

К вопросу об остром аппендиците, его осложнениях и хирургическом вмешательстве при нем.

Ст. ассистента клиники проф. Н. В. Соколова.

Работа в клинике по экстренной хирургической помощи убедила меня, как мало у нас в Казани поступает в распоряжение хирургов больных с острым приступом аппендицита в первые сутки заболевания и как, наоборот, сравнительно много доставляется их с тяжелыми осложнениями аппендицита—аппендектальными гнойниками и перитонитами, как ограниченными, так и диффузными. Это обстоятельство и побуждает меня остановить внимание на вопросе своевременного вмешательства при остром аппендиците—вопросе, которого не существует на Западе, не существует в Америке, который разрешен в наших центрах, но который в условиях Казанской действительности приобретает особенное значение.

Чтобы не быть голословным, я привожу следующие данные: с 1922 по 1928 г. г. чрез Госпитальную Хирургическую клинику ¹⁾ прошло 488 больных с аппендицитом, из них оперировано было 454 больных:

		умерло
а) в холодном периоде	410	0
б) в остром приступе без наличия осложнений в первые 36 час. после начала заболевания	12	0
в) с гнойниками при ограниченном перитоните	9	2
г) с ограниченными гнойниками без явлений перитонита	14	0
д) с картиной диффузного перитонита при перфорированном отростке (из них 4 в первые 48 ч.)	19	14
Неоперированных было 25 больных, в том числе:		
а) доставленных в первые 48 час. после начала заболевания	3	0
б) доставленных на 3—10 сутки без осложнений	10	0
в) доставленных в тот же срок с инфильтратом без явлений перитонита	5	0
г) доставленных с абсцессом в заднем дугласе	1	0
д) " с диффузным перитонитом в очень тяжелом состоянии	6	6

Следовательно, в первые 48 часов было доставлено всего 19 больных, с осложнениями доставлено 54, из них умерло 22.

¹⁾ До сентября 1926 г. клиникой заведывал проф. А. В. Вишневский, с этого периода—проф. В. Л. Боголюбов.

Из этих цифр видно, что в Казани отношение к хирургическому вмешательству вначале заболевания консервативно, а с другой стороны очевидно и то, что процент осложнений от аппендицита и в связи с этим смертность от этой болезни, несомненно, очень значительны. А между тем вопрос о раннем хирургическом вмешательстве при остром аппендиците давным-давно разрешен в сторону активного вмешательства.

Идея раннего вмешательства при остром аппендиците, зародившись в Америке в 90-х годах прошлого столетия, скоро нашла себе применение во всех странах, оказавшись вполне жизненной. Идея эта связана с целым рядом крупнейших имен в хирургии—Mc. Barneу'я, Murphy, Beck'a, Legueu, Championniere'a, Poirier, Roux, Tuffier, Delbet, Riedel'я, Rehn'a, Körte, Kümme'l'я, Haberer'a. Убеденным принципиальным сторонником ранней аппендэктомии был также, в начале текущего столетия, французский терапевт Dieulafoy. Из авторов последних лет особенно горячо выступили за раннее вмешательство при аппендиците Clairmont и американский хирург Tullte в Бостоне. Среди русских авторов одним из первых встал на точку зрения ранней операции при аппендиците проф. Цейдлер. В настоящее время определено в пользу ранней операции высказываются клиницисты профф. Мартынова (Егоров), Разумовского (Назаров), больница Боткина, возглавляемая Розановым, а равно и многие провинциальные хирурги (напр., Алипов).

Не останавливаясь на истории вопроса, я подчеркну лишь, что все доводы в пользу ранней операции современных сторонников ее давно уже, еще в 90-х годах прошлого столетия, точно и ясно были формулированы хирургами того времени. Доводы эти, однако, не выверенные на большом клиническом материале, понятно, были оспариваемы и отвергаемы сторонниками консервативного лечения в остром периоде.

Многие из упомянутых выше хирургов (Цейдлер, Roux, Delbet, Körte, Kümme'l), оперируя сначала на малом материале, не могли убедиться в преимуществах ранней операции при аппендиците и были осторожны в показаниях к раннему вмешательству при этой болезни, но потом, расширяя работу, они невольно переходили из лагеря консерваторов в лагерь радикалов, убедившись в целесообразности ранней аппендэктомии, как „лучшего, вернейшего и кратчайшего метода лечения“. В частности, Цейдлер, высказавшийся в 1901 г., вместе с другими участниками бывшего в Москве совещания по этому вопросу (Бобрывым, Ростовцевым и др.), за выжидательное лечение острого аппендицита, уже в 1909 г., на IX Съезде Росс. Хирургов, выступил горячим защитником лозунга, выставленного английскими и американскими хирургами, что „лечение аппендицита является всецело делом хирургов“ и одновременно сторонником ранней операции.

Подкрепленные тысячными статистиками современных хирургов доводы в пользу ранней операции при аппендиците звучат теперь достаточно убедительно и заставляют нас склоняться в сторону радикального отношения к отростку в самой ранней стадии его заболевания. Lawen в последнем издании руководства Nordman'a категорически подчеркивает, что обязанность всех врачей—твердо встать на точку зрения ранней операции при аппендиците и не держаться более бесполезного опыта консервативного лечения. Если в условиях практического врача,—пишет

он, — неясный диагноз может повести к консервативному лечению, то в клинике неясный диагноз должен решаться операцией.

Доводы в пользу ранней (в первые 36—48 ч.) аппендэктомии при остром приступе кратко можно формулировать следующим образом:

Течение острого аппендицита может принять угрожающие жизни больного формы, т. е. может вместо разрешения дать осложнения. Предвидеть учесть эти осложнения по ходу приступа в первые 36 час. обычно не представляется возможным, так как клиническая картина острого аппендицита часто совершенно не соответствует патолого-анатомическим изменениям в отростке. Об этом говорят исследования *Aschoffa*, об этом же определенно говорят крупные клиницисты — *Rehn*, *Paug*, *Kümmel* и др. *Läwen* пишет, что иногда при гангренозных тяжелых аппендицитах отсутствуют такие симптомы, как напряжение мышц и учащение пульса, — что иногда у больных, пришедших на своих ногах в клинику, на операции обнаруживали тяжелую картину аппендицита. В одном из наших случаев больной сам пришел в клинику с повторным приступом аппендицита через 12 час. после начала приступа болей в илеоцекальной области, с t° 37,5 $^{\circ}$, пульсом 70, без напряжения мышц; при немедленной операции удаленный отросток оказался у него толщиной в большой палец взрослого, содержащим гнойную жидкость и представлявшим некротические изменения слизистой оболочки и потемнение в одном участке серозы, иначе говоря, он был готов к перфорации.

По клинической картине мы не можем учесть, не можем судить о вирулентности флоры в отростке, конституции последнего и силе сопротивления организма, т. е. всех тех факторах, которые влияют на дальнейший ход процесса.

Производство ранней аппендэктомии (в первые 36 час.) гарантирует больного от того риска, который связан с аппендицитом в случае его осложнения и, не говоря уже о сокращении срока лечения, является лучшим профилактическим средством против осложнений аппендицита.

Сама по себе операция в остром стадии (в первые 36 ч. заболевания) технически нетрудна, приходится считаться только с большей гиперемией толстой кишки и частым вздутием кишечника в сравнении с операцией в холодном периоде. При наличии старых спаек технические трудности во всяком случае не увеличиваются при операции в остром стадии. По исходу, будучи производима без наличия перфорации, она столь же благоприятна, как и операция в холодном периоде.

По данным сборной швейцарской статистики процент смертности при аппендэктомии равняется в первые сутки 0,7. По данным Базельской клиники (*Schär*) аппендэктомия в первые сутки заболевания дает 1,2% смертности. По данным Боткинской больницы % смертности оперированных при аппендците в первые 24 ч. после заболевания равен 2,4%. Нужно заметить, что сюда включены не только случаи неосложненные, но и давшие уже перфорацию. Случаи, оперированные в первые сутки, без наличия этого осложнения, по данным *Грекова* и *Темоин'a*, дают 0% смертности.

Вообще, судя по статистике, надо признать, что переход на раннюю аппендэктомию снижает общую смертность при аппендците. У *Berard-Vigard'a* при выжидательно-оперативном методе лечения было 20% смертности, у *Rolter'a* — 10 %, а когда он перешел на раннюю

операцию, то общая смертность снизилась до 2⁰%. У Розанова при широком применении ранней аппендэктомии общий % смертности равен 1,8⁰%.

Таким образом как принципиальные обоснования, так и хирургическая практика говорят в пользу ранней,—в первые 24—36 ч.—операции при остром аппендиците. Весь вопрос в точной диагностике. Здесь нет нужды останавливаться на описании типического приступа аппендицита со всеми его кардинальными симптомами: болями, распространенными вначале по всему животу, а потом скоро локализующимися преимущественно в правой подвздошной впадине, рвотой в начале приступа, повышением t^0 и учащением пульса в соответствии с подъемом t^0 , резким напряжением мышц в правой половине живота, главным образом внизу, чувствительностью при давлении, преимущественно в правой подвздошной области, и пр. В типических случаях, особенно при повторных приступах аппендицита, когда в анамнезе уже есть данные о неординарных в отростке, диагностика нетрудна. Но иногда клиническая картина острого аппендицита является настолько затуманенной, что и тщательный клинический разбор больного, даже разбор консультативный с терапевтами, не всегда дает уверенность в правильном распознавании.

Это прежде всего относится к сравнительно редко встречающимся случаям расположения червеобразного отростка по направлению к печени, когда в острой стадии нелегко бывает провести дифференциальную диагностику между аппендицитом и холециститом. Некоторыми авторами (Назаров) подчеркивается значение для дифференцирования этих двух заболеваний поведения больных: больной с аппендицитом щадит себя, лежит спокойно; больной с холециститом беспокоен, переворачивается с боку на бок и т. д. У меня не осталось такого впечатления. Я видел больных с холециститом, которые боялись прикосновения к животу, и видел больных с аппендицитом, приходивших в клинику на ногах, без напряжения мышц. Все дело, видимо, в степени заинтересованности брюшины.

Затем нелегка бывает диагностика острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка, когда, при наличии рвоты и повышения t^0 , напряжение мышц правой стенки живота часто отсутствует, и в то же время боли и инфильтрат находятся выше *sp. anterioris superioris* изади, к почечной области.

Не нужно забывать и о пиелитах с их острыми болями, а иногда и напряжением мышц живота. Пиелиты нередко являются при первом осмотре источником ошибок, если не производится анализа мочи, дающего точки опоры для правильного диагноза. Здесь необходимо кстати упомянуть о наблюдениях *Blaustein'a*, который в 5⁰% случаев аппендицита замечал боли в яичках, зависящие, видимо, от раздражения воспалительным фокусом симпатических волокон *n. spermatici*.

Особенно осторожным нужно быть с диагностикой острого аппендицита у женщин, где воспаления маточных придатков могут симулировать картину данной болезни, и у которых, следовательно, обстоятельное исследование половой сферы надо считать обязательным.

Иногда особенно трудна бывает диагностика острого аппендицита на 2—3 сутки болезни, когда при вздутости живота, парезе кишек и динамической непроходимости их возникает вопрос о более сложной бо-

лезненной форме в полости живота (заворот, ущемление и т. п.). В таких случаях важное значение приобретает анамнез.

Трудностями диагноза в затушеванных случаях и объясняются ошибки, о которых сообщают авторы. Clairmont, напр., недавно сообщил, что в его клинике на 1928 больных с аппендицитом 252 больных были направлены с неправильным готовым диагнозом острого аппендицита; из них в 110 случаях имели место заболевания половой сферы, в 24—заболевания желчных путей, в 30—заболевания мочевых путей, в 54—заболевания желудочно-кишечного тракта другого рода и в 16—заболевания остро-инфекционного характера. Из этих 252 случаев в 189 заболевание было точно распознано в клинике до операции, а в 63 диагноз был поставлен лишь на операционном столе. Автор задает интересный вопрос, можно-ли доверять диагнозу врача, направляющего больного, и отвечает на этот вопрос отрицательно,—клиника должна сама взять на себя труд выверить диагноз и установить показания к операции. Вопрос этот действительно важный: аппендиктомия в остром периоде—операция срочная, и, пропагандируя ее, нужно считаться с готовыми диагнозами направляющих врачей. За небольшой период пропаганды операции в остром периоде аппендицита мы в нашей клинике имели уже двух больных, присланных районными врачами для срочной операции с готовым диагнозом острого аппендицита, где в одном случае оказался пилит, а в другом—острый колит.

Нужно-ли обязательное исследование крови при остром аппендиците? Там, где это по техническим условиям возможно, количественное и качественное исследование лейкоцитов должно быть произведено. Оно и в первые сутки заболевания может дать настойчивые указания на немедленную операцию; еще больше точек опоры для немедленной операции исследование крови может дать на вторые сутки. Волкович, который высказывается за операцию в первые 48 ч. только при бурно протекающих аппендицитах, считает гемограмму в этот период лучшим советчиком для хирурга. При нашей точке зрения,—оперировать все случаи с ясным диагнозом острого аппендицита в первые 36 часов от начала заболевания,—мы не настаиваем безусловно на этом исследовании, если больной согласен на операцию. Но если он уклоняется от операции, исследование крови должно быть произведено, дабы в случае угрожающей картины убедить хирурга настаивать на немедленной операции.

Здесь я считаю уместным остановиться на некоторых из наших случаев, представляющих диагностические особенности.

Больной Н. был доставлен в Терапевтическую клинику поздно ночью спустя 2 часа после начала заболевания. Начало острое. Боли по всему животу. Однократная рвота. Я был приглашен на консультацию к больному после того, как ему была впрыснута доза морфия. Больной мирно спал. Напряжение мышц ничтожное. При давлении боли преимущественно в правой подвздошной впадине. Первоначальный диагноз дежурного врача,—перфоративной язвы желудка,—был неясен. С операцией отложено до утра. Утром t° 37,8°. Воспалительный лейкоцитоз. Напряжение мышц незначительное. Боли преимущественно в правой подвздошной впадине. Аппендиктальный косой разрез. Отросток увеличен, но не воспален; в полости живота значительное количество серозно-мутной жидкости. Верхняя лапаротомия, показавшая наличие перфоративной язвы желудка. Здесь надо полагать, первоначальная картина была затушевана морфием, что и повело к неправильному дооперационному диагнозу.

Второй случай касается больного, доставленного в клинику вечером на 3-й день болезни опытным терапевтом с вопросительным диагнозом ileus'a. Начало

заболевания острое с сильнейшими болями по всему животу; в анамнезе резкое нарушение диеты до заболевания. Живот сильно вздут. Пульс 98, t° 38°. Отсутствие перистальтики и ветров двое суток. Мышцы живота напряжены, симптом Blumberg'a не выражен. Временами сильные боли тянущего характера в правой стороне живота. Консультативно решено остановиться на диагнозе острого аппендицита, заменить применявшийся до сих пор лёд грелкой и держаться выжидательно. К утру отошли газы, а в дальнейшем выявилась ясная картина аппендицита.

Третий случай касается женщины, доставленной в клинику на 4-е сутки заболевания. В анамнезе аппендицит; доставлена с диагнозом острого аппендицита. У больной при исследовании определена картина диффузного перитонита. Газы не отходят третьи сутки, и, в то же время, ясно выражена перистальтика в верхней-левой части живота, каковая перистальтика определялась за все время болезни. Высказано предположение о непроходимости механического характера. При операции обнаружен гнойный перитонит с исходным пунктом в гангренозном отростке.

Наконец, не могу не упомянуть еще об одном случае, характеризующем значение грубых манипуляций при обследовании больных с острым аппендицитом. Дело касалось молодого человека, заболевшего острым аппендицитом во второй раз. На третий день обследовавший его врач правой рукой вошел в гестш, а левой надавил в илеоцекальной области. Больной почти потерял сознание от боли. С этого момента мирное течение процесса приняло бурный характер, и больной погиб от перитонита.

Итак главным доводом в пользу ранней операции при аппендиците является стремление оградить больного от возможных осложнений в течение этой болезни,—осложнений, дающих значительный процент смертности как при консервативном, так и при активном хирургическом лечении.

Хотя статистический метод в медицине и имеет за собой много неточностей, но я все же приведу несколько цифровых данных, дающих приблизительное представление о частоте осложнений в течении аппендицита—в форме перфорации, гангрены отростка, образования абсцессов и развития перитонитов.

По данным Кельнской клиники (Grueter) осложнения развиваются в 53% всех острых аппендицитов, по данным Базельской клиники (Schär)—в 30%, в Будапештской клинике (Demjanowicz) осложнения наблюдались в 17%, в материале Hotz'a они встретились в 34,5%, у Очкина—в 26%.

Осложнения эти, процент которых, т. о., довольно значителен, развиваются в тех случаях, если воспалительный процесс не разрешается путем обратного развития. При этом в одних случаях они развиваются быстро, молниеносно, в других картина нарастает постепенно. В одних случаях они быстро выявляются в форме диффузного перитонита, в других—в виде ограниченного перитонита с образованием абсцесса. Учесть все причины, влияющие на тот или другой ход развития осложнения аппендицита, не всегда представляется возможным, но надо полагать, что они главным образом зависят от вирулентности бактерий, как источника воспаления в отростке, а также от стойкости и сопротивляемости данного организма и анатомического расположения отростка. В одном случае инфекция, быстро переходя с слизистого в подслизистый слой, расплавляет стенку отростка, доводя ее до перфорации в свободную брюшную полость, так что организм не успевает отгородиться защитными складками. В другом случае инфекция по типу лимфангоита быстро вовлекает в процесс брыжжейку, дает тромбофлебит и, сдавливая сосуды,

приводит к гангрене отростка, что обычно также развивается настолько быстро, что перитонит является неминуемым. Но тот же воспалительный процесс может протекать и иначе,—постепенно захватывая стенку отростка и давая лимфангоит и лимфадениг в брыжжейке, он вызывает реакцию окружающих тканей (сальник, кишки), которые стремятся изолировать очаг инфекции от брюшной полости. В этом ограниченном участке иногда развивается гнойник, который только при дальнейшем поступательном движении воспалительного процесса может повести к диффузному перитониту. Иногда этот воспалительный процесс, постепенно расплавляя стенку отростка, ведет к ее перфорации, причем, развиваясь постепенно, он дает возможность развиться защитным спайкам, и в результате перфорации получается ограниченный перитонит с развитием абсцесса. В ряде случаев абсцессы, имеющие исходным пунктом appendix, могут развиваться вдали от него, главным образом в заднем дугообразном кармане и в поддиафрагмальном пространстве. Наконец, при поражениях брыжжейки отростка тромбофлебитом возможно занесение инфекции венозным путем, чрез воротную вену, в печень с развитием абсцессов в последней.

Если сила инфекции и сопротивляемость организма влияют вообще на прогрессирующий ход воспаления в отростке, то расположение последнего имеет значение для организации защитных спаек и отгораживания от брюшной полости. В этом случае наиболее выгодным является ретроцекальный тип расположения отростка и наименее выгодным—тип медиального расположения его,—при последнем типе чаще бывают перфорации в свободную брюшную полость, а организация гнойников при нем происходит в особенно невыгодных условиях.

В нашем материале было 24 больных с абсцессом брюшной полости аппендектального происхождения, из которых 23 были оперированы. В 15 случаях абсцессы располагались в наиболее типическом для аппендектальных абсцессов месте, именно в области *spinae iliacaе* и верхнем участке *lig. ileo-inguinalis*. Эти абсцессы, называемые еще *Sprengel's*евскими, прилежат к передней брюшной стенке, отграничены от брюшной полости, хорошо пальпируются и легко оперируются без вскрытия полости брюшины: из случаев этого рода особенно заслуживают быть отмеченными два, доставленные в клинику на 10-й и 12-й дни болезни с ясно отграниченным инфильтратом, над которым определялся выраженный тимпанит, трактованный сначала, как тимпанит от предлежащей кишки. Только дальнейшее наблюдение показало, что мы здесь имели наличие пузырьков газа над гноем.

В одном случае аппендектальный нарыв, начавши развиваться по типу *Sprengel's*евского, постепенно обозначился ниже пулартовой связки, где и был вскрыт. Надо полагать, в данном случае абсцесс чрез влагалище *m. ileo-psoas* проник в *lacina musculorum* и выявился на бедре.

В двух случаях имелись абсцессы с средним расположением в брюшной полости: у одного больного абсцесс был расположен над лобком и спаил с передней брюшной стенкой, другой больной, доставленный в клинику в тяжелом состоянии на третьи сутки болезни, имел ясно очерченный инфильтрат в илеоцекальной области, расположенный ближе к средней линии. При операции оказалось, что инфильтрат распо-

лагался в свободной брюшной полости. Это был конгломерат кишек и сальника с замурованным среди них отростком и гнойником. Считая нецелесообразным в этих условиях вскрывать гнойник в один момент, я ограничил весь конгломерат кругом полосками марли, к центру провел отдельный тампон и раны не зашил; на другой день во время перевязки в центре показался гной, т⁰ упала, и случай кончился выздоровлением. Это—тип интраперитонеального непристеночного абсцесса, расположенного между петлями кишек и сальником (Mesocolicabscess по Sprengel'ю). Такие гнойники обычно располагаются свободно в брюшной полости; париетальная брюшина бывает не спаяна с ними, и, чтобы достигнуть их, неизбежно надо вскрыть брюшную полость. Клинически эти абсцессы часто выявляются опухолью с тимпанитом над ней и отсутствием напряжения брюшных стенок. Если состояние больных позволяет, то операцию при них всегда лучше расчленить на два момента.

В двух случаях мы имели тазовые абсцессы, из которых один был вскрыт *per vaginam*, другой вскрылся самостоятельно через прямую кишку.

В двух следующих случаях больные были оперированы по поводу постаппендектальных абсцессов, развившихся экстраперитонеально выше и сзади гребешка подвздошной кости. Один из больных погиб от операции. Обычно эти абсцессы развиваются при ретроцекальном расположении отростка и часто имитируют картину паранефрита.

У одного больного,—мальчика 12 л., доставленного на 10-ый день болезни, начавшейся с характерной картины острого аппендицита,—была тяжелая картина заболевания печени, сопровождавшаяся ознобами, небольшой желтухой и общим тяжелым состоянием больного. Пункция обнаружила гнойник в печени. Операция не спасла больного. На секции обнаружены множественные гнойники печени с исходным пунктом в воспаленном аппендиксе. Это—редкая форма развития печеночных абсцессов, при которой инфекция обычно распространяется по венам брыжейки отростка. Braun наблюдал ее на 600 оперированных случаях всего 8 раз, Sonnenburg на 3480 случаев аппендицита наблюдал печеночный абсцесс аппендектального происхождения только 3 раза, Бородулин на 417 аппендицитов—один абсцесс печени.

Наконец, у одного больного после вскрытия ограниченного абсцесса в илеоцекальной области развилась постепенная картина множественных абсцессов в брюшной полости. Больной этот в течение 2 месяцев был оперирован 4 раза, но в конце концов погиб.

Отросток при операциях по поводу абсцессов был удален только в одном случае. Если он не замурован в спайках, то, конечно, он подлежит удалению и в условиях ограниченного гнойника. Но в случае укрытия его спайками, при ограниченном гнойнике, лучше ограничиться вскрытием гнойника и простой тампонадой, чем рисковать при поисках отростка вскрытием брюшной полости.

Из 24 больных с аппендектальными гнойниками у нас погибло трое. У Schmidt'a на 128 больных такого рода смертность при простом разрезе равнялась 10,1%, при одновременном удалении отростка—12,5%.

Из 23 оперированных больных нашего материала только у одного был вторичный абсцесс, развившийся после 3-го приступа аппендицита, первый

же абсцесс был у него при первом приступе. Из оперированных в клинике только один больной вернулся для последующей аппендэктомии.

Вопрос о том, гарантирует ли гнойный аппендицит в будущем от нового приступа этой болезни, в связи с высказываемым прежними авторами взглядом о полней деструкции отростка при гнойном аппендиците в настоящее время проверяется в клиниках, причем, судя по литературным данным, решается в отрицательном смысле. Юнкельсон, оперируя 23 больных, перенесших аппендектальный гнойник, в 17 случаях нашел отросток сохранным полностью, в 7—частично и в 6—лишь остатки его. Фромше исчисляет возврат приступов в 20%, Schück на основании материала в 382 больных с аппендектальными гнойниками отмечает рецидивы в 15%.

19 наших больных были оперированы при перфоративном аппендиците с картиной выраженного диффузного перитонита. Из них выздоровело 5 человек,—3 оперированных в первые сутки после перфорации, 1—на вторые сутки и 1—на третьи после начала болезни. Остальные 14 больных, оперированные в сроки от 3 до 10 дней после начала болезни, погибли. Как на некоторую особенность, укажем, что в одном из этих случаев при мирном начале болезни в первые 12 ч. у больного развилось резкое ухудшение после поставленной в домашней обстановке большой клизмы; в другом случае резкое ухудшение имело место после большой порции касторового масла. Вообще население у нас мало осведомлено о часто встречающихся болезненных формах и об аппендиците в частности, и правы те авторы, которые говорят, что в осложнениях последнего нередко инфекция виновата менее, чем сам больной с своими домашними мероприятиями (Hötz, Tullte).

В одном случае гнойного перитонита, в гное, в илеоцекальной области, оказался свободно плававший червеобразный отросток, отпавший после гангрены.

Другой случай в нашем материале перфоративных перитонитов является интересным по этиологическому моменту: больной во время работы получил сильный удар падающей доскою в правую илеоцекальную область и потерял сознание. Когда он очнулся, то почувствовал сильнейшую боль в правой подвздошной области, у него началась рвота. Раньше аппендицитом этот больной не страдал, в клинику был доставлен через сутки с картиной перитонита. При операции был обнаружен серозно-гнойный перитонит с исходным пунктом в перфорированном отростке.

Вопрос о травматическом аппендиците сейчас привлекает внимание медицинской прессы. Behan, приводя литературу этого вопроса и собственный случай, трактует возникновение аппендицита после травмы таким образом, что травма действует или непосредственно на область отростка, или отдаленно, путем внезапного повышения давления в брюшной полости. Повышение давления прежде всего ведет к повышению давления в слепой кишке и тем самым влияет на содержимое сосис, которое давит на содержимое отростка, ведет к повреждению слизистой оболочки и к внедрению инфекции. Brüning полагает, что непосредственный ушиб может вести или к воспалительному процессу в отростке, или к его перфорации. Fotheringham описывает случай, им наблюдавшийся, где у мальчика 15 лет при перитоните, развившемся в связи с ударом в илеоцекальную область, при операции чрез 31 ч. после

удара был обнаружен омертвевший отросток. Steintal, разбирая литературу вопроса и мнения за и против, заключает, что собственно существование травматического аппендицита еще почти не доказано. Само по себе повреждение еще не есть аппендицит.

Что касается отношения к отростку при гнойном перитоните аппендиктального происхождения, то большинство авторов (Läwen, Schär и др.) согласны в том, что цель операции должна составлять собственно удаление отростка, но от него нужно отказаться при тяжелом состоянии больного и укрытии отростка спайками. У наших больных отросток был удален в 6 случаях, а в одном, как уже сказано выше, он огошел сам вследствие гангрены. При этом мы руководствовались принципом—удалять отросток, если он сравнительно легко доступен, но не стремиться к этому, если он укрыт в клубке кишек,—тем более, что при подобном положении его не всегда есть уверенность в его перфорации. Во всяком случае из 5 оставшихся в живых больных нашего материала отросток был удален у 4.

Относительно обработки брюшной полости при перитонитах аппендиктального происхождения взгляды авторов различны. По Läwen'у при серозно-гнойном и жидком экссудате после удаления отростка в большинстве случаев наступает резорпция. При густом же гное, при фибринозно-гнойном экссудате является необходимость удаления, насколько возможно, гноя путем высушивания марлей или промыванием. Автор—сторонник дренирования, в подобных случаях, плеоцекальной области и малого таза чрез небольшой разрез под лобком. Riedel сообщает о хороших результатах лечения перитонита промыванием 1% раствором риванола чрез стеклянный дренаж, введенный в задний дугласов карман; дренаж этот удаляется на 9-й день. Есть сторонники и зашивания брюшной полости, после очистки ее, наглухо. Во всяком случае все авторы согласны в том, что после удаления отростка при аппендиктальных перитонитах нужно избегать всякого грубого вмешательства на брюшине и особенно эвентерации кишечника. В большинстве наших случаев при перитонитах делалось два разреза: аппендиктальный и срединный, и брюшная полость тамповировалась полосками марли. В одном случае был применен дренаж по Mikulicz'у. Промывания брюшины никогда не применялось; густой гной удалялся осторожно кусками марли.

Неоперированных больных с аппендицитом и его осложнениями проведено нами за тот же период времени 25 человек, из них трое были доставлены в первые 48 часов после начала заболевания. Один из этих больных сам отказался от операции, а двоим было отказано в последней,—это было в тот период деятельности клиники, когда она еще не стояла на точке зрения равней операции при аппендиците. Остальные больные были доставлены в более позднем сроке после начала заболевания—от 3 до 10 суток. Из них умерло 6 больных, доставленных в очень тяжелом состоянии и вследствие этого не оперированных, остальные поправились при консервативном лечении.

Таким образом из 79 больных, доставленных в нашу клинику в остром стадии аппендицита, или при развившихся из него осложнениях, было оперировано 54 человека и осталось без операции 25.

Каковы коррективы клиники при показаниях к операции?

Будучи убеждены, что аппендэктомия в первые 36 часов никакого риска не несет, мы при ясном диагнозе оперировали всех больных, до-

ставленных в первые 36 ч. от начала заблелвания, 12 больных, прооперированных в клинике за 1½ года в первые сутки заблелвания, легко провели послеоперационный период и выписались без осложнений.

Картина прободения червеобразного отростка, характеризующаяся начавшимся сразу бурным припадком среди гладкого течения процесса—быстрым учащением пульса, болями, напряжением мышц брюшной стенки,—ставит хирурга пред необходимостью немедленной операции. Наличие диффузного перитонита, развившегося в связи с аппендицитом, делает показания к немедленной операции абсолютным, если состояние больного небезнадежно. Ясно положение хирурга и в том случае, когда к нему доставляется больной с ясно выраженным флюктуирующим абсцессом. Но во всех других случаях положение хирурга часто бывает очень затруднительным. Статистика определенно говорит, что операции после 48 часов с начала заблелвания аппендицитом дают значительный % смертности. Так, в Базельской клинике (Schär) оперированные на 1-й день с начала болезни, дали 1,2% смертности, на 2-й—2,4%, на 3-й—6,9% и на 4-й—21,7%. Швейцарская статистика у оперированных на 1-й день определяет смертность в 0,7%, у оперированных на 2-й день—в 4,7% и у оперированных на 3-й день—в 10,7%. И это понятно: это—период энергичной защитной работы организма, который стремится отграничить и ликвидировать воспалительный очаг. операция в этот период может быть плохой услугой природе; но все же в ряде случаев она нужна, действительно, как *operatio necessitatis*, и всякий хирург знает, как напряженно его состояние у постели больного после 48 ч. от начала заблелвания. с неразрешающимся аппендицитом, с появившейся инфильтрацией, с намечающимся абсцессом, отграниченность которого неочевидна. Ведь терапевты, не доставившие больного с аппендицитом в первые 24 ч. хирургу и умывающие руки, когда доставляют его при наличии осложнений, не представляют, в какое трудное положение они часто ставят хирурга. Если я оговорился, что в первые 24 часа заблелвания исследование крови для нас имеет условное значение, то после 48 ч. от начала заблелвания я должен подчеркнуть значение этого исследования. Наша казуистика убедила меня, что единственный корректив более или менее правильного решения вопроса об оперативном вмешательстве при развивающемся осложнении при аппендиците,—это именно такое исследование.

Я позволю себе иллюстрировать это положение тремя особенно яркими примерами.

I. Больной М., болен третьи сутки аппендицитом. Т° 38°, пульс 100, область правой подвздошной впадины вздута, в глубине прощупывается инфильтрат. Клиника проф. Горяева на основании качественного и количественного анализа крови настоятельно ставила показания к операции, которые по клинической картине были совсем ясными,—отграниченности гнояника нельзя было отметить, диффузного перитонита не было. После некоторых колебаний я оперировал больного. Идя типическим косым разрезом (над инфильтратом), я попал не в отграниченный воспаленный очаг, а в свободную брюшную полость, где медиально от слепой кишки находился конгломерат кишек и сальника с замурованным, очевидно, там отростком. Не решившись в этих условиях разыскивать и удалять отросток, я отграничил весь этот конгломерат кругом полосками марли, подвел к нему особый тампон и, не зашивая раны, рассчитывал на отграничение гнояника от брюшной полости. На другой день клиническая картина та же, но клиника проф. Горяева на основании гемограммы еще настойчивее требовала вскрытия гнояника. Во время перевязки, после удаления центрального тампона из конгломерата оказался гной. В дальнейшем гладкое течение с выздоровлением.