

Абсцессы печени, какъ осложненіе аппендицита*).

Д-ръ Г. Вульфiусъ.

М. Т.

Одной изъ програмныхъ темъ, намѣченныхъ нашимъ Обществомъ въ циклѣ работъ по аппендициту, является также изученіе тѣхъ осложненій во внутреннихъ органахъ, которыя развиваются во время аппендикулярныхъ приступовъ или вслѣдъ за воспаленіемъ червеобразнаго отростка. Мнѣ отмежевано мѣсто вратцѣ разработать вопросъ о гнойномъ пилефлебитѣ съ абсцессами печени, являющихся къ счастью не частыми осложненіями аппендицитовъ.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію намѣченной темы, я позволю себѣ вкратцѣ остановиться на томъ заболѣваніи печени, которое съ давнихъ временъ интересовало хирурговъ и извѣстно подъ названіемъ гнойнаго воспаленія печени или абсцесса печени.

Нарывы печени большинствомъ авторовъ раздѣляются на острые и хроническіе, а по происхожденію на первичные и вторичные. Огромное большинство послѣднихъ причисляются къ піэмическимъ (по Юргенсону ⁽¹⁾) піэмическія формы составляютъ $\frac{3}{4}$ всѣхъ встрѣченныхъ въ Европѣ случаевъ абсцессовъ печени), которые констатируются въ большинствѣ случаевъ на секціонномъ столѣ, а потому не представляютъ особаго интереса для хирурга. (Колчинъ ⁽²⁾). Сюда причисляются такъ назыв. метастатическіе нарывы гное-и гнилокровнаго происхожденія, развивающіеся вслѣдствіе заноса въ печень черезъ кровеносные сосуды заразныхъ эмболовъ (при травмахъ, осложненныхъ переломахъ, поврежденіяхъ черепа, послѣродовой горячкѣ и т. п.).

Къ первичнымъ относится прежде всего такъ назыв. тропическій гнойникъ печени. Это заболѣваніе встрѣчается, какъ думали

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ 29 Января 1909 г.

раньше, въ странахъ съ умѣреннымъ и холоднымъ климатомъ довольно рѣдко, но за то въ южныхъ широтахъ и особенно въ экваторіальныхъ странахъ оно является настоящей тропической болѣзью, носящей эндемическій характеръ и поражающей главнымъ образомъ переселившихся туда европейцевъ (Индія, Цейлонъ, Китай и др.). Высокая заболѣваемость европейцевъ объясняется по мнѣнію почти всѣхъ авторовъ не расовыми особенностями, а тѣмъ гиперемическимъ состояніемъ печени, которое развивается подъ вліяніемъ тропическаго климата у людей, не свыкшихся съ нимъ, вслѣдствіе чего создаются благопріятныя условія для заболѣванія печени. Мужчины поражаются этой болѣзью несравненно чаще женщинъ; по Rouis'у (3), въ Алжирѣ, соотношеніе это выражается въ цифрахъ 250:8. Waring (4) нашелъ на 300 смертныхъ случаевъ отъ этого заболѣванія въ Индіи 291 мужчину и лишь 9 женщинъ. Beyfuss (5) въ статьѣ, посвященной этиологіи такъ назыв. идиопатическихъ абсцессовъ печени, объясняетъ это явленіе тѣми социальными условіями жизни, въ которыхъ находятся женщины т. е. болѣе легкимъ одѣяніемъ, работой въ прохладныхъ помѣщеніяхъ, опредѣленнымъ режимомъ, не подвергающимся той массѣ опасностей, какими полна жизнь мужскаго элемента подъ тропиками (охоты, походы, злоупотребленіе алкоголемъ, психическіе моменты, переутомленіе и т. п.).

Географическое распространеніе разбираемаго нами страданія прекрасно и подробно разобрано въ статьѣ Hirsch'a (44) (Handbuch der Historisch—Geographischen Pathologie III-te Abtheilung 1886 Krankheiten der Leber), гдѣ приводится безконечный рядъ наблюденій врачей всевозможныхъ странъ Свѣта и громадный статистическій матеріалъ. Изъ его работы видно, что главнымъ очагомъ этого заболѣванія является Индія, что удостовѣрено многими изслѣдователями: Annesley 1846 г (6); Balfour 1847 (7), Birch 1839 (8), Bontius 1718 (9), Chevers 1858 (10) Cornish 1869 (11) и многими другими (цит. по Hirsch'у стр. 269 и 270).

По Fayrer'у (12) количество смертныхъ случаевъ вслѣдствіе абсцесса печени среди солдатъ — европейцевъ въ Индійскихъ арміяхъ (57742 человекъ) выражалось въ среднемъ въ 2,19‰ за періодъ времени отъ 1850—1879 г.

По статистикѣ Chevers'a (13) число случаевъ „Hepatitis“ среди европейскихъ армій выражалось:

для Бенгаліи	въ 2,9‰	всѣхъ заболѣваній.
для Бомбея	въ 3,9‰	„ — „ — „
для Мадраза	въ 6,3‰	„ — „ — „

Эти данныя подтверждены и другими авторами (Johnson, Curtis, Nicoll, Monat, Cornish.; цит. по Hirsch'у l. c.).

Среди туземнаго населенія, какъ статскаго такъ и военнаго, абсцессы печени встрѣчаются значительно рѣже.

Гнойникъ печени встрѣчается также часто на Цейлонѣ (5,5% всѣхъ заболѣваній), въ Бирмѣ и на Малаккскомъ полуостровѣ, рѣже въ Кохинхинѣ (отчеты французскихъ врачей), въ портовыхъ городахъ Китая и въ южныхъ субтропическихъ полосахъ Японскихъ острововъ (Сикоку, Киу-Сю, Нагассаки). Острова Ява, Суматра и Борнео часто поражаются этимъ страданіемъ. Рѣже оно наблюдается въ Полинезій, на Сандвичевыхъ островахъ и на Таити; въ Новой Каледоніи за послѣднее время отмѣчено увеличеніе числа случаевъ; наконецъ въ Персіи и Аравіи (по берегамъ Краснаго моря и Персидскаго залива) болѣзнь встрѣчается среди европейцевъ довольно часто.

Въ Африкѣ болѣзнь гнѣздится главнымъ образомъ на островахъ Св. Маврикія, Реуніон, на Мадагаскарѣ; рѣже она встрѣчается въ Занзибарѣ Мозамбикѣ, Нубіи; Египетъ, особенно Верхній и Средній, а также Алжиръ, по донесеніямъ главнымъ образомъ французскихъ врачей, даютъ большой процентъ заболѣваемости. Въ Сенегамбіи по Thevenot, % смертности среди французскаго населенія составляетъ 33%.

Особенно часто встрѣчается гнойный гепатитъ въ береговой полосѣ Сѣвернаго Чили и въ центральныхъ частяхъ страны, а также въ Перу и Венецуэлѣ; сравнительно рѣдко въ Бразиліи, Гваянѣ и Мексикѣ; часто оно наблюдается въ центральной Америкѣ (Костарикѣ, Гватемалѣ и Сальвадорѣ). Въ Сѣверной Америкѣ заболѣваніе совершенно теряетъ эндемическій характеръ и встрѣчается лишь спорадически.

Въ Европѣ, Средиземное море является какъ бы границей широкаго распространенія болѣзни. Въ Греціи, Турціи, южныхъ областяхъ Испаніи, въ особенности же въ Андалузій, затѣмъ въ Италиі, абсцессы печени встрѣчаются еще сравнительно не рѣдко; но далѣе на Сѣверъ, напр. въ Средней и Верхней Италиі и въ южной Франціи заболѣваніе почти не встрѣчается.

По мнѣнію одного изъ самыхъ видныхъ хирурговъ проф. Albert'a (14), раздѣляемаго и Sacks'омъ (15), нарывы печени въ Сѣверной и Средней Европѣ встрѣчаются такъ рѣдко, что даже опытные клиницисты ни разу не видали ихъ. Этотъ взглядъ слѣдуетъ считать въ настоящее время устарѣвшимъ, ибо въ послѣднее десятилѣтіе, когда клиническіе симптомы заболѣванія выработались болѣе опредѣленно и точно, какъ въ заграничной, такъ и русской литературѣ накопилось довольно большое количество случаевъ нарывовъ печени, такъ что теперь не приходится ихъ считать исключительной принадлежностью жаркихъ странъ. Какъ

у насъ, такъ и въ иностранной печати опубликованы случаи абсцессовъ печени у людей, болѣвшихъ ранѣ тропической лихорадкой или дизентеріей, переселившихся затѣмъ въ Европу и погибшихъ здѣсь отъ гнойнаго воспаленія печени.

Отмѣчу здѣсь напр. случай Добротворскаго (16), наблюдавшаго больного въ клиникѣ проф. Боброва. Пациентъ 31 года, большую часть своей жизни проведенной на Востока: Владивостока, Юго-восточномъ Китаѣ, на о. Цейлонѣ, перенесъ въ 1901 и 1902 годахъ дизентерію и погибъ въ Москвѣ отъ нарыва печени, занимавшаго верхнюю часть правой доли ея.

Случай Дѣвицкаго (17), прапорщикъ запаса 31 года, долго жилъ въ Хань-Коу и въ Тянь-Дзинѣ, перенесъ два раза въ жизни дизентерію и погибъ отъ абсцесса печени, развившагося въ правой долѣ.

Здѣсь можно причислить далѣе случаи Лукина (18), и Потѣенко (19). Последний авторъ описываетъ множественные абсцессы печени, развившіеся на почвѣ тропической дизентеріи; случай наблюдался имъ на Ивани, Приморской области во время эпидеміи кроваваго поноса.

Нѣмецкіе авторы отмѣчаютъ немалое количество случаевъ, когда болѣзнь поражала чиновниковъ, офицеровъ и коммерсантовъ, возвратившихся въ Европу для леченія упорной тропической лихорадки и умершихъ здѣсь отъ гнойнаго воспаленія печени.

Какъ было сказано уже выше, казуистика этого „тропическаго“ страданія, въ странахъ умѣреннаго пояса растетъ за послѣдніе годы весьма быстро.

Владиславлевъ (20) собралъ въ 1898 году болѣе 3,5 сотенъ случаевъ нарывовъ печени (263 стр. взяты изъ диссертациі Волянскаго (21), найденныхъ при вскрытіяхъ въ Одесской Городской больницѣ, въ Маріинской и Обуховской больницахъ въ С.-Петербургѣ. Въ Одессѣ нарывы развились вслѣдствіе кроваваго поноса 187 разъ (92,61%) изъ 203 случаевъ; въ Петербургѣ на 60 нарывовъ кровавый поносъ приходился только три раза (5%). Здѣсь же я отмѣчу, что 8 разъ авторомъ отмѣчена связь заболѣванія съ пораженіемъ червеобразнаго отростка. Шенгелидзе (22) собралъ 93 случая нарывовъ печени (Зеревинъ—19 случ.; Шапошниковъ—8 сл.; Маргуліесъ—33 случ.; проф. Черновъ—3 сл.; Лукинъ—3 сл.; Гагенъ—Торнъ—1 сл.; Тенчинскій—1 сл.; Сабанѣевъ—2 случ. (Мед. Обзор. 1889 № 21); Сорокинъ—1 сл.; Сарычевъ—2 сл.; Розенблатъ—1 сл.; Блюменау—2 сл.; Савастьяновъ—1 сл.; Кравковъ—1 сл.; Казанли—1 сл.; Уразовъ—4 сл.; Кіевскій—1 сл.; Замуравкинъ—1 сл.; Никольскій—1 сл.; Краснобаевъ—1 сл.; Зубковъ—

скій—1 сл.; Посажный—2 сл.; ⁽²⁷⁾ Цейдлеръ—1 сл. ⁽²⁸⁾ Быстровъ—1 сл. ⁽²⁹⁾, Хольцовъ—1 сл. ⁽³⁰⁾ *].

Сюда же относятся случаи Ваннаха ⁽²³⁾, Владиславлева ⁽²⁴⁾; у Уохелеса ⁽²⁶⁾, далѣ Румянцева ⁽³¹⁾, который описываетъ нарывъ печени у ребенка 14 лѣтъ, развившійся безъ всякихъ видимыхъ причинъ, затѣмъ случай А. Troczewski'аго ⁽³²⁾ и т. д.

Что касается первичныхъ нарывовъ печени, то многіе авторы какъ напр. Thierfelder ⁽³³⁾, Segond ⁽³⁴⁾, Harley ⁽³⁵⁾, Маргуліесъ ⁽³⁶⁾, еще до сихъ поръ отрицаютъ ихъ существованіе въ нашихъ широтахъ и допускаютъ возможность развитія ихъ только послѣ травмы, проникающихъ ранъ, вслѣдствіе попаданія инородныхъ тѣлъ (желчные камни) и т. д.

Однако не подлежитъ сомнѣнію, что первичные нарывы встрѣчаются и у насъ, доказательствомъ чего служатъ нѣсколько опубликованныхъ случаевъ подобнаго рода. Сюда относятся случаи: Гагенъ-Торна ⁽³⁷⁾ (63-хъ лѣтній старикъ; нарывъ печени; исключены дизентерія, эхинококкъ, піемія); случай Батманова (2 сл. ³⁸); Тройцкаго ⁽³⁹⁾;—Кравкова ⁽⁴⁰⁾; (имѣлись психическія вліянія); Бакитъко ⁽⁴¹⁾ [2 сл.: 1 съ воспаленіемъ желчнаго протока, какъ этиологическій моментъ]; Блюменуу ⁽⁴²⁾; (альвеолярный нарывъ печени на почвѣ *angiocholitis suppurativa*); Лазарева ⁽⁴³⁾; множественный нарывъ печени съ неагноившимся эхинококкомъ].

Что касается этиологіи разбираемаго нами страданія, то мнѣнія авторовъ по этому вопросу крайне расходятся. Гнойный гепатитъ причисляется одними вмѣстѣ съ маляріей и кровавымъ поносомъ къ триадѣ тропическихъ заболѣваній. Однако, тропическій климатъ на основаніи вышеизложеннаго не можетъ считаться рѣшающимъ моментомъ въ патогенезѣ заболѣванія, ибо распространеніе болѣзни не идетъ параллельно климатическимъ условіямъ. Здѣсь же интересно отмѣтить, что наибольшая частота заболѣванія падаетъ не на жаркое время года, а наоборотъ на холодное или на дождливое (см. Hirsch ⁽⁴⁴⁾ l. c.) и на области съ наисильнѣйшими ежедневными колебаніями температуры (холодныя ночи и жаркіе дни). Взглядъ этотъ раздѣляется многими авторами (Johanson, Morehead, Vauvray, Uidaillet, Murillo, Boyle и др. цит. по Hirsch'у).

Fauger ⁽⁴⁵⁾ различаетъ піэмическіе нарывы, постдизентерійные, и нарывы, встрѣчающіеся одновременно съ гепатитомъ, маляріей и дизентеріей безъ того однако, чтобы можно было признать ту или другую форму за первичную.

*) Цит. По Владиславлеву. Газета Боткина 1898 № 5 стр. 182.

Ughetti (⁴⁶) видитъ въ травмѣ самую рѣдкую причину абсцессовъ печени; дизентерія ведетъ чаще къ этому заболѣванію. Развивающіеся вслѣдствіе внѣдренія изъ кишечнаго тракта очень вирулентныхъ микробовъ въ желчные пути, гнойные ангиохолиты также падаютъ поводъ къ абсцессамъ печени.

Далѣе идетъ цѣлый рядъ изслѣдователей въ главѣ съ Haspelt'emъ: (⁴⁷), Annesley (⁴⁸), Dutroulou (⁴⁹), Foiret (⁵⁰), Olmeta (⁵¹) Pol-lissier (⁵²) и др.; цит. Hirsch'у), которые рассматриваютъ гнойный гепатитъ какъ особую форму малярійной инфекціи. Если допустить, что гнойное воспаленіе и развивается нерѣдко у субъектовъ съ хронической маляріей, являющейся такимъ образомъ предрасполагающимъ моментомъ, то все таки приведенная теорія не выдерживаетъ критики, т. к. данная болѣзнь встрѣчается часто въ областяхъ либо мало пораженныхъ маляріей (Египетъ), либо свободныхъ отъ нея (Чили). Гепатитъ нерѣдко наблюдается въ сухихъ, песчаныхъ, совершенно свободныхъ отъ маляріи тропическихъ областяхъ; съ другой стороны, въ пораженныхъ маляріей странахъ умѣреннаго и субтропическаго поясовъ (Франція, Калабрійское побережье, низовья Дуная) гнойное воспаленіе наблюдается крайне рѣдко.

Большинство авторовъ видитъ этиологическую причину абсцессовъ печени въ слишкомъ обильной, раздражающей пищѣ (рисовый столъ съ обиліемъ пряностей (Beufuss), въ злоупотребленіи алкоголя, климатическихъ вліяніяхъ, однимъ словомъ въ тѣхъ моментахъ, которые вызываютъ гиперемію печени. Sachs (⁵²) по этому поводу говорить слѣдующее:

„Ту роль, которую играетъ алкоголь въ умѣренныхъ странахъ въ этиологіи воспалительныхъ процессовъ печени, ту же роль онъ по всей вѣроятности беретъ на себя въ тропическихъ странахъ въ развитіи гнойнаго гепатита. Алкоголь является по его мнѣнію самой частой причиной абсцессовъ печени“.

Алкогольную, если можно такъ выразиться, теорію гнойника печени раздѣляетъ цѣлый рядъ авторовъ (см. Hirsch. l. c.).

Среди этиологическихъ моментовъ, въ развитіи гнойнаго воспаления печени, особенно въ нашихъ странахъ, выдающуюся роль играютъ язвенные, разрушительные процессы на слизистой оболочкѣ кишечника (недизентерійнаго происхожденія) напр. язвенный тифлитъ (случай Лукина), далѣе на слизистой желудка (случай Andral'я, Louis, Murchison'a и др.), затѣмъ язвенное воспаленіе червеобразнаго отростка (случай Netter'a) и наконецъ кровавый поносъ, особенно въ тропическихъ странахъ.

Budd (⁵³) утверждаетъ, что нѣтъ абсцессовъ печени безъ дизентеріи.

Kelsch и Kiener (⁵⁴) нашли, что изъ 314 абсцессовъ печени, 268 были дизентерійнаго происхожденія т. е. 85,35%. По богатому статистическому матеріалу, собранному Hirsch'емъ (l. c.) на 2377 смертельно протекшихъ дизентерій встрѣтились 457 абсцессовъ печени т. е. 19,2%.

Kartulis (⁵⁵) въ статьѣ о тропическихъ абсцессахъ печени подробно разбираетъ взаимоотношеніе гнойнаго гепатита и дизентеріи и приходитъ къ выводу, что, если тропическій абсцессъ не всегда является результатомъ кроваваго поноса, то во всякомъ случаѣ послѣдній часто подаетъ поводъ къ развитію гнойнаго гепатита. Авторъ обследовалъ 500 случаевъ абсцессовъ печени, изъ коихъ 55—60% были дизентерійнаго происхожденія. Вездѣ въ гною абсцессовъ онъ нашелъ патогенную для египетской или тропической дизентеріи амѣбу, описанную имъ уже раньше (⁵⁶).

Это обстоятельство заставило автора видѣть въ амѣбахъ истинныхъ возбудителей какъ кроваваго поноса, такъ и нарывовъ печени, развивающихся такъ часто вслѣдъ за ней.

Его весьма тщательныя изслѣдованія были подтверждены Koch'омъ, Hlava (⁵⁷) при кровавомъ поносѣ, а также Lösch'емъ (⁵⁸) Osler'омъ, Nasse, Kruse (послѣдніе три автора цит. по Bergmann-Bruns-Mikulicz'у. Изд. 1902. Стр. 504), Ogata, Pasquale'емъ Quinque, Renzold'омъ (эти 4 автора цит. по статьѣ Потѣнко—Мед. Обзор. 1899 Мартъ Стр. 531), проф. Harris'омъ (Реф. Врачи 1898 Стр. 534, 535) и др. По Harris'у на 78 случаевъ амѣбнаго кроваваго поноса наблюдалось 15 случ. нарывовъ печени.

Противъ теоріи Kartulis'a раздались голоса со стороны многихъ авторовъ. Baly (⁵⁹) напр., наблюдавшій много сотъ случаевъ дизентерій, ни разу не нашелъ нарывовъ печени. Лукинъ (⁶⁰) на своемъ большомъ матеріалѣ (за 11 лѣтъ) встрѣтилъ только одинъ разъ абсцессъ печени послѣ дизентеріи. Morehead (⁶¹) сдѣлалъ 50 вскрытій людей, умершихъ отъ кроваваго поноса—и не нашелъ ни одного нарыва печени. Въ случаяхъ проф. Григорьева (⁶²) [7 случ.] ни разу не было нарыва печени. Beufuss (l. c.) также не можетъ согласиться съ дизентерійной теоріей, и приходитъ къ выводу, что ни дизентерійные, ни идиопатическіе абсцессы печени нельзя разсматривать какъ заболѣванія sui generis. Онъ часто могъ констатировать отсутствіе амѣбъ, а также ему не удалось найти специфическаго микроорганизма, дѣйствующаго, подобно другимъ гнойнымъ зародышамъ, расплавляющимъ образомъ на печеночную ткань.

Идиопатическіе нарывы печени вызываются по его мнѣнію вслѣдствіе попаданія микробовъ черезъ лимфатическіе, кровеносные и желчные пути; предрасполагающими моментами являются злоупотребленіе алкоголемъ, погрѣшности въ діетѣ, психическіе сти-

мулы и т. д. Онъ предлагаетъ называть эти абсцессы не идиопатическими, а *Abscessus hepatis tropicus*.

Въ виду того, что дизентеріей поражаются въ тропическихъ странахъ женщины также часто какъ и мужчины, абсцессы же печени наблюдаются у послѣднихъ крайне рѣдко, что въ странахъ умѣренного пояса дизентерійныя эндеміи встрѣчаются довольно часто, гнойники же печени составляютъ рѣдкость, Hirsch не можетъ согласиться съ выводами Kartulis'a и полагаетъ, что абсцессы печени являются сравнительно частымъ осложненіемъ кроваваго поноса, находятся иногда въ причинной связи съ послѣдней, однако никоимъ образомъ нельзя разсматривать дизентерію какъ непосредственную причину эндемическаго распространенія гнойнаго воспаленія въ тропическихъ странахъ.

Въ противоположность этому, рядъ авторовъ (Маргуліезъ l. c., Строгановъ ⁽⁶³⁾, Pantaloni ⁽⁶⁴⁾, Кириковъ ⁽⁶⁵⁾, Berger ⁽⁶⁶⁾) находятъ возможнымъ ставить нарывы печени въ связь съ кровавымъ поносомъ, перенесеннымъ даже за нѣсколько лѣтъ до ихъ образованія.

Что касается патолого-анатомической картины даннаго заболѣванія, то обыкновенно встрѣчаются множественные абсцессы, рѣже одиночные. Zancarol ⁽⁶⁷⁾ среди 211 случ. нашель въ 84 (37,8%) множественные гнойники; Jimenez ⁽⁶⁸⁾ на 297 случ.— шесть множеств. нарывовъ. Большинство гнойниковъ развивается въ правой доли, на выпуклой сторонѣ печени. Одиночные занимаютъ обыкновенно центральныя части органа и располагаются также на выпуклой сторонѣ. Въ Спигеліевой долѣ абсцессы до сихъ поръ не наблюдались ни разу. Небольшія гнойныя полости, а также некротическіе очажки лежатъ обыкновенно ближе къ поверхности. Величина гнойниковъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ; въ рѣдкихъ случаяхъ почти вся печень превращена въ гнойную полость.

Въ гною тропическихъ абсцессовъ находятъ либо амѣбы, либо другихъ микробовъ, хотя рѣдко. Въ сосудахъ печеночной ткани, окружающей абсцессы, также нерѣдко встрѣчаются бактеріи или амѣбы. Membrana pyogenica обыкновенно раздѣляется на три слоя: 1) зона, состоящая изъ детрита 2) таковая же изъ клѣтокъ и 3) наконецъ пограничный съ здоровой тканью поясъ.

Въ первой находятъ неправильной формы зерна, фибринъ, а также желчный пигментъ; гнойныхъ тѣлецъ здѣсь мало.

Клѣточный поясъ состоитъ преимущественно изъ молодыхъ клѣтокъ, хорошо воспринимающихъ окраску. Тутъ же залегаютъ разрушенныя печеночныя клѣтки, либо столбики ихъ, а также обрывки капилляровъ.

Наконецъ, послѣдній поясъ состоитъ изъ сплюснутыхъ здоровыхъ печеночныхъ клѣтокъ, а также изъ молодыхъ сосудовъ. Вокругъ нихъ замѣчаются скопленія лейкоцитовъ, молодыя соединительно-тканная клѣтки и вновь образованные желчные ходы. Мѣстами здѣсь замѣчается превращеніе клѣтокъ въ веретенообразныя. Вновь образованные желчные ходы представляются широкими, удлинненными, овальными или извилистыми. Просвѣтъ ихъ всегда пустъ. Въ концѣ концовъ образуется соединительная ткань. Процессъ этотъ идетъ изнутри, при чемъ въ конечномъ результатѣ образуется стойкая соединительно-тканная капсула, отдѣляющая гнойную полость отъ неповрежденной части печени.

Относительно распознаванія, дифференціального діагноза, прогноза этого страданія рѣчь будетъ ниже въ связѣ съ дальѣйшимъ развитіемъ намѣченной нами темы, къ которой мы теперь и перейдемъ.

Какъ всякое инфекціонное заболѣваніе, такъ и аппендицитъ можетъ осложняться вторичными заболѣваніями, которыя, въ отличіе отъ перитонита, какъ ограниченаго, такъ и общаго, развивающихся путемъ непосредственнаго распространенія процесса, образуются исключительно вслѣдствіе занесенія зародышей лимфатическими или кровеносными путями. Само собою разумѣется, что послѣдній способъ развитія осложненій встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ первый (перитонитъ); въ особенности это касается лимфатическихъ путей, которыя рѣдко поражаются при аппендицитѣ. Воспаленіе съ послѣдующимъ нагноеніемъ мезентеріальныхъ железъ при аппендицитѣ наблюдалось какъ рѣдкое явленіе Ricard'омъ (1900) и Michaut, а также Riedel'емъ и Sprengel'емъ⁽⁶⁹⁾. [Авторы цит. по Sprengel'ю стр. 306].

До сихъ поръ съ точностью еще не выяснено, играетъ ли лимфатическій аппаратъ выдающуюся роль въ перенесеніи инфекціоннаго матеріала въ смежные органы. Въ литературѣ описаны случаи напр., плевритовъ, гдѣ причиной болѣзни по всей вѣроятности былъ скрытый аппендицитъ, при чемъ вирулентное начало распространилось повидимому черезъ лимфатическіе сосуды, лежащіе ретроперитонеально вдоль colon ascendens до діафрагмы (Lenzmann цит. по Sprengel'ю с. 307). Подобный взглядъ на роль лимфатическихъ путей высказалъ Croisat въ 1892 году. Съ точки зрѣнія анатомической дѣйствительно ничто не препятствуетъ попаданію септическихъ зародышей черезъ cisterna chyli и ductus thoracicus въ кровеносную систему (Piard).

Ростовцевъ⁽⁷⁰⁾ дѣлитъ осложненія, развивающіеся при перитифлитахъ на 3 группы:

1) „Осложненія, представляющія собой распространеніе того же самого инфекціоннаго процесса въ другихъ органахъ, какъ смежныхъ, такъ и отдаленныхъ отъ червеобразнаго отростка.

2) Осложненія, вызываемыя механическими условіями, создаваемыми перитифлитическимъ процессомъ и

3) Осложненія, не находящіеся въ связи съ перитифлитомъ и т. д.

Къ 1) Воспаленіе, имѣющее мѣсто въ червеобразномъ отросткѣ, можетъ перейти на сопредѣльную съ нимъ часть брюшины, а также можетъ распространиться и дальше, а именно:

а) непосредственнымъ путемъ или б) черезъ лимфатическіе сосуды или в) черезъ кровеносную систему въ самые отдаленные органы.

а) Къ осложненіямъ, развивающимся непосредственнымъ путемъ, относятся перитифлитическіе гнойники (Sonnenburg) при наличности прободенія отростка, нагноительный процессъ правой fossae ileo-coecalis, влекущій за собой либо общій перитонитъ, либо отдѣльные затеки въ различныхъ направленіяхъ, либо наконецъ, процессъ, развившійся внѣбрюшинно или же разрушивъ ее и перейдя въ забрюшинную клетчатку, распространяется въ различныхъ формахъ по послѣдней (подкожная флегмона, поддіафрагмальный нарывъ, прободеніе діафрагмы и попаданіе гноя въ полость плевры—руо или руорнештогахъ, въ легкое, въ бронхи и оттуда съ мокротой наружу, далѣе предпузырные гнойники и т. д.

б) Распространеніе инфекціи по лимфатическимъ и млечнымъ сосудамъ, по мнѣнію Ростовцева, наблюдается довольно часто, но ведетъ къ „зараженію лишь близлежащихъ внѣбрюшинныхъ и внутрибрюшинныхъ участковъ, ограничиваясь ими и являясь такимъ образомъ однимъ изъ способовъ развитія перитифлитическихъ гнойниковъ.

Развитіе плевритовъ, бывающихъ въ такихъ случаяхъ обыкновенно правосторонними, встрѣчается приблизительно также часто, какъ и абсцессы печени и идетъ отъ очага воспаленія (отростка) по лимфатическимъ путямъ пристѣночнаго листка брюшины до діафрагмы, а оттуда передается благодаря многочисленнымъ анастомозамъ лимфатической системы плевральной полости“.

в) Самыя разнообразныя и наиболѣе частыя осложненія аппендицитовъ совершаются кровеносными сосудами, и въ частности при помощи венъ.

Это и вполне понятно, если вспомнить, какъ богата окружность червеобразнаго отростка и слѣпой кишки венозной сѣтью, а также если принять во вниманіе, что кровь черезъ вену *isocolica* и *mesenterica superior* течетъ въ воротную вену, вслѣд-

ствіе чего облечается заносъ септическихъ зародышей, попавшихъ въ вену, въ печень. Анатомическая картина при этомъ можетъ быть крайне разнообразной; либо вены въ самомъ началѣ ихъ затромбированы пробками, при чемъ уластся шагъ за шагомъ прослѣдить тромбы вплоь до воротной вены (Dieulafoy⁽⁷¹⁾, Berstelin⁽⁷²⁾) либо вблизи червеобразнаго отростка находятъ тромбъ и септический пилефлебитъ съ послѣдующими явленіями въ печени; вены же, лежащія между затромбированными участками и *V. portae* являются непораженными.

Такимъ образомъ, если кусочки тромбовъ попадаютъ въ кругъ кровообращенія черезъ брыжжечную и воротную вены, то они вызываютъ одно изъ самыхъ тяжелыхъ осложненій перитифлитовъ—пелифлебитъ съ абсцессами печени, или какъ предложимъ Dieulafoy⁽⁷³⁾ въ 1898 году—аппендикулярную печень (*Le foie appendiculaire*), при чемъ въ его случаѣ въ венахъ была найдена кишечная палочка. Имъ самимъ и его школой за послѣднее время описаны самыя разнообразныя осложненія аппендицитовъ какъ напр: гнойный плевритъ, субдиафрагмальный абсцессъ, гангрена легкаго (Dieulafoy), тромбозъ *v. iliacae* съ послѣдующей эмболией легкаго (Einhorn⁽⁷⁴⁾, Roux⁽⁷⁵⁾), ложная опухоль (*Pseudotumor*) слѣпой кишки, развившаяся вслѣдъ за старымъ аппендицитомъ (Richard⁽⁷⁶⁾, Burci⁽⁷⁷⁾), перфорация *a. iliacae* (Povell⁽⁷⁸⁾) и др.

Pilephlebitis suppurativa является менѣе частымъ осложненіемъ аппендицита, за то тѣмъ тяжелѣе оно протекаетъ и тѣмъ труднѣе его распознаваніе. Кромѣ того вопросъ этотъ въ настоящее время еще мало разработанъ. Вольше всего описано случаевъ гнойнаго пилефлебита съ абсцессами печени въ сѣверно-американской литературѣ; также богата ими въ настоящее время какъ германская, такъ и французская печать; въ итальянской описаны до 1904 годъ всего два случая (Pellegrini). Русская литература также насчитываетъ цѣлый рядъ случаевъ, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

Бросая регрессивный взглядъ на историческій обзоръ литературы по данному вопросу, слѣдуетъ отмѣтить, что уже въ концѣ 1846 года Valler⁽⁷⁹⁾ описалъ случай развитія гнойнаго воспаленія *V. portae* и абсцессы печени вслѣдъ за аппендицитомъ. (По Loison'у⁽⁸⁰⁾).

Изъ статистики, собранной Berthelin видно, что одинъ случай описанъ въ 1849 году Hillairet⁽⁸¹⁾, другой Buhl'емъ⁽⁸²⁾ въ 1854 г.

Berthelin⁽⁸³⁾ въ очень тщательной монографіи, опубликованной имъ въ 1894 году, собралъ 29 случаевъ осложненій перитифлита въ видѣ заболѣванія печени, при чемъ въ большинствѣ случаевъ процессъ развивался путемъ *V. portae*. Сюда относятся случаи: Sonnenfeld'a⁽⁸⁴⁾ въ 1885 году, гдѣ имѣлся аппендицитъ съ

гнойнымъ гепатитомъ; въ мезентеріальныхъ венахъ гной, въ *V. portae* грязно-сѣраго цвѣта гнойная жидкость; въ случаѣ Thoinot⁽⁸⁵⁾ въ 1884 году, наблюдался аппендицитъ съ воспаленіемъ и тромбозамъ мезентеріальной вены, выполнявшимъ ее на протяженіи отъ червеобразнаго отростка вплоть до hilus'a печени; случай Munk'a (Traube)^[86]; *appendicitis gangraenosa* съ тромбозомъ *v. ileo-colicae* до ея соединенія съ *v. mesenterica*; тромбъ въ *v. portae*; гной въ ея развѣтвленіяхъ въ печени; разсѣянные гнойники въ печени.

Church⁽⁸⁷⁾ въ 1883 году описалъ случай аппендицита, вызваннаго попавшей въ отростокъ иглой. Въ печени нѣсколько абсцессовъ; гной въ *v. portae*; мезентеріальныя вены свободны, но инъецированы и тусклы.

Southey⁽⁸⁸⁾ въ 1879 году: *Periappendicitis*, гнойный гепатитъ. Отъ стѣнки периаппендикулярнаго абсцесса отходить вена, затромбированная и вливающаяся въ гнойникъ, который въ свою очередь сообщался съ началомъ *v. mesentericae*; *v. portae* выполнена гнойными массами.

Къ случаямъ, опубликованнымъ сравнительно давно, надо отнести случаи: Aufrecht'a⁽⁸⁹⁾ въ 1869 г.; Axel Rey и Malmsten'a въ 1869⁽⁹⁰⁾; Brissog'a⁽⁹¹⁾; Kartulis'a⁽⁹²⁾ и др.

Далѣе слѣдуютъ случаи: Ashby въ 1879 г.⁽⁹³⁾, Gendron 1885 г.⁽⁹⁴⁾, R. Fitz'a 1886 г.⁽⁹⁵⁾, Reinhold'a (1887)⁽⁹⁶⁾, Dalton'a въ 1889⁽⁹⁷⁾, Meuzzer'a 1888⁽⁹⁸⁾, Maurin 1890 г.⁽⁹⁹⁾, Langheld'a 1890⁽¹⁰⁰⁾, Furbringer'a 1891⁽¹⁰¹⁾, Зубковскаго 1891⁽¹⁰²⁾, Einhorn'a 1891⁽¹⁰³⁾, Körte 1892 г.⁽¹⁰⁴⁾, Ewald'a 1892⁽¹⁰⁵⁾, Dudley 1892⁽¹⁰⁶⁾, Schede 1892⁽¹⁰⁷⁾, Bielsckowsky'аго 1893⁽¹⁰⁸⁾, Савостьянова 1893⁽¹⁰⁹⁾, Пейдлера 1893⁽¹¹⁰⁾, Посажнаго 1893⁽¹¹¹⁾, Achart'a 1894⁽¹¹²⁾, Moritz'a 1894⁽¹¹³⁾, Scheen'a 1896⁽¹¹⁴⁾, Herzog'a 1897⁽¹¹⁵⁾, Sonnenburg'a 1897⁽¹¹⁶⁾, Borchardt'a 1897⁽¹¹⁷⁾, Dieulafoy 1898⁽¹¹⁸⁾, Бѣляева 1898⁽¹¹⁹⁾, Bryant'a 1900⁽¹²⁰⁾, Loison'a 1900⁽¹²¹⁾, Мышь 1900⁽¹²²⁾, Rothfeld'a 1901⁽¹²³⁾, Kobleу 1901⁽¹²⁴⁾, Ростовцева 1902⁽¹²⁵⁾, Munro⁽¹²⁶⁾—1902; 20 случ. Nothnagel'я⁽¹²⁷⁾, Gerster'a 1903⁽¹²⁸⁾, Pellegrini 1904⁽¹²⁹⁾, Po'lya 1905⁽¹³⁰⁾, Sprengel'я⁽¹³¹⁾ и т. д.

Относительно частоты заболѣванія печени и воротной вены какъ осложненій перитифлитовъ, большинство авторовъ сходятся во взглядахъ, считая ихъ не частыми явленіями. Thompson⁽¹³²⁾ однако отстаиваемъ мнѣніе, что заболѣваніе печени встрѣчалось и встрѣчается при аппендицитѣ чаще, чѣмъ это предполагается. На богатомъ матеріалѣ Бостонскаго City Hospital, онъ встрѣтилъ 8 случаевъ гнойнаго пилефлебита, развившагося во время аппендицита, изъ которыхъ одинъ случай заслуживаетъ особаго вниманія, такъ какъ здѣсь не имѣлось абсцессовъ печени, а былъ налицо лишь гнойный пилефлебитъ.

Изъ нижеприведенныхъ статистическихъ данныхъ видно, насколько часто абсцессы печени являются осложненіемъ аппендицита.

Matterstock (¹³³) въ 1880 году приводитъ на 146 случаевъ перитифлита 11 абсцессовъ печени.

Maurin (¹³⁴) въ 1890, на 136 случаевъ аппендицита встрѣтилъ одинъ разъ пилефлебитъ.

Einhorn (¹³⁵) въ 1891 г. на 100 случаевъ аппендицита нашелъ шесть разъ гнойный пилефлебитъ.

Langheld (¹³⁶) наблюдалъ 112 случ. аппендицита, при чемъ 4 раза развился пилефлебитъ и 2 раза абсцессъ печени.

R. Fitz (¹³⁷) изъ 257 случ. аппендицита нашелъ 11 разъ пилефлебитъ.

Sonnenburg (1897) на 209 случаевъ аппендицита встрѣтилъ одинъ разъ гнойный тромбозъ v. portae.

Baerensprung (¹³⁸) констатировалъ на 7326 вскрытій 108 разъ печеночные абсцессы (1,48%), изъ которыхъ 8 развились вслѣдствіе пораженія слѣпой кишки и аппендицита.

Dudly (¹³⁹) въ 1892 году, среди 28034 больныхъ, принятыхъ въ Цюриховскую клинику проф. Эйхгорста за 21 годъ (1870—1891) нашелъ абсцессы печени только 12 разъ, изъ которыхъ два имѣли своей первоначальной причиной тифлитъ.

Koller (¹⁴⁰) на 17204 вскрытій встрѣтилъ 79 абсцессовъ печени, при чемъ въ трехъ случаяхъ непосредственной причиной ихъ былъ аппендицитъ.

По Borhardt'y (¹⁴¹) на 389 случаевъ перитифлита абсцессы печени найдены только 5 разъ; у Meusser'a (¹⁴²) на 59 случаевъ только одинъ разъ; у Herzog'a на 316 случаевъ—три раза.

По отчетамъ Московской Маріинской больницы (см. Статью Савостьянова 1893 годъ) за 6 лѣтъ было произведено 1324 вскрытія, при чемъ перитифлитъ найденъ въ 10 случаяхъ и ни разу послѣдній не повелъ за собой ни пилефлебита, ни абсцессовъ печени.

Изъ диссертациі Ростовцева (1902) видно, что изъ матеріала, насчитывающаго 163 случая перитифлитовъ, абсцессы печени наблюдались лишь два раза.

Pellegrini (1904) нашелъ на 46 случ. аппендицита два раза гнойный пилефлебитъ.

Мнѣ думается, что приведенныя данныя достаточны для того, чтобы заключить, что разбираемое нами страданіе должно быть причислено къ рѣдкимъ осложненіямъ перитифлитовъ. По Ростовцеву абсцессы печени въ общемъ встрѣчаются какъ осложненіе аппендицита приблизительно въ 1%; по Pólya въ 5%.

Считаемъ не лишнимъ отмѣтить здѣсь, что у дѣтей (не считая новорожденных), данное осложненіе встрѣчается какъ исключительная рѣдкость; примѣромъ могутъ служить случаи Löschner'a (143) и Савостьянова (109).

Не имѣя возможности остановиться, хотя бы вкратцѣ на случаяхъ, опубликованныхъ въ литературѣ, я позволю себѣ *in extenso* разобрать случаи изъ нашей отечественной печати, которые представляютъ интересъ какъ въ клиническомъ, такъ и въ патолого-анатомическомъ отношеніяхъ. Исторіи болѣзней, просмотрѣнныхъ мною въ имѣвшейся въ моемъ распоряженіи литературѣ, въ общемъ повторяютъ почти одну и ту же картину, какъ клиническую, такъ и патолого-анатомическую; приводимые мною ниже *in extenso* исторіи болѣзней русскихъ авторовъ могутъ служить какъ бы образцами той сложной картины, которую представляетъ разбираемое нами осложненіе аппендицита. Въ нихъ мы познакоимся со всѣми характерными особенностями, присущими этому страданію.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ случай Савостьянова *), касающійся мальчика 11 лѣтъ, принятаго въ Февралѣ 1893 въ Терапевтическое отдѣленіе Московской Маріинской больницы съ жалобами на боль въ правой половинѣ живота, знобъ и жаръ. При приемѣ констатирована острая боль въ правой сторонѣ живота, усиливающаяся при перемѣнѣ положенія. Передній край печени прощупывается; онъ плотенъ и подвиженъ. t° при поступленіи 40,2°; ни тошноты, ни рвоты. Диагнозъ; *Perityphlitis puruleuta*. Притупленія въ правой *fossa ileo-coecalis* не замѣчается. Температура въ дальнѣйшемъ носила перемежающій типъ. При изслѣдованіи въ глубинѣ правой *fossae ileo-coecalis* прощупывается плотная опухоль незначительной величины, идущая вверхъ и внаружи по линіи, проведенной перпендикулярно къ серединѣ *Lig. Purartii*; при давленіи она болѣзненна; зыбленія нѣтъ. Селезенка увеличена. Проколъ опухоли оказался безрезультатнымъ. T° колеблется отъ 38° утромъ до 39,6° вечеромъ.

Съ 1 марта отмѣчается слѣдующее: печеночная тупость отодвигается вверху и достигаетъ уровня соска. Печень книзу увеличена пальца на два и занимаетъ всю область *epigastrii*, тупость слѣва переходитъ въ таковую же сердца; послѣднее поднято вверху до 2-го ребра лѣвой стороны. Печень болѣзненна; знобы и поты. Вновь безрезультатные проколы. Испраженія жидки, желтаго цвѣта. Проколы 14 Марта въ подложечную область по краю реберныхъ хрящей дали небольшое количество гноя.

*) 1. с. (109).

Операция. Резекція 6-го ребернаго хряща. Черезъ отверстіе вытекло около стакана гноя съ сильнымъ каловымъ запахомъ; черезъ 2 часа послѣ операциі exitus letalis при явленіяхъ упадка силъ, плеврита и перитонита. Вскрытіе.

Патолого-анатомическій діагнозъ (in extenso): Appendicitis chr. fibrinosa et purulenta Periappendicitis chronica adhaesiva, Pylephlebitis purulenta. Hepatitis purulenta. Peritonitis seroso-purulenta incipiens. Здѣсь имѣлось гнойное воспаление v. ileocecalis (въ брыжейкѣ отростка), распространившееся на стволъ v. portae. Печень блѣдно-охрянаго цвѣта, увеличена, вся пронизана каналами, наполненными гноемъ. Нѣсколько поверхностныхъ гнойниковъ вскрылось на верхней поверхности органа, гдѣ имѣется скопленіе фибринозно-гнояной жидкости, ограниченное сращениями, образовавшимися между печенью и діафрагмой.

Въ желчномъ пузырьѣ довольно много оранжевожелтой желчи.

Такимъ образомъ исторія данной болѣзни распадается на двѣ части; въ началѣ гнойный перитифлитъ, распознанный тутъ же; затѣмъ присоединяется воспаление брюшины и заболѣваніе печени (Perihepatitis purulenta) съ увеличеніемъ органа. По замѣчанію автора, діагнозъ колебался здѣсь между нагноеніемъ забрюшинной вѣтчатки, гнойнымъ пилефлебитомъ, абсцессомъ печени и субдиафрагмальнымъ нарывомъ. Авторъ совершенно справедливо указываетъ на трудность, а иногда и на полную невозможность дифференцировать послѣднія два страданія. Отмѣтимъ здѣсь, что цѣлый рядъ пробныхъ проколовъ остался безрезультатнымъ.

Случай Цейдлера *), сообщенный въ общемъ врачебномъ со-вѣщаніи врачей. Петербургской Обуховской больницы въ 1892 году (протоколъ № 10).

Больной 28 лѣтъ, поступилъ въ больницу съ t^0 въ $39,1^0$ и явленіями аппендицита. Ознобъ; легкій icterus. Подъ наркозомъ удается прощупать въ области слѣпой кишки ясный инфильтратъ. Операция пиритифлита, при чемъ удаленъ отростокъ, нѣсколько спаянный своей верхушкой со слѣпой кишкой (бывшая перфорация). Около верхушки отростка, между листками mesenteriolі залегаетъ громадный абсцессъ; такой же абсцессъ у основанія отростка. Область желчнаго пузыря—нормальна. Слизистая оболочка червеобразнаго отростка воспалена, но не изъязвлена. Въ дальнѣйшемъ теченіи ясно вырисовалась картина пораженія печени: боли въ области scrobiculi cordis, повышенная t^0 , потрясающіе знобы; перитонитъ отсутствовалъ. Животъ умѣренно вздутъ; ни тошноты, ни рвоты; все время легкій icterus.

*) I. c. (110).

И въ этомъ случаѣ діагнозъ колебался между нарывомъ печени и субдиафрагмальнымъ абсцессомъ. Пробная лапоротомія, при чемъ печень обслѣдована самымъ тщательнымъ образомъ, но ничего патологическаго не найдено.

Въ дальнѣйшемъ теченіи опять знобы; t^0 ясно піэмическая. Теперь поставленъ діагнозъ въ окончательной формѣ: абсцессъ въ самой паренхимѣ печени. Пробный протоколъ остался однако безрезультатнымъ. Развивается картина септикопиеміи и на 55-ый день отъ начала болѣзни — *exitus letalis*. Вскрытіе.

Патолого-анатомическій діагнозъ: гнойникъ въ передней части лѣвой доли, разрушенной имъ, при чемъ брюшная стѣнка надъ *scrobiculum cordis* срослена съ *colon transversum* и составляетъ переднюю стѣнку гнойника. Послѣдній открывается нѣсколькими небольшими отверстіями въ полость малаго сальника. Въ полости брюшины небольшое количество гноя. Печень значительно увеличена; паренхима ея дрябла, легко рвется. *V. portae* расширена, содержитъ густой гной, какъ у мѣста входа въ печень, такъ и выше, но только въ крупныхъ вѣтвяхъ. Гнойникъ въ лѣвой долѣ печени, которая въ свою очередь пропитана множественными маленькими абсцессиками, сообщается съ венознымъ стволомъ, содержащимъ гной.

Итакъ: *Peritonitis acuta purulenta, abscessus hepatis, pyelphlebitis suppurativa, resectio processus vermiformis*.

Такимъ образомъ здѣсь имѣлъ мѣсто старый аппендицитъ т. е. воспаленіе и изъязвленіе отростка, давшего два абсцесса въ собственную брыжейку; послѣдніе же въ свою очередь дали метастазы черезъ *V. portae* въ печень. Отмѣтимъ и здѣсь трудность, постановки діагноза и безрезультатность пробныхъ проколовъ; даже пробная лапоротомія осталась въ смыслѣ распознаванія безуспѣшной, — до такой степени скрытно можетъ протекать данное осложненіе.

Случай Бѣляева *), сообщенный въ совѣщаніи врачей С.-Петербургской Маріинской больницы для бѣдныхъ 29 ноября 1897 года.

Больной, 44 лѣтъ, поступилъ въ больницу съ жалобами на головную боль и общую слабость; легкій *icterus*; печень и селезенка не увеличены; животъ нѣсколько вздутъ, равномерно болѣзненный. Предположенъ брюшной тифъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи потрясающіе знобы, t^0 периодически повышалась между 8—12 ч. утра и около 12 ч. ночи.

*) I. c. (119).

Малярія исключена (отсутствіе плазмодій въ крови и безрезультатность леченія хининомъ). Предположенъ теперь какой-нибудь септической процессъ. На 3-ей недѣлѣ пребыванія больного въ больницѣ удалось прощупать край печени и измѣненіе конфигураціи ея. Пробный проколъ по *lin. axill. dextra* указалъ на гнойный распадъ. Затѣмъ слѣдуетъ рѣзкое ухудшеніе съ явленіями перитонита: рвота всю ночь, рѣзь въ животѣ, лицо осунулось. Лапаротомія. — Вскрыта гнойная полость въ печени. Сращенія между печенью, брюшной стѣнкой и кишками. На 4-ый день *post operationem*—*exitus letalis*. Вскрытіе.

Патолого-анатомическій діагнозъ: *Appendicitis suppurativa. Periparatyphlitis suppurativa. Peritonitis suppurativa. Trombophlebitis suppurativa venae mesentericae superioris et v. portae. Abscessus multiplices hepatis.*

Снутри книзу около слѣпой кишки полость, величиною съ дѣтскій кулакъ, выполненная густымъ гноемъ. Просвѣтъ *prosc. vermiformis* суженъ, пустъ; стѣнки утолщены; верхушка изъязвлена. *V. mesenter. sup.*, недалеко отъ мѣста перехода въ *v. portae* содержитъ пристѣночный тромбъ грязно-сѣраго цвѣта и выполнена гноемъ. Гной въ *v. portae*, а также пристѣночные тромбы. По ходу развѣтвленій *v. portae* въ печени—разсѣянные гнойники. *V. mesent. inf. et v. lienalis* безъ измѣненій. Гнойныя скопленія между петлями кишекъ. Желчный пузырь безъ измѣненій.

Такимъ образомъ и здѣсь процессъ исходилъ изъ червеобразнаго отростка и, распространившись по венозной системѣ (*v. mesent. sup.*—*V. portae*—печень), вызвалъ въ концѣ концовъ множественные нарывы печени. И въ данномъ случаѣ діагнозъ былъ не легокъ. Сперва предполагали тифъ, затѣмъ малярію, наконецъ, какой-то септической процессъ и только пробный проколъ далъ вѣрный отвѣтъ.

Въ обоихъ случаяхъ Ростовцева *), абсцессы печени не были распознаны при жизни. Первый случай касался больной 23 лѣтъ, беременной на 8-омъ мѣсяцѣ и заболѣвшей внезапно рвотой, рѣзью въ животѣ и поносами. Принята въ больницу съ рѣзкой болѣзненностью въ области печени и t° въ $39,8^{\circ}$; ознобы и поносъ. Роды. Въ дальнѣйшемъ присоединяется болѣзненность живота въ области слѣпой кишки. Животъ вздутъ, очень болѣзненъ. Полубезсознательное состояніе и *exitus letalis* на 10-й день по вступленіи въ больницу.

Вскрытіе. „Въ полости живота большое количество гноевидной сѣрой жидкости. Печень значительно увеличена и пронизана многочисленными гнойниками величиною отъ горошины до куриного

*) 1. с. (70).

айца. V. portae закрыта полуобезцвѣченнымъ тромбомъ, въ центрѣ гноевидно-размягченнымъ. Въ окружности слѣпой кишки (сращенной съ тонкими и съ правой широкой связкой волокнистыми, рыхлыми перемычками) полость, величиною съ кулакъ, наполненная сѣро-грязной гнойною жидкостью. Proc. vermif. проходимъ; въ верхней половинѣ стѣнка его снаружи изъязвлена, покрыта аспиднаго цвѣта язвами, мѣстами до исчезанія muscularis. Слизистая его блѣдна, содержитъ звѣздчатые рубцы съ аспидными краями; прободенія стѣнокъ не найдено. Матка и т. д. Диагнозъ (in extenso): Hyperplasia acuta lienis; Abscessus multiplices hepatis. Trombosis v. portae; Peritonitis puruleuta acuta diffusa; Appendicitis chronica ulcerosa. Perityphlitis purulenta. Uterus post partum“.

Такимъ образомъ, діагнозъ въ данномъ случаѣ былъ въ высшей степени труденъ, такъ какъ здѣсь имѣлось осложненіе беременностью, затѣмъ послѣродовымъ періодомъ и общимъ перитонитомъ, что склоняло къ мысли о пуэрперальной инфекціи, хотя за время болѣзни и имѣлись указанія на воспаленіе отростка и пораженіе печени.

Второй случай касался больной 39 лѣтъ, принятой въ больницу съ t° въ $39,^{\circ}$ и опухолью въ правой подвздошной области, соотвѣтственно двумъ наружнымъ третямъ пупартовой связки, болѣзненной при давленіи. Операція перитифлита. Слепая кишка оказалась приращенной къ стѣнкѣ живота; по отдѣленіи ея излилась вонючій жидкій гной съ газами. Операцію удаленія червеобразнаго отростка не удалось произвести.

Черезъ недѣлю сильныя боли въ животѣ; t° высокая (38°). Сдѣлано противоотверстіе въ поясничной области; t° достигаетъ $40,3^{\circ}$. Exitus letalis на 37-ой день заболѣванія.

Вскрытіе. „Селезенка увеличена, мягка, темно-краснаго цвѣта. Печень мало увеличена; нижняя ея поверхность довольно плотно спаяна съ colon ascendens и transversum, при отдѣленіи которыхъ обнаруживается небольшое скопленіе гноя; вся печень устлана крупными и мелкими абсцессами. Желчный пузырь безъ измѣненій. За слѣпой кишкой находится гнойная полость, идущая вверхъ вплоть до нижней поверхности печени, сращенной съ толстой кишкой и передней брюшной стѣнкой. Червеобразный отростокъ извилистъ, сращенъ; нижняя его половина изъязвлена и прободена. Отростокъ лежитъ на задней поверхности слѣпой кишки въ сращенияхъ“.

Диагнозъ (in extenso): Hyperplasia lienis acuta; Abscessus multiplices hepatis. Appendicitis perforativa. Peritonitis adhaesiva circumscripta. Abscessus retroperitonealis.

Этотъ случай интересенъ тѣмъ, что печень была не увеличена и гнойникъ не достигалъ большой величины; кромѣ того здѣсь развитъ большой забрюшинный гнойникъ.

Изъ иностранной литературы я укажу, напр., на два случая, описанные докторомъ Pellegrini *) и наблюдавшіеся имъ въ хирургической клиникѣ проф. Burci во Флоренціи. Случаи опубликованы имъ въ „La Riforma medica“ за 1904 годъ въ № 32 (стр. 869) и въ № 33 (стр. 906). Оба его наблюденія касаются гнойнаго пилефлебита какъ осложненія аппендицита и разобраны авторомъ весьма подробно какъ клинически, такъ и патолого-анатомически (микроскопически). Въ статьѣ собрана также обширная литература по данному вопросу; работа его довольно объемиста, а потому непригодна для краткаго реферата; интересующихся ею я отсылаю къ оригиналу.

Приведенные выше, хотя и *in extenso*, случаи, на нашъ взглядъ въ достаточной степени уясняютъ характерные особенности даннаго заболѣванія, а также позволяютъ освѣтить до нѣкоторой степени и его этиологію.

Что способствуетъ развитію гнойныхъ пилефлебитовъ и абсцессовъ печени, является по настоящее время еще невыясненнымъ. Большинство авторовъ сходятся во взглядахъ, что притифлить играть наиболѣе частую этиологическую роль въ происхожденіи этихъ заболѣваній (Jackson, Schlüppel, Thierfeldev, Pellegrini и др.).

Нѣкоторые авторы приписываютъ процессамъ, разыгрывающимся на червеобразномъ отросткѣ исключительную роль, т. е., что всѣ пилефлебитическіе нарывы печени аппендикулярнаго происхожденія. Изложенія въ первой части этой работы разнообразныя причины возникновенія абсцессовъ печени (дизентерія, постоянная тѣла и т. д.) съ достаточной наглядностью говорятъ противъ подобной теоріи.

Что касается гнойнаго пилефлебита, то онъ можетъ развитъся либо на почвѣ воспалительныхъ процессовъ въ окружности *v. portae*, либо, въ видѣ исключенія, на почвѣ патолого-анатомическихъ измѣненій печени. Въ послѣднемъ случаѣ болѣзнь начинается съ интрагепатическихъ вѣтвей *v. portae*; въ первомъ же случаѣ процессъ возникаетъ въ самыхъ корняхъ воротной вены и во всѣхъ тѣхъ органахъ, которые находятся вблизи развѣтвленій ея и ведетъ къ гнойному гепатиту (язвы желудка, 12-ти перстной кишки, *colonis*, воспаленія червеобразнаго отростка, слѣпой кишки, прямой; нарывы селезенки, мезентеріальныхъ железъ и т. п.)

*) I. с. (129).

Изъ поражений червеобразнаго отростка, являющихся причиною пилефлебическихъ абсцессовъ печени, деструкующія формы аппендицитовъ играютъ несомнѣнно первую роль; однако отмѣченъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ измѣненія отростка были незначительны. Инородныя тѣла, вызывающія сравнительно легкія измѣненія въ отросткѣ, подавали неоднократно поводъ къ септическому гепатиту. Во всякомъ случаѣ доказано, что разбираемое поражение печени часто развивается и при отсутствіи перфоративнаго аппендицита.

По мнѣнію Pellegrini, Harris'a и Munro не существуетъ параллелизма между тяжестью аппендикулярныхъ поражений и послѣдующими септическими явленіями.

Развитіе гнойнаго пилефлебита можетъ идти двоякимъ путемъ:

1) Вслѣдствіе аппендицита, а также и на почвѣ воспалительныхъ процессовъ въ другихъ органахъ, можетъ образоваться септической тромбофлебитъ маленькихъ венъ; одинъ изъ сформировавшихся тромбовъ можетъ далѣе распространиться въ центростремительномъ направленіи и въ концѣ концовъ закупорить *v. portae*. Тромбы обыкновенно бывають пристѣночными и текущая мимо нихъ кровь, омывая ихъ поверхность, разволакиваетъ ихъ и переноситъ частички септическаго матеріала въ вышележащій отдѣлъ портальнаго круга и въ его интрагепатическія развѣтвленія.

2) Септической тромбъ, образовавшійся въ какомъ нибудь отдѣлѣ червеобразнаго отростка, распадается либо путемъ разжиженія, либо механическимъ способомъ; вслѣдствіе этого образуются септическіе эмболы, которые заносятся воротной веной въ печень; нѣкоторые же эмболы проходятъ воротную вену свободно, не оставляя на ней никакого слѣда и застреваютъ въ печени, вызывая въ ней абсцессы.

Пилефлебиты съ абсцессами печени развиваются въ различныхъ стадіяхъ перитифлитовъ, начиная съ первыхъ дней (случай Aufrecht'a и Schede—на 2-ой день). Большинство авторовъ рассматриваетъ абсцессы печени, какъ позднее осложненіе перитифлитовъ. Ewald того мнѣнія, что гнойный пилефлебитъ развивается не тотчасъ послѣ аппендицита, а спустя долгіи промежутки времени, какъ было въ одномъ его случаѣ. То же самое говоритъ и Munro, располагающій болѣе 20 случаевъ. Nothnagel (цит. по Sprengel'ю стр. 309) описываетъ случай, гдѣ у мужчины 35 лѣтъ, перенесшаго 4 годъ тому назадъ аппендицитъ средней тяжести, вдругъ развилась септическая лихорадка со смертельнымъ исходомъ. На вскрытіи найденъ флебитъ, исходившій изъ совершенно зажившаго, маленькаго перитифлитическаго гнойничка съ вторичными абсцессами печени и эмболіями въ легкихъ. Подобные

случаи описываютъ Dupley и Hermes (¹⁴⁴) Цит. по Ростовцеву стр. 388).

Въ литературѣ описаны весьма интересные случаи, гдѣ предшествовавшее заболѣваніе отростка протекало совершенно незамѣченнымъ и обнаружилось только на секціонномъ стонѣ (напр. случаи Reinhold'a, Мыша и др).

Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій при пилефлебическихъ абсцессахъ печени, то они сводятся въ главныхъ чертахъ къ слѣдующему: Въ воротной венѣ находятъ обыкновенно либо гнойно распавшіеся тромбы, либо густой гной; тромбы въ большинствѣ случаевъ представляются облитерирующими, продолженными, и сидятъ либо вблизи печеночныхъ воротъ, либо въ интрагепатическихъ вѣтвяхъ *v. portae*, что наблюдается значительно рѣже. Стѣнки *v. portae* бывають обложены сгустками фибрина и часто представляются истонченными. Гнойный процессъ часто захватываетъ и мезентеріальныя вены.

Печень почти всегда увеличена въ объемѣ; по всему органу разбросаны обыкновенно маленькіе абсцессы, величиною съ горошину и больше, которые, увеличиваясь, могутъ конфлюировать и достигать довольно порядочной величины, хотя они рѣдко превышаютъ размѣръ большаго орѣха или мандарина. Они нерѣдко располагаются по вѣтвямъ *v. portae*. Абсцессы встрѣчаются чаще въ правой долѣ. Описаны случаи, гдѣ имѣлись одинъ, два и даже три абсцесса необыкновенной величины, такъ что печень представлялась какъ бы губчатой (случаи Asbhy и Netter'a). (¹⁴⁵).

Въ случаѣ Loison'a, *v. portae* была неизмѣненной, въ печени же тѣмъ не менѣе находились разсѣянные абсцессы. Съ другой стороны можно указать на наблюденія Томпсона и Pellegrini, гдѣ въ печени не было абсцессовъ, *v. portae* же была сплошь выполнена гноемъ. Въ литературѣ описаны также случаи одиночныхъ абсцессовъ, что встрѣчается сравнительно рѣдко. (случаи Scheen'a въ 1896 году и Körte въ 1891 г.).

Не всегда, однако удается макроскопически опредѣлить тѣ или другія измѣненія въ печени; ихъ можно констатировать въ подобныхъ случаяхъ только подъ микроскопомъ. Такъ напр. Beauvy и Chirié (¹⁴⁶) въ 1905 году описали въ случаяхъ аппендицита, протекшихъ при явленіяхъ тяжелаго общаго заболѣванія, некротическія измѣненія печени, локализовавшихся главнымъ образомъ въ центральныхъ частяхъ долей и почти совершенно разрушившихъ ихъ.

Абсцессы печени, увеличиваясь *per continuitatem*, разрушаютъ печеночную ткань и, дойдя до капсулы, могутъ ее прорвать и вызвать общій перитонитъ. Чаще же они прорываются на верхней поверхности печени, которая обыкновенно представляется спаянной

воспалительными перепонками съ діафрагмой и могутъ, попадая въ плевральную полость, вызвать гнойные плевриты. (Terrillon ¹⁴⁷). Если діафрагма неспаива съ печенью, то въ подобныхъ случаяхъ развивается субдиафрагмальный абсцессъ.

Обыкновенно печень задерживаетъ инфекціонное начало, попавшее въ нее и сама претерпѣваетъ глубокія измѣненія. Абсцессы, развившіеся въ ней, характеризуются большей частью сѣтчатой формой (*forme aréolaire*) и ограничиваются порталной системой; желчные же пути и артеріальная сѣть остаются обыкновенно не пораженными. Если же инфекция распространяется по артеріальной системѣ, то въ результатѣ происходитъ диссеминація микробовъ по всему организму съ развитіемъ метастазовъ въ легкихъ, селезенкѣ и т. д. Само собой разумѣется, что тяжелыя измѣненія печени, въ особенности, если они ведутъ къ полной закупоркѣ *v. portae*, могутъ съ своей стороны вызвать серьезныя функціональныя расстройства въ корняхъ воротной вены, первично не бывшихъ пораженными. Такъ объясняются напр. такія явленія, какъ набуханіе селезенки, появленіе асцита и т. д.

Діагнозъ пилефлебитическихъ абсцессовъ печени въ общемъ весьма труденъ; въ литературѣ описано сравнительно очень небольшое количество случаевъ, гдѣ абсцессы были распознаны при жизни. По Rouis'у (l. c.) болѣзнь протекаетъ скрытно въ 33% случаевъ.

Присоединеніе нагноенія печени характеризуется въ началѣ потрясающимъ ознобомъ и высокой температурой. Brgaut, опубликовавшій наблюдавшіеся имъ самимъ 20 случаевъ, описываетъ клиническіе симптомы даннаго заболѣванія слѣдующимъ образомъ: „ознобъ, высокая температура, потъ, рвота, частный пульсъ, боль въ животѣ, чувство тяжести въ подчревной области, увеличеніе печени и чувствительность ея. Желтуха, крайнее безпокойство, увеличеніе селезенки, тифозный видъ больныхъ, поносы составляютъ остальные симптомы, встрѣчающіеся однако не такъ постоянно.

Несмотря на такой многочисленный симптомо-комплексъ, діагнозъ, какъ упомянуто уже выше, можетъ встрѣтить непреодолимыя трудности; по статистикѣ Brgaut'a *) (l. c.) распознаваніе этой болѣзни удается лишь въ 2% всѣхъ случаевъ.

Особенно запутаны и сложны въ смыслѣ діагноза тѣ случаи, гдѣ печень поражена множествомъ мелкихъ абсцессовъ или, если гной скопляется въ центрѣ печени. Нѣсколько легче представляется распознаваніе периферически лежащихъ гнойниковъ; діагнозъ ставится несомнѣннымъ, если имѣется збыленіе и остальные симптомы, указывающіе на основную болѣзнь.

*) l. c. (120).

Въ пробныхъ проколахъ и пробной лапоратоміи мы имѣемъ несомнѣнно два цѣнныхъ средства распознаванія болѣзни; но, какъ уже указывалось выше и они не всегда ведутъ къ желанной цѣли.

Разбираемое нами осложненіе аппендицитовъ можно смѣшвать съ цѣлымъ рядомъ другихъ заболѣваній. Нарывы, развивающіеся, напримѣръ, въ выпуклости печени, выпячиваютъ вверху правую половину діафрагмы и могутъ подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ поддіафрагмальнымъ абсцессомъ.

Далѣе, пилефлебитическіе абсцессы печени могутъ быть смѣшиваемы съ піэміей, развившейся внѣпортально, съ тифомъ, маляріей, съ ангиохолитомъ, съ злокачественнымъ эндокардитомъ, перитонитомъ, съ миллиарнымъ туберкулезомъ, эхинококкомъ печени и серозными кистами, кистами поджелудочной железы и т. д.

Изъ болѣе постоянныхъ признаковъ данной болѣзни надо отмѣтить: появленіе знобовъ, высокую температуру съ ремиттирующимъ или интермиттирующимъ характеромъ, рвоту, поносъ; боли по ходу *v. portae* и въ правой подчревной области, увеличеніе и болѣзненность печени при давленіи, прогрессирующее похуданіе и желтуху. Нѣкоторые авторы (*Basseth-Smith* ⁽¹⁴⁸⁾, *Jackson* ⁽¹⁴⁹⁾) приписываютъ важное значеніе систематическому изслѣдованію крови по отношенію къ лейкоцитозу, полагая, что увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ является постояннымъ и болѣе важнымъ признакомъ при распознаваніи глубоко сидящихъ нарывовъ печени.

Прогнозъ при данномъ заболѣваніи конечно долженъ считаться самымъ неблагоприятнымъ; почти всѣ описанные случаи кончились летально. Исключеніе составляютъ случаи *Scheen'a* (Абсцессъ печени очень большой величины, развившійся 2¹/₂ мѣсяца послѣ гнойнаго аппендицита) и случай *Körte*; оба больныхъ были оперированы съ полнымъ успѣхомъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Юргенсонъ. Руководство частной патологіи и терапіи перев. Гольденбаха 1887.
- 2) Колчинъ П. О. Хирургическія наблюденія. 1) Нарывы печени. Хирургія, 1904, № 87. Т. XV. Подъ ред. проф. Дьяконова стр. 271.
- 3) *Rouis*. Recherches sur les supp. endem. du foie Paris 1860. (Цит. по *Hirsh'y*. Handbuch der Histor.—Geograph. Pathologie).

- 4) Wariug. Цит. по Hirsch'y. Стр. 281.
- 5) Beyruss. Ueber sogenannte idiopatische Leberabcesse in Bezug auf ihre Aetiologie und Nomenclatur. Virch. Arch. Bd. 161 1900 S. 435.
- 6,7,8,9,10,11) Всѣ авторы цитиров. по Hirsch'y l. c. Стр. 269 и 270.
- 12) Fauger Lancet 1880 Mai S. 673; 1881 Mai S. 803; 1884 Juni S. 1130. (Цит. по Hirsch'y. Стр. 270).
- 13) Chevers. Jnd. Annals of. med. Soc. 1858 July S. 658. по Hirsch'y (стр. 270).
- 14) Albert. Lehrbuch der Chirurgie 1891 T. III. S. 407.
- 15) Sachs. Ueber Hepatitis der heissen Laüder. Langenbeck's Arch. für klin. Chirurg. 1876 T. XIX.
- 16) Добротворскій. Случай тронического гнойника печени. Хирургія 1903 Т. XIV № 84. Стр. 618.
- 17) Дѣвцкій. Печеночный нарывъ при тронической дизентерии съ амебами въ гною. Мед. Обзор. 1903 Т. LIX № 10 Стр. 774.
- 18) Лукинъ. Медиц. прибавл. къ морскому сборнику за 1887. (Цит. по Лазареву стр. 520.
- 19) Потѣенко. Множествен. гнойникъ печени на почвѣ амебнаго зараженія. Медиц. Обзор. 1899. Годъ XXVI Стр. 530.
- 20) Владиславлевъ. Врачъ 1898 № 11 Стр. 326.
- 21) Валянскій. Диссерт. Къ вопросу о нарывахъ печени СПБ. 1898.
- 22) Шенгелидзе. Врачъ 1897 № 44 и 45. О гнойномъ воспаленіе печени Стр. 1259 и 1296.
- 23) Ваннахъ. Лѣтопись Русской Хирургіи 1898 Кн. I.
- 24) Владиславлевъ. Къ казуистикѣ нарывовъ въ печени. Больничная Газета Боткина 1898 № 5—7. Стр. 180, 231, 283.
- 25) Зеренинъ. Хирургическая Лѣтопись 1894. Т. IV. Къ хирургіи брюшной полости а) хроническій многогнѣздный нарывъ печени стр. 972.
- 26) Уохелесъ. Къ казуистикѣ печеночныхъ абсцессовъ. Случай нетипического актиномикоза печени. Мед. Обзор. 1902 Т. L VII № 12 стр. 939.
- 27) Посажный. Протоколы общихъ врачеб. совѣщ. въ СПБ. Городской Обуховской больницѣ за 1891, годъ II стр. 125 отъ 1895 годъ VI стр. 41. (Цит. по Владиславлеву (24).
- 28) Цейдлеръ. Тамъ же (1892) годъ III стр. 106 (Цит. по Владиславу).
- 29) Быстровъ. Больничная Газета Боткина 1897 № 32 и 33. См. статью Хольцова.

- 30) Хольцовъ. Больничная Газета Боткина 1897 № 32 и 33.
- 31) Румянцевъ. Случай нарыва печени у ребенка. Мед. Обзор. 1901 Т. LVI Октябрь 1901.
- 32) Troszewski (Gazeta lekarska 1901 № 5,6,8). Реф. по Мед. Обзор. 1901 Т. LVI. Июль стр. 84.
- 33) Thierfelder (Сборникъ Ziemssen'a „О нарывахъ печени“ ст. 74.
- 34) Segond. Traité de Duplay et Redus 1892 Т. VII р. 226.
- 35) Harley. Traité de maladie du foie Paris 1890 р. 206 (Цит. по Лазареву).
- 36) Маргулисъ Михаилъ. Къ вопросу о нарывахъ печени. Хирургич. Лѣтопись 1894 Т. IV. Стр. 401.
- 37) Гагенъ-Торнъ. Случай абсцесса печени, обончив. выздоровл. послч разрѣза. Мед. Обзор. 1888 Стр. 643.
- 38) Батмановъ. Къ казуистикѣ нарывовъ печени. Мед. Обзор. 1895. № 24 Т. XLIV. Стр. 1097.
- 39) С. Троицкій. Случай альвеолярнаго нарыва печени. Записки Терскаго Мед. Общ. Выпускъ III. 1835. (Цит. по Лазареву).
- 40) Кравковъ. Hepatitis suppurativa postmalarica. Мед. Обзор. 1894. Стр. 847.
- 41) Бакитъко. Къ казуистикѣ нарывовъ печени. Военно-Мед. Журналъ Мартъ 1893 (?) Цит. по Лазареву.
- 42) Блюменау. Къ вопросу о нарывахъ печени. Врачъ 1893 стр. 786—812.
- 43) Лазаревъ. Множественный абсцессъ печени при нагноившимся эхинококкѣ. Мед. Обзор. Т. LI. 1899. Мартъ Стр. 518.
- 44) Hirsch. Handbuch der historisch—geographischen Pathologie XII-te Bearbeitung III-te, Abteilung 1886. S. 281. Krankheiten der Leber.
- 45) Jos. Faurev. On dysentery and liver abscess. Lancet 1883 19 Мая (Цит. по Лазареву ст. 519).
- 46) Udhetti. Rivista clinica di Bologna 1885 Decbr. 1067. Цит. по Hirsh'у.
- 47) 48) 49) 50) 51)—Всѣ Цит. по Hirsch'у.
- 52) Sachs l. c. стр. 235.
- 53) Budd. Krankheiten der Leber. Berlin 1846. Цит. по Бергману, Брунеу и Лискилигу 1902 Рук. Прак. Хир.
- 54) Kelsch и Kiemer. Traité des maladies des pays chauds. Paris 1889.
- 55) Kartulis. Ueber tropische Leberabscess ihr Verhältniss zur Dysenterie. Virch. Arch. Bd. 118 1889 S. 98.
- 56) Онъ-же. Virch. Arch. Bd. 108 1886.
- 57) Плага. Centralbl. zur Bakteriologie 1887 № 18.
- 58) Lösch. Virch. Arch. Bd. 65. 1875.
- 59) Balу. Цит. по Лазареву стр.

- 60) Лукинъ I. с.
- 61) Morehlad Цит. по Hirsch'y.
- 62) Проф. Григорьевъ. Патолого-анатомич. матеріалъ Уяздовскаго Госпиталя за 1896 годъ. Военно-Медиц. Журналъ Сент. 1898.
- 63) Строгановъ. Протоколы Общ. Одесск. врачей за 1880 № 5.
- 64) Pantaloni Contribution à l'étude de la Chirurjic du foie. Traitement des abscess intra-hépatiques. Arch. prov. de Chir. 1894. Цит. по Лазареву.
- 65) Кизмковъ. Случай гнойнаго воспаления печени. Мед. Обзоръ 1898 стр. 228.
- 66) Berger. Цит. по Лазареву.
- 67) Zausarol. Traitement chirurg. des abscess du foie. etc. Paris 1893. (Цит. по Bruns—Mikulicz'y).
- 68) Jimenez s. Lino Ramirez. Du traitement des abscess du foie. Paris 1867. (Цит. по Bruns-Mikulicz'y).
- 66) Sprendel.
- 70) Ростовцевъ. Ученіе о перитифлитѣ Дисс. 1902.
- 71) Dieulafoy. Clinique medic. de l'Hotel de Dieu de Paris. Тоже I, II, III.
- 72) Berthelin. These de Paris 1895 T. 8. p. f. (Цит. по Pellegrini).
- 73) Dieulafoy. Le foie appendiculaire. La semaine medic. № 56 1898 p. 449.
- 74) Einhorn. Münchener med. Wochench. 1891 p. 121—140. Ueber Perforationen des Proc. vermif. und des Coecum.
- 75) Roux. Traitement chirur. de la pérytyphlite suppurrée. Цит. по Ростовцеву.
- 76) Richard L. Thèse des Paris 1903.
- 77) Burci Atti del XVII Congress o delle. Societ. italiana di Chirurgia. Цит. по Pellegrini.
- 78) Powell. New Orleans med. and Surg. Journ. XI. 468 1855 Цит. по Ростовцеву стр. 392.
- 79) Waller. Zeitschrift der Gesellschaft d. Aerzte in Wien 1846 p. 315 (по Loison'y).
- 80) Loison Des Suppurations intra—et périhepatiques d'origine tymphlo-appendiculaire Revue de Chirurgie 1900 № 4 p. 522.
- 81) Hillairet. L'union medic. 1849 p. 250 Цит. по Pellegrini.
- 82) Buhl. Thrombose der Pfortader mit Leberabscess nach Perityphlitis. Zeitschrift für ration. Med. 1854 IV 3, p. 348.
- 83) Borthelin. Complications hépatiques de l'appendicite Thèse des Paris 1895.

- 84) Sonnenfeld. Цит. по Sprengel'ю стр. 307.
- 85) Thoinot. Цит. по Sprengel'ю стр. 307.
- 86) Munk (Traube). Perforation des Wurmfortsatzes; Pyephelebitis, beginnende Leberabscesse. Ges. Beiträge zur Path. und Physiol. Berlin II 1871. Стр. 940.
- 87) Church. Цит. по Sprengel'ю Стр. 308.
- 88) Southey. Цит. по Sprengel'ю Стр. 308.
- 89) Aufrecht. Entzündung des Proces. Vermiform. Perityphlitis, Phlebitis und Thrombose der V. mesent. magna. Berl. klin. Woch. 1869. S. 308.
- 90) Malmsten und Rey. Suppurativ pylephlebit; beroende på branding apstötning of proces. vermif. Nord. med. Ark. № 11, 20 1869. Цит. по Ростовцеву.
- 91) Brissog. Цит. по Sprengel'ю стр. 308.
- 92) Kartulis. Цит. по Sprengel'ю стр. 308.
- 93) Ashby. A case of the caecal appendix, resulting from impaction of a pin. Lancet II, p. 642 1879. Цит. по Ростовцеву.
- 94) Gendron. Etude sur pyéphlébite suppurative. Thèse de Paris 1885.
- 95) R. Fitz. American Journal of med. Soc. Oct 1887 vol 92 p. 330 Цит. по Pellegrini.
- 96) Klinhold. Münch. med. Woch. № 34 35 1887.
- 97) Dalton. Three unique cases of supp. append. St. Louis med. and surg. Journ. v. LVII № 3 1889 Цит. по Ростовцеву.
- 98) Meuzzer. Ein Fall von Leberabscess in Folge von eitriger Pylephlebitis. Jnaug. Diss. 1888. Цит. по Ростовцеву.
- 99) Maurin. Essai zur l'appendecite et la péritonite appendiculaire Thèse de Paris 1890.
- 100) Langheld. Zur Aetiologie der Perityphlitis. Jnaug. Diss. Berlin 1890.
- 101) Fürbringer. Deutsche med. Woch 1891.
- 102) Зубковскій. Русская мед. 1891 № 15.
- 103) Einhorn l. c. (74).
- 104) Körte. Deut. med. Woch. № 34 1892 p. 773.
- 105) Ewald Pylephlebitis. Berlin. klin. Woch. № 47.
- 106) Dudley. Deutsches Arch. für Klin. Med. Bd. 50 1892.
- 107) Schede. Цит. по Ростовцеву.
- 108) Bielschowsky. Beitrag zur Kenntniss der Pathol. & Therap. der einheimischen Leberabscesse Jnaug. Diss. Berlin 1893.
- 109) Савостьяновъ. Случай гнойника печени послѣ аппендицита у ребенка Мед. Обозр. Т. XXXIX № 10 1793 стр. 938.
- 110) Цейдлеръ. Случай перитифлита съ печеночнымъ абсцессамъ. Больничная Газета Боткина 1893 № 49.
- 111) Посажный. Цит. Цейдлеру. Тамъ же (1893).

- 112) Achart. Infection hépatique compliquant l'appendicite; pathogénie des abcès aréolaire du foie. La sem. méd. 1894 p. 535.
- 113) Moritz. S-Peterspetersburger med. Woch. 1894 p. 158.
- 114) Scheeu. 1996 Цит. по Sprengel'ю стр. 309.
- 115) Herzog. Dié Perithyphlitis vom chirurgischen etc. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. 46. 1897.
- 116) Sonnenburg. Патология и терапия перитифлита. Перев. Съ нѣмец. д-ра Франца. Русское Изд. 1902 стр. 174.
- 117) Borchardt. Die Behandlung. der Appendicitis. Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. & Chirurgie 1897 Bd. 2.
- 118) Dielafoy. l. c. 1898.
- 119) Бѣляевъ. Больн. Газета Боткина 1898 Стр. 678.
- 120) Bruant. Наблюденія въ Gug's Hospital въ Лондонѣ. Цит. по Pellegrini 1900.
- 121) Loison. l. c. 1900 (80).
- 122) Мышь. Аппендикулярная печень и appendicitis larvata. Военно-Медиц. Журналъ 1900 Дек. стр. 3412—3424.
- 123) Rothfeld. 1901. Diss. Leipzig. Цит. по Pellegrini.
- 124) Kobler. Virch. Arch. 1901 p. 134.
- 125) Ростовцевъ. О перитифлитѣ Дисс. С.-Пет. 1902.
- 126) Munro. Boston. med. and Surg. Journ. 23 Genuair 1902. Цит. по Pellegrini.
- 127) Nothnagel. Цит. по Sprengel'ю стр. 309.
- 128) Gerster. Medic. Record vol. 63 & 26 p. 1005—1015. New—York Journ. 1903 Цит. по Pellegrini.
- 129) Pellegrini. La pilephlebite suppurativa complic. l'appendicite studio clinico etc. La Riforma medica 1904 № 32 и 33.
- 130) Pólgá. Цит. по Sprengel'ю.
- 131) Sprengel. Deutsche Chirurgie von. Billroth & Luecke. Lieferung 46 d. Prof. Sprengel: Appendicitis 1906.
- 132) Thompson. Наблюд. въ City. Hospital въ Бостонѣ Цит. по Pellegrini.
- 133) Matterstock. Perityphlitis. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten IV. Tübingen 1880.
- 134) Maurin. l. c. (99).
- 135) Einhorn. l. c. (74).
- 136) Laugheldt. l. c. (100).
- 137) Fitz. l. c. (96).
- 138) Baerensprung. Ueber Leberabscesse bei Kopfverletzungen. Diss. Berlin. 1875.
- 139) Dudley. Deut. Arch. für. klin. Med. Bd. 50 1992.
- 140) Kobler: l. c. (124).
- 141) Borchardt: l. c. (117).

- 142) Meusser. Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. & Chirurg. Band II. 3 u. 4 Heft 1897.
- 143) Löschner. Цит. по Савостьянову.
- 144) Hermes. Deut. Zeitschr. für Chirurgie Bd. 41. 1895.
- 145) Nettek. Цит. по Pellegrini.
- 146) Beaureg et Chirié. Цит. по Sprengel'ю стр. 310.
- 147) Terrilon. Bull. et mém. de la soc. de chirur. de Paris Vol. XVIII. p. 397. Цит. по Ростовцеву.
- 148) Basseth-Smith. 5. Cases of abscess of the liver. Brit. med. Journ. 1903.
- 149) Jackson. Цит. по Ростовцеву.
- 150) Bergmaun-Brutis-Mikulicz. Руков. практич. хирургии. Хирургія брюшной полости 1902. Глава III. Гнойники печени. Стр. 503.

