

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. Н. А. ГЕРКЕНА.

ТОМЪ ІХ.

НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ.

1909 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1909.

СОДЕРЖАНІЕ.

Стр.

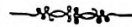
Д-ръ **Е. М. Идельсонъ**. По вопросу о причинахъ заболѣваемости червеобразнаго отростка 487.

Д-ръ **Г. Вульфійусъ**. Абсцессы печени, какъ осложненіе аппендицита 519.

Д-ръ **Вл. Котеловъ**. Нарывы аппендикулярнаго происхожденія 548.

Д-ръ **В. Н. Копыловъ**. О поддіафрагмальномъ нарывѣ. . 557.

Д-ръ **И. С. Рождественскій**. Гистологія и фізіологія червеобразнаго отростка у человѣка 567.



[illegible]

234

По вопросу о причинахъ заболѣваемости червеобразнаго отростка *).

Д-ра Е. М. Идельсона.

Среди насъ врачей, какъ извѣстно съ давнихъ временъ, установилось классическое, всегда всѣми соблюдаемое, правило, или положеніе, что при изслѣдованіи и разработкѣ какого нибудь вопроса, изъ области врачеванія человѣческихъ недуговъ, первымъ этапомъ, для раціональнаго и правильнаго рѣшенія его, для полученія болѣе или менѣе положительныхъ результатовъ и выводовъ, должно быть стремленіе къ точному распознаванію причинъ и основательному изученію условій, порождающихъ тотъ или другой недугъ, какъ у отдѣльныхъ индивидуумовъ, такъ и въ цѣлыхъ массахъ населенія. Подобная логическая предпосылка безспорно принадлежитъ къ неотъемлемымъ основамъ нашего врачебнаго сознанія; ибо распознаваніе причинъ каждой данной болѣзни и по возможности устраненіе ихъ, представляютъ собою альфу и омегу всякаго научно-врачебнаго мышленія. Поэтому понятно, что къ сгруппировкѣ и использованію, хотя бы въ сжатой формѣ, всего того, что сдѣлалось достояніемъ нашихъ знаній въ области этиологіи и патогенеза аппендицита, поставленнаго нашимъ обществомъ въ циклъ своихъ *программныхъ* вопросовъ, необходимо относиться съ особеннымъ вниманіемъ и живымъ интересомъ. Но, къ сожалѣнію, для того, чтобы выполнить эту задачу подобающимъ образомъ, какъ ее слѣдуетъ понимать, при дальнѣйшей разработкѣ ея нашимъ обществомъ, представляется еще не мало затрудненій. Дѣло въ томъ, что неказистый на видъ, въ обиходѣ нашего организма, червеобразный отростокъ, причиняющій не мало бѣдъ болѣе культурному человѣчеству, остается до сихъ поръ еще для насъ фи-

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ 12 Ноября 1908 г.

зіологическою загадкой. Одни приписываютъ аппендиксу крупную функціональную роль ¹⁾ при завершеніи пищеварительнаго акта, а другіе совершенно отрицаютъ ее. Сомнительное, далеко еще невыясненное прошлое этого органа, напоминающее лишь намъ генеалогію человѣка отъ антропоморфныхъ предшественниковъ, побуждало даже нѣкоторыхъ анатомовъ и антропологовъ причислять его къ дисгармоническимъ, бездѣтельнымъ, рудиментарнымъ органамъ. Патологія червеобразнаго отростка, занимающая, по выраженію одного клинициста, одно изъ видныхъ, центральныхъ мѣстъ въ мировой медицинѣ, изобилуетъ еще массой неустановленныхъ фактовъ, требующихъ провѣрки и выясненія, и нуждающихся въ извѣстномъ объединеніи и согласованіи. Въ изученіи и рѣшеніи вопроса объ аппендицитѣ, какъ извѣстно, заинтересованы разнообразныя дисциплины врачебной науки, какъ чисто теоретической, такъ и практической. Литература этого вопроса разрослась въ огромныхъ размѣрахъ. Такъ Шпренгель ²⁾, въ своемъ классическомъ трудѣ, откровенно и чистосердечно высказываетъ, что послѣ просмотра 3000 трактатовъ объ аппендицитѣ, всякая энергія можетъ изсякнуть, для того чтобы продолжать эту Сизифову работу; слѣдить за новыми и новыми трудами, появляющимися еженедѣльно въ литературѣ, по этому вопросу. Профессоръ Штрюмпель, въ одномъ изъ своихъ докладовъ, по поводу аппендицита, выразился, что литература его имѣетъ непріятный объемъ (einen unheimlichen Umfang). Нагромоздившаяся казуистика весьма разнообразна и подчасъ не лишена извѣстной субъективности, свойственной, по обыкновенію, многимъ спеціалистамъ, обобщать наблюдаемые ими факты и явленія, со своей спеціальной точки зрѣнія, въ силу чего конечно выводы ихъ не всегда убѣдительны. Статистика, не имѣя въ основѣ правильно—выработанной регистраціи, также не лишена ошибокъ и противорѣчій, по отношенію къ заболеваемости червеобразнаго отростка. Чтобы не быть голословнымъ, достаточно указать на тѣ противорѣчивые взгляды и мнѣнія, которые высказывались въ засѣданіяхъ различныхъ ученыхъ, медицинскихъ обществъ, по поводу аппендицита. Такъ напримѣръ, въ позапрошломъ году, 5 Мая, въ засѣданіи общества русскихъ врачей, въ Москвѣ, по поводу доклада доктора Киселя объ аппендицитѣ ³⁾, врачи въ своихъ дебатахъ высказывались весьма различно. Одни говорили, что этиологія аппендицита еще темна, а другіе на оборотъ утверждали, что этиологія разработана и многоизвѣстна. Не менѣе, если не болѣе разнорѣчій приходилось встрѣчать, по поводу аппендицита, въ отчетахъ о соединенныхъ собраніяхъ хирурговъ и терапевтовъ, въ Берлинѣ, и о сѣздахъ, въ другихъ культурныхъ центрахъ. Можно также указать на ту горячую по-

лемику, которая велась во врачебной литературѣ, по поводу эпидемичности, не говоря уже о методахъ леченія, аппендицита.

Для того, чтобы болѣе или менѣе ориентироваться въ современномъ состояніи вопроса, объ этиологіи заболѣванія червеобразнаго отростка, нельзя разумѣется не коснуться, хотя бы вскользь, исторіи пониманія врачами сущности этой формы заболѣванія; такъ какъ трудно говорить о причинахъ какой нибудь болѣзни, не условившись заранѣе, по существу, въ чемъ она выражается.

Страданіе кишечника въ области правой повздошной впадины, какъ самостоятельная форма болѣзни, рассматривалось врачами уже съ давнихъ временъ (Аретей Кападокскій 50 лѣтъ до Р. Х. Цельзій Моргагни) подъ общимъ названіемъ *Typhlitis stercoralis* т. е. воспаление слѣпой кишки, вслѣдствіе калового застоя. Мимоходомъ надо замѣтить, что червеобразный отростокъ анатомически выдѣленъ и описанъ только, со середины 16-го столѣтія. Среди анатомовъ этого періода, и даже нѣсколько позже, отростокъ смѣшивался со слѣпой кишкой; многіе считали отростокъ за слѣпую кишку. Возрѣнія на болѣзнь отростка какъ на каловой застои, держались многіе врачи, чуть ли не до начала 90 годовъ, минувшаго столѣтія. Нѣкоторые врачи, и по сіе время, не могутъ отстать отъ стараго традиціоннаго понятія о стеркоральномъ тифлитѣ. Такъ напримѣръ, на послѣ немъ засѣданіи интернистовъ и хирурговъ въ Берлинѣ, въ Мартѣ текущаго года, одинъ изъ референтовъ, Д-ръ Ганземаннъ ⁴⁾, разбирая вопросъ о значительной роли тифлита и Герлаховской заслонки въ происхожденіи аппендицита, съ нѣкоторой патетичностью объявляетъ, что старый стеркоральный тифлитъ существуетъ: *Die typhlitis existirt. Sie ist eine stercorale*. На ряду съ этимъ мы знаемъ, что еще въ двадцатыхъ годахъ прошлаго столѣтія, Французскій хирургъ Melier ⁵⁾ обратилъ вниманіе на тѣ опасности, которыя угрожаютъ организму, со стороны червеобразнаго отростка. „Если бы удалось какимъ нибудь образомъ, рассуждаетъ безнадежно этотъ хирургъ, установить точный и положительный діагнозъ отдѣльнаго, самостоятельнаго страданія червеобразнаго отростка, то явилась бы возможность ограждать, спасать больныхъ (*débarrasser les malades*) при заболѣваніяхъ его, путемъ операціи. И можетъ быть когда нибудь, со временемъ, достигнуть такихъ результатовъ“. Но для рѣшенія этой врачебной проблемы, поставленной хирургомъ Melier'омъ потребовалось однакожь не мало времени, около 60 лѣтъ. Правда, въ теченіе этого періода, благодаря успѣхамъ, произшедшимъ во всѣхъ отрасляхъ медицины, а въ особенности въ патологической анатоміи, понятія врачей объ условіяхъ и характерѣ заболѣванія аппендикса, а также о клинической картинѣ этого страданія, значи-

тельно расширились; общее понятіе, фигурировавшее прежде въ патологіи о стеркореальномъ тифлитѣ, мало по малу стало дифференцироваться на цѣлый рядъ отдѣльныхъ, самостоятельныхъ, патологическихъ процессовъ. Но болѣе точныя и ясныя представленія о заболѣваемости червеобразнаго отростка получились съ тѣхъ поръ, какъ на помощь патолого-анатомическимъ вскрытіямъ явились, съ одной стороны, очевидные факты, добытые хирургами, при аутопсии *in vivo*, а съ другой—микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія, которыя создали возможность ближе и детальнѣе познакомиться съ функціональной ролью аппендикса въ отправленіяхъ кишечника, а въ особенности съ анатомо-гистологической структурой червеобразнаго отростка, какъ въ нормальномъ его состояніи, такъ и подъ вліяніемъ различныхъ патологическихъ процессовъ, совершающихся въ немъ, и въ смѣжныхъ съ нимъ органахъ. Чтобы не выходить за предѣлы, отмѣженные мнѣ въ программѣ, я не буду здѣсь касаться всѣхъ тѣхъ перипетій, чрезъ которыя прошелъ вопросъ о сущности аппендицита, начиная отъ Французскихъ хирурговъ Louyer-Villarmain и Melier'a въ 1828 г. до прославившихся въ этомъ вопросѣ американскихъ врачей Fitz и Gaston-a, въ 1886-8 г.г. Я не буду здѣсь также говорить о разнообразной многосложной номенклатурѣ болѣзней червеобразнаго отростка, созданной авторами на основаніи многочисленныхъ, клиническихъ и патолого-анатомическихъ наблюденій и многихъ теоретическихъ гипотезъ. Укажу только на фактъ, который запечатлѣлся, даже въ моей памяти, и который отчасти характеризуетъ перемѣну во взглядахъ врачей на интересующую насъ здѣсь болѣзненную форму. Лѣтъ 40 тому назадъ, когда брюшная полость, и вообще брюшина была еще для большинства врачей *nolus me tangere*, клиницисты, даже очень извѣстные, сталкиваясь со случаями деструктивныхъ формъ заболѣванія червеобразнаго отростка, съ его прободеніемъ или омертвеніемъ, обыкновенно, какъ говорится, умывали руки и высказывались довольно безнадежно въ своихъ эпикризахъ, что врачебное вмѣшательство въ подобныхъ случаяхъ безсильно и что летальный исходъ этихъ случаевъ былъ безповоротный и неизбѣжный, вопреки всякому леченію. Въ настоящее время, обстоятельства нѣсколько измѣнились, и подобное самоуспокоеніе клинициста, пожалуй не всегда, считалось бы теперь безупречнымъ. Многія тысячи благополучно оперированныхъ аппендицитовъ, произведенныхъ къ счастью страдальцевъ и во славу науки, воочію указываютъ намъ на извѣстный прогрессивный ростъ въ пониманіи врачами сущности этой болѣзни.

Переходя къ изложенію этиологіи заболѣванія червеобразнаго отростка, необходимо отмѣтить, что аппендицитъ, въ какой формѣ

онъ бы не проявлялся; въ формѣ ли простого, хроническаго, острого, деструктивнаго или гангренознаго, причины его всетаки, въ общихъ чертахъ, сводятся къ двумъ категоріямъ, и логически обыкновенно распредѣляются на 2 группы; на группу предрасполагающихъ и на группу ближайшихъ, непосредственно вызывающихъ причинъ. Въ частности-же различные авторы, подъ вліяніемъ ли цѣлаго ряда казуистическихъ случаевъ, или въ зависимости отъ личныхъ воззрѣній, нѣсколько видоизмѣняютъ только что упомянутую традиціонную классификацію причинъ. Авторы, или выдѣляютъ еще новыя отдѣльныя группы, или перемѣщаютъ нѣкоторыя причины изъ одной группы въ другую. Такъ напримѣръ: Ростовцевъ ⁶⁾, въ своей монографіи о перитифлитѣ, выдѣляетъ еще 3-ю) группу специфическихъ причинъ аппендицита. Шпренгель ⁷⁾ распредѣляетъ причины на предрасполагающія, случайныя и производящія. Одно время, напримѣръ, каловые камни и инородныя тѣла, фигурировали въ качествѣ непосредственно производящихъ причинъ аппендицита, а потомъ, по мѣрѣ того какъ выяснились ихъ роль и значеніе, перечислены въ группу предрасполагающихъ причинъ. Конечно, съ точки зрѣнія чисто практической, для насъ преимущественный интересъ пріобрѣтаютъ тѣ причины, которыя могутъ быть заранѣе предусмотрены и устранены; какъ напримѣръ: культурно-бытовыя условія жизни, или извѣстные діететическіе режимы, соответственно функціональнымъ особенностямъ кишечника даннаго больного. Но существуетъ еще цѣлый рядъ другихъ, внутреннихъ причинъ, или лучше сказать условій, знаніе которыхъ, правда въ практическомъ отношеніи, въ смыслѣ возможности ихъ устраненія, ничего пока существеннаго не даетъ; но зато оно служитъ для насъ основной почвой для болѣе-точнаго выясненія патогенеза аппендицита. Всѣ, какія бы не были причины, сами по себѣ взятая, не могутъ еще давать намъ яснаго представленія о происхожденіи самой болѣзни, если, при этомъ не примемъ во вниманіе тѣхъ условій, тѣхъ индивидуальных особенностей, которыя обыкновенно присущи червеобразному отростку. Однѣ и тѣже причины, однѣ и тѣже скажемъ бактеріи дадутъ намъ различный патологическій эффектъ, различныя клиническія картины болѣзни, смотря по тому, какими особенностями отличается отростокъ. Прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду грубо-анатомическія формы отростка, его колеблющіеся размѣры въ длину и толщину; его расположеніе по отношенію къ слѣпой кишкѣ и другимъ смѣжнымъ органамъ, вверхъ ли онъ направленъ, къ печени, или внизъ къ малому тазу; его условія отхожденія и прикрѣпленія къ слѣпой кишкѣ; къ передней или задней стѣнкѣ; расположеніе отростка, а также и длина брыжейки вліяютъ на загибы,

перегибы такъ же, какъ и на рѣзкое смѣщеніе отростка, какъ видно изъ описанія Вирсовымъ ⁸⁾ случая, гдѣ въ грыжевомъ мѣшкѣ лѣвосторонней, пахо-мошоночной грыжи найдена слѣпая кишка, вмѣстѣ съ отросткомъ. Затѣмъ весьма важны, въ качествѣ причинъ, размѣры и форма канала отростка, узокъ ли онъ или воронкообразенъ, что разумѣется вліяетъ на задержку или передвиженіе патологическихъ продуктовъ, изъ кишечника въ полость отростка и обратно; на чемъ и основана патогенетическая теорія Таламонъ—Делафуа. Далѣе, то или другое развитіе, или состояніе Герлаховской заслонки, съ водвореніемъ которой въ анатоміи, явились различныя гипотезы и воззрѣнія на происхожденіе аппендицита. Не меньшимъ колебаніямъ и варіаціямъ подверженъ фолликулярный аппаратъ, которому приписывается весьма видную роль, при происхожденіи и теченіи болѣзней червеобразнаго отростка. Эмбриональныя условія аппендикса также не лишены извѣстнаго значенія, не только въ цѣляхъ изученія природы человѣка, но также и въ смыслѣ профилактики. Вентилирующій еще вопросъ о рудиментарномъ характерѣ аппендикса и о безвредномъ удаленіи его у здороваго человѣка, возбудилъ къ себѣ интересъ и вниманіе многихъ врачей, особенно тѣхъ врачей, которые не могутъ устоять противъ буржуазно-меркантильных возжеленій, внушаемыхъ имъ разными страховыми обществами въ Америкѣ, гдѣ аппендициты распространены въ широкихъ размѣрахъ. Для того чтобы проникнуть въ малоосвѣщенную еще область этиологіи аппендицита, будемъ надѣяться, что другіе члены нашего общества не откажутся знакомить насъ подробнѣе съ цѣлымъ, если можно такъ выразиться, анатомо-гистологическимъ комплексомъ отклоненій аппендикса; съ литературой этого вопроса а также и собственными наблюденіями.

Въ силу анатомическихъ ли отклоненій, подмѣченныхъ въ червеобразномъ отросткѣ, или подъ вліяніемъ эмпирическихъ наблюденій, во врачебной литературѣ составилось мнѣніе о *наследственности* аппендицита. Если держаться стараго, существующаго со временъ Гиппократъ, апріорнаго мнѣнія о томъ, что всѣ болѣзни вообще могутъ быть наследственными, то разумѣется и аппендицитъ не долженъ составлять исключенія. Но точными фактическими данными, основанными на большомъ матеріалѣ, который бы подтвердилъ конкретность понятія о наследственности аппендицита, мы пока не располагаемъ. Главнымъ поводомъ къ предположенію о наследственности аппендицита послужилъ рядъ отдѣльныхъ наблюденій, по которымъ случаи заболѣванія червеобразнаго отростка встрѣчались у нѣкоторыхъ членовъ одного и того же семейства. Французскіе авторы, не безъ увлеченія, называютъ даже

подобные случаи *Appendicite familiale*. Jalangier ⁹⁾ напимѣръ рассказываетъ, что ему приходилось въ теченіе трехъ лѣтъ въ одномъ и томъ же семействѣ имѣть 4 случая аппендицита. Tuffier пользовалъ 3-хъ братьевъ. Albaran ¹⁰⁾—3-хъ сестеръ. Болѣе мотивированное мнѣніе высказано Aitkinson'омъ, который, наблюдая въ одномъ семействѣ у отца и 3-хъ дѣтей аппендицитъ, находилъ одновременно у этихъ же больныхъ наклонность къ заболѣванію миндалевидныхъ железъ. Въ этомъ совпаденіи Aitkinson ¹¹⁾ усматриваетъ общее наслѣдственное предрасположеніе къ заболѣванію лимфатическихъ фолликулъ, имѣющихся въ изобилии, какъ въ миндалинахъ такъ и въ червеобразномъ отросткѣ. Вопросъ о наслѣдственности аппендицита не обойденъ конечно и статистикой. Сдѣланы были попытки вычислять процентное отношеніе семейнаго аппендицита къ несемейному, и въ результатѣ получилось отношеніе, какъ 1:79. Reisinger ¹²⁾ въ 15 семействахъ насчитывалъ 36 случаевъ. Neimann Kummel ¹³⁾ въ своемъ докладѣ, о наблюденіяхъ надъ 1000 оперированныхъ аппендицитовъ, высказывается довольно категорически въ томъ смыслѣ, что наслѣдственность несомнѣнно занимаетъ видное мѣсто среди этиологическихъ моментовъ аппендицита. „Если, говоритъ онъ, всякій разъ у каждаго больного доискиваться относительно заболѣваемости родителей и близкихъ родственниковъ, то во многихъ случаяхъ можно встрѣтить нѣкоторые подтвержденія о наслѣдственности. Съ тѣхъ поръ какъ я сталъ на это обращать вниманіе, я. въ 50 случаяхъ, успѣлъ убѣдиться въ правдивости моего предположенія. Я наблюдалъ аппендицитъ у сестеръ, въ анамнезѣ которыхъ были указанія на аналогическое заболѣваніе у родителей и умершихъ дѣтей. Очень можетъ быть, добавляетъ онъ, что тутъ играть роль какая нибудь особенность въ недостаточной функціи Герлаховской заслонки, или какая нибудь семейная воспримчивость“. Шпренгелю ¹⁴⁾ также приходилось наблюдать случаи аппендицита въ однѣхъ и тѣхъ же семействахъ, но онъ высказывается съ нѣкоторымъ скептицизмомъ относительно того, чтобы наслѣдственность, въ настоящемъ ея смыслѣ, имѣла какое либо особенное значеніе въ этиологій аппендицита, и случаи совпаденія этой болѣзни въ семействахъ, онъ называетъ простыми курьезами. Въ моей долготѣйшей практикѣ, съ немалымъ числомъ аппендицитовъ, мнѣ не приходилось также останавливаться на такихъ фактахъ, которые бы указывали на наслѣдственность въ той формѣ, какъ принято понимать ее по отношенію къ конституціональнымъ болѣзнямъ, развивающимся на почвѣ различныхъ діатезовъ, дискразій, въ родѣ туберкулеза, сифилиса, подагры, тучности и т. п. Если допустить, правдивость циркулирующаго мнѣнія о томъ, что заболѣваемость червеобразнаго отростка находится въ связи съ образомъ жизни, болѣе культурнаго

класса населенія и въ болѣе культурныхъ странахъ, то и неудивительно также и то, что въ извѣстныхъ семействахъ чаще будетъ встрѣчаться аппендицитъ, вслѣдствіе однородныхъ условій жизни, способовъ питанія, привычекъ и занятій. Я бы предложилъ нашему обществу, если возможно обсудить въ какой формѣ и въ какомъ направленіи будетъ удобнѣе и продуктивнѣе обслѣдовать вопросъ о наслѣдственности болѣзней червеобразнаго отростка, при дальнѣйшей его разработкѣ.

Объ этиологической связи между заболѣваемостью червеобразнаго отростка и *возрастомъ* накопилось немало данныхъ во врачебной литературѣ. Почти, можно сказать, установленъ фактъ, что наибольшая заболѣваемость аппендикса выпадаетъ на возрастъ отъ 10 до 30 лѣтъ. Явленіе это подмѣчено всѣми безъ исключенія наблюдателями и подтверждается цѣлымъ рядомъ цифръ. Еще до выдѣленія аппендицита въ самостоятельную форму заболѣванія, давнишніе врачи какъ: Дюипитрэнъ, Richelt, Wilhelemi, Bamberger находили, что воспалительные процессы, въ правой повздошной области, являлись чаще въ молодыхъ возрастахъ. Въ новѣйшее время, по вопросу о вліяніи возраста на появленіе аппендицита собраны довольно большія цифры. Такъ напримѣръ Нотнагель составилъ статистику изъ 962 случаевъ аппендицита и вычислилъ процентное отношеніе по возрасту. По этой статистикѣ выходитъ, что 62 % всѣхъ аппендицитовъ выпадаютъ на возрастъ отъ 11 до 30 лѣтъ. Haykins и Fitz собрали 452 случая, Armstrong 514 случаевъ, Шпренгель имѣлъ 254 случая, Ростовцевъ 162 случая. По всѣмъ этимъ, а также и другимъ даннымъ, собраннымъ Matterstock-омъ и Герцогомъ, какъ въ большихъ такъ и въ малыхъ группахъ, оказывается, что самое большое число аппендицитовъ встрѣчается въ возрастѣ отъ 11 до 30 лѣтъ. На ряду съ этими данными о возрастѣ, можно привести другія указанія изъ литературы, не вполне согласныя съ только что приведенными. Такъ въ новѣйшемъ обширномъ руководствѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ Pfaundler-a и Schlossmann-a¹⁵⁾, одинъ изъ сотрудниковъ его, Д-ръ Зельтеръ утверждаетъ, на основаніи своихъ и другихъ изслѣдованій, что аппендицитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается въ 7 разъ чаще, чѣмъ у взрослыхъ. Зельтеръ мотивируетъ свое мнѣніе тѣмъ, что анатомо-физиологическія особенности дѣтскаго организма а равно какъ и особенности самого отростка у дѣтей особенно предрасполагаютъ къ заболѣванію этой болѣзней. Гундобинъ, Соколовъ Sämmering. утверждаютъ наоборотъ, что аппендициты у дѣтей встрѣчаются весьма рѣдко. Объясняютъ они этотъ фактъ тѣмъ, что каналъ аппендикса у дѣтей имѣетъ болѣе воронкообразное отверстіе, чѣмъ обусловливается болѣе легкое удаленіе, попадающихъ въ него, каловыхъ массъ¹⁶⁾. Подробнѣе, объ этомъ противорѣчи-

вомъ мнѣніи, вѣроятно будетъ разобрано членомъ нашего общества, при изложеніи аппендицита, въ дѣтскомъ возрастѣ. Укажу лишь только на отдѣльные факты, которые не лишены нѣкотораго интереса, а именно: что самый младшій возрастъ, зарегистрированный въ статистикѣ аппендицита былъ семинедѣльный. О подобномъ же случаѣ сообщает Demme ¹⁷⁾. Описанъ аппендицитъ у 3-хъ мѣсячнаго ребенка; отъ 9 до 22-хъ мѣсячнаго возраста сообщены: Silbermanн-омъ, Salvini, Spenescr-омъ и многими другими. Sprengel благополучно вырѣзалъ отростокъ у ребенка 2-хъ лѣтъ и 4 мѣсяцевъ, у котораго былъ весьма типическій аппендицитъ, съ абсцессомъ и каловымъ камнемъ. Заболѣваемость червеобразнаго отростка не падаетъ однако и людей старческаго возраста. Казуистика объ нихъ также нерѣдко упоминаетъ. Маеусайломъ среди описанныхъ случаевъ можетъ считаться приведенный Rochaz аппендицитъ наблюдавшійся Nipperdey-мъ у старика 93 лѣтъ. Treves сообщаетъ о случаѣ аппендицита, перенесеннаго 73 лѣтнимъ старикомъ. Armstrong приводитъ 2 случая аппендицита у 70 лѣтнихъ стариковъ, Шпренгель наблюдалъ аппендицитъ у 60 лѣтнихъ субъектовъ. Въ Январѣ нынѣшняго года, мнѣ приходилось наблюдать больного, 83 лѣтъ, мѣдника по прежней своей профессіи, заболѣващаго всѣми характерными явленіями аппендикулярнаго, рѣзко выраженнаго приступа, въ типической его формѣ. Болѣзнь продолжалась около 3-хъ недѣль и окончилась выздоровленіемъ. Теченіе въ общихъ чертахъ было слѣдующее; послѣ погрѣшности въ діетѣ и усиленной ѣзды по городу, явилась повторная рвота и одно жидкое послабленіе, т^о колебалась между 38 съ десятистыми и 39, сильная боль въ илеоцекальной области, при малѣйшемъ движеніи и ощупываніи. Напряженное состояніе покрововъ въ области повздошной впадины и весьма рѣзкая болевая чувствительность въ Mac—Burney-вской точкѣ. Запоръ, не подававшійся глубокимъ клизмамъ, въ теченіи 9 дней. На предложеніе операціи, больной на отрѣзъ отказался, въ виду своей глубокой старости. Лечение состояло въ прикладываніи льда въ илеоцекальной области, и Codeini phosphorici, для уменьшенія нестерпимой боли и бессонницы. Между прочимъ, могу указать на характерную живучесть этого субъекта. Ровно черезъ 5 мѣсяцевъ, онъ перенесъ циклическую крупозную пневмонію, которая стала разрѣшаться съ 8 дня и окончилась также полнымъ выздоровленіемъ.

Заболѣваемость червеобразнаго отростка въ связи съ возрастомъ, объясняется различно. Наиболѣе распространенное объясненіе заключается въ томъ анатомическомъ фактѣ, что слизистая оболочка отростка въ молодыхъ возрастахъ чрезвычайно богата лимфоидными элементами, имѣющими большую склонность къ заболѣванію воспалительнымъ процессомъ. Обильное присутствіе лим-

фондной ткани въ отросткѣ послужило также поводомъ къ тому, что многіе врачи, въ силу аналогической структуры слизистой оболочки отростка съ миндалевидными железами, нашли большое сходство между аппендицитомъ и ангиной. Но служатъ ли вообще лимфатическіе фолликулы субстратомъ воспалительныхъ процессовъ, пока остается вопросомъ, не вполне еще рѣшеннымъ. По этому же возрѣнію выходитъ, что въ преклонныхъ возрастахъ аппендициты будто бы встрѣчаются рѣже потому, что лимфоидныя ткани слизистой оболочки аппендикса подвергаются регрессивнымъ изменѣніямъ и такимъ образомъ происходитъ облитерація просвѣта отростка. Другое объясненіе ссылается на тотъ фактъ, что будто бы каловые камни встрѣчаются гораздо чаще, чуть ли не въ 2 раза чаще, въ возрастѣ отъ 5 до 20 лѣтъ. Нѣкоторые авторы искали причины заболѣваемости по возрасту въ томъ или другомъ состояніи Герлаховской заслонки, значеніе которой, надо замѣтить, также довольно еще спорное. Но помимо всякихъ теоретическихъ объясненій, сама статистика аппендицита, въ зависимости отъ возраста, должна быть разсматриваема еще съ нѣкоторой критикой, какъ говорится *cum grano salis*. Въдѣ абсолютныя цифры заболѣваемыхъ по возрасту ничего не могутъ намъ доказать, ибо больничный матеріалъ, собранный хотя бы даже и въ большемъ количествѣ, всетаки не дастъ намъ точныхъ выводовъ, до тѣхъ поръ пока не будемъ знать отношеніе числа заболѣвающихъ къ наличному здоровому контингенту, даннаго населенія, по возрастамъ Ростовцевъ сдѣлалъ попытку ближе подойти къ рѣшенію вопроса о статистикѣ аппендицита, по возрасту. Онъ распредѣлилъ всѣхъ вообще хирургическихъ больныхъ, лежавшихъ въ Обуховской больницѣ въ 1888 году въ числѣ 2778 человекъ и нашелъ въ процентномъ отношеніи совпаденіе возрастовъ между общими больными и возрастомъ субъектовъ, страдавшихъ перитифлитомъ. На основаніи своихъ сопоставленій, Ростовцевъ сдѣлалъ тоже выводъ, что аппендицитъ, въ раннемъ дѣтствѣ, встрѣчается весьма рѣдко. Мнѣніе это какъ разъ противоположно тому, что высказано вѣщепомынутымъ Зельтеромъ. Ростовцевъ также подчеркиваетъ курсивомъ, что разница въ предрасположеніи по возрастамъ, не такая большая, какъ принято думать. Entre le paranthese можно тутъ отмѣтить, что для рѣшенія статистическимъ путемъ различныхъ вопросовъ, по этиологіи аппендицита, слѣдовало бы пользоваться данными, взятыми изъ жизни нашей арміи. Имѣя въ своемъ распоряженіи больше милліона, завѣдомо здоровыхъ людей, поставленныхъ почти въ одинаковыя бытовые условія и принадлежащихъ одному возрасту, военно-санитарные отчеты могли бы намъ дать весьма цѣнные указанія, относительно причинъ многихъ болѣзней вообще

и аппендицита въ частности. На Западѣ, во Франціи Шовелемъ, а въ Германіи Villaret—омъ военно-санитарныя пифры нѣсколько использованы для выясненія нѣкоторыхъ вопросовъ по этиологіи аппендицита. *Поэтому было бы весьма желательно, при дальнѣйшей разработкѣ нашимъ обществомъ вопроса, привлечь также и дѣятелей военной санитаріи къ участию въ этомъ программномъ изслѣдованіи.*

О вліяніи пола на происхожденіе болѣзней червеобразнаго отростка собрано въ литературѣ не мало фактовъ и цифровыхъ данныхъ; но данныя эти не лишены также и нѣкоторыхъ противорѣчій. Большинство авторовъ утверждаетъ, что аппендициты чаще бываютъ у мужчинъ, нежели у женщинъ. Среднимъ числомъ приблизительно бываетъ на 60—70 мужчинъ 30—40 женщинъ. У нѣкоторыхъ наблюдателей получились другія цифры, а именно: что женщины и мужчины въ одинаковомъ числѣ заболѣваютъ, или даже, что число болѣющихъ аппендицитомъ женщинъ превышаетъ число мужчинъ. Не приеожу здѣсь этихъ пифръ; такъ какъ интересующіеся этимъ вопросомъ могутъ подробно ознакомиться съ ними въ капитальныхъ трудахъ Ростовцева, Шпренгеля и другихъ. Позволю себѣ лишь мимоходомъ замѣтить, что однѣ сухія пифры, перечисляемыя авторами не могутъ имѣть особеннаго значенія, пока у насъ не будетъ строго-научной мотивировки анатомо-фізіологическаго характера, для рѣшенія вопроса, почему одинъ именно полъ болѣе или менѣе воспримчивъ къ заболѣванію червеобразнаго отростка, нежели другой. Существовать правда въ литературѣ попытки къ объясненію разницы заболѣваемости половъ; но эти объясненія еще довольно проблематичны и мало убѣдительны. Такъ напримѣръ Ochsner ¹⁸⁾ и другіе авторы предполагаютъ; что женскій полъ даетъ въ статистикѣ аппендицитовъ меньшее число заболѣваній, потому что многіе случаи заболѣваній фигурировали прежде, подъ другимъ діагнозомъ, подъ видомъ различныхъ заболѣваній матки и ея придатковъ. Но разъ мы будемъ въ своихъ выясненіяхъ руководствоваться такими спекулятивными соображеніями, то мы лишь умаляемъ научную цѣнность статистическихъ данныхъ. Что однѣ голыя пифры, безъ научнаго ихъ обоснованія могутъ повести иногда къ неправильнымъ выводамъ, я позволю себѣ иллюстрировать слѣдующимъ, обыкновеннымъ фактомъ. За мою 30 лѣтнюю, практическую дѣятельность въ Казани мнѣ приходилось наблюдать не мало случаевъ аппендицита, также и среди мусульманскаго населенія. Въ мусульманской же практикѣ, мнѣ приходилось наблюдать аппендицитъ главнымъ образомъ у мужчинъ. Если я бы вздумалъ утилизировать свою статистику, я бы могъ придти къ тому ложному выводу, что аппендицитъ не бываетъ у

мусульманскихъ женщинъ; между тѣмъ какъ послѣднія вовсе не бываютъ, или очень рѣдко становятся предметомъ наблюденія врачей, въ силу другихъ, этнографически-религіозныхъ причинъ. Шпренгелъ въ своей книгѣ приводитъ нѣкоторые теоретическія соображенія, циркулирующія въ литературѣ, по поводу преобладанія числа аппендицитовъ у того или другого пола; но эти соображенія по своимъ противорѣчіямъ, имѣютъ для насъ скорѣе отрицательное значеніе. Такъ хирургъ Ланцъ, ¹⁹⁾ среди оперированныхъ имъ 200 аппендицитовъ, сосчиталъ между ними больше женщинъ, чѣмъ мужчинъ. Mendes de Leon, по этому поводу, объясняетъ болѣе частое появленіе аппендита у женщинъ тѣмъ, что у нихъ имѣется болѣе широкое сообщеніе между лимфатическими сосудами отростка и широкими маточными связками, и что чрезъ эти лимфатическіе сосуды переходятъ различные воспалительные сексуальные процессы на червеобразный отростокъ. Напротивъ Негмес, Нотнагель и Зоненбургъ объясняютъ фактъ меньшаго числа аппендита у женщинъ тѣмъ, что аппендикитъ получаетъ еще прибавочное кровоснабженіе чрезъ Ligamentum appendiculo—ovaricum, а отъ условій кровоснабженія зависитъ то или другое вліяніе патогенныхъ бактерій на измѣненіе тканей. Насколько, и какое изъ этихъ теоретическихъ объясненій близко къ истинѣ, должно быть предоставлено дальнѣйшимъ наблюденіямъ.

Служатъ ли *національныя и этноложическія* особенности а также и *профессіональныя занятія*, предрасполагающими причинами въ болѣе широкому распространенію аппендицитовъ, мы до сихъ поръ имѣемъ весьма скудныя, и подчасъ, разнорѣчивыя свѣдѣнія. Разсуждая а priori, нельзя конечно не сомнѣваться въ томъ, что аппендикитъ, какъ и многія другія формы заболѣванія, имѣютъ свое разнообразное, географическое распространеніе. Способы питанія, привычки, обычаи, нравы, однородный укладъ жизни для данной мѣстности и данной группы населенія могутъ всегда служить положительными или отрицательными условіями, для происхожденія извѣстныхъ заболѣваній. Такъ напримѣръ, по мнѣнію одного наблюдателя, въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Франціи, частое заболѣваніе аппендикитомъ обязано будто бы существующему среди населенія обычаю непомѣрно злоупотреблять слабительными средствами. Lucas—Championnier ²⁰⁾ напротивъ объясняетъ, что аппендикитъ, въ новѣйшее время, сталъ распространяться потому, что теперь оставленъ старый обычай, отъ времени до времени искусственно опоражнивать кишечникъ, что и служило въ прошлое, старое время хорошимъ средствомъ для урегулированія излишествъ въ діетѣ. По мнѣнію Киммеля ²¹⁾ весьма существенное значеніе, для происхожденія аппендита, имѣетъ чрезмѣрное употребленіе мясной пищи.

„Нельзя, говорить онъ, считать случайнымъ то явленіе, что въ Америкѣ, Англіи и Сѣверной Германіи, а также въ Гамбургѣ, гдѣ рядомъ съ обильнымъ употребленіемъ мясной пищи, довольно сильно распространена болѣзнь червеобразнаго отростка, и въ особенности среди зажиточныхъ слоевъ населенія, гораздо чаще чѣмъ въ Южной Германіи“. Французскій военный врачъ Шовель доложилъ въ Парижской медицинской академіи, что аппендицитъ за послѣдніе 6 лѣтъ увеличился въ арміи въ 4 раза, противъ прежняго числа. При этомъ онъ отмѣтилъ фактъ, что во Француз. войскахъ, расположенныхъ въ Алжирѣ и Тунисѣ, аппендицитъ на половину рѣже встрѣчается, чѣмъ въ войскахъ, расквартированныхъ во Франціи. Мало того, туземцы солдаты въ 5 разъ меньше подвержены заболѣванію аппендицитомъ, чѣмъ присланные войска изъ Франціи. Шовель объясняетъ это явленіе тѣмъ, что негры, питающіеся больше растительной, пищей меньше подвержены этому заболѣванію. Lucas — Championnier²²⁾ указалъ на составленную въ Румыніи статистику, по которой на 22000 больныхъ сельскихъ обывателей, питающихся исключительно растительной пищей, встрѣчается всего одинъ случай аппендицита; между тѣмъ какъ среди городскихъ обывателей, питающихся преимущественно мясной пищей, одно заболѣваніе встрѣчается на 221 больного. Зоненбургъ, предостерегая отъ увлеченія различными ходячими мнѣніями, между прочимъ ссылается на то разнорѣчіе, которое обнаружилось по отношенію къ распространенности аппендицита въ Японіи. Одно время утверждалось что Японцы, благодаря тому, что питаются рисомъ, вовсе не воспримчивы къ заболѣваніямъ. По новѣйшимъ весьма обстоятельнымъ изслѣдованіямъ, на оборотъ оказывается, что аппендицитъ имѣетъ весьма широкое распространеніе въ Японіи.

Что же касается вопроса о томъ присуща ли извѣстнымъ расамъ и націямъ большая или меньшая воспримчивость къ заболѣванію отростка, то анатомическихъ основаній для этого пока не имѣется. Если же сослаться на широкое распространеніе аппендицита въ Америкѣ; то это какъ разъ говоритъ противъ расовой воспримчивости; такъ какъ Американское населеніе представляетъ собою пеструю смѣсь всевозможныхъ національностей и расъ.

О вліяніи профессиональных занятій на частоту появленія аппендицитовъ до сихъ поръ существуютъ однѣ только гипотетическія указанія. Давнишніе врачи какъ Дюипитренъ увѣрялъ, что красильщики и маляры будто бы чаще болѣютъ воспаленіемъ слѣпой кишки. Имѣются также указанія на связь свинцоваго отравленія съ аппендицитомъ, но эти указанія болѣе гадательны.

Объ инородныхъ тѣлахъ, какъ объ одной изъ причинъ воспаленія червеобразнаго отростка, трактовалось въ прежнихъ руководствахъ

чуть ли не на первомъ мѣстѣ. Не только клиницисты, но даже и анатомы всегда, при описаніи червеобразнаго отростка, не упускали случая, что бы не упомянуть при этомъ о различныхъ инородныхъ тѣлахъ, которыя будто бы служатъ причиной заболѣванія отростка. Объяснялось прежде это явленіе тѣмъ, что инородныя тѣла, какъ: булавки, гвозди, кости et cetera прокалываютъ стѣнки аппендикса и вызываютъ ограниченные или диффузные воспалительные процессы. Круглыя же инородныя тѣла, по прежнимъ понятіямъ, оказывали менѣе разрушительное вліяніе на стѣнки отростка, пока эти круглыя тѣла не сдѣлались ядромъ для наслоенія каловыхъ массъ, ведущихъ къ образованію воспалительнаго фокуса. Новѣйшими же наблюденіями, собранными при вскрытіи умершихъ отъ другихъ разнообразныхъ болѣзней, мнѣніе объ особенномъ этиологическомъ значеніи инородныхъ тѣлъ не подтверждается. При томъ громадномъ числѣ аппендицитовъ, которые наблюдались въ послѣднее время, число попадавшихъ инородныхъ тѣлъ можетъ считаться сравнительно весьма ничтожнымъ. Такъ изъ 1600 произведенныхъ Mitchell'емъ вскрытій умершихъ, отъ огнестрѣльныхъ ранъ, травматическихъ поврежденій, нефритовъ, алкоголизма и другихъ болѣзней, найдено всего на 18 трупахъ разнаго рода инородныя тѣла какъ: виноградныя зерна, мелкіе гвозди, орѣховую скорлупу и твердыя каловыя массы²³⁾. Тѣмъ не менѣе однакоже, не смотря на присутствіе инородныхъ тѣлъ, въ червеобразномъ отросткѣ не найдено никакихъ измѣненій, которыя бы указали на какой нибудь воспалительный процессъ. Нельзя также не упомянуть здѣсь о циркулировавшемъ мнѣніи, что причиной воспаления червеобразнаго отростка являются мелкіе осколки, отскакивающіе отъ эмалированной посуды, и которые, попадая въ отростокъ, вызываютъ воспаление его. Но Киммель²⁴⁾, на основаніи своего обильнаго матеріала, изъ 1000 аппендицитовъ, отвергаетъ значеніе этой причины. Да и другіе патолого-анатомы, изслѣдовавшіе при вскрытіяхъ послѣдно червеобразный отростокъ, не находили этихъ осколковъ. Противъ приведенной причины говорить еще тотъ фактъ, что аппендициты часто встрѣчаются среди зажиточныхъ классовъ населенія, гдѣ обыкновенно употребляется посуда лучшаго качества. При настоящихъ возрѣніяхъ на сущность болѣзненнаго процесса, надо полагать, что въ прежнее время придавали инороднымъ тѣламъ переувеличенное значеніе. Переувеличиваніе это отчасти зависѣло также и отъ того, что каловые камни не были еще такъ тщательно изслѣдованы, благодаря чему каловые камни легко смѣшивались съ инородными тѣлами. Sprengel увѣряетъ, что, не смотря на большое число оперированныхъ имъ аппендицитовъ, ему ни разу не пришлось встрѣтить инородныя тѣла въ отросткѣ.

Изъ цѣлаго ряда болѣзнетворныхъ причинъ, способствующихъ заболѣванію червеобразнаго отростка, *каловые камни* приковывали къ себѣ особенное вниманіе всѣхъ изслѣдователей. Каловые камни не переставали быть предметомъ наблюденія, и изученія во всевозможныхъ направленіяхъ, сначала прошлаго столѣтія до нашихъ дней. Изслѣдовалась форма ихъ, химическій составъ, микроскопическое строеніе, заимствованы изъ ветеринаріи различныя данныя относительно образованія каловыхъ камней въ кишечникѣ травоядныхъ и плотоядныхъ. Составлялись различныя теоріи и гипотезы объ условіяхъ ихъ сформированія, въ связи съ инородными тѣлами и безъ оныхъ. Причина особенно бдительнаго вниманія и отношенія врачей къ этому вопросу объясняется не иначе какъ фактомъ наиболѣе частаго находженія каловыхъ камней въ различныхъ стадіяхъ заболѣванія аппендикса, а въ особенности потому, что каловые камни попадались при операціяхъ, во время аппендикулярныхъ атакъ и приступовъ несравненно чаще, чѣмъ при вскрытіяхъ вообще, а также и при ляпоротоміяхъ, произведенныхъ для другихъ цѣлей. У Шпренгеля приведена статистика, довольно наглядно подтверждающая только что приведенное объясненіе. Такъ Ribert, при своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ, насчиталъ на 400 труповъ присутствіе каловыхъ камней только у 38 т. е. около 10%, Зудзуки на 500 труповъ всего нашелъ 4 каловыхъ камня, или около 1%. Шпренгель, при изслѣдованіи 98 труповъ, наткнулся всего одинъ разъ на каловый камень, тоже около 1%. Напротивъ, прислучаяхъ оперированныхъ во время аппендикулярныхъ приступовъ, найдено:

Talamon	—760
Renvers	—459
Matterstock	—146
Kraft	—106
Herzog	—41
Fitz	—100
Walis	—100
Bryans	—141
Morison	—141
Murphy	—141.

Всего зарегистрировано приблизительно около 2000 случаевъ, при которыхъ среднимъ числомъ найдено каловыхъ камней, въ количествѣ 50%. У Шпренгеля въ 150 случаяхъ оперированныхъ, во время острыхъ приступовъ аппендицита, найдены каловые камни 73 раза, также около 50%. Такимъ образомъ, на основаніи этихъ цифръ можно сказать, что каловые камни по даннымъ Ribert-а въ 5 разъ, а по даннымъ Зудзуки и Шпренгеля въ 50 разъ чаще встрѣчается, при заболѣваніяхъ отростка, чѣмъ въ организмахъ субъек-

товъ, не страдавшихъ аппендицитомъ. Для рѣшенія вопроса о томъ, вызываютъ ли каловые камни болѣзнь непосредственно или только содѣйствуетъ развитію ея, Шпренгель на собственномъ матеріалѣ пытался распредѣлять случаи, оперированные въ ранней и поздней стадіи болѣзни и приходитъ къ тому заключенію, что вопросъ о томъ, могутъ ли каловые камни сами по себѣ вызывать аппендицитъ, надо считать еще открытымъ. Прислушиваясь къ цѣлому ряду мнѣній, высказанныхъ по этому поводу въ обширной литературѣ, получается впечатлѣніе, что каловые камни представляютъ собою по выраженію Ростовцева какой то *circulus vitiosus*. По мнѣнію однихъ, каловые камни развиваются на почвѣ уже заболѣвшей слизистой оболочки. И не далѣе, какъ въ Мартѣ этого года, въ собраніи врачей въ Берлинѣ, поддерживалось мнѣніе, что разъ мы находимъ каловой камень въ отросткѣ, то можно быть увѣреннымъ, что воспалительный процессъ ему предшествовалъ. По мнѣнію же другихъ излѣдователей, каловые камни своимъ присутствіемъ вызываютъ узору слизистой оболочки и затѣмъ уже явленія дальнѣйшаго воспалительнаго процесса въ аппендиксѣ. Кромѣ того, рядъ авторовъ, придерживающихся теоріи Talamon—Dieulafoy приписываетъ каловымъ камнямъ главнымъ образомъ механическое вліяніе, состоящее въ закупоркѣ просвѣта червеобразнаго отростка съ образованіемъ явленій ретенціоннаго характера такъ назыв. *Cavite close* со всѣми неблагоприятными отъ этого послѣдствіями. Въ виду того, что вопросъ о патогенетической роли каловыхъ камней считается еще далеко не рѣшеннымъ, будемъ надѣяться, что общество наше, при дальнѣйшей разработкѣ также, отнесется съ должнымъ вниманіемъ къ нему; тѣмъ болѣе, что оперативная помощь теперь гораздо чаще примѣняется въ ранней стадіи и *status nascendi* болѣзни отростка становится болѣе доступнымъ для изслѣдованія.

О патогенетической роли *кишечныхъ паразитовъ*, при заболѣваніи червеобразнаго отростка, стали говорить сравнительно лишь съ недавняго времени. О случаяхъ нахожденія глистъ въ полости брюшины и червеобразномъ отросткѣ уже давно было извѣстно, чуть ли не съ 18 столѣтія. Патолого-анатомы находили ихъ при вскрытіяхъ, а хирурги при своихъ операціяхъ, въ области слѣпой кишки. Мечниковъ ²⁵⁾ приводитъ случай, описанный Беккерелемъ, который при вскрытіи ребенка нашелъ въ полости брюшины нѣсколько струнцовъ, изъ нихъ два струнца были ущемлены въ прободенной верхушкѣ отростка. Давэнъ опубликовалъ случай выходженія чрезъ изъвлеченный отростокъ 47 струнцовъ. Штиль на вскрытіяхъ 200 дѣтей, старше 12-ти лѣтъ, нашелъ острицъ у 38, изъ нихъ у 25 субъектовъ, острицы находились въ отросткѣ. Военный врачъ Моти встрѣчалъ не рѣдко острицъ при воспаленіяхъ чер-

веобразнаго отростка. Франсіэ, Морковитинъ ²⁶⁾, сообщили о случаяхъ нахожденія многочисленныхъ живыхъ острицъ въ отросткѣ, удаленномъ, вслѣдствіе рецидивирющаго воспаленія. Guinard при операціяхъ аппендицита а froid, вслѣдствіе нѣсколькихъ повторныхъ приступовъ, нашелъ въ отросткѣ trichocephalus, длиною въ $2\frac{1}{2}$ сантиметра. Вопросъ о томъ, какимъ образомъ глисты становятся причиной воспаленія червеобразнаго, отростка объяснялся различно. Первоначально вліянію глистъ приписывалось одно только механическое дѣйствіе, путемъ раздраженія кишечныхъ стѣнокъ своимъ присутствіемъ, на подобіе другимъ инороднымъ тѣламъ, попадающимъ случайно въ отростокъ Schiller на основаніи нѣсколькихъ случаевъ, изъ Гейдельбергской клиники, предполагаетъ, что глисты имѣютъ этиологическое значеніе потому, что онѣ замыкаютъ входъ въ отростокъ и образуютъ такъ называемую Cavity close (замкнутую полость, по теоріи Деляфуа). Но по изслѣдованіямъ Мечникова и Жирара, а также и съ опубликованіемъ цѣлой серіи клиническихъ наблюденій надъ глистогоннымъ леченіемъ больныхъ, при аппендикулярныхъ приступахъ, понятіе объ этиологической роли глистъ стало нѣсколько шире. Для того, чтобы получилось воспаленіе отростка, недостаточно по позднѣйшему пониманію, одного присутствія глистъ въ отросткѣ, а необходимы еще при этомъ: нарушеніе цѣлости слизистой оболочки, наличность болѣзнетворныхъ бактерий и благопріятныя для ихъ развитія условія, при отсутствіи которыхъ явленія аппендицита не могутъ наступать.

Первый случай, побудившій Мечникова считать глистъ патогенетическимъ факторомъ, при воспаленіи червеобразнаго отростка, былъ слѣдующій. У одного изъ его друзей, у врача бактериолога заболѣла 19 лѣтняя дочь приступами боли, въ области слѣпой кишки. Въ теченіи 11 мѣсяцевъ, больная перенесла 6 приступовъ: послѣдній приступъ сопровождался лихорадочнымъ движеніемъ. Приглашенные извѣстные клиницисты діагностировали у больной аппендицитъ и совѣтовали послѣпить съ операціей. Мечниковъ впервые изслѣдовалъ микроскопически испражненія больной, при чемъ получилось много яицъ струнца и Trichocephali. Немедленно было приступлено къ глистогонному леченію и больная поправилась безъ всякой операціи. Послѣ того, въ теченіе $4\frac{1}{2}$ года, ко времени доклада Мечникова, у больной не было никакихъ рецидивовъ. Мечниковъ объясняетъ процессъ тѣмъ, что глисты своими ползучими движеніями, вызываютъ гиперемію и разрыхленіе слизистой оболочки, послѣ чего образуются ссадины, отслойка эпителій и такимъ образомъ создаются открытыя ворота, для прививки и проникновенія болѣзнетворныхъ бактерий. Вслѣдъ за этимъ случаемъ, Мечникову еще приходилось наблюдать аналогическіе случаи, гдѣ

предварительно производилось микроскопическое изслѣдованіе испражнений больныхъ, на присутствіе яицъ круглыхъ глисть, и послѣ примѣненія противоглистнаго лѣченія, аппендикулярные приступы превращались. Изъ 17 случаевъ, предполагаемаго аппендицита, въ 12 найдены Мечниковымъ яйца круглыхъ глисть въ испражненияхъ. Эпидемическое появленіе аппендицита въ закрытыхъ учебныхъ заведеніяхъ, Мечниковъ также объясняетъ глистами. Изслѣдованія экскрементовъ Delsmith'омъ на присутствіе глисть, давали положительные результаты у 18 изъ 21 больного, страдавшаго аппендицитомъ. Ростовцевъ не раздѣляетъ однако мнѣнія Мечникова и другихъ относительно роли паразитовъ въ происхожденіи аппендицита и считаетъ глисть случайной находкой въ аппендиксѣ, ссылаясь при этомъ на рядъ мало доказывающихъ, казуистическихъ случаевъ. Что же касается клиническихъ явленій аппендикулярныхъ приступовъ въ случаяхъ описанныхъ Мечниковымъ, а равно и того терапевтическаго эффекта, который получался отъ глистогонныхъ средствъ, то Ростовцевъ сомнѣвается въ томъ, было ли въ этихъ случаяхъ дѣйствительное воспаленіе аппендикса, или какая нибудь особенная форма *Helmentiasis*, которая могла симулировать аппендицитъ. Ростовцевъ дѣлаетъ лишь ту уступку и соглашается, что мысль о глистахъ имѣетъ несомнѣнный интересъ для дифференціальной діагностики. Здѣсь также не лишне отмѣтить, что авторы, не признающіе вліянія глисть, указываютъ между прочимъ на Алжирію, гдѣ чаще всего встрѣчается *Helmentiasis*, а воспаленіе червеобразнаго отростка встрѣчается весьма рѣдко. Не такъ категорически высказывается по этому вопросу Sprengel. Придавая существенное значеніе микроскопическому изслѣдованію испражнений при аппендицитахъ, и анализируя цѣлый рядъ мнѣній о томъ, могутъ ли или не могутъ глисты непосредственно разрушать стѣнки отростка, Sprengel допускаетъ возможность, что подъ вліяніемъ кишечныхъ паразитовъ, можетъ появиться воспаленіе червеобразнаго отростка въ легкой формѣ т. наз. *appendicitis simplex*. Hansmann ²⁷⁾ по поводу этиологическаго значенія глисть при аппендицитѣ, высказалъ слѣдующее: „Съ тѣхъ поръ какъ вопросъ о глистахъ появился въ литературѣ, я имѣлъ возможность разсматривать нѣсколько сотъ червеобразныхъ отростковъ и мнѣ всего одинъ разъ пришлось встрѣтить *Oxyuris vermicularis* въ отросткѣ человѣка, а другой разъ у орангъ-утанга, котораго я вскрывалъ въ зоологическомъ саду, и у котораго нашелъ *Trichocephalus*. Въ обоихъ случаяхъ червеобразный отростокъ былъ совершенно здоровъ, и больше я не встрѣчалъ кишечныхъ паразитовъ; поэтому я могу утверждать, что глисты ни коимъ образомъ не служатъ причиной аппендицита“.

Для всесторонняго разбора этиологии аппендицита, нельзя также не принимать во вниманіе нѣкоторыхъ другихъ, такъ называемыхъ случайныхъ причинъ, съ которыми приходится сталкиваться у кровати больного. Опѣнку этихъ случайныхъ причинъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, приходится строить на основаніи анамнестическихъ данныхъ, собираемыхъ со словъ самихъ больныхъ и ихъ окружающихъ. Само собою разумѣется, что эти данныя строго научнаго значенія не могутъ имѣть. Къ случайнымъ причинамъ относятся *простуда*, *травма*, острое и хроническое *разстройство* пищеварительныхъ функцій. Что касается простуды, то она представляетъ для насъ слишкомъ неопредѣленное понятіе и у насъ не имѣется точныхъ, научно обоснованныхъ, представленій о томъ, какимъ образомъ простуда вызываетъ тотъ или другой патологическій процессъ въ отросткѣ, хотя нельзя не отмѣтить, что въ литературѣ имѣются также нѣкоторыми попытки къ объясненію вліянія простуды на заболѣваніе червеобразнаго отростка. Такъ напримѣръ, Rochaz представляетъ себѣ эту связь такимъ образомъ; что подъ вліяніемъ простуды усиливается будто бы кишечная перистальтика, которая загоняетъ каловыя массы въ аппендиксъ и этимъ якобы вызывается процессъ. Anghel объясняетъ этиологическое значеніе простуды тѣмъ, что нѣкоторыя дремлющія колоніи бактерій, находившихся въ латентномъ состояніи, оживаютъ и становятся болѣе вирулентными. Но подобныя теоретическія объясненія пока могутъ быть причислены къ области не точно обоснованныхъ гипотезъ.

Гораздо больше указаній имѣется во врачебной литературѣ относительно этиологической роли травмы въ происхожденіи аппендицита. Указанія эти подкрѣпляются даже нѣкоторыми статистическими данными. Такъ, Neumann ²⁸⁾ на 152 случая аппендицита насчитываетъ 10 случаевъ, происшедшихъ вслѣдствіе травмы. Надо замѣтить, что Нейманъ, въ собранномъ имъ матеріалѣ, остановился только на тѣхъ случаяхъ, которые могли быть проверены во время операціи, или на секціонномъ столѣ. При разборѣ этихъ случаевъ, онъ пришелъ къ тому заключенію, что травма выражалась въ томъ, что каловые камни, подъ вліяніемъ какаго нибудь усиленнаго сотрясенія, или даже одного давленія брюшнаго прессы, могутъ способствовать нарушенію цѣлости слизистой оболочки въ аппендиксѣ. Fiz насчитываетъ въ своей статистикѣ 10% случаевъ, выпадающихъ на долю травматическихъ причинъ аппендицита. Fürbringer ²⁹⁾ собралъ довольно подробную литературу о перитифлитахъ, травматическаго происхожденія, и при этомъ остановился на той мысли, что червеобразный отростокъ, въ присутствіи каловыхъ камней и другихъ инородныхъ тѣлъ, можетъ подвергнуться воспаленію и прободенію, вслѣдствіе ушибовъ или какиихъ нибудь уси-

ленныхъ напряженій. Конечно, самое точное понятіе о патогенезѣ травмы получилось бы тогда, если бы удавалось наблюдать патологическую картину, наступившую въ отросткѣ, непосредственно послѣ травмы. Изъ наблюдений въ этомъ смыслѣ имѣется только *unicum* въ литературѣ, это случай Ладинскаго, указавшій на непосредственное вліяніе травмы въ области червеобразнаго отростка; а именно, у 11 лѣтнаго ребенка, при паденія съ лѣстницы, получился разрывъ аппендикулярной брижѣйки съ обильнымъ внутрибрюшиннымъ кровоизліяніемъ, констатированнымъ чрезъ 40 часовъ послѣ полученнаго поврежденія. Вопреки этому единственному случаю Ладинскаго, авторы, при оцѣнкѣ этиологическаго значенія травмы, все-таки кладутъ въ основу тотъ фактъ, что травма становится этиологическимъ факторомъ лишь тогда только, когда ей предшествуетъ аномальное состояніе червеобразнаго отростка. Зонненбургъ³⁰⁾ на послѣднемъ собраніи врачей въ Берлинѣ также держится того взгляда, что травма, какъ случайная причина, можетъ вызвать только обострѣніе хронически—протекающаго страданія отростка. Точное выясненіе этиологическаго значенія травмы чрезвычайно важно также въ судебно-медицинскомъ отношеніи, гдѣ врачу-эксперту приходится рѣшать въ каждомъ данномъ случаѣ, причину послѣдовавшей смерти отъ травматическаго перитифлита, въ зависимости отъ состоянія отростка, до произшедшей травмы. Затрудненіе, при строго объективномъ рѣшеніи вопроса, заключается именно въ томъ, что за ничтожной травмой можетъ послѣдовать весьма бурное, интензивное заболѣваніе отростка, зависящее отъ того или другого состоянія отростка и ведущаго тѣмъ не менѣе къ летальному исходу. Приведенное воззрѣніе на этиологическое значеніе травмы можетъ также имѣть нѣкоторое успокоивающее вліяніе на любителей спорта, и въ особенности на велосипедистовъ, среди которыхъ въ послѣднее время распространился слухъ, о томъ, что ѣзда на велосипедѣ будто бы часто вызываетъ воспаленіе червеобразнаго отростка травматическаго характера. Источникомъ этого слуха, по всей вѣроятности, послужили нѣкоторые отдѣльные случаи совпаденія заболѣванія червеобразнаго отростка съ ѣздой на велосипедѣ. Предостереженіе отъ ѣзды на велосипедѣ имѣетъ правда профилактическое значеніе, но лишь только для тѣхъ, которые перенесли аппендикулярный приступъ и слѣдовательно одержимы хроническимъ страданіемъ червеобразнаго отростка.

Несравненно чаще чѣмъ травма встрѣчаются тѣ случайныя причины аппендицита, которыя являются вслѣдствіе нарушенной функціональной дѣятельности всего пищеварительнаго тракта или отдѣльныхъ частей его. Авторы, сплошъ и рядомъ, при описаніи клинической картины и теченія аппендицита, очень часто отмѣча-

ють то или другое состояніе кишечника. Было бы не логично думать, что при общемъ ненормальномъ отправленіи кишечника, червеобразный отростокъ можетъ оставаться не тронутымъ и безучастнымъ; скорѣе всего надо предполагать, что всякій патологическій процессъ, разыгрывающійся въ цѣломъ пищеварительномъ каналѣ, отражается непременно въ аппендиксѣ, въ болѣе интенсивной формѣ, въ силу его анатомическихъ особенностей. Очень можетъ быть, что послѣ многихъ случаевъ заболѣванія желудочно-кишечнаго тракта остаются въ аппендиксѣ измѣненія въ формѣ, атрофіи слизистой оболочки, рубцовъ и частичной облитераціи просвѣта, задерживающей правильное передвиженіе соковъ. Подобныя измѣненія въ отросткѣ нерѣдко остаются не распознанными для клиническихъ наблюдателей; такъ какъ больные относительно выдоравливаются, до появленія новаго аппендикулярнаго взрыва съ болѣе серіозными осложненіями. Ростовцевъ ³¹⁾ и многіе другіе отмѣчали на своемъ матеріалѣ сколько разъ они встрѣчали запоръ, поносъ и вообще ненормальное отправленіе кишечника у наблюдавшихся ими больныхъ и получился при этомъ довольно значительный процентъ нарушеннаго пищеваренія. Зонненбургъ также держится того взгляда, что червеобразный отростокъ всегда принимаетъ болѣе или меньшее участіе въ страданіяхъ другихъ отдѣловъ кишечника и что, въ силу анатомическихъ особенностей отростка, всякое катарральное страданіе кишечника локализуется въ аппендиксѣ болѣе интенсивно и можетъ перейти къ острому аппендициту. Воас въ своемъ клиническомъ очеркѣ хроническаго аппендицита, касаясь этиологіи его утверждаетъ, что причиной этого страданія могутъ быть различныя катарры толстыхъ кишокъ. Французскіе авторы находятъ также причинную связь между перепончатымъ коллитомъ и аппендицитомъ. Lucas—Championnier говоритъ о чрезмѣрномъ наполненіи кишечника каловыми массами, какъ объ одномъ изъ причинныхъ моментовъ, вызывающихъ воспаленіе червеобразнаго отростка. Шпренгель описывая 6 аппендикулярныхъ приступовъ, которые онъ самъ перенесъ въ теченіи 9 мѣсяцевъ, отмѣчаетъ, что всякій разъ, приступу предшествовала какая нибудь погрѣшность въ той строгой діетѣ, которую онъ вынужденъ былъ наблюдать. Вышеупомянутые факты о преобладаніи аппендицитовъ среди городского населенія, живущаго сравнительно съ сельскими обывателями, менѣе правильно, въ смыслѣ соблюденія діеты, также несомнѣнно намекаютъ намъ на зависимость воспаленія отростка отъ общаго состоянія пищеварительнаго акта. Масса казуистическихъ случаевъ, подробно описанныхъ въ спеціальныхъ трудахъ Ростовцева и Шпренгеля, и которые, я считаю лишнимъ здѣсь цитировать, чтобы не утомлять Вашего вниманія, указываютъ намъ несомнѣнно на весьма

близкую связь и зависимость аппендицита отъ страданій различныхъ отдѣловъ пищеварительнаго тракта. Но признавая эту связь, не слѣдуетъ упускать изъ виду и другой стороны медали, а именно, что имѣется рядъ другихъ наблюдений, съ очевидностью указавшихъ на то, что общія страданія кишечника могутъ быть вторичными, какъ осложненіе аппендицита. Дифференціальное распознаваніе этихъ случаевъ бываетъ верѣлю весьма затруднительнымъ и подчасъ для самого опытнаго практика. Подобнаго рода этиологическая загадка диктуетъ намъ обще-врачебный практическій, моральнаго свойства, призывъ во всѣхъ, трудныхъ для индивидуализированія случаяхъ, не слѣдуетъ уклоняться отъ консультативнаго, коллегіальнаго обсужденія, а по возможности скорѣе прибѣгать къ нему и подобное *благочестивое желаніе* слѣдовало бы также подчеркнуть при дальнѣйшей разработкѣ, нашимъ обществомъ вопроса объ аппендицитѣ.

Если относительно вышеперечисленныхъ этиологическихъ агентовъ, способствующихъ къ заболѣванію червеобразнаго отростка, мнѣнія наблюдателей расходятся и теперь можно сказать почти оставлены, вслѣдствіе непостояннаго присутствія этихъ агентовъ въ больномъ отросткѣ, то въ непосредственномъ участіи различныхъ болѣзнетворныхъ бактерій, при заболѣваніи отростка, едва ль кто теперь сомнѣвается, въ особенности, если примемъ во вниманіе, что теперь даже сосчитано, сколько миллиардовъ бактерій выделяется ежедневно кишечникомъ. Все равно, говорятъ намъ бактериологическія изслѣдованія, какія бы не были предрасполагающія причины, имѣются ли инородныя тѣла, каловые камни, глисты *et cetera*, въ концѣ концовъ, всетаки ближайшей причиной, вызывающей аппендицитъ, будетъ главнымъ образомъ наличное присутствіе, участіе патогенныхъ микробовъ, ихъ активное, біологическое вліяніе, разрушающее такъ или иначе стѣнки червеобразнаго отростка и создающее ту картину болѣзни, которая называется аппендицитомъ. Но съ понятіемъ о вездесущіи микробовъ, болѣзнетворная роль ихъ при аппендицитѣ далеко еще не выяснена. Конечно, при специфическихъ формахъ заболѣванія аппендикса, какъ напримѣръ при туберкулезѣ, актиномикозѣ, тифѣ, всегда встрѣчаются соответствующіе болѣзнетворные микробы—спутники, но относительно другихъ, не специфическихъ бактерій извѣстно, что вирулентность ихъ бываетъ не всегда одинаковая и разрушительное вліяніе, вырабатываемыхъ ими ядовъ, зависитъ отъ разнообразныхъ анатомо-фізіологическихъ условій и другихъ патологическихъ процессовъ, совершающихся въ пищеварительномъ каналѣ. Въ виду спеціального характера вопроса объ условіяхъ той или другой вирулентности бактерій, будемъ надѣяться, что сѣвдѣніями объ этомъ подѣлятся съ нами другіе члены нашего общества. Я лишь позво-

лю себѣ коснуться факта періодическаго наростанія случаевъ аппендицита, а также и эпидемичности его.

Во многихъ работахъ, трактовавшихъ объ аппендицитѣ, ставится вопросъ о томъ, какимъ образомъ слѣдуетъ этиологически понимать прогрессивное наростанія числа аппендицитовъ, за послѣдніе 20 лѣтъ. Такъ напр., въ Пруссіи, въ теченіе 3-хъ лѣтъ, съ 1903 года по 1906 годъ, число наблюдавшихся врачами аппендицитовъ удвоилось, съ 8000, въ 1903 году получилось 16000, въ 1906 году. Зависитъ ли это явленіе отъ того, что аппендицитъ можетъ считаться новою болѣзней, *sui generis*, развивающейся на почвѣ разнообразныхъ условій новѣйшей культуры, со всѣми ея отрицательными факторами, вредно влияющими на здоровье современнаго человѣка, или аппендицитъ имѣетъ какую нибудь особенную, прежде не замѣченную, связь съ различными инфекціонными заболѣваніями, принимающими отъ времени до времени эпидемическій характеръ, какъ гриппъ, ангина, корь, скарлатина и т. п. или наростаніе случаевъ аппендицита только кажущееся, вслѣдствіе того, что методы врачебнаго распознаванія теперь болѣе усовершенствованы, а также въ зависимости отъ болѣе сознательнаго отношенія людей къ вопросамъ своего здоровья, и по этому чаще обращаются за раціональной врачебной помощью; или наконецъ не зависитъ ли учащеніе аппендицитовъ отъ свойственнаго врачамъ увлеченія, которое часто проявляется не только въ терапіи, но и въ этиологіи и діагностикѣ, находитъ какую нибудь модную болѣзнь тамъ, гдѣ ея вовсе не существуетъ. На постановленной только что вопросъ, мы имѣемъ во врачебной литературѣ весьма разнообразныя толкованія, основанныя не всегда на большомъ числѣ фактовъ, наблюдавшихся, кромѣ того еще, съ примѣсю нѣкоторой субъективной впечатлительности. Такъ напримѣръ, современнымъ культурно-бытовымъ условіямъ придается особенное этиологическое значеніе, со стороны Англійскихъ и Американскихъ врачей. W. J. Tyson ³²⁾ разбирая вопросъ о наростаніи аппендицита въ Folkston'скомъ госпиталѣ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Въ 80 годахъ прошлаго столѣтія небыло вовсе аппендицитовъ, а они, по его мнѣнію, вѣроятно фигурировали подъ діагнозомъ перитонита. Съ 1893 года по 1904 годъ, частота аппендицита выразилась слѣдующимъ образомъ. Въ началѣ этого періода 1 аппендицитъ встрѣчался на 100 больныхъ, а къ началу 1905 года уже 1 аппендицитъ встрѣчался на 26 поступленій. Ближайшимъ этиологическимъ моментомъ, Tyson считаетъ кишечную бактерію *Bacterium coli com*, которая пріобрѣтаетъ особенную вирулентность подъ влияніемъ нарушенныхъ функцій кишечника. Повидимому, пр бавляетъ Tyson, аппендицитъ—это дитя цивилизаціи. Цвѣтныя расы рѣдко страдаютъ этой болѣзней, напротивъ бѣлое населеніе Сѣверной Америки очень часто подвержено ей. Негры

же въ этой странѣ вовсе не имѣютъ этой болѣзни (?) Англичане, послѣ занятія Египта, только чрезъ 15 лѣтъ заполучили, для наблюденія, первый случай аппендицита. Главною причиною аппендицита Tyson считаетъ обстипацію и накопленіе непереваримыхъ фекальныхъ массъ въ кишечномъ каналѣ. Не даромъ говорить онъ старинные врачи настаивали на поддержаніе правильнаго опоражниванія кишечника. Восточные народы, по его мнѣнію, рѣдко страдаютъ аппендицитомъ потому, что у нихъ существуетъ какая то особенная боязнь и даже отвращеніе къ запорамъ. Для характеристики возрѣній восточныхъ народовъ на запоръ, не могу также не привести здѣсь изрѣченія, которое запомнилось мнѣ изъ Вавилонскаго Талмуда, что хорошая дефекація можетъ считаться частицею рая и что по восточнымъ, строго религіознымъ понятіямъ, не слѣдуетъ даже приступать къ утренней молитвѣ, не совершивъ предварительно дефекаціи. Кромѣ запоровъ, Англійскій хирургъ Treves ³³⁾ увѣряетъ, что у больныхъ, страдающихъ воспаленіемъ червеобразнаго отростка, онъ очень часто наблюдалъ каріозность или отсутствіе коренныхъ зубовъ, вслѣдствіе чего не пережеванная надлежащимъ образомъ пища поступаетъ въ слѣпую кишку и застаиваясь здѣсь вызываетъ раздраженіе и послѣдовательное воспаленіе аппендикса. Большимъ подспорьемъ для распространенія аппендицита служитъ современный алкоголизмъ и употребленіе, въ большихъ населенныхъ центрахъ, всевозможныхъ консервовъ и мясныхъ продуктовъ, долго хранящихся на ледникахъ, а въ особенности *нестественное кормленіе* дѣтей разными, искусственными продуктами, подготовляющее большой контингентъ субъектовъ, страдающихъ, хроническимъ катарромъ желудка и кишки и послѣдовательно аппендицитомъ. Не мало также способствуетъ разстройству пищеварительныхъ функций, неправильная *работа* брюшного пресса, который, при современныхъ условіяхъ дефекацій, принимаетъ весьма незначительное участіе въ этомъ дѣлѣ. Только что приведенныя соображенія имѣютъ конечно извѣстную долю логической вѣроятности, но онѣ не могутъ считаться рѣшающими, чтобы ими главнымъ образомъ объяснить нарастаніе числа заболѣваній червеобразнаго отростка въ различныхъ слояхъ населенія. Вопросъ о томъ, является ли воспаленіе червеобразнаго отростка продуктомъ или спутникомъ какой либо общей инфекціи, также обсуждался во врачебной литературѣ, за послѣдніе 10—12 лѣтъ, весьма усердно, путемъ самыхъ разнообразныхъ приемовъ, статистическихъ, экспериментальныхъ методовъ изслѣдованій, а также путемъ многочисленныхъ клиническихъ наблюденій. Но нельзя опять таки сказать, что рѣшеніе этого вопроса выразилось точными и безапелляционными выводами. Периодическое нарастаніе случаевъ аппендицита далъ поводъ Reyer-son-у ³⁴⁾ и проф.

Голубеву ³⁵), еще въ 1896 году, провозгласить мнѣніе о томъ, что аппендицитъ представляет собою самостоятельную генуинную, инфекціонную болѣзнь, принимающую отъ времени до времени эпидемическій характеръ. „Въ большинствѣ случаевъ, говоритъ профессоръ Голубевъ, воспаленіе червеобразнаго отростка есть заразная болѣзнь *sui generis*, присущая червеобразному отростку также, какъ *angina follicularis* присуща миндалевиднымъ железамъ, какъ дизентерія присуща толстымъ кишкамъ. Признавая аппендицитъ самостоятельной инфекціонной болѣзью, легко объяснить, почему аппендицитъ часто развивается при нормальномъ анатомическомъ состояніи отростка, при отсутствіи каловыхъ камней, инородныхъ тѣлъ и т. п. подобно тому, какъ дизентерія проявляется въ здоровой толстой кишкѣ“. Но мнѣніе проф. Голубева главнымъ образомъ основано на его личныхъ впечатлѣніяхъ, вынесенныхъ имъ изъ клинической и частной практики, а также изъ бесѣдъ по этому поводу съ товарищами. Тѣмъ не менѣе однакожъ, мысль Голубева нашла себѣ отклики у другихъ авторовъ. Такъ Thibault ⁵⁶) въ своей работѣ, написанной подъ руководствомъ проф. Charrin-a, собралъ нѣкоторые данныя, указывающія на одовременное появленіе аппендицитовъ въ различныхъ школахъ и госпиталяхъ. Thibault между прочимъ ссылается также и на то, что Charrin наблюдалъ повальное заболѣваніе слѣпой кишки у кроликовъ, помѣщенныхъ въ одной клеткѣ. Французскій хирургъ Lucas-Championnier ³⁷) былъ также озадаченъ значительнымъ, въ послѣднее время, учащеніемъ заболѣванія червеобразнаго отростка и усмотрѣлъ въ этомъ какую то новую, надвигающуюся болѣзнь. Хотя кромѣ своихъ личныхъ впечатлѣній, особенныхъ доказательствъ онъ не представилъ въ пользу инфекціоннаго характера этой болѣзни. Зонненбургъ также заподозрилъ нѣкоторую эпидемичность въ одовременномъ появленіи всеной въ 1899 году случаевъ аппендицита, въ одномъ изъ кварталовъ Берлина, и осенью того же года во Франкфуртѣ на Одерѣ; но категорически объ этомъ не высказывается. Французскіе авторы Tripie и Ravios настолько увлеклись мыслью объ инфекціонномъ характерѣ аппендицита, что находятъ даже этиологическую связь аппендицита съ инфекціонными болѣзнями, сравнительно уже давно перенесенными и объясняютъ это явленіе тѣмъ, что воспаленіе аппендикса можетъ долго находиться въ латентномъ состояніи. Не мало существуетъ указаній относительно связи аппендицита съ фолликулярной ангиной. Не говоря уже о томъ, что многіе авторы считаютъ оба процесса идентичными, въ силу аналогическаго богатства аденоидной ткани, въ миндалинахъ и червеобразномъ отросткѣ. Профессоръ Shali даже назвалъ аппендицитъ ангиной червеобразнаго отростка. Киммель увѣряетъ что въ цѣломъ рядѣ случаевъ ему удалось констатировать то явленіе, что послѣ пере-

несенной ангины, у паціентовъ являлись болевые ощущенія въ области слѣпой кишки. Широкое можно сказать пандемическое распространеніе въ 1889 и 90 годахъ гриппа, съ его частыми и разнообразными осложненіями, породило въ умахъ врачей цѣлый рядъ новыхъ, этиологическихъ и диагностическихъ комбинацій. Стали наблюдать новыя формы заболѣванія, какъ: гриппозная пневмонія, гриппозные энтериты и коллиты. Не удивительно, что гриппу также отвели видное мѣсто въ ряду причинъ, вызывающихъ воспаленіе червеобразнаго отростка. Помимо отдѣльныхъ случаевъ, описанныхъ авторами: Verneul, Benet, Leclerc, Insardi, Сиротининымъ, Merclen, Серебрянникомъ, Ferran-омъ, представителемъ крайняго воззрѣнія является Faisans, считающій гриппъ главною причиною аппендицита. „Бываютъ говорить Faisans ³⁹⁾, аппендициты, тифозные, оспенные, коревые, ревматическіе, туберкулезные и наконецъ аппендициты, вызванные инородными тѣлами, но всѣ эти причины, въ совокупности взятая, представляютъ собою лишь только исключеніе аппендицита гриппознаго“. Научно обоснованныхъ или статистическихъ доказательствъ, Faisans не приводитъ; сужденія его, въ цѣлой работѣ, носить на себѣ апріорный характеръ. Основаніемъ для составленнаго имъ воззрѣнія служитъ ему то предположеніе, что, обрѣтающіяся въ нормальномъ кишечникѣ, бактеріи получаютъ, подъ вліяніемъ гриппозной инфекціи, вирулентный характеръ, а равно и тотъ фактъ, что, между учащеніемъ гриппа и аппендицита, существуетъ якобы совпаденіе или лучше сказать извѣстный параллелизмъ.

Однимъ изъ болѣе вѣскихъ доказательствъ, наwerbовавшихъ послѣдователей мнѣнія объ инфекціонномъ гриппозномъ происхожденіи аппендицита, послужило открытіе Адріаномъ ⁴⁰⁾ въ гнойникѣ одного перитифлита Пфейферовой палочки. Были также попытки экспериментально, чрезъ кровообращеніе, вызывать разрушеніе отростка путемъ прививокъ. Особенную извѣстность приобрѣли опыты того же Адріана, который впрыскивалъ чрезъ ушную вену кроликовъ всевозможныя бактеріи и получалъ при этомъ фолликулярное воспаленіе in saculo rountdo кролика. Мало того, Адріанъ нашелъ, что фолликулярное воспаленіе въ слизистой оболочкѣ круглаго мѣшечка кролика наступило гораздо раньше и интенсивнѣе, чѣмъ въ фолликулярныхъ аппаратахъ другихъ отдѣловъ кишечника. Въ силу своихъ убѣжденій, что аппендицитъ имѣетъ связь съ общими инфекціями, Адріанъ не сомнѣвается также въ томъ, что аппендицитъ можетъ появиться при ревматизмѣ суставовъ или наоборотъ ревматическое пораженіе можетъ образоваться при аппендицитѣ. Нѣкоторые авторы Edvards, Southerland, Brazil, Fraser, Robinson примѣняютъ уже давно забракованный приемъ post hoc ergo propter hoc и объясняютъ связь аппендицита съ ревматиз-

момъ, на томъ молъ основаніи, что имъ приходилось наблюдать благотворное вліяніе салициловыхъ препаратовъ, при одновременномъ совпаденіи этихъ болѣзней.

Объ отношеніяхъ брюшнаго тифа къ аппендициту имѣются уже а рiогіі указанія въ силу того, что отростокъ находится въ центрѣ пораженнаго, тифознымъ процессомъ, участка кишечнаго канала и подвергается при этомъ гипереміи и отеку, которые сопровождаютъ обыкновенно тифозный процессъ. Если аппендиксъ раньше болѣлъ, то онъ, подъ вліяніемъ тифознаго процесса, можетъ подвергаться изъязвленію и прободенію. При вскрытіяхъ умершихъ, тифозныхъ больныхъ, въ 15—25% найдено также пораженіе отростка. Специально трактуется объ отношеніяхъ тифа къ аппендициту въ работѣ Гопфенгаузенъ, подъ руководствомъ Roux. Изъ собраннаго матеріала выходитъ, что на 743 случая аппендицита 37 разъ предшествовалъ брюшной тифъ. Но эти данныя ничего особеннаго не доказываютъ; такъ какъ среди приведенныхъ цифръ тифъ, въ 25 случаяхъ, предшествовалъ, не менѣе, какъ за 10 лѣтъ до появленія заболѣванія отростка. За послѣднее время отмѣченъ рядъ наблюденій, по которымъ аппендицитъ смѣшивается не рѣдко съ брюшнымъ тифомъ ⁴¹⁾. Дѣлалась операція аппендицита, а у больного аппендиксъ оказался совершенно здоровымъ, а найдены явленія брюшнаго тифа. Описываются также случаи, гдѣ у больного діагностированъ брюшной тифъ, при вскрытіи же найденъ большой червеобразный отростокъ, наполненный гноемъ, при полномъ отсутствіи тифозныхъ пораженій кишекъ. Важность дифференціальнаго распознаванія, въ каждомъ данномъ случаѣ, само собою разумѣется.

Ярымъ оппонентомъ эпидемичности аппендицита высказался, авторъ капитальной монографіи о перитифлитѣ, Ростовцевъ. Сгруппировавъ подробно всѣ теоретическіе выводы и казуистическія наблюденія, опубликованныя объ эпидемическомъ нарастаніи аппендицита, Ростовцевъ находитъ ихъ односторонними и недостаточно убѣдительными и поэтому онъ сдѣлалъ попытку рѣшить этотъ вопросъ статистическими данными, взятыми изъ Обуховской и Петропавловской больницъ въ Петербургѣ, а также данными изъ исторій болѣзней, въ сочиненіи Зонненбурга. При сопоставленіи всѣхъ данныхъ по мѣсяцамъ, Ростовцевъ нашелъ, что цифры заболѣванія перитифлитомъ противоположны между собою; тѣ мѣсяца, которые въ одной больницѣ даютъ максимальное заболѣваніе перитифлитомъ, даютъ въ другой больницѣ минимальное заболѣваніе. Такое же несопаденіе въ заболѣваемости, по временамъ года, выходили между цифрами Ростовцева и цифрами Зонненбурга. Профессоръ Голубевъ ⁴²⁾ не удовлетворился однакожъ статистическими данными Ростовцева ⁴³⁾, находя ихъ слишкомъ малыми, для того чтобы на основаніи ихъ отрицать эпидемичность аппенди-

цита. Вслѣдъ за тѣмъ, Ростовцевъ собралъ большія цифры, за 12 лѣтъ, изъ 11 Петербургскихъ больницъ, составилъ рядъ таблицъ съ процентнымъ вычисленіемъ числа перитифлитовъ, къ общему числу больныхъ. Кромѣ того составлены были имъ параллельныя діаграммы по мѣсяцамъ, въ отношеніи перитифлита къ гриппу. На основаніи этой большой, довольно кропотливой, статистической работы, Ростовцевъ утверждаетъ, что мнѣнія объ эпидемичности перитифлита *sive* аппендицита и связи его съ гриппомъ, говоря его словами, должны считаться *мифомъ*; такъ какъ аппендицитъ вѣроятно встрѣчался у нашихъ предковъ пещернаго періода.

Нѣтъ сомнѣнія, что статистическій матеріалъ, собранный Ростовцевымъ въ большихъ размѣрахъ, довольно внушительнъ и много говоритъ въ пользу того, что перитифлитъ *sive* аппендицитъ не эпидемиченъ и не имѣетъ связи съ гриппомъ. Но качества самого матеріала, на основаніи котораго построено заключеніе, подлежитъ нѣкоторому критическому замѣчанію. Дѣло въ томъ, что контингентъ больныхъ Петербургскихъ больницъ, какъ извѣстно, подверженъ весьма значительнымъ колебаніямъ въ ту или другую сторону, независимо можетъ быть отъ степени распространенія тѣхъ или другихъ болѣзненныхъ формъ, въ постоянномъ коренномъ населеніи столицы. Въ Петербургѣ существуетъ постоянный приливъ и отливъ различныхъ группъ населенія. Рабочихъ, напримѣръ, несравненно больше лѣтомъ, чѣмъ зимою. Число учащихся на оборотъ больше зимою, чѣмъ лѣтомъ. Болѣе культурная часть населенія, среди котораго чаще встрѣчаются аппендициты, отсутствуетъ въ значительномъ числѣ, въ лѣтнее время. Поэтому абсолютное число больныхъ, по какой нибудь формѣ заболѣванія, безъ отношенія къ числу здоровыхъ, не дастъ намъ еще приблизительно точнаго представленія о характерѣ причинъ изслѣдуемой заболѣваемости. Для большаго подтвержденія вывода сдѣланнаго Ростовцевымъ, по отношенію къ вопросу объ эпидемичности перитифлита и связи его съ гриппомъ, я позволю себѣ обратить Ваше вниманіе на представленную здѣсь таблицу, въ которой сгруппированы мною данныя о перитифлитѣ и гриппѣ, по ежегоднымъ отчетамъ о санитарномъ состояніи нашей арміи, за 17 лѣтъ, начиная съ 1889 по 1905 годъ. Данныя эти имѣютъ за собою то преимущество, что по нимъ можно судить, не только объ абсолютной заболѣваемости, какъ у Ростовцева, но и объ относительной заболѣваемости перитифлитомъ къ наличному числу здоровыхъ, одного возраста, субъектовъ, живущихъ почти при одинаковыхъ бытовыхъ условіяхъ, и ведущихъ одинаковый образъ жизни. Кромѣ того, начало изслѣдованнаго мною періода, какъ разъ совпадаетъ съ небывалыми эпидеміями гриппа, свирепствовавшими въ Россіи въ 1889—1890 годахъ.

распространенія перитифлитовъ въ Русской арміи за 17 лѣтъ (1989—1905).

[illegible]

Изъ представленной злѣсь таблицы можно сдѣлать нѣкоторыя, не лишенныя интереса, заключенія:

1) Перитифлиты, за изслѣдованный періодъ встрѣчались въ нашей арміи, среднимъ числомъ, ежегодно 0,82‰.

2) Число перитифлитовъ въ теченіе этихъ 17 лѣтъ, изъ года въ годъ, паростало весьма постепенно, безъ всякихъ рѣзкихъ колебаній и *эпидемическихъ* вспыхеѣвъ.

3) Постепенное ежегодное увеличеніе случаевъ перитифлита, надо полагать, зависитъ главнымъ образомъ отъ болѣе усовершенствованнаго распознаванія этой болѣзни, но не отъ фактическаго нарастанія заболѣваемости. Мнѣніе это можетъ быть подтверждено, косвеннымъ образомъ, слѣдующими данными, отмѣченными въ этой же таблицѣ.

а) По мѣрѣ того, какъ регистрація отдѣльныхъ формъ заболѣваія пищеварительныхъ органовъ стала дифференцироваться и паростать, цифры общей заболѣваемости всѣхъ пищеварительныхъ органовъ, стали падать замѣтнымъ образомъ. Отсюда видно, что перитифлиты фигурировали прежде, по всей вѣроятности, подъ другимъ названіемъ.

б) Ежегодное постепенное увеличеніе числа произведенныхъ лапоротомій, въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ, указываетъ намъ на то, что число распознанныхъ болѣзней брюшныхъ органовъ также умножилось.

в) Прогрессивное нарастаніе въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ хирургическихъ операцій, въ полостяхъ и надъ внутренними органами, также косвенно наводитъ на мысль объ усовершенствованіи діагнозовъ болѣзней брюшной полости, въ числѣ которыхъ были несомнѣнно и болѣзни червеобразнаго отростка.

г) Число острыхъ и хроническихъ перитонитовъ замѣтно стало уменьшаться съ появленіемъ въ отчетахъ регистраціи аппендицита. Явленіе это указываетъ, что аппендициты прежде фигурировали въ отчетахъ подъ діагнозомъ перитонита. Аналогическое явленіе подмѣчено и въ статистическихъ отчетахъ Германской арміи. Villaret ⁴⁴⁾, разработавшій эту статистику, также объясняетъ нарастаніе аппендицитовъ взаимнѣ, фигурировавшихъ въ отчетахъ, перитонитовъ, болѣе близкимъ знакомствомъ врачей съ этой болѣзью.

4) Смертность отъ перитифлита за послѣдніе 7 лѣтъ ниже средней смертности взятаго періода.

5) Гриппозныя заболѣванія въ нашей арміи, по годамъ изслѣдуемаго періода являлись не равномерно, а съ извѣстными колебаніями.

6) Между гриппомъ и перитифлитомъ не замѣчается никакого совпаденія и параллелизма.

7) За послѣдніе 3 года разсматриваемаго періода, среди операцій, произведенныхъ въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ, уже въ отчетахъ начинаетъ выдѣляться отдѣльная рубрика самостоятельныхъ аппендицитовъ, которые по видимому начинаютъ увеличиваться.

8) Число уволенныхъ со службы, вслѣдствіе перитифлитовъ, замѣтно стало нарастать, въ теченіе изслѣдуемаго періода. Фактъ этотъ можетъ также служить доказательствомъ лучшаго распознаванія болѣзней слѣпой кишки, за послѣднее время. Кромѣ того явленіе это свидѣлствуетъ намъ о томъ, что перитифлиты, въ большемъ числѣ случаевъ, имѣютъ хроническое теченіе, согласно воззрѣніямъ Reclus, Boas, Ewald, Holländer ⁴⁵⁾ и другихъ авторовъ, утверждающихъ, что аппендицитъ большею частью является хроническимъ, скрытно протекающимъ процессомъ. Только, что приведенныя данныя, свидѣлствующие намъ о лучшемъ, за послѣднее время, распознаваніи врачами болѣзни червеобразнаго отростка, могутъ служить также основаніемъ, что бы отрицать всякое предположеніе, по которому числе аппендицитовъ будто бы учащалось, благодаря увлеченіямъ врачей, при діагностированіи этой болѣзни. Напротивъ цѣлый рядъ случаевъ, опубликованныхъ въ литературѣ, подъ названіемъ appendicitis larvata доказываетъ намъ лишь только на то, что въ виду тѣхъ затрудненій, которыя нерѣдко встрѣчаются при дифференціальномъ распознаваніи аппендицита, врачи весьма нерѣшительно и осторожно прибѣгаютъ къ діагноспированію его.

Заканчивая краткій, фрагментарный обзоръ фактовъ, болѣе или менѣе извѣстныхъ намъ по этиологіи аппендицита, необходимо сознаться, что область эта не вполне еще освѣщена. Да и было бы неправильно думать, что вопросы этиологіи вообще и аппендицита въ частности могутъ быть, какъ говорится исчерпаны до дна. Этиологія многихъ болѣзней, къ которымъ пожалуй могутъ быть причислены страданія червеобразнаго отростка, также сложна и многообразна, какъ и сама человѣческая жизнь, на протяженіи всей ея исторической эволюціи; а жизнь, какъ извѣстно, не такъ легко укладывается въ условныя рамки, далеко еще не *точной* врачебной науки. Не взирая на массу разнообразныхъ, выработанныхъ до сихъ поръ во врачебной литературѣ, мнѣній по этому вопросу, мы не имѣемъ еще точно-установленныхъ понятій о непосредственно-вызывающихъ причинахъ страданія червеобразнаго отростка. Намъ еще доподлинно не извѣстны такъ называемыя *Causae proximae*. Правда *Status nascendi* аппендицита все болѣе и болѣе

выясняется для насъ трудами бактериологовъ и хирурговъ, оперирующихъ надъ червеобразнымъ отросткомъ, въ различныхъ стадіяхъ и моментахъ его болѣзненнаго состоянія; но остановившись пока на хирургическомъ фазисѣ леченія аппендицита, мы далеко не достигли еще того идеала истинно научнаго врачеванія, о которомъ величайшій врачъ Пироговъ выразился афоризмомъ, что будущность медицины — медицина предохранительная. Оперативная помощь, больнымъ, какъ во время, такъ и въ ожиданіи бурныхъ атакъ гнойнаго аппендицита, несомнѣнно имѣетъ свое огромное, благотворное значеніе и смыслъ; но мы не должны забывать (и это намъ можетъ засвидѣтельствовать всякій опытный врачъ), что пока не въ примѣръ болѣе число случаевъ аппендицита проходитъ также и безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. И въ этомъ отношеніи, статистическія данныя о результатахъ хирургическаго метода леченія еще также не вполне надежны; такъ какъ для регистраціи случаевъ не установлены опредѣленные нормы. До сихъ поръ мы точно не знаемъ, что именно зарегистрировано въ статистикѣ, хроническое ли страданіе червеобразнаго отростка, исподволь развивающееся, или исключительно гнойныя аппендициты, сопутствуемые фатальными приступами и опасными для жизни осложненіями. Но подобное скептическое сознаніе о нашей недостаточной освѣдомленности никоимъ образомъ не можетъ и не должно удерживать нашего стремленія къ дальнѣйшимъ изысканіямъ и изслѣдованіямъ; ибо этиологія принадлежитъ къ тѣмъ важнѣйшимъ звеньямъ, посредствомъ которыхъ врачебная наука ближе всего соприкасается съ общечеловѣческой культурой, со всеми соціально-бытовыми вопросами и даетъ извѣстную окраску всей нашей врачебной дѣятельности. Какова этиологія, такова и терапія.

По этому, при выполненіи задачи, постановленной нашимъ обществомъ врачей, изучать общими силами условія распространенія аппендицита, среди населенія Волжско-Камскаго края, можетъ быть удастся внести какую нибудь научную лепту для всесторонняго выясненія происхожденія этой, всѣхъ интересующей теперь, болѣзни; тѣмъ болѣе, что теперь начинаютъ открываться для насъ новые горизонты и перспективы, представляемые намъ серодіагностикой и серотерапией. Въ виду этого, я предложилъ бы нашему обществу коллективно составить подробную, согласно болѣе новѣйшимъ воззрѣніямъ, программу для регистраціи различныхъ вопросовъ, касающихся главнымъ образомъ этиологіи аппендицита.

Литературные источники.

- 1) Мечниковъ. Этюды о челоѣкѣ. Wiederheim. Der. Bau des Menschen. Mac. Ewen. The function of the caecum and appendix Lancet 1904 2) O. Sprengel Appendicitis. Deutsche chirurgie. Lieferung № 46. 3) Медицинское обозрѣніе 1906. 4) Deutsche Medizinische Wochenschrift 1908 № 18. 5) Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. Neue Folge. v. Euleuburg 1903. 7) Ростовцевъ. Ученіе о перитифлитѣ. 7) Sprengel l. c. 8) Медицинское обозрѣніе 1905. 9) Sprengel l. c.. 10) Sprengel l. c. 11) Sprengel l. c. 12) Sprengel l. c. 13) D. Medizinische Wochenschrift 1905 № 40. 14) Sprengel l. c. 15) Handbuch der Kinderheilkunde. Pfaunder и Schlossman 2 Band стр. 195. 16) Гундобинъ. Особенности дѣтскаго организма. Петербургъ 1906 г. стр. 263. 17) Sprengel. l. c. 18) Sprengel l. c. 19) Sprengel l. c. 20) D. Medizinische Wochenschrift 1905, № 40. 21) D. Medizinische Wochenschrift 1905 стр. 617. 22) D. Medizinische Wochenschrift 1905 l. c. 23) по Шпренгелю. 24) D. M. Wochenschrift l. c. 25) Metchnikoff. Sur l'appendicite. Bull. de l'academie de Med. № 10 1901 и Русскій Врачъ № 1-й 1902 г. 26) Хирургія. Июль 1901. 27) D. Medizinische Wochenschrift 1908 № 18. 28) Neumann. M. Ueber Appendicitis. Archiv für klinische Chirurgie. 62. 1900. 29) Sprengel l. c. 30) Medizinische Klinik 1908. № 2. 31) Ученіе о перитифлитѣ. Ростовцевъ. Диссертация. С.-Петербургъ 1902. 32) Medizinische Klinik. 1908. 33) Mediz-Klinik l. c.—34) Ростовцевъ стр. 158. 35) Голубьевъ Н. Ѳ. Воспаленіе червеобраз. отростка. Медицина 1896 № 12. 36) Sprengel l. c. 37) Lucas—Championnier. Létiologie de Aapp. Bull. acad. de Medic 1905. 38) Tripier et. Paviot. Lapp. par infection generale. Semaine med. 1899 № 10. 39) Faisans. Soc. Med. des hopit. 1899. 40) Adrian. Die Appendicitis. Mittheilungen an. d. grenzgebiete vii 1901—41) Semaine Medical 1906. № 44. 42) Практическій врачъ. 1903. № 29—43) Ростовцевъ Объ эпидемичности аппендицита. Русскій врачъ. 1905 г. 44) Villaret. D. medizinische Wochenschrift. 1904, № 1 и Stricker. Die Blinddarmentzündung inder Armee von 1880—1900. 45) Berliner Medizinische Wochenschrift. 1908 № 5.

Абсцессы печени, какъ осложненіе аппендицита *).

Д-ръ Г. Вульфійусъ.

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 вкратцѣ 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 воспаления 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 піѳмическимъ (по Юргенсону ⁽¹⁾) піѳмическія 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, послѣдородовой 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 болѣзнью, 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 подѣ влияніемъ тропическаго климата у людей, не свыкшихся съ нимъ, вслѣдствіе чего создаются благопріятныя условія для заболѣванія печени. Мужчины поражаются этой болѣзнью 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 подвергающихся той массѣ опасностей, какими полна жизнь мужскаго элемента подѣ 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 человѣка) 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 I. 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 (Сикокъ, Кіу-Сіу, 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, Reunion, 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 Италіи, абсцессы печени встрѣчаются еще сравнительно не рѣдко; но далѣе на Сѣверъ, напр. въ Средней и Верхней Италіи 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 Добровторскаго ⁽¹⁶⁾, наблюдавшаго больного въ клиникѣ проф. Боброва. Пациентъ 31 года, большую часть своей жизни проведеній на Востокѣ: Владивостокѣ, 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.

Сюда можно причислить далѣе случаи Лукина ⁽¹⁸⁾, и Потѣенко ⁽¹⁹⁾. Последний авторъ описываетъ множественные абсцессы печени, развившіеся на почвѣ тропической дизентеріи; случай наблюдался имъ на Имани, 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.; Замуревкинъ—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. Troszewski'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); случаи Батманова (2 сл. ⁽³⁸⁾); Троицкаго ⁽³⁹⁾;—Кравкова ⁽⁴⁰⁾; (имѣлись психическія вліянія); Бакитко ⁽⁴¹⁾ [2 сл.: 1 съ воспаленіемъ желчнаго протока, какъ этиологическій моментъ]; Блюмену ⁽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).

Fayrer ⁽⁴⁵⁾ различаетъ піемическіе 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 Haspel'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 умѣренного 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 алкоголемъ, 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'a, 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. Бездѣ 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, Penzold'омъ (эти 4 автора цит. по статьѣ Потѣенко—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. Beyfuss (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 воспаления 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. Zangarol ⁽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 амѣбъ, 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-тканныя 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 дальнѣйшимъ 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, лежащія 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 I) 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 въбрюшинно 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 руорнеumothogax, 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 въбрюшинныхъ 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 ilco-colica и mesenterica superior течетъ въ воротную вену, вслѣд-

ствіе чего облекается 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 удается шагъ за шагомъ прослѣдить тромбы вплодь 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—пеліфлебитъ 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, субдіафрагмальный 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⁾, перфорациа a. ilacae (Povell⁽⁷⁸⁾) и др.

Pilephlebitis suppurativa является менѣе частнымъ 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 годѣ всего два случая (Pellegrini). Русская литература также насчитываетъ цѣлый рядъ случаевъ, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

Бросая регроспективный 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'y⁽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 протяжении 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 отходитъ 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⁾, Зубковского 1891⁽¹⁰²⁾, Einhorn'a 1891⁽¹⁰³⁾, Körte 1892 г.⁽¹⁰⁴⁾, Ewald'a 1892⁽¹⁰⁵⁾, Dudley 1892⁽¹⁰⁶⁾, Schede 1892⁽¹⁰⁷⁾, Bielschowsky'аго 1893⁽¹⁰⁸⁾, Савостьянова 1893⁽¹⁰⁹⁾, Цейдлера 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⁾, Kobley 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 сходится 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 познакомимся 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^0 при поступленіи $40,2^0$; 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 کنارужи по линіи, проведенной перпендикулярно къ серединѣ *Lig. Pupartii*; при давленіи она болѣзненна; зыбленія нѣтъ. Селезенка увеличена. Проколъ опухоли оказался безрезультатнымъ. T^0 колеблется отъ 38^0 утромъ до $39,6^0$ вечеромъ.

Съ 1 марта отмѣчается слѣдующее: печеночная тупость отодвигается кверху и достигаетъ уровня соска. Печень книзу увеличена пальца на два и занимаетъ всю область *epigastrii*, тупость слѣва переходитъ въ таковую же сердца; послѣднее поднято кверху до 2-го ребра лѣвой стороны. Печень болѣзненна; знобы и поты. Вновь безрезультатные проколы. Испражненія 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.

Паталого-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 брыжжейкѣ 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-гнойной 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 кѣлѣчатки, гнойнымъ пилефлебитомъ, абсцессомъ печени и субдіафрагмальнымъ 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° въ 39,1° и явленіями аппендицита. Ознобъ; легкій icterus. Подъ наркозомъ удается прощупать въ области слѣпой кишки ясный инфильтратъ. Операция перитифлита, 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°, 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 піѳмическая. Теперь поставленъ діагнозъ въ окончательной формѣ: абсцессъ въ самой паренхимѣ печени. Пробный протоколъ остался однако безрезультатнымъ. Развивается картина септикопіѳміи 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 дряблая, 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, даваго 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 іетерус; 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 септический 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, рѣзы 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 септический 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^0 въ $39,8^0$; 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

*) I. с. (70).

айца. V. portae закрыта полуобезцвѣченнымъ тромбомъ, въ центрѣ гноевидно-размягченнымъ. Въ окружности слѣпой кишки (сросщенной съ тонкими и съ правой широкой связкой волокнистыми, рыхлыми перемычками) полость, величиною съ кулакъ, наполненная сѣро-грязной гнойною жидкостью. Prosc. vermif. проходимъ; въ верхней половинѣ стѣнки 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 purulenta 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. Операция перитифлита. Слѣпая кишка оказалась приращенной къ стѣнкѣ живота; по отдѣленіи ея излилась вонючій жидкій гной съ газами. Операцию 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 устѣяна крупными и мелкими абсцессами. Желчный пузырь безъ измѣненій. За слѣпой кишкой находится гнойная полость, идущая вверхъ вплоть до нижней поверхности печени, сросщенной съ толстой кишкой и передней брюшной стѣнкой. Червеобразный отростокъ извилистъ, сросщенъ; нижняя его половина изъязвлена и прободена. Отростокъ лежитъ на задней поверхности слѣпой кишки въ сросненіяхъ“.

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. Изложенныя въ первой части этой работы разнообразныя причины возникновенія абсцессовъ печени (дизентерія, постороннія тѣла и т. д.) съ достаточной наглядностью говорятъ противъ подобной теоріи.

Что касается гнойнаго пилефлебита, то онъ можетъ развиваться либо на почвѣ воспалительныхъ процессовъ въ окрестности *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. c. (129).

Изъ поражений червеобразнаго отростка, являющихся причиной пилефлебическихъ абсцессовъ печени, деструкрующія 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 септический тромбофлебитъ маленькихъ венъ; одинъ изъ сформировавшихся тромбовъ можетъ далѣе распространиться въ центростремительномъ направленіи и въ концѣ концовъ закупорить v. portae. Тромбы обыкновенно бываютъ пристѣнными 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) Септический 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 долгій промежутокъ 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 большого 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 менѣ 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 удастся 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 неспаяна 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 порталъной 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 пилефлебическихъ 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 зыбленіе и остальные симптомы, указывающіе на основную болѣзнь.

*) l. c. (120).

Въ пробныхъ проколахъ и пробной лапоротоміи 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 смѣшать съ цѣлымъ рядомъ другихъ заболѣваній. Нарывы, развивающіеся, напримѣръ, въ выпуклости печени, выпячиваются вверху правую половину діафрагмы и могутъ подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ поддіафрагмальнымъ абсцессомъ.

Далѣе, пилефлебитическіе абсцессы печени могутъ быть смѣшиваемы съ піеміей, 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 вновь, 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 наиболѣе 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) Fayrer 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 дизентеріи 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 врачей. 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 p. 226.
- 35) Harley. Traité de maladie du foie Paris 1890 p. 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, окончив. выздоровл. послѣ 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 ненагноившимся 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. Fayrev. 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'y.
- 47) 48) 49) 50) 51)—Всѣ Цит. по Hirsch'y.
- 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) Hlava. Centralbl. zur Bakteriologie 1887 № 18.
- 58) Lösch. Virch. Arch. Bd. 65. 1875.
- 59) Baly. Цит. по Лазареву стр.

- 60) Лукинъ І. 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 Chirurjie du foie. Traisement des absces intra-hépatiques. Arch. prov. de Chir. 1894. Цит. по Лазареву.
- 65) Кизмковъ. Случай гнойнаго воспаленія печени. Мед. Обзоръ 1898 стр. 228.
- 66) Berger. Цит. по Лазареву.
- 67) Zausarol. Traitement chirurg. des absces du foie. etc. Paris 1893. (Цит. по Bruns—Mikulicz'y).
- 68) Jimenez s. Lino Ramirez. Du traitement des absces 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 pérityphlite suppurée. Цит. по Ростовцеву.
- 76) Richard L. Thesé des Paris 1903.
- 77) Burci Atti del XVII Congress o delle. Societ. italiana di Chirurgia. Цит. по Pellegrini.
- 78) Powell. New Orleans med. aud 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 гнояника печени послѣ аппендицита у ребенка Мед. Обзор. 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.
- 155) Herzog. Dié Perithyphlitis vom chirurgischen etc. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. 46. 1897.
- 116) Sonnenburg. Патологія и терапія перитифлита. Перев. Съ нѣмец. д-ра Франца. Русское Изд. 1902 стр. 174.
- 117) Borchardt. Die Behandlun. 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) Bryant. 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 Pellgrini.
- 127) Nothnagel. Цит. по Sprengel'ю стр. 309.
- 128) Gerster. Medic. Record vol. 63 & 26 p. 1005—1015. New—Jork Journ. 1903 Цит. по Pellegrini.
- 129) Pellegrini. La pilephlebite suppurativa complic. l'ap-pedicite studio clinico etc. La Riforma medica 1904 № 32 и 33.
- 130) Pólga. 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. Gerhard'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) Nettev. 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. Ручов. практич. хирургіи. Хирургія брюшной полости 1902. Глава III. Гнойники печени. Стр. 503.



Нарывы аппендикулярнаго происхожденія*).

Д-ръ Вл. Хотеловъ.

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 Rokitsky 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 Дюкюитреновская 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 устанавливаютъ 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 прилегаетъ къ брюшной стѣнѣ или лежитъ медиально среди кишекъ, откуда два типа нарывовъ: *parietal typus* и *mesocoeliacus 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 направлѣніяхъ:

- 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 инфекція 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 лѣснаго 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 локализаци, 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 мочеислнхъ солей. Иногда въ мочѣ находится бѣлокъ, желчныя пигменты, клѣтки эритроцита, гиалиновые 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 удается ощупать пальцемъ, благодаря присутствію нарыва. Перкуссія въ правой подвздошной ямѣ даетъ 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 рефлексорныя 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 кишекъ. 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 операцией во время наркоза, 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 прилегаетъ 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. Перкуссией 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 соесум'а 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 гнояника 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, выполнѣ 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 расщепленія, 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 инфекціи при воспаленіи червеобразнаго отростка, выражаются высокимъ повышеніемъ t° 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 тимпанический 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 lacina 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 subсоеса'ной ямкѣ, что бываетъ очень рѣдко.

Трудность діагноза при экстраперитонеальныхъ нарывахъ, сила инфекціи, 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 врачемъ, 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.



Л И Т Е Р А Т У Р А.

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. Casaillon, 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“.



О поддиафрагмальномъ нарывѣ *).

Д-ръ Н. В. Копыловъ.

Вопросъ о поддиафрагмальномъ нарывѣ интересовалъ одинаково, какъ терапевтовъ, такъ и хирурговъ и со времени изслѣдованій Bamberger'a вызвалъ большую литературу, которая со старыхъ временъ собрана въ работѣ Tillmans'a (1882). Особенно же знакомство съ этимъ вопросомъ сильно подвинулось впередъ, благодаря работамъ Leyden'a (1880) и особенно Maydl'a, собравшаго въ своей монографіи большой казуистическій матеріалъ (1894). Большой матеріалъ собранъ также Grüneisen'омъ изъ отдѣленія проф. Kerte (1902) Sachs'омъ изъ клиники проф. Kocher'a (1895) и Weber'омъ изъ отдѣленія проф. Sonnenburg'a.

Поддиафрагмальнымъ нарывомъ называютъ гнойное скопище, помѣщающееся въ куполѣ диафрагмы и представляющее собою обособленное локализованное воспаленіе отдѣла брюшины.

Причины этого воспаленія могутъ быть очень различны; оно можетъ развиваться, какъ остатокъ общаго серознаго воспаленія брюшины, принявъ здѣсь гнойный характеръ, можетъ быть вызвано прободеніемъ желудка и кишекъ, развиваться вслѣдствіе гнойниковъ печени и селезенки, распространиться съ плевры, почекъ и особенно часто изъ области слѣпой кишки при воспаленіи червеобразнаго отростка. Отъ послѣдней причины развивается около 60% всѣхъ поддиафрагмальныхъ нарывовъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда червеобразный отростокъ лежитъ высоко, что наблюдается нерѣдко, или длинная брыжжейка слѣпой кишки позволяетъ ей смѣститься вверхъ, образовавшійся гной почти прилежитъ печени и такимъ образомъ быстро переходитъ по заднему краю на верхъ ея, и здѣсь легко развивается поддиафрагмальный нарывъ. Когда же отростокъ лежитъ на своемъ обычномъ мѣстѣ, нагноеніе распространяется обыкновенно между восхо-

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

дающей толстой кишкой и брюшиной, и этимъ путемъ доходитъ до задняго края печени, послѣ чего проникаетъ выше. Очень рѣдко гной позади пузыря проникаетъ подъ лѣвую половину діафрагмы.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда червеобразный отростокъ плотно срастается съ задней брюшной стѣнкой, гнойникъ развивается позади брюшины и такимъ же путемъ проникаетъ выше; дойдя до задняго края печени, отъ, повидимому, часто распространяется въ ширину по нижнему краю печени, и лишь потомъ проникаетъ на верхнюю поверхность ея, образуя поддіафрагмальный нарывъ. Эти случаи отличаются болѣе медленнымъ теченіемъ, угрожающіе симптомы здѣсь наступаютъ значительно позже, чѣмъ при распространеніи нагноенія внутри брюшной полости.

Въ настоящее время большинство клиницистовъ склоняются къ тому, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ процессъ распространяется внутри брюшины, внѣбрюшинный ходъ сзади является лишь въ видѣ исключенія. Это подтверждается какъ многими точными обследованіями при аутопсіяхъ, такъ и опытами со впрыскиваніемъ жидкостей въ забрюшинное пространство, причемъ жидкости не проникали дальше задняго тупаго края печени.

Обыкновенно гнойникъ подъ діафрагмой образуется тогда, когда уже ослабли приступы періаппендицита, на 2-ой и 3-й недѣлѣ и даже значительно позже; есть наблюденія, гдѣ нарывъ развился спустя 6 мѣсяцевъ послѣ аппендицита (Weber).

Первымъ признакомъ начинающагося нарыва является сильное наполненіе правой лямбальной области, правостороннее дыханіе дѣлается затрудненнымъ, иногда замѣчается выпячиваніе нижнихъ реберъ съ правой стороны. При дальнѣйшемъ теченіи развивается удрученное состояніе при сравнительно неясныхъ объективныхъ признакахъ. Увеличивается чувство давленія въ подреберьѣ, мѣстныя боли усиливаются и распространяются на плечо и спину. Рѣдко наблюдается отекъ клѣтчатки въ области нижнихъ реберъ или же въ правой лямбальной области, что указываетъ на внѣбрюшинное распространеніе нагноенія (Weber).

Если гною ни будетъ данъ своевременно выходъ, то онъ прорывается въ грудную полость или въ бронхи, а иногда и въ брюшную полость. Больные б. ч. погибаютъ отъ осложнений или гнойнаго пораженія.

Главнѣйшими осложнениями при поддіаф. нарывахъ являются пораженіе плевры сообразованіемъ сращеній, пораженія перикардія. Перфорация діафрагмы бываетъ при внутрибрюшинномъ распространеніи въ куполъ діафрагмы, а при внѣбрюшинномъ — между ножками ея, откуда гной проникаетъ въ полость плевры, перикардія и бронхи. При проникновеніи въ брюшную полость быстро

распространяется общій перитонитъ, обыкновенно ведущій къ летальному исходу.

Распознаваніе поддіафр. нарывовъ въ началѣ довольно трудно, оно значительно легче при нахожденіи въ нарывѣ газовъ, которые перемѣщаются при измѣненіи положенія тѣла; при этой формѣ нарыва и былъ впервые точно установленъ діагнозъ этого страданія Лейденомъ въ 1882 г.

Главный признакъ по Maydl'ю: эксудатъ въ нижней части грудной клѣтки безъ пораженія плевры, причемъ органы оттѣсняются въ стороны и вверхъ. Печень при малыхъ эксудатахъ не смѣщена, при большихъ—смѣщается значительно внизъ; ребра иногда оттѣснены въ стороны. При перкуссии—рѣзко граница сверху при нормальномъ легкомъ, если нѣтъ осложненій со стороны легкаго и плевры, что наблюдается рѣдко. Рѣзко опредѣляется граница при газообразномъ содержимомъ, что наблюдается въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ. Въ случаяхъ осложненія эмпіемой діагнозъ не возможенъ.

При просвѣчиваніи по и Röntgen'у верхняя граница представляетъ выпуклую форму, тогда такъ при плевратѣ они имѣли прямую линію. Проколъ даетъ также очень цѣнныя и точныя указанія. Онъ долженъ быть произведенъ въ подходящемъ положеніи, чтобы не попасть въ мѣсто, гдѣ содержатся газы. Мѣсто прокола опредѣляется осмотромъ и перкуссіей: иногда его лучше дѣлать въ подреберьѣ иногда—сзади, иногда въ межреберномъ промежуткѣ. Болѣе сильное истеченіе гноя при вдыханіи указываетъ на нахожденіе его подъ діафрагмой, эксудатъ же надъ діафрагмой вытекаетъ сильнѣе при выдыханіи. Если кромѣ нарыва находится еще серозный эксудатъ въ плеврѣ, то при проколѣ сначала появляется серозная жидкость, при болѣе глубокомъ проколѣ—гной. Ошибка возможна при эмпіемѣ, или болѣе рѣдко наблюдаемыхъ нарывахъ печени. Въ гною находится стафилококки, стрептококки и *Bact. coli*.

Предсказаніе очень серьезно и зависитъ отъ состоянія большаго и причины образованіе нарыва. Изъ неоперированныхъ случаевъ почти всѣ окончились летально, и операція по обширной статистикѣ Maydl'я даетъ 47% смертности. Особенно тяжело протекають случаи, развивающіеся послѣ прободенія желудка и кишекъ, сравнительно лучше случаи послѣ аппендицита, послѣдніе у Sonenburg'a дали 42% смертности, тогда какъ не оперированные умерли всѣ.

Леченіе можетъ быть лишь оперативное. Мѣсто операціи можетъ быть различно, смотря потому, какъ располагается гнойникъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гнойное скопище сзади, въ люмбальной области ясно виденъ отекъ клѣтчатки, и иногда и флюктуація, дѣлается вертикальный разрѣзъ внизъ отъ послѣдняго ребра, раз-

рѣзъ ведетъ въ полость, обыкновенно сообщающуюся съ гнойнымъ скопищемъ подъ діафрагмой. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выстоятъ боковыя части реберъ, здѣсь же появляется отекъ клѣтчатки, а печень оттѣснена книзу, дѣлается разрѣзъ непосредственно подъ послѣднемъ ребромъ пораллельно ему. Тамъ же, гной помѣщается въ куполѣ діафрагмы и снизу проникнуть къ нему трудно, проникаютъ чрезъ грудную полость. На соотвѣтственномъ мѣстѣ, на которое указываетъ проколъ, изсѣкаютъ 1—2 ребра на протяженіи 6—8 сантим.

Если сращенія нѣтъ, то реберная плевра пришивается къ діафрагмѣ въ видѣ круга, а затѣмъ послѣдняя разрѣзается. Во всѣхъ случаяхъ гнойная полость прополаскивается и въ нее вставляется обернутый марлей дренажъ, который держится до постепеннаго заращенія полости. При гладкомъ теченіи выздоровленіе наступаетъ чрезъ 4—6 недѣль послѣ операціи.

За послѣдніе 7 лѣтъ земской хирургической дѣятельности мнѣ пришлось наблюдать и оперировать 12 больныхъ съ поддіафрагмальными нарывами.

Причины ихъ были различны: 1: имѣть исходнымъ пунктомъ пораженіе плевры, 1—кишки, 1—селезенку, 2 развились вслѣдствіе нагноеніе эхинококковыхъ пузырей, 7 вслѣдъ за воспаленіемъ слѣпой кишки, такимъ образомъ на долю аппендицита приходится 58%, всѣхъ случаевъ.

Поданнымъ послѣдней рубрики можно сдѣлать нѣкоторыя заключеніе о числѣ страдающихъ у насъ аппендицитомъ и о ничтожномъ количествѣ этихъ больныхъ, обращающихся къ хирургической помощи. По даннымъ Sonnenburg'a на 600 больныхъ аппендицитомъ онъ наблюдалъ 9 поддіафрагмальныхъ нарывовъ, т. е. на 100 больныхъ приходится 1,5, такимъ образомъ при моихъ 7 случаяхъ долженъ былъ бы имѣть около 500 больныхъ аппендицитомъ; а между тѣмъ въ больницѣ, гдѣ я работалъ, было оперировано не болѣе 40 больныхъ, т. е. у насъ въ земской практикѣ да, повидимому, и въ городахъ, обращается къ хирургической помощи меньше чѣмъ десятая часть нуждающихся въ ней.

Всѣ больные явились въ томъ періодѣ страданій, когда діагнозъ установить было не особенно трудно. Крайне удрученное состояніе, а затѣмъ и объективные признаки: тупость въ нижней части грудной клѣтки, выстояніе нижнихъ реберъ, и въ большинствѣ случаевъ мѣстной отекъ кожи, а иногда и флюктуація служили достаточнымъ указаніемъ на необходимость пробнаго прокола, который несомнѣнно указывалъ на болѣзнь. Такое явленіе можно объяснить отношеніемъ нашихъ земскихъ больныхъ къ своимъ страданіямъ: они ждутъ окончанія острой болѣзни и терпятъ нѣкоторое время ея осложненія, обращаясь въ больницы лишь тогда,

когда болѣзнь принимаетъ затяжное теченіе, и они теряютъ надежду излечиться дома. Такимъ образомъ всѣ больные обращались чрезъ 2—3, а иногда и нѣсколько недѣль послѣ начала болѣзни.

Что касается локализациі наблюдавшихся много нарывовъ, то въ двухъ случаяхъ они помѣщались въ лѣвой половинѣ діафрагмы, это были нарывы, имѣвшіе исходнымъ пунктомъ пище-никъ и селезенку. Остальные 10 помѣщались въ правой половинѣ. Изъ нихъ 7 имѣли исходной точкой слѣпую кишку. У 4-хъ больныхъ отекъ кожи и припухлость наблюдались въ лумбальной области, что указываетъ на распространеніе воспаленія въ брюшины. Эта форма нарыва, характеризуется, какъ извѣстно, болѣе медленнымъ теченіемъ.

Въ указанной области находилось обыкновенно гнойное скопище, занимавшее полость величиною въ кулакъ, иногда эта полость распространялась въ ширину и доходила до позвоночника и передней аксиллярной линіи. Отъ нея каналъ въ 1—2 поп. пальцевъ подъ діафрагму, гдѣ помѣщалась вторая полость такой же величины.

Лишь у одного больного наблюдалось сообщеніе поддиафр. нарыва съ грудной полостью. Ходъ шель между ножками діафрагмы, какъ это наблюдали и другіе авторы, занимавшіеся этимъ вопросомъ.

Всѣ наши больные были оперированы. У 4-хъ больныхъ былъ сдѣланъ вертикальный разрѣзъ сзади съ промываніемъ и дренированіемъ полости подъ діафрагмой. У 3-хъ изъ нихъ наступило быстрое улучшеніе, такъ что чрезъ 3 недѣли они были почти здоровы. У одного же (№ 3) гной между ножками діафрагмы проникъ въ грудную полость и развился гнойный плевритъ. Улучшеніе послѣ операции было незначительное, и больной, не пожелавъ подвергнуться повторной операціи, выбылъ въ очень тяжеломъ состояніи. У 3-хъ другихъ больныхъ нарывъ помѣщался въ куполѣ діафрагмы, отекъ кожи и выстояніе реберъ наблюдалось между аксиллярной и мамилярной линіями. У этихъ больныхъ разрѣзъ былъ произведенъ параллельно послѣднему ребру. Такимъ образомъ сразу вскрыта полость подъ діафрагмой, которая затѣмъ промыта и дренирована. У всѣхъ этихъ больныхъ наступило быстрое выздоровленіе. У всѣхъ указанныхъ больныхъ нарывы развились послѣ аппендицита. Совершенно иное теченіе имѣли случаи 2-й группы различного происхожденія. Для операціи они представляли ее болѣе сложными и почти всѣ имѣли летальный исходъ.

Лишь въ одномъ случаѣ, гдѣ были указанія на существовавшій раньше плевритъ, послѣ разрѣзовъ въ лумбальной области быстро наступило выздоровленіе.

Случай же развившіеся послѣ прободеніе кишекъ и гнойниковъ селезенки, несмотря на операцію, быстро окончились летально, одинъ отъ истощенія, а другой—отъ общаго перитонита.

Также окончились поддиафр. гнойника, развившіеся отъ эхинококковъ. Въ обоихъ случаяхъ въ гнойникамъ пришлось проникнуть чрезъ плевру, что удалось сравнительно легко. Первичный результатъ операціи былъ повидимому удовлетворительный, но затѣмъ одна больная погибла отъ истощенія, и 2-й—отъ асфиксіи вслѣдствіе большаго эхинококка легкаго. Такимъ образомъ при поддиафр. нарывахъ послѣ аппендицита дали лишь 15% смертности, тогда какъ при поддиафр. нарывахъ отъ другихъ причинъ процентъ смертности равнялся 80.

1) Федотъ Т, Крест. 25 л., мѣсяцъ назадъ лечился въ больницѣ отъ плеврита, настоящее страданіе развилось вскорѣ по выпискѣ.

Stat. р. Больной истощенъ и слабъ. Правое подреберье слегка выпячивается, выше почки притупленіе въ ладонь. 26/V Разрѣзъ въ лямбальной области внизъ отъ реберъ, вышло очень много жидкаго гноя, полость проникаетъ подъ плевру, дренажъ.

1/VI Гноя меньше, общее состояніе улучшается. 5/VI Выбылъ въ удовлетворительномъ состояніи.

2) Софья Р, жена чиновника, 47 л., больна около 2 мѣсяцевъ.

Stat. р. Тупость и отсутствіе дыханія во всей правой половинѣ груди, припухлость въ правомъ подреберьѣ и лямбальной области.

14/X Разрѣзъ въ правой лямбальной области отъ реберъ въ вертикальномъ направленіи, вышло много гною, Широкий ходъ подъ діафрагму, а оттуда между ея ножками въ полость правой плевры. Торакотомія въ 10-мъ межреберномъ промежуткѣ, дренажъ.

Продолжительное нагноеніе, полость слѣдилась очень медленно.

7/XI Раны закрылись, легкое расправилось, дыханіе на правой сторонѣ очень слабое.

7/XI Выбыла въ удовлетворительномъ состояніи.

3) Григорій Р, кр. 35 л., боленъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Stat. р. Общее истощеніе и слабость, припухлость праваго подреберья и правой лямбальной области, гдѣ ясно общ. флюктуация. Въ нижней части кѣтки тупость и отсутствіе дыханія.

13/IX. Разрѣзъ ниже реберъ въ вертикальномъ направленіи. Гнойная полость подъ діафрагмой, а оттуда между ножками ея проникаетъ въ грудную полость, дренажъ.

1/X. Полость уменьшается очень медленно, больной немного поправился.

12/X Гною выдѣляется много, лихорадить, по желанію выбылъ въ тяжеломъ состояніи.

4) Варвара А, 14 л., крест., больна около 6 мѣсяцевъ по-видимому былъ аппендицитъ.

Stat. p. Удрученное состояніе, притупленіе соотвѣтственно послѣднимъ ребрамъ съ правой стороны. Припухлость праваго подреберья съ отечностью кожи, доходить до поясицы, неясная флюктуаций по аксиллярной линіи подъ ребрами.

27/IX. Разрѣзъ по аксиллярной линіи параллельно послѣднему ребру, открыта большая гнойная полость подъ діафрагмой, дренажъ.

15/X. Больная не лихорадить, полость быстро уменьшается.

30/X Рана зажила, и больна выбыла.

5) Ефимъ; К; кр. 37 л., болѣлъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Stat. p. Удрученное состояніе, слабость, припухлость, праваго подреберья, гдѣ по аксил. линіи ограниченно припухлость флюктуаций, опущена.

13/V. Разрѣзъ параллельно послѣднему ребру вышло много гноя изъ обширной полости въ правомъ подреберьѣ, полость затампонирована.

26/X Полость уменьшается, гноя мало.

29/X Остается небольшая рана, Самочувствіе хорошее, выбылъ.

6) Прасковья П, кр. 30 л., больна ок. 6 мѣс. въ началѣ были сильныя боли въ животѣ (аппендицитъ).

Stat. p. Удрученное состояніе, боли при вдыханіи съ правой стороны груди, гдѣ въ нижнемъ отдѣлѣ притупленіе звука. Подреберье слегка выстоитъ, особ. въ задней своей части, печень немного опущена.

3/III Проколъ подъ послѣднимъ ребромъ позади аксиллярной линіи обнаружилъ присутствіе гноя. Небольшой разрѣзъ параллельно ребру—большое гнойное скопище подъ діафрагмой. Промывано и дренажъ.

13 Гноя мало, полость хорошо выполняется.

18 Выбылъ въ хорошемъ состояніи.

7) Михаилъ М, кр. 23 л., болѣла около 8 мѣс. въ началѣ были боли въ животѣ (аппендицитъ).

Stat. p. Удрученное состояніе, исхуданіе вслѣдствіе продолжительной лихорадки. Боли въ правомъ подреберьѣ, гдѣ замѣчается припухлость въ кулакъ и флюктуация.

10/V Сзади отвѣсный разрѣзъ, начиная отъ послѣдняго ребра, много гноя, ходъ ведетъ въ обширную полость подъ діафрагмой, которая промыта и дренирована.

15 Лихорадка прошла, самочувствіе лучше.

25 Полость хорошо выполняется.

12/VI Остается небольшая полость, съ которой больной былъ для амбулаторнаго леченія.

9) Иванъ П, кр. 40 л., боленъ нѣсколько мѣсяцевъ, повидимому, былъ аппендицитъ.

Stat. p. Удрученное состояніе, боли въ правомъ подреберьѣ, при-
тупленіе въ прилегающей части грудной клѣтки. Нижнія ребра
выстаютъ, а печень слегка опущена, сзади отечность кожи и не-
ясная флюктуация.

8/IX Отвѣсный разрѣзъ сзади, начиная отъ послѣдняго реб-
ра, вышло много гноя съ кишечнымъ запахомъ, оказалась боль-
шая полость подъ діафрагмой, которая промыта и дренирована.

18 Гноя немного, полость уменьшается

25 Общее самочувствіе хорошее, выбылъ.

9) Яковъ К, кр. 38 л., боленъ около 3-хъ недѣль, болѣзнь
началась сильными болями въ животѣ.

Stat. pr. Опухоль въ области лѣваго подреберья, сзади отъ ма-
миллярной линіи, сильная отечность кожи. При перкуссии въ обла-
сти припухлости ясный высокій тонъ.

14/IV. Разрѣзъ параллельно послѣднему ребру открылъ
большое гнойное скопище подъ діафрагмой, содержащее большое
количество гноя съ кишечнымъ запахомъ и много газовъ; нижнюю
границу нарыва составляютъ желудокъ и кишки, но одномъ мѣстѣ
видно слѣдъ бывшаго прободенія. Полость затампонирована.

23. Гною выдѣляется мало, повидимому, онъ проникаетъ
между петлями кишекъ, дренажъ.

26 Сильная боль въ животѣ, частая рвота.

27 Скончался при явленіяхъ перитонита.

Вскрытіе подтвердило бывшее прободеніе кишки.

10) Тимофей М, кр. 18 л., боленъ около года.

Stat. pr. Сильное истощеніе, постоянная лихорадка. Припухлость
лѣваго подреберья, причемъ діафрагма сильно оттѣснена вверхъ,
такъ что доходить до 7-го ребра.

20/IX Вскрытіе нарыва чрезъ разрѣзъ между 8 и 9 ребромъ,
причемъ плевра оказалась плотно прилегающей къ діафрагмѣ,
вышло очень много гноя, дренажъ, обвернуты марлей.

22. Нагноеніе и истощеніе продолжаютъ.

1/X Скончался при явленіяхъ крайней слабости.

Вскрытіе обнаружило нѣсколько небольшихъ нарывовъ селе-
зенки и разлитой перитонитъ.

11) Александра М, сестра милосердія, 20 л. болѣна около 2-хъ лѣтъ.

Stat. pr. Сильное истощеніе одышки, правая половина груди и правое подреберье сильно выдается, притупленіе, сильныя боли, лихорадки (39,0).

10/XII Разрѣзъ подѣ послѣднимъ правымъ ребромъ обнаружилъ нагноившійся эхинококкъ, вышло нѣсколько пузырей.

20 Еще два раза выдѣлялись пузыри, сильное нагноеніе, лихорадка.

1/I Выдѣляется много гноя съ желчью, лихорадка.

1/III Скончалось отъ истощенія.

Вскрытіе обнаружило нѣсколько нагноившихся пузырей въ плеврѣ.

12) Дмитрій Б; кр. 48 л., боленъ больше года.

Status pr. Питаніе плохое, дыханіе слегка затруднено. Правая половина грудной кѣтки и подреберье выстаетъ внаружи, печень занимаетъ все мѣсто отъ подреберья до пупка, скопленіе жидкости въ брюшной полости.

15/II Лапаротомія съ разрѣзомъ отъ мочеvidнаго отростка до пупка. На задней части печени высоко подѣ діафрагмой ошуп. опухоль съ жидкимъ содержимымъ. Проколъ въ послѣднемъ межреб. промежуткѣ далъ гноевидную жидкость. Резекція 11-го ребра, плевра пришта къ діафрагмѣ, разрѣзъ ввелъ въ большую полость подѣ діафрагмой, откуда вышло оч. много гнойной жидкости и толстый эхинококковый пузырь. Полость промыта и дренирована, на брюш. рану—3-хъ эт. шевъ.

19 Самочувствіе хорошее; полость чиста, температура нормальная.

30 Появилось затрудненіи дыханія отъ скопленія жидкости въ правой плеврѣ.

3/III Проколъ далъ 2 $\frac{1}{2}$ л. темной жидкости.

20. Снова затрудненія дыханія, слабость.

26 Скончался внезапно при явленіяхъ асфиксін.

Вскрытіе обнаружило пузырь праваго легкаго величиною въ дѣтскую голову.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Leiden Pneumothorux subphlenicus, Zeitschriftf Klin.

2) Tillmans Arch. f. Kl. Chirug. B. 27 Medicin Bd. (1880).

- 3) Maydl Subphrenisch Abscess Wien 1894.
 - 4) Онъ-же Статя въ Kocher's Encyclopedie S. 514.
 - 5) Grüneisen Arch f. Klin. Chirurgi Bd. 70.
 - 6) Sachs. Arch f. Klin. Chirurgi Bd. 50.
 - 7) Körte Berichtübe 600 subphr. Abscess Chirurgecongles 1902.
 - 8) Онъ-же Практич. Хирургія т. III г. 1 стр. 76.
 - 9) Weber Dentsch Zeitschif f. Chirurg. Bd. 54.
 - 10) Sonnenburg Pathologie und Therop des Peritphlits.
 - 11) Растовцевъ Ученіе объ аппендицитѣ стр. 375.
 - 12) Spregel Appendicitis S.
- 

1110

Гистологія и фізіологія червеобразнаго отростка у человѣка *).

И. С. Рождественскаго.

Гистологія. Червеобразный отростокъ по своему строенію ближе всего стоитъ къ толстой кишкѣ. Стѣнки его образованы четырьмя оболочками: 1) слизистой (*tunica mucosa*), 2) подслизистой (*tela submucosa*), 3) мышечной (*tunica muscularis*) и 4) наружной, брыжеечной оболочкой (*tunica serosa*).

ad 1. Слизистая оболочка состоитъ изъ эпителія, изъ *tunica propria*, имѣющей аденоидное строеніе и содержащей лимфатическія образованія (замкнутые фолликулы) и трубчатыя железы, и изъ *muscularis mucosae*. Эти три отдѣла, составляющіе собственно слизистую оболочку, тѣсно связаны между собою и всѣ вмѣстѣ принимаютъ участіе въ образованіи складокъ слизистой.

Эпителий представляетъ собою простой однослойный цилиндрическій эпителий. Свободная поверхность клѣтокъ, обращенная къ просвѣту червеобразнаго отростка, снабжена характернымъ для всего кишечнаго эпителія кутикулярнымъ ободкомъ, то однороднымъ, то тонко исчерченнымъ поперечными полосками. Эпителий вырабатываетъ слизь, поэтому въ немъ встрѣчаются въ большемъ или меньшемъ числѣ бокаловидныя клѣтки, которыя происходятъ изъ обыкновенныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Бокаловидныя клѣтки уже не имѣютъ кутикулярнаго обода и вмѣсто него находится рѣзко ограниченное круглое отверстіе, черезъ которое изливается слизь въ просвѣтъ червеобразнаго отростка. Какъ и въ толстой кишкѣ, большинство бокаловидныхъ клѣтокъ находится не на поверхности (въ тонкой кишкѣ—въ эпителиѣ ворсинокъ),

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 12-го ноября 1908 года, съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ.

а въ среднемъ отрѣзѣ такъ называемыхъ кишечныхъ железъ (Lieberkühn'овы железы). Последнія представляютъ собою настоящія железы, но лишь микроскопическія углубленія поверхности слизистой оболочки (крипты), которыя задаются въ подлежащую tunica propria, достигая своимъ нижнимъ концомъ muscularis mucosae, лежатъ рядомъ другъ возлѣ друга и въ вертикальномъ разрѣзѣ имѣютъ видъ простыхъ, рѣдко раздвоенныхъ (bifides), короткихъ трубчатыхъ железъ, перпендикулярныхъ къ внутренней поверхности отростка. Эпителій сидитъ на безструктурной membrana basilaris, которая имѣетъ соединительно-тканное происхождение и иногда содержитъ ядра. Среди эпителиальныхъ клѣтокъ встречаются блуждающія клѣтки, лейкоциты, попавшіе туда изъ подлежащей tunica propria.

Tunica propria состоитъ изъ ретикулярной (аденоидной) и фибриллярной соединительной ткани съ примѣсью эластическихъ волоконъ и, какъ сказано, пронизана Lieberkühn'овыми железами, которыя имѣются часто лишь въ скудномъ количествѣ (по Sobotta—рудиментарная слизистая оболочка). Но что особенно отличаетъ ткань червеобразнаго отростка отъ ткани другихъ кишечныхъ отдѣловъ, это—особенное богатство лимфатическими солитарными фолликулами (noduli lymphatici solitarii). Тогда какъ въ желудкѣ и въ тонкой кишкѣ солитарные фолликулы лежатъ цѣликомъ въ tunica propria слизистой оболочки, въ толстой кишкѣ и червеобразномъ отросткѣ они бухтообразно оттѣсняютъ muscularis mucosae въ submucosa и располагаются главной своей массой въ этой последней. Нерѣдко можно видѣть, что фолликулы даже цѣликомъ лежатъ въ submucosa и отъ просвѣта червеобразнаго отростка отдѣлены всей толщей Либеркюновыхъ железъ. Объемъ и форма фолликуловъ различные. Самая частая форма сферическая или уплощенная (у старыхъ людей).

По Stöhr'у лимфатическіе фолликулы въ началѣ своего развитія всегда помѣщаются въ tunica propria и имѣютъ продолговато-округлую форму, причемъ верхушка ихъ обращена къ эпителию, а основаніе опирается на muscularis mucosae. Въ тонкой кишкѣ человѣка это отношеніе сохраняется и въ дальнѣйшемъ. Напротивъ, въ толстой кишкѣ и червеобразномъ отросткѣ съ дальнѣйшемъ возрастомъ фолликулы оттѣсняютъ и даже прорываютъ сравнительно слабѣ развитую muscularis mucosae и распространяются въ submucosa, въ рыхлой ткани которой они находятъ наибольшій просторъ для своего развитія. Часть фолликула, лежащая въ подслизистомъ слоѣ, получаетъ сферическую форму и вскорѣ становится значительно больше отрѣзка, заложеннаго въ tunica propria. Такимъ образомъ развитой солитарный фолликулъ имѣетъ въ общемъ грушевидную форму; узкая часть груши обращена къ эпи-

телію. Тамъ, гдѣ вершина фолликуловъ касается цилиндрическаго эпителія, послѣдній пронизанъ лейкоцитами.

Muscularis mucosae червеобразнаго отростка ясно развита, состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и только на мѣстахъ, гдѣ *noduli lymphatici* вдвигаются вглубь, она выступаетъ менѣе ясно и даже отсутствуетъ. Помимо фолликуловъ, ткань *tunicae propriae* и *submucosae* богата лимфоидными клѣтками, такъ что на микроскопической картинѣ иногда трудно точно отграничить собственно фолликулярную субстанцію. Но для фолликуловъ характерно во-первыхъ болѣе сильное проникновеніе основной аденоидной сѣти лимфоцитами, а во-вторыхъ присутствіе въ фолликулахъ такъ назыв. „центровъ размноженія“, которые подъ микроскопомъ кажутся нѣсколько болѣе свѣтлыми и содержатъ болѣе крупныя клѣтки съ большимъ ядромъ. Вновь образующіеся (митотическимъ дѣленіемъ) въ „центрахъ размноженія“ лимфоциты частью попадаютъ въ сосѣдніе лимфатическіе сосуды, а болѣею частью выселяются черезъ эпителий въ полость червеобразнаго отростка, такъ что узкій просвѣтъ послѣдняго иногда бываетъ совершенно выполненъ лимфоцитами (Sobotta).

Фолликулы находятся въ связи съ болѣе крупными лимфатическими сосудами *submucosae* посредствомъ описанныхъ *Teichmann* лимфатическихъ капилляровъ, которые сѣтевидно окружаютъ фолликулы, но внутри послѣднихъ не содержатся. По *Loskwood*, каждый фолликулъ на своемъ основаніи, обращенномъ къ *submucosa*, окруженъ „базиллярнымъ“ лимфатическимъ синусомъ, который находится въ свободномъ сообщеніи съ лимфатическими сосудами *submucosae*.

Огромное содержаніе въ червеобразномъ отросткѣ солитарныхъ лимфатическихъ фолликуловъ привело нѣкоторыхъ авторовъ (англійскихъ и американскихъ) къ сравненію червеобразнаго отростка съ миндалевидными железами зѣва. Наибольшаго развитія достигаютъ фолликулы въ дѣтскомъ возрастѣ и удерживаютъ его въ юношескомъ, когда они въ видѣ кругловатыхъ кучекъ, въ $\frac{1}{2}$ —1 mm. въ поперечникѣ, весьма тѣсно соприкасаются другъ съ другомъ и замѣтны даже невооруженному глазу, выдаваясь въ просвѣтъ отростка въ видѣ небольшихъ возвышеній, такъ что поверхность слизистой оболочки выглядитъ неровной и почти бугристой. *Loskwood* насчиталъ въ одномъ червеобразномъ отросткѣ средней длины (8,8 cent.) отъ 150—200 лимфатическихъ узелковъ. Иногда они сливаются своими краевыми частями другъ съ другомъ и образуютъ большую *Peuer*’ову бляшку (*noduli lymphatici aggregati*) или превращаются въ диффузную массу лимфоцитовъ, въ которой видны только отдѣльные „центры размноженія“.

Съ 20—30 года жизни фолликулы начинают уменьшаться въ объемѣ по всѣмъ измѣреніямъ, особенно въ высотѣ, превращаясь изъ кругловатыхъ въ плоскіе и соотвѣтственно этому не выступаютъ такъ рѣзко на поверхности слизистой оболочки, которая уже представляется сглаженной и истонченной (R i b b e r t). Вѣрнаго объясненія этого несомнѣннаго наблюденія дать невозможно. К l e m m, а также F r i e b e n указываютъ, что въ юношескомъ возрастѣ количество лимфоидной субстанции въ тѣлѣ вообще много больше, чѣмъ въ дальнѣйшемъ возрастѣ. Въ старости же во всѣхъ фолликулярныхъ аппаратахъ (лимфатическое глоточное кольцо, миндалевидныя железы, костный мозгъ) наступаютъ регрессивныя процессы, которые по К l e m m'у находятъ свое объясненіе въ извѣстныхъ, въ юности необходимыхъ, но въ позднѣйшемъ возрастѣ становящихся излишними, защитительныхъ процессахъ (Abwehrvorgängen). Такъ какъ червеобразный отростокъ по своему гистологическому строенію долженъ быть причисленъ къ фолликулярнымъ аппаратамъ, то весьма возможно поставить его въ отношеніи процессовъ обратнаго развитія, которымъ подвергаются его фолликулы, на одной ступени съ прочими фолликулярными аппаратами.

Обратное развитіе фолликуловъ, наступающее съ теченіемъ возраста, идетъ параллельно съ развивающеюся съ возрастомъ облитераціей отростка, которая также принимается за фізіологическій процессъ.

ad 2. Подъ слизистой оболочкой лежитъ подслизистый слой (tela submucosa)—самый толстый; онъ состоитъ существенно изъ рыхлой соединительной ткани почти безъ упругихъ волоконъ, иногда съ примѣсью небольшихъ скопленій жировыхъ клѣтокъ. Въ немъ заложены болѣе крупныя кровеносныя и лимфатическія сосуды для слизистой оболочки, нервное сплетеніе (M e i s n e r'а), солитарныя и скученныя лимфатическія узелки. Благодаря рыхлому характеру ткани подслизистаго слоя, дѣлается возможнымъ нѣкоторое сдвиганіе слизистой оболочки (образованіе складокъ и проч.) по внутренней поверхности мышечныхъ слоевъ отростка.

По L e t u l l e'ю подслизистый слой въ червеобразномъ отросткѣ можетъ быть раздѣленъ на три довольно рѣзкихъ пояса: 1) поясъ фолликулярный, состоящій изъ фолликуловъ, 2) поясъ интермедиарный рыхлый, съ жировымъ дольками и 3) поясъ наружный или сосудисто-нервный, въ которомъ развѣтвляются болѣе крупныя артеріи и вены, прошедшія чрезъ внутренній мышечный слой отростка.

ad 3. Мышечная оболочка (tunica muscularis, muscularis externa) червеобразнаго отростка распадается на два ясныхъ

слоя варирующей толщины, которые легко узнаются на поперечныхъ сръзахъ: внутренний, круговой слой гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ циркулярными волокнами (*stratum circulare*) и наружный съ мышечными пучками перерѣзанными поперекъ—продольный слой (*stratum longitudinale*). Между обоими мышечными слоями нервы образуютъ сплетеніе съ ганглиями (Auerbach'ово сплетеніе). Продольный мышечный слой такой же толщины, какъ и циркулярный, но нѣкоторымъ же нѣсколько тоньше; онъ является прямымъ продолженіемъ *taeniae coli*, сходящихся вмѣстѣ на червеобразномъ отросткѣ и окружающихъ его со всѣхъ сторонъ.

Шотландскій хирургъ Parker Syme описываетъ случай, показывающій, какой мышечной экспульсивной силой обладаетъ червеобразный отростокъ; при одной оорхоректоміи онъ по пути удалилъ очень длинный червеобразный отростокъ; по удаленіи отростокъ продолжалъ извиваться сильнѣе дождевого червяка. Движенія эти привели къ выдѣленію изъ него жидкихъ испражнений. Но большею частью движенія червеобразнаго отростка слабы, вслѣдствіе чего попавшія постороннія тѣла легко въ немъ застреваютъ.

ad 4. *Tunica serosa*. Къ наружному, продольному слою мышечной оболочки прилежитъ серозный или брюшинный покровъ который состоитъ изъ соединительно-тканыхъ пучковъ и эластическихъ волоконъ, на поверхности покрытъ эндотелиемъ и какихъ-либо особенностей не представляетъ. Брюшинный покровъ не непосредственно прилежитъ къ мышечной оболочкѣ, но отдѣленъ отъ нея субсерознымъ слоемъ рыхлой соединительной ткани (*subserosa*), который богатъ кровеносными и лимфатическими сосудами; именно этотъ слой часто инфицируется при острыхъ страданіяхъ червеобразнаго отростка (Lettulle).

При положеніи червеобразнаго отростка въ забрюшинной клѣтчаткѣ брюшинный покровъ, понятно, отсутствуетъ.

Кровеносные сосуды червеобразнаго отростка. Какъ и слѣпая кишка, онъ получаетъ кровь изъ *art. ileo-colica*, составляющей конечную вѣтвь *art. mesenterica superior*. *Art. ileo-colica* дѣлится на *art. ileo-coecalis anterior* и *truncus coeco-appendicularis*. Послѣдній дѣлится на *a. ileo-coecalis posterior* и *a. appendicularis*. *Art. appendicularis* идетъ вдоль свободного края *mesenteriole* въ подсерозномъ слоеѣ и черезъ небольшіе промежутки отдаетъ изъясныя вѣточки, охватывающіе червеобразный отростокъ. Какъ и въ толстой кишкѣ, артеріальныя вѣточки проникаютъ чрезъ мышечную оболочку отчасти перпендикулярно, отчасти косо и въ подслизистомъ слоеѣ распадаются въ сѣтъ. Отъ этой сѣти отходятъ тонкія вѣточки, которыя проникаютъ чрезъ *muscularis mucosae* въ *tunicam propriam* и образуютъ у основанія желѣзъ вторую

сѣтъ. Изъ означенной сѣти происходятъ тонкія капиллярныя сѣти, оплетающія железы и на поверхности слизистой оболочки переходящія въ капилляры вдвое большей ширины; послѣдніе окружаютъ въ видѣ вѣвчиковъ отверстія железъ. Изъ широкихъ капилляровъ происходятъ венозные стволы, кои спускаются въ отвѣсномъ направленіи между железами и вливаются въ венозную сѣтъ, заложенную въ tunica propria. Въ submucosa опять образуется широкопетлистая венозная сѣтъ, изъ которой возникаютъ 4 венозныхъ стволика, идущіе (Jonnescio) далѣе уже вмѣстѣ съ артеріями. Стволы соединяются многочисленными анастомозами въ венозными вѣтвями, исходящими отъ coesum и наконецъ впадаютъ въ v. ileo-colica. Лимфатическіе фолликулы окружаются поверхностною сѣтью кровеносныхъ капилляровъ, тонкія продолженія которой проникаютъ внутрь фолликула, часто не достигая центральной части послѣдняго, такъ что въ срединѣ фолликула получается безсосудистый участокъ.

Лимфатическіе сосуды въ стѣнкѣ червеобразнаго отростка содержатся въ большомъ количествѣ. Какъ и въ толстой кишкѣ, они начинаются въ видѣ слѣпо оканчивающихся капилляровъ, которые направляются между железистыми трубками и отерываются въ узкопетлистую сѣтъ капилляровъ, расположенную у основанія железистыхъ трубокъ; послѣдняя посредствомъ многочисленныхъ анастомозовъ соединяется съ широкопетливой сѣтью, расположенной въ submucosa. Происходящія изъ этой сѣти и снабженные клапанами лимфатическіе сосуды прободаютъ t. muscularis и здѣсь принимаютъ въ себя отводящіе сосуды изъ межпластинчатой или мышечной сѣти лимфатическихъ сосудовъ, заложеной между кольцевымъ и продольнымъ мышечными слоями. Подъ серозной оболочкой уже болѣе крупныя лимфатическіе сосуды („подсерозныя лимфатическіе сосуды“) идутъ между листками mesenteriolі и наконецъ впадаютъ въ маленькія лимфатическія железы, расположенныя на внутренней поверхности червеобразнаго отростка въ angulus ileo-coecalis, также въ plica ileo-coecalis (сосуды передней стѣнки) и взади и книзу отъ coesum (сосуды задней стѣнки).

Внутри лимфатическихъ фолликуловъ нѣтъ никакихъ лимфатическихъ сосудовъ; фолликулы какъ бы оттѣсняютъ лимфатическіе капилляры въ сторону, причемъ послѣдніе идутъ въ меньшемъ количествѣ, но за то въ видѣ болѣе широкихъ каналовъ въ промежуткахъ между фолликулами.

Лимфатическія сосуды submucosae посредствомъ такъ называемыхъ hiatus musculares, щелей (Lücken) въ мускулатурѣ, которыя часто видны въ микроскопической картинѣ, находятся въ

свободномъ сообщеніи съ лимфатическими сосудами *peritonei* и *mesenteriole* (Lockwood).

Иннервация червеобразнаго отростка происходитъ главнымъ образомъ отъ *plexus mesentericus superior* (n. *sympaticus*), частью же отъ n. *vagus*. Верхнее брыжжеечное сплетение (*plexus mesentericus superior*) богато иннервируетъ тонкія кишки, откуда становится понятнымъ, почему боли при заболѣваніи червеобразнаго отростка распространяются такъ далеко по брюшной полости (Fowler).

Отъ нервнаго ствола, сопровождающаго *art. ileo—colica*, отходятъ къ червеобразному отростку вѣточки, которыя прорбадаютъ продольный мышечный слой и между нимъ и кольцевиднымъ мышечнымъ слоемъ образуютъ сплетеніе — *plexus myentericus externus* (Auerbach'ово сплетеніе). Auerbach'ово сплетеніе содержитъ группы мультиполярныхъ гангліозныхъ вѣтоекъ, расположенныхъ большей частью въ узловыхъ точкахъ сѣти. Отъ этого сплетенія отходятъ пучки безмякотныхъ нервныхъ волоконъ, иннервирующихъ продольный и круговой мышечные слои; частью же онѣ направляются чрезъ мышечные слои въ *submucosam* и образуютъ тамъ второе, тонкое сплетеніе — подслизистое, *plexus myentericus internus* (Meissner'ово сплетеніе), петли котораго мельче и менѣе правильны и группы гангліозныхъ вѣтоекъ меньше.

Meissner'ово сплетеніе иннервируетъ сосуды *submucosae* и снабжаетъ многочисленными волокнами собственно слизистую оболочку вмѣстѣ съ *muscularis mucosae*, слѣдовательно содержитъ въ себѣ какъ чувствительныя, такъ и моторныя волокна. Оба сплетенія Auerbach'ово и Meissner'ово простираются по всему протяженію пищеварительнаго тракта, начинаясь (неясно) уже въ пищеводѣ и достигая до *rectum*.

Физиологія червеобразнаго отростка. Вопросъ о физиологической функціи червеобразнаго отростка тѣмъ болѣе утрачивалъ интересъ, чѣмъ чаще производилось удаленіе отростка безъ замѣтнаго функціональнаго ущерба. Въ несчетномъ количествѣ работъ объ аппендицитѣ только рѣдко встрѣчаются краткія указанія на физиологическое значеніе этого органа. Скорѣе съ этимъ можно встрѣтиться въ сочиненіяхъ авторовъ болѣе стараго времени. Изъ древнѣйшихъ писателей, имѣвшихъ сравнительно точное представление объ отношеніи между слѣпой кишкой и отросткомъ, Massa (XVI в.) и Riolan (XVII в.) принимали, что червеобразный отростокъ служить какъ бы восполненіемъ слѣпой кишки; при болѣе сильномъ ростѣ слѣпой кишки онъ меньше и обратно. Они считали его нѣкоторымъ образомъ за неиспользованный резервуаръ послѣдней.

Предполагали также (XVII в.), что червеобразный отростокъ назначенъ для продукціи жидкой слизи, чтобы предотвращать задержку *faeces* въ слѣпой кишкѣ.

Въ XVIII-мъ вѣкѣ v. d. Busch (Göttingen'ская диссертация 1814 г.) подробнѣе занимался изслѣдованіемъ функціи этого органа. Выводы названнаго автора интересны уже ради сопоставленія, которое онъ дѣлаетъ между слѣпой кишки и желудкомъ съ одной стороны, между червеобразнымъ отросткомъ и секреторными железами брюшной полости съ другой. Именно, составныя части пищи, съ которыми не справился желудокъ, должны подвергнуться второму перевариванію въ слѣпой кишкѣ; функція же червеобразнаго отростка будетъ аналогична функціи поджелудочной железы. Опопу для послѣдняго сравненія v. d. Busch думаетъ найти также въ существованіи конкрементовъ червеобразнаго отростка, которые онъ уподобляетъ слюннымъ камнямъ.

Далѣе въ физиологіи Albrecht'a и Haller'a, переработанной v. Leveling'омъ (1796), червеобразной отростокъ считается маленькой кишкой, которая „выполнена слизистыми железами, дѣлающими клей для нечистотъ“.

Funke (1858) сдѣлалъ подробныя изслѣдованія функціи аналогичнаго червеобразному отростку, но очень развитаго органа (часть слѣпой кишки) у кролика. Онъ нашелъ, что отдѣляемый здѣсь секретъ въ высокой степени обладаетъ способностью превращать крахмалистыя вещества въ сахаръ. У человека же, по его мнѣнію, червеобразный отростокъ, въ виду богатаго содержанія въ немъ фолликуловъ, обладаетъ главнымъ образомъ резорбирующими свойствами.

Въ новѣйшей литературѣ имѣется лишь немного краткихъ замѣчаній о функціи червеобразнаго отростка, болѣею частью гипотетическаго характера. Margery (1892) принимаетъ, что червеобразный отростокъ, судя по обильному количеству содержащихся въ немъ слизистыхъ железъ и на основаніи его нормальнаго содержимаго, имѣетъ назначеніе изливать слизь въ слѣпую кишку и такимъ образомъ поддерживать скользкость стѣнокъ послѣдней.

Aitken (1895) также не даетъ ничего новаго, но онъ, оспариваетъ такъ называемую въ Англіи „vestigial theory“, т. е. представленіе о червеобразномъ отросткѣ, какъ объ органѣ съ рудиментарнымъ развитіемъ.

North (1896) думаетъ, что секретъ железъ червеобразнаго отростка, можетъ быть, имѣетъ значеніе для бактерій толстой кишки.

Mac Ewen (1904) приписываетъ слѣпой кишкѣ и червеобразному отростку важное значеніе въ работѣ пищеваренія. Для регулированія этой дѣятельности въ ileo — соесал'номъ клапанѣ долженъ находиться особенный нервный аппаратъ, подобно тому, какой имѣется въ pylorus для выхода содержимаго желудка.

Anghel (1897) приводитъ взглядъ Clado, что слизь, продуцируемая отросткомъ, благоприятствуетъ размноженію кишечной

палочки (*bacillus coli*), важной для пищеварения в слепой кишке. Высказываемое же многими мнение, что названный секрет необходим для дальнейшего передвижения каловых масс в colon, кажется уже потому мало вероятным, что червеобразный отросток в позднейшем возрасте, когда эта функция была бы наиболее желательна, атрофируется.

Klemm (1901) главное значение приписывает столь богатому содержанию в отростке лимфатических фолликулов, которые — подобно фолликулам миндалевидных желез — расположены на таком месте тела, которое особенно подвергается опасности со стороны известных видов бактерий. От фолликулов постоянно идет ток лейкоцитов в центробежном направлении, который и препятствует выделению бактерий; но этот оплот, понятно, не всегда оказывается действительным, особенно в детском возрасте, как менее устойчивым по отношению к ядам. Атрофия отростка, наступающая в позднейшем возрасте не есть признак рудиментарного развития этого органа, но признак того, что организм, сделавшийся иммунным, уже не нуждается более в подобных защитительных приспособлениях. Почему же в молодом возрасте оперативное удаление этого „защитительного приспособления“ не приносит никакого заметного ущерба, а только лишь пользу, при гипотезе Klemm'a остается непонятным.

По Hershey'ю (1901) червеобразный отросток служит для поддержания скользкости толстой кишки (Einöler, „lubricant“) и потому без важных оснований он не должен быть удаляем.

Eccles (1903) на основании анатомического строения отростка приписывает ему функцию всасывания и секреции.

Killbourn (1902) приписывает секрету червеобразного отростка бактерицидные свойства.

Sprengel приходит к заключению, что физиологическая роль червеобразного отростка остается неизвестной для нас и поднесь и что лучше всего, без всяких спекулятивных соображений о назначении червеобразного отростка, ограничиться, как то делает Meisel (1904), тем, что мы видим, а именно, что червеобразный отросток отделяет безферментную слизь и лейкоциты и что он, благодаря своему мышечному аппарату, может опорожнять свое содержимое.

Процесс облитерации червеобразного отростка; инволюционная теория; червеобразный отросток — орган рудиментарный. Внутри червеобразного отростка идет канал с узким, не превышающим 3—4 миллиметров, не везде равномерным, просветом, обыкновенно наполненным слизью. Этот канал довольно часто зарастает (по Ribbert'у в 25%) совершенно или отчасти

(облитерация просвѣта). Частичное заростаніе встрѣчается чаще полнаго и начинается обыкновенно съ дистальнаго конца, а не съ проксимальнаго. Съ теченіемъ возраста частота облитерации увеличивается. У новорожденнаго облитерации никогда не бываетъ, а въ возрастѣ до 20 лѣтъ наблюдается относительно рѣдко (Ribbert), по Ростовцеву только въ 3,4%; съ дальнѣйшимъ же возрастомъ процентъ запустѣвшихъ отростковъ увеличивается и у людей свыше 60 лѣтъ облитерация встрѣчается уже болѣе, чѣмъ въ 50%. По мнѣнію большинства авторовъ облитерация червеобразнаго отростка не является результатомъ патологическихъ процессовъ, а служить лишь выраженіемъ инволюціоннаго процесса, процесса обратнаго развитія, совершающагося въ лишенномъ всякаго функціональнаго значенія отдѣлѣ кишечника. Погибаютъ эпителий и железы, исчезаютъ и лимфатическіе узелки, поверхности слизистой оболочки приходятъ въ соприкосновеніе между собою и срастаются, такъ что въ концѣ концовъ tunica propria превращается въ соединительно-тканый осевой пучекъ, окруженный оставшимися безъ измѣненія слоями submucosae и muscularis mucosae (Stöhr).

Представленіе относительно процесса облитерации, какъ о нормальномъ или, по-крайней мѣрѣ, какъ о совершающемся въ физиологическихъ границахъ процессѣ обратнаго развитія, высказалъ впервые хирургъ Wölffler, затѣмъ Sonnenburg и Schlange, изъ интернистовъ—Nothnagel и др. Этотъ взглядъ считаютъ правильнымъ и три новѣйшихъ представителя патологической resp. нормальной анатоміи Ribbert (1893), Zuckerkandl (1894) и Sudsuki (1901), которые въ своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ пришли къ довольно согласнымъ выводамъ. По этимъ авторамъ, чѣмъ короче червеобразный отростокъ, тѣмъ болѣе онъ склоненъ атрофироваться и запустѣвать, и, наоборотъ, чѣмъ онъ длиннѣе, тѣмъ рѣже замѣчается въ немъ облитерация. При частичной облитерации запустѣвшимъ оказывается въ преобладающемъ числѣ случаевъ наиболѣе удаленный отъ слѣпой кишки отдѣлъ отростка, т. е. процессъ идетъ отъ верхушки и продолжается къ основанію отростка. Sonnenburg считаетъ нужнымъ отмѣтить, что большая часть облитерированныхъ отростковъ совершенно свободна отъ перитонитическихъ сращеній; наоборотъ Sudsuki нашелъ, что облитерированные отростки представляютъ значительно чаще сращенія съ окружающими частями (24,8%), чѣмъ не облитерированные (14,2%).

При микроскопическомъ изслѣдованіи облитерированнаго отростка обыкновенно различаютъ три слоя: внутренній, болѣе богатый кѣлками, соответствующій прежней слизистой оболочкѣ и большей частью еще содержащій выраженные или рудиментарные

фолликулы и рѣдко отдѣльные остатки железъ; среднй слой, соотвѣствующй утолщенной, иногда очень богатой жиромъ (Zuckerkanal) submucosa; наружный, не измѣненный или иногда нѣсколько утолщенный (отложение жира) мышечный слой. Центральнй каналъ можетъ иногда сохраниться въ видѣ тонкой щели, черезъ которую проходитъ сѣтъ нѣжныхъ соединительно-тканнхъ волоконъ. Когда запустѣнне уже наступило, исчезаетъ аденоидная ткань, а оставшаяся соединительно-тканная основа слизистой оболочки сморщивается вмѣстѣ съ подслизистымъ слоемъ, въ которомъ уже раньше оказываются включенными долики жира (Zuckerkanal).

Друге авторы (Senn 1894, Binnie 1898, Riedel 1902) видятъ въ процессѣ облитерацин результатъ воспалительныхъ процессовъ. Riedel говоритъ, что картины процесса облитерацин, описанныя Zuckerkanal'емъ, соотвѣствуютъ тому, что имѣется въ „несомнѣнно патологическихъ червеобразныхъ отросткахъ“.

Датскй врачъ Knud Faber (1902) рѣшительно считаетъ облитерацию за слѣдствіе воспалительнаго процесса (appendicitis obliterans), который, по его мнѣнню, можетъ наступить во всякомъ возрастѣ и обыкновенно протекаетъ безъ замѣтныхъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Binnie, детально изучившй микроскопически appendicitis obliterans, описываетъ нѣсколько формъ послѣдняго и даетъ слѣдующіе выводы: „полное закрытіе просвѣта при всѣхъ формахъ append. oblit. бываетъ рѣдко; при всѣхъ формахъ можетъ быть мѣстный перитонитъ; почти постоянно при appendicitis obliterans имѣется endarteritis и periarteritis (въ подслизистомъ слое); въ больномъ червеобразномъ отросткѣ мышечный слой часто гипертрофированъ“.

Наконецъ проф. Sprengel (1906) также не считаетъ себя убѣжденнымъ сторонникомъ инволюціонной теоріи.

Но инволюціонная теорія находитъ себѣ подтвержденіе въ сравнительной анатоміи червеобразнаго отростка, которая учитъ, что послѣдній принадлежитъ къ органамъ рудиментарнымъ, находящимся въ обратномъ развитіи. За нее говоритъ во-первыхъ то обстоятельство, что послѣ рожденія отростокъ не развивается далѣе, какъ всѣ кишки (Eitel), во-вторыхъ незначительное, повидимому, функциональное значеніе отростка, доказанная тысячи разъ (оперативное удаленіе) ненужность его, также непостоянство длины и наконецъ частая облитерациа его. Изъ сравнительной же анатоміи извѣстно, что червеобразный отростокъ составляетъ отличительную особенность человѣческаго кишечника. Въ животномъ царствѣ, исключая челоѣкообразныхъ обезьянъ, онъ совершенно отсутствуетъ.

Klimmer, профессоръ ветеринарнаго института въ Дрезденѣ, говоритъ слѣдующее: „Если расширить понятіе о червеобразномъ

отростекъ и назвать этимъ именемъ слѣпой конецъ соесит, когда онъ представляетъ аналогичное гистологическое строеніе слизистой оболочки, т. е. имѣетъ на всей окружности кишечнаго просвѣта сеученные фолликулы, но не обособленъ въ анатомическомъ смыслѣ и слѣдовательно не представляетъ „червеобразной“ формы, то подобное образованіе находятъ въ рядѣ млекопитающихъ, наприм., у кроликовъ, зайцевъ, кошекъ, у тигровъ и львовъ, у лошадиныхъ (рудиментарно); между тѣмъ у видовъ сродныхъ названнымъ животнымъ, наприм., у большинства прочихъ грызуновъ, у собакъ и копытныхъ животныхъ, оно совершенно отсутствуетъ. У нѣкоторыхъ млекопитающихъ отсутствуетъ даже вся слѣпая кишка“.

Такимъ образомъ слѣпая кишка животныхъ гистологически тождественна съ червеобразнымъ отросткомъ у человѣка, да и самый процессъ ея развитія и перехода изъ пупочнаго пузыря въ полость живота совершенно такой же, какъ и въ человѣческихъ зрѣлыхъ. У человѣка же червеобразный отростокъ уже въ концѣ 8-го мѣсяца утробной жизни представляетъ собою остановившуюся въ ростѣ часть слѣпой кишки, которая обособляется отъ послѣдней лишь мало по малу, такъ что и у новорожденныхъ граница между обоими частями еще мало замѣтна.

Но, по мнѣнію противниковъ инволюціонной теоріи, при рудиментарномъ развитіи можно было бы ожидать и недостаточную выраженность развитія необходимыхъ для существованія органа основныхъ составныхъ частей, особенно кровеносныхъ сосудовъ. Между тѣмъ червеобразный отростокъ настолько хорошо снабженъ послѣдними, сколько это нужно для его жизнеспособности; затѣмъ и то, какъ кровеносные сосуды червеобразнаго отростка реагируютъ на воспалительныя раздраженія, также не говоритъ за его рудиментарное развитіе.

Berry же (1901) прямо утверждаетъ, что нѣтъ существенной разницы между носителями собственно червеобразнаго отростка и животными, лишенными его. У первыхъ происходитъ лишь обособленіе характерной составной части червеобразнаго отростка, именно, лимфоидной ткани, въ дифференцированную часть кишечнаго канала, у другихъ же животныхъ эта лимфоидная ткань распределена на разныхъ мѣстахъ кишечной стѣнки. Поэтому червеобразный отростокъ нельзя считать за органъ рудиментарнаго строенія „vestigial structure“, но разсматривать его какъ специальную часть пищеварительнаго канала „specialised part of the alimentary canal“.

Убѣжденнымъ сторонникомъ инволюціонной теоріи является И. И. Мечниковъ, который опирается на труды извѣстнаго нѣмецкаго анатома Wiedersheim'a.

Wiedersheim (1902) въ одномъ томѣ (Der Bau des Menschen) изложилъ сводъ современныхъ свѣдѣній относительно органовъ человѣка съ точки зрѣнія происхожденія человѣческаго организма. W. дѣлитъ всѣ органы на прогрессирующие, регрессирующие и рудиментарные. Изъ нихъ 15 органовъ представляютъ у человѣка значительный шагъ впередъ по отношенію къ человѣкообразнымъ обезьянамъ. Сюда въ особенности относятся: нижнія конечности, хорошо приспособленныя къ вертикальному положенію тѣла и къ продолжительной ходьбѣ, развитіе въ ширину таза и крестца, обособленіе нѣкоторыхъ мускуловъ лица, носа, развитіе коркового слоя большихъ полушарій мозга, обособленіе мускуловъ гортани (членораздѣльная рѣчь) и др.. Но рядомъ съ этими прогрессирующими органами Wiedersheim насчиталъ 17 органовъ, находящихся въ упадкѣ и болѣе или менѣе несовершенно выполняющихъ свои физиологическія функціи (упрощеніе мускуловъ нижней конечности, 11-я и 12-я пары реберъ, пальцы ноги, слѣпая кишка и др.).

Наконецъ, онъ насчиталъ не менѣе 107 рудиментарныхъ органовъ, не могущихъ болѣе выполнять никакой роли (копчиковая кость—остатокъ хвоста, 13-я пара реберъ у взрослого, ушные мускулы, червеобразный отростокъ, зубы мудрости и др.).

По Мечникову, рудиментарные органы являются документами, могущими служить къ восстановленію генеалогіи организмовъ. Эти органы, сами по себѣ не нужные, являются остаткомъ подобныхъ, но болѣе развитыхъ органовъ, выполнявшихъ полезное отправление у предковъ. Необыкновенно большое количество рудиментарныхъ органовъ у человѣка служитъ лишнимъ доказательствомъ его животнаго происхожденія. Червеобразный отростокъ является однимъ изъ такихъ генеалогическихъ документовъ, вслѣдствіе поистинѣ замѣчательнаго сходства его съ соответствующимъ органомъ человѣкообразныхъ обезьянъ. У человѣка онъ не выполняетъ никакой полезной функціи. Это вполне подтверждается тѣмъ, что многіе люди, у которыхъ онъ былъ удаленъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ, остаются здоровыми; ихъ пищевареніе и кишечныя отправления остаются нормальными. Съ другой стороны у человѣка червеобразный отростокъ часто зарастаетъ.

Даже у человѣкообразныхъ обезьянъ червеобразный отростокъ является зачаточнымъ органомъ, способнымъ выполнять развѣ какое-нибудь второстепенное отправление лимфатической железы. У низшихъ обезьянъ онъ не существуетъ. Надо спуститься ниже по лѣстницѣ животныхъ для того, чтобы убѣдиться въ пользѣ этого органа. У нѣкоторыхъ травоядныхъ очень развита слѣпая кишка и заканчивается она областью, богатой лимфатической тканью и сходной съ червеобразнымъ отросткомъ (кроликъ и нѣкоторые сумчатые); несомнѣнно, что у этихъ животныхъ органъ, соответ-

ствуюшій червеобразному отростку, выполняетъ значительную роль въ перевариваніи растительныхъ веществъ. Пустивъ глубокіе корни въ животномъ организмѣ, органъ этотъ, говоритъ Мечниковъ, сохранился и пересталъ быть полезнымъ; вотъ почему онъ постоянно входитъ въ составъ человѣческихъ кишекъ.

Рудиментарные органы вообще отличаются своей врожденной слабостью; очевидно, послѣдняя и служитъ причиной тому, что они такъ легко заболѣваютъ; это замѣчено еще Дарвиномъ. Человѣческій червеобразный отростокъ вполне подтверждаетъ это правило. Аппендицитъ по Treves'у (1895) въ 36% случаевъ наблюдается у лицъ моложе 20 лѣтъ. У стариковъ онъ встрѣчается въ видѣ исключенія (вслѣдствіе заростанія просвѣта отростка); чѣмъ же легче общеніе червеобразнаго отростка съ остальнымъ кишечникомъ, тѣмъ больше шансовъ для его воспаленія. Въ просвѣтъ отростка легко попадаютъ постороннія тѣла и тамъ они вслѣдствіе слабости мышечныхъ сокращеній органа могутъ застаиваться. Попавшія постороннія тѣла могутъ поранить стѣнку отростка, вызвать микробную инфекцію и воспаленіе.

Червеобразный отростокъ не единственная составная часть нашихъ пищеварительныхъ органовъ, находящихся въ разладѣ съ жизнью и здоровьемъ. У человѣка сама слѣпая кишка стоитъ на пути обратнаго развитія. Она очень мало развита сравнительно съ тѣмъ, что имѣется у травоядныхъ, гдѣ она играетъ роль настоящаго пищеварительнаго органа. Даже у человѣческаго зародыша слѣпая кишка со своимъ придаткомъ сравнительно болѣе развита, чѣмъ во взросломъ состояніи.

По Мечникову не одни только рудиментарные и регрессирующіе органы пищеварительнаго аппарата, но даже нѣкоторыя вполне развитыя части кишечнаго канала являются безполезнымъ наслѣдіемъ, завѣщаннымъ намъ животными предками. Теперь уже, говоритъ Мечниковъ, не будетъ дерзновеннымъ утверждать, что не только слѣпая кишка со своимъ придаткомъ, но даже всѣ толстыя кишки человѣка излишни въ нашемъ организмѣ и что удаленіе ихъ привело бы къ очень желательнымъ результатамъ. Въ пищевареніи эта часть кишечника не играетъ никакой сколько-нибудь значительной роли. Даже съ точки зрѣнія всасыванія продуктовъ пищеваренія она имѣетъ только совершенно второстепенное значеніе. Поэтому совсѣмъ неудивительно, что вырѣзаніе или почти полное устраненіе толстой кишки очень хорошо выносятся человѣкомъ. Помимо данныхъ, доставленныхъ хирургіей, весьма яркимъ примѣромъ безполезности для человѣка толстыхъ кишекъ служитъ случай д-ра Цѣхомскаго въ Варшавѣ (*Archiv für klinische Chirurgie*, Bd. XLVIII 1894, стр. 137), гдѣ у

одной старухи въ теченіе 37 лѣтъ имѣлась фистула тонкой кишки, чрезъ которую выходили всѣ испражненія. Фистула образовалась послѣ нарыва въ правой подвздошной впадинѣ. Это не помѣшало однако женщинѣ выйти замужъ, имѣть троихъ дѣтей и добывать средства къ жизни тяжелой работой.

Даже приходится, говорить Мечниковъ, отнести толстыя кишки къ разряду органовъ, вредныхъ для здоровья и жизни человека. Онѣ служатъ вмѣстилищемъ остатковъ нашего пищеваренія, которые удерживаются тамъ столь долго, что подвергаются разложению. Продукты же этого гніенія часто очень вредны для здоровья (внутреннее отравленіе). Затѣмъ толстыя кишки, кромѣ частаго заболѣванія ихъ опасной дизентеріей, служатъ также излюбленнымъ мѣстомъ злокачественныхъ опухолей. По статистикѣ Ewald'a (1902) на всѣ случаи кишечнаго рака 89% относятся къ толстымъ кишкамъ вмѣстѣ съ прямой и слѣпой. Содержимое кишекъ гораздо дольше остается въ толстыхъ кишкахъ, чѣмъ въ тонкихъ, а застои очень благопріятствуютъ всѣмъ болѣзнямъ.

Итакъ, на основаніи вышеизложеннаго, мы можемъ принять, что червеобразный отростокъ есть органъ рудиментарный, не имѣющій сколько-нибудь значительной физиологической функціи, наклонный съ теченіемъ возраста запустѣвать, но въ теченіе жизни являющійся источникомъ развитія столь частаго и опаснаго заболѣванія, какъ аппендицитъ. Говоря словами Rosenheim'a, мы будемъ надѣяться, что съ дальнѣйшей эволюціей человекъ утратитъ этотъ придатокъ, какъ органъ не только совершенно бесполезный, но и прямо вредный. Теперь жѣ, прибавимъ мы отъ себя, будемъ легче рѣшаться на оперативное удаленіе такого органа.

ЛИТЕРАТУРА.

- Aitken D. W. The function of the vermiform appendix. Brit. med. Journal, Janv. 12, p. 120, 1895, цитир. по Sprengelю S. 49.
- Berry. The structure of the verm. appendix and its homologue in the lower animals. The Lancet, Nr. 4046, 1901; цит. по Sprengelю S. 47.
- Binnie J. S. Contribution to the study of appendicitis obliterans. Annals of Surgery. May 1898; цит. по Ростовцеву, стр. 96.

- Coffey D. J. Histology of human vermiform appendix. Brit. med. Journal. July. 15. 1899; цит. по Ростовцеву, стр. 78.
- Eitel G. G. Anatomy and biology of the proc. verm. Americ. med. ass. 1899 6.—10. June; цит. по Sprengel'ю.
- Friebe n. Ueber die Anatomie und histologie der Wurmfortsatzes. Münch. med. Wochenschr. 1901, 7.
- Faber Knud. App. obliterans. Hosp. tid. Kopenhagen 1902. Mitheil. a. d. Grenzgeb. 1903, 11.
- Hershey. The function of the appendix. New York med. News, 1901; цит. по Sprengel'ю, S. 49.
- Klemm P. Ueber die Aetiologie der akuten Erkrankungen des Proc. verm. St. Petersburg. med. Wochenschr., 21 1901; цит. по Sprengel'ю, S. 18.
- Locwood C. B. Note upon the lymphatics of the vermiform Appendix., Journ. of Anat. V XXXIV. 1899; цит. по Ростовцеву, стр. 78.
- Letulle, цит. въ Traité de chirurgie S. Duplay и P. Reclus. 1898, T, VI, p. 605.
- Mac Ewen. The function of the coecum and appendix. Lancet. 1904, цит. по Sprengel'ю, S. 49.
- Meisel. Deutsche med. Wochenschr. 1904, S. 264:
- Мечниковъ И. И. Этюды о природѣ чловѣка; 3-е изд. 1908.
- North, N. L. Functionless organs. New York state med. Ass. Oct. 1896; цит. по Sprengel'ю; S. 49.
- Ribbert. Beiträge zur normalen und patholog. Anatomie des Wurmfortsatzes. Virchow's Archiv, 1893, S. 132.
- Rosenheim Th. Патологія и терапія болѣзней пищеварительнаго аппарата 1892, изд. „Практич. Медицины“.
- Ростовцевъ М. И. Ученіе о перитифлитѣ. С.-Петербургъ, 1902.
- Sobotta. I. Atlas und Grundriss der Histologie und mikrosk. Anatomie des Menschen. München 1902, S. 147.
- Sonnenburg. Патологія и терапія перитифлита 1902, изд. „Практ. Медицины“.
- Sprengel O. Appendicitis, Deutsche Chirurgie, Lief. 46 d., 1906.
- Stöhr Ph. Учебникъ гистологіи и микроскоп. анатоміи чловѣка, переводъ подъ ред. А. С. Догеля. С.-Петербургъ 1904.
- Sudsuki. Beiträge zur normalen und patholog. Anatomie des Wurmfortsatzes. Mitheil. a. d. Grenzgebieten 1901, 7.
- Syms P., цит. по Ростовцеву.
- Zuckerkandl. Ueber die Obliteration des Wurmfortsatzes beim Menschen. Anat. Hefte, Wiesbaden 1894; цит. по Sprengel'ю.