъ строгій пищевой режимъ и систематическое употребленіе слабительныхъ.

Больной поступилъ 26 января въ городскую Александровскую больницу, а 30 января оперированъ подъ хлороформнымъ наркозомъ. Тотъ же путь черезъ влагалище праваго прямого мускула живота. Культия отожженнаго червеобразнаго отростка закрыта складкой lig. ileo-colici. Этажный шовъ на брюшную рану. Послѣоперационное теченіе гладкое. На 5-ый день назначена тамариндовая лепешка, послѣ чего больного хорошо прослabilo.

Патолого-анатомическія измѣненія и въ этомъ случаѣ сводились къ присутствію вновь образованныхъ воспалительныхъ пленокъ, распространявшихся какъ по червеобразному отростку такъ и по слѣпой кишкѣ. Кромѣ того при расщепленіи червеобразнаго отростка периферическій конецъ его оказался рубцово-заросеннымъ, а въ рубцовой ткани 2 небольшихъ грануляціонныхъ гнѣзда.

Случай третій—дѣвица 18 л. Н. 1½ года страдаетъ воспаленіемъ въ правой подвздошной ямѣ. За 1½ года было по крайней мѣрѣ 6 рѣзко выраженныхъ приступовъ, при чемъ больная по нѣ-

сколько недѣль должна была лежать въ постелѣ. Половые органы патологическихъ измѣненій не представляютъ. 1 февраля Н. послѣ консультаціи въ гинекологической и терапевтической клиникахъ поступила въ женское отдѣленіе городской Александровской больницы.

Прощупываніемъ констатируется подвижный, нѣсколько болѣзненный червеобразный отростокъ. Операция произведена 3 февраля причѣмъ сдѣланъ разрѣзъ на 3 поперечныхъ пальца надъ Пупартовой связкой, и широкія мышцы живота раздѣлены послойно по направленію волоконъ.

Длинный червеобразный отростокъ съ ясными слѣдами бывшихъ воспаленій, какъ на немъ и его быжжейкѣ такъ и на стѣнкѣ кишекъ, отожженъ Пакеленомъ, а культя закрыта посредствомъ Ламбертовъ швовъ изъ струнныхъ нитей. Послойное зашиваніе раны. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи упадокъ сердечной дѣятельности, потребовавшій впрыскиваній кофеина, но уже со слѣдующаго дня состояніе больной улучшилось и позволяетъ надѣяться на благоприятный исходъ операціи\*). Удаленный отростокъ представляетъ воспалительныя измѣненія какъ со стороны серозной, такъ и слизистой оболочекъ. Длина его превышала 10 см.

Случай четвертый нѣсколько сложный. Больной В. молодой человекъ 22 л. еще въ октябрѣ мѣсяцѣ 1907 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы съ діагнозомъ: Pleuritis exsudativa dextra, parotitis sinistra, appendicitis.

30 ноября В. переведенъ въ хирургическое отдѣленіе съ признаками большого гнойника въ брюшной полости, развившагося видимо изъ правой подвздошной области. Тупость распространяется на всю передне-нижнюю стѣнку живота, заходитъ влѣво за среднюю линію, и пробнымъ проколомъ на этомъ мѣстѣ полученъ гной. Ординаторъ В. И. Котеловъ сдѣлалъ 3 декабря 1907 г. разрѣзъ по средней линіи и выпустилъ около 4 литровъ гнойно-фибринознаго экссудата. Наблюдавшаяся у В. лихорадка прекратилась лишь на 2 дня, а съ 5-го декабря появилась съ новой силой, удерживая ясный гектической типъ.

6 февраля 1908 г. т. е. 3 дня тому назадъ д-ръ Котеловъ при моемъ участіи повторилъ операцію, но на этотъ разъ былъ сдѣланъ разрѣзъ на 3 пальца надъ и параллельно Пупартовой связкѣ, причѣмъ по разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ оказалось, что паріетальная брюшина плотно срослена съ петлями подлежащихъ кишекъ. Не безъ малыхъ усилій удалось отпрепаровать кистовидно-раздутый, плотно

\*) Н. выписалась изъ больницы 21 февраля совершенно выздоровѣвъ.

сросшійся съ кишечными петлями, червеобразный отростокъ, наложить лигатуры на сморщенную брыжжейку и отжечь его Пакеле-номъ, за чѣмъ послѣдовало погруженіе культи инвагинирующими швами. Рана въ брюшной стѣнкѣ зашита этажнымъ швомъ, хотя и не на всемъ протяженіи; средняя часть раны, гдѣ временно вставленъ тампонъ, осталась незашитой.

Червеобразный отростокъ въ этомъ случаѣ представлялъ много своеобразнаго въ отношеніи своего положенія и состоянія стѣнокъ. Онъ былъ плотно сросшенъ со слѣпой и тонкой кишками, вдвинувшись между ними такъ, что слѣпая кишка лежала вправо и кнаружи а тонкая влѣво и внутрь—къ средней линіи. Въ операционномъ полѣ, на сколько оно было открыто, толстыя и тонкія кишки были сросшены не только съ червеобразнымъ отросткомъ но также между собой и съ паріетальной брюшиной.

Червеобразный отростокъ отходилъ отъ передне-внутренняго конца слѣпой кишки, направлялся первоначально внутрь и вглубину, и на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ дѣлалъ крутой изгибъ подъ острымъ угломъ и измѣнялъ направленіе изъ глубины, при положеніи больного на операционномъ столѣ, кверху—къ брюшной стѣнкѣ. Эта болѣе длинная часть отростка была расширена до діаметра мизинца, видимо вслѣдствіе скопленія въ его полости жидкости и одновременнаго утолщенія стѣнокъ. На мѣстѣ перегиба отростокъ былъ почти неподвижно фиксированъ рубцово-перерожденной брыжжейкой и проходившими здѣсь, хотя и не замѣтными въ рубцахъ, сосудами отростка. Послѣ перевязки сосудовъ на этомъ трудномъ для оперирования мѣстѣ, послѣ перевязки остальной части брыжжейки, прикрѣпленіе послѣдней было отрѣзано и легко уже было отжечь отростокъ и зашить рану.

Червеобразный отростокъ представляется длиннымъ—болѣе 10 см. и къ периферическому концу сильно расширеннымъ, въ то время какъ начальная его часть нормальной толщины. Граница узкой и расширенной частей соотвѣтствуетъ мѣсту бывшаго перегиба; и судя по невозможности продавить жидкость изъ периферическаго расширеннаго отдѣла въ центральный, на мѣстѣ бывшаго перегиба слѣдуетъ признать облитерацию просвѣта. Мало того, на этомъ мѣстѣ на нижней, обращенной къ брыжжейкѣ, поверхности отростка ясно видны слѣды бывшаго прободенія по присутствію рубцовой ткани и по растяженію ея при нажиманіи на расширенный периферическій конецъ. Въ этомъ мѣстѣ бывшаго прободенія стѣнка очень тонка и по вскры-

тѣи ея изъ периферическаго отдѣла отростка выдѣлилась густая, мутная бѣловатаго цвѣта слизь въ количествѣ около  $\frac{1}{2}$  чайной ложки.

Не менѣ замѣчательно въ этомъ случаѣ послѣоперационное теченіе. Не смотря на то что при операциі не было вскрыто какое-либо новое гнойное скопленіе,  $t^0$  тѣла у больного послѣ операциі рѣзко понизилась и продолжаетъ оставаться и до сего дня въ предѣлахъ ниже нормы. Изъ сравненія температурныхъ кривыхъ за послѣднія недѣли особенно бросается въ глаза разница между гектической лихорадкой за январь мѣсяцъ и стчасти субнормальной температурой въ дни послѣдующіе за операцией.

Если-бы четверо нашихъ больныхъ консультировались въ нашемъ Обществѣ, то смѣю думать, Общество почти единогласно признало-бы законность и рациональность примѣненной оперативной терапіи, но взгляды отдѣльныхъ врачей не были бы въ такой мѣрѣ согласны, если-бы консультацію вести вдвоемъ у постели больного, и причина этому была-бы малая популярность хирургической терапіи при аппендицитѣ вообще и малая, не всегда полная освѣдомленность врачей терапевтовъ по этому вопросу. Недавно оставившій кафедру клинической терапіи въ Казанскомъ университетѣ терапевтъ считалъ умѣстнымъ хирургическое леченіе аппендицита лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда развивались припадки септического перитонита, и въ этихъ условіяхъ, когда больному оставалось жить лишь нѣсколько часовъ, имѣлъ обыкновеніе говорить окружающимъ, что терапевтическія средства исчерпаны и надо обратиться за помощью къ хирургу. Я, вызванный однажды къ больной, находившейся въ такомъ состояніи, и консультируя съ этимъ терапевтомъ, соглашался оперировать больную на другой день, если у нея обнаружатся хотя какія нибудь реактивныя явленія, позволяющія надѣяться на благопріятный исходъ операциі, но конечно на другой день больную не оперировалъ, потому что ночью она умерла.

Такой взглядъ на предѣлы хирургическаго вмѣшательства при аппендицитѣ, какъ только что приведенный, весьма прискорбенъ и граничить съ тою крайностью, какъ если-бы кто требовалъ исключительно одной оперативной терапіи для всѣхъ случаевъ аппендицита, не справляясь ни съ временемъ ни съ формой заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Выяснить истину, спокойнымъ разсужденіемъ установить границы и необходимость оперативнаго леченія, установить принципы и примѣнимость выжидательнаго и діететическаго леченія, указать наконецъ на лѣкарственныя средства, хотя бы и китайскаго происхожденія, которыя могутъ купировать и предупредить возвраты

аппендицита, если такія средства есть, вотъ по моему мнѣнію благодарная задача, которую взяло-бы на себя наше Общество врачей, согласившись въ рядѣ засѣданій всесторонне обсудить вопросъ объ аппендицитѣ.

Оставляя въ сторонѣ детали того, какъ могла-бы быть выполнена эта задача, я считалъ-бы необходимымъ указать во 1) на значительный запасъ наблюдений, касающихся аппендицита, которыя могутъ представить стдѣльные члены Общества, и во 2) на возможность поручить отдѣльнымъ лицамъ приготовить сводные рефераты по отдѣльнымъ пунктамъ вопроса объ аппендицитѣ; чтеніемъ сводныхъ рефератовъ начиналось-бы обсужденіе вопроса въ нашемъ Обществѣ, а самыя рефераты освѣщались-бы нашими наблюдениями, слѣланными здѣсь въ Казани и доложенными лично членами Общества врачей. Результатомъ совмѣстнаго обсужденія вопроса явится ббольшая согласованность во взглядахъ терапевтовъ и хирурговъ у постели больного, и въ широкихъ слояхъ мѣстнаго общества распространятся болѣе правильныя представленія объ этой болѣзни.

Я не предрѣшаю вопроса о преимуществахъ хирургическаго и лѣкарственнаго леченія аппендицита. По моему личному мнѣнію, основанному на наблюденіи десятковъ случаевъ аппендицита, оба способа примѣнимы и законны въ извѣстныхъ предѣлахъ и при извѣстныхъ условіяхъ; но есть рядъ случаевъ, гдѣ оперативное леченіе становится неизбежно показаннымъ и заслоняетъ по своей раціональности всякую лѣкарственную и діететическую терапію.

Выяснить эти условія, очертить границы неизбежно показаннаго оперативнаго вмѣшательства и было-бы задачей Общества, если оно согласится принять къ обсужденію поднимаемый мною вопросъ; я также просилъ-бы г.г. членовъ высказаться относительно наиболѣе полезнаго и желательнаго по ихъ мнѣнію плана работы Общества, если послѣдуетъ согласіе Общества на разработку этого вопроса совмѣстными силами.



Недѣлю тому назадъ \*), предлагая Обществу заняться разработкой вопроса объ аппендицитѣ, я докладывалъ о 4 оперированныхъ мною

---

\*) Сообщение о пятомъ случаѣ аппендицита было сдѣлано въ засѣданіи Общества врачей въ субботу 16-го февраля 1908 г.

въ послѣднее время больныхъ. Сегодня я могу демонстрировать препаратъ еще одного, пятого случая очень интереснаго, оперированнаго мною въ прошедшій понедѣльникъ т. е. 5 дней тому назадъ. Это былъ случай такъ называемой ранней операціи, и вотъ какова краткая исторія всей болѣзни, закончившейся, не смотря на операцію, смертельнымъ исходомъ.

Ребенокъ 6 л. Михаилъ Л. По словамъ родителей впервые заболѣлъ въ субботу 9 февраля, въ 2 ч. дня. Еще утромъ ребенокъ игралъ и бѣгалъ по комнатамъ, завтракалъ въ 12-омъ часу и послѣ завтрака по обыкновенію легъ спать. Во второмъ часу онъ проснулся въ слезахъ съ жалобами на боли въ животѣ, имѣлъ рвоту и съ того времени лишился сна. Немедленно былъ приглашенъ фельдшеръ, назначившій слабительное, а въ воскресенье на слѣдующій день врачъ, подтвердившій назначеніе фельдшера и обнадежившій родителей благоприятнымъ исходомъ болѣзни. Въ ночь на понедѣльникъ ребенокъ ни минуты не спалъ, было послабленіе, рвота и сильныя боли въ животѣ припадками. Я былъ позванъ къ больному докторомъ А. Г. Побѣдимскимъ въ 10 ч. утра въ понедѣльникъ, и нашелъ очень хорошо упитаннаго ребенка въ положеніи на спинѣ съ осунувшимся и блѣднымъ лицомъ,  $t^{\circ}$  тѣла 38,3 пульсъ 132 въ минуту слабый; вздутый животъ; сильное напряженіе мускулатуры правой половины живота и болѣзненность при надавливаніи на довольно большомъ протяженіи надъ правой Пупартовой связкой. Остановившись на мысли, что здѣсь имѣлась вѣроятно прободная форма аппендицита, и имѣя въ виду, что со времени начала болѣзни не прошло еще 2-хъ сутокъ, считая положеніе больного очень опаснымъ, если не предпринять оперативнаго леченія, я предложилъ произвести операцію, для чего больнои былъ на рукахъ доставленъ въ лечебницу д-ра Клячкина, и въ 2 часа дня въ понедѣльникъ операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ. Вотъ главнѣйшія особенности какъ операціи такъ и констатированныхъ при ней патологическихъ измѣненій въ брюшной полости. Разрѣзъ на 2 пальца надъ и параллельно Пупартовой связкѣ. Разрѣзъ мускуловъ въ этой-же линіи. Разрѣзъ нѣсколько утолщенной и гиперемированной напряженной брюшины; при этомъ вылилось  $\frac{1}{2}$  рюмки жидкаго, сѣраго цвѣта нѣсколько вонючаго экссудата; сильная воспалительная гиперемія какъ паріетальной такъ и висцеральной брюшины; предлежала слѣпая кишка, на поверхности ея небольшое количество пленокъ; безъ труда вытянуть въ рану червеобразный отростокъ, сильно опухшій, воспаленный, въ двухъ мѣстахъ,

ближе къ свободному концу и при основаніи покрытый грязнымъ, похожимъ на дифтеритическій, налетомъ. При прощупываніи въ расширенной средней части отростка констатируется камень. Лигатуры на брыжжейку, лигатура на основаніе отростка, тампонада раны и ближайшей окружности брюшной полости, и наконецъ частичное зашивание раны.

Вечеромъ т<sup>о</sup> тѣла нѣсколько поднялась, а пульсъ спустился до 120, но ночью состояніе больного ухудшилось, и въ 9 ч. утра во вторникъ онъ умеръ при явленіяхъ слабости сердца.

Демонстрируемый препаратъ имѣеть особую цѣнность какъ воспроизводящій патолого-анатомическую картину тяжелаго (деструктивнаго) аппендицита въ первые 48 часовъ. Самый случай указываетъ на возможность развитія разлитого воспаления брюшины еще до истеченія 2-хъ сутокъ. Болѣе надежный результатъ можно было бы получить, оперируя въ этомъ случаѣ въ теченіе первыхъ сутокъ т. е. еще утромъ въ воскресенье.

При операціи у больного было взято 2 кубика крови изъ локтевой вены для изслѣдованія на содержаніе въ крови микробовъ, но взятая порція оказалась стерильной. Определить число лейкоцитовъ не удалось вслѣдствіе чисто случайныхъ причинъ.

---