


Ф. К. ВЕБЕРЪ.

Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

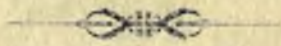


1872

ОБЪ АППЕНДИЦИТЪ.

РЯДЪ ЛЕКЦІЙ,

для студентовъ V курса Императорской
Военно-Медицинской Академіи въ I семестрѣ 1910 г.
въ больницѣ Св. Маріи Магдалины.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
1910.

Ф. К. ВЕБЕРЪ.

Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

ОБЪ АППЕНДИЦИТЪ.

РЯДЪ ЛЕКЦІЙ,

читанныхъ студентамъ V курса Императорской
Военно-Медицинской Академіи въ I семестрѣ 1910 г.
въ больницѣ Св. Маріи Магдал.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1910.



Я рѣшилъ прочесть студентамъ V курса рядъ клиническихъ лекцій объ аппендицитѣ главнымъ образомъ потому, что городскія больницы значительно богаче соотвѣтственнымъ матеріаломъ, чѣмъ хирургическія клиники, и въ особенности больные съ острыми формами заболѣванія поступаютъ понятнo чаще въ городскія больницы. Детальное же знакомство начинающихъ врачей съ этою тяжелою болѣзнью, притомъ такъ часто встрѣчающеюся и такъ разнообразно протекающею, весьма важно.

Я не буду останавливаться на различныхъ этиологическихъ моментахъ, способствующихъ развитію аппендицита, такъ какъ они всѣ перечислены въ любомъ учебникѣ по частной хирургіи, и коснусь только въ нѣсколькихъ словахъ патогенеза аппендицита.

Нѣтъ никакого сомнѣнія, что аппендицитъ есть заболѣваніе бактерійнаго характера и развивается вслѣдствіе того, что извѣстные микроорганизмы поселяются въ отросткѣ и вызываютъ въ немъ болѣе или менѣе распространенныя воспалительныя явленія. Специфическихъ микроорганизмовъ для воспаленія червеобразнаго отростка нѣтъ; чаще всего при аппендицитѣ находятъ какъ въ полости отростка, такъ и въ окружающемъ его экссудатѣ *bacterium coli*, но встрѣчаются и гноеродныя кокки и множество другихъ микроорганизмовъ.

Теперь спрашивается, какъ попадаютъ бактеріи въ отростокъ?

Несомнѣнно существуютъ аппендициты метастатическаго характера, при которыхъ микроорганизмы черезъ кровеносную систему заносятся въ толщу червеобразнаго отростка, но это встрѣчается рѣдко.

Обыкновенно инфекція наступаетъ черезъ слизистую оболочку, на которой и при нормальныхъ условіяхъ кишатъ всевозможныя микроорганизмы. Спрашивается, какимъ образомъ эти микроорганизмы увеличиваютъ внезапно свою вирулентность? Изъ общей

патологи вамъ извѣстно, что микроорганизмы, развивающіеся въ извѣстныхъ полостяхъ, сразу увеличиваютъ свою вредоносность, если получается застой той жидкости, въ которой они развиваются. Эти явленія мы наблюдаемъ въ желчномъ пузырьѣ, почечныхъ лоханкахъ и въ мочевомъ пузырьѣ.

Въ червеобразномъ отросткѣ находятся исключительно благоприятныя условія для задержки его секрета; отростокъ представляетъ очень длинное образование цилиндрической формы съ очень узкимъ просвѣтомъ; достаточно небольшого набуханія слизистой оболочки, чтобы закупорился просвѣтъ отростка и наступила задержка его отдѣляемаго и повышеніе вирулентности микроорганизмовъ, въ немъ содержащихся.

Упорные запоры, при которыхъ скопляются каловыя массы въ слѣпой кишкѣ, благоприятствуютъ развитію аппендицита не потому, какъ это думали прежніе авторы, что образуется язвенный колитъ, такъ называемый *Typhlitis stercoralis*, который, распространяясь на отростокъ, вызываетъ аппендицитъ. Застой кала, влияя на кровообращеніе по сосѣдству со слѣпой кишкою, можетъ легко вести къ набуханію слизистой оболочки отростка.

Часто врожденная чрезмѣрная длина отростка, при которой онъ подвергается различнымъ изгибамъ, служитъ этиологическимъ моментомъ для развитія аппендицита. Инородныя тѣла, будь то куски слизи или каловые камни, мелкія фруктовыя зерна, куски эмалированной посуды, членики или конгломераты яицъ глисть, могутъ вызвать закупорку просвѣта. Предшествовавшія воспалительныя измѣненія въ отросткѣ и его окружности могутъ вести къ структурамъ и различнаго рода перегибамъ отростка и этимъ поддерживать склонность къ возвратамъ болѣзни.

Разъ вирулентность микроорганизмовъ повысилась, они встрѣчаютъ на слизистой червеобразнаго отростка въ высшей степени благоприятныя условія для своего дальнѣйшаго развитія.

Разсматривая на рисунокѣ поперечный разрѣзъ червеобразнаго отростка, вы можете убѣдиться въ томъ, что утолщенная слизистая оболочка густо усѣяна тѣсно стоящими трубчатыми железами, большинство которыхъ у основанія расширены и образуютъ дивертикулы, въ которыхъ очень свободно могутъ гнѣздиться и застаиваться микроорганизмы. *Muscularis mucosae*, мышечный слой, отдѣляющій слизистую оболочку отъ подслизи-

стой, въ червеобразномъ отросткѣ очень плохо выраженъ, почему воспаленіе со слизистой и съ дна дивертикуловъ очень легко распространяется на подслизистую ткань. Въ послѣдней содержится масса рыхлой клѣтчатки, благодаря которой воспалительный процессъ очень свободно можетъ распространяться по площади. Кромѣ того, подслизистый слой содержитъ очень большое количество лимфатическихъ фолликуловъ, которые, прилегая къ слизистой и дивертикуламъ, очень легко могутъ подвергнуться воспаленію. Эти гнѣздные воспалительные фокусы въ фолликулахъ имѣютъ большую склонность къ распаду и гнойному размягченію, и это то обстоятельство и дѣлаетъ аппендицитъ такою коварною болѣзью.

Если такой нагноившійся фокусъ вскрывается въ просвѣтъ кишки, получается изъязвленіе, которое можетъ зарубцеваться. Если же такой фокусъ разрастается кнаружи и дойдя до брюшины, пробуравливаетъ ее, получается уже совсѣмъ другая картина. Эти то случаи, при которыхъ, среди полного благополучія, вдругъ сразу развивается картина общаго перитонита, и заставляетъ насъ хирурговъ ставить прогнозъ при аппендицитѣ всегда съ большою осторожностью.

Есть еще одинъ моментъ, который оказываетъ вліяніе на теченіе воспаленія червеобразнаго отростка, это крайне несовершенное снабженіе кровью червеобразнаго отростка. Старая истина, что чѣмъ лучше снабженъ органъ кровью, тѣмъ лучше онъ противостоитъ воспаленію. Отростокъ имѣетъ короткую брыжжейку, длина которой весьма варьируетъ; но до конца отростка брыжжейка никогда не доходитъ, такъ что условія кровообращенія на концѣ отростка особенно неблагоприятны; кромѣ того брыжжейка несетъ къ отростку конечную артерію, дающую весьма скудные анастомозы. Благодаря всему этому воспаленіе, переходящее на подслизистую и занимающее болѣе обширный участокъ, вслѣдствіе закупорки сосудовъ очень легко можетъ вести къ полному омертвѣнію, къ гангренѣ болѣе или менѣе обширныхъ участковъ отростка и нерѣдко къ гангренѣ всего отростка. По понятнымъ причинамъ гангрена и перфорация особенно часто развивается въ кончикѣ червеобразнаго отростка.

Переходя къ симптопатологіи слѣдуетъ отдѣлить случаи аппендицита, гдѣ воспаленіе ограничивается слизистой оболочкою,

отъ такихъ, гдѣ воспаленіе, захвативъ всѣ слои отростка, перешло на брюшину и окружающія ткани. Первая форма называется *appendicitis simplex*, *appendicitis catarrhalis* или *Endoappendicitis*.

Вторая форма называется *Periappendicitis*, причѣмъ въ зависимости отъ того, будетъ ли воспалительный процессъ ограниченъ въ брюшной полости, говорятъ о *Periappendicitis circumscripta* и *incapsulata*, или же о *Periappendicitis diffusa*. Последняя форма есть не что иное, какъ разлитой перитонитъ, который исходитъ отъ червеобразнаго отростка. Есть понятно переходныя формы между этими разновидностями аппендицита.

При *appendicitis simplex* одинъ изъ характерныхъ симптомовъ есть боль; эта боль появляется часто внезапно, безъ предвѣстниковъ; иногда же болевому приступу предшествуютъ тупыя боли въ животѣ и общее недомоганіе. Боли обыкновенно локализируются въ правой подвздошной области, и бываютъ довольно сильными, иногда схваткообразнаго характера. Боли эти нерѣдко отдають къ пупку и въ подложечную область, а нерѣдко даже въ лѣвую часть живота. Эти ирадирующія боли при *appendicitis simplex*, гдѣ брюшина еще не затронута и сращеній нѣтъ, объясняются тѣмъ, что изъ воспалительнаго фокуса на слизистой оболочкѣ отростка болевое раздраженіе передается очень быстро къ ближайшему нервному сплетенію—*plexus mesentericus*, лежащему въ углу между слѣпой и подвздошной кишкою, а оттуда болевые ощущенія проводятся по безчисленнымъ нервнымъ сплетеніямъ въ область другихъ нервныхъ сплетеній брюшной полости.

Боли схваткообразнаго характера зависятъ отъ усиленныхъ перистальтическихъ сокращеній червеобразнаго отростка, просвѣтъ котораго въ одномъ мѣстѣ сужень.

При ощупываніи живота замѣчается всегда характерная ограниченная чувствительность въ области слѣпой кишки. Ощупываніе при изслѣдованіи брюшныхъ органовъ играетъ очень важную роль, но чтобы получить дѣйствительно цѣнные результаты надо это ощупываніе производить умѣло, бережно и не торопясь. Приступая къ ощупыванію брюшной полости, вы получаете то же ощущеніе, какъ при входѣ въ темную комнату.

Какъ здѣсь глазъ, постепенно привыкая къ темнотѣ, начинаетъ высматривать различные предметы, такъ и рука врача, ощупывающая животъ, постепенно открываетъ все новыя детали. При *appendicitis simplex* брюшныя стѣнки не напряжены, такъ какъ брюшина не затронута; это отсутствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ очень важный діагностическій признакъ, но надо умѣть его найти.

Если вы неумѣлыми руками начнете тыкать больного, у котораго, благодаря болямъ въ животѣ, чувствительность повышена, вы легко вызовете судорожное сокращеніе всего брюшного пресса. Драгоцѣннымъ надо считать правило начинать ощупываніе живота не съ того мѣста, гдѣ предполагается заболѣваніе, и, отвлекая вниманіе больного разговоромъ, постепенно приближаться къ пораженному мѣсту.

Указываютъ всегда на болѣзненность въ точкѣ Mac-Burney. Эта точка лежитъ на линіи, соединяющей *Spina ilei ant. sup.* съ пупкомъ, на границѣ между наружною и среднею ея третью на 3 пальца кнутри отъ *spina ilei*, или тамъ, гдѣ эта линія пересѣкаетъ наружный край правой прямой мышцы. Точка эта должна соотвѣтствовать тому мѣсту, гдѣ отростокъ впадаетъ въ слѣпую кишку.

Цѣлый рядъ изслѣдователей показали, что мѣсто впаденія отростка въ *coecum* не всегда соотвѣтствуетъ этой точкѣ и часто лежитъ ниже.

Такъ какъ при аппендицитѣ рѣдко поражается основаніе отростка, а значительно чаще его верхушка, то совершенно не понятно, почему самое болѣзненное мѣсто должно лежать въ этой точкѣ.

Нѣкоторые авторы указывали на то, что чувствительность въ этой точкѣ зависитъ отъ мѣстнаго лимфангита и лимфаденита железъ, которыя лежатъ въ углу между *ileum* и *coecum*, и которыя воспаляются при аппендицитѣ. За послѣднее время точкѣ Mac-Burney не придаютъ большого значенія, такъ какъ она весьма непостоянна. Отростокъ, стѣнки котораго воспалены, будетъ болѣзненъ не только у своего основанія, но и по всему протяженію, и потому болѣе болѣзненная точка часто будетъ лежать ниже.

Ощупываніе отростка при *appendicitis simplex* далеко не всегда удается.

Ощупываніе хорошо удается, если отростокъ лежитъ благоприятно близъ передней брюшной стѣнки; если отростокъ, благодаря часто повторяющимся припадкамъ вслѣдствіе гипертрофіи его стѣнокъ, утолщается, если брюшные покровы истончены и больной хорошо умѣетъ ихъ расслаблять.

Въ началѣ приступа нерѣдко бываетъ небольшое разстройство мочеиспусканія. Это явленіе чисто рефлекторнаго характера и обыкновенно скоро проходитъ. Оно не должно быть смѣшиваемо съ разстройствомъ мочеиспусканія, которое наблюдается при обширныхъ периаппендицитныхъ экссудатахъ, которые спускаются къ пузырю.

Въ началѣ приступа часто бываютъ рвота и тошнота, которыя слѣдуетъ считать рефлекторнаго происхожденія, и которыя во всякомъ случаѣ не зависятъ отъ раздраженія брюшины.

Температура обыкновенно не особенно повышается; если же иногда и подскакиваетъ до 39° , то обычно не долго держится на высокихъ цифрахъ и черезъ 2—3 дня спадаетъ къ нормѣ.

Общее состояніе мало измѣняется; языкъ, если и обложенъ, то всегда влаженъ; пульсъ только слегка учащается.

Есть однако форма *appendix simplicis*, которая можетъ протекать при очень тяжелыхъ явленіяхъ; форма эта наблюдается почти исключительно у дѣтей.

Я уже указывалъ на то, что при закупоркѣ просвѣта червеобразнаго отростка повышается вирулентность заключающихся въ немъ микроорганизмовъ, которые при этихъ условіяхъ могутъ вырабатывать крайне ядовитые токсины. Дѣтскій возрастъ, который вообще очень чувствителенъ къ разнаго рода токсинамъ, можетъ при этихъ условіяхъ дать очень тяжелую картину общаго отравленія съ синюхою, рвотою, коллапсомъ, общою простраціею, иногда даже безсознательнымъ состояніемъ. Эту форму хорошо разработалъ Dieulafoy, который указалъ на большое значеніе, которое имѣетъ *cavité close* т. е. закрытая полость, которая образуется въ червеобразномъ отросткѣ; послѣдній при извѣстныхъ условіяхъ становится лабораторіею, въ которой вырабатываются въ большомъ количествѣ токсины; послѣдніе у воспримчивыхъ людей вызываютъ тяжелыя явленія отравленія.

Къ сожалѣнію, въ такихъ случаяхъ общія явленія часто настолько превалируютъ, что мѣстныя явленія, которыя обыкновенно ограничиваются незначительною мѣстною чувствительностью и которыя могутъ облегчить постановку вѣрнаго діагноза, совершенно стушевываются. Но въ литературѣ описанъ цѣлый рядъ такихъ случаевъ, гдѣ удавалось поставить вѣрный діагнозъ и гдѣ послѣ удаленія червеобразнаго отростка, даже сравнительно мало измѣненнаго, сразу же исчезали всѣ явленія интоксикаціи.

При *appendicitis destructiva s. Periappendicitis* мы имѣемъ дѣло съ значительно болѣе тяжелымъ поражениемъ.

Общее состояніе такихъ больныхъ куда болѣе страдаетъ; часто одного взгляда на такого больного достаточно, чтобы убѣдиться, что мы имѣемъ дѣло съ очень тяжелымъ случаемъ.

При различныхъ формахъ периаппендицита часто имѣется рѣзко выраженная *Facies Hippocratica*.

Температура обыкновенно держится на болѣе высокихъ цифрахъ, пульсъ также учащается; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, часто у очень ослабленныхъ людей, температура мало или совсѣмъ не поднимается; въ такихъ случаяхъ несоотвѣтствіе между учащеннымъ пульсомъ и низкой температурою заставляетъ хирурга ставить очень скверное предсказаніе.

Языкъ въ тяжелыхъ случаяхъ сухъ и часто покрытъ желтоватымъ налетомъ.

При периаппендицитѣ на первый планъ выступаютъ явленія, указывающія на пораженіе брюшины; этихъ симптомовъ всего три.

Первый самый характерный — напряженіе мышечныхъ стѣнокъ живота соотвѣтственно пораженному участку — *defense musculaire* французскихъ авторовъ.

Этотъ симптомъ встрѣчается повсюду въ брюшной полости, гдѣ воспаленіе, идя изъ глубины, доходитъ до брюшины и захватываетъ ее; встрѣчается онъ въ области желудка, кишекъ, желчнаго пузыря; но нигдѣ онъ не проявляется въ такой рѣзкой формѣ, какъ въ области червеобразнаго отростка, который обыкновенно ближе прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ; нѣкоторое значеніе при этомъ имѣетъ также тяжесть инфекции, вызывающей воспаленіе; при аппендицитѣ инфекция почти всегда

болѣе тяжелая, чѣмъ при воспаленіи желчнаго пузыря. Это напряженіе брюшныхъ стѣнокъ является рефлекторно и имѣеть цѣлью защитить пораженный участокъ отъ вредныхъ внѣшнихъ вліяній и такъ сказать иммобилизовать всю пораженную область.

Въ этомъ отношеніи это явленіе совершенно аналогично рефлекторному напряженію мышцъ конечности при кокситѣ. Оно не зависитъ отъ воли больного и можетъ быть только ослаблено въ глубокомъ наркозѣ. Это напряженіе брюшныхъ стѣнокъ всегда указываетъ на присутствіе экссудата въ брюшной полости, причемъ обширность участка напряженного зависитъ отъ количества экссудата и распредѣленія его въ брюшной полости. Въ прежнее время характернымъ признакомъ для разлитаго перитонита считалось вздутіе всего живота; это не правильно, такъ какъ при наличности вздутія живота мы имѣемъ дѣло уже со второю стадією заболѣванія, въ начальной же стадіи перитонита мы всегда имѣемъ дѣло съ напряженіемъ всей передней брюшной стѣнки; такъ какъ эта первая стадія часто столь не продолжительна, она въ прежнее время часто проходила незамѣченною.

Второй признакъ, указывающій на пораженіе брюшины, есть неподвижность или слабая подвижность правой нижней части живота. Зависитъ онъ также, какъ и первый симптомъ, отъ напряженія мышцъ извѣстнаго участка передней брюшной стѣнки; этотъ участокъ при дыхательныхъ экскурсіяхъ брюшного пресса не принимаетъ совсѣмъ или принимаетъ малодѣятельное участіе.

Чтобы лучше уловить этотъ симптомъ, наблюдающій врачъ становится у ножного конца кровати больного и, обнаживъ больному грудь и животъ, заставляетъ его дѣлать глубокіе вздохи.

Третій признакъ: измѣненіе типа дыханія; дыханіе принимаетъ чисто костальный типъ вмѣсто абдоминальнаго; зависитъ это отъ того, что діафрагма перестаетъ работать или работаетъ весьма поверхностно, такъ какъ всякая ея болѣе энергичная экскурсія вызываетъ рѣзкое усиленіе болей въ животѣ.

Перкуторный тонъ въ области пораженного участка всегда болѣе или менѣе притупленъ, хотя интенсивность притупленія

далеко не всегда одинакова; чѣмъ обширнѣе экссудатъ въ брюшной полости и чѣмъ ближе онъ прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ, тѣмъ притупленіе будетъ интенсивнѣе: но кромѣ присутствія экссудата утолщеніе и напряженіе сокращенной мышечной стѣнки можетъ вызвать пониженіе перкуторнаго тона.

Въ началѣ приступа остраго периаппендицита, когда брюшная стѣнка рѣзко напряжена, обыкновенно въ брюшной полости ничего не удастся прощупать. Но по мѣрѣ того, какъ напряженіе брюшныхъ стѣнокъ уменьшается, обыкновенно удается прощупать въ правой подвздошной ямкѣ опухоль. Такъ какъ эта опухоль имѣетъ своей исходною точкою червеобразный отростокъ, то она будетъ отчетливѣе прощупываться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отростокъ прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ; тамъ же, гдѣ отростокъ спускается въ малый тазъ или позади слѣпой кишки направляется къ правой почкѣ, опухоль долгое время можетъ не поддаваться пальпаціи.

Теперь спрашивается, отъ чего зависитъ опухоль, которая прощупывается въ области слѣпой кишки; цѣлый рядъ факторовъ играютъ роль при возникновеніи этой опухоли; здѣсь имѣется утолщеніе самого отростка, скопленіе большаго или меньшаго количества экссудата вокругъ него, утолщеніе и инфильтрація кишечныхъ стѣнокъ, окружающихъ экссудатъ и прилегающихъ къ нему. Сальникъ инфильтрированный и приросшій здѣсь также при этомъ имѣетъ большое значеніе.

Экссудатъ, который скопляется вокругъ червеобразнаго отростка, можетъ быть серознымъ или вѣрнѣе серозно-фибринознымъ и гнойнымъ. Очень важно, но къ сожалѣнію не всегда легко рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ серознымъ или гнойнымъ экссудатомъ.

За присутствіе гноя говоритъ болѣе бурное начало, болѣе рѣзко выраженныя мѣстныя воспалительныя явленія, болѣе рѣзкая чувствительность, болѣе интенсивное напряженіе брюшныхъ покрововъ, большее повышеніе температуры и пульса.

Общее состояніе при гнойномъ периаппендицитѣ болѣе тяжелое, часто сопровождается знобами; языкъ сухъ, обложенъ. Ректальная температура обыкновенно значительнѣе повышена; какъ извѣстно у здороваго человѣка температура въ заднемъ проходѣ въ среднемъ на $\frac{1}{2}$ градуса выше, чѣмъ въ подмышеч-

ной впадинѣ; при гнойныхъ периаппендицитныхъ экссудатахъ, въ особенности спускающихся въ глубину малаго таза, разница между температурою подъ мышкою и въ прямой кишкѣ можетъ достигать градуса и больше.

Наклонность экссудата увеличиваться и захватывать сосѣдніе участки говоритъ также за гнойный характеръ его.

Нѣкоторые авторы указываютъ на повышеніе кожной чувствительности въ области пораженнаго участка, какъ на характерный признакъ для гнойнаго экссудата. Эта гиперэстезія зависитъ отъ болѣе сильнаго раздраженія нервовъ въ области отростка при гнойномъ периаппендицитѣ; эти нервы передаютъ въ центрипетальномъ направленіи раздраженіе соотвѣтственному спинно-мозговому сегменту, а оттуда раздраженіе передается въ центрифугальномъ направленіи къ кожнымъ нервамъ этой области.

Нѣкоторое значеніе для опредѣленія характера экссудата имѣетъ изслѣдованіе крови и точнѣе количественное опредѣленіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Какъ извѣстно, цѣлый рядъ инфекціонныхъ заболѣваній гнойнаго характера протекаютъ съ повышеннымъ лейкоцитозомъ, причемъ это повышеніе количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ крови зависитъ отъ 2 причинъ—отъ тяжести инфекціи и отъ степени сопротивляемости организма по отношенію къ вѣдлившейся инфекціи. Поэтому ослабленный организмъ уже не въ состояніи реагировать на внесеніе инфекціи повышеніемъ числа лейкоцитовъ и потому въ подобныхъ случаяхъ низкія цифры лейкоцитовъ еще не даютъ хирургу права ставить благоприятный прогнозъ.

Болѣе точныя данныя даетъ качественное измѣненіе состава бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Какъ извѣстно нейтрофильные бѣлые шарики бываютъ одно-и многоядерные; первые считаются болѣе молодыми. При тяжелыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, гдѣ масса лейкоцитовъ погибаютъ и замѣняются новыми болѣе молодыми, совершенно понятно, что число одноядерныхъ бѣлыхъ шариковъ будетъ преобладать.

Въ нормальной крови число одноядерныхъ бѣлыхъ шариковъ составляетъ 6—8% всего числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ;

цифры выше 20% говорятъ безусловно за присутствіе гноя въ сомнительномъ экссудатѣ.

О настоящемъ абсцессѣ при гнойномъ периаппендицитѣ въ сущности не можетъ быть рѣчи, такъ какъ при абсцессѣ мы имѣемъ дѣло съ гнойнымъ распаденіемъ тканей органа. Я укажу, напримѣръ, на абсцессы въ легкомъ, въ печени, гдѣ гнойникъ происходитъ и разрастается на счетъ инфильтрированныхъ и распадающихся тканевыхъ элементовъ. При периаппендицитѣ мы имѣемъ дѣло съ выпотомъ въ свободную брюшную полость, который, благодаря образованію фибринозныхъ спаекъ, инкапсулируется. Дальнѣйшее разрастаніе опухоли происходитъ вслѣдствіе увеличенія выпота, причемъ сосѣдніе органы (слѣпая и тонкія кишки) отодвигаются въ сторону. Размягченія гнойнаго не происходитъ, если не считать гнойнаго размягченія фибринозныхъ наслоеній.

Если давленіе, подъ которымъ находится экссудатъ въ брюшной полости, постепенно увеличивается, и сращенія, окружающія этотъ экссудатъ, не выдерживаютъ этого давленія, то экссудатъ, прорывая отдѣльныя спайки, распространяется дальше на сосѣдніе участки брюшинной полости, вызывая здѣсь реактивное слипчивое воспаленіе брюшины.

Самымъ благопріятнымъ исходомъ слѣдуетъ считать рассасываніе периаппендицитнаго экссудата. Понятно, что чисто серозный или серозно-гнойный экссудатъ легче рассосется, чѣмъ гнойный.

Раньше предполагали, что гнойный экссудатъ совершенно не въ состояніи рассосаться. За послѣднее время однако накопился цѣлый рядъ неоспоримыхъ доказательствъ того, что и гнойный экссудатъ можетъ рассосаться.

Такъ экспериментально доказано, что брюшина имѣетъ прекрасную способность обезвредить и рассосать извѣстное количество не только серознаго, но и гнойнаго экссудата. Чѣмъ вирулентнѣе экссудатъ, тѣмъ меньше шансовъ, что онъ подвергнется рассасыванію. Ихорозный экссудатъ, да и еще съ примѣсью каловыхъ элементовъ понятно и при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ не можетъ рассосаться.

Это рассасываніе можетъ имѣть мѣсто, пока экссудатъ находится въ брюшной полости; если же наступило прободеніе

брошины и инфильтратъ перешель на подсерозный и мышечный слой, о разсасываніи не можетъ уже быть рѣчи и обыкновенно наступаетъ быстро гнойное размягченіе всего инфильтрата.

Несомнѣннымъ доказательствомъ въ пользу того, что гнойный периаппендицитъ можетъ разсосаться, можетъ служить тотъ фактъ, что при операциіи въ періодъ затишья послѣ тяжелаго приступа вокругъ отростка часто находятъ желтоватыя легко крошащіяся массы, которыя не могутъ быть ничѣмъ инымъ, какъ сгустившимся гноемъ.

Послѣ разсасыванія экссудата часто остаются въ правой подвздошной области перемычки и сращенія, которыя, суживая и сдавливая просвѣтъ кишечника, могутъ вызывать рядъ разстройствъ до явленій полной непроходимости кишекъ.

Часто однако приходится поражаться, насколько хорошо природа справляется съ различными, патологическими процессами въ брюшной полости. Нерѣдко, вскрывая вторично брюшную полость послѣ операциіи тяжелаго гнойнаго периаппендидита съ обширными сращеніями, приходится убѣждаться, что отъ прежнихъ сращеній остались только паутинообразныя спайки.

Другой исходъ периаппендидита есть перфорациа. Понятно, что тенденцію къ прободенію имѣетъ только гнойный экссудатъ, который имѣетъ склонность дѣйствовать растворяющимъ образомъ на сосѣднія ткани.

Прободеніе периаппендидитнаго экссудата черезъ переднюю брюшную стѣнку наблюдается чаще, чѣмъ вскрытіе его въ одинъ изъ близъ лежащихъ полыхъ органовъ брюшной полости, не смотря на значительно большую толщину брюшной стѣнки.

Это на первый взглядъ странное явленіе объясняется тѣмъ, что разъ экссудатъ прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ, онъ скоро срастается съ передней брюшиною, которая разрыхляется; нарушивъ цѣлость брюшины и перейдя на подсерозный и мышечный слой, экссудатъ здѣсь встрѣчаетъ въ высшей степени благоприятныя условія для дальнѣйшаго гнойнаго размягченія. Нѣкоторое значеніе имѣетъ еще то обстоятельство, что при гнойномъ периаппендидитѣ передняя брюшная стѣнка, вслѣдствіе напряженія мышцъ, неподвижна и при кашлевыхъ толчкахъ и рвотѣ не поддается, въ то время какъ органы брюшной

полости, лежащіе по сосѣдству съ воспалительнымъ очагомъ, при внезапномъ повышеіи давленія уклоняются въ сторону.

Прободеніе передней брюшной стѣнки чаще всего наблюдается въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ брюшная стѣнка наиболѣе истончена, т. е. надъ правой Пупартовой связкою и надъ правой *crista ilei* въ области *trigoni Petiti*.

Самое тяжелое и къ сожалѣнію очень частое осложненіе при аппендицитѣ представляетъ перфوراцію экссудата въ свободную брюшную полость.

Уже выше указывалось на то, что гнойный периаппендицитъ имѣетъ склонность распространяться на сосѣдніе участки. Если брюшина сосѣднихъ органовъ не успѣетъ во время образовать спайки и такимъ образомъ защитить брюшную полость, происходитъ прободеніе гнойнаго экссудата въ свободную брюшную полость и развивается общій перитонитъ.

Клинически это выражается рѣзкимъ измѣненіемъ общаго состоянія больного, паденіемъ и учащеніемъ пульса, рвотою, часто, но далеко не всегда, повышеніемъ температуры. Мѣстно всѣ явленія также обостряются: чувствительность и напряженіе стѣнокъ живота увеличивается и занимаетъ большій районъ, причеиъ въ тяжелыхъ случаяхъ вся передняя брюшная стѣнка можетъ быть судорожно сокращенною. Контуры экссудата, которые до того отчетливо опредѣлялись, благодаря происшедшей перфوراціи и напряженію брюшныхъ стѣнокъ сглаживаются.

Общій перитонитъ можетъ развиваться не только вслѣдствіе прободенія гнойнаго периаппендицита. Далекое рѣдкооіе присоединяется къ острому аппендициту, при которомъ наступаетъ нарушеніе цѣлости стѣнки червеобразнаго отростка т. е. перфораціа его, прежде чѣмъ образуются отгораживающія спайки вокругъ этого отростка. При этой второй формѣ клиническая картина будетъ нѣсколько иная; здѣсь не рѣдко послѣ кратковременнаго недомоганія безъ отчетливыхъ мѣстныхъ явленій очень быстро развиваются явленія разлитаго перитонита.

Значительно рѣже наблюдается прободеніе экссудата въ слѣпую, тонкую, прямую кишку. Прободеніе въ просвѣтъ кишки, при которомъ масса гноя выходитъ съ испражненіями, большею частью ведетъ къ паденію температуры и къ затиханію всѣхъ

воспалительныхъ явленій, и нерѣдко можетъ вести къ полному выздоровленію; но это наблюдается далеко не всегда: иногда наступаетъ зараженіе экссудата кишечнымъ содержимымъ и мѣстныя воспалительныя явленія рѣзко обостряются.

Болѣе тяжелыя явленія вызываетъ прободеніе экссудата въ мочевою пузырь, такъ какъ при этомъ наблюдаются очень мучительныя тенезмы и нерѣдко наступаетъ тяжелая инфекція мочевыхъ путей.

Весьма благопріятное предсказаніе даетъ перфорация экссудата во влагалище, которую я могъ нѣсколько разъ наблюдать у дѣвочекъ.

У взрослыхъ женщинъ, у которыхъ стѣнки влагалища значительно болѣе толстыя, такое прободеніе повидимому встрѣчается значительно болѣе рѣдко.

Переходя къ осложненіямъ аппендицита, я начну съ заболѣваній лимфатическихъ и венозныхъ сосудовъ. Приходится поражаться, насколько рѣдко поражаются мѣстныя железы при остромъ аппендицитѣ. Нѣкоторыя формы правосторонняго плеврита развиваются путемъ распространенія инфекции вдоль лимфатическихъ сосудовъ забрюшинной клѣтчатки до самой плевры. Описаны случаи, гдѣ инфекция, имѣвшая своей исходною точкою острый аппендицитъ, черезъ лимфатическіе сосуды проникла въ *cysterna chyli* и дальше въ общій грудной протокъ и вызывала черезъ посредство кровеносныхъ сосудовъ тяжелую общую септицэмію.

Болѣе часты осложненія при посредствѣ венозной системы. Обиліе венозныхъ сосудовъ вокругъ червеобразнаго отростка представляетъ благопріятную исходную точку для различныхъ инфекціонныхъ тромбозовъ. Эти инфицированные тромбы легко заносятся черезъ *venam mesentericam* въ воротную вену, а оттуда въ печень. Тутъ наблюдаются самыя разнообразныя картины флебитовъ и множественныхъ абсцессовъ въ печени. Характерно то, что исходная точка этихъ тяжелыхъ воспалительныхъ процессовъ часто остается нераспознанною и только вскрытіе указываетъ на виновника заболѣванія. Часто при этомъ воспаленіе самого отростка носить болѣе невинный хроническій характеръ.

Не рѣдко при гнойномъ аппендицитѣ наблюдаются абсцессы пѣмического характера въ легкихъ и другихъ отдаленныхъ органахъ. Какъ извѣстно, печень задерживаетъ микроорганизмы, которые попадаютъ въ нее черезъ воротную вену, и потому весьма невѣроятно, что заносы въ легкихъ и другихъ органахъ большого круга кровообращенія имѣли бы своей исходною точкою корни воротной вены. Здѣсь надо полагать, что инфекция поступаетъ въ корни нижней полрой вены, вѣроятно черезъ сосуды передней или задней брюшной стѣнки.

Извѣстный интересъ представляетъ поврежденіе при аппендицитѣ придатковъ матки, по преимуществу съ правой стороны. Извѣстно, что лимфатическіе и кровеносные сосуды червеобразнаго отростка и правыхъ придатковъ имѣютъ массу анастомозовъ. Clado даже описалъ особую связку—*ligam. appendiculo-ovaricum*, которая способствуетъ сообщенію сосудовъ обоихъ органовъ. Кромѣ того парааппендицитная клѣтчатка непосредственно переходитъ въ параметритическую клѣтчатку и потому извѣстная форма аппендицита легко можетъ дать, какъ осложненіе, правосторонній параметритическій инфильтратъ. Наконецъ есть еще третій способъ, гдѣ инфекция непосредственно переходитъ съ отростка на трубу; нерѣдко эти оба органа тѣсно спаяны и описаны случаи, гдѣ эмпіема отростка вскрывалась въ трубу. При наличности поврежденія обоихъ органовъ могутъ быть двѣ возможности: первично захватывается отростокъ, а за нимъ уже труба; это болѣе тяжелая форма.

Вторая форма, при которой сначала заболѣваетъ труба, а затѣмъ отростокъ, чаще всего гонорройнаго характера; гоноррея, какъ извѣстно, очень охотно захватываетъ трубы, вызывая сальпингитъ и перисальпингитъ; воспаленіе по сосѣдству легко можетъ захватить отростокъ, причемъ, въ виду такого распространенія процесса, захватываются главнымъ образомъ наружные слои отростка, поражается обыкновенно серозный покровъ и, пожалуй, еще наружный мышечный слой; слизистая оболочка обыкновенно остается мало измѣненною. Здѣсь обыкновенно, въ виду сравнительно невиннаго характера инфекции, болѣе тяжелые приступы отсутствуютъ; обыкновенно эта форма аппендицита имѣетъ очень вялое хроническое теченіе.

Аппендицитъ и беременность.

Нѣтъ никакого сомнѣнія что воспалительныя измѣненія въ области червеобразнаго отростка встрѣчаются весьма часто.

При поверхностномъ размышленіи слѣдовало бы предположить, что во время беременности, когда слѣпая кишка и червеобразный отростокъ подвергаются смѣщенію и растягиванію, воспалительное явленіе въ области отростка должно увеличиваться и комбинація беременности и аппендицита должна встрѣчаться чаще. Въ дѣйствительности же мы видимъ какъ разъ обратное явленіе.

Чѣмъ же это объясняется? Во-первыхъ, хроническія формы аппендицита весьма часто ведутъ къ безплодію, благодаря переходу воспалительнаго процесса на трубы и склеиванію и зарощенію ихъ просвѣта. Во-вторыхъ, при беременности мы имѣемъ обширную пассивную гиперэмію не только органовъ малаго таза, но и прилегающей сюда области слѣпой кишки. Благодаря же изслѣдованіямъ Вieg'a мы знаемъ, что пассивная гиперэмія оказываетъ весьма благотворное вліяніе на различнаго рода хроническіе воспалительныя процессы.

Несомнѣнно, что нѣкоторыя формы аппендицита, благодаря наступленію беременности, могутъ быть излѣчены. Въ пользу этого говорятъ многочисленныя наблюденія гинекологовъ, гдѣ у женщинъ, страдавшихъ воспалительными измѣненіями придатковъ, послѣ беременности эти воспалительныя опухоли часто исчезали безслѣдно.

Понятно, что такое благотворное вліяніе мыслимо только при легкихъ воспалительныхъ измѣненіяхъ отростка, когда имѣется катаральный аппендицитъ или же не большія сращенія вокругъ отростка. Если же имѣется гной, будетъ ли это въ полости отростка или вокругъ него, то беременность можетъ вести къ очень тяжелымъ осложненіямъ. При эмпіемѣ отростка, благодаря разрыхленію стѣнокъ его и увеличенію количества экссудата въ отросткѣ создаются условія, благопріятныя для прободенія. Особенно велика опасность, когда беременность развивается при наличности периаппендицитнаго гнойнаго экссудата. Вслѣдствіе протягиванія беременной матки за спайки, окружающія экссудатъ, можетъ легко развиться, вслѣдствіе разрыва спаекъ, общій пери-

тонить. Чѣмъ больше отростокъ спускается внизъ и чѣмъ ближе онъ прилегаетъ къ маткѣ, тѣмъ легче могутъ развиваться тяжелыя осложненія.

Экссудатъ, который лежитъ позади слѣпой кишки, значительно рѣже даетъ осложненія.

Теперь спрашивается, какъ вліяетъ аппендицитъ на беременность.

Наступитъ ли выкидышъ или преждевременные роды, зависитъ отъ формы аппендицита и отъ расположенія самого отростка. Понятно, что гнойный аппендицитъ, при которомъ еще отростокъ спускается въ полость малаго глаза, поведетъ скорѣе къ прерыванію беременности, чѣмъ катарральный аппендицитъ, или гнойный аппендицитъ, при которомъ экссудатъ располагается позади слѣпой кишки; при послѣдней формѣ беременность можетъ быть доношена до конца.

Какимъ образомъ аппендицитъ можетъ вызвать прекращеніе беременности:

1) Сращенія вокругъ отроста, распространяясь на матку, могутъ чисто механически препятствовать растяженію беременной матки.

2) Воспаленіе съ червеобразнаго отростка можетъ *per continuitatem* переходить на правую Фаллопѣву трубу и дальше въ полость матки.

3) Гнойный аппендицитъ можетъ метастатически черезъ кровеносную систему вызвать заносы въ дѣтскомъ мѣстѣ и смерть плода.

Дифференціальная діагностика.

У женщинъ различныя формы аппендицита легче всего смѣшать съ заболѣваніями женской половой сферы. На первый планъ выступаютъ воспалительныя заболѣванія правостороннихъ придатковъ, чаще всего трубъ. Анамнезъ здѣсь можетъ дать весьма цѣнныя указанія. Сальпингитъ чаще всего развивается послѣ родовъ и выкидыша или же на почвѣ гонореи.

Поэтому указанія на бѣли, разстройство мочеиспусканія, начало заболѣванія послѣ свадьбы, стерильность—очень цѣнныя

данный въ пользу сальпингита. Интактность плевры говорить скорѣе за аппендицитъ.

Сальпингитъ также можетъ дать обостренія въ видѣ отдѣльныхъ приступовъ; но эти приступы рѣже носятъ такой острый характеръ, рѣже сопровождаются тяжелыми общими явлениями; температура при нихъ рѣже и не такъ интенсивно повышается. Присутствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ при остромъ припадкѣ скорѣе говорить за аппендицитъ; при остромъ перисальпингитѣ, благодаря тому, что труба лежитъ глубже, этотъ симптомъ наблюдается значительно рѣже. Если, какъ осложненіе остраго перисальпингита, развивается перитонитъ, послѣдній протекаетъ болѣе хронически, и если и ведетъ къ смерти, то часто не раньше какъ черезъ 2 недѣли.

Бимануальное изслѣдованіе черезъ рукавъ даетъ часто цѣнные результаты, если матка отдѣльно прощупывается, не болѣзненна, свободно подвижна въ сторону; если прощупываются неизмѣненные придатки, то дѣло ясно. Если имѣется опухоль, то болѣе низкое ея положеніе и болѣе тѣсное прилеганіе къ маткѣ говорить за сальпингитъ; двухстороннее пораженіе также говорить за сальпингитъ. При обширныхъ старыхъ экссудатахъ часто трудно рѣшить, гдѣ находится исходная точка заболѣванія, въ трубѣ или въ отросткѣ, и только тщательно собранный анамнезъ можетъ намъ дать вѣрныя указанія.

Укажу здѣсь еще на то, что есть аппендициты тубарнаго происхожденія; здѣсь обыкновенно имѣется дѣло съ периаппендицитомъ, безъ заболѣванія слизистой оболочки; эти формы обыкновенно протекаютъ весьма хронически и рѣдко даютъ острые приступы.

Кромѣ того аппендицитъ можно смѣшать съ правосторонней внѣматочной беременностью, а именно съ тремя фазами ея: 1) съ трубнымъ выкидышемъ, съ образованіемъ *haematocelis peritubariae*, 2) съ лопнувшею внѣматочною беременностью и 3) съ нагноившеюся *haematocеле retrouterina*. При первой формѣ имѣются болѣе или менѣе рѣзко выраженныя схваткообразныя боли въ правой нижней части живота. Анамнестическія указанія на неправильность въ регулахъ, отсутствіе рѣзкихъ воспалительныхъ явленій, присутствіе мало болѣзненной опухоли, связанной

съ правымъ угломъ матки, пульсація въ правомъ сводѣ даютъ возможность поставить вѣрный діагнозъ.

Лопнувшая внѣматочная беременность, при которой могутъ быть рвота, боли въ животѣ, гдѣ обыкновенно быстро развивается коллапсъ, можетъ быть легко смѣшана съ общимъ перитонитомъ.

Но обыкновенно здѣсь *facies Hippocratica* не рѣзко выражена, и на первый планъ выступаютъ явленія крайней анеміи, но не тяжелой интоксикаціи, какъ при перитонитѣ; языкъ обыкновенно влаженъ, дыханіе довольно свободно, не носитъ костальнаго типа. Ригидность брюшныхъ мышцъ почти всегда отсутствуетъ; чувствительность живота небольшая, причемъ очень быстро удается въ полости живота опредѣлить присутствіе свободной жидкости, количество которой иногда на глазахъ увеличивается.

Нагноившаяся *haematocoele retrouterina* можетъ быть смѣшана съ обширнымъ периаппендицитнымъ экссудатомъ, который спускается внизъ въ задній Дугласъ. Здѣсь часто анамнезъ можетъ намъ помочь разобраться.

Острое перекручиваніе ножки кисты яичника можетъ дать явленія, схожія съ приступомъ остраго аппендицита.

Такое же внезапное начало, сопровождающееся рвотою, болями въ правой нижней части живота, не рѣдко лихорадкою, напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ. Не рѣдко анамнезъ намъ указываетъ, что въ правой части живота до приступа прощупывалась подвижная опухоль. Если при бимануальномъ изслѣдованіи справа отъ матки прощупывается хорошо контурируемая подвижная опухоль, то можно аппендицитъ исключить, такъ какъ воспалительныя опухоли вокругъ червеобразнаго отростка обыкновенно не отчетливо контурируются и благодаря сращениямъ очень быстро утрачиваютъ свою подвижность.

Заболѣваніе мочевыхъ путей. Чаще всего смѣшивается аппендицитъ съ нагноеніемъ въ почкѣ и съ почечными камнями. Піонефрозъ можетъ быть смѣшанъ съ аппендицитомъ въ томъ случаѣ, если червеобразный отростокъ расположенъ позади слѣпой кишки по направленію къ почкѣ. Измѣненія мочи говорятъ въ пользу піонефроза. Часто повторяющіеся приступы болей говорятъ въ подобныхъ случаяхъ въ пользу почки, такъ какъ

образующийся позади слѣпой кишки периаппендицитный экссу-
датъ, который можетъ быть смѣшанъ съ измѣненною почкою,
рѣдко разсасывается и чаще переходитъ въ нагноеніе.

Для почечныхъ камней характерны схваткообразныя боли,
которыя отдають въ правый пахъ и ногу, у мужчинъ въ яичко,
и измѣненіе мочи, въ которой часто присутствіе крови. Пожи-
лой возрастъ говоритъ въ пользу почечныхъ камней. Особенно
трудна діагностика, разъ камень застрялъ въ среднемъ отдѣлѣ
мочеточника, такъ какъ здѣсь болѣзненная точка можетъ соот-
вѣтствовать мѣсту расположенія червеобразнаго отростка. Здѣсь
хорошій Рентгеновскій снимокъ можетъ дать вѣрное указаніе.
Хроническая форма аппендицита можетъ быть смѣшана съ блу-
ждающею почкою; нерѣдко эти обѣ болѣзни существуютъ
единовременно.

Заболѣваніе желчнаго пузыря можетъ быть смѣшано съ
аппендицитомъ въ формѣ остраго холецистита и въ формѣ хро-
нической желчно-каменной болѣзни.

Острый холециститъ подобно острому аппендициту мо-
жетъ протекать весьма бурно, сопровождаться рвотою и силь-
ными болями; опухоль желчнаго пузыря при нѣкоторомъ опуще-
ніи печени можетъ спуститься довольно низко; кромѣ того из-
вѣстно, что периаппендицитные экссудаты при извѣстномъ по-
ложеніи отростка могутъ лежать очень высоко подъ печенью.
Но въ общемъ при холециститѣ явленія не долго носятъ бурный
характеръ; ригидность мышечныхъ стѣнокъ бываетъ рѣже, въ
виду того, что воспаленіе здѣсь рѣже переходитъ на брюшину.

При желчныхъ камняхъ локалізація болѣе совѣмъ иная;
боли ощущаются въ правомъ подреберьи, часто ближе къ ме-
чевидному отростку; онѣ часто отдають въ правое плечо и въ
лопатку. Боли эти часто по ночамъ, черезъ 3—4 часа послѣ
принятія пищи, чаще у женщинъ, и въ болѣе пожиломъ возрастѣ.
Часто повторяющаяся желтуха говоритъ въ пользу желчныхъ
каменей, хотя отсутствіе желтухи не исключаетъ возможности
присутствія желчныхъ камней.

Характерны для женщинъ, страдающихъ желчными камнями,
боли, испытываемыя при затягиваніи юбокъ и при одѣваніи кор-
сета.

Изъ заболѣваній кишечника съ аппендицитомъ можетъ

быть смѣшанъ острый энтеритъ. Аппендицитъ обыкновенно сопровождается запорами, но иногда бываютъ и поносы. Поэтому при поносахъ у молодыхъ людей, сопровождающихся болями въ животѣ, всегда слѣдуетъ обращать особое вниманіе на червеобразный отростокъ.

Съ брюшнымъ тифомъ аппендицитъ можетъ быть смѣшанъ въ концѣ второй недѣли, когда изъязвленія въ тонкихъ кишкахъ, преимущественно въ правой подвздошной области, доходятъ до брюшины; тогда въ этой области часто появляются очень сильныя боли вслѣдствіе раздраженія брюшины.

Ригидность брюшныхъ стѣнокъ при этомъ почти всегда отсутствуетъ.

Тяжелое общее состояніе говоритъ за тифъ. При тифѣ обыкновенно больной долго лихорадитъ, а затѣмъ уже появляются боли; при аппендицитѣ же наоборотъ съ начала боли, а затѣмъ присоединяется лихорадка. Очень цѣнныя указанія даетъ намъ изслѣдованіе крови: при тифѣ количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ понижено, при аппендицитѣ оно всегда болѣе или менѣе повышено.

Нерѣдко аппендицитъ смѣшивался съ непроходимостью кишекъ. Какъ извѣстно, непроходимость кишекъ бываетъ механическою и функціональною или динамическою.

При первой формѣ просвѣтъ кишки закладывается, будетъ ли это опухолью, тяжемъ, перекручиваніемъ кишки и т. д.

Тяжи и рощенія, какъ результатъ периаппендицита, могутъ вызвать такую механическую непроходимость кишекъ. При динамической непроходимости просвѣтъ кишки свободенъ, но кишечныя мышцы, вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ причинъ, парализуются; такая парализованная петля не въ состояніи протолкнуть кишечное содержимое дальше и наступаетъ задержка и всѣ явленія непроходимости. При остромъ аппендицитѣ съ перитонитическими явленіями часто получается картина непроходимости кишекъ, которая зависитъ отъ паралича мышцъ обширнаго отдѣла кишечника. Въ пользу перитонита говоритъ повышенная температура, болѣзненность живота, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ въ началѣ заболѣванія, костальный типъ дыханія. Повышеніе ректальной температуры цѣнный признакъ въ пользу перитонита и аппендицита.

Аппендицитъ еще можетъ быть смѣшанъ съ правостороннимъ псоитомъ, утолщеніемъ мезентеріальныхъ железъ туберкулезнаго характера, съ затечнымъ нарывомъ въ правой подвздошной области при спондилитѣ.

Ракъ слѣпой кишки можетъ быть смѣшанъ съ затихшимъ периаппендицитнымъ инфильтратомъ; въ пользу рака говоритъ пожилой возрастъ, часто повторяющіяся явленія суженія просвѣта кишки, измѣненіе стула, бугристость опухоли.

Туберкулезъ слѣпой кишки можетъ также дать поводъ заподозрить аппендицитъ. Въ пользу туберкулеза говоритъ истощенный общій видъ, наклонность къ кишечнымъ кровотечениямъ, частыя явленія стеноза съ коликами и съ расширеніемъ и утолщеніемъ стѣнокъ приводящаго отдѣла кишечника.

Свинцовая колика давала неоднократно поводъ къ смѣшенію съ аппендицитомъ.

Въ пользу свинцовой колики говоритъ профессія, безлихорадочное теченіе, замедленіе пульса, отсутствіе мѣстныхъ симптомовъ, свинцовая кайма.

У истеричныхъ особъ наблюдаются еще явленія псевдоаппендицита. Но присутствіе цѣлаго ряда истерическихъ симптомовъ, какъ повышеніе рефлексовъ кожныхъ, отсутствіе глоточнаго и корнеального рефлекса, суженіе поля зрѣнія, анестезіи помогутъ поставить вѣрный діагнозъ.

О лѣченіи аппендицита.

Способы лѣченія аппендицита рѣзко мѣнялись въ зависимости отъ возрѣній, которыя врачи имѣли на природу заболѣванія.

Лѣченіе аппендицита было всегда эмпирически симптоматическое.

Во времена Диуцтрен'а господствовало возрѣніе, что воспаленіе червеобразнаго отростка есть не что иное, какъ идиопатически развивающееся воспаленіе клѣтчатки правой подвздошной области; лѣченіе состояло въ энергичномъ антифлогозѣ; примѣнялось общее кровопусканіе, которому приписывалось энергичное противовоспалительное дѣйствіе, и мѣстное въ видѣ пиявокъ.

Когда стало распространяться учение о развитии этихъ воспаленій вслѣдствіе застоя кала въ слѣпой кишкѣ, т. е. вслѣдствіе первоначальнаго развитія *Typhlitis stercoralis*, вошло въ моду леченіе слабительными.

Затѣмъ наступаетъ періодъ увлеченія лѣченіемъ опіемъ. Опій дѣйствительно драгоцѣнное средство въ томъ смыслѣ, что хорошо успокаиваетъ боли и значительно уменьшаетъ страданія больныхъ. Даже тяжелые больные съ различными формами перитонита при усиленномъ лѣченіи опіемъ сравнительно мало страдаютъ. Кромѣ того опій, уменьшая или совершенно уничтожая перистальтическія движенія кишекъ, способствуетъ тому, что инфицирующее начало, попадая въ свободную брюшную полость, не разносится на сосѣдніе участки и скорѣе локализируется благодаря образованію спаекъ и сращеній.

Понятно, что лѣченіе опіемъ представляло значительный шагъ впередъ въ сравненіи съ лѣченіемъ слабительными, которыя, примѣняемыя широко и въ большихъ дозахъ, принесли много вреда и стоили жизнь не одному больному. Оно и понятно; если налицо сильно растянутый гноемъ отростокъ или имѣется въ области слѣпой кишки плохо осумкованный экссудатъ, понятно, что усиленная перистальтика послѣ принятія слабительнаго легко можно вести къ перфорации. Въ такихъ случаяхъ лѣченіе опіемъ слѣдовало считать болѣе рациональною терапіею.

Но и чрезмѣрное увлеченіе опіемъ, по моему мнѣнію, принесло много вреда.

Въ прежнее время, когда оперативное вмѣшательство совѣмъ не примѣнялось или примѣнялось въ исключительныхъ случаяхъ, когда гнойникъ прорывался черезъ мышечную стѣнку наружу и такъ сказать самъ напрашивался на ножъ, примѣненіе опія имѣло свой *raison d'être*. Въ настоящее же время, когда оперативное вмѣшательство примѣняется широко, мы, назначая опій и такъ сказать наркотизируя больного, лишаемъ себя очень важнаго критерія, по которому мы можемъ судить, остановился и локализовался ли процессъ, или же онъ идетъ дальше. Послѣ приема большихъ дозъ опія мѣстная чувствительность и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ значительно ослабѣваютъ и врачъ очень легко можетъ быть введенъ въ заблужде-

ніе и можетъ прозѣвать лучшей моментъ для оперативнаго вмѣшательства.

Кромѣ того, если послѣ продолжительнаго примѣненія опія все-таки приходится прибѣгать къ операціи, послѣ послѣдней часто развивается такой чрезмѣрный метеоризмъ, который причиняетъ массу хлопотъ какъ врачу, такъ и больному. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что больные, получавшіе много опія, становятся легче воспримчивыми или, вѣрнѣе, труднѣе противостоятъ инфекціи.

Что касается слабительныхъ, то въ разгаръ припадка аппендицита примѣненіе ихъ абсолютнаго противопоказано. Съ другой же стороны извѣстно, что переполненіе кишечника всегда вліяетъ неблагоприятно на теченіе аппендицитаго приступа и эмпирически установлено, что послѣ хорошаго послабленія приступъ аппендицита часто стихаетъ. Поэтому многіе авторы совѣтуютъ въ самомъ началѣ приступа, особенно если этому предшествовали продолжительные запоры, давать легкое слабительное, не раздражающее кишекъ, не вызывающее гипереміи и рѣзкой перистальтики. Назову здѣсь *Magnesia usta* 3—4 чайныхъ ложки, *Natr. sulfuricum*, *Calomel* по 0,06 3—4 порошка.

Sonnenburg за послѣднее время предлагаетъ давать въ началѣ приступа *ol. Ricini*, причемъ больной долженъ находиться подъ наблюденіемъ врача; если послѣ этого наступаетъ ухудшеніе, то тотчасъ же слѣдуетъ приступить къ операціи. Легкіе припадки послѣ принятія касторки часто быстро стихаютъ. Мѣра эта однако очень рискованная и позволительна только въ рукахъ такого опытнаго врача-діагноста, какъ Sonnenburg, такъ какъ ему часто въ самомъ началѣ припадка удавалось установить, что онъ имѣетъ дѣло съ тяжелою формою аппендицита, и въ такихъ случаяхъ онъ, понятно, *ol. Ricini* не давалъ.

Лучше чѣмъ слабительными удается очистить нижній отрѣзокъ кишекъ при помощи клизмъ, причемъ не дѣлаютъ большихъ вливаній въ 2—3 литра, которыя, раздувая кишечникъ и вызывая сильныя перистальтическія движенія, легко могутъ вызвать осложненія. Дѣлаютъ маленькія клизмы въ 300—400 гр., въ которыя прибавляютъ столовую ложку глицерина. Здѣсь механической моментъ уступаетъ на задній планъ; такая клизма, дѣйствуя глицериномъ, вызываетъ химическое раздраженіе сли-

зистой recti, что рефлекторно вызывает нѣжную перистальтику толстыхъ кишекъ.

Очень важенъ абсолютный покой; больной лежитъ на спинѣ не двигаясь; всякое передвиженіе, всякое напряженіе брюшного пресса можетъ ухушить процессъ.

Большое значеніе имѣеть лишеніе больного пищи и по возможности питья; этимъ мы часто избавляемъ больныхъ отъ рвоты, которая, понятно, крайне опасна. Кромѣ того, при пустомъ желудкѣ и кишечникѣ нѣтъ матеріала для развитія метеоризма. Наконецъ извѣстно, что при переходѣ пищи изъ желудка въ двѣнадцатиперстную кишку развивается перистальтическая волна, которая постепенно распространяется по всему кишечнику. Въ большомъ ходу это лѣченіе въ Америкѣ, гдѣ его ввелъ Ochsner подъ названіемъ Starvation Cure—лѣченіе голоданіемъ. При сильной жадѣ умѣстны небольшія клизмы изъ тепловатой воды или изъ фізіологическаго раствора соли, который, какъ изотоническая жидкость, легче всасывается.

Нѣкоторые авторы совѣтуютъ примѣненіе выкачиванія желудка, особенно если передъ приступомъ была погрѣшность въ діетѣ. По-моему, къ промыванію желудка можно прибѣгнуть только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ при этомъ не избѣжать рвотныхъ и тошнотныхъ движеній, которыя могутъ неблагоприятно отозваться на мѣстномъ процессѣ.

Противъ болѣе очень рационально примѣненіе *Belladonnae* въ порошкахъ или въ свѣчахъ по 0,02 3—4 раза въ день; она успокаиваетъ боль, но не уничтожаетъ перистальтики, а скорѣе усиливаетъ ее. Кромѣ того *Belladonna*, уничтожая боли и улучшая самочувствіе больныхъ, не настолько наркотизируетъ ихъ, что уничтожается мѣстная чувствительность и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ.

Съ этою же цѣлью можно, въ случаѣ сильныхъ болѣе, вприскивать морфій подъ кожу.

Въ цѣляхъ дезинфекціи содержимаго кишекъ у насъ въ большомъ ходу *Salol* по 0,3—0,4—2—3 раза въ день. Насколько *Salol* дѣйствительно способствуетъ уничтоженію инфицирующаго начала въ кишечникѣ не берусь сказать, но отрицать этого нельзя. Съ этою же цѣлью предлагается *Benzonaphthol*, *Calomel*, *Ichthalbin*, *Ichthyol* etc.

Мѣстно въ началѣ приступа помогаетъ ледъ, какъ одно изъ самыхъ дѣйствительныхъ противовоспалительныхъ средствъ. Когда приступъ стихаетъ и начинается обратное развитіе процесса, хорошія услуги оказываютъ спиртовые компрессы и компрессы изъ ихтіоль-глицерина, которые дѣйствуютъ болеутоляюще и способствуютъ разсасыванію.

Заканчивая разборъ вопроса о внутреннемъ лѣченіи аппендицита, я долженъ подчеркнуть, что, примѣняя различныя мѣры внутренней медицины, мы можемъ способствовать затиханію отдѣльныхъ припадковъ аппендицита, но излѣчить само основное заболѣваніе мы не можемъ. Этими мѣропріятіями мы помогаемъ природѣ справиться съ врагомъ. Понятно, бывають случаи, гдѣ послѣ повторныхъ припадковъ старые язвенные процессы въ отросткѣ зарубцовываются, лимфатическіе фолликулы атрофируются, отростокъ облитерируется и все затихаетъ. Но на такой исходъ не всегда можно разсчитывать, эта фізіологическая облитерация можетъ наступить весьма поздно или совсѣмъ не наступить, и все время больной находится въ постоянной опасности получить возвратъ. Радикальное выздоровленіе можетъ дать только операція.

Оперативное лѣченіе аппендицита получило широкое примѣненіе только за послѣднія 10—15 лѣтъ. Въ доантисептическое время находились нѣкоторые смѣльчаки, которые вскрывали обширные гноевики, которые срослись съ кожею; но обыкновенно предпочитали здѣсь троакаръ, который еще вкалывался въ косомъ направленіи, чтобы не дать въ полость абсцесса проникнуть воздуху и не вызвать ихорознаго разложенія. Но и значительно позже къ операціи гнойнаго аппендицита приступали весьма не охотно, такъ какъ опасались вскрыть свободную брюшную полость и заразить брюшину. Я, будучи студентомъ, припоминаю случаи обширнаго гнойнаго периаппендицита, которые лѣтъ 20 тому назадъ намъ показывали въ клиникѣ; лежали эти больные въ терапевтической клиникѣ, гдѣ часто и погибали, причемъ хирурги приглашались обыкновенно тогда, когда имѣлись уже явленія общаго перитонита

Постепенно однако хирурги стали смѣлѣе и показанія къ операціи стали становиться шире. Стали оперировать периаппендицитные экссудаты, которые достигали большой величины и,

прилегая къ передней брюшной стѣнкѣ, постепенно перфорировали ее и давали всѣ признаки мѣстнаго присутствія гноя какъ покраснѣніе, болѣзненность, флюктуацію.

Постепенно стали оперировать случаи, гдѣ опухоль не прилежала непосредственно къ передней брюшной стѣнкѣ, но гдѣ всѣ явленія указывали на тяжелую форму аппендицита.

Лѣтъ 15 тому назадъ сначала въ Америкѣ, а затѣмъ и въ другихъ странахъ стала примѣняться такъ называемая операція à froid, т. е. операція, которая производится не въ разгаръ припадка аппендицита, а въ промежуткахъ между припадками, когда мѣстныя воспалительныя явленія совершенно стихли.

Благодаря большимъ успѣхамъ, которые сдѣланы въ брюшной хирургіи за послѣднее время, эта операція въ настоящее время производится съ весьма небольшимъ рискомъ для больного (смертность отъ нея равняется 0,5—1,0⁰/о), и въ громадномъ большинствѣ случаевъ радикально излѣчиваетъ больного отъ его страданій.

Преимущества операціи à froid состоятъ въ томъ, что здѣсь операція не производится экспромптомъ, и операторъ имѣетъ возможность тщательно подготовить больного къ лапаротоміи, что понятно должно благопріятно вліять и на результатъ операціи.

Такъ какъ операція производится не въ воспаленныхъ тканяхъ или по крайней мѣрѣ въ области, гдѣ острые воспалительныя явленія совершенно стихли, то имѣется всегда возможность, широко вскрывъ брюшную полость и разъединяя всѣ сращенія, удалить пораженный червеобразный отростокъ, не рискуя вызвать воспаленіе сосѣднихъ отдѣловъ брюшной полости. Вслѣдствіе этого посягъ этой операціи настоящій рецидивъ наступить не можетъ, разъ весь отростокъ удалось удалить.

Третье преимущество этой операціи состоитъ въ томъ, что послѣ нея не требуется тампонація брюшной полости и брюшная рана зашивается послойно наглухо. Благодаря этому значительно упрощается и ускоряется послѣоперационное теченіе, и разъ только заживленіе прошло гладко, опасность развитія брюшной грыжи весьма минимальна.

Большое значеніе имѣетъ моментъ, когда производится операція. Обыкновенно принято, чтобы операція à froid производи-

лась не раньше, какъ 6 недѣль послѣ послѣдняго припадка аппендицита.

Здѣсь все-таки слѣдуетъ индивидуализировать въ зависимости отъ тяжести приступа. При часто повторяющихся легкихъ приступахъ катаррального аппендицита можно произвести удаленіе отростка безъ риска черезъ 2¹/₂—3 недѣли послѣ приступа.

Но за то есть формы периаппендицита съ обширнымъ экссудатомъ, довольно долго лихорадившія, которыя часто по прошествіи 6 недѣль далеко еще не настолько разсосались и обезвредились, чтобы можно было безъ риска произвести удаленіе отростка.

Въ такихъ случаяхъ приходится иногда ждать съ операціею 8—9 недѣль.

Къ сожалѣнію, не всѣ случаи аппендицита могутъ быть оперированы à froid, а только случаи легкіе и средней тяжести, тяжелые же случаи подлежатъ немедленной операціи. Что касается случаевъ средней тяжести, то не рѣдко весьма опытный врачъ находится въ затрудненіи рѣшить вопросъ, слѣдуетъ ли данный случай оперировать немедленно или же можно выждать, чтобы впослѣдствіи оперировать à froid. Далеко не рѣдки случаи, гдѣ аппендицитъ нѣкоторое время протекаетъ тихо и подаетъ надежду, что можно будетъ произвести операцію à froid, какъ вдругъ наступаетъ рѣзкое ухудшеніе. Вотъ эти то случаи и уменьшили нѣсколько увлеченіе операціею въ промежуткахъ между припадками.

За послѣдніе годы при аппендицитѣ все большихъ приверженцевъ пріобрѣтаетъ такъ называемая ранняя операція, т. е. операція, которая производится въ первые 24 и самое большое 48 часовъ послѣ начала припадка.

Въ виду того, что въ началѣ аппендицитнаго припадка даже самый опытный врачъ не въ состоянїи сказать, какое теченіе будетъ имѣть этотъ припадокъ, нѣкоторые хирурги высказались въ томъ смыслѣ, что слѣдуетъ принципиально дѣлать немедленную операцію въ каждомъ случаѣ, гдѣ больной съ аппендицитомъ попадаетъ подъ ваше наблюденіе въ первые или вторые сутки послѣ начала припадка.

Большое преимущество ранней операціи состоитъ въ томъ, что она технически болѣе проста и удаленіе отростка обыкновенно удается безъ большихъ затрудненій, такъ какъ еще не

успѣлъ образоваться экссудатъ и сращения вокругъ отростка; этимъ больной избавляется отъ рецидивовъ.

Въ виду того, что въ первый и второй день инфекция брюшины еще не наступила, а если и наступила, то носитъ легкой характеръ, то почти всегда удается послѣ операціи зашить брюшную рану послойно наглухо; вслѣдствіе этого послѣоперационное теченіе укорачивается и грыжи брюшной стѣнки наблюдаются рѣдко.

Кромѣ того ранняя операція избавляетъ больного отъ цѣлаго ряда осложненийъ, изъ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ гнойный перитонитъ; послѣдній чаще всего развивается въ концѣ второго на третій день, и потому ранняя операція лучше всего предупреждаетъ его. Если же перитонитъ развивается на 1—2 день, онъ часто въ началѣ носитъ болѣе невинный характеръ и операція можетъ спасти больного. Кромѣ перитонита, аппендицитъ, существующій нѣсколько дней, можетъ дать цѣлый рядъ другихъ осложненийъ, какъ абсцессы въ печени, піэмію и т. д., которыя отпадаютъ при ранней операціи.

Но такое широкое примѣненіе ранней операціи при аппендицитѣ признается далеко не всѣми хирургами. Главные доводы противъ ранней операціи слѣдующіе:

1) Статистика показываетъ, что изъ 100 больныхъ, страдающихъ аппендицитомъ и не подвергнутыхъ операціи, погибаютъ 12 человекъ. Если бы оперировать всѣ сто случаевъ, то изъ 12 умершихъ большая часть остались бы въ живыхъ, но за то въ 88 случаяхъ производство операціи было не нужно, такъ какъ они и безъ операціи поправились. Операція, понятно, не настолько безопасна, что ее можно было такъ широко предлагать для всѣхъ легкихъ случаевъ. На это слѣдуетъ однако возразить, что въ 88 случаяхъ операція не была бы произведена напрасно, такъ какъ это дало бы радикальное избавленіе отъ болѣзни.

2) Самый существенный недостатокъ такой принципиально производимой ранней операціи состоитъ въ томъ, что, поступая такъ, мы дѣйствуемъ шаблонно, не научно. Имѣя дѣло съ болѣзненною формою, которая имѣетъ такое разнообразное клиническое теченіе, начиная съ самыхъ легкихъ формъ, проходящихъ черезъ нѣсколько часовъ, до самыхъ тяжелыхъ, ведущихъ быстро къ тяжелымъ осложнениямъ, какъ то неловко предлагать одно сред-

ство—раннюю операцію. Врачи должны стремиться улучшить діагностику, чтобы съ большею точностью отличать легкіе случаи отъ тяжелыхъ.

3) Ранняя операція не безопасна, и потому примѣнить ее въ легкихъ случаяхъ аппендицита, который можетъ пройти черезъ 3—4 часа и не возвратиться, не рационально.

4) Широкое примѣненіе ранней операціи можетъ имѣть мѣсто только въ очень культурныхъ государствахъ, гдѣ хорошо поставлена подача медицинской помощи, и гдѣ перевозка больного съ аппендицитомъ въ ближайшую клинику или хорошо оборудованную больницу не особенно сложна.

У насъ въ Россіи широкое примѣненіе ранней операціи мыслимо только въ большихъ городахъ, до и то рѣдко, по той простой причинѣ, что больные большею частью поступаютъ въ больницы не раньше 3—4 дня, а если и поступаютъ на первый-второй день, то далеко не всегда сейчасъ же соглашаются на операцію.

Мой личный взглядъ на примѣненіе ранней операціи таковъ: если я вижу больного съ острымъ приступомъ аппендицита въ первый день болѣзни и если имѣется хоть одинъ признакъ, говорящій за тяжелую форму, я предлагаю немедленную операцію, понятно, если есть подходящая для лапаротоміи обстановка и если не приходится далеко транспортировать больного. Если нѣтъ угрожающихъ явленій, то выжидаю 12—24 часа и затѣмъ уже приступаю къ операціи, если припадокъ не затихаетъ.

Если больной съ приступомъ аппендицита поступаетъ подъ наблюденіе хирурга на 4—5 день болѣзни, то слѣдуетъ ожидать, если нѣтъ явныхъ признаковъ, указывающихъ на тяжелое заболѣваніе, и если припадокъ имѣетъ наклонность стихать; лучше въ такихъ случаяхъ дать процессу локализоваться и инкапсулироваться; операція, произведенная въ этой стадіи, разрушая свѣжія сращенія, можетъ дать толчекъ къ дальнѣйшему распространенію процесса на сосѣдніе участки.

Если больной попадаетъ къ хирургу на 7—10 день послѣ начала приступа, то операція показана, если есть признаки, указывающіе на присутствіе гнойнаго экссудата, и если процессъ имѣетъ наклонность распространяться дальше.

Теперь спрашивается, слѣдуетъ ли при операціи, произведен-

ной по поводу локализованнаго гнойнаго аппендицита, всегда удалять червеобразный отростокъ или нѣтъ? Удаленіе отростка весьма желательно, такъ какъ только при удаленіи отростка мы можемъ быть увѣрены, что вскрыли всѣ множественные абсцессы, окружающіе отростокъ, каждый изъ которыхъ можетъ дать тяжелое осложненіе въ видѣ перфораціи въ полость брюшины. Впрочемъ, послѣ вскрытія главнаго абсцесса, послѣдняя опасность не такъ велика, такъ какъ абсцессы имѣютъ обыкновеніе распространяться въ направленіи наименьшаго напряженія. Въ случаяхъ, гдѣ гной имѣетъ ихорозный характеръ и сраженія вокругъ отростка слишкомъ прочны и обширны, лучше отказаться отъ удаленія отростка, чтобы не вскрыть и не инфицировать свободную брюшную полость.