

Нарывы аппендикулярнаго происхожденія*).

Д-ръ Вл. Котеловъ.

Нарывы въ правой подвздошной ямѣ, нужно полагать, были извѣстны врачамъ древняго времени. Въ XVIII и XIX столѣтіяхъ появляются исторіи болѣзни, вполне рисующія картину гнойниковъ, аппендикулярнаго происхожденія, причемъ одни изъ наблюдателей того времени называютъ эти нарывы *peritonitis muscularis* или *psoitis*, а другіе описываютъ ихъ подъ видомъ „послѣродовыхъ процессовъ или маточныхъ нарывовъ“.

Въ 20-ыхъ годахъ XIX столѣтія появляется „Теорія нагноенія въ правой подвздошной ямѣ“ Dupuytren'a (*Abscessus iliacus verus, sivi Dupuytrenis*). Въ это время въ Германіи Puchelt вводитъ новый терминъ для воспаленія клѣтчатки вокругъ слѣпой кишки а именно „*Perityphlitis*“. Oppolzer предлагаетъ называть скопленіе гноя въ забрюшинной клѣтчаткѣ *Paratyphlitis*.

До 30-ыхъ годовъ 19-го столѣтія большинство наблюдателей, оставаясь ярыми поклонниками теоріи Dupuytren'a, не могли установить истинной причины нарывовъ въ правой подвздошной ямѣ, ставя ихъ съ связь то съ воспаленіемъ слѣпой кишки, то съ каловымъ застоємъ въ послѣдней.

Въ 1839 году въ Англіи противъ теоріи Dupuytren'a возсталъ Burne. Послѣдній, путемъ патолого-анатомическихъ вскрытій, установилъ, что извѣстные воспалительные процессы на слѣпой кишкѣ встрѣчаются часто безъ появленія перитонеальныхъ нарывовъ. Далѣе, онъ высказалъ предположеніе, что нарывы въ правой подвздошной ямѣ находятся въ зависимости отъ изъязвленія червеобразнаго отростка.

Другіе англійскіе авторы своими наблюденіями еще больше подтвердили значеніе appendix'a въ образованіи перитифлитическихъ гнойниковъ. Въ 1842 году немѣцкій патолого-анатомъ Rokitansky указалъ, что гнойные воспалительные процессы въ правой

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 29 января 1909 г.

подвздошной ямѣ находятся главнымъ образомъ въ зависимости отъ страданія *appendix'a*.

Съ этого времени Дюпюитреновская теорія отходить въ область преданій. Въ настоящее время установлено, что воспалительный процессъ, начавшись подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ патогенныхъ микроорганизмовъ, рѣдко ограничивается только слизистой оболочкой червеобразнаго отростка, но распространяется и на подлежащіе слои послѣдняго, захватываетъ серозный покровъ его и брюшину сосѣднихъ органовъ. Если процессъ не утихаетъ, а наоборотъ прогрессируетъ, то на серозномъ покровѣ *appendix'a* и сосѣднихъ органовъ образуется серозно-фибринозный эксудатъ. При дальнѣйшемъ развитіи процесса наступаютъ деструктивныя измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ и его содержимое, изливаясь вмѣстѣ съ микроорганизмами въ брюшную полость, можетъ вызвать гнойный ограниченный перитонитъ, при условіи, если вокругъ воспалительнаго фокуса успѣли образоваться крѣпкія, множественныя соединительно-тканныя перемычки; при отсутствіи же послѣднихъ появляется разлитой перитонитъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ перитифлитическій нарывъ можетъ образоваться безъ нарушенія цѣлости *appendix'a*, и бактеріи проникаютъ въ брюшную полость, какъ при ущемленной грыжѣ, черезъ стѣнки больного червеобразнаго отростка.

Перитифлитическіе гнойники въ своей локализациі слѣдуютъ расположенію червеобразнаго отростка и слѣпой кишки. Исслѣдователи устанавливають разнообразныя типы гнойниковъ, смотря по ихъ расположенію. Такъ Sonnenburg классифицируетъ перитифлитическіе гнойники по отношенію къ слѣпой кишкѣ и устанавливаетъ 4 типа:

- 1) впередъ и внутрь слѣпой кишки,
- 2) позади нея,
- 3) снутри,
- 4) въ маломъ тазу

и наконецъ какъ рѣдкая форма, въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Sprengl, соединивъ типы Talamon'a, Gerster'a, Sonnenburg'a и другихъ, устанавливаетъ слѣдующія формы интраперитонеальныхъ нарывовъ аппендикулярнаго происхожденія: интраперитонеальный нарывъ или прилежитъ къ брюшной стѣнкѣ или лежитъ медиально среди кишекъ, откуда два типа нарывовъ: *parietal typus* и *mesocoliacus typus*.

Самая частая и самая типичная форма паріетальнаго типа—это *ileo—inguinalis typus*, при которой опухоль располагается надъ *lig. inguinalis sivi Pupartii*, ближе къ *spina ossis ilei ant. sup.*, причемъ иногда заходитъ за нее, а иногда—нѣтъ; опухоль лежитъ

параллельно пупартовой связкѣ; край этой опухоли, обращенный въ полость живота,—выпуклый.

Въ рѣдкихъ случаяхъ нарывъ можетъ локализоваться въ трехъ направленіяхъ:

- 1) назадъ и вверхъ *lumbal* или *postero-parietal typus*
- 2) впередъ и вверхъ *antero-parietal typus*
- 3) внизъ *rectal* или *pelvical typus*.

Выше перечисленные гнойники, располагаясь внутри-брюшинно, могутъ, по выраженію Roux „экстраперитонизироваться“—стать забрюшинными, въ томъ случаѣ, когда гной разрушить перитонеальный листокъ и проложить путь въ ретро-перитонеальную клетчатку; по своему происхожденію это будутъ вторичные забрюшинные нарывы.

Первичные забрюшинные нарывы образуются при цѣлости брюшины, когда инфекция при воспаленіи червеобразнаго отростка проникаетъ въ ретроперитонеальную клетчатку по лимфатическимъ путямъ, или же когда *appendix* располагается внѣ брюшины, но въ этомъ положеніи онъ бываетъ крайне рѣдко въ 1—2%. Забрюшинные нарывы могутъ подниматься вверхъ до нижней поверхности діафрагмального мускула, предварительно окутавъ почку; или спускается внизъ подъ *fascia iliaca*. Первые носятъ названіе—субсерозныхъ абсцессовъ, а вторые—субфасціальныхъ.

Субфасціальные нарывы могутъ прокладывать путь подъ *lig. inguinalis*, проходя черезъ *lacuna vasorum*, появляться на передней поверхности праваго бедра.

Нарывы могутъ быть одиночными и множественными; послѣдніе или отдѣлены другъ отъ друга перегородками изъ соединительной ткани, или сообщаются между собой узкими или широкими ходами. Величина нарывовъ бываетъ крайне разнообразная: отъ лѣсного орѣха—до объема, вмѣстимостью въ нѣсколько литровъ.

Гной аппендикулярныхъ абсцессовъ представляетъ изъ себя сѣроватую или желтоватую жидкость со свертками фибрина, съ каловымъ непріятнымъ запахомъ.

Клиническія картины интраперитонеальныхъ абсцессовъ.

Болезнь начинается внезапно и характеризуется симптомами, свойственными аппендициту. Въ животѣ появляется боль, которая вначалѣ безъ опредѣленной локализациі, а потомъ она сосредотачивается въ правой подвздошной ямѣ. Языкъ обложенъ, рвота, запоръ или поносъ. Выраженіе лица полное страха и боли (*Facies abdominalis*). Дыханіе учащено, типъ его реберный.

T^0 поднимается до 38,5—39. Пульсъ учащается в параллель съ поднятіемъ t^0 . Количество мочи доходить до 400—600 куб. сант. Моча насыщеннаго цвѣта, высокаго удѣльнаго вѣса, часто щелочной реакціи, съ большимъ осадкомъ мочекислыхъ солей. Иногда въ мочѣ находится бѣлокъ, желчныя пигменты, клѣтки эпителія, гіалиновые цилиндры, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца.

При изслѣдованіи живота замѣчается вначалѣ напряженіе мышцъ брюшного пресса, которое въ скоромъ времени смѣняется расслабленіемъ, и животъ, вслѣдствіе пареза кишекъ и задержки газовъ, становится вздутымъ. При пальпаціи, вначалѣ ощущается болѣзненность по всему животу, а потомъ больной относитъ боль къ правой подвздошной ямѣ. Эти острые припадки, обусловленные реакціей со стороны брюшины, держатся 2,3 дня, послѣ чего процессъ успокаивается и остается напряженность брюшныхъ стѣнокъ и слабыя боли въ правой подвздошной ямѣ. Функціи кишечно-желудочнаго тракта нарушены поносомъ или запоръ. T^0 падаетъ до 38, 37; соотвѣтственно рѣже становится и пульсъ. Въ это время пальпаціей въ одномъ рядѣ случаевъ можно установить присутствіе опухоли въ правой половинѣ живота; въ другихъ же случаяхъ пальпація даетъ только резистентность, или это изслѣдованіе бываетъ безрезультатно. По Sprengel'ю для опредѣленія глубокой перитифлитической опухоли надо производить пальпацію отдѣльными короткими нажатіями пальцевъ. Изслѣдованіе пальцемъ *per rectum*, *per vaginam*, изслѣдованіе пальпаціей въ правой поясничной области могутъ дать цѣнные указанія на присутствіе перитифлитической опухоли. По мнѣнію Roux перкуссия имѣетъ большое значеніе, тогда какъ Sprengel совѣтуетъ пользоваться для діагностической цѣли въ опредѣленіи перитифлитической опухоли исключительно пальпаціей.

Когда установлена наличность перитифлитической опухоли, нужно и важно опредѣлить ея природу, есть ли это фиброзно-серозный эксудатъ или же имѣется гнойникъ. T^0 , ростъ опухоли, общее состояніе больного, изслѣдованіе крови—могутъ рѣшить данный вопросъ. Если повышенная t^0 у больного держится въ продолженіи нѣсколькихъ дней, или, тѣмъ болѣе, если она поднимается, то это можетъ служить указаніемъ на нагноительный процессъ, увеличеніе опухоли, общее состояніе подтверждаютъ діагнозъ. t^0 можетъ пасть до нормы, даже ниже; новыя повышенія t^0 съ учащеніемъ пульса и съ измѣненіемъ общаго состоянія—тоже укажутъ на присутствіе нарыва. Бываютъ случаи, когда при нормальной, едва повышенной и даже пониженной t^0 , при общемъ хорошемъ состояніи—гнойники увеличиваются въ ростѣ. Изслѣдованіе крови является цѣннымъ доказательствомъ въ опредѣленіи природы перитифлитической опухоли. Увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и измѣне-

ніе лейкоцитозной формулы, въ смыслѣ повышенія процентнаго содержанія нейтрофиловъ, укажутъ на нагноительный процессъ. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ для опредѣленія гноя—пробную пункцию, большинство же изслѣдователей послѣдняго времени, какъ Ростовцевъ Sprengel, Quervain, отвергаютъ пункцию не только какъ бесполезный, но даже опасный способъ изслѣдованія. Локализациа опухоли опредѣляется, какъ мы указали, пальпацией, перкуссіей и изслѣдованіемъ *per rectum* и *per vaginam*.

Typus inguinalis. При нарывѣ типа ингвинальнаго пальпацией опредѣляется резистентность въ правой подвздошной ямѣ, въ верхней наружной части пупартовой связки; эта резистентность поднимается выше *spina ant. sup.* Внутреннюю поверхность *spina ant. sup.* не удастся ощупать пальцемъ, благодаря присутствію нарыва. Перкуссія въ правой подвздошной ямѣ дастъ тупой звукъ. Этотъ типъ перитифлитического гнойника самый частный и въ діагностическомъ отношеніи не представляетъ трудности. Ошибки возможны въ томъ случаѣ, когда эксудатъ помѣщается позади слѣпой кишки и восходящей толстой, что бываетъ вслѣдствіе подвижности послѣднихъ.

Antero-parietal typus. Если резистентность занимаетъ срединную часть пупартовой связки, больше локализируется подъ мускуломъ *rectus dextri*, чѣмъ подъ правыми косыми мышцами живота, если дыхательныя движенія покрововъ живота на мѣстѣ резистенціи ослаблены или уничтожены, или же если рефлексоторныя мышечныя сокращенія брюшного пресса сильно выражены въ этомъ мѣстѣ,—то тогда можно, діагностировать антеропаріетальный нарывъ.

Meso-coeliacus typus. Производя пальпацию отдѣльными короткими нажатіями пальцевъ можно бываетъ иногда опредѣлить слабую резистентность, лежащую глубоко въ средней части живота; по этой резистентности можемъ мы предположить, что нарывъ лежитъ далеко отъ передней стѣнки живота ближе къ *promontorium* у среди петель тонкихъ кишесъ. Это будетъ нарывъ мезоцелиакальнаго типа.

Мезоцелиакальные нарывы въ діагностическомъ отношеніи представляютъ большое затрудненіе. Изслѣдованіе *per rectum* не даетъ положительныхъ результатовъ, благодаря высокому положенію эксудата. Когда же стѣнки живота напряжены, то и пальпация ничего не дастъ. Sprengel совѣтуетъ производить повторныя изслѣдованія передъ операціей во время нарезоза, когда подъ вліяніемъ эфира или хлороформа получается расслабленіе мышцъ живота. Иногда наблюдается дезистентность подъ мускуломъ *rectus dextri* не только при *antero-parietal* номъ типѣ нарывовъ аппендикулярнаго происхожденія, но также и при нарывахъ тазового типа.

Pelvicaltypus. Тазовые нарывы могут располагаться надъ входомъ въ малый тазъ или спускаться въ полость послѣдняго. При первомъ положеніи нарывъ прилегае къ promontorium'у и тогда онъ походитъ на типъ мезоцелиакальный, или же, направляясь къ *simphysis ossis pubis* лежитъ около передней брюшной стѣнки и въ этомъ случаѣ напоминаетъ antero-parietal'ный типъ.

Нарывъ, спускаясь въ малый тазъ, располагается справа между rectum и мочевымъ пузыремъ у мужчинъ и между rectum urogenitalia у женщинъ. Главные симптомы тазового нарыва это раздраженія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки: задержка мочи или частые позывы къ мочеиспусканію, тенезмы.

Тазовые нарывы протекаютъ подостро, съ невысокой t^0 . Landander и Helferich указываютъ на большую разницу t^0 въ rectum и подъ мышкой при нарывахъ въ тазу. По Schule эта разница достигаетъ $1,1^0$ — $1,4^0$. Нарывы можно бываетъ прощупать изслѣдованіемъ per rectum у мужчинъ и per vaginam у женщинъ. При большихъ нарывахъ, вслѣдствіе сдавленія прямой кишки, появляются признаки кишечной непроходимости: вздутіе живота, задержка газовъ, рвота.

Намъ остается рассмотреть еще одну форму нарывовъ аппендикулярнаго происхожденія „Lumbal или Postero—parietal typus“ (по Sprengel'ю) или „Suppurations retro-coecales и retro-coliques“ (Vignard).

Эта форма встрѣчается рѣдко и чаще наблюдается въ дѣтскомъ возрастѣ. При этой формѣ аппендикита appendix лежитъ позади слѣпой кишки или даже восходящей толстой кишки и доходить иногда до печени. Изслѣдованіе живота пальпацией даетъ очень неясные признаки: при глубокомъ надавливаніи пальцемъ—слабая боль въ правой подвздошной ямѣ; напряженность мышцъ брюшной стѣнки съ правой и съ лѣвой стороны живота, въ мѣстахъ расположенныхъ параллельно пупартовой связки и гребешку подвздошной кости,—различна, съ правой больше чѣмъ съ лѣвой. Перкуссіей можно установить узкую подосу притупленнаго звука около срединной части гребешка правой подвздошной кости. Въ этомъ же мѣстѣ имѣется болѣзненность при надавливаніи.

Вотъ объективные признаки нарыва, расположеннаго позади соесума и позади colona; если онъ приближается къ задней брюшной стѣнкѣ, принимая наружное положеніе. Нарывы postero-parietal'ные могутъ направиться внутрь, отдѣлить общую брыжейку и такимъ образомъ проникнуть въ забрюшинное пространство около позвоночника. Эта локализція гноиника не можетъ быть открыта при жизни ни какими изслѣдованіями. Гнойникъ можетъ подняться вверхъ до угла Colon ascendens и до нижней поверхности пече-

ни, и тогда онъ дастъ картину поддиафрагмального нарыва. Въ этомъ случаѣ имѣетъ большое значеніе изслѣдованіе печени, изслѣдованіе мочи на присутствіе составныхъ частей желчи.

Наконецъ lumbal'ные нарывы могутъ принимать нижнее положеніе, спускаться въ малый тазъ. Болѣзненные движенія, какъ пассивныя, такъ и активныя въ тазобедренномъ суставѣ правой ноги укажутъ на прилежаніе нарыва къ fascia iliaca; изслѣдованіе per rectum или per vaginam констатируютъ нарывъ.

Повторяемъ, діагнозъ postero-parietal'ныхъ нарывовъ бываетъ подчасъ настолько труденъ, что ихъ можно только предполагать на основаніи общихъ симптомовъ аппендицита, по ходу t^0 и по ухудшенію общаго состоянія больного. Локализація такого нарыва выясняется во время операціи.

Аппендикулярные нарывы по большей части бываютъ одиночными, но приходится наблюдать и нѣсколько гнойниковъ, вполнѣ изолированныхъ другъ отъ друга. О появленіи другого гнойника можно подозрѣвать по ухудшенію общаго состоянія больного, по лихорадкѣ, по возобновленію боли въ животѣ, въ иныхъ случаяхъ по метеоризму, по симптомамъ ilius'a при сдавленіи гнойникомъ петель кишокъ; если имѣется операціонная рана, то при появленіи новаго гнойнаго очага—грануляція становится вялой, вслѣдствіе чего рана не заживаетъ.

Вполнѣ констатировать вторичный гнойникъ возможно только въ томъ случаѣ, если онъ появляется на мѣстѣ, доступномъ изслѣдованію пальпаціей и перкуссіей.

Аппендикулярный нарывъ можетъ располагаться въ грыжевомъ мѣшкѣ и дать явленія ущемленной грыжи. При операціи устанавливается, что грыжевой мѣшокъ наполненъ гнойной зловонной жидкостью и въ немъ находятся гангренизированный appendix.

Перитифлитическіе гнойники, оставаясь не вскрытыми, иногда прорываются въ брюшную полость и могутъ вызвать разлитой перитонитъ.

Гнойники могутъ проложить путь въ органы грудной и брюшной полости, въ забрюшинное пространство.

Правда, есть указанія на самоизлѣченіе гнойниковъ путемъ рассасыванія, вскрытія ихъ въ прямую или толстую кишку, но это бываетъ крайне рѣдко, въ исключительныхъ случаяхъ. Поэтому, если присутствіе гнойника констатировано, то не слѣдуетъ надѣяться на самоизлѣченіе; но надо вскрыть гнойникъ, создать хорошій выходъ для гноя и удалить повозможности весь appendix.

Экстра-перитонеальные нарывы.

Экстраперитонеальные нарывы, являясь какъ слѣдствіе сильной инфекции при воспаленіи червеобразнаго отростка, выражаются высокимъ повышеніемъ t^0 учащеніемъ пульса, ознобомъ, иногда бредомъ, но какъ правило, отсутствіемъ перитонеальныхъ явленій. Анамнезъ указываетъ на припадки аппендицита. При изслѣдованіи пальпаціей можно установить опухоль или резистентность въ правой поясничной области, если гнойникъ находится въ клѣтчаткѣ позади соесим'а и colon'а. Опухоль или резистентность располагается выше, чѣмъ при интраперитонеальныхъ нарывахъ. Перкусія на передней стѣнкѣ живота даетъ тимпаническій звукъ. Важнымъ признакомъ является отекъ въ правой поясничной области, но это наблюдается въ послѣдней стадіи процесса и указываетъ на то, что гной стремится проложить себѣ путь черезъ кожу. Болѣзненность, на которую жалуются больные локализируется въ правомъ подреберіи и въ правой поясничной области, но не въ правой подвздошной ямѣ.

Если нагноеніе распространяется вверхъ подъ діафрагму, то мы имѣемъ картину поддіафрагмального нарыва.

Когда забрюшинный нарывъ, принимая нижнее положеніе, лежитъ подъ fascia iliaca, то важнымъ признакомъ, по Sprengel'ю будетъ приведеніе праваго бедра къ брюшной стѣнкѣ, хотя этотъ симптомъ не патогномониченъ. Могутъ появиться боли, анестезія, парастезіи (въ формѣ ползанія мурашекъ) въ бедряномъ и сѣдалищномъ нервѣ. Roger указываетъ на боли при нажатіи на малый trochanter, какъ на признакъ распространенія нарыва по musc. psoas внутрь и назадъ. Подфасціальные нарывы могутъ пройти подъ пупартовой связкой черезъ lacuna vasorum на переднюю поверхность бедра. Тогда ихъ можно смѣшать съ затечными туберкулезными нарывами. Острое развитіе нарыва исключаетъ туберкулезъ, хотя нужно замѣтить, подфасціальные нарывы развиваются менѣе остро, чѣмъ другіе нарывы аппендикулярнаго происхожденія. Когда нарывъ прорывается наружу и образуется фистула, тогда очень трудно отличить его отъ туберкулезнаго. Только тщательные разспросы больного могутъ указать на природу даннаго нарыва *).

Экстраперитонеальные нарывы могутъ располагаться на внутренней поверхности правой подвздошной кости, въ томъ случаѣ,

*) *Примѣчаніе:* установлено, что если субсерозные забрюшинные нарывы прорываются, то они имѣютъ фистулезный ходъ подъ пупартовой связкой, подфасціальные же нарывы подъ пупартовой связкой.

когда appendix лежитъ въ subcoecal'ной ямкѣ, что бываетъ очень рѣдко.

Трудность діагноза при экстраперитонеальныхъ нарывахъ, сила инфекции, которой обуславливаются они, заставляютъ быть осторожными въ прогнозѣ. Смертность по статистикѣ Savailon'a и Chabanon'a при оперативномъ вмѣшательствѣ около 40%, безъ него 65%.

Изъ этого краткаго сообщенія видно насколько аппендикулярные нарывы разнообразны по формѣ, насколько они подчасъ трудны для діагностики и серьезны въ предсказаніи.

Вѣдь эти нарывы являются какъ слѣдствіе хроническаго воспаления appendix'a, часто констатируемаго врачомъ, по этому, если бы, говоря словами Sonnenburg'a „врачъ не пребывалъ въ блаженномъ заблужденіи, будто устраненіемъ приступа онъ излѣчиваетъ и самую болѣзнь“, то не приходилось бы встрѣчаться съ тѣми формами перитифлита, которыя мы сейчасъ изложили.



ЛИТЕРАТУРА.

I) П. П. Дьяконовъ. „Нѣкоторые данныя о совмѣстномъ заболѣваніи правой почки и червеобразнаго отростка“ Хирургія Томъ XXIII № 138. Іюнь 1908 года.

II) М. И. Ростовцевъ „Ученіе о перитифлитѣ“ 1902 года.

III) P. Vignard, P. Casailon, Chabanon „Les Formes Posterieures de l'Appendicite“ Bibliotheque de la Province Medicale 1907 an.

IV) Quervain—„Specielle Chirurgische Diagnostek“ 1907 года.

V) Pr. Dr. O. Spengel „Deutsche Chirurgie“ 1906 года Appendicitis.

VI) Sonnenburg „Ученіе о перитифлитѣ“.

