

Из факультетской хирургической клиники Саратовского государственного университета и 1-ой сов. больницы имени В. И. Ленина. (Директор—проф. С. Р. Миротворцев и вр. зав. хир. отд. д-р М. П. Шаткинский).

## К вопросу о гнойном аппендиците<sup>1)</sup>.

Ассистент М. П. Шаткинский.

Если мы позволим себе оглянуться на сравнительно недавний период городской и сельской медицины, относящийся к середине 80 годов, то увидим, что лечение гнойного аппендицита во многих местностях России практиковалось приблизительно в следующем виде. В то время больного с подозрением на гнойный аппендицит держали в постели на строжайшей диете не менее  $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев, применяя местно сначала лед, а потом тепло, и терпеливо ждали, пока „нарыв не созреет“ и пока не появится поверхностная кожная флюктуация, и тогда уже разрезали готовый самостоятельно вскрыться гнойник. Все также еще обстояло дело в менее культурных центрах всего лишь лет 20 тому назад. Со вскрытием аппендикулярного гнойника ждали невероятно долго и вскрывали его тогда, когда уже он готов был вскрыться сам. Санитарная статистика за годы нашей земской службы констатирует тот факт, что в то время как в губернских городах операция по поводу гнойного аппендицита дает довольно большой процент всех операций, в уездных и сельских местностях этот процент временами сводится к нулю. Очевидно, что в числе других факторов и род пищи в деревне, несомненно, влияет на возникновение аппендицитов. Известно, напр., что в голодные годы, когда в городах преимущественно употреблялась грубая пища, аппендициты там почти исчезли и на смену им явилось обилие язв желудка. Для деревни указанный пищевой режим является не случайным, а постоянным. Во-вторых, возможно, что меньший процент заболеваний аппендицитом можно поставить в связь с тем, что сельские и участковые врачи имеют в своем распоряжении меньше диагностических возможностей в сравнении с губернскими. Для постановки диагноза острого, и особенно гнойного, аппендицита крайне необходимо, кроме тщательного и точного собирания анамнеза, точное учитывание данных *status praesens*: общего состояния, появления внезапной боли, температуры, пульса, который гораздо важнее температуры, данных пальпации—*defense musculaire*, который, по Керте, является одним из ранних, единственно верных признаков, обнаружение инфильтрата снаружи, *per vaginam*, *per anum*, данных перкуссии—определение области притупления, данных аускультации—отсутствие или наличие перистальтики кишек, отхождение газов. Тщательная ориентировка в вышеуказанном, в большинстве случаев, дает возможность дифференцировать данное заболевание от разного рода колик (желудочной, печеночной, почечной), заболеваний женской половой сферы, баугинита, тифло-колита, перисигмоидита, внематочной беременности, забрюшинного абсцесса, конгестивного абсцесса и т. п.

Взгляд на аппендицит, как на болезнь всего организма, побудил ряд авторов искать поддержки в диагнозе данного заболевания и показаниях к операции в исследованиях крови—качественном и количествен-

<sup>1)</sup> Доложено на II Поволжском съезде врачей.

ном лейкоцитозе. Дальнейшее развитие учения об аппендиците, как болезни всей правой половины живота, дает возможность ставить его в связь с заболеваниями желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря, брыжжейки червеобразного отростка и слепой кишки в собственном смысле, открывая тем самым пути к более точной диагностике аппендицита и рациональной борьбы с ним. Более или менее точная диагностика аппендицита, как было указано выше, достигается только при тщательном учете и сопоставлении соотношений всех вышеуказанных симптомов, строго помня при этом то, что в различные периоды болезни, дни и часы, соотношение указанных симптомов подвержено бывает большим колебаниям: одна картина при только что совершившейся перфорации отростка,—другая через несколько часов или через день. Часто угрожающий симптомокомплекс перфорации отростка через день, два, может смениться довольно мирной картиной осумкованного аппендикулярного гнояника. Одна картина—прободение отростка, и совершенно другая—без него. Громадную роль здесь играет сила инфекции, сопротивление самого организма и состояние данного организма перед заболеванием. Несмотря на то, что вопрос об аппендицитах является вопросом, „набившим“, так сказать, „оскомину“ и как бы окончательно решенным после целого ряда съездов, как русских (IX, XII, XV, IX)<sup>1)</sup> так и (34) немецких хирургов (К ю мелль), он все же время от времени выплывает вновь с прежней проблематичностью, и нет журнала, где бы не было упоминания об аппендиците в той или иной форме. За последнее время мы все научились успешно оперировать аппендицит как в стадии à froid, которую некоторые (Очкин, Розанов) считают операцией выбора, так и остром периоде (первые 24—48 часов), причем процент смертности у некоторых авторов близится к 0. Менее популярно у нас и очень распространено у французов, оперировать не только в первые и вторые сутки, но и на 5—6 день (Рен)<sup>2)</sup>. Пока результаты такого оперирования еще не достаточно учтены—до сих пор еще нет больших статистик. Тем не менее все же можно сказать, что при операции в этом, так называемом, межоточном периоде, пока получается значительно меньший успех, чем в первые 24—48 часов. Еще худший результат получается при гнойных аппендицитах, когда обычно смертность равна 5%, 10%, а иногда и 13% в зависимости от формы аппенд. и, наконец, самый большой процент смертности дают общие перитониты аппендикулярного происхождения, равный по некоторым авторам 40 и более процентам. Впрочем и тут, можно сказать, мы подвинулись вперед, так как прежде % смертности у некоторых авторов равнялся 100. Одним из кардинальных моментов в учении об аппендиците является вопрос о выборе сроков для операции. В то время как ранняя операция аппендицита получила стойкое общее признание, преимущественно путем простейшего эмпиризма, теоретическая сторона дела являлась сравнительно долгое время предметом дебатов. Следующий устаревший взгляд на раннюю операцию в настоящее время можно привести только как историческую справку. Всякий субъект, перенесший приступ аппендицита, при повторении приступов легче справляется с ними, так как брюшина

<sup>1)</sup> II Поволжский съезд в Саратове и II Всеукраинский съезд хирургов.

<sup>2)</sup> У нас в Москве, в Институте скорой помощи им. Склифосовского д-р Красинцев, в Харькове—д-р Милостанов.

его приспособилась к инфекции. Операция, по их мнению, применима лишь в самых крайних случаях. Совершеннее и решительнее думает и действует другая группа хирургов, по мнению которых первый приступ предрасполагает к повторности, причем всякий последующий приступ сильнее предыдущего. Мнение последних авторов, на стороне которых в конце концов и осталась победа в данном вопросе, базировалось на том взгляде происхождения аппендицита, когда в основу возникновения последнего заболевания ставилось образование замкнутой полости в аппендиксе (*cavité close* французских авторов) и всякие застойные явления в отростке, от какой бы причины они не возникали (Aschoff). Замыкание может быть совершенным, с полным закрытием просвета, и неполным, когда в отростке имеется лишь стриктура или перегиб. В том и другом случае получается растяжение полости отростка тотчас за местом сужения. В этой полости образуются каловые камни и наступает патологическое изменение стенок самой полости, образование эмпием отростка и пр. Пользуясь вышеприведенными соображениями, стараемся на основании фактического материала Фак. хир. кл. Сар. универ. и хирургич. отдел. 1-ой Сов. больницы, главным образом на случаях гнойного аппендицита, дать обоснованные ответы на следующие вопросы: когда оперировать больных аппендицитом в остром периоде, настаивать ли на производстве операции вообще, когда нужно оперировать в хроническом периоде, имеем ли мы в настоящее время надежные диагностические данные для производства операции аппендицита вообще в разных его стадиях и особенно при его рецидиве.

Для удобства выяснения указанных вопросов попытаемся разбить свой материал на несколько групп. Из общего числа всех аппендицитов до 2000 за 25 лет существования больницы и 15 лет Факул. хир. клиники<sup>1)</sup> выделяем группу аппендицитов в 620 случаев, которые были подвергнуты более или менее тщательному изучению вообще и в смысле исследования крови в частности.

Около 400 случаев из этой цифры приходится на случаи обыкновенных хронических аппендицитов с прекрасным общим состоянием, нормальной температурой и пульсом, с совершенно мягким животом, без всяких инфильтратов и болевых точек, нормальным лейкоцитозом и благоприятной арнеговской формулой, давших % смертности близкий к 0. Остальные случаи, относящиеся к различным стадиям острого аппендицита, расположим в таком порядке. 1) Острые и подострые аппендициты легкого типа, не оперированные—80, давшие процент смертности равный 0. Все случаи с хорошим общим состоянием, поступили не в первые дни болезни. Во всех почти случаях с большими инфильтратами, хорошим пульсом, температурой, нормальной перистальтикой, с постепенно падающим при повторном исследовании лейкоцитозом. В одном случае лейкоцитоз с 24 тысяч быстро упал до нормы, в другом с 17 тысяч—также быстро упал до нормы и в 3-ем случае с 18 тысяч—пал до 10 тысяч и потом до нормы. 2) Подострые аппендициты<sup>2)</sup>, оперированные после исчезновения резких воспалительных явлений, рецидивирующие, причем последующий приступ сильнее предыдущих—66,

<sup>1)</sup> К этой цифре нужно еще прибавить лично мною опериров. за посл. 4 года 324 сл. аппендицита.

<sup>2)</sup> Оперированные в так назыв. межоточном периоде.

давшие смертность около 2%. Все почти с хорошим общим состоянием, с нормальной перистальтикой, без инфильтрата, но с наличием болевой точки в точке Мак Бурнея, в некоторых случаях со вздутием живота, со скоропреходящим при повторных исследованиях лейкоцитозом от 16, 14, 11 и 9 тысяч до нормы, с 8% Арнета и более, быстро возвращающимся к норме. Случаи этой категории характеризуются тем, что операция в большинстве случаев тяжела, отросток, обычно, в сильных свежих спайках, большею частью сильно кровоточащих, брыжейка почти во всех случаях утолщена, часто имеется ее лимфангоит. Операция эта вынужденного характера, так как обычно следующие один за другим приступы отличаются возрастающей интенсивностью. В этих случаях получался, как я выше сказал, значительно больший процент смертности, чем в предыдущих.

О ранних операциях в первые и вторые сутки мы не будем здесь касаться. Наибольшее внимание мы хотели бы уделить здесь гнойным аппендицитам, которые и являются главной темой данного сообщения. К сожалению в сферу нашего изучения попало только 60 таких аппендицитов, исключительно по клиническому отделению, остальные же 120 случаев, наблюдавшиеся по городскому отделению, нами изучены в меньшей степени и потому не могут быть подвергнуты здесь детальному обсуждению. Во всех этих случаях необходимо отметить один из самых важных признаков гнойного аппендицита—это внезапно появляющуюся в животе сильную боль. Этот признак можно всегда наблюдать при тщательном собирании анамнеза больного. Обычно он соответствует моменту перфорации отростка. За ним следует не менее важный и уже объективный признак—это *defense musculaire*, степень которого всегда соответствует степени вовлечения в процесс брюшины. Очень важным также признаком, несомненно, является та или иная сила перистальтики. За время болезни с тем или иным состоянием процесса связана соответствующая сила перистальтики, соответствующий пульс, температура, лейкоцитоз с лейкоцитарной формулой. Если при перфорации отростка организм не в силах локализовать или победить инфекцию, то в процесс вовлекается вся брюшина—получается перитонит, причем *defense musculaire* до того усиливается, что, без преувеличения можно сказать, живот становится плотным как доска, особенно на месте перфорации. Точно также и со стороны кишек при перитоните процесс идет *crescendo*, перистальтика кишечника постепенно ослабевает. Нам не раз приходилось наблюдать больных в этом отношении в течение целого дня, и нами было установлено, что с течением времени перистальтика прогрессивно ослабевала. Позволим себе напомнить сравнительно недавний случай перфорации отростка с каловым камнем, происшедший ночью. Больной был оперирован на другой день около 3 часов дня. Утром, после прободения, перистальтика была хорошей, живот как „доска“, ночью, по словам больного, появилась внезапно сильнейшая боль в правой паховой области. Через 2 часа после этого перистальтика стала слабее, а еще через 3—4 часа в животе можно было слышать лишь местами слабое, рассеянное бульканье—перистальтика ясно угасала. При операции найдено: свежее прободение отростка; в брюшной полости гнойный экссудат. Все время на страже при этой болезни лейкоцитоз. Если после перфорации наступает перитонит, то пульс начинает частить, при почти нор-

мальной температуре, а лейкоцитоз из высокого делается малым с громадным сдвигом лейкоцитарной формулы влево—появляются в большом количестве одноядерные, незрелые клетки вместо полинуклеаров. Если же, наоборот, процесс течет благоприятно, т. е. после перфорации образуется изолированный гнойник, то температура падает, пульс становится нормальным, перистальтика оживает и усиливается, газы начинают отходить, лейкоцитоз падает, а Arneth передвигается вправо. Все эти диагностические признаки, конечно, общеизвестны, но, к сожалению, последние из них очень часто при исследовании больного игнорируются, а между тем только при правильном анализе их различных комбинаций, при внимательном отношении к общему состоянию больного, анамнестическим данным, а также при ясном представлении хода болезни и ее частных объективных изменений в картине болезни, только при такой постановке дела можно избежать грубых, подчас роковых ошибок. Для иллюстрации последнего позволим себе сослаться на следующий случай. Недавно в больницу был доставлен мальчик 14 лет. При пальпации живот довольно мягкий, значительная болезненность в точке Мак-Бурнея, газы отходят, язык влажный, перистальтика ясная, пульс хорошего наполнения, температура слегка повышена (37,5). У части видевших его хирургов явилась мысль, что подобный случай может быть оставлен без операции. Между тем, в анамнезе мальчик обращает внимание врачей на сильнейшую боль, появившуюся внезапно ночью в правой половине живота и последующее тяжелое общее состояние, подобное колыяксу. Через некоторое время мальчик определенно заявил, что ему стало лучше. При операции—перфорация отростка, каловый камень в нем и гнойная жидкость в брюшной полости.

Не будем здесь говорить подробно о тех случаях аппендицита, когда наблюдается гармония всех вышеуказанных признаков, укажу лишь на два случая аппендицита, осложнившиеся перитонитом. Этим больным с острым прободным аппендицитом случайно дали *ol. ricini*. У обоих больных ясная картина колыякса: язык сухой, живот как доска, газы не отходят, перистальтики нет, вначале болезни внезапная боль, которая после дачи *ol. ricini* повторилась и значительно усилилась, температура пала до нормы, пульс 140, лейкопения. При операции найдено следующее: общий перитонит, в брюшной полости в одном случае плавают жировые капли (*ol. ricini*), в другом—острицы, попавшие в брюшную полость из перфорировавшегося отростка.

Имеющиеся у нас достаточно обследованные 60 сл. гнойных аппендицитов мы позволим себе разбить на следующие группы:

1. *Перфоративные аппендициты*: А) *Оперированные в 1-ый день заболевания* при высоком лейкоцитозе в 23, 32 тысячи, высокой температуре, с удовлетворительным, но с частым пульсом (120) при сильно выраженном *defense musculaire*, при весьма слабой перистальтике и сухом языке, удовлетворительном Арнете. При операции—перфорация отростка, каловый камень в отростке, гнойная жидкость в брюшной полости; отросток удален—11 случ., 11 вызд.

В) *Оперированные на 7 и 8 день болезни*. Общее состояние тяжелое, язык сухой, угасающая перистальтика, температура высокая, пульс частый, лейкоцитоз малый. При операции гангрена и перфорация отростка, который удален вместе с каловым камнем—2 случ., 2 смерти.

2. *Перитониты*. Все поступили в срок от 3 до 7-го дня с тяжелым общим состоянием, с резко выраженным состоянием *defense musculaire*, с высокой температурой, отсутствием перистальтики, частым и слабым пульсом (120); в одном

случае наблюдался высокий лейкоцитоз, с заметно сдвинутым Шиллингом влево. Все 5 случаев дали *mons* на следующий день.

3. *Аппендикулярные абсцессы*, расположенные внутрибрюшинно—осумкованные и не спаянные с париетальной брюшиной, представляющие из себя также тяжелое страдание, но давшие более утешительные результаты, чем предыдущая группа—4 *случ.*, 4 *вызд.* А) *Первый случай оперирован на 5 день.* В анамнезе указания на сильнейшую боль, бывшую внезапно 5 дней тому назад. Пульс хорошего наполнения, температура все время очень высокая, при хорошем общем состоянии, при наличии притупления в *ileo-coecal'*ной области, слабой перистальтике, резком *defense musculaire*, при лейкоцитозе в 17,5 тысяч. При операции найден гнойник аппендикулярного происхождения под салынком, не спаянный с брюшной стенкой. Изолировав тампонами гнойник у места операции, последний вскрыли, отросток и каловый камень удалены. В) *Два другие аппендицита оперированы на 9 день* при одинаковых с первым случаем условиях, при лейкоцитозе в одном случае в 15 т., в другом в 32 тыс. Оперированы аналогично первому случаю, оба дали выздоровление. С) 4-ый—оперирован аналогично с первым с прекрасным исходом. Для данных случаев нужно отметить, что спасительною для всех, конечно, явилась круговая изоляция гнойников тампонами. Эти случаи красноречиво подтверждают то положение, что иногда ограничительных спаяк гнойника с париетальной брюшиной не бывает и до 9 дня.

4. *Тазовые гнойники аппендикулярного происхождения*, близко стоящие к 3 группе, так как и они являются гнойниками, не спаянными с париетальной брюшиной верхней стенки живота, представляют из себя такие же гнойники, как и 3 группа, но отличаются лишь своей локализацией в малом тазу. Таких случаев наблюдалось—3 *сл.*, 3 *вызд.* Двое из них поступили через 2 недели после заболевания, третий поступил на 10 день. У всех вначале режущие боли, которые появлялись *внезапно*, по их выражению у них внезапно что-то «*лопнуло*» в животе. В момент осмотра все они в удовлетворительном состоянии, пульс около 100, при высокой температуре (до 40°, с постоянно падающим лейкоцитозом) (с 20—15 тысяч до 9), с благополучной Арнетовской формулой. В *ileo-coecal'*ной области громадный инфильтрат, *per rectum et vaginam* прощупывается очень большой инфильтрат. В двух случаях дело обошлось без операций с благополучным исходом, а третья больная оперирована 2 раза сначала *per laparotomyam*, а потом *per vaginam* с благоприятным исходом.

5) *Группа аппендикулярных гнойников, неполне спаянных с париетальной брюшиной*—7 *случ.*, 7 *вызд.* Все больные доставлены в тяжелом состоянии, в анамнезе у всех *внезапная боль*, наличие громадный болезненный инфильтрат, с хорошим пульсом (100), с соответствующей температурой (от 38 до 40), с лейкоцитозом в 20, 15, 13 тысяч, с благоприятной Арнетовской формулой. Все оперированы в разные сроки, с разной картиной неполне ограниченных гнойников: 1 оперирован на 8 день со свободным ходом в полсничной области справа; 1—оперирован на 11-ый день при лейкоцитозе в 14 тысяч, со свободной полостью справа от гнойника; 1—оперирован на 16-ый день при лейкоцитозе в 15 тысяч при свободных ходах вниз и слева; 2—оперированы на 12-ый день при лейкоцитозе в 20 и 15 тысяч при срощениях гнойников на ограниченном пространстве; 2—оперированы на 15-ый день при лейкоцитозе в 20 тысяч с теми же срощениями, как и первый.

Все вышеуказанные больные оперировались не в первый день поступления в отделение, а через несколько дней, причем оказалось, что несмотря на 12-дневную давность заболевания, полной изоляции гнойников не происходило. В указанных случаях были затеки в том или ином направлении, в конечном счете совершенно ограниченные от брюшной полости. Таким образом в этом последнем смысле выжидательный метод лечения дал не простой гнойник, а, так сказать, осложненный, с затеками в разных направлениях, что значительно затруднило и самое дело лечения. С другой стороны, эта группа дала, несомненно, значительный плюс в сравнении с предыдущей, где операция сопровождалась большим риском и где вся надежда была основана на изоляции брюшной полости тампонами.

6. *Группа совершенно изолированных гнойников аппендикулярного происхождения.* Эта последняя, самая большая группа (22 *случ.*), дала 0%, смертности. Мы попытаемся изобразить картину болезни соответственно с теми днями, когда были доставлены больные, что видно из приводимых здесь таблиц.

1. Операция на 2 день болезни (в одном случае). Экстренная операция в день поступления (при явлениях ущемленной грыжи); больной перенес ряд при-

ступов течение года, пульс 120,  $t^{\circ}$  38,4. Вскрыт аппендикулярный абсцесс через кишку, рана запята наглухо—выздоровление.

2) Операция на 6 день поступления (2 случая) а) Заболел первый раз внезапно, пульс 104,  $t^{\circ}$  39, операция в первый день поступления—полностью изолированный абсцесс; в) Имел 3 приступа, заболел тоже внезапно, пульс 98,  $t^{\circ}$  37,4. Такой же абсцесс, как и во втором случае.

3. Операция на 7 день приступа (1 случай), заболел сразу, тяжелое общее состояние, пульс 120,  $t^{\circ}$  39. Вид гнойника, как и в предыдущем случае.

4. Операция на 9 день (2 человека). а) Заболел сразу в первый раз в жизни; тяжелое общее состояние, пульс 100,  $t^{\circ}$  38, лейкоцитоз 12 тысяч, при повторном исследовании лейкоцитов держится в тех же пределах. Через 1½ месяца после вскрытия абсцесса вскрыт затек. б) Заболел впервые также сразу, оперирован в день поступления,  $t^{\circ}$  38,4, пульс 104 при лейкоцитозе в 14 тысяч. Полностью изолированный абсцесс.

5. Операция на 10 день болезни (2 человека): а) Заболел впервые, пульс 86,  $t^{\circ}$  38,2, лейкоцитоз 17 и 19 тысяч. б) Заболел тоже сразу и первый же раз, пульс 104,  $t^{\circ}$  38,4, лейкоцитоз 14 тысяч. Оба типичные изолированные гнойники.

6. Операция на 11 день болезни (2 чел.): а) Заболел сразу,  $t^{\circ}$  38,2, пульс 82, лейкоцитоз 19 тысяч; б) также заболел сразу,  $t^{\circ}$  38,4, пульс 84, лейкоцитоз 21 тысяча; характер гнойников, как и в предыдущих случаях.

7. Операция на 13 день болезни (1 чел.). Заболела сразу,  $t^{\circ}$  38,2, пульс 100, 4-й приступ, лейкоцитоз 10 тысяч. Полностью изолированный гнойник. Через 6 недель рецидив гнойного аппендицита. Опять вскрыт изолированный абсцесс. Гнойник обнаружен благодаря тому, что повторные исследования на лейкоцитоз давали высокую цифру (от 18 до 30 т.), заставляющую подозревать наличие гнойника. При вторичном поступлении той же больной повторные исследования опять давали высокую цифру лейкоцитоза (19 т.), что дало возможность своевременно обнаружить и вскрыть поддиафрагмальный абсцесс. В последний раз больная заболела сразу, пульс 112,  $t^{\circ}$  40, лейкоцитоз 19 тысяч. Данные перкуссии также в значительной мере облегчили диагноз поддиафрагмального абсцесса.

8. Операция на 3 недели болезни (3 человека): а) вышеуказанный случай поддиафрагмального абсцесса; б) заболел сразу, 12 дней нет стула, температура и пульс—норма, низкий лейкоцитоз (6 тыс.); в) заболел также сразу, пульс 80,  $t^{\circ}$  39, низкий лейкоцитоз. Гнойники, как и в предыдущем случае.

9. Операция на 18 день (1 человек). Заболел сразу, в первый раз, пульс 92, температура 38,6, лейкоцитоз 11 тысяч. Полностью изолированный гнойник.

10. Операция через 1½ месяца после начала заболевания (1 чел.). Заболел сразу, первый раз, операция на 8 день поступления, температура 37,4, пульс 80, лейкоцитоз 11 тысяч. Такой же гнойник, как и в предыдущих случаях.

11. Операция через 2 месяца от начала заболевания (2 ч): а) Заболел сразу, второй приступ, оперирован на 5 день поступления при  $t^{\circ}$  37, пульс 92 при лейкоцитозе в 5 тысяч. Случай осложнился каловым свищем. б) Заболел сразу, приступы постоянно рецидивировали («без счету»), оперирован на 3 день поступления при температуре в 37,4, пульс 78 и лейкоцитоз 12 тысяч. Обычный изолированный гнойник. Рецидив такого же абсцесса через 2 недели.

Во всех, конечно, вышеприведенных случаях пальпаторно определялся гнойник с часто констатируемой зоной притупления; у всех больных была ясная хо-рошая перистальтика. И все это при сравнительно хорошем общем состоянии.

На основании вышеуказанного, правда небольшого материала, мы позволим себе сделать ряд практических выводов.

1) Всякий острый приступ аппендицита должен быть оперирован в первые 24—48 часов, так как он всегда может повести к перфорации, гангрене и гнойнику, тем более, что при этой операции получается самый благоприятный результат, почти не дающий % смертности.

2) Всякий перфоративный и гангренозный аппендицит должен быть немедленно оперирован, и во всякое время, так как в основе почти всех гнойных аппендицитов лежит перфорация отростка. Чем раньше операция, тем лучше результат и тем больше гарантии против перитонита или гнойника.

3) Гнойники аппендикулярного происхождения, не спаянные с паравентральной брюшиной, должны быть изолированы от свободной брюшной полости тампонами и потом уже вскрыты: при этом необходимо удалить каловый камень (саве свищей) и отросток, если он попадетя под руку.

4) Всякий гнойник аппендикулярного происхождения должен быть вскрыт с предосторожностями, без нарушения спаек, так как он может дать всевозможные осложнения, как-то: затеки в малый таз, к правой почке под печень, на противоположную сторону и т. п.

5) После операции гнойного аппендицита, если отросток при операции не удален, он должен быть ампутирован в холодной стадии, так как он может давать рецидивы гнойного аппендицита с тяжелыми осложнениями (поддиафрагмальный абсцесс).

6) Тазовые гнойники аппендикулярного происхождения могут быть иногда лечимы консервативным путем, так как при высоком положении последних операция затруднительна, а сами гнойники могут самостоятельно вскрыться в кишку (2 случ.) или совершенно исчезнуть благодаря консервативному лечению.

7) Гнойники аппендикулярного происхождения иногда проходят и без операции, как о том свидетельствуют последующие операции в холодной стадии после тяжелых форм аппендицита, когда ясно из анамнеза, что в прошлом были перфорации и гнойник. В таких случаях при операциях нам нередко удавалось находить лежащий в жировой ткани каловый камень.

8) До сих пор мы не имеем кардинальных диагностических признаков, на основании которых можно было бы поставить точно диагноз аппендицита. Только лишь при правильном учитывании ряда главных диагностических признаков можно правильно поставить диагноз (температура, пульс, перистальтика кишек, *defense musculaire*, данные пальпации) с учетом того, что в разные моменты болезни соотношения этих данных бывают разные. Отсутствие к. л. одного из главных диагностических признаков так же затрудняет диагноз, как наличие одного из неизвестных в пропорции.

9) Очень часто лейкоцитоз и перистальтика, каждый в отдельности, является теми неизвестными, которые затрудняют решение „уравнения“ (мальчик во время лекции с гнойным аппендицитом был оперирован на лекции же, лишь только тогда, когда у него был определен лейкоцитоз).

10) В вопросе об аппендиците вообще и гнойном в частности существенную роль играет тщательное изучение патологической анатомии удаляемых отростков и изучение этого заболевания в связи с болезнями правой половины брюшной полости.

11) Ввиду громадного значения физического напряжения при перфорации аппендикса, необходима возможно осторожная транспортировка больных с тяжелыми формами аппендицита, так как при неудачной транспортировке больных возможно осложнение в виде перфорации отростка.

*Литература:* 1) Sonnenburg und Körthe. *Mittel und Grenz g. der Medicin und Chirurgie.* 19, Bd., 1909 г.—2) Siebner. *Beitr. z. Kl. Ch.,* 1926 г., т. 136.—3) В. Номикос. Лейкоцитоз и Арнетовская картина крови при аппендицитах и его осложнениях.—4) Розанов и Юрасов. В. Х. и погранич. област., кн. 31, 27 г.—5) Радзиевский и Краковецкая. Там же.—6) Вознесенский. Там же.—7) Труды 2-го Всеукраинского съезда хирур-



гов.—8) В. Н. Розанов. Русская клиника, кн. 4, 1924 год.—9) Г. Г. Яуре. Там же.—10) Дмитриева. Там же.—11) Нейман. Там же.—12) Очкин А. Д. Там же.—13) Ростовцев.—14) Милостанов. Вестн. хир., кн. 41, 28.—15) Волкович. Аппендицит, желчно-камен. болезни, туберкулезн. перитонит. Клинич. монограф, 1926 г.

Из Пропедевтической хирургической клиники Воронежского гос. ун-та (Хир. отдел. I кл. 6-цы). (Директор клиники, зав. хир. отд. проф. С. К. Соловьев).

## Самопроизвольная гангрена—болезнь Вuerger'a<sup>1)</sup>.

Ассистента клиники Ф. Н. Кессель.

В связи с наблюдавшимся за последние годы (особенно голодные) большим количеством больных так называемой самопроизвольной гангреной этот вопрос снова стал в порядок дня.

Впервые Winiwarter в 1878 г., установив факт непроходимости артерии у лиц, страдающих этой болезнью, пришел к заключению, что гангрена эта находится в связи с облитерирующим эндоартериитом. Казалось бы, что такая установка вопроса лишала эту гангрену названия самопроизвольной. Однако, дальнейшие наблюдения как клинического, так и гистологического характера не дали возможности остановиться на этой причине, ибо, с одной стороны, оставалась неясной этиология эндоартериита, а с другой стороны, сама гистологическая картина, наблюдавшаяся Winiwarter'ом, получила совершенно иное толкование со стороны Цеге ф. Мантейфеля и его школы. Последние выдвигают на первый план дегенеративные изменения склеротического характера, которые они находили в сосудах ампутированных конечностей, ту же облитерирующую массу, которую Winiwarter и его последователи рассматривали как проявление эндоартериита, Цеге считает за организовавшийся тромб. Таким образом Цеге ф. Мантейфель считает этиологическим моментом спонтанной гангрены—ангиосклероз. В отличие от вышеуказанных исследователей, базировавшихся в своих выводах, главным образом, на изучении ампутированных конечностей, проф. Оппель строит свою теорию происхождения самопроизвольной гангрены на изучении физикохимических свойств крови у этих больных. Наблюдаемую узость сосудов, пораженных самопроизвольной гангреной конечностей, Оппель объясняет спазмом на почве избытка в крови этих больных адреналина, и все заболевание сводит к гиперфункции надпочечников. Целый ряд работ, вышедших из Клиники проф. Опделя, как будто подтверждают эту теорию. Но, с другой стороны, работы учеников проф. Кравкова (Лихачева, Страдынь и др.) доказывают, что генез сосудосуживающих веществ в крови не выяснен. Во всяком случае, говорит Страдынь, в главной своей части это не адреналин. Что же касается патолого-анатомической картины надпочечников у б-ных самопроизвольной гангреной, то она, по данным Лавочкина, не обнаруживает признаков гиперфункции. В 1908 г. американский хирург Вuerger выступил со своим учением, пытающимся объяснить этиологию этого интересного заболевания. В основу спонтанной ган-

<sup>1)</sup> Доложено на открытой конференции Клиники 10. V. 1928 года.