

Дифференціальная діагностика аппендицита *).

Д-ра М. А. Крылова.

М. Т.

Если распознаваніе типично протекающаго остраго appendicit'a въ большинствѣ случаевъ на основаніи начала и теченія заболѣванія, локализациі болей, резистентности опухоли и самого характера приступовъ можетъ быть установлено безъ особыхъ колебаній, то съ другой стороны, картина этой болѣзни можетъ дать столько осложненій и отступленій отъ нормальнаго типа, что можетъ ввести въ заблужденіе самыхъ опытныхъ и самыхъ остроумныхъ врачей. Эти уклоненія отъ нормы въ теченіи аппендицита могутъ зависѣть отъ многихъ причинъ. Достаточно для примѣра припомнить, какъ многочисленны и разнообразны измѣненія, претерпѣваемые червеобразнымъ отросткомъ: воспалительный процессъ захватываетъ либо одну лишь слизистую оболочку его, либо и брюшинный покровъ, либо обѣ эти части одновременно; прободеніе отростка происходитъ то въ преформированное пространство, ограниченное сращениями, то въ полость брюшины, то въ забрюшинное пространство, то въ какую нибудь часть кишечника, то въ другой какой-нибудь полый органъ. Узнать всѣ эти скрытыя пути, по которымъ идетъ воспалительный процессъ, разыгрывающійся въ червеобразномъ отросткѣ, очень трудно, иногда даже совсѣмъ невозможно; отношенія подчасъ такъ усложняются, что даже при лапаротоміи не всегда возможно разобраться въ патологической картинѣ. Благодаря указаннымъ условіямъ, передъ глазами наблюдателя нерѣдко разворачивается картина, симулирующая заболѣваніе какого-либо другого органа, но и наоборотъ заболѣванія какого-нибудь органа, иногда даже очень отдаленнаго и не имѣющаго

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 декабря 1909 г.

прямыхъ отношеній къ червеобразному отростку, можетъ по своимъ признакамъ походить на заболѣваніе послѣдняго. Къ этому необходимо прибавить установленные въ настоящее время случаи съ болѣе или менѣе ясно выраженной картиной аппендицита, гдѣ и аутопсія *in vivo* не обнаруживаетъ рѣшительно никакихъ анатомическихъ измѣненій въ брюшной полости, которыми можно было бы объяснить наблюдающіяся явленія, такъ что приходится принять развитіе картины болѣзни исключительно на нервной почвѣ. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, несомнѣнно существующія даже значительныя измѣненія отростка (обширныя изъязвленія, утолщенія стѣнокъ *et cetera*) могутъ не проявляться никакими симптомами, пока процессъ не захватитъ *serosam* и поэтому доступны распознаванію лишь во время операціи (Rankow) или на секціонномъ столѣ. Въ нижеслѣдующемъ очеркѣ я постараюсь представить тѣ основанія, руководствуясь которыми въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можно подойти къ разрѣшенію вопроса, имѣется ли здѣсь заболѣваніе аппендицитомъ или какое нибудь другое. При изложеніи я прежде всего остановлюсь на тѣхъ болѣзненныхъ формахъ, которыя даютъ поводъ къ смѣшенію съ острымъ аппендицитомъ, а потомъ уже подвергну разсмотрѣнію формы, дающія картину, напоминающую хроническій аппендицитъ. — Среди многихъ болѣзней, которыя можно смѣшать съ острымъ аппендицитомъ, одно изъ первыхъ мѣстъ должно быть отведено брюшному тифу.

Тифъ и аппендицитъ чаще всего являются источникомъ затрудненій для діагноза. Правда, тифъ и аппендицитъ въ своихъ кардинальныхъ симптомахъ рѣзко отличаются другъ отъ друга, такъ что при нормальномъ ходѣ того и другого заболѣванія смѣшеніе почти невозможно. Но бываютъ случаи, когда діагнозъ представляется очень затруднительнымъ; особенно начальный періодъ тифа съ его неясными и невыраженными симптомами можетъ повести къ ошибочному діагнозу. Въ другихъ случаяхъ причиной ошибки является слишкомъ сильное развитіе при тифѣ фолликулярной ткани отростка, такъ что дѣло доходитъ до образованія припухлости, свойственной аппендициту (Collet). Въ другихъ далѣе случаяхъ клиническая картина тифа настолько измѣняется, благодаря наличности прежде бывшаго аппендицита или скрытно протекающаго воспаления отростка, что распознается тяжелая форма остраго аппендицита съ прободеніемъ, между тѣмъ какъ операція обнаруживаетъ въ отросткѣ лишь старыя измѣненія, а не свѣжія, которыя могли бы объяснить тяжелыя явленія. Въ слѣдующемъ ряду случаевъ дѣло идетъ о формѣ, называемой Dieulafoy паратифоиднымъ аппендицитомъ, т. е. о тѣхъ случаяхъ, когда въ теченіи тифа, часто уже въ періодѣ выздоровленія, развивается настоящій аппендицитъ или совершенно независимо отъ тифа, или на почвѣ ослабленія

организма, вызваннаго тифознымъ заболѣваніемъ. Сходство клинической картины аппендицита и тифа бываетъ иногда настолько рѣзкимъ, что въ литературѣ мы встрѣчаемъ описаніе случаевъ, гдѣ была произведена даже лапаротомія, обнаружившая однако наличность не аппендицита, а брюшной тифъ (Mühsam, Morangéa, Dieulafoy, Körte, Nothnagel и многіе другіе). При дифференцированіи во всѣхъ подобныхъ случаяхъ необходимо придерживатся слѣдующихъ отправныхъ точекъ. Для остраго аппендицита характерно болѣе или менѣе острое, бурное начало: приступъ аппендицита застигаетъ больного, большею частью, среди полнаго благополучія.—„Почти въ $\frac{1}{2}$ анамнезовъ нашихъ больныхъ“, говоритъ Ростовцевъ,—помѣчено: „заболѣлъ вдругъ, внезапно, сразу“, въ остальной $\frac{1}{2}$, за немногими исключеніями, точно обозначенъ день заболѣванія, что также указываетъ на быстрое развитіе процесса“. Того же мнѣнія и Boas. Въ противоположность этому, при брюшномъ тифѣ мы наблюдаемъ постепенное расхварываніе больного; при явленіяхъ повторныхъ знобовъ, температура при этомъ заболѣваніи повышается постепенно, лѣстницеобразно, обычно безъ болевыхъ ощущеній со стороны кишекъ.

Вторымъ кардинальнымъ признакомъ аппендицита являются чувствительность и боль въ правой подвздошной ямкѣ. Присутствіе боли и характеръ ея Boas считаетъ самымъ важнымъ признакомъ аппендицита. Другіе авторы съ момента появленія ея считаютъ даже начало болѣзни. (Ростовцевъ). Dieulafoy къ этому добавляетъ напряженіе мускулатуры живота и кожную гиперестезію, группируя всѣ эти симптомы подъ общимъ названіемъ „triade douloureuse“. Разъ начавшись, боль быстро достигаетъ сильной степени. Характерной ея особенностью является ея постоянство; если ремиссіи и наблюдаются, то, по Boas'у, онѣ бываютъ незначительными. Иногда боль носить характеръ коликъ или спазматическихъ схватокъ, стрѣляющихъ и отдающихъ по различнымъ направленіямъ—въ поясницу, спину, въ правое бедро, въ яички, мошонку и въ область мочевого пузыря. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни боли начинаютъ ограничиваться правой подвздошной ямкой, теряютъ свой постоянный характеръ и появляются припадками болѣе или менѣе частыми, иногда невыносимо тяжелыми. Помимо значительной боли, аппендициту свойственна чувствительность точки Mc Burney и точки Lenzman'a ¹⁾, которыя по мнѣнію нѣкоторыхъ, соотвѣтствуютъ мѣсту отхожденія червеобразнаго отростка отъ слѣпой кишки. При брюшномъ тифѣ рѣзкихъ болей и локализи-

¹⁾ О діагностическомъ значеніи этихъ точекъ см. статью В. Ф. Орловскаго: „къ изслѣдованію червеобразнаго отростка (Русскій Врачъ 1908 года № 42).“

рованныхъ болевыхъ точекъ мы не имѣемъ. Самое большее, что мы здѣсь встрѣчаемъ, да и то въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, это чувствительность при давленіи въ правой подвздошной области и въ подложечной ямкѣ (Dieulafoy). Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни къ только что указаннымъ отличительнымъ признакамъ присоединяется резистентность въ ileocecal'ной области, выраженная при аппендицитѣ значительно рѣже, чѣмъ при брюшномъ тифѣ. Болѣе тщательное изслѣдованіе правой подвздошной области въ это время нерѣдко обнаруживаетъ появленіе инфильтрата. Въ рѣзкихъ случаяхъ присутствіе его замѣтно бываетъ глазомъ, особенно при тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ или сказывается асимметрией живота, но обычно инфильтратъ констатируется только пальпаторно и то въ послѣдующіе дни заболѣванія, по мѣрѣ ослабленія брюшныхъ стѣнокъ и уменьшенія болѣзненности живота внѣ предѣловъ воспалительнаго фокуса. Мѣстоположеніе инфильтрата въ подвздошно-слѣпо-кишечной области соотвѣтствуетъ Mc Burney'евской точкѣ; въ другихъ же случаяхъ, какъ указываетъ Ростовцевъ, инфильтратъ лежитъ непосредственно надъ пупартовой связкой, оставляя у spina anterior superior свободную узкую полосу; иногда даже инфильтратъ располагается ближе къ пупартовой связкѣ или къ средней линіи и лобку. Инфильтратъ нерѣдко представляется въ видѣ припухлости гладкой или крупно бугристой, то кругловатой, то овальной, но чаще неопредѣленной формы. Границы его не только въ первое время болѣзни, когда этому препятствуетъ напряженіе брюшныхъ стѣнокъ и сильная болѣзненность, но и въ позднѣйшія стадіи ея при всѣхъ благопріятныхъ къ тому же условіяхъ, представляются не рѣзко контурированными, незамѣтно переходящими въ сосѣднія части. Въ этой неопредѣленности, въ меньшей или большей диффузности границъ Ростовцевъ видитъ характерную особенность перитифлической опухоли. Воас опредѣляетъ ее, кзкъ разлитую тѣстоватость, (напоминающую сырую папку Roux). Дальнѣйшимъ кардинальнымъ симптомомъ, характеризующимъ аппендицитъ и отличающимъ его отъ брюшного тифа, является рвота. Возникая вмѣстѣ съ болями живота, она является однимъ изъ раннихъ симптомовъ аппендицита; особенно часто она сопровождаетъ начало болѣзни у дѣтей, хотя и у взрослыхъ частота появленія ея колеблется отъ 40% (Ростовцевъ)—56,5 (Coley) до 65% (Deawer)—75% (Nothnagel). Въ большинствѣ случаевъ она рѣдко повторяется и держится въ теченіи всего дня, еще рѣже продолжается и слѣдующія дни.

Рвотныя массы обычно состоятъ изъ желудочнаго содержимаго и слизи, только при механической непроходимости или параличѣ кишечника, развившагося вслѣдъ за аппендицитомъ, она можетъ стать каловой. Еще рѣже, именно въ особенно тяжелыхъ случаяхъ

она бывает кровавой (Dieulafoy, Вoeskel, Цыпкинт). Въ противоположность этому, въ клинической картинѣ брюшного тифа рвота отмѣчается рѣдко; чаще она, наряду съ другими симптомами остраго катарра пищеварительныхъ путей, имѣетъ мѣсто при паратифозныхъ заболѣваніяхъ.

Если мы видимъ больного не въ первые дни болѣзни, то важнымъ признакомъ для отличія аппендицита отъ брюшного тифа является ходъ температуры. Случаи остраго аппендицита безъ повышения температуры не часты: принимая во вниманіе указанія различныхъ авторовъ, число такихъ безлихорадочныхъ случаевъ аппендицита колеблется отъ 9,5% до 11%. Въ неосложненныхъ случаяхъ аппендицита умѣренно-тяжелого температура рѣдко превышаетъ 39° и держится на такой высотѣ 1—3, много 5 дней, придерживаясь постояннаго типа, а затѣмъ быстро падаетъ. Судя по литературнымъ даннымъ, такого типа лихорадка наблюдается въ 37,1%—49% аппендицитовъ. Напротивъ, при гнойныхъ и перфоративныхъ формахъ температура весьма быстро достигаетъ высокихъ цифръ и остается на этой высотѣ болѣе или менѣе долгое время. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ лихорадка съ самаго начала носить ремиттирующий характеръ, свойственный нагноительнымъ процессамъ. Въ противоположность аппендициту, гдѣ, какъ мы только что видѣли, ходъ температуры представляется мало характернымъ, для брюшного тифа теченіе температуры, дающей такъ называемую Wunderlich'овскую кривую, представляется въ высокой степени типичнымъ. Начало лихорадки обнаруживается здѣсь лишь въ рѣдкихъ случаяхъ потрясающимъ ознобомъ, обыкновенно же повторными познабливаніями. Начавшись съ повторныхъ ознобовъ, температура постепенно начинаетъ повышаться, придерживаясь постояннаго типа и давая къ вечеру слѣдующаго дня цифру на 1° выше t-ры вечера предыдущаго дня. Путемъ такихъ лѣстницеобразныхъ подъемовъ t-ра къ 4—7 дню доходитъ до 40° и выше и переходитъ въ тотъ періодъ, который извѣстенъ подъ названіемъ періода постоянныхъ колебаній, характеризующійся тѣмъ, что восходящая t-ная линія замѣняется слегка волнистой линіей, идущей горизонтально съ колебаніями между утренней и вечерней t-ой въ $\frac{1}{2}^{\circ}$ — это періодъ разгара болѣзни. Онъ тянется 1—1½ недѣли, а въ тяжелыхъ случаяхъ затягивается надолго, иногда до 3—4 недѣль. При исходѣ въ выздоровленіе вслѣдъ за нимъ наступаетъ періодъ, такъ называемый нисходящихъ колебаній t-ры, характеризующійся зигзагообразнымъ пониженіемъ ея, при чемъ въ первые дни t-ра держится ремиттирующаго типа, смѣняющагося температурой интермиттирующей, спаденіе длится отъ нѣсколькихъ дней до одной недѣли и болѣе.

Наряду съ ходомъ t-ры и другими разнообразными симптомами въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни существенную услугу при отличіи аппендицита отъ брюшного тифа оказываютъ изученіе стула, отыскиваніе розеолъ, изученіе состоянія селезенки и общаго состоянія больного. Нормальной стулъ при аппендицитѣ встрѣчается не чаще, чѣмъ въ 23%, какъ отмѣчаетъ Ростовцевъ, по Deaver'у же еще рѣже, именно въ 8½%; обычно при аппендицитѣ наблюдается запоръ (въ 47,7% Ростовцевъ; 57½% Deaver) который и удерживается во многихъ случаяхъ до конца болѣзни (32,5%). По сравненію съ запорами, поносы при аппендицитѣ встрѣчаются гораздо рѣже; такъ, по Ростовцеву, наличность ихъ отмѣчено всего въ 20,5%, а по Deaver'у даже только въ 15½%, иногда впрочемъ, поносы чередуются съ запорами (Ростовцевъ 8,5%). Если наблюдаются поносы, то они обычно сопровождаютъ начало болѣзни, продолжаются недолго и уступаютъ въ дальнѣйшемъ мѣсто запорамъ или нормальному стулу. При брюшномъ тифѣ, наоборотъ, запоры наблюдаются гораздо рѣже; сравнительно чаще мы встрѣчаемъ ихъ въ первую недѣлю болѣзни, въ дальнѣйшемъ же они смѣняются ежедневными повторными послабленіями, при чемъ стулъ носитъ характеръ гороховаго супа.

Важнымъ отличительнымъ признакомъ является далѣе появленіе при брюшномъ тифѣ розеолъ, показывающихся обыкновенно на 9-й день болѣзни на нижней области груди и верхней части живота. Разъ появившись, розеола держится 3—4 дня и затѣмъ исчезаетъ, въ тоже время происходитъ высыпаніе новыхъ розеолъ; появленіе розеолъ иногда захватываетъ и періодъ выздоровленія. Состояніе селезенки можетъ дать намъ также опорные пункты для дифференцированія брюшного тифа и аппендицита. При брюшномъ тифѣ селезенка, какъ извѣстно, увеличена, прощупываясь обыкновенно съ 9 дня болѣзни; она представляется мягкой консистенціи, почти безболѣзненной. Изъ другихъ симптомовъ, которые могутъ служить опорнымъ пунктомъ при дифференцированіи аппендицита отъ брюшного тифа необходимо указать на пульсъ. Въ то время какъ для брюшного тифа въ высокой степени характерно запаздываніе пульса по отношенію къ температурѣ, при аппендицитѣ подобнаго явленія не наблюдается. Кромѣ того, пульсъ при брюшномъ тифѣ, обыкновенно съ начала 2-й недѣли, представляется дикротичнымъ и явственно мягкимъ. Немаловажное значеніе при дифференцированіи аппендицита отъ брюшного тифа имѣетъ далѣе общее состояніе больного. При аппендицитѣ оно бываетъ въ большинствѣ случаевъ мало или совсѣмъ не нарушено; при брюшномъ тифѣ, наоборотъ, больной еще въ продромальномъ періодѣ, при отсутствіи лихорадки, жалуется на усталость, мышечныя боли, потерю аппетита, головокруженіе; въ періодъ развитія болѣзни

общее состояніе разстраивается еще больше, появляются упорныя головныя боли, достигающія сильной степени, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, языкъ становится обложеннымъ, дотолѣ ослабленный аппетитъ совершенно исчезаетъ; эти явленія постепенно все нарастаютъ и обычно осложняются явленіями возбужденія или угнетенія центральной нервной системы, характеризующими такъ называемый *status typhosus*. Въ затруднительныхъ случаяхъ діагнозу можетъ помочь, наконецъ, изслѣдованіе крови. Въ то время какъ для брюшного тифа характерна лейкопенія, при остромъ аппендицитѣ наблюдается, наоборотъ, обычно повышеніе количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, идущее параллельно съ тяжестью заболѣванія. Руководствуясь всѣми только что разобранными признаками, въ большинствѣ случаевъ мы будемъ въ состояніи отличить своевременно оба интересующія насъ заболѣванія. Въ случаяхъ болѣе сложныхъ и запутанныхъ на помощь правильному распознаванію слѣдуетъ привлечь изученіе агглютинирующей способности кровяной сыворотки больного (реакція Widala), а также бактериологическое изслѣдованіе его крови путемъ посѣвовъ послѣдней на питательныя среды, особенно по способу Congradi Kayser'a. Не менѣе затрудненій представляетъ разграниченіе перфоративнаго аппендицита отъ прободенія тифозной язвы, которое наблюдается чаще всего на разстояніи 25—30 сантиметровъ отъ *valvula Bauchoini*, но можетъ имѣть мѣсто и въ слѣпой кишкѣ, и даже въ самомъ отросткѣ. Особенно затруднителенъ діагнозъ, если первоначальныя явленія тифа протекали мало замѣтно, слѣдовательно, при такъ называемомъ *typhus ambulatorius*, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда больного врачъ застаетъ уже съ явленіями общаго гнойнаго перитонита. Въ свѣжихъ случаяхъ важнымъ отличительнымъ признакомъ является здѣсь *t*-ра: быстрое паденіе *t*-ры съ явленіями шока и быстро нарастающимъ перитонитомъ говоритъ болѣе въ пользу тифознаго прободенія, наоборотъ повышеніе *t*-ры при явленіяхъ болѣе медленнаго теченія процесса и наличность лейкоцитоза въ крови съ относительнымъ увеличеніемъ полинуклеаровъ говоритъ въ пользу перфоративнаго аппендицита. Въ виду, однако, трудности діагноза въ этихъ случаяхъ было бы желательно дальнейшее подробное изученіе соотвѣствующихъ наблюденій; между прочимъ, интересно было бы выяснитъ, не окажется ли здѣсь очень полезной въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи крайне простая по производству реакція Воловскаго.

Изъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній могущихъ послужить поводомъ къ смѣшенію съ острымъ аппендицитомъ слѣдуетъ упомянуть острый гастритъ—*Catarrhus ventriculi acutus*, особенно его формы—*Gastritis toxica acuta et gastritis phlegmonosa acuta*. Въ самомъ дѣлѣ, какъ извѣстно, острый

боли въ подложечной области наблюдаются очень часто въ началѣ остраго аппендицита; онѣ или рефлекторнаго происхожденія или, какъ полагаетъ Lennander, обусловлены лимфангоитомъ. Появившись въ подложечной области, боли лишь нѣсколько позже спускаются въ правую подвздошную область, гдѣ и локализируются. Особенно рѣзко выступаютъ эти подложечныя боли въ тѣхъ случаяхъ, когда отростокъ направленъ къ области желудка. Если эти боли опредѣляются и пальпаторно, выступаютъ очень остро и очень рѣзко, то онѣ ведутъ зачастую къ ложному распознаванію остраго катарра желудка. Смѣшеніе тѣмъ болѣе возможно, что тяжелыя формы катарра желудка могутъ такъ же, какъ острый аппендицитъ, сопровождаться ознобомъ, съ послѣдующимъ повышеніемъ t-ры и рвотой. За острый катарръ желудка въ подобномъ случаѣ говоритъ прежде всего анамнезъ даннаго заболѣванія, который въ большинствѣ случаевъ устанавливаетъ, какъ причину заболѣванія, тѣ или другія погрѣшности въ діетѣ, употребленіе лекарственныхъ веществъ (интоксикацію), et cetera. Далѣе, при остромъ катаррѣ желудка, въ противоположность острому аппендициту, тошнота и рвота обычно предшествуютъ появленію болей; послѣ опорожненія желудка больной чувствуетъ рѣзкое улучшеніе въ состояніи здоровья. При остромъ аппендицитѣ, наоборотъ, боли въ epigastrium, тошнота и рвота, несмотря на опорожненіе желудка, продолжаются и могутъ даже усиливаться. Одно уже это обстоятельство должно возбуждать подозрѣніе, не имѣется ли у больного заболѣванія отростка. Рѣшаетъ въ такомъ случаѣ дѣло тщательное изслѣдованіе правой подвздошной области, открывающее при остромъ аппендицитѣ напряжение и ригидность стѣнокъ живота и другія мѣстныя явленія.—Если, какъ мы только что видѣли, острый аппендицитъ можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ принятъ за острый катарръ желудка, то съ другой стороны, острый аппендицитъ самъ подчасъ является виновникомъ діагноза круглой язвы желудка—тамъ, гдѣ ея нѣтъ.—Смѣшеніе этихъ заболѣваній чаще всего, правда, наблюдается при хроническомъ ихъ теченіи и отчасти обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что круглая язва желудка нерѣдко протекаетъ одновременно съ appendicitis chronica (по Mahnert'у въ 75%), развиваясь на почвѣ тромбоза и эмболии желудочныхъ сосудовъ; причемъ воспаленный отростокъ является исходнымъ пунктомъ. Чтобы не возвращаться къ этому вопросу въ отдѣлѣ о хроническомъ аппендицитѣ, укажу сейчасъ, что сходство въ картинѣ хроническаго аппендицита и хронической круглой язвы желудка можетъ быть настолько значительно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ при жестокихъ подложечныхъ боляхъ приступали къ лапаротоміи въ предположеніи встрѣтить круглую язву желудка, между тѣмъ оказывался лишь одинъ аппендицитъ.—Еще чаще происхо-

дять смѣшенія остраго аппендицита и остро возникшей круглой язвы желудка, особенно, если аппендицитъ начинается очень рѣзко, ограниченной и сильно выраженной болью въ подложечной области, опредѣляемой и пальпаторно. Диагнозъ представляется еще болѣе затруднительнымъ, если мы имѣемъ на лицо прободеніе желудочной язвы, особенно, если оно наступаетъ безъ предшествующихъ, ясно выраженныхъ симптомовъ язвы и сопровождается повышеннымъ напряженіемъ брюшныхъ покрововъ съ рефлекторной сильной болѣзненностью въ правой подвздошной области. Въ другомъ случаѣ, наоборотъ, прободеніе отростка можетъ быть принято за прободеніе круглой язвы желудка; это бываетъ въ томъ случаѣ, когда отростокъ направленъ въ сторону желудка и здѣсь образуется аппендикулярный абсцессъ, а также въ случаѣ рѣзко выраженной кровавой рвоты, наблюдающейся при септическомъ аппендицитѣ.

Разграничительное распознаваніе подобныхъ случаевъ возможно лишь въ началѣ болѣзни. Помимо анамнестическихъ указаній, которыя въ нѣкоторомъ случаѣ выясняютъ причину прободенія, въ пользу прободенія язвы желудка говоритъ острая рѣзкая боль въ epigastrium, наибольшая ригидность покрововъ живота въ надпупочной области, быстрое и сильное развитіе метеоризма, въ первые часы пониженіе t-ры; за прободеніе отростка—наибольшая выраженность явленій въ правой подвздошной области, болѣе медленное развитіе метеоризма, повышеніе t-ры, повторныя рвоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи, по мѣрѣ усиленія явленій перитонита, распознаваніе становится невозможнымъ.

Легкія острые формы желудочной язвы, при которыхъ предварительно образовались спайки, не даютъ повода къ смѣшенію съ перфоративнымъ аппендицитомъ, равно какъ ограниченные прободные аппендициты довольно отличимы отъ таковыхъ же прободеній желудочной язвы.—Не меньше затрудненій представляетъ отличіе перфоративнаго аппендицита отъ прободенія язвы двѣнадцати перстной кишки, особенно въ виду того, что въ силу анатомическихъ условій экссудатъ при перфорации язвы duodeni нерѣдко спускается въ сторону правой подвздошной области, гдѣ и выступаетъ наибольшая боль и ригидность. Картина болѣзни при подобныхъ условіяхъ можетъ настолько напоминать перфоративный аппендицитъ, что неизбѣжно приходишь къ ложному диагнозу (Moynihan въ 37%). Разграниченіе облегчается прежде всего наличностью анамнестическихъ данныхъ. При язвѣ 12-ти перстной кишки наблюдается жгучая, буравящая боль, чаще всего въ правой подвздошной области; она отдаетъ книзу или въ бока и очень рѣдко, а, по Virgwickel'ю, никогда—въ спину. Боль появляется спустя нѣсколько часовъ послѣ ѣды и усиливается при положеніи на правомъ боку (Oppenheimer); локализируясь чаще всего въ

правой подвздошной области, приблизительно на протяжении правой парастеральной линии сант. на 2 ниже желчного пузыря, боль иногда располагается значительно лѣвѣе и занимаетъ область *scrobiculi cordis*, или же спускается больше книзу и занимаетъ окружность пупка, или даже располагается болѣе или менѣе книзу отъ послѣдняго. Въ нѣкоторыхъ, наконецъ, случаяхъ язвы 12-ти перстной кишки боли локализируются вправо отъ позвоночного столба, именно, непосредственно у 12 грудного позвонка (Boas). Эта боль, по Boas'у, не находится въ зависимости отъ качества принятой пищи, а, по Chwostek'у, она успокаивается всякій разъ на время послѣ принятія небольшого количества вина. Случается, что боли эти продолжаются и ночью, когда желудокъ пустъ, иногда же онѣ лишь ночью и начинаются. Еще характернѣе для язвы 12-ти перстной кишки кишечныя кровотеченія и въ меньшей мѣрѣ кровавая рвота; эти потери крови могутъ быть то обильными, доводящими до коляпса и смерти, то незначительными и повторными, то, наконецъ, являются въ видѣ такъ называемыхъ скрытыхъ кровотеченій. Помимо этихъ анамнестическихъ указаній, въ пользу перфорации *duodeni* говоритъ внезапная очень сильная, появляющаяся вскорѣ послѣ ѣды боль, локализирующаяся прежде всего въ *epigastrium* и, только спустя нѣсколько часовъ, переходящая въ правую подвздошную область, но не достигающая здѣсь никогда силы начальной боли.

Помимо болѣзней желудка, поводъ къ смѣшенію съ острымъ аппендицитомъ могутъ давать нѣкоторыя кишечныя болѣзни, именно, острые энтериты и колиты. Особенно это касается тѣхъ случаевъ, въ которыхъ, при наличности бурной общей картины, наблюдается повышенная резистентность въ правой подвздошной области, рѣзкій метеоризмъ, боли при давленіи на область слѣпой кишки и друг. явленія, симулирующія острый аппендицитъ. Въ нѣкоторыхъ изъ подобныхъ случаевъ производилась даже лапаротомія (Küstner), обнаружившая, однако, ничего патологическаго со стороны отростка. Съ другой стороны, возможны и обратныя ошибки, именно, распознаваніе остраго энтерита тамъ, гдѣ на самомъ дѣлѣ имѣется только острый аппендицитъ. Такія ошибки происходятъ главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда острый аппендицитъ протекаетъ не съ запорами, какъ это бываетъ обычно, а съ сильными поносами. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ мы имѣемъ, конечно, дѣло съ одновременнымъ заболѣваніемъ острымъ аппендицитомъ и острымъ энтероколитомъ. Правильное распознаваніе въ такихъ случаяхъ зачастую становится невозможнымъ. При дифференц. распознаваніи необходимо базироваться на томъ, что мѣстныя явленія при остромъ аппендицитѣ выступаютъ всего рѣзче въ правой подвздошной области, а при энтеритѣ въ области пупка; существенную пользу можетъ оказать также счетъ бѣлыхъ

тѣльцъ крови. Необходимо далѣе помнить, что нѣкоторые изъ энтеритовъ, подающихъ поводъ къ смѣшенію съ острымъ аппендицитомъ, обусловливаются кишечными паразитами. Если принять за правило изслѣдовать кровь въ каждомъ случаѣ, возбуждающемъ подозрѣніе на аппендицитъ, то подобныя ошибки нерѣдко будутъ легко устранены, такъ какъ наличность глисть въ кишечникѣ часто сопровождается несвойственной аппендициту эозинофиліей.

При дифференцированіи остраго аппендицита отъ остраго колита необходимо имѣть въ виду, что при колитѣ начало болѣзни нѣсколько иное въ сравненіи съ аппендицитомъ: болѣзненные явленія обыкновенно слѣдуютъ непосредственно за вреднымъ вліяніемъ, которое послужило причиной болѣзни; боль большею частью локализируется въ нижней части живота и носитъ мучительный, тянущій и буравящій характеръ, рвота обычно отсутствуетъ, испражненія слѣдуютъ быстро одно за другимъ, количество и характеръ ихъ колеблется въ зависимости отъ силы болѣзни, причины ея и, наконецъ, отъ того, какая часть кишечника поражена. Въ легкихъ случаяхъ число испражнений въ сутки бываетъ не больше 2—3, въ тяжелыхъ—достигаетъ 15—20 и болѣе; они большею частью кашицеобразной консистенціи, съ большимъ содержаніемъ слизи. При осмотрѣ живота иногда удастся видѣть небольшое вздутіе его, при пальпаціи иногда удастся опредѣлить судорожное сокращеніе отдѣльныхъ кишечныхъ петель; чувствительность къ давленію рѣзче всего оказывается выраженной обычно въ области *colon descendens* и *flexura sigmoidea*.

Изъ прочихъ кишечныхъ заболѣваній, которыя по сходству симптомовъ могутъ симулировать аппендицитъ, помимо колита, необходимо еще указать на дизентерію; послѣдняя иногда поражаетъ рѣзче всего слѣпую кишку и восходящую ободочную. Если дизентерійная язва, расположенная въ этой части толстыхъ кишекъ, даетъ прободеніе стѣнки, то возникаетъ картина сходная съ тяжелымъ прободнымъ перитонитомъ, развивающимся на почвѣ аппендицита. Въ другихъ случаяхъ дизентерійный процессъ спускается на отростокъ и такимъ образомъ обусловливаетъ развитіе картины аппендицита. Въ дифференціальномъ отношеніи существенное значеніе въ подобныхъ случаяхъ имѣетъ тщательное изученіе теченія болѣзни, которое даетъ возможность установить, что перитониту предшествовала картина дизентеріи.

Острая кишечная закупорка (*ileus*) можетъ также повести къ ошибочному распознаванію аппендицита; она можетъ быть вызвана ущемленіемъ или заворотомъ, или выдреніемъ одной петли кишекъ въ другую.—Наконецъ, въ высшей степени сходную клиническую картину даетъ закупорка *art. mesentericae superioris* въ тѣхъ случаяхъ, когда процессъ затягивается на 7—8 и болѣе дней—(*Ileus paralyticus et thrombosi s. embolia ar.*

mesentericae superioris Déskart'a). Въ отличіе отъ остраго аппендицита всѣ эти состоянія развиваются обычно сразу очень бурно и проявляются быстро наступающимъ шокомъ, рвотой въ зависимости отъ внезапнаго, сильнаго раздраженія первовъ брюшины и кишекъ въ мѣстѣ пораженія кишечника, наконецъ, рѣзкими болями, выступающими особенно сильно при ущемленіи петли тонкой кишки. Къ этимъ общимъ явленіямъ присоединяются очень характерные мѣстные симптомы въ видѣ, такъ называемаго, мѣстнаго метеоризма (признакъ Wahl-Kader'a): ущемленная кишечная петля парализуется, кровообращеніе въ ней нарушается, она вздувается, иногда до значительной степени, особенно по сравненію съ сосѣдними, мало вздутыми участками кишекъ; при изслѣдованіи мы находимъ вздутую, неподвижную, лишенную перистальтики, кишечную петлю, обуславливающую асимметрію въ формѣ живота и проявляющуюся при тщательномъ ощупываніи ясно повышенной резистентностью; такъ какъ выше лежація части кишекъ, особенно въ первые дни ущемленія, не вздуты или представляютъ лишь незначительное вздутіе, то этимъ дается возможность опредѣленія даже мѣста ущемленія. Въ дальнѣйшемъ теченіи при развитіи полной закупорки просвѣта кишекъ появляются и дальнѣйшіе характерные симптомы, именно, отсутствіе стула и вѣтровъ и, наконецъ, каловая рвота. При инвагинаціи, кромѣ указанныхъ симптомовъ, наблюдаются кровянистыя или кровянисто-слизистыя испражнения, иногда выдѣленіе куска омертвѣвшей кишки; наконецъ, *per rectum* можно бываетъ иногда ощупать вѣдренную часть. Всѣ эти признаки даютъ возможность правильнаго распознаванія острой кишечной закупорки отъ *appendicita*.

Дѣло однако осложняется, если только что разсмотрѣнные симптомы выражены не рѣзко. Особенно часто это наблюдается при ущемленіяхъ кишечника въ какомъ либо карманѣ правой подвздошной области. Затрудненіе для діагноза увеличивается, если ущемленіе не полно, особенно же съ развитіемъ перитональныхъ явленій. Насколько часто возможно здѣсь ошибочное признаніе аппендицита въ случаяхъ внутреннихъ ущемленій, обусловленныхъ старыми тяжами отъ ранѣ бывшихъ перитонитическихъ процессовъ, далѣе, ущемленіемъ большихъ желчныхъ камней въ кишечникѣ, ущемленіемъ дивертикуломъ Meskel'я и т. д. доказываетъ цѣлый рядъ опубликованныхъ въ литературѣ наблюденій.

Острый аппендицитъ можетъ далѣе быть распознанъ неправильно въ случаяхъ жесточайшихъ болей въ полости живота, наблюдающихся при склерозѣ брюшныхъ кровеносныхъ сосудовъ, особенно если эти боли локализируются въ правой подвздошной области и сопровождаются вздутіемъ живота и запоромъ. При дифференціальномъ распознаваніи необходимо исходить

прежде всего изъ того положенія, что боли на почвѣ склероза сосудовъ носятъ характеръ припадковъ, напоминающихъ собою типичную грудную жабу; онѣ, большею частью, непродолжительны, сопровождаются общимъ тоскливымъ настроеніемъ и появляются обычно въ старческомъ возрастѣ, въ которомъ аппендицитъ наблюдается гораздо рѣже; при изслѣдованіи находятъ распространенный склерозъ кровеносныхъ сосудовъ.

Коликообразныя боли при аппендицитахъ даютъ далѣе поводъ къ смѣшенію съ свинцовой коликой, а также съ почечной и печеночной. Смѣшеніе свинцовой колики съ аппендицитомъ и обратно особенно возможно при отсутствіи общихъ симптомовъ свинцоваго отравленія. Здѣсь могутъ имѣть мѣсто три случая. Во первыхъ,—хроническое свинцовое отравленіе; во вторыхъ, острое и, наконецъ, въ третьихъ, сочетаніе свинцоваго отравленія съ аппендицитомъ. Насколько симптомы свинцоваго отравленія бываютъ сходны съ таковыми же при аппендицитѣ, указываетъ случай Barnard'a (Thèse de Paris 1901), гдѣ былъ распознанъ аппендицитъ и удаленъ appendix; только на слѣдующій годъ послѣ операціи, когда у пациента появился вновь приступъ совершенно сходный съ предшествовавшимъ до удаленія отростка, удалось поставить вѣрное распознаваніе свинцовой колики; такихъ случаевъ въ настоящее время въ литературѣ накопилось довольно много. При обостреніяхъ хроническаго свинцоваго отравленія приступу боли часто предшествуютъ желудочные и кишечные симптомы, особенно запоры; въ такихъ случаяхъ боль занимаетъ весь животъ и бываетъ обыкновенно пароксизмальная, но часто она остается и между приступами въ видѣ тупой и тягостной боли, сопровождаясь по временамъ рвотой; иногда приступы боли при свинцовой коликѣ протекаютъ съ поносами. Распознаваніе въ этихъ случаяхъ облегчается наличностью признаковъ хроническаго сатурнизма, какъ то свинцовая кайма на деснахъ, боли въ суставахъ, свинцовые параличи и проч. Острое свинцовое отравленіе проявляется рвотой, чрезвычайно жестокой болью въ животѣ и запоромъ, къ этому присоединяется рѣзкій колющій, который можетъ быстро привести къ смерти. Въ такихъ случаяхъ противъ остраго аппендицита говоритъ отсутствіе мѣстнаго напряженія брюшной стѣнки въ правой подвздошной области, при свинцовой коликѣ боль, имѣющая болѣе постоянный характеръ, является болѣе разлитой, но главнымъ образомъ болевые ощущенія сосредоточиваются подъ ложечкой или у пупка. Оставаясь все время, какъ уже сказано, непрерывной, она обнаруживаетъ обостренія, которыя отдѣляются періодами менѣе интенсивныхъ болей; боль при свинцовой коликѣ усиливается, большею частью, уже отъ простого прикосновенія; глубокое давленіе, наоборотъ, доставляетъ, какъ будто

немедленное облегченіе, которое продолжается все время, пока производятъ давленіе (M. Letulle) Характернымъ симптомомъ для острой свинцовой колики является далѣе состояніе живота: онъ сокращенъ и ладьеобразно втянутъ, прямыя мышцы живота, находящіяся въ тоническомъ сокращеніи, образуютъ значительныя возвышенія, идущія вдоль живота. Пульсъ вмѣсто того, чтобы быть учащеннымъ, какъ при остромъ аппендицитѣ, замедленъ, напряжение его увеличено. Пульсовая волна на сфигмограммахъ представляется болѣе продолжительной, чѣмъ въ нормѣ; по Lawergan'у и Teissier'у: „восходящая ея линія коротка и слегка отлога; на верхушкѣ два или три зубца; второй зубецъ обыкновенно бываетъ сильнѣе выраженъ, чѣмъ первый, при чемъ они образуютъ родъ зубчатой линіи, непосредственно предшествующей нормальному дикротическому поднятію; нисходящая линія прямолинейна“.

Въ случаяхъ неясныхъ важную услугу можетъ оказать изслѣдованіе крови. По Da Costa (Clinical Hematology 1901 и друг.), при свинцовомъ отравленіи часто наблюдается ясно выраженный лейкоцитозъ и базофилія, выступающая иногда уже въ раннихъ стадіяхъ отравленія свинцомъ. Труднѣе всего распознаваніе представляется въ томъ случаѣ, когда больной, представляющей общіе симптомы свинцоваго отравленія, получаетъ приступъ острого или хроническаго аппендицита; послѣдній въ такомъ случаѣ легко можетъ быть принятъ за обычные симптомы со стороны живота, свойственные свинцовому отравленію. Здѣсь главными точками различія, говорящими въ пользу аппендицита, будутъ — локализція боли и напряжение брюшныхъ покрововъ въ правой fossa iliaca, и прощупываемый здѣсь же инфильтратъ.

Печеночная колика, развивающаяся на почвѣ желчно-каменной болѣзни, можетъ представлять многія сходныя проявленія съ острымъ аппендицитомъ; такъ при ней мы наблюдаемъ внезапную боль въ животѣ, часто въ связи съ ознобомъ, лихорадкой, рвотой, при сильныхъ боляхъ мы находимъ и ригидность покрововъ живота. Съ другой стороны, тяжелые случаи острого аппендицита могутъ протекать съ набуханіемъ печени, съ болѣзненностью, желтухой и уробилинурией и тѣмъ приводить къ ошибочному распознаванію печеночной колики. Возможность смѣшенія обѣихъ болѣзненныхъ формъ усугубляется еще больше тѣмъ обстоятельствомъ, что пораженія желчнаго пузыря и червеобразнаго отростка, какъ установлено многими клиницистами (Dieulafoy, Kelly, Ziemaski и друг.), могутъ протекать одновременно, являясь одно осложненіемъ другого. Въ послѣднемъ случаѣ первично процессъ можетъ гнѣздиться, какъ въ желчномъ пузырьѣ, откуда онъ переходитъ на отростокъ, такъ и обратно первичный очагъ въ отросткѣ можетъ вовлечь въ процессъ желчный пузырь (Dieulafoy). Нерѣдко

первичный процессъ въ желчномъ пузырьѣ постепенно ступшевы-
вается и гложетъ, уступая совершенно мѣсто картинѣ аппенди-
цита, и только съ трудомъ, при тщательномъ разспросѣ удастся
установить его въ анамнезѣ. Смѣшеніе остраго аппендицита съ
печеночной коликой и обратно мыслимо, однако, и при изолирован-
номъ пораженіи отростка или желчнаго пузыря, именно, въ такихъ
случаяхъ, когда отростокъ направленъ къверху и располагается въ
области нижняго края печени или, когда печеночная колика раз-
вивается у больного съ значительнымъ опущеніемъ или сильнымъ
увеличеніемъ печени, достигающей по направленію книзу подвздош-
но-слѣпо-кишечной области. При дифференціальномъ распознаваніи
во всѣхъ разсмотрѣнныхъ нами случаяхъ слѣдуетъ исходить изъ
слѣдующихъ соображеній: прежде всего локализациа и сила боли
при печеночной коликѣ отличны отъ локализациа и степени боли
при аппендицитѣ; будучи болѣе продолжительной и сильной при
печеночной коликѣ, боль, какъ правило, локализуется въ правомъ
подреберьѣ и въ подложечной области, выступая особенно рѣзко
въ мѣстѣ положенія желчнаго пузыря (на пересѣченіи *lin. paraster-
nalis dextra* съ ребреннымъ краемъ; или подъ ложечкой (въ $\frac{1}{2}$ слу-
чаевъ); отсюда боль иррадируетъ по направленію къ лопаткѣ, въ
спину, а иногда и по всей правой верхней конечности; при аппен-
дицитѣ боль, наоборотъ, выступаетъ всего рѣже въ *regio iliaca*
dextra и распространяется главнымъ образомъ къ пупку и по на-
правленію внизъ. При печеночной коликѣ болѣзненность и ригид-
ность стѣнокъ живота всего рѣзче оказывается въ правомъ подре-
берьѣ, при остромъ аппендицитѣ въ области *Mc Burney*’вской точки,
слѣдовательно ниже и болѣе кнаружи. Болѣе медіальное положеніе
болѣзненного пункта при печеночной коликѣ особенно важно пом-
нить въ случаяхъ, когда печень опущена или значительно увели-
чена и далеко спускается внизъ, доходя до правой подвздошной
области. Установленіе наиболѣе чувствительнаго къ давленію мѣста
имѣетъ, такимъ образомъ, большое значеніе въ дифференціальной
диагностикѣ остраго аппендицита и печеночной колики. Весьма
важно также то обстоятельство, что при аппендицитѣ остается по
большей части ограниченная чувствительность въ области *Mc*
Burney’вской точки даже въ промежуткахъ между приступами.
Изслѣдованіе по *Blumberg*’у и *Chase—Rovsing*’у можетъ также при-
нести существенную услугу. При камняхъ, локализирующихся въ
ductus choledochus, чувствительность при давленіи наблюдается въ
такъ называемой холедохопанкреатической зонѣ *Chauffard*’а. Изъ
другихъ явленій болѣе длительная рвота и повторныя познати-
ванія болѣе свойственныя печеночной коликѣ, животъ при частой
печеночной коликѣ обычно менѣе вздутъ и мягче, чѣмъ при остромъ
аппендицитѣ. Для печеночной колики характерна далѣе наличность

желтухи; нужно, однако, имѣть въ виду, что она наблюдается лишь въ половинѣ случаевъ печеночной колики (Szegny и др.), а съ другой стороны, можетъ, какъ уже указано выше, сопутствовать и аппендициту. Съ появленіемъ опухоли или заглушенія, въ пользу печеночной колики говоритъ высокое положеніе опухоли и заглушенія, непосредственный переходъ въ печеночное заглушеніе и ясно выраженное отграниченіе снизу; при перитифлическомъ эксудатѣ, наоборотъ, между нимъ и печенью опредѣляется поясъ тимпаническаго звука. Въ крайне спутанныхъ, наконецъ, случаяхъ первичное распознаваніе становится иногда возможнымъ, благодаря тщательному изученію теченія болѣзни. При этомъ нерѣдко изъ затрудненія мы выходимъ, благодаря нахожденію желчныхъ камней въ испражненіяхъ. При поискахъ ихъ необходимо, однако, помнить, что отрицательные результаты отдѣльныхъ поисковъ не имѣютъ никакого значенія: поиски должны продолжаться, по крайней мѣрѣ, три недѣли, такъ какъ желчные камни иногда подолгу задерживаются въ складкахъ слизистой оболочки кишекъ.

Изъ другихъ печеночныхъ заболѣваній къ смѣшенію съ острымъ аппендицитомъ могутъ подать поводъ абсцессы печени и сосѣднихъ частей, особенно поддиафрагмальные. Прежде всего, необходимо имѣть въ виду, что эти абсцессы нерѣдко исходнымъ пунктомъ имѣютъ большой червеобразный отростокъ, при чемъ ко времени развитія картины абсцесса измѣненіе въ самомъ отросткѣ можетъ стать очень неяснымъ и даже совершенно пройти. Съ другой стороны, огромные аппендицитные абсцессы, доходящіе до печени, могутъ въ свою очередь вести къ ошибочному распознаванію абсцесса печени тамъ, гдѣ его нѣтъ, и даже къ распознаванію эмпіемы плевры въ случаяхъ, гдѣ большой аппендицитный нарывъ оттѣсняетъ значительно вверхъ печень. Отличительное распознаваніе во всѣхъ подобныхъ случаяхъ представляется въ высшей степени шаткимъ, особенно, если врачъ получаетъ больного въ періодъ полного развитія болѣзни, когда опредѣлить исходный пунктъ представляется уже невозможнымъ. Распознаваніе устанавливается въ этихъ случаяхъ лишь во время операціи или на секціонномъ столѣ. Въ такой же мѣрѣ, какъ печеночная колика, поводъ къ ошибочному распознаванію остраго аппендицита можетъ давать почечная колика, развивающаяся на почвѣ катаррального или гнойнаго піелита, почечныхъ камней или песку, или вслѣдствіе ущемленія подвижной правой почки, загиба или перекручиванія ея мочеточниковъ. Не меньше діагностическихъ затрудненій представляютъ также случаи ущемленія камней въ нижнемъ отдѣлѣ праваго мочеточника. Конечно, въ типичныхъ случаяхъ діагнозъ не труденъ. Въ пользу почечной колики говоритъ острое развитіе приступа боли въ правомъ боку и иррадіація ея вдоль мочеточника,

къ мочеиспускательному каналу, въ пахъ, къ головкѣ члена, яичка и по внутренней сторонѣ бедра. Иногда боль иррадируетъ и по направленію къ груди, но особенно интенсивно она выступаетъ въ поясничной области на соответствующей сторонѣ. Эта боль можетъ быть обнаружена даже въ періодъ затишья болѣзни при примѣненіи особыхъ приемовъ изслѣдованія, описанныхъ проф. А. П. Фавицкимъ и проф. В. Ф. Орловскимъ а также Goldflam'омъ. Припадокъ сопровождается цѣлымъ рядомъ и другихъ характерныхъ симптомовъ, между прочимъ, со стороны мочи, описанныхъ также проф. А. П. Фавицкимъ и проф. В. Ф. Орловскимъ. Если въ типичныхъ случаяхъ распознаваніе остраго аппендицита и остраго піелита не представляетъ затрудненій, то попадаютъ нерѣдко случаи, гдѣ оно дается въ руки далеко не сразу. Прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду, что, правда, рѣдко, именно, при вѣбрюшинномъ положеніи отростка, боли могутъ локализоваться въ правой поясничной области, распространяясь въ мошонку, *glans penis*, въ ягодичную область и бедро, то есть, въ мѣста характерныя для болевыхъ иррадіацій при почечной коликѣ; если дѣло дойдетъ до развитія гнойника, распространяющагося кверху, то картина болѣзни очень напоминаетъ настоящій *pyonephrosis*; съ другой стороны, почечная колика можетъ сопровождаться рвотой, запоромъ и рѣзкимъ вздутіемъ живота и даже, по наблюденіямъ проф. В. Ф. Орловскаго, желтухой, причемъ это явленіе можетъ занимать въ картинѣ болѣзни одно изъ первыхъ мѣстъ. Затрудненія усиливаются еще благодаря тому, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ піелита изслѣдованіе мочи даетъ отрицательный результатъ, въ зависимости отъ закупорки мочеточника, съ другой же стороны, какъ показываетъ цѣлый рядъ наблюденій, и острый аппендицитъ самъ по себѣ можетъ сопровождаться измѣненіями свойствъ мочи, въ зависимости отъ вторичнаго пораженія почекъ (Молдавскій, Мариловъ и др.).—Наконецъ, необходимо подчеркнуть, что острые аппендициты могутъ протекать вмѣстѣ съ правостороннимъ нефроптозомъ и даже вызываться послѣднимъ. Покрайней мѣрѣ, одновременное заболѣваніе обоихъ этихъ органовъ отмѣчено Edebohls'омъ въ 60%. Не вдаваясь въ разсмотрѣніе причинъ этого явленія, отмѣчу лишь, что нефроптозъ также можетъ давать картину, напоминающую острый аппендицитъ. При дифференціальномъ распознаваніи во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, помимо указаннаго выше характера почечной колики (болей, ихъ иррадіацій, свойствъ мочи и т. п.), въ пользу почечной колики говорить: чувствительность, такъ называемой параумбиликальной болевой точки *Baz*, лежащей на уровнѣ пупка на 3 сант. кнаружи отъ *linea alba*, слѣдовательно приблизительно на наружномъ краѣ *m. recti abdominis*, т. е. на 2—2 1/2 сан. выше точки *Mc*.

Burney'a, отсутствие напряженія брюшныхъ покрововъ, чувствительность къ давленію и набуханіе праваго яичка (признакъ Bittorfa). При коликѣ, зависящей отъ камней, не маловажную услугу можетъ оказать рентгенизація, хотя иногда X лучи могутъ повести и къ ошибочнымъ заключеніямъ, особенно, когда камень спустился въ область fossae iliacaе (Kelly, Giardano Brower и друг.). Въ пользу правосторонняго нефроптоза, какъ причины болей, говоритъ общій спланхноптозъ, отсутствие напряженія брюшныхъ покрововъ, прощупываемость опухоли, имѣющей характерную для почекъ форму, учащенные позывы на мочу, общая нервозность; необходимо, наконецъ, принять во вниманіе, что эта болѣзненная форма наблюдается по преимуществу у женщинъ. Труднѣе разграниченіе перинефритическаго нарыва и абсцесса, развившагося въ отросткѣ при положеніи его позади слѣпой кишки. Въ разгаръ болѣзни явленія могутъ быть въ томъ и другомъ случаѣ тождественнымъ. Равнымъ образомъ и перинефритическій нарывъ, опускаясь книзу, можетъ повести къ смѣшенію съ аппендицитомъ. Распознаваніе возможно лишь при тщательномъ изученіи начала болѣзни, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ устанавливается правильно лишь во время операціи или послѣ смерти.

Pneumonia et pleuritis. Не только заболѣванія въ брюшной полости имѣютъ много сходныхъ признаковъ съ аппендицитомъ, но даже и заболѣванія органовъ, грудной полости иногда сопровождаются столь рѣзкими симптомами со стороны полости живота, что смѣшеніе съ аппендицитомъ легко можетъ быть допустимо. Трудность распознаванія увеличивается еще въ случаѣ недостаточной ясности субъективныхъ жалобъ, особенно у дѣтей, которыя не могутъ точно описать свою болѣзнь. Къ числу такого рода заболѣваній относятся крупозная пневмонія и острый плевритъ. Начало въ обоихъ заболѣваніяхъ иногда такъ остро и боль въ боку достигаетъ такой интенсивности, что въ результатѣ получается не только ограниченіе подвижности соотвѣтственной стороны груди, но и болѣе или менѣе значительная ригидность соотвѣтственныхъ мускуловъ живота. Смѣшеніе особенно возможно, если указанныя легочныя заболѣванія начинаются внезапно сильной болью въ животѣ, лихорадкой, тошнотой и рвотой. Боль въ подобныхъ случаяхъ вначалѣ можетъ захватывать весь животъ, сочетаясь иногда съ напряженіемъ стѣнокъ живота. Если въ прошломъ имѣлись еще заболѣванія въ fossa iliaca dex. какъ это было, напримеръ, въ случаѣ Morris'a (N I. Med Jurnal 1899) клиническая картина еще болѣе становится сбивчивой. Насколько часто имѣетъ мѣсто смѣшеніе подобныхъ заболѣваній съ аппендицитомъ, въ особенности у дѣтей, это ясно подтверждается случаями, собранными Vaguard'омъ, Richardson'омъ, Herrick'омъ, въ послѣднее время Bennecke

и друг. Сходство съ аппендицитомъ подчасъ было такъ велико, что въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ даже была предпринята операція. Особенно часто сопровождаются симптомами со стороны живота плевритъ или пневмонія, осложненная диафрагмальнымъ плевритомъ. Но и пневмоническій фокусъ, сосредоточенный даже въ правой верхней долѣ, можетъ подать поводъ къ ошибочному распознаванію аппендицита, Osler, Eichorst, Mártens, Bennecke и др.), даже прободнаго (Mártens). При отличительныхъ распознаваніяхъ въ этихъ случаяхъ въ пользу (легочнаго) заболѣванія говорятъ: быстрое повышеніе t -ры до высокихъ цифръ (40—41), рѣзкое учащеніе дыханія, ограниченіе подвижности одной половины груди, боль и кашель. Напряженіе и ригидность мышцъ живота при легочныхъ заболѣваніяхъ, если и имѣются на лицо, то обычно менѣе ясно выражены, чѣмъ при аппендицитѣ. Herrick отмѣчаетъ, что, хотя кожная гиперестезія при указанныхъ легочныхъ заболѣваніяхъ и можетъ быть очень сильной, но все-таки осторожное постепенно идущее вглубь пальпированіе живота не увеличиваетъ замѣтно боли. Barnard также указываетъ, что изслѣдованіе живота въ подобномъ случаѣ легко можетъ быть произведено въ началѣ акта вдыханія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ распознаванію можетъ помочь изслѣдованіе крови на лейкоцитозъ. По изслѣдованію Dá Costa, лейкоцитозъ появляется при крупозномъ воспаленіи легкаго—рано, тотчасъ послѣ начала зноба, доходя въ среднемъ до 22. 693, тогда какъ при аппендицитѣ такое быстрое увеличеніе наблюдается сравнительно рѣдко. Само собою разумѣется, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо самое тщательное изслѣдованіе органовъ груди, которое, если не съ перваго дня, то въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, обнаруживаетъ измѣненія, рѣшающія дѣло. Въ послѣднее время въ сомнительныхъ случаяхъ, особенно въ первые дни болѣзни, когда воспалительный фокусъ въ легкомъ располагается глубоко (pneumonia centralis), для болѣе ранняго распознаванія пользуются (Grunmach) не рѣдко съ успѣхомъ Röntgen'овскимъ изслѣдованіемъ.

Труднѣе представляется разслѣдованіе при случайномъ существованіи аппендицита и грудного заболѣванія: въ подобныхъ случаяхъ при наличности несомнѣнной пневмоніи трудно опредѣлить, представляются ли симптомы со стороны живота только рефлекторными или же они обязаны осложненію аппендицитомъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ Kelly предостерегаетъ отъ слишкомъ большаго консерватизма, совѣтуя прибѣгать къ оперативному вмѣшательству.

Перехожу теперь къ разсмотрѣнію тѣхъ патологическихъ формъ, которые подаютъ поводъ къ смѣшенію съ хроническимъ

аппендицитомъ. Здѣсь прежде всего остановлюсь на ракѣ и туберкулезѣ, протекающихъ въ правой подвздошной области.

Первичный ракъ червеобразнаго отростка наблюдается сравнительно рѣдко; онъ растетъ очень медленно и лишь крайне рѣдко поражаетъ сосѣднія лимфатическія железы. Этимъ объясняется то обстоятельство, что распознаваніе его и отличіе отъ аппендицита представляется крайне труднымъ: во многихъ случаяхъ истинная природа заболѣванія выясняется лишь при микроскопическомъ изслѣдованіи удаленнаго отростка, которое, наряду съ воспалительными измѣненіями, обнаруживаетъ еще и раковую инфильтрацію (Mc Williams, Kelly и др.). Легче отличается отъ аппендицита ракъ слѣпой кишки. Правда, вначалѣ своего развитія онъ даетъ картину напоминающую хроническій аппендицитъ, но, когда дѣло доходитъ до ясно прощупываемой опухоли, распознаваніе становится возможнымъ. Для рака характерно: 1) значительная подвижность опухоли (Nothnagel), вслѣдствіе растяженія брызжейки; этотъ признакъ исчезаетъ лишь, когда раковая опухоль проростетъ стѣнки кишки и вызоветъ слипчивый перитонитъ, или въ томъ случаѣ, когда проростающая раковая масса захватитъ брызжейку слѣпой кишки; 2) быстрое развитіе стеноза отверстія подвздошной кишки въ colon, вслѣдъ за которымъ развивается гипертрофія такъ наз. partis coecalis ilei, сказывающаяся приступами коликообразныхъ болей въ животѣ и повышенной перистальтикой ilei, прощупываемой въ такихъ случаяхъ въ видѣ утолщеннаго цилиндра, 3) прощупываніе вмѣсто стѣнокъ слѣпой кишки опухоли съ рѣзкими, какъ бы обрѣзанными краями (Образцовъ) 4) очень часто высокое стояніе слѣпой кишки, вслѣдствіе сморщиванія брызжейки инфильтрированными раковыми массами 5) развитіе кахекси и 6) пожилой возрастъ.

При туберкулезѣ въ выраженномъ случаѣ слѣпая кишка прощупывается въ видѣ инфильтрированнаго цилиндра, причемъ по направленію кверху инфильтратъ постепенно исчезаетъ, прощупываніе стѣнокъ слѣпой кишки идетъ лишь очень постепенно, медленно, безъ рѣзкихъ явленій, сопровождаемыхъ усиливающимся упадкомъ силъ; вслѣдствіе развитія обширныхъ рубцовыхъ стягиваній, постепенно возникаютъ симптомы суженія кишечника, что отличаетъ туберкулезъ отъ аппендицита (колики, вздутія, et cetera), иногда, впрочемъ эти явленія стеноза появляются внезапно въ видѣ ileus'a, туберкулезъ обычно протекаетъ при явленіяхъ запора, который смѣняется поносомъ, если въ процессъ захватываются и тонкія кишки; эти поносы, зависящіе отъ катаррального состоянія тонкихъ кишекъ, сопутствующаго язвенному ихъ пораженію, отличаются особеннымъ упорствомъ, въ противоположность случайнымъ поносамъ; при развитіи туберкулезнаго перитифлита въ этомъ

признакамъ присоединяется высокое положеніе слѣпой кишки, вслѣдствіе сморщиванія туберкулезно инфильтрированной брызжейки ея. Наличие, наконецъ, туберкулезныхъ палочекъ въ испражненіяхъ, равно какъ туберкулезныхъ измѣненій въ другихъ органахъ наряду съ общимъ *habitus phthisicus* существенно облегчаетъ распознаваніе.

Однако, въ начальныхъ стадіяхъ симптомы туберкулеза слѣпой кишки и медленно развивающагося аппендицита могутъ быть настолько слабо выражены и такъ сходны между собой, что не только дифференціальныи діагнозъ между этими заболѣваніями не возможенъ, даже и микроскопическое изслѣдованіе мало помогаетъ дѣлу (случай Brodow'sкаго и Bouily, описанный Трояновымъ). На помощь діагнозу въ этихъ случаяхъ является туберкулиновая реакція, реакція Pirquet и др. Особенно затруднителенъ діагнозъ между туберкулезомъ слѣпой кишки и перитифлитомъ въ случаяхъ совмѣстнаго ихъ существованія, а также, если началомъ туберкулеза послужилъ червеобразный отростокъ, вслѣдствіе чего задолго передъ появленіемъ инфильтрата въ слѣпой кишкѣ появлялись признаки хроническаго аппендицита.

Чтобы въ будущемъ не возвращаться къ туберкулезу, укажу сейчасъ, что аппендицитъ можетъ симулировать нѣкоторыя формы туберкулезнаго перитонита какъ остраго, такъ подостраго и хроническаго, особенно, если проявленіе этого процесса сосредоточено, какъ это нерѣдко бываетъ, въ *fossa iliaca dextra*. Въ подобномъ случаѣ въ пользу туберкулезнаго перитонита говорятъ *habitus phthisicus* больного, наличие туберкулезныхъ измѣненій въ другихъ органахъ, неблагоприятная наследственность, прощупываніе узловъ въ маломъ тазу черезъ прямую кишку, черезъ влагалище у женщинъ; медленное развитіе асцита и т. п. Въ затруднительныхъ случаяхъ не слѣдуетъ опускать изъ виду офтальмореакцію и другія туберкулиновыя реакціи.

Не меньше затрудненій для распознаванія можетъ представить особенно въ началѣ своего развитія актиномикозъ правой подвздошной области вообще и червеобразнаго отростка въ частности. Діагнозъ можетъ представиться не легкимъ даже и въ дальнѣйшихъ стадіяхъ болѣзни, именно, въ тѣхъ случаяхъ, когда хроническое теченіе процесса прерывается обостреніями, вслѣдствіе присоединенія смѣшанной инфекции. При диагностикѣ во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ исходить изъ характерныхъ особенностей актиномикотическихъ опухолей; онѣ развиваются медленно, очень постепенно, представляются очень плотными и диффузно инфильтрированными; въ дальнѣйшемъ теченіи онѣ захватываютъ инфильтраціоннымъ процессомъ на обширномъ протяженіи и божные покровы живота; наконецъ, по мѣрѣ развитія актиномикотической

опухоли въ ней появляются мягкіе участки, которые въ концѣ концовъ прорываются и образуютъ фистулы. Если отростокъ расположенъ очень высоко у нижняго полюса почки, то при развитіи перитифлитической опухоли можетъ зайти рѣчь объ отличіи отъ опухолей почекъ.

Отличительными признаками для почечной опухоли является слѣд.; во 1-хъ, постепенное, почти незамѣтное развитіе опухоли, медленное нарастаніе боли, лишь постепенно приобретающей постоянный характеръ и, наконецъ, локализациа ея въ поясничной области. Существенную услугу оказываетъ изученіе свойствъ мочи, обнаруживающее при почечной опухоли очень часто гематурию, которая, разъ появившись, носитъ уже постоянный характеръ; при аппендицитѣ она наблюдается очень рѣдко и не носитъ постоянного характера, пиурия и поллакисурія также гораздо чаще свойственны опухоли почекъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгнуть къ цистоскопіи мочевого пузыря и катетеризаціи мочеочника.

Изъ другихъ хроническихъ процессовъ, протекающихъ въ мочевыхъ путяхъ, которые могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ хроническимъ аппендицитомъ, а подчасъ и острымъ, слѣдуетъ упомянуть гнойные простатиты. Какъ съ одной стороны глубоко въ полости малаго таза расположенный перитифлитическій эксудатъ можетъ быть ошибочно принятъ за гнойный простатитъ, такъ съ другой, гной при гнойномъ простатитѣ можетъ прокладывать себѣ путь по клѣтчаткѣ или путемъ прорыва брюшины въ сторону нормальной локализациа червеобразнаго отростка, обуславливая тѣмъ возможность ошибочнаго распознаванія аппендицита. Тщательно собранный анамнезъ и подробность изслѣдованія больного могутъ предохранить отъ подобной ошибки. Такимъ же путемъ сравнительно нетрудно уберечься отъ ошибочнаго распознаванія аппендицита и въ случаяхъ затечныхъ нарывовъ иного происхожденія, напр. при туберкулезномъ пораженіи позвоночника или тазовыхъ костей: помимо наличности исходнаго пункта, для этихъ нарывовъ тамъ характерно медленное ихъ развитіе, почти полная безболѣзненность при ощупываніи и отсутствіе перитонеальныхъ явленій.

Не касаясь очень рѣдкихъ формъ, съ которыми смѣшиваютъ аппендицитъ, какъ-то: липомы брызжейки, кровоизліянія въ брызжейку, внутримышечные абсцессы живота и друг., я остановлюсь далѣе нѣсколько подробнѣе на двухъ процессахъ подававшихъ поводъ къ неправильному распознаванію аппендицита, имѣющихъ то общее между собою, что они сопровождаются измѣненіями положенія въ правой нижней конеч-

ности. Я имѣю въ виду воспаление *m. psoatis* и кокситъ.

Уже острый *psoitis* можетъ подать поводъ къ ошибочному распознаванію остраго аппендицита, если недостаточно тщательно ведется изслѣдованіе больного: отсутствіе кишечныхъ явленій, а также согнутое и приведенное положеніе нижней конечности наряду съ иррадіаціей болей въ правое бедро и половыя части могутъ предохранить отъ подобной ошибки. Это положеніе нижней конечности должно заставить насъ тщательно изслѣдовать правую подвздошную область и при хроническомъ теченіи процесса: налицо напряженнаго и очень болѣзненнаго *m. psoatis* и нормальныя свойства отростка говорятъ въ пользу хроническаго *psoitis*. Не безъ значенія въ діагностическомъ отношеніи и наблюденіе Deawer'a, подмѣтившаго, что абсцессы *m. psoatis* чаще всего являются у лицъ, предрасположенныхъ къ туберкулезу.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда перитифлитическій гнойникъ пробиваетъ себѣ путь до *fasciam iliacam*, онъ можетъ обуславливать сведеніе праваго бедра и тѣмъ симулировать кокситъ, особенно у дѣтей, которыя часто сводятъ бедра при боляхъ живота. Для послѣдняго въ отличіе отъ аппендицита представляется характернымъ: 1) болѣзненность тазобедреннаго сустава при ударѣ о пятку и при постукиваніи самого сустава, 2) такъ наз. Bonet'овское положеніе: при полномъ сгибаніи въ тазобедренномъ суставѣ вращеніе совершается безболѣзненно и свободно, при чемъ *m. psoas* и *m. iliacus* находятся въ совершенно расслабленномъ состояніи; исчезновеніе лордоза въ поясничной части позвоночника при горизонтальномъ положеніи бедра, 3) присутствіе нерѣдко деформации сустава и отсутствіе кишечныхъ и другихъ кардинальных симптомовъ аппендицита.

Истерія, ипохондрія и общая нервозность—могутъ дать признаки столь близкіе къ перитифлитическимъ симптомамъ, что появилось ученіе о такъ наз. нервномъ аппендицитѣ. Этотъ терминъ введенъ въ литературу впервые въ 1899 году. Съ этого времени накопилось много случаевъ, гдѣ только оперативное внимательство обнаруживало ошибку. Talamon различаетъ двѣ категоріи подобныхъ *pseudoappendicite hysterique*. Къ первымъ онъ относитъ случаи, гдѣ на лицо только одна истерія безъ всякаго пораженія червеобразнаго отростка. Этому виду онъ даетъ названіе ложныхъ аппендицическихъ приступовъ истеріи—*pseudoappendicite hysterique*. Nothnagel наз. подобные случаи *pseudo-perityphlitis hysterica*.

Ко 2-ой категоріи Talamon относитъ случаи, гдѣ симптомы легкаго аппендицита усилены, благодаря одновременному страданію

истеріей и могутъ даже симулировать собою перфоративный аппендицитъ,—это случаи аппендицита съ истерическимъ перитонитомъ (*avec péritonisme hystérique*). Нѣкоторые, какъ напримѣръ Schauman, думаютъ, что истерія и нейрастенія могутъ быть однимъ изъ этиологическихъ моментовъ перитифлита. Въ доказательство Schauman приводитъ такіе факты, какъ частую наличность неврастенія у аппендицитиковъ, заболѣваніе *appendicit'омъ* многихъ членовъ одной и той же семьи, въ зависимости отъ аномаліи въ положеніи брюшныхъ органовъ, сопровождающейся обычно неврастеніемъ; въ доказательство онъ приводитъ частоту заболѣванія *appendicit'омъ* у американцевъ, что онъ объясняетъ именно наибольшимъ числомъ нейрастениковъ среди нихъ. Къ мнѣнію Schauman'a присоединяется и Adler, который считаетъ неврастенію предрасполагающей причиной для заболѣванія червеобразнаго отростка въ силу анатомо-физиологическихъ условій,—именно, въ виду недостаточнаго у подобныхъ лицъ развитія кишечной мускулатуры, что ведетъ къ болѣе частому задержанію кишечнаго содержимаго. Какъ ни относиться къ этому воззрѣнію, не слѣдуетъ все-таки упускать и обратной стороны, что не распознанныя и вслѣдствіе этого недостаточно излеченныя заболѣванія *appendix'a* весьма часто служатъ почвой, на которой развивается истерія; въ такихъ случаяхъ оперативное вмѣшательство ведетъ къ выздоровленію не въ силу только психическаго внушенія, но и благодаря удаленію дѣйствительной причины болѣзненныхъ явленій.

Во всѣхъ вышеизложенныхъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ долженъ основываться прежде всего на самомъ тщательномъ анамнезѣ и предшествующей исторіи заболѣванія, а также на точномъ изслѣдованіи нервной системы. Поль тоже можетъ до нѣкоторой степени служить опорнымъ пунктомъ при распознаваніи, такъ какъ женщины чаще подвержены истеріи. Затѣмъ отличительнымъ симптомомъ при дифференціальномъ діагнозѣ отъ остраго приступа *appendicit'a* является отсутствіе при истеріи лихорадки, лейкоцитоза и меньшая частота пищеварительныхъ разстройствъ (Kelly), а также исчезновеніе напряженій въ правой *fossa iliaca* и ригидности мышцъ живота, коль скоро вниманіе больного чѣмъ либо отвлекается. Повышеніе *t'm*, правда, наблюдается и безъ пораженія червеобразнаго отростка на почвѣ одной лишь истеріи, но эти случаи очень рѣдки. Такъ Kansch въ спеціальной статьѣ посвященной этому вопросу говоритъ: „истерическая лихорадка, повидимому, существуетъ, хотя очень рѣдко“. Въ большинствѣ случаевъ, описанныхъ, какъ таковыхъ, либо дѣло идетъ объ ошибкѣ, либо въ основѣ лихорадки лежитъ другое заболѣваніе. Частое присутствіе пищеварительныхъ разстройствъ у лицъ нейротическаго темперамента точно также дѣлаетъ распознаваніе отъ хроническаго

аппендицита болѣе затруднительнымъ, но и въ такихъ случаяхъ тщательное изслѣдованіе нервной системы и всѣхъ моментовъ прешествовавшихъ заболѣванію, а также тщательная пальпація отростка можетъ помочь діагнозу. Въ сомнительныхъ случаяхъ примѣненіе электро-терапии въ томъ или другомъ видѣ также можетъ содѣйствовать распознаванію. Нужно, однако, сознаться, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ правильная оцѣнка представляется невозможной, даже несмотря на продолжительное наблюденіе за теченіемъ болѣзни. Поводомъ къ ошибочному распознаванію, помимо истеріи и неврастеніи можетъ послужить и неврозъ *p. ileo hypogastrici*, на что особенно указываетъ Franke. Распознаваніе въ этихъ случаяхъ Franke основываетъ на болѣе точномъ установленіи болѣзненныхъ точекъ по ходу нервовъ, на набуханіи селезенки, увеличеніи переднихъ сосочковъ языка, покраснѣніи переднихъ дужекъ неба и на результатахъ леченія случая энергичными приѣмами брома. По наблюденію Franke, наконецъ, невралгія указаннаго нерва присоединяется обыкновенно къ гриппу. Franke подчеркиваетъ еще свойственное данному заболѣванію несоотвѣтствіе между нормальнымъ или слегка учащеннымъ пульсомъ и тяжестью припадковъ; но, къ сожалѣнію, въ исторіяхъ болѣзней обнаружить это несоотвѣтствіе нельзя.

Сказаннымъ я заканчиваю настоящій очеркъ. Въ немъ мною рассмотрѣны главнѣйшія болѣзненные формы, которыя подавали поводъ къ смѣшенію аппендицита. Этимъ, конечно, не исчерпываются еще всѣ тѣ многочисленные патологическіе процессы, которые подчасъ являлись источникомъ ошибочнаго распознаванія аппендицита. Не касаясь рѣдкихъ формъ заболѣванія я долженъ все-таки подчеркнуть, что я совершенно не коснулся огромной области женскихъ болѣзней, особенно болѣзней правыхъ придатковъ матки; это опущеніе сдѣлано мною совершенно сознательно и вызвано тѣмъ обстоятельствомъ, что отличіе аппендицита отъ болѣзненныхъ процессовъ въ области женской сферы мыслимо лишь при сочетаніи обычнаго нашего изслѣдованія съ гинекологическимъ, особенно въ запутанныхъ случаяхъ одновременнаго заболѣванія указанныхъ частей, и такимъ образомъ лучше и скорѣе всего можетъ быть достигнуто при условіи совмѣстнаго наблюденія и обсужденія каждаго случая терапевтомъ и гинекологомъ.

Заканчивая настоящій очеркъ, считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить свою глубокую благодарность глубокоуважаемому профессору Витольду Францовичу Орловскому какъ за предложенную тему, такъ за общій планъ и указанія для выполненія ея; глубокоуважаемому предсѣдателю общества проф. Николаю Александровичу Гервену приношу мою искреннюю благодарность за нѣкоторыя литературныя указанія.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Dr. Eduard Sonnenburg. Pathologie und Therapie der Perityphlitis въ периодѣ—Новицкаго.
- 2) М. И. Ростовцевъ. Ученіе о перитифлитѣ. Спб. 1902 г.
- 3) А. Kelly „The vermiform appendix and its diseases differential diagnosis“.
- 4) Deawer I. B. Remarks upon the differential diagnosis, the pathol. and treatement of appendix. Annals of Surgery March 1898.
- 5) Проф. В. Ф. Орловскій. Къ изслѣдованію червеобразнаго отростка. Русский Врачъ 1908 № 42.
- 6) Шервинскій О діагностикѣ и леченіи воспаления червеобразнаго отростка. Кл. жур. № 4, 1901 г.
- 7) Цыпкипъ С. М. О кровавой рвотѣ при аппендицитѣ. Мед. обзор. № 2, 1909 г.
- 8) Dieulafoy. Руководство къ частной патологіи и терапіи.
- 9) Его же. Vomit nigro-appendiculaire gastrit. и так. дал.—Presse médicale—№ 13—1901.
- 10) Трояновъ А. А. Случай рака слѣпой кишки. Хир. вѣстникъ октябрь, ноябрь 1893 г.
- 11) Образцовъ. Къ распознаванію рака и бугорчатки слѣпой кишки—„Врачъ“ № 27 и 28 1898 г.
- 12) Boas—Діагностика болѣзней кишки т. I 1900 г.
- 13) Brouardel. Руковод. частной патологіи и терапіи 1898 т. I—III.
- 14) W. Leube. Частная діагностика внутреннихъ бол. т. I.
- 15) В. Ф. Орловскій и А. П. Фазицкій—Къ распознаванію катаральныхъ формъ воспаления почечныхъ лохан.
- 16) Эйхгорстъ. Частная патологія и терапія.
- 17) Dr. Georg. Kühnemann. Практическая діагностика внутреннихъ болѣзней.
- 18) Strümpell—Р. частной патологіи и терапіи.
- 19) Ch. Achard. Успѣхи современной патологіи приоб. новѣйшими способами клинич. изслѣдов. 1904 г.
- 20) Dr. V. Mering. Учебникъ внутреннихъ болѣзней.
- 21) Lenzman. Die entzündlichen Erkrankungen des Darms in der Regio ileo-coecalis, Berlin 1901 г.
- 22) Яроцкій А. И. Случай кровоизліянія въ пол. живота при брюшн. тифѣ изъ набухшихъ мезентеріальныхъ железъ. Больничная газета С. П. Боткина № 28. 1896 г.

- 23) Веселовзоровъ Н. Н. Къ казуистикѣ внутренняго ущемленія дивертик. Меккеля. Больн. газета Боткина 1901 г.
- 24) Collet. Précis de pathologie interne.
- 25) Fargeu. Précis de pathologie externe.
- 26) Sprengel. Appendicitis "Deutsche Chirurgie" 1906 г. вып. 46 d.
- 27) Образцовъ. О физическомъ изслѣдованіи кишекъ "Врачъ" 1892 № 12—13.
- 28) Lanz. Der Mc. Burneysche Punkt. "Centralblatt für Chirurgie" 1908 г. декабрь.
- 29) Boas. Хроническій перитифлитъ; въ русскомъ переводѣ 1906 г.
- 30) О. Гаусманнъ. О прощупываніи червеобразнаго отростка и распознавательныя значенія прощупыванія при хроническомъ аппендицитѣ "Русскій Врачъ" 1906 г., № 27.

I. Введеніе.

II. Краткая симптомологія аппендицита (изложеніе кардинальных симптомовъ).

III. Болѣзни, которыя необходимо дифференцировать по причинѣ сходства нѣкоторыхъ симптомовъ съ острымъ аппендицитомъ:

- 1) брюшной тифъ;
- 2) прободеніе тифозной язвы;
- 3) catarrhus ventriculi acutus
- 4) Gastritis toxica acuta et gastritis phlegmonosa acuta;
- 5) ulcus ventriculi rotundum chronicum et acutum;
- 6) прободеніе желудочно-кишечной язвы (ulcus duodeni perforativum)
- 7) enteritis acuta;
- 8) colitis acuta;
- 9) dysenteria;
- 10) острая кишечная закупорка;
- 11) ileus paralyticus e thrombosi s. embolia art. mesentericae superioris Deckart'a;
- 12) склерозъ брюшныхъ кровеносныхъ сосудовъ;
- 13) свинцовая колика при остромъ (и хроническомъ) отравленіи;
- 14) печеночная колика;
- 15) абсцессъ печени и сосѣднихъ частей (особенно под-диафрагмальный);

- 16) почечная колика;
- 17) нефроптозъ;
- 18) околопочечный абсцессъ;
- 19) пневмонія и плевритъ;

IV. Болѣзни, которыя необходимо дифференцировать съ хроническимъ аппендицитомъ:

- 1) ракъ;
- 2) туберкулезъ, туберкулезный перитонитъ;
- 3) актиномикозъ;
- 4) опухоли почекъ;
- 5) гнойный простатитъ;
- 6) затечные абсцессы;
- 7) заболѣваніе брызжейки: липома брызжейки, haematocoele mesenterica;
- 8) внутримышечные абсцессы живота;
- 9) воспаление m. psoatis;
- 10) кокситъ;
- 11) истерія, ипохондрія и общая нервозность;
- 12) Neurosis n. ileo-hypogastrici;
- 13) женскія болѣзни.

V. Литература.