

T-86

5171

T

Серія диссертаций. допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1891—1892 академическомъ году.

№ 66.

КЪ АНАТОМІИ СЛѢПОЙ КИШКИ
И
ЧЕРВООБРАЗНАГО ОТРОСТКА
ВЪ ОТНОШЕНІИ КЪ ПАТОЛОГІИ ПЕРИТИФИЛИТА.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Генриха Турнера.

63979

Цензоры диссертаций, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Тарнецкій, В. А. Ратимовъ и прив.-доцентъ Н. А. Батуевъ.

ИМПЕРАТОРСКА

5171.

РЕДАКЦИЯ

193

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія и Хромо-многографія А. Траншеля, Стремянная ул. № 12.
1892.

611.3:616.3
00-15110511-86
Серія диссertaцій, допущенихъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1891—1892 академическомъ году.

7 - ноя 2012
№ 66.

КЪ АНАТОМІИ СЛѢПОЙ КИШКИ
И
ЧЕРВЕОБРАЗНАГО ОТРОСТКА
ВЪ ОТНОШЕНІИ КЪ ПАТОЛОГІИ ПЕРИТИФИЛИТА.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Генриха Турнера.

Цenzорами диссертациі, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Таренцкій, В. А. Ратиновъ и прив.-доцентъ Н. А. Батуевъ.

БИБЛИОТЕКА

5141

7-86

РЕДІР-Н

103

Перевод
1866 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія и Хромолитографія А. Траншея, Стремляная ул. № 13
1892.



1950

Переучат-60

7-ноя-2012

500 КОП - Г
1.08.1911

Докторскую диссертацию лекаря Генриха Турнера под заглавием „*Ъз аномалии салной кишки и нересобразнато отпостка въ отнотеніи къ пана-
лоніи перитифита*“, печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи
оной было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи 500 экземпляровъ сл. С.-Петербурга, Марта 21-го
дня, 1892 года.

Ученый Секретарь Насиловъ.

63979

7-ноя-2012

S'il était en effet possible d'établir d'une manière certaine positive le diagnostic de ces affections et qu'elle fussent toujours bien circonscrites, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération; on arrivera peut être un jour à ce résultat.

Meier. 1827¹⁾.

If some light could be thrown upon the detailed nature of these seeming erratic forms of circumappendicular abscess, instead of the crude general advice to perform laparotomy, more precise hence safer method of treatment would suggest itself.

Gerster. 1890²⁾.

I.

Воспалительные процессы, столь часто развивающіеся въ области подвздошныхъ ямокъ, особенно правой, не могли остаться неизвѣстными старымъ авторамъ. Мы встрѣчаемъ указанія на эти болѣзни у Ритократа, Галена, Азліа, Павла Эгинскаго и др. Изъ неточнаго описанія картины заболѣванія можно, однако, лишь догадываться, съ чѣмъ эти авторы имѣли дѣло. Van Swieten³⁾, напр., слѣду-

¹⁾ Если бы можно было точно установить діагнозъ этихъ заболѣваній и если бы они всегда были ограничены, то нашлась бы возможность избавить отъ него больныхъ при помощи операціи. Мы дождемъ можетъ быть до этого.

²⁾ Если бы немного свѣта можно было пролить на детальный характеръ этихъ, повидному, слѣдующихъ формъ circumappendicular'наго абсцесса, вмѣсто того, чтобы просто совѣтовать операцію, то выработался бы болѣе точный и, стало быть, болѣе безопасный способъ леченія.

³⁾ Van Swieten. Comment in H. Boerhaave Aphorismos etc. Lugd. Bat. 1775, т. III, стр. 183.

нимъ образомъ описывать наблюдение *Аретей Кампадокійскаго*: „*Aretaeus tamen testatur quod in quodam aegro abscessum coli in dextra parte prope jecur dissecuit unde multum puris effundebatur et pariter per renes et vesicam exibat per plures dies superstitie aegro*“¹⁾.

Затѣмъ въ прошломъ столѣтїи мы встрѣчаемъ цѣлый рядъ работъ, касающихся гнойнаго воспаления въ обихъ подвздошныхъ ямкахъ или въ одной правой²⁾.

*Petrus Frank*³⁾ упоминаетъ подъ именемъ *peritonitis muscularis*, о воспаленияхъ брюшины „*quae tum ad abdominalium, tum ad psoas iliacique musculorum superficiem contingunt*“.

Въ началѣ нашего вѣка появляются отдѣльные наблюдения, доказывающія, что источникомъ заболѣванія правой подвздошной ямки можетъ служить и червеобразный отростокъ. Такъ *Wegeler*⁴⁾ въ 1813 году подъ именемъ „*enteritidis malignae et singularis calculosi concretimenti*“ описалъ случай смерти юности 18-ти лѣтъ, на 4-й день послѣ остраго воспалительнаго заболѣванія въ правой подвздошной ямкѣ. Клиническія явленія болѣзни, описываемой авторомъ, совершенно подходятъ подъ типъ остраго «перитифлита»⁵⁾. При вскрытіи, между прочимъ, найдено было: „*coccum ipsum a gangraena destructum erat, quae omnis ab ea parte, ubi processus vermicularis illi se inserit, exorta esse videbatur*“. Червеобразный отростокъ былъ утолщенъ и покраснѣлымъ. „*Mox autem, dante periblaetъ авторъ, non sine summa admiratione corpora quaedam duriora in eo latere sentiebamus, quae hac appendicula dissecta, lapides esse deprehendebamus. Plures quidem exiguos tres alios rari quemeque, alium deinde ovi columbini magnitudine adaequantem*“. Исслѣдованіе состава этихъ камней, произведенное *Robiquet*, показало 60% *adipocireae*, 30% фосфор. к. и 86% неопредѣленнаго вещества животного происхожденія; по мнѣнію изслѣдователя, камни имѣли по составу нѣчто общее и съ желчными, и

съ мочевыми камнями. *Wegeler*у удалось въ литературѣ найти еще наблюдение *Amgarda*, который описалъ конкрементъ, помѣщавшійся въ червеобразномъ отросткѣ и образовавшійся вслѣдствіе отложеній вокругъ застрявшей иглы. Вслѣдъ затѣмъ *Vicq D'azur*¹⁾ описалъ конкрементъ, отложившійся вокругъ волоса, и, наконецъ, *Olivier Prescott*²⁾ сообщилъ случай смерти вслѣдствіе застрѣванія въ червеобразномъ отросткѣ зерна какао. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, какъ и у *Wegeler'a*, упоминается и о гангренѣ (?) сѣдой кишки и ilei.

Въ 1824 г. *Louyer Villermay*³⁾ сообщилъ въ засѣданіи парижской Académie Royale de Medecine о двухъ детально кончившихся случаяхъ протѣканія червеобразнаго отростка. Считаемо необходимымъ привести эти два наблюденья:

I случай. Мужчина 35-ти лѣтъ, раньше пользовавшійся хорошимъ здоровьемъ, внезапно заболѣлъ 18-ти 1823 г., въ 5 часовъ утра, сильной болью въ правой подвздошной ямкѣ и рвотой. Соответственная сторона живота была болѣзненно при опущиваніи. Лечение состояло въ частыхъ повторныхъ кровопусканіяхъ. Рвота и другіе симптомы болѣзни ухудшились, на 4-й день исчезъ пульсъ и болѣзнь погибъ.

Вскрытіе произведено спустя 24 часа. Въ области правой fossa iliaca найдено около 5 унцій черновой жидкости съ гангренозными запахами. Въ этой жидкости плаваютъ ч. отростокъ, болѣе длинный, чѣмъ нормально, черный и густоно разламчивый. Гангренозное окрашиваніе уменьшается соотвѣственно приближенію къ сѣдой кишкѣ, которая не *представляетъ патологическихъ измѣненій*. Печли кишечника склеены; лѣвѣтчатка, пропитанная серозной жидкостью, окружаетъ правую почку, не имѣющую особыхъ измѣненій. Слизистая оболочка кишечника и всѣ остальные органы здоровы.

II случай. Мужчина 37-ми лѣтъ имѣлъ правую наховую грыжу, удерживаемую биндажемъ: 21 июля 1821 г. онъ внезапно заболѣлъ, спустя часъ послѣ ужины. Появились тошнота и колики въ области пупка. Больной самъ произвелъ себѣ рвоту, однако боли не успокоились теченіемъ всей ночи. Киштеры остались безъ дѣйствія. На другой день, угрозы, колики; сильная боль въ области пупка остается; грыжа не выпадаетъ. На 3-й день смерть. Вскрытіе. Въ правой подвздошной ямкѣ пирамидальное тѣло (ч. отростокъ), длиною въ 3 пальца и шириною у конца въ 1 палецъ; оно имѣло черно-фиолетовый цвѣтъ и было направлено къ наховому каналу, въ который свободно входило. Слизистая оболочка ч. отростка—серебристо-блѣлаго цвѣта около coccum, и черная и разрушенная на остальныхъ протяженіяхъ; толщина си 3 линии. Сѣдая кишка найдена совершенно здоровой (très sain). Въ остальныхъ органахъ ничего замѣчательнаго.

Бывшей во второмъ случаѣ грыжѣ авторъ не придаетъ никакого значенія въ этиологіи послѣдней смертельной болѣзни и

¹⁾ *Aretaeus*. De causis et signis morborum diuturnorum. Lib. I. Cap. IX, стр. 37.

²⁾ *Ludwig*. Diss. de abscessu latente. Lipsiae. 1768.

³⁾ *Le Bran*. Consultation sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie. Paris, 1765.

⁴⁾ *Schönmetsel*. Obs. de musc. psoa et iliaci suppuratione Heidelberg. 1776.

⁵⁾ *Meckel*. Diss. De psotide. Halle, 1796.

⁶⁾ *Petrus Frank*. De curandis hominum morbis epitome. Lib. II, стр. 189, 1792.

⁷⁾ Цит. по *Melier*. Journal Gen. de med. т. 100, стр. 317, 1827.

⁸⁾ Подъ именемъ «перитифлита» мы какъ здѣсь, такъ и повсюду, будемъ подразумѣвать вообще заболѣванія въ правой fossa iliaca, исходящія отъ червеобразнаго отростка (Appendicitis).

¹⁾ Encycloped. meth. т. II, стр. 286.

²⁾ Gazette de Santé, 1817 г. 13. тотъ и друг. кит. по *Melier*.

³⁾ *Louyer Villermay*. Observations pour servir à l'histoire de l'inflammation de l'appendice du coccum. Arch. Gen. de Med. 1 Ser. т. V, стр. 246, 1824.

поэтому считается оба случая совершенно аналогичными съ клинической и патолого-анатомической стороны. «Какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ, говорить оцъ, заболѣлъ человекъ во двѣть лѣтъ, обладавшій хорошимъ здоровьемъ, и внезапно сраженный, среди полного благоденствія, острѣйшимъ воспаленіемъ, смертельный исходъ котораго былъ наибыстрѣйшимъ. Какъ у одного, такъ и у другого даже не было агоніи; напротивъ, за нѣсколько времени до смерти было видимое улучшеніе».

Подводя эпикризъ въ обоихъ случаяхъ, авторъ изъ найденныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ придаетъ особенное и исключительное значеніе гангренѣ червеобразнаго отростка, остальные же явленія, какъ напр. покраснѣніе слизистой оболочки желудка, оцъ считаетъ за вторичныя, не имѣющія серьезнаго значенія. Не найдя, однако, *corporis delicti* и не будучи знакомъ съ заболѣваніями червеобразнаго отростка, *L. Villermay* сталъ вступикъ относительно причины столь быстрого смертельнаго исхода. «*Mais comment, говорить оцъ, l'inflammation d'un organe d'un aussi petit volume et surtout d'une importance connue si bornée a-t-elle pu causer si promptement la mort et sans peritonite consecutive? C'est ce que nous ne pouvons nous expliquer. Nous ignorons si l'affection de cet appendice sera suivie constamment d'un resultat aussi prompt et aussi facheux.*»

Какъ видно изъ исторіи болѣзни, оба больныхъ погибли отъ острого септического перитонита ранней, чѣмъ врачъ могъ его распознать. Малая величина и неважное физиологическое значеніе пораженнаго органа не допускали мысли объ исключительной зависимости смертельнаго исхода отъ заболѣванія червеобразнаго отростка.

Однако, точность и ясность, съ которою *L. Villermay* описалъ свои наблюденія, не оставляютъ желать ничего лучшаго, и вотъ почему имени его отводится одно изъ первыхъ мѣстъ въ исторіи литературы по «перитифиту».

Послѣдующіе авторы, придерживаясь того же взгляда, какъ и *L. Villermay*, игнорировали ч. отростокъ въ этиологіи заболѣванія правой подвздошной ямки и, поэтому, нѣвольно должны были строить различныя теоріи для наблюдаемыхъ клиническихъ и патолого-анатомическихъ явленій. Задача изобрѣтенія гипотезы, объясняющей особенности каждаго отдѣльнаго случая, оказалась не легкой, ибо теченіе болѣзни не всегда подходило подъ извѣстный шаблонъ.

Въ двадцатыхъ же годахъ нашего столѣтія частое появленіе

воспалительныхъ процессовъ въ правой подвздошной впадинѣ обратило на себя вниманіе *Dupuytren*¹⁾, который избралъ эти болѣзни предметомъ своихъ лекцій о «*Tumeurs phlegmoneuses (engorgements inflammatoires) de la fosse iliaque*». Почти одновременно благодаря инициативѣ знаменитаго учителя появляются работы учениковъ его школы: *Husson* и *Dance*,²⁾ *Poncean*,³⁾ *Menière*,⁴⁾ *Melier*⁵⁾ и др.

На основаніи того, что флегмона правой тазовой впадины несомнѣнно имѣть близкое отношеніе къ сосѣднему участку кишечника, каковое мнѣніе вытекало изъ различныхъ явленій гастрическихъ, запора, непроходимости, развитія нарыва въ кѣлѣчаткѣ около слѣпой кишки и, наконецъ, частаго опороженія гнойника въ полость именно этой кишки, — *Dupuytren* и его послѣдователи не могли не придти къ убѣжденію, что причину болѣзни нужно искать въ сосисѣ, въ его анатомическомъ устройствѣ, физиологическомъ назначеніи и топографическомъ отношеніи къ окружающимъ частямъ. Въ чемъ же заключаются эти особенности слѣпой кишки, о которыхъ было высказано съ такою положительною, что громадное число послѣдующихъ авторовъ не считало даже необходимымъ подвергнуть вопроса критической проверкѣ?

По мнѣнію *Dupuytren*'а слѣпая кишка, погруженная въ массу соединительной ткани образуетъ съуженное вмѣстѣлице, въ которомъ легко застрѣваютъ инородныя тѣла; затѣмъ, въ этой части кишечника каловыя массы должны передвигаться противъ законовъ тяжести, и, стало быть, имѣются постоянныя условія для ихъ застою. Скопленіе инородныхъ тѣлъ и кала должно раздражать слизистую оболочку кишки и способствовать ея воспаленію. Кромѣ того при пораженіи кишечника, сопровождающемся различными инфекціонными болѣзнями, — при тифѣ, дизентеріи и др., слизистая оболочка имѣетъ особенное предрасположеніе къ заболѣванію.

Воспалительный процессъ слизистой оболочки можетъ перейти въ изъязвленіе ея или даже въ прободеніе стѣны кишки. Но такъ какъ, по мнѣнію *Dupuytren*'а, *слѣпая кишка сидитъ на мышечномъ брѣвнѣ покрововъ*, то на этомъ мѣстѣ стѣнка ея можетъ ока-

¹⁾ Leçons orales de clinique chirurgicale 1839 (Лекціи читаны въ 1827 году).

²⁾ Repertoire de M. Breschet. 3-e trimestre. 1827.

³⁾ Observations et reflexions sur quelques points de médecine. Thèse de Paris 1827.

⁴⁾ Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. Arch. Gen. de med. t. XVII. 1828.

⁵⁾ l. c.

зять меньше противодействия распространению „гноя“ по клетчатке и образованию нарыва.

Из шести случаев абсцесса в правой тазовой ямке, наблюдавшихся Dupuytren'ом и в его частной практике, в трех последовал смертельный исход. По результатам вскрытия, которые приводит автор, можно думать, что в первом случае больной (45 лет, страдавший туберкулезом легких и других органов), погиб от туберкулезного изъязвления червеобразного отростка, повлекшего за собою перитонит, укоротивший немного жизни без того безнадежного больного, спустя больше года после операции.

Во втором случае, у больного 23 лет, медленно образовался нарыв, который пришлось вскрыть сзади над *crista ilei*. Больной умер спустя 5 месяцев от истощения. При вскрытии найдены гнойники позади слепой кишки, которая не была перфорирована. Судя по тому, что найдены были также хронический перитит и гепатизация нижних долей легких, а также обнажение костей, нельзя и в этом случае исключить влияние туберкулеза. Состояние ч. отростка в протокол вскрытия не упомянуто.

В третьем летальном случае абсцесс помещался „dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque“. Больная умерла после 4-х-месячной болезни от „colite tulerense“. В 3-х случаях, кончившихся выздоровлением, абсцесс прорывался или в кишку, или одновременно и через брюшную стенку. Хотя за внимание, которое уделил Dupuytren нарывам правой подвздошной ямки, нарывы эти и получили особое название „Дюпюитреновских“, однако, мы видим, что течение многих последующих лет в эту группу заболеваний складываются самые различные, с этиологической и патолого-анатомической точки зрения, процессы, имеющие конечным исходом накопление гноя в правой подвздошной ямке.

Один из учеников и последователей Dupuytren'a, Menière¹⁾ напечатал работу по тому же вопросу и в основу своих рассуждений мог положить 13 случаев (8 своих и 5 Husson'a и Dancs'a). Но так как из всего этого числа был только один летальный случай, то и этому автору пришлось больше ограничиваться индуктивным методом исследования. Указывая на то,

что соседств сзади не покрыто брюшиной, он полагает, что эта часть кишки расположена по отношению к соседним частям в таких же условиях, как мочеиспускательный канал к промежности, прямая кишка к окружности заднего прохода (?), слезный мешок к векам и т. п.²⁾ Не без влияния на происхождение болезни, по мнению его, должна быть и *valvula ileo-coecalis*, способствующая остановке кишечного содержимого в этой области.

Из 13 случаев, собранных Menière'ом, в 7 болезнях кончилась разрывом, в 5 гной пробуривал кишку, после чего также последовало выздоровление или удушение.

Судя по описанию тех и других, все они подходили под общий тип „перитифа“, как мы теперь его понимаем. В том случае, который кончился летально, больному было 24 года; он страдал раньше коликами и поносом, но погиб на 7 день после острого приступа. При вскрытии трупа найдены явления общего перитонита, в слепой кишке „*plaques rouges peu étendues, ni ulcération ni ramollissement*“; о червеобразном отростке ничего не упоминается. Исходной точкой заболевания во всех случаях Menière считает слепую кишку, так как „*on sait que les phlegmasies muqueuses ont pour caractère de se transmettre facilement non seulement à d'autres points de la surface mais encore aux tissus sous-jacents*“; и если явления, находимые автором при вскрытии, далеко не соответствовали его ожиданиям, то он объяснял это обстоятельством тем, что изъязвления на трупе не так рязки, как на живом, что для начала процесса в клетчатке достаточно было минимальных явлений на слизистой оболочке и что, наконец, поражение слизистой оболочки могло исчезнуть под влиянием лекарства, тогда как процесс в клетчатке пошел вперед. В этих рассуждениях Menière'a, однако, проглядывает лишь решение автора, во что бы то ни стало, объяснить для него непонятное; нет надобности доказывать, что теория его имеет очень слабую основу.

Относительно преобладания болезни у того или другого возраста, ее этиологии и Menière совершенно согласен с Dupuytren'ом. На основании статистики из 16 случаев он замечает особое предрасположение к заболеванию у мужчин. Одиннадцать больных имели возраст менее 30 лет. Болезнь встречалась чаще в конце лета и в начале осени, т. е. во время распространения желудочно-кишечных заболеваний. Профессия больных, способствующая заболеванию кишечника, также, по мнению Menière'a,

¹⁾ I. c.

играла немаловажную роль. Что касается исхода болезни, то *Menière* придерживался очень оптимистического взгляда. В единственном случае смерти больной погибла, по мнению его, от перитонита, вследствие перехода „*phlegmasie*“ с подлежащей клетчатки на „нужную брюшинную оболочку“. Причина печального исхода болезни в этом единственном случае заключалась в невозможности применить достаточно энергичное лечение при плохом общем состоянии больного. Лечение, в котором были так уверены *Menière* и все другие авторы, заключалось в обильном и повторном кровопускании. Так в одном случае больному было поставлено в общей сумме около 200 пиявок. По поводу последовавшего в этом последнем случае излечения *Menière* говорит: „*c'est par moyen de cette espèce qu'on peut parvenir à sauver les individus affectés de peritonite, et cette cruelle maladie ne compterait pas tant de victimes si l'on l'attaquait d'une main plus hardie*“. Уверенности в сущности болезни, как видно, соответствовало и убеждение в действительности героической терапии.

Основными положениями *Menière*'а и его предшественников еще долго продолжали руководить направлением целой серии работ авторов преимущественно французской школы, продолжавших искать причину воспалительных процессов около слепой кишки, в первоначальном поражении ее слизистой оболочки. Теория эта продолжала существовать, несмотря на то, что отдельные авторы в опровержение ее приводили самые веские факты. Так *Grisolle*¹⁾ в своей работе о флегмонозных опухолях тазовых ямок, ссылаясь на исследования *Louis*²⁾ о заболеваниях слепой кишки при брюшном тифе, дизентерии и холеры, высказывает убеждение, что воспалительные процессы на слизистой оболочке слепой кишки, сопровождаемые даже обширными известными разрушениями ее, весьма редко переходят на соседнюю клетчатку и что, наоборот, скорее можно совместно с *Bichat* и *Borden* считать клетчатку окружающую какой либо заболевший орган, за „*une atmosphère*“, задерживающую распространение болезненного процесса³⁾.

Роль червеобразного отростка при флегмонозных заболеваниях

клетчатки около слепой кишки повидимому ускользнула от внимания *Dupuytren*'а и его ближайших последователей. Этим объясняется: что *Dupuytren* вовсе не упоминает о наблюдении *L. Villermay* и лишь мимоходом говорит о работ своего ученика *Melier*, писавшего о заболевании червеобразного отростка. *Menière* же не упоминает ни о том, ни о другом. Между тем, в работ *Melier*, вопрос, намеченный *L. Villermay*, находит точный и разумный ответ: при этом клинические данные поставлены в непосредственную логическую связь с явлениями, найденными на трупе. Рассуждения автора основаны на 8 случаях (в том числе 1 *Wegele*'а, 2 *Louyer Villermay*, 1 *Dupuytren*'а, 1 свой и 3 устных сообщения разных авторов). Собственное наблюдение, которое описывает *Melier*, было следующее. Мужчина, 35 лет, ночью внезапно почувствовал острую боль в животе, тошноту и пр. За несколько дней до того он имел запор, легкая колика, чувство жара в животе. На 3-й день болезни, при соответственном лечении, боли утихли, больной стал чувствовать себя совсем хорошо, появилось произвольное испражнение. Но к вечеру того же дня больной сделал попытку сам себя поставить клизму и в этот момент почувствовал страшную боль внизу живота, от которой почти потерял сознание. Холодный пот, малый и частый пульс говорили за перфорацию кишки. К полудню следующего дня больного не стало.

При вскрытии найдены явления общего перитонита; в правой подвздошной ямке скопление желтой жидкости с примесью фекальных масс. Излияние жидкости произошло из червеобразного отростка, который растянут до величины желчного пузыря, мягок и частью гангренизирован. При надавливании на него, из более широкого отверстия у верхушки и нескольких маленьких на боковой стенке вытекает та же жидкость с примесью кала. „*L'intérieur du coecum est dans l'état naturel*“.

Последовательность между клиническими и патологоанатомическими данными *Melier* объясняет следующим образом. В 4. отросток скопились каловые массы; затем последовало растяжение и воспаение его слюнок с переходом в гангрену и прободением, причинившим смертельный перитонит. Быстрая в начале заболевания колика вероятно происходила от растяжения полости ч. отростка; разрыв его был обусловлен или ускорен напряжением, которое сделал больной при попытке поставить себя клизму.

¹⁾ Histoire des tumeurs phlegmonneuses des fosses iliaques. Arch. Gen. d. Méd. 1839.

²⁾ Mémoire sur les perforations spontanées de l'intestin grêle. Arch. Gen. d. Méd. t. I, стр. 17.

³⁾ *Blondin*. Anatomie générale. т. I, стр. 31.

Заболѣваніе ч. отростка, описанное *L. Villermy, Melier* объясняетъ себѣ совершенно такимъ же образомъ. Два другія наблюденія изъ числа приводимыхъ *Melier*, совершенно аналогичны предыдущему; въ одномъ изъ этихъ послѣднихъ случаевъ въ ч. отростка былъ найденъ камень неправильно овальной формы, величиною съ „demipouce“.

Если бы, говоритъ далѣе *Melier*, въ каждомъ подобномъ случаѣ предпоставляли вышеописанные симптомы, служащие предвѣстниками грозящей опасности и соответствующіе известному періоду патологоанатомическихъ измѣненій ч. отростка, то желательно было бы съ практической точки зрѣнія, чтобы этотъ періодъ былъ своевременно распознанъ; а это сдѣлается весьма возможнымъ, если при изученіи подобныхъ болѣзней будутъ болѣе обращать вниманія на червеобразный отростокъ, и при вскрытіи не будутъ небрежно относиться къ его патологическимъ измѣненіямъ. „*S'il était en effet possible d'établir d'une manière certaine positive le diagnostic de ces affections et qu'elles fussent toujours bien circonscrites, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades, au moyen d'une operation: on arrivera peut-être un jour à ce résultat*“¹⁾.

Въ переживаемое нами время мы стоимъ наканунѣ рѣшенія задачи, намѣченной *Melier*: своевременно діагностировать страшную болѣзнь и оперативнымъ путемъ предотвращать печальный исходъ.

Но почему мы еще такъ мало ушли впередъ въ этомъ направленіи? *Melier* былъ правъ, указывая на небрежное отношеніе къ патологій ч. отростка и эта небрежность главнымъ образомъ была причиною того, что до сихъ поръ темной оболочкой тифлитовъ, перитифлитовъ, паратифлитовъ, тифлоэнтеритовъ, тифлоперитифлитовъ, соеци²⁾овъ и пр., въ большинствѣ случаевъ скрывалось заболѣваніе ч. отростка, о состояніи котораго въ протоколахъ вскрытій совершенно умалчивалось. Мало того—крайне поучительный фактъ—два случая перфоратіи ч. отростка, описанные *Louyer Villermy*, реферированы въ *Rust's Magazin*³⁾ подъ именемъ „*Zwei Fälle von Entzündung des Coecum*“, какъ будто референтъ не хотѣлъ помираться съ заболѣваніемъ ч. отростка. Въ исторіи „не-

ритифлита“ мы придаемъ и этому маленькому факту нѣкоторое значеніе.

Стремленіе искать преимущественно въ слѣпой кишкѣ источникъ острыхъ воспалительныхъ заболѣваній въ правой подвздошной ямкѣ продолжало существовать у цѣлага ряда послѣдующихъ авторовъ (*Ferral, Burne, Albers, Marshal de Calvi, Tardieu, Pouzel, Blatin, Alder* и др.), придерживавшихся того мнѣнія, что причиною болѣзни перѣдко бываетъ ничто иное, какъ застой кала въ слѣпой кишкѣ. Но при тщательномъ просмотрѣ работъ сторонниковъ этой теории можно придти къ самому положительному убѣжденію. Что доказательства, приводимыя авторами, очень шатки и знакомство ихъ съ патолого-анатомической стороной дѣла оставляетъ желать многого. Для примѣра возьмемъ статью *Ferral*'я⁴⁾, въ которой собраны 5 случаевъ заболѣванія слѣпой кишки. Въ первомъ случаѣ дѣвушка 18 лѣтъ, по всѣмъ признакамъ истеричная, послѣ пяти-дневнаго запора почувствовала боль въ правой подвздошной ямкѣ; больная говорила несвязно, противилась изслѣдованію, при которомъ однако удалось прощупать опухоль въ заболѣвшей области. Къ вечеру, послѣ приѣма слабительнаго, всѣ явленія болѣзни исчезли. Во второмъ случаѣ больной внезапно почувствовала боль въ животѣ; при этомъ запоръ, тошнота, общее недомоганіе. До того недѣли три было расстройство кишечника. Въ глубинѣ тазовой ямки прощупывалась опухоль. Явленія болѣзни стихли постепенно, больного прослабило, но опухоль продолжала существовать нѣсколько недѣль, а затѣмъ постепенно исчезла. Этотъ случай описанъ подъ именемъ флегмонозной опухоли соеци. У третьяго больного также болѣзнь началась острыми припадкомъ боли въ правой подвздошной ямкѣ, рвотой и проч. Образовался нарывъ, который вскрылся въ кишку и былъ искусственно вскрытъ въ паховой области; больной выздоровѣлъ. Этотъ случай описанъ подъ именемъ „нарыва слѣпой кишки“, направившагося въ двѣ стороны. Четвертый больной, чахоточный, въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ сильно кашлялъ и имѣлъ кровавистыя испражненія. Затѣмъ образовалась опухоль въ правой подвздошной ямкѣ и свищъ въ соответственной паховой области. При вскрытіи свища найденъ сообщающимся съ слѣпою кишкою,* слизистая оболочка которой была изъязвлена въ

¹⁾ I. c. стр. 338.

²⁾ *Rust's Magazin* т. I. 1826, стр. 604.

⁴⁾ *Edinb. Med. and Surg. Journ.* 1831.

нѣсколькихъ мѣстахъ. Этотъ случай, въ которомъ, очевидно, дѣло шло о туберкулезѣ, описанъ подъ названіемъ: „абсцесса отъ изъязвленія сосѣи“. Пятый больной погибъ въ теченіе приближ. 3-хъ мѣсяцевъ. При вскрытіи найденъ хроническій перитонитъ и не рѣзкія измѣненія слизистой оболочки слѣпой кишки; о червеобразномъ отросткѣ вовсе не упомянуто. Этотъ случай авторъ считаетъ за хроническій перитонитъ, развившійся отъ заболѣванія сосѣи, и потому именно, что въ „этой области“ впервые больной почувствовалъ боль. Краткій очеркъ разнородныхъ случаевъ, собранныхъ Ferral'емъ, уже даетъ право читателю усомниться въ томъ, чтобы въ нихъ сосеитъ играло серьезную роль при первичномъ заболѣваніи. При обсужденіи статьи Ferral'я слѣдуетъ, кромѣ того, принять въ свѣдѣнію, что работа Melier, касающаяся заболѣванія червеобразнаго отростка, ему, повидному, была вовсе незнакома. Упомянутая же о случаяхъ L. Villermay, онъ удивляется, что болѣзнь червеобразнаго отростка могла такъ рѣзко оканчиваться у мѣста перехода ея въ слѣпую кишку. Очевидно, и здѣсь ему хотѣлось видѣть первичное заболѣваніе сосѣи.

Между тѣмъ, ссылаясь на работу Ferral'я и на диссертацию Posthuma¹⁾, выступилъ Albers²⁾ съ описаніемъ весьма частой формы заболѣванія слѣпой кишки, заключающейся въ атоніи ея и скопленіи кала (typhlitis stercoralis s. scrotyphlitis). Появленіе статьи Albers'a составило эпоху въ исторіи заболѣванія слѣпой кишки и ея отростка; „typhlitis stercoralis“ гнѣдно упрочилось въ терапевтической номенклатурѣ и обратилось въ оружіе, съ которымъ до сихъ поръ терапевты защищаютъ свое право на леченіе острыхъ заболѣваній въ области слѣпой кишки. Въ основѣ стеркорального тифлита лежитъ по Albers'у „атонія“ слѣпой кишки, обуславливающая застой въ ней каловыхъ массъ и всѣ дальнѣйшія послѣдствія. Заболѣваніе дѣлится на 2 стадіи: 1) періодъ гастрическихъ разстройствъ; 2) періодъ воспалительныхъ явленій; начало болѣзни выражается у больныхъ нѣкоторыми безпокойствомъ, безсонницей, вздутіемъ и твердостью живота, особенно въ области слѣпой кишки. Здѣсь же иногда прощупывается неболѣзненная опухоль, которая въ первые дни болѣзни можетъ исчезнуть при растираніи. Отправленія кишечника задержаны, испраженія незначительны, иногда тверды, иногда кашцеобразны. Въ правой поясничной и бедренной областяхъ имѣется чувство

оѣмѣнія. Заболѣваніе это сопровождается различными пораженіями кожи, пожными потами, гастрическими лихорадкой и катарромъ; улучшеніе получается послѣ возстановленія дѣятельности слѣпой кишки и опорожненія кишечника отъ твердаго кала. Но вскорѣ болѣзнь можетъ опять обостриться и тогда уже она скорѣе переходитъ въ „поспалительный“ стадій, характеризующійся сначала болью въ извѣстной точкѣ правой подвздошной ямки. Воль эта, „при распространеніи процесса по слизистой оболочкѣ тонкихъ и толстыхъ кишекъ“, дѣлается болѣе разлитой и болѣе поверхностной „въслѣдствіе пораженія и брюшины“. Далѣе усиливаются вздутіе живота и запоръ; появляется тошнота, рвота, лихорадка и проч. Заболѣваніе, описываемое Albers'омъ, тянется иногда до 28 дней, если въслѣдствіе „погрѣшностей въ діетѣ или простуды“ теченіе ея не сокращается до 7 — 8 дней, оканчиваясь летально. Исходы болѣзни — или выздоровленіе, особенно „если своевременно получится опорожненіе кишечника“ или, при медленномъ теченіи болѣзни, — нагноеніе, причѣмъ гной скопляется въ обильной калтчатѣ позади сосеитъ, или прорывается наружу, или въ въ слѣпую кишку. Въ подобныхъ случаяхъ больной можетъ погибнуть при обильныхъ поносахъ. Наконецъ, третій исходъ болѣзни — гангрена слѣпой кишки, примѣръ которой авторъ видѣлъ одинъ разъ. Большой погибъ на 7-й день болѣзни; при вскрытіи найдено омертвѣніе и разрывъ слѣпой кишки, переполненной твердымъ каломъ и косточками сливъ. Состояніе червеобразнаго отростка не упомянуто.

Еслибы послѣдній случай и могъ служить въ подтвержденіе теоріи о typhlitis stercoralis, то съ другой стороны является вопросъ, много ли людей, кромѣ дѣтей, имѣютъ привычку проглатывать сливы вмѣстѣ съ ихъ косточками. Нѣтъ сомнѣнія, что подобныя инородныя тѣла, какъ косточки сливъ и другія, своими острыми краями могутъ повредить слизистую оболочку кишечника, и подобныхъ случаевъ въ литературѣ можно найти достаточное число, но сосеитъ не представляетъ въ этомъ смыслѣ какого либо исключенія. Grisolle³⁾ при вскрытіи апоплектической случайно нашелъ позади слѣпой кишки абсцессъ, въ которомъ плавала заржавленная булава, прошедшая, по мнѣнію автора, черезъ стѣнку слѣпой кишки, хотя на слизистой оболочкѣ измѣненія и не было найдено. Dor описываетъ случай абсцесса въ пра-

¹⁾ De intestini coeci ejusque proc. vermiformis pathologia. Groningen. 1831.

²⁾ Horn's Journal f. Heilkunde Nft. 2, 1837. (Цит. по Schm. Jahrb., т. 19, 1838).

³⁾ I. с. стр. 51.

вой подкожной ямкѣ, происшедшаго вслѣдствіе прободенія конца ilei отъ скопленія въ кишкѣ 120 камешковъ сави и 92 пуль! Barles ¹⁾ нашелъ въ слѣпой кишкѣ 150 вишневыхъ косточекъ.

Однако, на основаніи подобныхъ наблюденій еще нѣтъ основанія утверждать, что аналогичный печальный результатъ можетъ получиться вслѣдствіе давленія на слизистую оболочку кишекъ со стороны кала, — нормального содержимаго толстыхъ кишекъ, не причиняющаго никакого вреда у людей, страдающихъ продолжительными запорами.

Уже самъ Albers, повидимому, подмѣтилъ несоотвѣтствіе между фактами и его теоріей. „Совершенно не ясно, говорить онъ, почему именно gros. vermiciformis при этомъ такъ часто заболѣваетъ, ибо при этой болѣзни скорѣе должно произойти прободеніе сосѣи, чѣмъ appendicis“ ²⁾.

Къ числу защитниковъ самостоятельнаго воспаления слѣпой кишки принадлежалъ и Burne ³⁾, въ работѣ котораго, къ сожалѣнію, сравнительно мало оцѣненной послѣдующими авторами, можно почерпнуть кое какія интересныя данныя изъ области патологій слѣпой кишки и червеобразнаго отростка. Относительно этиологій заболѣванія сосѣи Burne придерживается того же мнѣнія, какъ и всѣ выше перечисленные авторы, начиная съ Dupuytren'a: простуда, запоры, употребленіе неудобоваримой пищи и т. д. могутъ повести къ образованію тифло-энтерита, семь случаевъ котораго собраны, въ его двухъ работахъ, рядомъ съ 8-ю случаями прободенія червеобразнаго отростка. Для характеристики всей группы „тифлоэнтерита“ приведемъ, въ видѣ прилѣба, одну изъ исторій болѣзней.

Мужчина среднихъ лѣтъ внезапно заболѣлъ запорами и болью въ правой подкожной ямкѣ; скорѣе въ этой области стала прощупываться болѣзненная опухоль; появились рвота, учащенный пульсъ и пр. Лечение состояло изъ горячихъ ваннъ, кровопусканій, примочекъ каломеля, опиѣ, соевыхъ слабительныхъ. Спустя нѣсколько дней больного послаблело, но это исправленіе сочтено недостаточнымъ, ибо самъ больной „чувствовалъ, что ему необходимо еще слабительное, такъ какъ кишки останавливаются только до одной точки, дойдя до которой, газы возвращаются обратно“. Принятое слабительное (колоцинтъ съ кало-

мелемъ), однако, только усилю рвоту, боли въ животѣ и т. д. При дальѣйшемъ леченіи соевыми слабительными общія явленія болѣзни скоро затихли. Но мѣстныя прошли только спустя 6 недѣль.

Приведенную исторію болѣзни можно несомнѣнно присоединить къ группѣ остраго «перитифлита», при чемъ запоръ и явленія непроходимости очевидно были обусловлены такъ или иначе образовавшимися временными суженіемъ кишки. Что касается до первичнаго заболѣванія стѣнокъ сосѣи, входящаго до извѣстнаго прободенія ихъ, то Burne выражается по этому поводу слѣдующимъ образомъ: „исходъ въ перфорацию и абсцессъ представляетъ рѣдкое явленіе и впрямую никогда не случается, если сосѣи было здорово до приступа... Ни въ одномъ случаѣ я при вскрытіи не могъ найти перфоративнаго изъязвленія сосѣи, такъ какъ всѣ случаи воспаленія съ послѣдующимъ предполагаемымъ прободеніемъ, насколько я помню, окончились выздоровленіемъ; и въ этихъ случаяхъ нѣкоторые данныя говорили за то, что слѣпая кишка уже раньше была больна“.

Но если перфорация слѣпой кишки изнутри и представляется рѣдкимъ явленіемъ, за то Burne'у приходилось наблюдать прободеніе ея снаружи внару, и это явленіе, по мнѣнію его, бывало частымъ исходомъ нагноенія позади сосѣи вслѣдствіе изъязвленія червеобразнаго отростка, — заболѣванія, которое такъ часто проглагольвалось при вскрытіи вслѣдствіе чего и получалась „патологическая ошибка“. Признавая заболѣванія червеобразнаго отростка, Burne все-таки думаетъ, что оно случается рѣже, чѣмъ пораженіе слѣпой кишки, и признаетъ съ чужихъ словъ склонность прободенія ея изади.

Несмотря на то, однако, что возможность послѣдняго явленія не могла быть доказана, взглядъ Dupuytren'a и послѣдователей его продолжать существовать, а теорія Albers'a явилась для него подтвержденіемъ.

Выше мы уже упомянули о фактахъ, которые Grisollet привелъ противъ укоренившихся заблужденій упомянутыхъ авторовъ. Въ довольно обширной работѣ о флегмонозныхъ опухоляхъ подкожной ямки, онъ ¹⁾ собралъ статистику изъ 12 своихъ случаевъ и 61, собранныхъ изъ литературы; въ эту группу входятъ флегмоны, связанныя съ заболѣваніемъ слѣпой кишки и ея отростка, а также аналогичные процессы послѣдородоваго характера. Авторъ, правда, отдѣляетъ одну категорію отъ другой, но совмѣстное ихъ разсмо-

¹⁾ Blatin. Recherches sur la typhlite et perityphlite. Thèse. Paris, 1864, стр. 28.

²⁾ Albers. Beobachtungen auf dem Gebiete der path. Anat. ч. II, 1838 (Цит. по Filzig).

³⁾ Burne. Memoir on typhloenteritis or inflammation and perforative ulceration of caecum and of the appendix vermiformis caeci. Med. Chir. Trans Vol XX и XXII, 1839.

¹⁾ Arch. Gen de Med. 1839.

трѣне уже доказываетъ, что способу происхожденія флегмоны онъ не придаетъ особаго значенія; въ этомъ мы будемъ еще имѣть случай убедиться ниже. Однако *Grisolle* значительно подвинулся впередъ въ дѣлѣ выясненія нѣкоторыхъ сторонъ патологій «перитифлита», бывшаго, по нашему мнѣнью, въ основѣ той путаницы, которая существуетъ по этому вопросу и до сего времени.

Вниманіе *Grisolle* остановилось на заболѣваніи кишечника, составляемаго его предшественниками, какъ важнѣйшій этиологическій моментъ при развитіи флегмоны по соѣдству слѣпой кишки. По мнѣнью его, на основаніи присутствія легкихъ коликъ, поноса и запора, наблюдающихся въ видѣ предвѣстниковъ развитія нарыва около *sossum*, нельзя судить о томъ, какая часть кишечнаго тракта представляется пораженной; кромѣ того, трудно ожидать такого рѣзкаго пораженія кишечника, чтобы процессъ болѣзни перешелъ на клѣтчатку. То, что считаютъ за причину, по мнѣнью *Grisolle*, будетъ разумнѣе принимать за послѣдствіе основной болѣзни. Въ доказательство послѣдняго мнѣнія онъ приводитъ исторію болѣзни мальчика 15 л., у котораго признаки воспаления около слѣпой кишки—боль, опухоль,—предшествовали гастрическимъ явленіямъ. «Если бы, говоритъ онъ, у этого мальчика случайно не была найдена опухоль гораздо раньше, чѣмъ появилась расстройство кишечника, нѣтъ сомнѣнія, что эти послѣдніе были бы сочтены за причину тазовой флегмоны».

Не отрицая однако возможность происхожденія флегмоны и, какъ послѣдствія, *phlegmasie ileo-cœcale* по аналогіи съ заболѣваніями другихъ органовъ таза (матки и пр.), *Grisolle* говоритъ, что такого рода явленіе наблюдается очень рѣдко и до его времени «personne ne l'a point démontrée»¹⁾.

Точно также *Grisolle* не вѣритъ и тому, чтобы запоръ можно было считать причиной тазовой флегмоны, скорѣе же и этотъ симптомъ слѣдуетъ причислить къ частнымъ послѣдствіямъ «de l'engorgement du tissu cellulaire qui entoure le gros intestin». Въ единственномъ случаѣ, въ которомъ авторъ наблюдаетъ запоръ, какъ предвѣстникъ нарыва тазовой впадины, флегмона произошла отъ «gangrène de l'appendice», обстоятельства, которое можно было бы объяснить по мнѣнью *Grisolle*'а и par une sorte d'étranglement produit par des fèces accumulées dans la cavité de l'appendice vermi-

forme. Однако, *Crisolle* подобно всѣмъ предыдущимъ авторамъ, ставитъ прободеніе червеобразнаго отростка внородными тѣлами и твердымъ каломъ на ряду съ подобнымъ же прободеніемъ слѣпой кишки и пользуется этимъ сопоставленіемъ для того, чтобы объяснить себѣ варіаціи въ послѣдовательномъ теченіи болѣзни. Если, говоритъ онъ, произойдетъ прободеніе слѣпой кишки сзади, тамъ, гдѣ она не прикрыта брюшиной, то получится флегмона позади кишки; если же прорвется передняя стѣнка кишки или червеобразный отростокъ, то произойдетъ изліяніе кала въ брюшную полость и смертельный перитонитъ. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ послѣдняго рода вслѣдствіе предварительныхъ склеекъ изліяніе произойдетъ въ ограниченную полость; иногда и при этихъ условіяхъ можетъ заболѣть и подбрюшинная клѣтчатка, въ томъ случаѣ, когда на нее распространится флегмазія брюшины.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ то время, какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло начинается съ общаго перитонита, связь между этимъ патологическимъ процессомъ и червеобразнымъ отросткомъ начинаетъ немного проявляться, тамъ, гдѣ поражена подбрюшинная клѣтчатка около слѣпой кишки, большинство авторовъ не можетъ освободиться отъ мысли, что исходной точкой болѣзни было *sossum*.

Уже съ 30-го года, по предложенію *Goldbeck*'а, существуетъ терминъ *perityphlitis*, какъ общее обозначеніе заболѣванія клѣтчатки около слѣпой кишки; темная этиологія этого *perityphlitis* позволяла дѣлать различныя предположенія о способѣ происхожденія болѣзни, и поэтому вскорѣ авторы стали насчитывать цѣлый рядъ «перитифлитовъ». *Wilhelmi*¹⁾, наблюдавшій нерѣдко внезапное и, повидимому, безпричинное появленіе припадковъ перитифлита, не соглашается съ объясненіемъ *Menière*'а и придаетъ значеніе простуды; по мнѣнью его болѣзнь эту можно причислить къ «нейро-флогозамъ», при которыхъ вслѣдствіе аномалій кровосмѣшенія возможны отложенія и въ другихъ органахъ (легкихъ, плеврѣ и пр.). Аналогія съ заболѣваніями этихъ послѣднихъ казалась еще болѣе основательной, ибо и перитифлитъ копчался нерѣдко «критически». Между тѣмъ, въ числѣ случаевъ, приводимыхъ имъ подъ рубрикою «*perityphlitis rheumatica*» можно найти чистѣйшій случай пагометрита. Любопытно описаніе данныхъ, найденныхъ *Wilhelmi*

¹⁾ Ueber eigenhämische Geschwülste in der rechten Hüftbein-Gegend. Worms. 1830. *Hirsch* *Handbuch der Chirurgie* *PERITYPH*
²⁾ De perityphlitis. Lips. Heidelberg. 1837.

при вскрытіи тѣла одного изъ больныхъ, умершихъ отъ описываемой имъ болѣзни: конецъ червеобразнаго отростка, окруженный гнойной кляпчаткой, сильно воспаленъ и размигченъ такъ, что легко рвется (*vehementer inflammata et emollita ut facile laceraretur*); всѣ же оболочки слѣпой кишки слегка воспалены (*coeci verum ipsius tunicae omnes leviter inflammatae*); слѣпая кишка перфорирована съ той стороны, которая „смотря въ полость живота“. На основаніи этихъ фактовъ авторъ дѣлаетъ слѣдующее заключеніе: *primum orta est perityphlitis rheumatica, quae neglecta suppurabat; suppuratio coecum inflammatum esse quod denique loquendo perforabatur; contenta perforatione effusa peritonitidem vehementem adeoque mortem afferbant*“... О червеобразномъ отросткѣ ни слова...

Wilhelmi различаетъ далѣе *perityphlitis scrophulosa* съ болѣе медленнымъ теченіемъ. Изъ описанія этой формы перитифлита можно предположить, что дѣло идетъ о туберкулезѣ слѣпой кишки.

Löschner ¹⁾ нашелъ возможнымъ насчитать еще больше варіанцій перитифлита, а именно: *p. rheumatica, p. exsudativa, p. scrophulosa, typhloperityphlitis, perityphlitis puerperalis*. Первая форма соответствуетъ тому, что описывалъ *Wilhelmi*, при второй наблюдался гной позади *coeci* съ прободеніемъ этой кишки: „*von aussen nach innen*“; подъ *typhloperityphlitis* подразумѣвается какое-то неопредѣленное заболѣваніе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, сопровождающееся иногда прободеніемъ *coeci*, и причиняемое задержкою кала и пр. Остальныя двѣ рубрики не нуждаются въ поясненіи, благодаря ихъ названію.

Цѣлый рядъ работъ различныхъ авторовъ (*Briquet et Malespine, Volz, Rokitsansky, Stokes, Hancock, Bossard, Favre, Leudet, Cless, Bamberger* и др.) выдвинули вслѣдъ за тѣмъ значеніе червеобразнаго отростка въ этиологіи заболѣваній правой подвздошной впадины; было доказано, что перфорация его застравивши порядкомъ тѣломъ или конкрементомъ представляетъ весьма рѣдкое явленіе. Несмотря на то, темнота, царившая въ области патолого-анатомической стороны „перитифлита“, мало расцѣлалась. Затемишню дѣла, можетъ быть, способствовало и то обстоятельство, что въ основѣ заболѣванія червеобразнаго отростка лежатъ часто и туберкулезъ.

Пораженіе кишечника у фтизиковъ, по *Höningu* ²⁾, наблюдается въ 70%, а по *Herzheimery* ³⁾ въ 90% всѣхъ случаевъ,

Kraussold ¹⁾, изслѣдовавшій около 300 труповъ и въ томъ числѣ много чачоточныхъ, необыкновенно часто находилъ у послѣднихъ язвенное пораженіе червеобразнаго отростка. Мы находили язвы въ слѣпой кишкѣ въ 1/3, всего числа фтизиковъ.

Если принять во вниманіе, что слѣпая кишка обладаетъ особымъ предрасположеніемъ къ этому заболѣванію, то понятно, почему у старыхъ авторовъ въ описаніи болѣзни правой подвздошной впадины несомнѣнно проглядываютъ и случаи туберкулеза слѣпой кишки и червеобразнаго отростка. Къ тому же какъ это заболѣваніе, такъ и перфоративный „перитифлитъ“, одинаково были свойственны молодому возрасту. Бургоратое изъясненіе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ итогѣ могло, конечно, привести къ тому же исходу, какъ и обыкновенный перитифлитъ, развившійся у здороваго до того человѣка: могла произойти перфорация слѣпой кишки въ полость живота и смертельный перитонитъ; или же гнойный процессъ при благоприятныхъ условіяхъ могъ пойти по кляпчаткѣ; но клиническое теченіе болѣзни и въ томъ и другомъ случаѣ было иное, чѣмъ при обычномъ „перитифлитѣ“, т. е. болѣе хроническое.

Между тѣмъ и то другое заболѣваніе описывалось совместно, въ одной группѣ. Мы уже видѣли у *Wilhelmi* и *Löschner'a* описаніе *perityphlitis scrophulosa*, наряду съ перфоративнымъ, пuerperальнымъ и другими перитифлитами. Особенно же въ вышесказанномъ можно убѣдиться изъ работы *Leudet* ²⁾. Этотъ авторъ въ этиологіи перфорации червеобразнаго отростка столько придавалъ значенія туберкулезу, что не найдя слѣдовъ этой болѣзни въ 3-хъ случаяхъ „перитифлита“ воскликнулъ: „*fait remarquable dans ces cas il y avait absence de la phthisie*“.

То же самое проглядываетъ и у *Mänchmeyer'a* ³⁾, который, придерживаясь воззрѣній *Dupuytren'a* на анатомію слѣпой кишки и *Albers'a* на ея патологію, полагалъ, что „unter dem Einflusse gleichzeitig vorhandener dyscrasischer Processe zunal der Tuberceln und Scropheln findet die Entwicklung der Ulceration öfter statt, sowie durch dieselben auch eine tiefere und raschere Zerstörung der einzelnen Darmhäute...“.

Выше мы уже не разъ имѣли случай высказать предположеніе, почему необходимо было для авторовъ, со времени *Du-*

¹⁾ *Weitenweber's* Beiträge. Bd. V. Hft. 1. Schmidt's Jahrb. 1841. Bd. 51 стр. 159.

²⁾ Ueber d. Auftreten d. Bacillen bei Darmtuberculose. Diss. Bonn. 1885.

³⁾ Ueber Tuberkelbacillen in geschlossenen verästelten Follikeln. Deutsch. med. Woch. 1885, № 52.

¹⁾ Ueber die Krankheiten des Processus vermiformis und des Coecum etc. Volkml. Samml. Klin. Vorträge № 191, стр. 1707.

²⁾ Arch. Gen. de Med. 1859.

³⁾ Deutsche klinik, 1860.

perityphlitis, считать заднюю стѣнку слѣпой кишки особенно расположенной къ прободенію: желательнo было объяснить почему позади этой кишки могли развиваться ограниченныя воспалительныя гнѣзды, иногда распространяющіеся вверхъ по кѣтчаткѣ, ввидѣ обширныхъ гнойниковъ, помѣщающихся въ полости брюшины. Имѣя намѣреніе отличить эти воспаленія кѣтчатки отъ обычной формы „перитифлита“, заключающейся въ поражении брюшиннаго покрова слѣпой кишки съ образованіемъ ограниченаго интраперитонеальнаго нарыва, *Oppolzer*¹⁾ въ 1863-мъ году предложилъ для первыхъ особое названіе „paratyphlitis“. Исходной точкой какъ перитифлитъ, такъ и паратифлитъ *Oppolzer* до прежняго считалъ слѣпую кишку. Въ ввидѣ исключенія, однако, онъ признавалъ, что „и перфорация червеобразнаго отростка, которая обыкновенно ведетъ къ ограниченному перитониту, можетъ послѣ прободенія брюшины въ маломъ тазу произвести нагноеніе кѣтчатки подводяшной впадины“.

Предложенное *Oppolzer*-омъ новое названіе не было принято особенно сочувственно и вслѣдствіе этого мы и позже продолжаемъ встрѣчать „perityphlitis“, какъ собирательное имя для воспалительныхъ процессовъ въ области слѣпой кишки, въ томъ числѣ и для флегмонъ ретроцекальной кѣтчатки. Вслѣдствіе того, что значеніе червеобразнаго отростка въ этиологіи этой послѣдней формы болѣзни продолжало ускользать отъ вниманія, мы втеченіе послѣдующаго періода встрѣчаемъ въ руководствахъ описаніе „perityphlitis“ и „подводяшной флегмоны“, какъ болѣзни совершенно отдѣльныхъ отъ „воспаленія и прободенія червеобразнаго отростка“ (*Niemeyer, Leube, Jaccoud* и др.).

Но сколько напрасно потраченнаго труда проглядываетъ въ дифференціальному діагнозу, приводимому этими авторами для той или другой формы болѣзни! Какъ бы сознаясь въ этомъ, авторы нерѣдко прибавляютъ, что то и другое заболѣваніе протекаютъ „очень сходно“ (*Eichhorst*²⁾ и др.). Тамъ, гдѣ при всемъ желаніи нельзя было связать ретроцекальное нагноеніе съ видимымъ заболѣваніемъ слѣпой кишки, изъ затруднительнаго положенія выходило „простуда“ (*Leube*³⁾).

У нѣкоторыхъ авторовъ, даже новѣйшаго времени, можно найти сопоставленіе, подъ общимъ именемъ перитифлита (паратифлита), какъ заболѣваній кѣтчатки, исходящей отъ слѣпой кишки и ч. отростка, такъ и различныхъ гнойныхъ процессовъ отъ другихъ причинъ: послѣродовыхъ, пѣзмическихъ, туберкулезныхъ (холодныхъ абсцессовъ) и пр. (*Eichhorst*⁴⁾). Въ этомъ опредѣленіи паратифлита видно лишь повтореніе того, что высказывалось болѣе 25 лѣтъ назадъ, когда *Grisolle*⁵⁾, напр., не безъ ироніи увѣрялъ, что описаніе „обыкновенныхъ“ нарывовъ подводяшной ямки отдѣльно отъ тѣхъ, которые развиваются въ послѣродовомъ періодѣ, можно сравнить съ тѣмъ, если бы при описаніи бронхита, швеймоніи, рожи и пр., стали разсматривать отдѣльно теченіе этихъ болѣзней у родильницъ.

Разнообразіе въ клиническомъ теченіи „перитифлита“ давало широкое поле для различныхъ предположеній о сущности заболѣванія и—въ результатѣ, литература по этому вопросу пополнилась цѣлою серіей диссертаций, писанныхъ преимущественно на клиническомъ матеріалѣ (*Blatin, Depallier, Hallette, Pouzel, Eichner, Шахтинеръ, Платоновъ* и др.), а также множествомъ казуистическихъ сообщеній. По содержанію своему большое число первыхъ имѣютъ мало практической цѣнности и представляютъ часто повтореніе мысли того или другаго предшественника. Такъ *Pouzel*²⁾, разсуждаетъ на основаніи двухъ собственныхъ клиническихъ наблюденій и одного летальнаго случая *Dance's*; *Blatin*⁴⁾ описываетъ 9 случаевъ „typhlite sans perityphlite“, изъ которыхъ 8 кончились выздоровленіемъ и 1 летально; но ни тотъ ни другой авторъ не упоминаетъ о состояніи ч. отростка въ летально кончившихся случаяхъ.

Значеніе этого послѣдняго органа въ патологическихъ процессахъ правой тазовой ямчины однако постепенно выдвигалось впередъ и съ каждымъ годомъ накоплялись факты, говорящіе за то, что въ этиологіи перитифлита слѣпая кишка, если и играетъ какую либо роль, то очень рѣдко.

Летальное заблужденіе относительно патогенеза „перитифлита“ до нѣкоторой степени понятно, если принять къ свѣдѣнію ту

¹⁾ Wien. med. Woch. № 6. 1863.

²⁾ Руководство къ част. пат. и терап. т. II стр. 195, русск. пер. *Шапиро*, 1887.

³⁾ *Ziemschen*. Руков. къ част. пат. и тер. т. VII ч. II, стр. 234. Русск. перев. *Лашевска*, 1881.

⁴⁾ l. c. стр. 192—193.

⁵⁾ *Traité de Pathol. int.* т. I, 1862, стр. 53.

⁶⁾ *De perityphlitis*. Thèse de Paris. 1869.

⁷⁾ *Recherches sur la typhlite et perityphlite consecutive*. Thèse de Paris. 1863.

сложную патолого-анатомическую картину, какую представляет полость живота в поздней период «перитифлита»¹⁾.

Открытию истины поэтому способствовали те случаи, которые быстро кончались летально; в новейшее время значительный успех в том же направлении сдѣланъ благодаря раннему оперативному вмешательству, при котором картина болезни в самом началѣ может быть проверена зрѣніемъ.

Исключительная роль ч. отростка в этиологии «перитифлита» должна имѣть в основѣ особую его заболеваемость. В пользу такого предположенія уже говорили факты, приведенные *Tiingel* омъ²⁾ который за 1858 и 1859 годъ, в Гамбургской больницѣ, при вскрытіяхъ, «безъ особыхъ поисковъ», могъ найти, помимо перфорации, ч. отростка, 30 разъ частичную или полную облитерацию, 43 раза катаръ и старые конкренменты, 12 разъ ненормальныя складки, 11 разъ туберкулезныя язвы на его слизистой оболочкѣ.

Болѣе положительныя изслѣдованія *Toffa* омъ³⁾, который при просмотрѣ 300 труповъ субъектовъ, умершихъ отъ различныхъ причинъ, помимо «перитифлита», нашелъ, что въ возрастѣ отъ 20 до 70 лѣтъ изъ 3 субъектовъ у одного имѣется дѣйствительное заболевание ч. отростка или же слѣды процесса, когда то бывшаго; въ 15 случаяхъ, т. е. въ 5%, въ червеобразномъ отросткѣ были найдены язвы.

Статистическія исчисленія, затрогивающія вопросъ о роли ч. отростка въ этиологии «перитифлита», представляютъ неизмѣримыя затрудненія и должны производиться съ величайшею осторожностью. *Matterstock* былъ правъ, съ грустью указывая на то, что даже до послѣдняго времени онъ могъ встрѣтить протоколы вскрытія, въ которыхъ о червеобразномъ отросткѣ и его содержимомъ вовсе не упоминается; то же самое, какъ мы убѣдились, повторяется и теперь.

¹⁾ Пишемъ эти строки подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ вскрытія, при которомъ мы присутствовали сегодня въ Александровской городской баночной больницѣ. Мальчикъ 13 лѣтъ умеръ на 3 недѣли послѣ заболевания перитифлитомъ. Помимо облитерации и обширныхъ складокъ между кишками, было налізано каза въ правую сторону брюшной полости изъ отверстій образовавшихся вслѣдствіе пропеллера (спнаружи ввнутри) тонкихъ и сильной кишки. Потребовалось громадныхъ усилій и терпѣнія со стороны патолого-анатома, для того, чтобы доказать, что исходной точкой заболевания былъ почти разорванный ч. отростокъ.

Въ данномъ случаѣ, конечно проболеніе ч. отростка оканчилось а priori, а что пропелерить тамъ, гдѣ вскрытіе совершается болѣе привычными способами?

²⁾ Цит. по *Matterstock* у Hand. d. Kinderkr. v. Gerhardt. Bd. 4. Abt. 2. стр. 897.

³⁾ Цит. по *Virchow's Arch.* 1868, II, стр. 130.

Соблюдая однако упомянутую предосторожность, *Matterstock* ¹⁾ собралъ 146 летальныхъ случаевъ перитифлита у взрослыхъ и изъ этого числа въ 132 оказалось проболеніе ч. отростка. На 49 соотвѣстныхъ вскрытіяхъ у дѣтей то же явленіе найдено 37 разъ.

Fenwick ²⁾ нашелъ на 129 случаевъ вскрытія при перитифлитѣ 113 разъ перфорацию ч. отростка.

Léon Gautier ³⁾ на 50 вскрытіяхъ лишь 2 раза не могъ доказать проболенія ч. отростка.

Weir ⁴⁾ на 100 вскрытіяхъ имѣлъ 84 перфорации ч. отростка.

По мнѣнію *Biermer* а ⁵⁾, «перитифлитъ» всегда происходитъ отъ перфорации ч. отростка конкренментами.

Einhorn ⁶⁾ изслѣдов. по порученію *Bollinger* а 18,000 протоколовъ вскрытія Мюнхенскаго патолого-анатомическаго института, за время 1854—1889 гг., и пришелъ къ убѣжденію, что въ 91% всѣхъ случаевъ гнойнаго «перитифлита» заболевание исходитъ отъ ч. отростка.

Mc. Burney ⁷⁾ полагаетъ, что можно положить одинъ случай первичнаго заболевания слѣпой кишки на 100 случаевъ проболенія ч. отростка. Еще болѣе убѣдительныя данныя, приводимыя *дромъ N. Moore* ⁸⁾. Онъ изслѣдовалъ всѣ протоколы вскрытія перитифлитиковъ за послѣдніе 8½ лѣтъ и ни въ одномъ случаѣ не нашелъ ч. отростка не пораженнымъ.

Вышесказаннаго уже болѣе, чѣмъ достаточно, чтобы можно было согласиться съ *Fitz* омъ ⁹⁾, который полагаетъ, что «каждый случай такъ называемаго перитифлитическаго нарыва нужно считать за первичный перфоративный appendicitis, если не доказано противное». Послѣдній авторъ въ своей обстоятельной работѣ, содержащей 228 случаевъ заболевания ч. отростка, значительно содѣйствовалъ освѣщенію вопроса о «перитифлитѣ». По мнѣнію его и послѣдующихъ авторовъ терминъ typhilitis, perityphlitis, paratyphlitis и экстраперитонеальный абсцессъ подвздошной ямки, представляютъ анахронизмъ и ихъ можно бы допускать лишь для выраженія того или другаго позднѣйшаго исхода заболевания, начавшагося отъ ч. от-

¹⁾ l. c.

²⁾ Lancet. 1884, стр. 987.

³⁾ Revue med. de la Suisse Rom. 1883, стр. 173.

⁴⁾ Цит. по Annals of Surg. April. 1891, стр. 254.

⁵⁾ Bresl. Ärzt. Ztsch. 1879, стр. 125, (цит. по Krafft).

⁶⁾ Munch. med. Woch. 1891, № 7 и 8.

⁷⁾ N. Y. Medical Journal. 1889, т. 50, стр. 676.

⁸⁾ Dyce Duckworth. Lancet. October 6, 1888.

⁹⁾ Mc. Burney. Annals of Surg. April. 1891, стр. 232.

ростка. Точно также отитнй не должно существовать болѣе „идиопатическаго перитонита“, ибо, если исключить особые условия для развитія перитонита у женщинъ, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ причина его кроется въ заболѣваніи ч. отростка.

Руководствуясь приведенными фактами, коммиссія американскихъ врачей ¹⁾, избранная для спеціальнаго изученія перитифлита въ начальныхъ его стадіяхъ, нашла необходимымъ предложить замѣну всѣхъ прежнихъ терминовъ однимъ—„*appendicitis*“. Это не особенно благозвучное названіе, предложенное впервые еще *Biermer*омъ ²⁾ въ 1879 году, и было принято американцами, какъ выражающее самую сущность заболѣванія ³⁾.

Обширный фактический матеріалъ выяснилъ такимъ образомъ, что слѣпая кишка, не представляя собою даже анатомически чего либо опредѣленнаго, не занимаема и въ патологическомъ отношеніи того исключительнаго положенія, которое ей до сихъ поръ было отведено.

Поэтому не напало ли бы возможнымъ помириться на старыхъ терминахъ *typhlitis* и *perityphlitis* для выраженія заболѣваній червеобразнаго отростка, исходя изъ той мысли, по которой старые анатомы (см. ниже) подъ *caecum* подразумевали слѣпую кишку и червеобразный отростокъ, взяты вмѣстѣ? При этомъ изобрѣтеніе сложныхъ терминовъ оказалось бы излишнимъ.

Касаясь лишь вопроса о чистомъ „перитифлитѣ“, развивающемся у совершенно здоровыхъ людей, мы можемъ не затрогивать другихъ патологическихъ процессовъ (тифъ, туберкулезъ, дизентерія и пр.), поражающихъ слѣпую кишку, какъ часть всего кишечника и упомянемъ лишь о такъ называемыхъ катаральныхъ язвахъ, существованію которыхъ со временъ *Dupuytren*а придавалось столь большое этиологическое значеніе въ патогенезѣ „перитифлита“. Благоприятнымъ условіемъ для подобныхъ язвъ выступало особое строеніе слѣпой кишки, способствующей застою въ ней кала и и раздраженію ея слизистой оболочки (*typhlitis stercoralis. Albers*). Однако, до сихъ поръ послѣднее заболѣваніе остается неизвѣстнымъ болѣе клинически, чѣмъ патолого-анатомически. Не посвящая особыхъ трудовъ на изслѣдованіе этого послѣдняго вопроса, мы,

однако, послѣ ознакомленія съ громадною литературою „перитифлита“, не могли найти ясно описаннаго летальнаго случая, въ которомъ исходной точкой этой болѣзни была исключительно слѣпая кишка.

Есть ли хоть одно наблюденіе, говоритъ по тому же поводу *Mc. Burney* ⁴⁾, вынесенное изъ секціонной комнаты или съ операціоннаго стола, которое бы подтверждало сказанное предположеніе? Я никогда не слышалъ о томъ фактѣ и думаю, что онъ никогда не наблюдался ⁵⁾.

Къ тому же убѣжденію можно придти, просматривая новѣйшія руководства по патологической анатоміи, въ которыхъ катарральныя язвы и перфорация слѣпой кишки рассматриваются скорѣе съ теоретической точки зрѣнія ⁶⁾.

Matterstock ⁷⁾ также заявляетъ, что онъ на секціонномъ столѣ „никогда не находилъ у взрослыхъ перфорации *caeci*, которую можно было бы считать непосредственно причиненной отвердѣлыми каловыми массами или ипорозными тѣлами.

Въ статистикѣ *Weira* ⁸⁾ на 300 случаевъ перитифлита оказывается 3 случая (первичнаго?) прободенія слѣпой кишки.

Если принять въ соображеніе, какъ легко въ позднихъ стадіяхъ перитонита при вскрытіи проглядѣть отверстіе въ червеобразномъ отросткѣ, имѣющее иногда величину не больше булавочной головки (*Matterstock*), то и къ описаннымъ единичнымъ случаямъ „первичной“ перфорации слѣпой кишки (напр. случай *Ela* ⁹⁾) можно отнестись съ недоумѣніемъ.

„Да и почему, спрашиваетъ *Treves* ⁶⁾ по поводу рецидивирующаго перитифлита, должна слѣпая кишка непременно имѣть преимущество передъ остальною ободочной кишкой при повторномъ заболѣваніи воспалительнаго характера?“

Если дѣйствительно придавать значеніе застою кала, то не въ тѣхъ ли случаяхъ, если не худшихъ условій должна находиться *sigmoidea* и *rectum*, переполненная у нѣкоторыхъ людей постоянно огромнымъ количествомъ затвердѣлага содержимаго? И наблюдается ли что нибудь подобное паратифлиту при служеніи *gastric*, *coli* и т. п.?

Итакъ, въ чемъ же кроются тѣ условія, благодаря которымъ

¹⁾ Boston. Med. and Surg. Journ. 1890, стр. 110.

²⁾ I. c. стр. 125.

³⁾ Предлагаемый *Roux* (Rev. med. de la Suisse Rom. April. 1890) терминъ „*proctophylitis*“ тоже нельзя назвать особенно удачнымъ.

⁴⁾ N. Y. Med. Journ. 1889. т. 50, стр. 676.

⁵⁾ Orth. Lehrb. d. spec. Path. Anat. III, Lief. 1887.

⁶⁾ I. c., стр. 905.

⁷⁾ Lancet. 1888, Nov. 10.

⁸⁾ Bost. med. and Surg. Journ. Feb. 6. 1890.

⁹⁾ Lancet. 1888, Feb. 14.

червеобразный отросток приобретает такое колоссальное патологическое значение, в чемъ выражается заболѣваніе его? Помимо тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненій, которымъ червеобразный отростокъ подверженъ наравнѣ съ другими отдѣлами толстой кишки, своеобразное строеніе располагаетъ его къ цѣлому ряду исключительно ему свойственныхъ заболѣваній. Весьма узкій просвѣтъ въ связи съ нѣкоторыми другими обстоятельствами (возрастъ субъекта, расположеніе отростка) лежатъ въ основѣ того, что въ полости червеобразнаго отростка надолго можетъ застрѣвать его содержимое, которое представляетъ изъ себя или отдѣленіе его слизистой оболочки, или различные продукты, попавшіе въ него изъ слѣпой кишки: инородныя тѣла, калъ въ обыкновенномъ видѣ или въ формѣ каловыхъ камней. Помимо уже указанныхъ условій, въ этиологию задержки содержимаго червеобразнаго отростка, по мнѣнію громаднаго большинства авторовъ, играетъ серьезную роль и особая заслонка (*valvula Gerlachii*).

Никогда, въ анатомической части нашей работы мы будемъ имѣть случай говорить о томъ, что значеніе этой заслонки, какъ анатомическое, такъ и функциональное, очень преувеличено.

При узкости просвѣта ч. отростка весьма понятно, что малѣйшее набуханіе его слизистой оболочки особенно въ начальной его части, будетъ уже достаточно, чтобы вызвать временный застой его содержимаго. Различные язвенные процессы (тифъ, дизентерія, туберкулезъ и пр.), затрагивающіе область впаденія его въ слѣпую кишку или проникающіе въ его просвѣтъ, легко могутъ повести или къ служенію выпаднаго отверстия, или даже къ облитерации. Въ послѣднемъ случаѣ, при отсутствіи какова либо другаго содержимаго, въ полости ч. отростка накопляется слизистое отдѣленіе его стѣнокъ, принимающее со временемъ болѣе водянистый характеръ, и изъ ч. отростка образуется подобіе кисты (*hydrops proc. vermicularis. Virchow*), угрожающей лопнуть.

Virchow ¹⁾ описалъ подобную кисту, доходящую до величины кулака. Еще болѣе интересный препаратъ демонстрировалъ *Guttman* ²⁾; въ этомъ случаѣ длина кисты доходила до 14 см., а окружность до 21 см.; происхожденіе ея обуславливалось рубцовой облитерацией входнаго отверстія ч. отростка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ скопившаяся жидкость можетъ имѣть гнойный харак-

теръ; примѣры подобнаго рода мы встрѣтили 9 разъ (см. въ табл. №№ 2, 10, 31, 41, 49, 75, 78, 80, 98).

Извилистая форма ч. отростка, которую онъ нѣрѣдко обладаетъ, благодаря недостаточной длинѣ его брыжейки, также можетъ способствовать задержкѣ его содержимаго, особенно, если перегибъ упроченъ складками, фиксирующими его самого или *mesenteriolium* (*Stenosis by flexion* ¹⁾). Интересный случай подобнаго застоя вследствие перегиба описалъ *Treves* ²⁾, который при операціи освободилъ ч. отростокъ отъ складокъ и тѣмъ восстановилъ его проходимость.

При сообщеніи, существующемъ между ч. отросткомъ и слѣпой кишкой, содержимое этой послѣдней можетъ попадать въ полость перваго и застрѣвать, и въ этомъ обстоятельствѣ кроется одна изъ самыхъ частыхъ причинъ «перитифита»³⁾, извѣстныхъ уже съ давнихъ поръ. Изъ полости слѣпой кишки такимъ образомъ попадаютъ въ ч. отростокъ или только калъ, или же и различные твердыя тѣла (стеркоральные, желчные камни, инородныя тѣла). Этиологическое значеніе послѣднихъ, какъ показываютъ статистики новѣйшихъ авторовъ, слишкомъ преувеличивалась. Правда, въ литературѣ можно встрѣтить перечисленія всевозможныхъ инородныхъ тѣлъ, застрѣвшихъ въ полости ч. отростка [*„noix de saecum“ (Wegele)*, сѣмена джун (Bryant), маслины, винограда (*Tarpeniukii*) апельсина (*Service*), пугонцы (*Haydn*), бусы (*Demme*), дробинки (*Salzer u. Reuling*) и т. д.]

При нашихъ изслѣдованіяхъ намъ удалось на 106 трупахъ лишь два раза найти въ полости ч. отростка сѣмена, и то очень мелкія (клубника, канареечное сѣмя). *Matterstock* на 146 случаевъ вскрытій взрослыхъ нашелъ 63 каловыхъ камня и 9 инородныхъ тѣлъ; на 49 случаевъ въ дѣтскомъ возрастѣ тотъ же авторъ нашелъ 27 каловыхъ камней и 3 инородныхъ тѣла. *Krafft* ⁴⁾ на 106 случаевъ нашелъ 36 каловыхъ камней и 4 инородныхъ тѣла; *Lungheld* ⁵⁾ на 112 вскрытій—24 каловыхъ камня. *Renwers* ⁶⁾ на 459 случаевъ, собранныхъ изъ литературы, нашелъ 179 каловыхъ камней и 16 инородныхъ тѣлъ; по *Fitz's* ⁷⁾, каловые камни можно

¹⁾ *Murray*, N. Y. Med. Journ. May, 1890.

²⁾ *Lancet*, Oct. 1888.

³⁾ *Volkmanns Samml. Klin. Vorträge*. № 381.

⁴⁾ Цит. по *Renwers's* y. D. med. 1891, стр. 177.

⁵⁾ Тамъ же.

⁶⁾ I. e.

¹⁾ *Onkologie*, т. I. стр. 243 и 250.

²⁾ *Deutsch. Med. Woch.* 1891, стр. 260.

найти въ половинѣ всего числа вскрытій, а инородныя тѣла въ $\frac{1}{4}$. Причина, почему прежніе авторы такъ часто указывали на застрѣваніе въ ч. отроствѣ различныхъ плодовыхъ сѣмянъ заключалась въ обманчивой формѣ, которую принимаютъ обыкновенно каловые камни. Происходя вѣроятно изъ жидкаго кала, они изображаютъ собою обыкновенно точный слѣпокъ той ограниченной полости, въ которой помѣщались и вслѣдствіе этого принимаютъ форму то вишневой, то финиковой косточки и т. п. ¹⁾).

Нѣрѣдко ядромъ камня служитъ какое нибудь инородное тѣло: желчный камень, мелкія плодовые сѣмена, лички глисты, волосы изъ бороды и пр.

Orth ²⁾ различаетъ три сорта камней: 1) изъ фосфатовъ и карбонатовъ (съ ядромъ изъ инородныхъ тѣлъ), 2) настоящіе каловые камни (сгустившійся калъ), 3) камни, образовавшіеся изъ нерастворимыхъ лекарственныхъ веществъ, принятыхъ внутрь (магnezія, мѣль и пр.).

Преобладаніе каловыхъ камней въ этиологіи „перитифлита“ вѣроятно гораздо больше, чѣмъ показываютъ вышеприведенныя статистики, ибо нѣрѣдко при вскрытіи *corpus delicti* нельзя найти: оно распалось въ окружающей его жидкости. За болѣе частое происхожденіе камней ч. отроства изъ кала говорятъ также и анатомическое устройство ч. отроства. Еще *Bossard* ³⁾ путемъ опытовъ доказалъ, что трудно или почти невозможно у взрослого ввести въ ч. отроству искусственно вишневую или лину косточку, и въ справедливости подобнаго заявленія легко убѣдиться на трупѣ.

Между тѣмъ, испражненія, притомъ жидкія, гораздо легче могутъ проникнуть въ полость червеобразнаго отроства и повести къ образованію конкремента.

Обширная статистическая изслѣдованія говорятъ что *перитифлитизъ представляетъ болѣзнь преимущественно молодого возраста*. Такъ, по *Matterstocky* ⁴⁾, на 474 случая приходилось:

въ возрастѣ 0—10 лѣтъ . . .	46 = 9,07%
» 11—20 » . . .	143 = 30,16 »
» 21—30 » . . .	158 = 33,33 »

¹⁾ На основаніи этого ч. отроства и получилъ у англичанъ прозвище „запани для вишне“ (*cherry catcher*).

²⁾ I. c.

³⁾ *Bossard*, Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Warmfortsatzes. Zürich. 1869 (цит. по *Virch. Jahrb.*).

⁴⁾ I. c.

въ возрастѣ 31—40 лѣтъ . . .	72 = 15,18 %
» 41—50 » . . .	30 = 6,32 »
» 51—60 » . . .	18 = 3,79 »
» 61—70 » . . .	5 = 1,05 »
» 71—80 » . . .	2 = 0,42 »

По *Filsy* ¹⁾ изъ 228 случаевъ *appendicitis* 173 принадлежали возрасту менѣе 31 года и 207 возрасту менѣе 41 года.

Какъ *Matterstock*, такъ и большинство другихъ авторовъ находятъ объясненіе для только что сказаннаго въ варіаціяхъ устройства *valvulae Gerlachi* въ различныхъ возрастахъ. Дѣло, однако, заключается не столько въ этой заслонкѣ, сколько въ тѣхъ измѣненіяхъ, которыя претерпѣваетъ червеобразный отростокъ отъ періода ранняго дѣтства до старческаго возраста.

У новорожденнаго червеобразный отростокъ относительно широкъ и свободно сообщается со слѣпую кишкою; вслѣдствіе этого, принимая во вниманіе и родъ пищи малолѣтнихъ дѣтей, отсутствуютъ условія для застрѣванія чего либо въ червеобразномъ отросткѣ. Въ юныхъ лѣтахъ отношенія между шириною просвѣта и длиною червеобразнаго отроства измѣняются въ пользу послѣдней, причемъ еще сохраняется воронкообразный характеръ начала червеобразнаго отроства; вѣдреніе кала и застрѣваніе его легко возможно. Въ старческомъ возрастѣ просвѣтъ червеобразнаго отроства очень узокъ, а иногда даже облитерированъ, поэтому попаданіе кала въ полость его при этихъ условіяхъ почти не мыслимо. (Объ этомъ см. подробно ниже въ анат. част. раб.).

Болѣе трудно поддается объясненію тотъ фактъ, что до сихъ поръ, какъ показываетъ статистика, перитифлитомъ болѣль преимущественно мужской полъ. По *Matterstocky* у на 1030 случаевъ приходится 733 мужчинъ (71,1%) и 297 женщинъ (28,8%). По *Filsy* число мужчинъ составляетъ $\frac{1}{3}$ всего числа заболѣвшихъ. Нельзя ли заподозрить, что подобная, меньшая заболѣваемость женщинъ объясняется лишь тѣмъ, что у нихъ много случаевъ „перитифлита“ ушли въ счетъ различныхъ гинекологическихъ заболѣваній (*haematocoele*, *oophoritis* и пр.)? Подобная мысль невольно напрашивается при чтеніи о такихъ случаяхъ, какіе напр. описываетъ *Barker* ²⁾. У молодой женщины внезапно развились боли въ правой подвздошной ямкѣ, и консилиумъ

¹⁾ Amer. Journ. of the Med. Sc. July 1886, стр. 327.

²⁾ N. Y. Medical. Record. т. 18, стр. 664.

изъ 5 врачей опредѣлялъ прободеніе червеобразнаго отростка; при вскрытіи оказалось haematocoele retrouterina. У другой больной при тѣхъ же условіяхъ и при томъ же числѣ врачей было опредѣлено haematocoele: на вскрытіи оказалось прободеніе червеобразнаго отростка. Одинъ изъ случаевъ appendicitis, представившихся нашему наблюденію, на трупѣ дѣвушки 17 л. (см. табл. I, № 13) долженъ былъ бы, по нашему мнѣнію, при жизни представить величайшія діагностическія затрудненія. Верхушка червеобразнаго отростка была прилежена къ правому яичнику и концу сальника и незначительный перитонитъ ограничивался лишь поверхностью этихъ соприкасающихся частей.

Соотвѣственно сказанному, въ последнее время, когда патологія „перитифита“ болѣе выяснилась, преимущество мужчинъ въ заболеваемости этимъ процессомъ оказывается уже не настолько рѣзкимъ. Тотъ же *Fitz*¹⁾ имѣлъ возможность наблюдать лично 72 случая и изъ этого числа на долю мужчинъ приходилось лишь $\frac{1}{3}$, а не $\frac{1}{5}$, какъ прежде. *Einhorn*²⁾ находитъ даже, что „перитифитъ“ встрѣчается одинаково часто у обоихъ половъ.

Итакъ, при упомянутыхъ этиологическихъ данныхъ, въ чемъ же заключается, патолого-анатомически, такъ называемый „перитифитъ“?

Заставшее инородное тѣло (каловый конкрементъ) служить постояннымъ источникомъ раздраженія слизистой оболочки ч. отростка, катарральное набуханіе которой еще болѣе содѣйствуетъ ущемленію конкремента, и создается такимъ образомъ *circulus vitiosus*, ведущій сначала къ изъязвленію (*decubitus*) слизистой оболочки ч. отростка, а потомъ и къ прободенію всей толщи его стѣнки. Въ итогъ—изліяніе содержимаго ч. отростка со всѣми дѣйствительными послѣдствіями.

Однако, не всегда дѣло доходитъ до подобнаго печальнаго исхода. Воспалительный процессъ въ стѣнкѣ отростка, дойдя до серозной его поверхности, производитъ утолщеніе этой послѣдней и нерѣдко гораздо раньше, чѣмъ изъязвленіе дойдетъ до наружной поверхности, ч. отростокъ оказывается въ соотвѣстномъ мѣстѣ прилеженнымъ къ тому или другому сосѣднему органу [*Peritonitis appendicularis*, *Witt*³⁾]. Такимъ образомъ, при состоявшемся прободеніи, можетъ получиться сообщеніе полости ч. отростка съ под-

вздошной или слѣпой кишкой, пузыремъ и пр., т. е. произойдетъ такъ называемая *fistula bimuscosa*¹⁾, и весь процессъ заболевания можетъ въ первыхъ двухъ случаяхъ этимъ путемъ благополучно закончиться. При иныхъ условіяхъ инородное тѣло, вышедшее изъ ч. отростка въ полость брюшины, можетъ быстро инкапсулироваться, и процессъ болѣзни закончится или только затихнетъ. Чаше же содержимое ч. отростка, прикасаясь къ брюшинѣ, вызываетъ гнойное воспаление, которое, однако, сохраняетъ нерѣдко мѣстный характеръ, благодаря быстро образующимся склеивамъ сосѣднихъ висцеръ, и въ результатъ получается ограниченный абсцессъ (*peritonitis localis*; *Witt*).

Такимъ образомъ исходъ прободенія ч. отростка рѣзко отличается отъ того, что мы видимъ при перфорации нѣаго отдѣла кишечника. Его собственное содержимое обыкновенно очень мало, а незначительное оушаніе его слизистой оболочки можетъ недопустить вытеканія содержимаго слѣпой кишки. Такъ какъ, кроме того, при язвенномъ пораженіи слизистой оболочки ч. отростка въ страданіе быстро вовлекается и серозная оболочка, то задолго до момента прободенія самъ отростокъ и его брыжжейка окажутся фиксированными; въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ особое положеніе ч. отростка еще болѣе располагаетъ къ тому, чтобы заболѣваніе брюшины оставалось только мѣстнымъ (см. ниже). Въ вышеприведенныхъ условіяхъ, главнымъ образомъ, кроются причины благопріятнаго теченія, которое такъ часто принимаетъ перитонитъ, исходящій отъ заболѣванія ч. отростка.

Медленное теченіе подобнаго гнойнаго перитонита можетъ быстро измѣниться и привести къ летальному исходу, если ограниченный абсцессъ вдругъ прорветъ въ остальную полость брюшины: такого рода осложненіе легко можетъ произойти при напращеніи брюшнаго пресса, схожденіи съ лѣвѣйшии, порывѣ смѣха, при дѣйствіи слабительныхъ и т. п. (*Krafft*).

Благополучное окончаніе одного приступа „перитифита“ далеко не гарантируетъ отъ дальнѣйшихъ подобныхъ же заболѣваній; напротивъ, перенесшій одинъ приступъ всегда находится въ опасности подвергнуться рецидиву. Приостановился ли процессъ отъ того, что инкапсулировался конкрементъ еще въ полости ч. отростка или внѣ его (см. табл. I, сл. № 12), или же образовав-

¹⁾ Boston. Med. and Surg. Journ. June 1890.

²⁾ l. c.

³⁾ *Witt*. Kopenhagen. Schm. Jahrb. 1890, стр. 35.

⁴⁾ *Bierhoff*. Deut. Arch. f. kl. Med. 1880, т. 27, стр. 261.

ийши абсцесс удачно опорожнился куда нибудь, а частью также инкапсулировался,—въ томъ и другомъ случаѣ остается благоприятное условіе для того, чтобы прежнее заболѣваніе могло вспыхнуть съ новой силой и убить больного. Поэтому „перитифлитъ“ представляеть собою болѣзнь рецидивирующую и такъ называемое выздоровленіе отъ одного приступа не обезпечиваетъ отъ дальнѣйшихъ опасностей даже втеченіе многихъ лѣтъ. *Fitz* въ своей первоначальной статистикѣ, собранной изъ литературы, доказалъ, что въ 11% всѣхъ случаевъ „перитифлита“ заболѣваніе имѣеть рецидивирующій характеръ. Вслѣдствіи на основаніи собственного наблюденія ¹⁾ надъ 72 случаями онъ убѣдился, что рецидивы наблюдались даже въ 44%. *Krafft* ²⁾ въ 106 случаяхъ нашелъ указаніе на рецидивы 24 раза; наблюдался даже случай, гдѣ первый приступъ былъ 20 лѣтъ назадъ. *Mc Burney* ³⁾ оперировалъ больного, у котораго до того было 12 приступовъ втеченіе года.

При нѣкоторыхъ недостаточно еще выясненныхъ условіяхъ прободеніе ч. отростка можетъ совершиться прежде, чѣмъ произойдетъ какая либо склейка съ окружающими частями, и тогда содержимое его изливается свободно въ брюшную полость; подобные случаи кончаются летально втеченіе нѣсколькихъ дней вслѣдствіе остраго септического перитонита (*peritonitis appendicularis universalis*. *With.*—*Diffuse foudroyante Peritonitis. Israel*). Ниже въ анатомической части нашей работы мы попытаемся дать объясненіе для подобныхъ случаевъ.

Въ теченіи той медленной формы „перитифлита“, которая сопровождается образованіемъ гноя около первичнаго болѣзненнаго очага, уже старинными авторами замѣчалась иногда нѣкоторая особенность: гной не распространялся въ полости живота, а имѣлъ наклонность прокладывать себѣ путь вверхъ по калѣтчаткѣ, позади восходящей ободочной кишки (*paracataphylitis*); верѣю такимъ путемъ гной доходилъ до діафрагмы, пробуравливалъ ее и изливался въ полость правой плевры. Причины подобнаго своеобразнаго теченія процесса до сихъ поръ подвергаются различнымъ толкованіямъ. Въ соответственномъ мѣстѣ при разборѣ практическаго значенія аномаліи расположенія ч. отростка мы

разсмотримъ происхожденіе этого „паратифлита“, здѣсь же ограничимся замѣчаніемъ, что онъ обуславливается особымъ положеніемъ ч. отростка позади начала толстой кишки.

Однимъ изъ тяжелыхъ осложненій язвеннаго пораженія ч. отростка, помимо его прободенія, является иногда воспаленіе и тромбозъ соответственныхъ начальныхъ вѣтвей воротной вены (*pyelephlebitis*) съ дальнѣйшимъ образованіемъ нарывовъ въ существѣ печени и пиэміей (*Bierhoff* ¹⁾, *Jan* ²⁾, *Matterstock* ³⁾, *Kjörte* ⁴⁾, *Fürbringer* ⁵⁾, *Fitz* ⁶⁾, *Roux* ⁷⁾ и др.). Не безъ основанія можно думать, что нѣкоторое число „темныхъ“ нарывовъ печени имѣеть именно подобное происхожденіе.

Намъ остается упомянуть еще объ одномъ послѣдствіи „перитифлита“, которое является источникомъ постоянной опасности для организма, даже иногда въ томъ случаѣ, когда первоначальный процессъ протекъ благополучно и окончательно прекратился. Мы уже говорили о томъ, что при воспаленіи брюшиннаго покрова червеобразнаго отростка верхушка его можетъ прилипнуть къ какому нибудь сосѣднему органу; вслѣдствіе этого создаются весьма удобныя условія для внутренней инкапсуляціи кишекъ, попавшихъ въ искусственно образованную петлю. *Leichtenstern* ⁸⁾ описываетъ 28 случаевъ подобнаго ущемленія.

Этимъ краткимъ очеркомъ патологіи „перитифлита“ мы позволимъ себѣ ограничиться, надѣясь на то, что изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ преобладающую, если не исключительную роль червеобразнаго отростка въ этиологіи упомянутаго заболѣванія можно считать достаточно выясненной.

Изъясненіе въ взглядахъ на сущность „перитифлита“ неизбежно должно было отразиться и на терапіи его, до сихъ поръ часто не пользовавшейся особеннымъ успѣхомъ. Мы уже имѣли случай коснуться метода леченія, который такъ единодушно примѣняли наши предшественники со временъ *Dupuytren*'а. Придерживаясь по

¹⁾ I. c.

²⁾ Ueber Pfortaderentzündung. Diss. Erlangen. 1866.

³⁾ I. c.

⁴⁾ Berl. klin. Woch. 1891. Июнь.

⁵⁾ D. med. Woch. 1891. стр. 228.

⁶⁾ I. c.

⁷⁾ Revue med. de la Suisse Rom. 1890. Апрель.

⁸⁾ *Ziemssen*. Рук. част. пат. и терап. Т. VII, ч. I, стр. 378. Русск. перев. Хаюкина, 1881.

¹⁾ I. c.

²⁾ I. c.

³⁾ *Annals of Surgery*. April. 1891. стр. 282.

старинному обычаю строгой антифлогистической терапии, они *largely* производили обильнейшие кровопускания и, не смотря на то, полученный результат нѣрѣдко не заставлялъ желать ничего лучшаго. Съ паденіемъ методовъ леченія кровопусканіемъ вообще и терапія перитифлита должна была измѣниться.

Еще раньше, въ сороковыхъ годахъ, англійскіе авторы [*Graves, Stokes* ¹⁾] предложили лечить перитонитъ огромными дозами наркотическихъ средствъ: опія, морфія.

Тотъ же самый методъ, конечно, нашелъ себѣ примѣненіе при «перитифлитѣ» и леченіе опіемъ скорѣй вытѣснило почти всѣ терапевтическія попытки, до того существовавшія. При назначеніи большихъ дозъ опія (по грану черезъ 2—3 часа) имѣлось въ виду довести больного до полного оупьненія; при этомъ субъективныя ощущенія удачались, перистальтика кишекъ останавливалась и создавались благоприятныя условія для того, чтобы воспалительный процессъ въ полости брюшины принялъ ограниченный характеръ; цѣлебныя силы природы, «les ressources de la nature» ²⁾, довершали остальное. Образовавшійся абсцессъ, предоставленный самъ себѣ, принималъ то или другое теченіе, описанное выше, и вскрывался или въ полость живота, причиняя летальный исходъ, или въ кишку, или наружу, черезъ покровы. Полагая, что въ подобныхъ случаяхъ «l'intervention de l'art est incertain dans ces résultats», *Dupuytren* и его послѣдователи придерживались консервативнаго способа леченія; тамъ, гдѣ была асептическая флюктуация, допускалось сдѣлать разрѣзъ и необходимую контрпертургу. Если къ этой терапіи прибавить еще прикладываніе льда, то этимъ исчерпываются всѣ тѣ средства, которыя существовали для леченія «перитифлита» до самаго послѣдняго времени.

Каковы же были результаты, получаемые при этомъ способѣ леченія?

Изъ числа 49 больныхъ перитифлитомъ, собранныхъ *Volz* ³⁾ умерло 39, т. е. около 79,5%; по статистикѣ *Matterstock* ⁴⁾ изъ 977 больныхъ умерло 294, т. е. 30%; тотъ же авторъ опредѣлялъ смертность у дѣтей въ 70%.

Fitz на основаніи собственныхъ наблюденій считаетъ смертность равную 26%; по вычисленіямъ *Stimson* ⁵⁾ смертность равна 25%.

Итакъ, на основаніи приведенныхъ цифръ результаты, полученные до сихъ поръ при леченіи «перитифлита», заставляютъ желать много лучшаго. Можно ли, говоритъ *Roux* ¹⁾, строго говоря, называть леченіемъ все то, что неизмѣнно примѣнялось въ каждомъ случаѣ перитифлита? «Мы обойдемъ молчаніемъ, продолжаетъ онъ, все то, что дается глотать или втирается больному подъ предлогомъ леченія его перитифлита, и коснемся лишь самыхъ употребительныхъ и считающихся дѣйствительными средствъ. Слабительныя опасны и излишни, ибо больной уже самъ успѣлъ ихъ принять; клистиры представляютъ лишь палліативы; нѣвѣки ослабляютъ силы больного; ледъ забавляетъ его и окружающихъ; втираніе руги и беладоны можетъ способствовать разрыву абсцесса... Полезны только опій; морфія не влѣзетъ на перистальтику и усиленія врача и окружающихъ успокоительнымъ дѣйствіемъ усмиряетъ, которое такъ жадно ожидалось, и если опій не въ состояніи предупредить разрыва абсцесса, то мы находимся въ положеніи „expectation sans armes“.

Подобно ожиданію, однако, приближался конецъ, съ тѣхъ поръ, какъ среди хаоса, царившаго въ области этиологіи и патологической анатоміи «перитифлита», сталъ вырисовываться обликъ червеобразнаго отростка.

Во всеоружіи антисептики, проникая безнаказанно въ самые сокровенные углы человеческого тѣла, могла ли новѣйшая хирургія помириться съ существовавшимъ до того способомъ леченія, при которомъ, открывенно говоря, судьба больного предоставляется исключительно цѣлебнымъ силамъ природы, въ итогѣ—игръ случая, рѣшающаго, если пациентъ не умеръ втеченіе первыхъ дней, проложитъ ли тной себѣ путь кънаружи или въ кишку и больной выздоровѣетъ, или же разовьется общій перитонитъ, пилефлебитъ и пр., со всеми ихъ послѣдствіями.

Одно изъ основныхъ положеній старой хирургіи—«ubi pus, ibi evacua»—не могло допускать подобнаго пассивнаго отношенія.

Еще въ 1848 году *Hancock* ²⁾, а затѣмъ *Parker* ³⁾ въ 1867 году, гордо настаивали, чтобы выжидательное леченіе перитифлита имѣло свой предѣлъ; по мнѣнію послѣдняго слѣдовало оперировать не позже, чѣмъ черезъ 5—12 дней послѣ начала заболѣванія.

¹⁾ Dublin Hosp. Reports t. V, стр. 9.

²⁾ Dupuytren. l.c.

³⁾ Цит. по *Matterstock*'y, l. c.

⁴⁾ Annals of Surg. 1891. Апрель. стр. 235.

¹⁾ l. c.

²⁾ Lond. Med. Gazette. 1848, N. S. VII. стр. 547.

³⁾ N. Y. Med. Record. 1867, II. стр. 25.

Всѣмъ затѣмъ можно встрѣтить цѣлый рядъ авторовъ (*Buck, Bull, Deahnau Noyes, Fitz, Mahomed, Kraussold, Krafft, Morton, Hartly, Mynter, Nimier, Somenburg* и др.), которые совѣтуютъ вскрывать перитифлитическій абсцессъ, какъ только онъ будетъ распознанъ. Въ программу этихъ операций, гдѣ можно, должно было входить и удаление больного ч. отростка (*Krönlein, 1884*)¹⁾.

Дальнѣйшій шагъ въ этомъ направленіи не заставилъ себя ждать.

Возникалъ весьма основательный вопросъ—желательно ли при тѣхъ неизмѣримыхъ успѣхахъ, которые сдѣлала хирургія области живота, выжидать при перитифлитѣ до тѣхъ поръ, пока образуется нарывъ?

Изъ литературы видно, что значительное число перитифлитиковъ погибаетъ въ такіе ранніе періоды, когда абсцессъ даже не успѣлъ образоваться. По статистикѣ *Fitz's* изъ 176 летальныхъ случаевъ прободенія ч. отростка умерло: 60 человекъ въ течение первыхъ 5 дней, 46—въ течение первыхъ 4 дней и 28 человекъ въ течение первыхъ 3 дней; 8 человекъ погибло на 2 дня. Какъ видно изъ этой статистики болѣе $\frac{1}{2}$ всего числа умирающихъ отъ перитифлита погибаетъ въ течение первыхъ 5 дней. Такимъ образомъ, если оперативное вмѣшательство имѣло въ виду, главнымъ образомъ, предотвратить смертельный исходъ, то являлось показаніе для производства операции не позже конца первой недѣли.

Причина столь ранняго летальнаго исхода заключается въ томъ, что прободеніе ч. отростка и изліяніе его содержимаго въ брюшную полость успѣваютъ совершиться раньше, чѣмъ произойдутъ спасительныя склейки. Но можно ли когда либо предугадать именно такой оборотъ дѣла, при которомъ надежды на спасеніе какимъ либо путемъ сводятся ad nihilum?—Никогда. Между тѣмъ въ такомъ стадіи болѣзни уженечего болѣе рассчитывать на дѣйствіе терапевтическихъ средствъ и спасеніе можно ожидать только отъ самаго быстрого хирургическаго вмѣшательства, а тамъ, гдѣ одно не подоспѣетъ во время, тяжкое ощущеніе безпомощности лечащаго врача можетъ представить себѣ лишь тотъ, съ кѣмъ приключалось что нибудь подобное. Я не могу по этому поводу не вспомнить случая, представившагося моему наблюденію нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ.

Г-жа С.—ва, 16-ти лѣтъ, единственная дочь учителя, до того совершенно здорова, внезапно заболѣла симптомами «перитифлита» 13 іюня 1891 года, послѣ того, какъ наканунѣ поѣла огурцовъ. Дѣло происходило на дачѣ, въ разстояніи

болѣе 100 верстъ отъ Петербурга. Послѣ того, какъ были сдѣланы попытки помочь домашними средствами (слабительными и пр.), на другой день, 14 іюня, было послано за мной. Мое заявленіе о томъ, что болѣзнь представляется крайне опасною, настолько поразило окружающихъ, что вызвало даже улыбку недобрѣи Консалъмъ съ товарищемъ, д-ромъ *Ланковскимъ*, подтвердилъ мое предположеніе. Мы оставались при обычной терапіи. Къ вечеру слѣдующаго дня больная уже лежала въ самомъ тяжеломъ колѣсѣ: обстановка, при которой мы находились, не дозволяла думать о какой либо операциі и 16 іюня вечеромъ, т. е. ровно черезъ 3 сутокъ послѣ начала заболѣванія, больная скончалась.

Въ описанномъ мною случаѣ мы имѣемъ типъ того теченія, которое иногда принимается «перитифлитъ». А кому изъ врачей практиковъ не приходилось наблюдать подобнаго исхода, парализующаго весь оптимизмъ въ возвращеніи на это заболѣваніе? Опытъ гинекологовъ, правда, уже давно показалъ, что и при такихъ почти безнадежныхъ условіяхъ, во время подоспѣвшая хирургическая помощь можетъ кое что сдѣлать. *Keith* въ 1865 году, затѣмъ *S. Wells, Schröder, Lawson Tait* и др. съ успѣхомъ оперировали при общемъ послѣоперационномъ перитонитѣ. *Mikulicz, Schröder, Israel* и др. достигли такого же блестящаго результата при нетравматическомъ прободеніи кишечника. *Weir*¹⁾ собралъ 15 случаевъ лапаротоміи при перфоративномъ перитонитѣ, изъ которыхъ 10 были сдѣланы по случаю прободенія ч. отростка, съ 3-мя выздоровленіями (*Krönlein, Hall, H.—*). Вслѣдъ за тѣмъ нынѣ покойный, проф. *Sands*²⁾ сообщилъ свой случай, превзошедшій предыдущіе по точности діагноза и прекрасному результату. *Sands* оперировалъ черезъ 48 часовъ послѣ начала заболѣванія, промылъ полость живота и удалилъ остатки перфорированнаго ч. отростка.

Дальнѣйшіе успѣхи въ томъ же направленіи сдѣлалъ *Mikulicz, Rosenberger, Schüller, Israel*³⁾, *Brenner*⁴⁾ и др. Если приведенные успѣхи хирургіи и даютъ проблескъ надежды перитифлитикамъ съ развившимся острымъ перитонитомъ, то однако дальнѣйшія наблюденія должны еще показать, насколько и при такихъ условіяхъ отъ операциі можно ожидать успѣха.

Удачный опытъ *Sands*'а и слѣдующихъ авторовъ побудилъ американцевъ поставить вопросъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ еще шире, выходя изъ соображеній, что, «если хороша была та хирургія, при которой дѣлается разрѣзъ для удаленія гноя, то еще

¹⁾ N. Y. Med Record June. 1887.

²⁾ N. Y. Med. Journal Febr. 25. 1888.

³⁾ Цит. по *Kreche, Deutsch. Ztschft. f. Chir.* XXX.

⁴⁾ Wien. Klin. Woch. 1888, стр. 216.

¹⁾ Arch. f. Kl. Ch. t. 33, стр. 517.

лучше заранѣе удалить то, что навѣрно дастъ злокачественный гной, если теченіе болѣзни будетъ отдано на произволъ природы". (Worcester).

По мнѣнію *Mc. Burney*¹⁾ каждый случай *appendicitis* "долженъ миновать много опасныхъ пороговъ, прежде чѣмъ доплыветъ до покойной воды, т. е. абсцесса, и поэтому слѣдуетъ гарантировать безопасность раньше, чѣмъ будетъ достигнута быстрина, вмѣсто того, чтобы плыть съ завязанными глазами черезъ опасныя мѣста".

Подъ именемъ ранней операціи въ этомъ узкомъ смыслѣ слова *Mc. Burney*²⁾ подразумѣваетъ такую, "при которой съ удаленіемъ заведомо больного ч. остротка полагается конецъ болѣзни, уже достаточно выспившейся и угрожающей жизни", т. е. до образованія обширнаго абсцесса или общаго перитонита. Противъ того, что говорить *Mc. Burney* и другіе, съ теоретической точки зрѣнія, конечно, нельзя ничего возразить. Если ранняя операція удаленія ч. остротки сведется почти къ тѣмъ же условіямъ, при которыхъ совершается обычная, не особенно трудная лапаротомія, то какой % смертности можно ожидать въ рукахъ опытнаго хирурга? Во всякомъ случаѣ не болѣе, чѣмъ тотъ, который приводится для перитифлита при терапевтическомъ леченіи самыми горячими оптимистами въ воззрѣніяхъ на это заболѣваніе.

Но теоретическія умозаключенія въ такомъ высокой степени важномъ вопросѣ нуждаются въ фактическихъ основаніяхъ, и требуемая данія не заставили себя долго ждать. Американскіе хирурги съ необычайной энергіей работаютъ въ этомъ направленіи и успѣхъ, ими достигнутый, пожалуй, превосходитъ ожиданіе. *Mc. Burney*³⁾, (не включая сюда тѣ случаи, когда операція была сдѣлана поздно, при показаніяхъ стараго времени), уже приводитъ статистику изъ 24 раннихъ операцій, совершенныхъ имъ однимъ за время отъ мая 1888 по январь 1891 года. Изъ этого числа 6 больныхъ оперированы на 2-й день, 14 на 3-й день, 2 на четвертый день и 2 въ концѣ первой недѣли. Изъ 24 оперированныхъ умеръ только одинъ. О почти такомъ же блестящемъ результатѣ сообщаютъ американцы *Stimson*, *Bernaldy*, *Weir*, *Baldy*, *Keen*, *Powler*, *Mynter*, *Milbank* и др.

Заканчивая вопросъ о хирургическомъ леченіи „перитифлита“, мы должны коснуться еще такъ называемыхъ „операцій въ періодъ покоя (period of quiescence)“. Какъ извѣстно, въ числу особенностей въ клиническомъ теченіи „перитифлита“ принадлежитъ наклонность къ рецидивамъ (по *Fitz* въ 44% всѣхъ случаевъ). Частота этихъ рецидивовъ иногда бываетъ такъ тягостна, что дальнѣйшее существованіе больного дѣлается невозможнымъ и вслѣдствіе этого является показаніе къ операціи. Принимая во вниманіе, однако, нѣкоторыя невыгодныя стороны операціи во время остраго приступа, явилась мысль удалить источникъ страданій, ч. остротку, въ такой періодъ, когда всѣ острые явленія отсутствуютъ. Подобную операцію впервые совершили *Treves*¹⁾, затѣмъ *Senn*²⁾, *Kümmel*³⁾, *Murray*⁴⁾ и др.

Относительно показанія къ этой операціи мнѣнія расходятся даже среди хирурговъ. *Reclus*⁵⁾, напр., думаетъ, что оперированіе при отсутствіи объективныхъ и субъективныхъ явленій было бы „*top fin de siècle*“.

Если этотъ вопросъ и остается еще открытымъ, то тамъ, гдѣ подобная операція была совершена, для нея, какъ оказалось, было самое положительное показаніе; результаты операціи были у всѣхъ перечисленныхъ авторовъ удачны.

Слѣдуетъ замѣтить, что какъ всегда бываетъ при какомъ-либо открытіи, мы переживаемъ сначала извѣстный періодъ, когда теряется способность обычнаго хладнокровнаго мышленія. То же самое происходитъ повидимому и теперь съ современною наклонностью къ оперативному леченію „перитифлита“. Преслѣняя небрежностью по отношенію къ функціи червеобразнаго отростка и его патологич. смѣнилась самымъ рѣзкимъ ожесточеніемъ противъ этого маленькаго органа, названіе котораго, данное ему природой, будто бы состоитъ въ томъ, чтобы исключительно вредить.

Новыя вѣянія зашли даже такъ далеко, что породили мысль объ удаленіи ч. остротка въ раннемъ періодѣ жизни, какъ излишняго органа (*Dyce Duckworth*);⁶⁾ иные находятъ нужнымъ при каждой лапаротоміи удалить и червеобразный отростокъ.

¹⁾ Lancet, Febr. 14. 1888.

²⁾ Journ. of Am. med. Assoc. 1889 Nov. 2.

³⁾ Archiv. f. Kl. Ch. t. 40 стр. 39.

⁴⁾ N. Y. Med. Journ. 1890. стр. 564.

⁵⁾ Bull. de la Soc. d. Chir. 1890. стр. 612.

⁶⁾ Lancet. 1888. Octob. 6.

¹⁾ Boston. Med. and Surg. Journ. 1890. Jan., 23.

²⁾ N. Y. Med. Journ. Dec. 21. 1889.

³⁾ Annals of Surgery. April. 1891. стр. 249.

⁴⁾ Тамъ-же.

Мы не имѣемъ въ виду здѣсь входить въ общіе подобныя предложенія; замѣтимъ только, что дальнѣйшее изученіе патологіи и анатоміи этого органа, а также измѣненій, претерпѣваемыхъ этимъ органомъ въ различные періоды жизни, вызоветъ къ нему большее списхождение. Во всякомъ случаѣ, осложняютъ каждую запоротомию энтеротоміей (иначе нельзя назвать операцию удаленія ч. отростка) было бы, по нашему мнѣнію, еще болѣе „fin de siècle“.

Подобное увлеченіе, вѣроятно, до нѣкоторой степени дало поводъ къ той горячей оппозиціи, которую встрѣтило оперативное леченіе „перитифлита“ со стороны защитниковъ стараго способа леченія. Попытка активнымъ и по возможности безопаснымъ внимательствомъ замѣнить пассивное ожиданіе, сопряженное съ большимъ рискомъ, въ глазахъ послѣднихъ представляетъ лишь пожеланіе [messecfreundlich ¹⁾] или оперативный зудъ ²⁾. По мнѣнію другихъ, современный хирургъ готовъ оперировать каждого больного, у котораго „болитъ животъ“ ³⁾.

Итакъ, неужели же коренное измѣненіе во взглядѣ на патологию „перитифлита“ не должно вовсе отразиться на его терапіи?

Къ сожалѣнію слѣдуетъ замѣтить, что убѣжденіе въ исключительной роли ч. отростка при „перитифлитѣ“ далеко не сдѣлалось еще общимъ достояніемъ. *Renvers* ⁴⁾ на основаніи 2000 случаевъ, наблюдавшихся въ прусской арміи за 6 лѣтъ, полагаетъ, что процентъ смертности отъ „перитифлита“ равенъ 4; изъ 54 случаевъ, представившихся его личному наблюденію, умерло 3.

По мнѣнію *Renvers'a*, „случай заболѣванія такъ называемымъ перитифлитомъ, чаще всего представляющее наблюденію врача, суть простые копростазы (Kothanstaunungen), которые однако ведутъ къ сильнымъ воспалительнымъ раздраженіямъ (?) (Reizungen) въ окружающей слѣпой кишкѣ и протекаютъ съ высокой температурой и угрожающими признаками перитонита“.

Такимъ образомъ, повидному, въ возвращеніяхъ на перитифлитъ мы вернулись къ той же исходной точкѣ, съ которой такъ неудачно начали во времена *Dupuytren'a*!

Соотвѣственно такому консервативному направленію, и старая терапія опять выступила въ тѣхъ же привлекательныхъ краскахъ.

„Не безъ оружія, говорить *Renvers*, стоимъ мы у постели больного, а напротивъ, вооруженные опытомъ современнаго примѣненія слабительныхъ и клизмъ, назначенія покоя, соотвѣстнаго діетѣ и лекарственныхъ веществъ, успокаивающихъ боли и перистальтику, мы имѣемъ средства не только уменьшать страданія больного, но даже поставить его въ условія для излеченія“.

Мнѣніе *Renvers'a*, конечно, не представляется единичнымъ. *With* ¹⁾ также восхваляетъ леченіе опиумъ и успѣхъ, имъ получаемый, все прогрессируетъ. Въ 1876—79 гг. у него было 40% смертности, въ 1879—1887 г. 16%, а въ 1887—1888 гг. 11%.

Какъ *Renvers*, такъ и другіе, въ основѣ своихъ разсужденій имѣютъ, по прежнему, только клиническія данныя. *Pepper* ²⁾, напр., также описывающей самостоятельное воспalenіе перикальной кѣтъчатки съ исходомъ въ разрѣшеніе, сознается въ томъ, что о частотѣ подобныхъ процессовъ нельзя судить: „данныя подобнаго рода весьма трудно добыть съ операціоннаго или секціоннаго стола, ибо подобные случаи обыкновенно кончаются выздоровленіемъ“.

Принимая во вниманіе срокъ обязательной военной службы въ германской арміи, можно предположить, что наблюденіе надъ вышеупомянутыми 2000 больными не могли быть продолжительны; если же вспомнить, какъ часто „перитифлитъ“ рецидивируетъ, то къ проценту выздоровленія, выставленному *Renvers'омъ*, можно отнестись съ нѣкоторою осторожностью. Наконецъ, когда по сознанію самихъ вышеприведенныхъ авторовъ предположенія ихъ являютъ теоретическими, патолого-анатомическія изслѣдованія самымъ положительнымъ образомъ подтверждаютъ частую заболѣваемость ч. отростка. *Renvers*, повидному, упускаетъ изъ виду, что перѣдко на трупѣ можно совершенно случайно встрѣтить весьма ясныя слѣды бывшаго заболѣванія ч. отростка, на которое нельзя найти какихъ либо указаній въ скорбномъ листкѣ.

Этимъ мы заканчиваемъ краткій историческій очеркъ патологии „перитифлита“ и позволимъ себѣ на основаніи ознакомленія съ литературой высказать нѣсколько заключеній.

Если перитифлитъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ соотносится къ *appendicitis* у, т. е. къ изъязвленію и прободенію ч. отростка—а чтобы опровергнуть это положеніе потребуется больше

¹⁾ *Ewald*, Deutsch. med. Woch. 1891. № 8.

²⁾ *Dunn*, Bost. Med. and. Surg. Journ. 1889, стр. 550.

³⁾ *Mc. Burney*, N. Y. Med. Journ. 1889. т. 50 стр. 683.

⁴⁾ I. c.

¹⁾ *Virch. Jahresb.* 1889 т. II, стр. 295.

²⁾ *Med. News*, Philad. 1888, стр. 603.

труда, чѣмъ потрачено для ниспроверженія теоріи о тифлитѣ и пр., — то заболѣваніе это, при современномъ положеніи врачебной науки, съ самаго начала должно подлежать вѣдѣнію хирурга. Если нѣтъ никакого права и надобности отрицать, что значительное число перитифлитиковъ выздоравливаютъ сами собою, то съ другой стороны всѣмъ извѣстно, что у подобныхъ больныхъ можетъ внезапно наступить такой поворотъ болѣзни, при которомъ только активное вмѣшательство хирурга можетъ дать шансы на жизнь.

Какъ въ назначеніи срока для операціи, такъ и въ выборѣ метода ея, несомнѣнно, право перваго голоса должно принадлежать хирургу. Но при рѣшеніи того или другаго вопроса хирургъ, помимо личной практической опытности и технической сноровки, обязательно руководится и предварительнымъ клиническимъ теченіемъ каждаго индивидуальнаго случая и только соответственно этому иногда приступаетъ къ операціи. Последнее же условіе не выполнимо тамъ, гдѣ хирургъ впервые видитъ больного лишь въ тотъ моментъ, когда въ операціи заключается послѣдній лучъ утѣшительной надежды. Если, наконецъ, „перитифлитъ“ представляетъ такое заболѣваніе, при которомъ часто спасаетъ хирургическое вмѣшательство — а иногда только оно — то за ходомъ болѣзни нужно слѣдить съ попомомъ въ рукахъ [Fitz].

Въ основѣ ранняго оперативнаго вмѣшательства при „перитифлитѣ“ конечно должны лежать своевременный и точный діагнозъ, и нужно сознаться, порою можно встрѣтиться въ этомъ отношеніи съ непреодолимыми затрудненіями. Противники оперативнаго метода леченія, поэтому, справедливо ссылаются на это обстоятельство и требуютъ, чтобы „хирурги указали намъ, какъ можно въ самомъ началѣ процесса при не наблюдно (schulgemäss) протекающихъ случаяхъ исключить эхинококкъ, новообразование и т. п.“¹⁾

Противъ наблюдаемаго иногда атипическаго теченія перитифлита ничего нельзя возразить. Мы глубоко убѣждены, однако, что причина затрудненія для діагноза иногда кроется въ особенностяхъ анатомическаго строенія и расположенія ч. отростка. Вотъ почему мы нашли удобнымъ посвятить трудъ нашъ главнымъ образомъ нѣкоторой разработкѣ анатомической стороны дѣла.

II.

Развитіе и положеніе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ утробномъ періодѣ. Изученіе анатоміи слѣпой кишки и чер. отростка у взрослого невозможно безъ того, чтобы не коснуться исторіи развитія кишечнаго канала у зародыша. Только въ эмбриологіи можно дочерпнуть данныя для объясненія тѣхъ варіацій въ расположеніи, формѣ и размѣрахъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, которыя, при незнаніи, могутъ казаться или странными аномаліями, или результатомъ патологическихъ измѣненій.

Втеченіе первыхъ недѣль роста зародыша пищеварительный каналъ, вскорѣ послѣ своего полнаго замыканія, представляетъ изъ себя ровную трубку, идущую сверху внизъ и прикрѣпленную къ позвоночнику при помощи сагиттально расположенной брыжейки¹⁾. Путемъ мѣшковиднаго расширенія ея постепенно выясняется желудокъ; ниже лежащая часть кишки продолжаетъ удлинняться со вмѣстѣ съ ростомъ брыжейки и образуетъ петлю, обращенную выпуклостью впереди и книзу. Петля эта изъ полости живота постепенно вдвигается въ пупочный канатикъ²⁾. Часть кишечника,

¹⁾ Meckel Bildungsgeschichte des Darmkanals der Säugethiere und namentlich des Menschen. Meckel's Archiv. 1817. s. 1.

²⁾ A. Kolliker. Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. 1876.

¹⁾ N. Y. Medic. Journ. 1888 May 12.

²⁾ Ewald. l. c.

остающаяся вблизи позвоночника, в верхней части туловища, образует из себя со временем желудок и отчасти 12-ти-перстную кишку; самая нижняя часть пищеварительной трубки, также остающаяся в полости живота, почти на прежнем мѣстѣ, и сохраняющая вертикальное направление, образует часть *coli transversi, colon descendens, flexuram sigmoideam* и *rectum*. Петля кишечника, прикрѣпленная на длинной брыжжѣй и заключенная въ пуповинѣ, стало быть, должна обратиться въ тонкую кишку, начиная от *duodeni*, и часть толстой (*colon ascendens* и половина *coli transversi*).

Ножки петли расположены по *Таренецкому* ¹⁾ въ одной горизонтальной плоскости, по *Kölliker'у* и *Treves'у* ²⁾ — одна надъ другой, причемъ правая (по *Таренецкому*) и верхняя (по *Kölliker'у* и *Treves'у*) изображаетъ будущее *duodenum*, а другая — часть толстой кишки, соответствующую правой половинѣ *coli transversi*. Замѣательно, что это близкое соотношение *coli transversi* и *duodeni* сохраняется втеченіе всей дальнейшей утробной и вѣутробной жизни человѣка. Верхушка упомянутой петли направлена вперед и посредствомъ желточного канала (*ductus vitello-intestinalis*) сообщается съ желточнымъ пузырькомъ. Впоследствии этотъ каналъ зарастаетъ; остатки его могутъ существовать позже въ видѣ т. н. *diverticulum ilei*.

Выше уже упомянуто, какія части кишечника образуются изъ помѣщающейся въ пуповинѣ петли; вся эта часть принадлежитъ къ району раздѣленія *art. mesentericae sup.* Эта артерія проходитъ между ножками петли по брыжжѣй и отдаетъ вѣтви въ ту и другую сторону. Такого рода картина расположения кишечника получается по *Kölliker'у* у зародыша въ началѣ 2-го мѣсяца.

Изъ обѣихъ половинъ кишечной петли правая (по *Таренецкому*), т. е. будущая тонкая кишка, оказывается болѣе толстой, чѣмъ лѣвая. На этой послѣдней неподалеку отъ верхушки петли съ передне-наружной ея окружности появляется выпячиваніе — будущее *coecum* и *processus vermicularis*. *Таренецкій* находилъ, что на описанномъ мѣстѣ появляется внезапное утолщеніе просвета и здѣсь же конечное выпячиваніе — будущій *proc. vermicularis* (*coeci* еще нѣтъ).

¹⁾ *Tarenetsky*. Entwicklung und Lageverhältnisse des Blinddarms und Wurmfortsatzes beim Menschen in der intrauterinen Periode. Mémoires de l'Académie des Sciences de St. Petersburg. 1880.

²⁾ *F. Treves*. Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man. Brit. Med. Journ. 1885 Febr. March.

Первые слѣды обозначенія *coeci*, а стало быть и раздѣленія кишки на толстую и тонкую, *Meckel* ¹⁾ относитъ ко 2-й половинѣ 2-го мѣсяца, *Kölliker* и *Таренецкій* къ 6-й недѣлѣ. Въ это время *proc. vermiformis* смотритъ вперед и прилегаетъ къ концу *intest. ilei* съ наружной его поверхности.

Въ углу между ч. отросткомъ и подвздошной кишкой протянута треугольная пластинка, будущее *lig. ileo-coecale* (герп. *ileo-appendiculaire*. *Jommeso*), которая, помимо двухъ пластинокъ брыжины, изъ которыхъ она составлена, держитъ въ себѣ еще гладкія мышечныя волокна — часть продольнаго мышечнаго слоя *ilei*. На образованіе этой складки пошла главнымъ образомъ нижняя пластинка *mesenterii*, по которой и направляются сосуды.

Во второй половинѣ 2-го утробнаго мѣсяца петли, помѣщающаяся еще въ пуповинѣ, нѣсколько измѣняетъ свое положеніе. Происходитъ обращеніе ея вмѣстѣ съ *mesenterium* и поэтому отношеніе можетъ измѣняться такимъ образомъ, что бывшая лѣвая (по *Таренецкому*), т. е. соответствующая толстой кишкѣ, помѣщается сейчасъ и надъ бывшей правой ножкой, т. е. тонкой кишкой. Соответственно этому верхняя пластинка *mesenterii* обратится въ правую переднюю, нижняя — въ лѣвую заднюю. Тонкія кишки въ это время уже складываются въ нѣсколько петель.

Вслѣдствіе болѣе сильнаго напряженія правой верхней пластинки *mesenterii*, ч. отростокъ измѣняетъ положеніе и ложится поперекъ и впереди *ilei*, верхушкой слегка обращенный къ *colon*. Отъ передне-верхней пластинки къ нему отходитъ новая складка брыжины (*mesenteriolum*), содержащая сосуды и прикрѣпляющаяся къ основанію и средней части его, оставляя верхушку свободной.

Измѣненіе прежняго положенія ч. отростка въ поперечное къ подвздошной кишкѣ, ведетъ за собою, по *Таренецкому*, во 1-хъ, остановку развитія сосудовъ, идущихъ къ нему по нижней пластинкѣ и, во 2-хъ, исключеніе его изъ общаго кишечнаго тракта; результатомъ того и другаго будетъ замедленіе въ ростѣ ч. отростка. При образованіи угла между ч. отросткомъ и кишкой, отъ которой онъ отходитъ, маленькое *lig. ileo-coecale* въ натянутомъ видѣ ложится на конецъ *ilei*; позади этой пластинки помѣщается *mesenteriolum*, также прикрѣпляющееся къ ч. отростку. Промежутокъ между этими двумя пластинками, открытый взади и вправо

¹⁾ 1. с. стр. 79.

и направленный верхушкой къ углу, образуемому соединеніемъ ilei съ будущимъ coesum, и будетъ начало fossae ileo-coecalis inf.

Въ началѣ третьяго мѣсяца кишечныя петли, помѣщавшіяся въ „нормальной пупочной грыжѣ“, какъ выражается Kölliker, возвращаются въ полость живота. Съ ростомъ тонкихъ кишекъ удлиняется и толстая. Эта послѣдняя кишка отъ мѣста будущей flexura ilealis идетъ впередъ по направленію къ пунку, помѣщаясь надъ тонкими кишками. Слѣбая кишка выражена въ видѣ равномернаго утолщенія кишки и помѣщается вблизи пунка. Около мѣста соединенія тонкой кишки съ толстой, немного сзади, отходить ч. отростокъ, отогнутый такимъ образомъ, что онъ уже *ложится рядомъ съ толстой кишкой*. Калибръ его немного меньше тонкой кишки, длина довольно значительна. Въ упомянутыхъ брыжжиныхъ складкахъ особыхъ измѣненій не произошло.

Во второй половинѣ 3-го мѣсяца mesenterium commune расположено сагиттально; подвижная часть coli помѣщается по срединной линіи подъ печенью и въ нее подъ тупымъ угломъ снизу впадаетъ ileum. Coesum выражено рѣзче, ч. отростокъ лежитъ параллельно толстой кишкѣ. При ростѣ coli происходитъ отклоненіе coeci и соcѣдней части толстой кишки вправо, по нижней поверхности печени, такъ что *въ началѣ четвертаго мѣсяца* эта часть кишки располагается уже поперечно (во фронтальной плоскости) подъ нижней поверхностью печени, прилега къ передней поверхности правой надпочечной железы и pars horiz. sup. duodeni. Тонкія кишки въ это время помѣщаются внизу, ileum впадаетъ въ толстую кишку снизу и образуетъ при этомъ уголъ, открытый влѣво. Coesum замѣчается, какъ пуповообразное выпячиваніе, въ углу между pr. vermiformis и colon, направленное вправо и вверхъ.

Ч. отростокъ въ это время уже сталъ замѣтно уже тонкой кишки, а по днѣмъ почти разлѣтъ поперечно расположенной толстой; онъ помѣщается сзади и надъ послѣдней, прилега къ нижней поверхности печени. При дальнѣйшемъ ростѣ толстой кишки coesum скользятъ вправо по нижней поверхности печени и соответственно наклоню, которую представляетъ эта поверхность, опускается немного книзу; такимъ образомъ намѣчается дѣленіе толстой кишки на colon ascendens, transversum и т. д. При опусканіи coeci въ подвздошную ямку ч. отростокъ отходитъ отъ толстой кишки и своей верхушкой свѣшивается внизъ, насколько позволяетъ его mesenterium; при этомъ онъ прилегаетъ къ задней поверхности mesenterii comm. соотвѣственно прикрѣпленію ея

къ концу ilei. При образованіи намековъ flexurae hepaticae, т. е. при опусканіи coeci, происходитъ одновременно и вращеніе этой части кишки вокругъ своей оси такимъ образомъ, что бывшая верхняя ея поверхность становится задней и т. д. (Тареникій). Докзательство этого вращенія можно найти въ томъ, что напр. taenia libera на colon. asc. и coesum будетъ передне-задняя, а на col. transversum передняя и т. д.

Во второй половинѣ 4-го утрабаннаго мѣсяца начало толстой кишки еще лежитъ почти поперечно; coesum выстоптъ изъ подъ края печени, помѣщаясь впереди правой почки и прикасаясь къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ это время начало coli и соотвѣтственная часть mesenterii comm. приклевываются къ передней поверхности почки и part. desc. duodeni. Ч. отростокъ сравнительно узкой верхушкой, направленной внизъ, основаніемъ же прилегаетъ къ задней поверхности бонда ilei. Къ висцеру ч. отростку mesenterium отходитъ отъ задней пластинки me enterii сверху внизъ; lig. ileo-coecale представляетъ треугольную пластинку, натанутую между концомъ ilei, coesum и proc. vermicularis. При переходѣ ч. отростка изъ положенія параллельнаго colon въ послѣднее, висчае, mesenterium должно было перевернуться такимъ образомъ, что бывшая задняя его поверхность обратилась въ переднюю и прикасается къ общей брыжжѣйкѣ.

Только что описанное положеніе ч. отростка относительно слѣпой и подвздошной кишекъ и представляеть то, которое мы чаще всего встрѣчаемъ у взрослого.

Выше уже было упомянуто, что начало поперечно расположенной толстой кишки прилепляется къ почкѣ и двѣнадцатиперстной кишкѣ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, подвижный ч. отростокъ и его начало, или слѣбая кишка, избѣгаютъ склейки и остаются свободными. Этотъ моментъ прикрѣпленія начала толстой кишки оказывается весьма важнымъ по дальнѣйшимъ его влияніямъ, какъ на послѣдующее передвиженіе слѣпой кишки, ея подвижность, покрытие брыжиной, такъ и на образованіе различныхъ „связокъ“ и „ямокъ“, описываемыхъ анатомами. Во всѣхъ перечисленныхъ отношеніяхъ мы встрѣчаемся у взрослого съ самыми различными варіантами, зависящими отъ размѣровъ упомянутой склейки, времени ея происхожденія и пр.

Прилепленное начало coli. asc. продолжаетъ при дальнѣйшемъ ростѣ зародыша слѣзжать внизъ, какъ бы „на возмѣхъ“ удерживаемое сзади образовавшимися склейками; при этомъ паріетальная брыжина стяги-

вается вниз съ передней поверхности почекъ и латеральной стѣнки брюшной полости, образуя складки, позволяющія обыкновенно у зародышей отнять coecum и colon. asc. на нѣкоторое расстояние отъ задней стѣнки живота.

Присматривая спиртовые и свѣжіе препараты зародышей члвчка, я имѣлъ возможность наблюдать, что описанныя складки не всегда происходятъ одинаково. Въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ (2 раза у зародышей приблизительно 5 мѣсяцевъ) я находилъ приклеенными не только colon asc., но и coecum; одинъ разъ, у зародыша такого же возраста, даже основная часть proo. vermiculatis найдена мною прикрѣпленной къ передней поверхности почки. Сравнительно часто, однако, начало толстой кишки, продвигаясь вправо и внизъ, можетъ образовать colon ascendens, причемъ эта послѣдняя и значительная часть ея брыжейки могутъ совершенно приблизиться къ ней. Въ этихъ случаяхъ, какъ я убѣдился на 4 трупахъ зародышей, складка можетъ помѣщаться только на уровнѣ flexurae hepaticae. Подобныя же наблюденія описываетъ Toldt ¹⁾.

Замѣтимъ здѣсь, что къ тому времени, когда слѣпая кишка уже совершенно опустилась въ подвздошную ямку, червеобразный отростокъ не всегда оказывается свѣшивающимся внизъ: періодомы находили его позади начала толстой кишки или ileo-coecal'ного соединенія.

Послѣдствіемъ передвиженія начала толстой кишки внизъ является также измѣненіе въ положеніи брыжейки тонкихъ кишекъ, которая къ 6-му мѣсяцу принимаетъ прочное положеніе, найденное у взрослыхъ. Вслѣдствіе того, что часть mesenterii communis, принадлежащая тонкой кишкѣ прилепляется въ поперечномъ направленіи къ задней брюшной стѣнкѣ (главнымъ образомъ къ duodenum) ²⁾, проходитъ какъ-бы раздѣленіе брыжейки на двѣ: одну для поперечно расположенной толстой кишки, другую для ниже лежащихъ тонкихъ кишекъ. Когда же начало толстой кишки передвигается въ подвздошную ямку, то линія прикрѣпленія mesenterii тонкихъ кишекъ или, какъ говорятъ, корень брыжейки принимаетъ наклонное положеніе, т. е. въ направленіи отъ конца duodeni (ниже pancreas и влѣво отъ позвоночника) вправо

и внизъ къ правой подвздошной ямкѣ. Эта линія прикрѣпленія брыжейки, стало быть, представляется совершенно новой—прежній корень брыжейки помѣщался между colon transversum и duodenum, (когда кишка еще помѣщалась въ пупочномъ канатикѣ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ упомянутого прилепанія mesenterii можетъ не произойти и тогда расположеніе кишекъ у взрослого можетъ представляться такимъ, каковы мы его видѣли до только что описаннаго періода. При этомъ colon asc. вмѣстѣ съ тонкою выпшкою будетъ имѣть одну общую брыжейку, „mesenterium commune“, и сохранить полную подвижность.

Подобная аномалія, встречающаяся, какъ норма, у большаго числа млекопитающихъ, описана у людей Cruveilhier, Neugebauer'омъ, Gruber'омъ, Treits'омъ. Treves ¹⁾ на 100 вскрытій встрѣтилъ ее два раза. Luschka ²⁾ наблюдалъ такой случай, при которомъ, благодаря подвижности coli asc., слѣпая кишка съ частью тонкихъ кишекъ помѣщалась въ большой лѣвосторонней паховой грыжѣ.

Вмѣненіе конца эмбриональной жизни слѣпая кишка продолжаетъ опускаться глубже въ подвздошную ямку; червеобразный отростокъ свѣшивается въ малый тазъ или направленъ къ промонторіуму, или помѣщается позади начала толстой кишки. У новорожденнаго можно встрѣтить его въ этихъ различныхъ положеніяхъ. При продолжающемся ростѣ coli asc. coecum можетъ не найти себѣ мѣста въ fossa iliaca и тогда опустится въ малый тазъ; или же, какъ мнѣ приходилось видѣть, происходитъ перегибъ coli, и coecum повертывается дномъ къверху, помѣщаясь сзади или чаще спереди coli ascendens. На образованіе подобнаго перегиба несомнѣнно, по нашему мнѣнію, должны вліять вышеописанныя складки брюшины, происшедшія въ слѣдствіе склейки между началомъ толстой кишки и задней брюшной стѣнки, особенно если эти складки доходятъ до coecum. Дальнѣйшія измѣненія, претерпѣваемые слѣпой кишкой и червеобразнымъ отросткомъ, будутъ рассмотрѣны ниже, въ соотвѣствующихъ мѣстахъ.

¹⁾ Toldt. Bau und Wachstumsveränderungen des Gekröse des menschlichen Darmkanals. Wien 1899 стр. 23.

²⁾ I. c. стр. 35.

¹⁾ I. c.

²⁾ Luschka. Ueber die peritoneale Umhüllung des Blinddarms und über die Fossa ilio-coecalis. Virch. Arch. 1861, стр. 285.

Слѣпая кишка и червеобразный отростокъ въ періодѣ вънутробномъ. Начало толстой кишки, а также мѣсто соединенія ея съ концомъ тонкой, занимаетъ обыкновенно область правой подвздошной ямки. Топографическое отношеніе слоевъ, выстилающихъ эту область, описывается авторами довольно согласно и представляется общезвѣстнымъ. Границы этой области почти соотвѣствуютъ внутренней поверхности безымянной кости; предѣлами ея вверху будетъ *crista ilei*, снизу и спереди — *lig. Poupartii*, медиально — правая окружность входа въ малый тазъ или медиальный край *m. psoas* (*Richet*). Внутренняя поверхность ямки выстлана частью общей паріетальной брюшины, не представляющей здѣсь никакихъ особенностей. Рыхлая подбрюшинная кѣлчатка содержитъ большее или меньшее количество жира, иногда выстилающаго ямку толстымъ слоемъ у тучныхъ субъектовъ. Эта кѣлчатка находится въ непосредственной связи съ соотвѣственнымъ слоемъ поясничной области и передней стѣнки живота. Въ толщѣ ея проходятъ по медиальной границѣ *vasa iliaca externa* съ покрывающею ихъ цѣпью лимфатическихъ узловъ и *vasa spermatica interna*. Въ нижней части *fossa iliaca* отъ *art. iliaca externa* отходятъ двѣ крупныхъ вѣтви: *art. epigastrica inf.* перекрещиваемая *vasa deferente*, и *art. circumflexa ilei*. Вверху сосуды перекрещиваются мочеточникомъ.

Слой подбрюшинной кѣлчатки отдѣляется отъ подлежащихъ крупныхъ мышцъ посредствомъ рѣзко выраженной фасціи — *f. iliaca*, играющей серьезную роль въ анатомо-топографическомъ отношеніи. Начинаясь почти тамъ же, гдѣ и мышцы *iliacus* и *psoas*, фасція эта сопрягается ихъ внизъ и образуетъ совместно съ тазовою костью для нихъ какъ бы костно-фиброзное влагалище (*loge osteo-fibreuse. Veirau*). Пластика эта, болѣе рыхлая вверху, книзу же переходитъ въ довольно плотный слой, который съ одной стороны входитъ въ соединеніе съ латеральной половиной Пупартовой связки, съ другой — сопровождаетъ покрываемыя ею мышцы до малаго вертела. Прикрѣпленіемъ своимъ къ гребню лобковой кости *fascia iliaca* даетъ начало прохожденію двухъ извѣстныхъ каналовъ, *canalua musculorum* et *canalua vasorum* — путей сообщенія между подвздошной ямкой и верхней-передней областью бедра.

Подъ *fascia iliaca* имѣется другой слой рыхлой кѣлчатки, также содержащій нѣсколько, но меньшее количество жира, и окутывающій подлежащія мышцы. Въ этомъ слой проходятъ вѣтви пояснич-

наго сплетенія, *n. cutaneus femoris ext.* и *n. genito cruralis*; бедренный нервъ помѣщается въ желобѣ между мышцами, выполняющими костно-фиброзное влагалище.

Подвздошная ямка слабѣе выражена у зародыша и у новорожденныхъ, у которыхъ, кромѣ того, нижній край почки опускается ниже *cristae ilei*.

Область правой подвздошной ямки при условіяхъ, которыя можно назвать нормальными, въ громадномъ большинствѣ случаевъ занята началомъ толстой кишки, соединеніемъ ея съ тонкой, а также червеобразнымъ отросткомъ. Положеніе этихъ частей довольно постоянно. При вскрытіи трупа обычнымъ разрывомъ отъ ареной ямки до симфиза и послѣ отсепарованія кожи отъ грудной кѣлтки удастся обыкновенно увидѣть начало толстой кишки, приближенно на уровнѣ *spinae ilei ant. sup.*, прилегающее къ стѣнкѣ тазовой ямки. При этомъ видна обыкновенно латеральная часть начала *coli asc.*, медиальная же сторона прикрыта тонкими кишками. Въ нѣкоторыхъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ при нормальныхъ, повидимому, условіяхъ все начало толстой кишки прикрыто петлями тонкихъ кишокъ.

Посмертное вздутіе тонкихъ и толстыхъ кишокъ достигаетъ иногда такихъ размѣровъ, что при разсмотрѣніи топографическаго отношенія частей приходится соблюдать извѣстную осторожность. Въ этомъ отношеніи трупы умершихъ отъ чахотки доставляли болѣе цѣнныя и надежныя данныя.

Слѣпая кишка при нормальныхъ условіяхъ лежитъ въ подвздошной ямкѣ, прилегая къ *musc. iliacus* и отчасти прикрывая латеральную половину *musc. psoas*. Дно слѣпой кишки, соотвѣственно положенію ея на различной высотѣ, отстоитъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ средины Пупартовой связки (по *Treves* у, немного внутри). Разстояніе это у дѣтей до 14 лѣтняго возраста колеблется отъ 2 до 3 *cm.*, у взрослыхъ можетъ доходить до 8,0 *cm.* (среднимъ числомъ 4,5—5,0) (*Таренскій*). Начало толстой кишки имѣетъ въ подвздошной ямкѣ наклонное положеніе: сверху и латерально — внизъ и медиально. *Treves* находилъ, что дно сосѣи въ большинствѣ случаевъ выдается немного за медиальный край *m. psoas*. Тѣ случаи, которые мы находили при своихъ исследованияхъ, нельзя было бы причислить къ большинству.

Нѣрѣдко можно однако встрѣтить, что слѣпая кишка опустилась ниже обыкновеннаго, и дно ея свѣшивается черезъ край *m. psoas* или даже опустилось въ полости малаго таза до сопри-

косновения съ верхнею поверхностью пузыря, матки и проч. ¹⁾ Такого рода расположение слѣпой кишки намъ удалось наблюдать 12 разъ (10 разъ у женщинъ), при чемъ одинъ только разъ начало толстой кишки висѣтъ съ сестимъ выполняли собою полость малого таза. *Treves* находилъ подобныя условія нѣсколько чаще, 18 разъ на 100.

Въ противоположность только что упомянутому положенію намъ удалось два раза видѣть слѣпую кишку стоящую выше *cristae ilei*.

Заслуживаетъ вниманія особое расположение слѣпой кишки найденное нами въ 5 случаяхъ. Изъ этого числа у трехъ мужчинъ (возраста 21, 31 и 54 лѣтъ) отношеніе частей было слѣдующее: подвздошная ямка, выполнена петлями тонкихъ кишокъ; *colon asc.* на высотѣ *cristae ilei* перегнуто такъ, что нижняя его часть расположена поперечно, при чемъ соссимъ направлено влѣво, почти доходя до срединной линіи; мѣсто отхожденія ч. отростка, прилегающаго къ передней поверхности соссі, приблизительно соответствовало точкѣ, отстоящей на 4 пальца отъ *spina ilei ant. superior* и на 3 пальца латерально отъ пупка.

Въ одномъ случаѣ, у женщины 29 лѣтъ, *colon asc.* было перегнуто, но такимъ образомъ, что нижняя его часть помѣщалась въ fossa iliaca, позади остальной части, и соссимъ смотрѣло вверхъ, помѣщаясь на уровнѣ *cristae ilei*.

Одинъ разъ, у мужчинъ 48 лѣтъ, правая подвздошная ямка была занята flexura sigmoidea, и *colon asc.* располагалось впереди. Эти пять случаевъ непорядочнаго расположенія слѣпой кишки могли произойти, конечно, при условіи, что соссимъ и *colon asc.* совершенно свободны отъ сжато съ заднею поверхностью живота и подвижны. Вѣроятное объясненіе для подобныхъ перегибовъ нами приведено выше (стр. 49).

Treves однажды наблюдалъ положеніе соссі, противоположное, можно сказать, тому, которое мы имѣли въ четвертомъ изъ вышеописанныхъ случаевъ: *colon asc.* было перегнуто, но начальная его часть — соссимъ расположилось впереди остальной и было направлено вверхъ. Съ такимъ расположеніемъ мы не приходилось встрѣчаться на трупахъ взрослыхъ, у новорожденныхъ же я нашелъ

подобные случаи семь разъ. При этомъ ч. отростокъ висѣлъ перпендикулярно внизъ на длинной брыжжѣй.

Мѣсто впаденія подвздошной кишки въ толстую или, что все равно, положеніе нижняго конца корня брыжжейки оказывается столь же мало постояннымъ, какъ и положеніе слѣпой кишки и начало восходящей ободочной.

Подвздошная кишка обыкновенно поднимается изъ полости малого таза, перекидывается черезъ медіальный край *musc. psoas* и подъ острымъ или почти прямымъ угломъ впадаетъ въ толстую кишку. Положеніе *ileo-sossal'nago* клапана приблизительно соответствуетъ латеральному краю упомянутой мышцы, пальца на два латерально и книзу отъ мѣста пересѣченія ея мочеточникомъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ Баугиніева заслонка можетъ находиться въ непосредственной близости отъ этого перекрестка.

Прежде чѣмъ перейти къ подробному описанію строенія слѣпой кишки и ея червеобразнаго отростка, слѣдуетъ сдѣлать попытку, надо сознаться—трудную; выснить, что, собственно, анатомически слѣдуетъ подразумевать подъ соссимъ. При измѣреніяхъ этого отдѣла кишечника, который я старался сдѣлать въ каждомъ представившемся случаѣ, нѣрѣдко я затруднялся въ рѣшеніи, что именно слѣдуетъ мѣрить. Изъ дальнѣйшаго изложенія и прилагаемыхъ рисунковъ читателю выяснится причина вышесказаннаго.

Мы вернемся къ разсмотрѣнію слѣпой кишки съ эмбриологической и сравнительно-анатомической точекъ зрѣнія.

Minnie Oken ¹⁾, по которому соссимъ представляетъ собою остатокъ сообщенія тонкой кишки съ желточнымъ каналомъ, было основательно опровергнуто *Meckel'em* ²⁾, доказавшимъ, что слѣды этой связи нигда остаются у взрослыхъ въ видѣ такъ называемаго *diverticulum (Meckel'i)*. Между тѣмъ соссимъ и *processus vermiformis*, взятые вмѣстѣ, у человека представляютъ собою своеобразное выпячиваніе толстой кишки, аналогичное образованіямъ, встрѣчающимся у цѣлага ряда другихъ животныхъ, въ родѣ, напр., простой слѣпой кишки млекопитающихъ и двойной—у птицъ.

У человека, въ известномъ періодѣ эмбриональной жизни также имѣтъ разграниченія этого выпячиванія на слѣпую кишку и червеобразный отростокъ. Во второй половинѣ втораго утробнаго мѣсяца имѣется лишь коническій бугорокъ, безъ всякаго намека на

¹⁾ Cruveilhier. Traité d'anatomie descriptive. 1852. стр. 354.

¹⁾ Beiträge zur vergleichenden Anatomie u. Physiologie 1806—1817.

²⁾ l. c.

то) что можно было бы назвать соесцим, въ томъ смыслѣ, какъ мы понимаемъ его у взрослого (*Таренкии*)¹⁾. Уже въ концѣ 2-го утробнаго мѣсяца первичное выпячиваніе начинается рѣзко отставать въ развитіи отъ остальной кишки, настолько, чтобы въ концѣ концовъ обратится въ червеобразный отростокъ. Такую остановку въ развитіи, какъ выпущенную, *Таренкии* ставятъ въ причинную связь съ поперечнымъ положеніемъ, которое принимаетъ этотъ отростокъ въ толстой кишкѣ.

Какимъ же образомъ при дальнѣйшемъ развитіи зародыша можно представить себѣ происхожденіе такъ называемаго соесцим? Нѣтъ сомнѣнія, что при образованіи вышеупомянутаго перегиба червеобразнаго отростка мѣсто перехода его въ толстую кишку должно сохранить нѣкоторую постепенность, иначе сказать, должно имѣть воронкообразную форму. Воронка эта со временемъ при благоприятныхъ условіяхъ можетъ еще у зародыша подвергнуться большому или меньшему выпячиванію и образоватъ нѣчто въ родѣ слѣпой кишки, или же сохранить свою форму, какъ это и наблюдается у новорожденныхъ; нѣрѣдко эту воронку можно встрѣтить втеченіе всѣхъ остальныхъ періодовъ жизни. *Hildebrandt*²⁾ въ 1779 году пишетъ по этому поводу слѣдующее: „Im Embryo hat er (слѣпая кишка) mehr eine konische Gestalt, nach und nach aber wird er durch den Koth und die Luft die sich in ihm ansammeln mehr in die Weite ausgedehnt“. Почти то же самое говоритъ *Soemmering*³⁾.

Исторія происхожденія слѣпой кишки и червеобразнаго отростка послужила основаніемъ для нѣкоторой путаницы въ названіяхъ, встрѣчаемыхъ у различныхъ анатомовъ стараго времени. Такъ, напр., *Bourdon*⁴⁾ (1687) даетъ названіе „соесцим“ тому, что мы подразумеваемъ подъ именемъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка, взятыхъ вмѣстѣ. „La quatrième partie, пишетъ онъ, que l'on prend pour le premier du gros intestin est appelée coecum ou plutôt appendix: il est long de quatre ou cinq travers de doigts et gros,

comme une plume de cygne. Il a été appelé coecum, parce qu'il n'a qu'une seule ouverture, par laquelle les excréments entrent et sortent de sa cavité... Il est attaché comme un appendix au commencement du colon...“ Во избѣжаніе однако смѣшенія понятія о соесцим у людей, съ одной стороны, и птицъ, съ другой, названіе соесцимъ было оставлено за тою частью, которую мы и до сихъ поръ понимаемъ подъ этимъ именемъ. „Saepius an nomen coeci huic appendici an vero crassae portioni, quae caput quasi intestini coli constituit imponi debeat disputatum fuit. Generalis intestinorum in crassa et in tenuia divisio tandem pro appendicis respectu decidit; quando enim de animalibus et avibus sermo esset, termini saepe mutari deberent.“ (*Winslow*)⁵⁾. Если принять во вниманіе ту сложную номенклатуру, которая народилась и продолжаетъ рождаться для обозначенія заболѣваній въ области слѣпой кишки, то позволительно, можетъ быть, показать, что старая терминологія, взятая нами у *Bourdon*'а, не успѣла сохраниться. Можетъ быть, такимъ образомъ до нѣкоторой степени упростилась бы сложная исторія перитифлита.

Представляя собою выпячиваніе начальной части толстой кишки, слѣпая кишка и ч. отростокъ по строенію своему почти не отличаются какими либо особенностями: *Structura ipsius in genere cum ista reliquorum intestinorum convenit* (*Winslow*). Слизистая оболочка ихъ лишена ворсинокъ и изобилуетъ длинными трубчатыми железами, содержащими много базовыхъ кѣлокъ (*Heidenhain*); благодаря обилію отверстій трубчатыхъ железъ, она получаетъ ситообразный видъ. Между трубчатыми железами въ подслизистой оболочкѣ въ большомъ числѣ разбѣяны фолликулы. Поверхъ подслизистой оболочки, какъ и въ другихъ отдѣлахъ кишки, идетъ мышечная оболочка, состоящая изъ внутренняго поперечнаго и наружнаго — продольнаго слоевъ. Этотъ послѣдній слой собирается на толстыхъ кишкахъ въ три отдѣльных пучка, т. е. taenia, которыя на colon asc. идутъ почти на равномъ разстояніи другъ отъ друга и сходятся у основанія ч. отростка, сливаясь въ одну общую оболочку. На соесцимъ эти полосы располагаются такимъ образомъ, что одна изъ нихъ идетъ спереди, другая соответствуетъ сторонѣ впаденія ilei, третья же идетъ

¹⁾ l. c. стр. 3.

²⁾ l. c. стр. 12.

³⁾ *Hildebrandt*. Lehrbuch der Anatomie 1799, стр. 530.

⁴⁾ *Soemmering*. De corporis humani fabrica 1801, т. VI, стр. 329.

⁵⁾ *Bourdon*. Nouvelle description anatomique de toutes les parties du corps humain. 1687, стр. 61.

⁵⁾ *Winslow*. Expositio anatomica structurae corporis humani. 1753, т. IV, ч. I, стр. 38.

по задне-латеральной поверхности. Онъ обыкновенно легко захватывается на поверхности кишки и могут служить удобнымъ руководствомъ для отыскания ч. отростка. Спаянная толстая кишка въ направлении ея оси, *taenia* стремятся ее укоротить, вследствие чего проходятъ извѣстныя возвышенія (*haustra*), встречающіяся и на слѣпой кишкѣ при достаточномъ ея развитіи. На рисункахъ 1 и 4 мною изображены два червеобразныхъ отростка, толстые стѣнки которыхъ также имѣютъ *haustra*. Подобныя формы я встрѣтилъ всего два раза. Соответственно образованію *haustra*, всѣ слои толстой кишки выпячиваются наружу и образуютъ какъ бы карманы, происхожденію которыхъ содѣйствуетъ еще то обстоятельство, что слизистая оболочка при участіи поперечныхъ мышечныхъ волоконъ образуетъ цѣлый рядъ поперечныхъ складокъ—*placae sigmoideae*,—идущихъ на разстояніи $\frac{1}{2}$ —1 дюйма другъ отъ друга, и принимающихъ болѣе неправильное распределеніе въ полости слѣпой кишки. Этимъ углубленіямъ въ слѣпой кишкѣ, какъ извѣстно, съ давнихъ поръ придавалось особое патологическое значеніе.

Что касается формы и размѣровъ слѣпой кишки, то вариаций, которая мы встрѣчаемъ у взрослыхъ, находятъ себѣ объясненія въ стадіяхъ развитія и формахъ передвиженія, которая эта кишка и ч. отростокъ претерпѣваютъ во время утробнаго существованія младенца.

Мы видѣли выше, что въ четвертомъ утробномъ мѣсяцѣ ч. отростокъ помѣщается вдоль (надъ) поперечно лежащей толстой кишки. Вслѣдъ за тѣмъ происходитъ опусканіе сосѣи внизъ по направленію къ *fossa iliaca* и одновременно вращеніе начала толстой кишки такимъ образомъ, что передняя ея поверхность становится верхней (правой при опусканіи). Соответственно этому ч. отростокъ опустится сзади и начинаетъ опускаться внизъ по задней поверхности *mesenterii*—онъ будетъ приближаться къ пересѣченію конца подвздошной кишки, заканчивая свое передвиженіе тѣмъ, что будетъ висѣть внизъ на одной оси съ *colon asc.*

Соответственно передвиженію ч. отростка, будетъ измѣняться положеніе и мѣсто его воронкообразнаго перехода въ *colon asc.*, каковая область анатомически и соответствуетъ тому, что мы подразумеваемъ подъ именемъ *sacculus* въ позднѣйшіе періоды. Такъ *Soemmering* говоритъ, что «*In Embryonen geht der fest regelmässig konische Blinddarm... unmerklich... in den Wurmfortsatz*».

Если къ тому времени, когда кишечное содержимое, газообраз-

ное или иное, начинать увеличиваться и растягивать стѣнки кишки, червеобразный отростокъ вполне опустится и воронкообразное соесисъ станетъ на одну ось съ *colon asc.*, то путемъ растягиванія слѣпая кишка получитъ болѣе округлую форму и границы между нею и ч. отросткомъ будутъ выражены рѣзче; ч. отростокъ при этомъ будетъ отходить отъ самой нижней точки сосѣи.

Просматривая слѣпую кишку на трупахъ дѣтей отъ самаго ранняго возраста и до года, я находилъ ее въ значительномъ большинствѣ случаевъ воронкообразной формы, съ верхушкой воронки, повернутой кзади и медиально (чаще всего), кзади и кверху, кзади и латерально (рѣже всего). Последняго рода случаи можно себѣ объяснить тѣмъ, что начало толстой кишки не успѣло сдѣлать вышеописаннаго поворота вокругъ своей оси; я встрѣтился съ этимъ положеніемъ 2 раза у младенцевъ и 2 раза у женщинъ (возрастъ 26 и 50 лѣтъ).

Повторяемъ, что положеніе слѣпой кишки несомнѣнно связано съ положеніемъ червеобразнаго отростка, поэтому намъ придется затронуть этотъ же вопросъ еще разъ при описаніи этого послѣдняго. Если представить себѣ теперь, что воронкообразная слѣпая кишка у зародыша въ поздніе періоды или у новорожденнаго не успѣла стать на одну ось съ *colon asc.*, то тогда механическимъ путемъ внутреннее давленіе будетъ растягивать стѣнки кишки и, дѣйствуя также вдоль оси, будетъ выпячивать часть стѣнки сосѣи, противоположную мѣсту направленія верхушки конуса. Такимъ образомъ, если эта послѣдняя направлена вверхъ и кзади, то будетъ выпячиваться передне-нижняя стѣнка сосѣи; послѣ вышеописаннаго поворота эта же стѣнка будетъ правой-нижней. Эта послѣдняя вариация, при которой верхушка конуса направлена подъ угломъ *ilei*, а выпячивается часть стѣнки, находящейся латерально отъ передней *taenia*, и принадлежитъ къ числу самыхъ частыхъ формъ, отмѣчаемыхъ нами у взрослыхъ. Приблизительно подобнаго рода устройства слѣпой кишки можно привести случай, изображенный на рис. 8, наблюдавшійся мною у ребенка 2 л. и 4 мѣс. (слѣпая кишка изображена сзади). Всмотрѣваясь строго въ форму слѣпой кишки въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ у взрослыхъ, можно придти къ убѣжденію, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ слѣпое выпячиваніе *coli asc.* образуется главнымъ образомъ насчетъ упомянутой стѣнки, которая и образуетъ такъ называемую „ложную верхушку“ (*false apex. Treves*). Соответственно этому червеобразный отростокъ чаще всего отходитъ болѣе или менѣе близко

отъ конца ilei, иногда въ самомъ углу между ileum и coecum. Тѣ случаи, когда червеобразный отростокъ отходить отъ самой нижней точки coeci, представляютъ большую рѣдкость. *Treves* встрѣтилъ подобное явленіе 3 раза на 100 труповъ взрослыхъ; *Tuffier* ¹⁾ — на 120 труповъ 2 раза; я — на 134 трупа взрослыхъ и младенцевъ 5 разъ.

Treves ²⁾ старается найти объясненіе для упомянутого выпячивания правой стѣнки кишечника въ распредѣленіи сосудовъ; по мнѣнію его, эта часть стѣнки кишки получаетъ меньше кровеносныхъ сосудовъ, поэтому хуже питается и скорѣе подвергается распадѣнію. Можно думать, что дѣло заключается скорѣе въ механическихъ причинахъ, тѣмъ болѣе, что, по изслѣдованіямъ *Tuffier*, эта стѣнка получаетъ нѣсколько не меньше крови, тѣмъ и остальные. Въ пользу нашего предположенія говорить еще и слѣдующее обстоятельство. Положеніе воронкообразнаго начала слѣпой кишки, конечно, находится въ зависимости отъ продолженія ея, т. е. червеобразнаго отростка. Этотъ послѣдній въ раннемъ періодѣ внутрибрюшной жизни при нормальномъ положеніи начала coeci подтянутъ къверху при помощи своей брыжейки. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ (въ видѣ аномаліи) coecum было повернуто дномъ къверху (см. стр. 49), брыжейка червеобразнаго отростка расслаблялась, и при этомъ слѣпая кишка принимала рѣзко шарообразную форму, съ исчезаніемъ воронки. Вышеописанная „ложная верхушка“ не всегда одинаково выражена и поэтому у взрослыхъ можно встрѣтить цѣлый рядъ переходныхъ формъ до типичной воронкообразной, свойственной зародку, „безо всякаго разграниченія слѣпой кишки отъ червеобразнаго отростка“ ³⁾. Болѣе или менѣе ясно уцѣлѣвшую воронку мы находили у взрослыхъ почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ (50). Изъ нихъ въ нѣкоторыхъ совершенно трудно рѣшить, гдѣ конецъ coeci и начало червеобразнаго отростка.

Приведенныя анатомическія данныя даютъ право напомнить о вопросѣ, что собственно можно назвать coecum. По этому поводу анатомы выражаются неопредѣленно потому, что границы слѣпой кишки очевидно представляются совершенно искусственными. „Les

limites du coecum sont tout a fait arbitraires“, говорить по этому поводу *Cruveilhier* и считаетъ верхнимъ предѣломъ coeci плоскость, проведенную точно надъ мѣстомъ впаденія подвздошной кишки въ толстую. *Hyrtl*, подъ именемъ coeci подразумеваетъ „часть толстой кишки, въ которую впадаетъ тонкая“. *Tillaux*, *Hildebrandt*, *Luschka*, *Henle*, *Treves*, *Tarenickij* и др. считаютъ за верхнюю границу плоскость, проведенную черезъ нижній край подвздошной кишки, и, стало быть, перпендикуляръ, проведенный къ этой плоскости, будетъ служить мѣриломъ глубины coeci. Если взглянуть на рисунки 1, 4, 5, 6, то можно придти къ убѣжденію, что подобный способъ измѣренія можетъ дать совершенно несообразные результаты. Измѣренія слѣпой кишки на трупахъ, хотя бы послѣ того, какъ выпущены газы, поэтому очень затруднительны и полученныя цифры нельзя придавать особаго значенія. По счастью эти цифры и не играютъ какой либо серьезной роли съ той практической точки зрѣнія, которая насъ интересуетъ.

При воронкообразной формѣ coeci вѣрнѣе мы имѣемъ какъ бы анатомическую границу этой части, въ видѣ глубокой вырѣзки по латеральному краю.

Размѣры, которые мы находили для слѣпой кишки, были слѣдующіе:

у новорожденныхъ	глубина 1—1,5 cm. (ширина 1,2)
у взрослыхъ	„ 3,5—4,5 cm. (max. 8,0 mm. 0).

Полость слѣпой кишки стоитъ въ непосредственной связи с colon asc., концомъ подвздошной кишки и ч. отросткомъ. Описание формы, размѣровъ и положенія послѣдняго мы находимъ болѣе удобными привести послѣ того, какъ сообщимъ отношенія брюшины къ слѣпой кишкѣ, червеобразному отростку и соседнимъ частямъ.

На пути между тонкими и толстыми кишками стоитъ преграда—valvula Bauhinii s. Tulpii, не допускающая обратнаго движенія содержимаго толстой кишки въ тонкую (Barrière des apothécaires старыхъ французскихъ авторовъ) ¹⁾. «Merito dubitatur, говорить *Lieberkühn* ²⁾, an unquam ex crassis in tenuia aliquid redire possit, nisi destructa sit valvula». Если нѣкоторые авторы (*De Haen*, *Bonati* и др.) и старались доказать, что эта преграда не представляется непродоходимою въ указанномъ направленіи, то нѣтъ

¹⁾ *Tuffier*. Etude sur le coecum et ses hernies. Arch. gen. de méd. Juin 1857 стр. 643.

²⁾ I. c. стр. 1473.

³⁾ *Cruveilhier*, I. c. стр. 355.

¹⁾ *Pétréquin*. Traité d'anatomie med. chir., et topographe. Paris. 1844. p. 818.

²⁾ *Lieberkühn*. De valvula coli et usu proc. vermicularis. 1782.

сомнѣнія, что у человѣка физиологическое назначеніе ея на дѣлѣ достигается самымъ совершеннымъ образомъ, въ особенности если говорить про густое содержимое толстой кишки. Простые опыты наливанія водой и болѣе густыми жидкостями могутъ убѣдить въ дѣйствительности этого клапана ¹⁾.

Сообщеніе тонкой и толстой кишки происходитъ при помощи щели, расположенной почти поперечно къ просвѣту тонкой кишки; задній конецъ щели—острый, направлень назадъ и вправо, передній—закругленный впередъ и влево. Щель расположена между двумя складками, изъ которыхъ верхняя, расположенная болѣе горизонтально, считается продолженіемъ стѣнки coli, нижняя, стоящая косо,—за продолженіе стѣнки ilei. Обѣ складки сходятся у концовъ щели и продолжаютъ далѣ въ видѣ возвышеній—*frenula s. retinacula valvulae (Morgagni)*,—окружающихъ просвѣтъ толстой кишки.

Происхожденіе этой заслонки нѣкоторыми авторами объясняется путемъ инвагинацій тонкой кишки въ толстую; и мысль эту нужно считать весьма правдоподобною ²⁾.

Отношеніе брюшины къ слѣпой кишкѣ представляетъ вопросъ, неразрывно связанный съ патологіей „перитифлита“. Ложныя понятія о ходѣ этой оболочки упорно поддерживались громаднымъ числомъ старыхъ авторовъ, ибо только такимъ путемъ они могли объяснить себѣ нѣкоторыя особенности клиническаго теченія „перитифлита“. Къ сожалѣнію и теперь, какъ увидимъ ниже, существуетъ большое разногласіе по тому же поводу, особенно среди клиницистовъ, несмотря на то, что уже давно приведены факты, заставляющие считать упомянутый вопросъ развѣ навсегда рѣшеннымъ. Съ тѣхъ поръ, какъ хирургическое направленіе въ терапіи „перитифлита“ стало все болѣе и болѣе развиваться, расположеніе брюшины въ правой подвздошной ямкѣ приобрѣло еще болѣе большее практическое значеніе. *Bardeleben* ³⁾ говоритъ по этому поводу, „что jedenfalls ist es von nicht blos theoretischem, sondern, man mag über die serösen Häute denken wie man will, von sehr praktischem Interesse, die wahre Lage des Blinddarms insbesondere sein Verhältnis zum Bauchfell zu kennen.“

Какъ извѣстно, *Dupuytren*, имя котораго стоитъ на первыхъ страницахъ исторіи „перитифлита“, въ основу своихъ разсужденій о

патологій абсцессовъ тазовой ямки ставилъ положеніе, по которому слѣпая кишка сзади лишена брюшины. Такого рода ложный анатомическій фактъ легко объяснял *Dupuytren* и цѣлой серіи его послѣдователей, до новѣйшихъ авторовъ включительно, почему абсцессы развивались позади слѣпой кишки и почему перфорация чаще всего подвергается почти исключительно ея задняя стѣнка, „имѣющая одной оболочкой меньше“. Недостаточно внимательное патолого-анатомическое изслѣдованіе дозволяло истинной причинѣ печальнаго исхода скрываться отъ глазъ наблюдателя, а это обстоятельство, въ свою очередь, способствовало тому, что нѣмъь недозванные анатомические факты, годные однако для объясненія непонятнаго, передавались изъ поколѣнія въ поколѣніе безо всякой критической повѣрки. Трудно себѣ объяснить иначе то упорство, съ которымъ повторяется то, что уже давнымъ давно опровергнуто.

Bardeleben ⁴⁾, которому, по порученію *Virchow's*, приходилось съ большимъ трудомъ препаровать брюшину, идя сзади изъ поясничной области, удалось убѣдиться на 160 трупахъ, что полость въ полость слѣпой кишки, т. е. „мѣшковидное выпячиваніе толстой кишки, лежащее ниже Баугиніевой заслонки“, нѣтъ возможности безъ того, чтобы вскрыть сагитт. peritonei. Эта часть кишки, по его наблюденіямъ, „in der Regel“ покрыта влозѣ брюшной, имѣетъ короткую брызжейку и такъ подвижна, что можетъ быть приподнята вверхъ или сдвинута въ сторону.

Цѣлый рядъ другихъ авторовъ, однако, придерживается совершенно иного мнѣнія. Они полагаютъ, что слѣпая кишка сзади лишена брюшины и прилежитъ непосредственно къ кѣтъчаткѣ подвздошной ямки; въ исключительныхъ же случаяхъ соеситъ покрыто со всѣхъ сторонъ брюшной на подобіе тонкой кишки и виситъ на своемъ „mesососци“. Трудно представить себѣ, что именно подразумѣвается подъ этимъ месососци, очевидно представляющимъ нѣчто иное, какъ соотвѣтственную часть *mesenterii communis*. (См. стр. 49).

Къ числу авторовъ послѣдняго лагеря принадлежать *Velpeau* ⁵⁾, *Roser* ⁶⁾, *Malgaigne* ⁷⁾, *Quain* ⁸⁾, *Hyrtl* ⁹⁾, *Tillaux* ¹⁰⁾ и др. Послѣд-

¹⁾ l. c.

²⁾ *Velpeau*. Traité complet d'anatomie chirurgicale 1837. т. II. стр. 147.

³⁾ *Roser*. Карманная хирургическая анатомія. Русск. перев. 1849.

⁴⁾ *Malgaigne*. Traité d'anat. chir. et de la chir. experim. т. II. стр. 831. 1859.

⁵⁾ *Quain*. Lehrbuch der Anatomie. Bearb. v. Hoffmann. 1899. т. I. стр. 496.

⁶⁾ *Hyrtl*. Lehrbuch der Anatomie. Русск. пер. 1874 стр. 549.

⁷⁾ *Tillaux* Руководство топограф. анатоміи. Русск. перев. 1884 стр. 676.

¹⁾ При промываніи препаратомъ слѣпой кишки подъ краномъ водопровода пердѣло приходилось убѣждаться какою давленію противостоятъ эта заслонка.

²⁾ *Siee*. Diction. encyclop. des sciences med.—статья *cœcum*. т. II. стр. 469.

³⁾ *Virchow's Arch*. 1849 т. 2. стр. 583.

ний, напимѣръ, говорить, что *слѣпая кишка* *от задней четверти своей окружности оказывается меньше прочной, ибо она имѣетъ здесь одной оболочкой меньше. Оттого то въ этомъ мѣстѣ и наблюдаются чаще всего прорѣзёнія слѣпой кишки, происходящія либо снаружки внутрь, либо изнутри наружу* ¹⁾. Между тѣмъ тщательныя изслѣдованія доказали ясно, что *соеситъ* въ томъ смыслѣ и въ тѣхъ предѣлахъ, какъ его слѣдуетъ понимать, въ огромномъ большинствѣ случаевъ или, вѣрнѣе, почти всегда покрыто брюшиной со всѣхъ сторонъ и, стало быть, ни о клѣтчаткѣ позади слѣпой кишки, ни о *месосоеситѣ* говорить не приходится. Такъ *Luschka* ²⁾ самыми положительными образомъ говоритъ, что *слѣпая кишка имѣетъ „einen vollständigen serösen Ueberzug“*. *Langer* ³⁾ также того мнѣнія, что *соеситъ „in der Regel vollständig bekleidet“*. *Тареленикій* ⁴⁾ считаетъ за правило, что какъ у ребенка, такъ и у взрослого „все *соеситъ* и начальная часть *сое. asc.* на уровнѣ впаденія *ilei* со всѣхъ сторонъ покрыты брюшиной и совершенно подвижны; рѣже бываетъ свободно только *соеситъ*, или же переходъ *peritoneum parietale* на *colon asc.* находится на уровнѣ *cristae ilei*“. Въ возрастѣ отъ 1 до 14 лѣтъ этому автору вовсе не удавалось найти *соеситъ*, прилепленное своею заднею поверхностью къ *fossa iliaca*. *Treves* ⁵⁾ при своихъ изслѣдованіяхъ въ каждомъ случаѣ находилъ, что *соеситъ* вполне покрыто брюшиной и свободно лежитъ въ полости живота. Что же касается „таинственнаго“ *месосоесита*, то онъ сомнѣвается вообще въ его существованіи, если подъ нимъ не подразумѣвать нижнюю часть *месосое. ascendens*. Поэтому *попастъ сюда въ слѣпую кишку при помощи экстраперитонеального разрыва* подобно тому, какъ поступаютъ при перевязкѣ *art. iliaca*, по *Treves* у „анатомически невозможно“.

Toldt ⁶⁾ въ дѣтскомъ возрастѣ находилъ слѣпую кишку по-

крытой брюшиной на большемъ или меньшемъ участкѣ задней поверхности. По *Tuffier* ⁷⁾ *соеситъ* „повсюду покрыто брюшиной, и его можно обвести рукою такъ же, какъ верхушку сердца въ околосердечной сумкѣ“. Тѣмъ не менѣе на 125 трупахъ взрослыхъ онъ нашелъ 9 случаевъ, въ которыхъ задняя поверхность слѣпой кишки была лишена серозной оболочки.

До сихъ поръ, однако, для нѣкоторыхъ авторовъ, пишущихъ на тему о „перитифлитѣ“, вопросъ объ отношеніи брюшины къ задней стѣнкѣ слѣпой кишки представляется совершенно въ иномъ видѣ. Такъ, напр., *Roux* ⁸⁾ пишетъ по этому поводу слѣдующее: „on sait, que le cœcum est recouvert de péritoine en avant et de chaque côté, tandis qu'il adhère jusqu'à son extrémité par sa face postérieure au moyen d'un tissu aréolaire très lâche“, хотя авторъ и признаетъ, что „assez fréquemment“ задняя поверхность *сое. asc.* на нѣсколько сантиметровъ вверхъ покрыта брюшиной. Далѣе *Roux* говоритъ, что промежутокъ, заключающійся между листами *mesenterioi*, широко и легко сообщается съ ретроцекальной клѣтчаткой и прибавляетъ, что „cela va sans dire“. Эти анатомическія свидѣнія *Roux*, повидимому, дѣлкомъ заимствованы у американца *Porter'a* ⁹⁾, взглядъ котораго на анатомію слѣпой кишки оказывается очень своеобразнымъ и мало соответствующимъ дѣйствительности. Мы будемъ еще имѣть случай цитировать этого автора при описаніи практическаго значенія различныхъ положеній червеобразнаго отростка; здѣсь же упомянемъ, что, по мнѣнію его, у большинства субъектовъ задняя стѣнка слѣпой кишки не покрыта серозной оболочкой и прилегаетъ къ клѣтчаткѣ, или же прикрѣплена на широкую *месосоеситъ*.

Въ виду особой важности, которою обладаетъ вопросъ объ отношеніи брюшины къ слѣпой кишкѣ и, главнымъ образомъ, съ хирургической точки зрѣнія, я старался въ каждомъ случаѣ опредѣлить высоту перехода паріетальной брюшины на *соеситъ*.

Для болѣе яснаго пониманія различій, встречаемыхъ въ этомъ отношеніи на трупахъ, слѣдуетъ припомнить тѣ условія, благодаря которымъ слѣпая кишка и *colon asc.*, раньше покрытыя брюшиной, какъ и тонкая кишка, внослѣдствіи лишаются брюшины, преиму-

¹⁾ Въ примѣчаніи къ этому предложенію редакторъ (*Тауберъ*) добавляетъ, что *Gambetta* умеръ отъ нарыва, образовавшагося скапливавшихся образцовъ. Ниже читатель увидитъ, что *Gambetta* умеръ отъ иной причины, т. е. отъ прорѣзанія ч. отростка.

²⁾ *Luschka*. Die Anatomie des Menschen 1863 r. Bd. II. Erste Abth. стр. 229.

³⁾ *Langer*. Lehrbuch der systemat. und topograph. Anatomie. Wien 1882 стр. 499.

⁴⁾ I. c. стр. 17.

⁵⁾ I. c. стр. 474.

⁶⁾ I. c. стр. 86.

⁷⁾ I. c.

⁸⁾ *Traitement chirurgical de la perityphlite suppurée*. Rev. méd. de la Suisse Romande. 1890 стр. 204.

⁹⁾ N. Y. Med. Journ. 1890 Jan. 25.

цественно съ задней и медіальной стороны. Выше (стр. 47) уже упомянуто было, что въ известномъ эмбриональномъ періодѣ начало толстой кишки и ея брыжейка прилезаются къ передней поверхности почки и duodeni; тамъ же были указаны возможныя варіаціи этого процесса. Если представить себѣ, что приклеивается и слѣпая кишка съ соответствующею частью общей брыжейки, то съ этого момента рѣшается вопросъ о покрывкѣ задней поверхности сосѣи брюшиной. Сосеимъ или останавливается высоко, или сѣзжаетъ внизъ въ подвздошную ямку, очевидно стягивая вмѣстѣ съ собою и паріетальную брюшину съ передней поверхности правой почки и брюшной стѣнки въ области поясницы. Такимъ путемъ могутъ получиться складки брюшины, идущія отъ слѣпой кишки вверхъ и латерально; изъ нихъ одна описывается авторами подъ именемъ *lig. intestini сосѣи* (*Huschke*)¹⁾. На основаніи того, что происхожденіе подобной складки обуславливается описанными случайными причинами и положеніе ея не вполнѣ постоянно, нельзя придавать ей, по нашему мнѣнію, того серьезнаго фیزیологическаго значенія, которое ей приписывается. Въ тѣхъ случаяхъ, когда при условіяхъ, какіе описаны выше, сосеимъ останется свободнымъ отъ складки, подобная же складка идетъ къ началу *coli asc.*, и потому названіе *lig. int. сосѣи* теряетъ основаніе. *Tuffier*²⁾ придаетъ этой складкѣ весьма важное значеніе въ дѣлѣ укрѣпленія слѣпой кишки и описываетъ ее подъ именемъ *ligament supérieur*; онъ указываетъ, что иногда находятъ въ ней небольшіе сосуды, анастомозирующие съ сосудами вѣтчатки, окружающей почку. Последнее обстоятельство, однако, только вытекаетъ изъ вышеуказаннаго способа происхожденія этой складки.

Такое же фیزیологическое значеніе можно придать и другой, аналогичной, складкѣ брюшины, которую *Tuffier* находитъ нужнымъ назвать *ligament inférieur*. По описанію его, эта складка имѣетъ треугольную форму; ея свободный вогнутый край смотритъ внизъ, выпуклый край прикрѣпленъ къ тонкой кишкѣ на уровнѣ брыжейки и у лѣваго края сосѣи; основаніе ея прикрѣпляется къ *fossa iliaca* на мѣстѣ пересѣченія *art. iliaca* сѣменными сосудами; верхушка ея теряется на брыжейкѣ. *Tar-*

*neux*¹⁾ описываетъ такую же складку, идущую отъ основанія *proc. vermicularis* и лежащей надъ нимъ поверхности сосѣи къ *peritoneum parietale fossae iliacaе* вдоль *m. psoas*. Въ виду измѣняющаго положенія основанія ч. отростка, очевидно, и положеніе этой складки, при этомъ ея опредѣленіи, не можетъ быть постояннымъ.

Происхожденіе ея можно объяснить тѣмъ, что если вышеупомянутая складка распространится и на заднюю поверхность *ileo-sosеal*наго соединенія, то слѣпая кишка при вздутіи натягиваетъ брюшину подвздошной ямки въ складку, которая будетъ идти вдоль медіальной края *m. psoas*, т. е. по ребру призмы, которую составляютъ между собою стѣнки малаго таза и *fossae iliacaе*. Такимъ образомъ повятно, почему эта складка можетъ идти или отъ задней поверхности *ileo-sosеal*наго соединенія, или отъ основанія *proc. vermiciformis*, смотря по размѣрамъ складки. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда задняя поверхность слѣпой кишки была фиксирована, намъ удавалось видѣть цѣлый рядъ складокъ, аналогичныхъ предъидущимъ и расположенныхъ въ видѣ поперечныхъ реберъ между латеральной поверхностью сосѣи и *ossa iliaca*.

Помимо только что приведенныхъ условій, еще въ эмбриональномъ періодѣ способствующихъ прикрѣпленію начала толстой кишки къ *fossa iliaca* и, вмѣстѣ съ тѣмъ, лишнюю заднюю стѣнку ея брюшины имѣется еще другое обстоятельство, которое сказывается какъ на размѣрахъ покрывки слѣпой кишки брюшиной, такъ и на положеніи червеобразнаго отростка. Въ послѣдней половинѣ эмбриональнаго періода и послѣ рожденія, начало толстой кишки, какъ и вся остальная ея часть, продолжаютъ быстро увеличиваться въ объемѣ; съ развитіемъ газовъ это увеличеніе дѣлается болѣе рѣзкимъ. Увеличенная поверхность кишки потребуетъ для себя и соответственно большіе поверхности брюшины, которая отчасти заимствуется съ сосѣднихъ областей. Если особаго *mesocolon asc.*, вслѣдствіе вышеописанной складки, не существовало, то *colon asc.* отслаивается переднюю пластинку *mesenterii*, подбирается, такъ сказать, подъ нее, и такимъ образомъ задняя или задне-медіальная ея поверхность можетъ очутиться лишней брюшиной и прилегать къ подбрюшинной вѣтчаткѣ. Однако, и при этихъ условіяхъ *сосеимъ*, не имѣвшее раньше своей брыжейки и представляющее лишь выпячива-

¹⁾ *Huschke*. Eingeweidelehre. Въ *Scemmering's Handbuch* 1844.

²⁾ *l. c.* стр. 658.

¹⁾ *l. c.* стр. 23.

ние стѣнки coli, должно остаться свободнымъ. Поэтому тамъ, гдѣ подобное разслоение mesenterii произошло ad maximum, линия переходной складки брюшины вѣсати будетъ идти выше coesum, по направлению отъ мѣста соединенія ilei съ coesum къ среднѣй cristae ilei, какъ это и было найдено нами въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ помѣчено, что переходная складка идетъ „надъ coesum“. Предположеніе объ исчезаніи брюшины съ задней поверхности coli именно такимъ путемъ, аналогичнымъ вышеописанному, высказываютъ Treitz ¹⁾, Luschka ²⁾, Treves ³⁾ и др.

Treitz придерживается того мнѣнія, что брюшиня стѣнки, рстущія быстро, чѣмъ colon, натягиваютъ на себя части задней поверхности mesocoli, вслѣдствіе чего colon asc. сзади лишается брюшины.

Treves, у котораго отношеніе брюшины къ слѣпой кишкѣ и червеобразному отростку описывается съ рѣдкою простотою и наглядностью, указываетъ еще на одно обстоятельство, имѣющее особое вліяніе на положеніе червеобразнаго отростка. По мнѣнію его слѣпая кишка и начало coli asc. стягиваютъ на себя (engstach проп) брюшину сосѣднихъ частей и, между прочимъ, брызжейку ilei. Совмѣстно съ заднимъ слоемъ этой послѣдней передвигается и расправляется mesenterium pr. vermiformis, вслѣдствіе чего червеобразный отростокъ можетъ очутиться лежащимъ вдоль и позади слѣпой кишки, плотно прилегающій къ ней, или же имѣя на нѣкоторомъ протяжении короткую брызжейку. Если mesenterium не доходило до конца червеобразнаго отростка, то въ такомъ случаѣ фиксируется начальная часть послѣдняго, а кончикъ остается свободнымъ и можетъ свѣшиваться внизъ. Аналогичнымъ образомъ расправляется и lig. ileo-coecale, вслѣдствіе чего одинъ край этой пластинки будетъ прикрываться не къ медиальной, а къ задней поверхности coeci; при этомъ отношеніе частей, образующихъ fossa ileo-coecalem, можетъ совершенно измѣниться до того, какъ она исчезнетъ. Я себѣ представляю этотъ процессъ возможнымъ только въ томъ періодѣ, когда coesum и colon asc. еще не прилежны. Въ пользу моего предположенія говоритъ то, что описанное положеніе

червеобразнаго отростка мнѣ случалось уже наблюдать у новорожденныхъ дѣтей, когда начало толстой кишки еще было совершенно свободно (см. рис. 7).

Другіе примѣры подобнаго расположенія червеобразнаго отростка въ болѣе низкихъ періодахъ мы имѣемъ на рисункахъ 3, 5, 6 и 8.

При описаніи брюшиннаго покрыва слѣпой кишки и червеобразнаго отростка слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ обстоятельстве, которое обратило на себя вниманіе сначала Langer'a ¹⁾, затѣмъ Toldt'a и Таренинско. Если во всѣхъ случаяхъ, особенно на трунахъ молодыхъ субъектовъ, внимательно изслѣдовать позади слѣпой кишки мѣсто, гдѣ начинается склейка съ паритальной брюшиной, иначе сказать, сводъ переходной складки, то перѣдко удастся при помощи легкаго потягиванія за coesum или поглаживанія рукояткой зонда нарушить склейку на значительное протяженіе вверхъ, и начало толстой кишки окажется свободнымъ. Осматривая соприкасающуюся поверхности висцеральной и паритальной брюшины, можно убѣдиться, что та и другая совершенно гладки и сохранили почти нормальный блескъ. Получается, однимъ словомъ, впечатлѣніе, какъ будто въ данномъ мѣстѣ была склейка листовъ брюшины, настолько непрочная, что она легко нарушается. Langer и Toldt именно и объясняютъ дѣло такимъ образомъ. По мнѣнію Toldt'a, ²⁾ такимъ путемъ можно представить себѣ и происхожденіе различныхъ слѣпыхъ кармановъ позади coli asc.; онъ считаетъ этотъ процессъ аналогичнымъ тому, который въ эмбриональномъ періодѣ наблюдается и въ другихъ мѣстахъ, напр., при склейкѣ mesogastrii съ colon transv. и т. п. Микроскопическія изслѣдованія убѣдили его, что при этой склейкѣ современнымъ эндотеліальными элементами могутъ исчезнуть, и такимъ образомъ нельзя будетъ различить прежнихъ двухъ слоевъ брюшины.

Въ томъ случаѣ, когда склейка произойдетъ не сплошь, а только между отдѣльными соприкасающимися участками брюшины, то позади coeci и coli asc. могутъ образоваться различныя слѣпые карманы, выстланные эндотеліемъ и то сообщающіеся съ общою полостью брюшины болѣе или менѣе широкимъ отверстіемъ, то представляющіе совершенно замкнутыя полости. Мы уже говорили, что такимъ образомъ Toldt объясняетъ происхожденіе многочисленныхъ

¹⁾ Hernia retroperitonealis. Prag. 1857.

²⁾ Ueber die peritoneale Umhüllung des Blinddarmes und über die fossa ileo-coecalis. Virch. Arch. 1861. S. 265.

³⁾ I. с. стр. 528.

¹⁾ Die Peritonealtaschen am Coecum. Zeitschr. der Gesell. der Aerzte in Wien. 1862, № 17.

²⁾ I. с. стр. 26, 27, 37 и 38.

recessus и *fossae*, описываемых анатомами в этой области; они смотрят на них, как на мысленные перерывы в складке кишки с паритальной брюшиной¹⁾. Относительно того, когда собственно происходит упомянутая складка, Toldt не высказывается с положительностью по поводу *colon asc.* На *colon desc.* эти явления наблюдались уже в первые недели внутриутробной жизни. На основании того, что течение первых месяцев мнѣ не приходилось наблюдать подобных складок на *colon asc.*, между тѣмъ какъ они были ясно выражены и легко нарушаемы на трупахъ возраста 20 лѣтъ и позже, позволительно высказать предположение, что разбираемый процессъ происходитъ въ дѣтскомъ возрастѣ. Къ сожалѣнію, труповъ дѣтей возраста отъ 1 до 14 лѣтъ намъ почти не приходилось изслѣдовать.

Въ пользу теоріи, предлагаемой упомянутыми авторами, говорятъ, по нашему мнѣнію, еще слѣдующіе факты: *нердко*, какъ будетъ подробно описано ниже, на трупахъ взрослыхъ людей можно найти периферическую часть червеобразнаго отростка, замурованную²⁾ изъ складъ между *соесит* и *colon asc.*, съ одной стороны, и задней брюшной стѣнкой—съ другой; если отодвигать *соесит*, что обыкновенно удается очень легко, то высвобождается червеобразный отростокъ, довольно подвижный и имѣющій больше или меньше длинное *mesenterium*.

Подобнаго рода факты не найдутъ себѣ объясненія исключительно въ теоріяхъ Treitz'a, Treves'a и др. Здѣсь только можно предположить, что во время вышеописаннаго процесса складки и червеобразный отростокъ очутились заключенными. Очевидно, что до этого событія ч. отростокъ долженъ былъ лежать позади *coli asc.*

При просмотрѣ 28 труповъ новорожденныхъ и 104 труповъ различнаго возраста отъ 14 до 80 лѣтъ, мною было найдено слѣдующее отношеніе брюшины къ слѣпой кишкѣ.

У 28 младенцевъ возрастъ отъ 8 до 348 дней изъ 27 случаевъ найдены *соесит* и большая или меньшая часть *coli asc.* совершенно свободными. Лишь въ одномъ случаѣ, у младенца 58 дней, верхняя часть *соесит* и *colon asc.* оказались фиксированными.

Въ большинствѣ случаевъ на задней поверхности *соесит* и *coli asc.* можно было прослѣдить складки брюшины, идущія вверхъ къ передней поверхности почекъ. Однако, эти складки не мѣшали

подвижности начала толстой кишки, вслѣдствіе чего возможны были тѣ перегибы *coli asc.*, при которыхъ *соесит* было направлено дномъ вверхъ, помѣщаясь впереди остальной толстой кишки, или же было расположено поперекъ и направлено дномъ вправо, къ срединной линіи. Первое изъ этихъ положеній я нашелъ 7 разъ, второе 2 раза. На основаніи того, что оба эти аномальныя положенія у взрослыхъ встрѣчаются сравнительно не такъ часто, можно предположить, что съ увеличеніемъ брюшной полости *colon asc.* успѣваетъ выпрямиться и *соесит* занимаетъ обычное положеніе дномъ внизъ.

У взрослыхъ отношеніе брюшины къ слѣпой кишкѣ было слѣдующее:

У 14 субъектовъ (13 мужч. и 1 женщ.), въ возрастѣ отъ 14 до 19 лѣтъ,

въ 7 случаяхъ переходъ паритальной брюшины въ висцеральную былъ на высотѣ верхней границы *соесит* или немного выше;

въ 1 случаѣ (у мальчика 14 л.) переходная складка была на высотѣ 9½ сант.;

въ 1 случаѣ часть *соесит* была приклеена;

5 случаевъ исключено вслѣдствіе патологическихъ измѣненій брюшины.

Въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ изслѣдовано 20 труповъ (12 мужч. и 8 женщ.):

10 разъ мѣсто перехода паритальной брюшины въ висцеральную помѣщалось на уровнѣ верхней границы *соесит* или немного выше;

7 разъ на высотѣ отъ 8 до 12 сант. отъ дна *соесит*;

1 разъ было свободно *соесит* и все *colon asc.* до flexura hepatica;

1 разъ задняя поверхность *соесит* была несовсѣмъ свободна;

1 случай не принятъ въ вниманіе вслѣдствіе патологическихъ измѣненій.

Такимъ образомъ, въ 17 случаяхъ слѣпая кишка имѣла несомнѣнную брюшинную покрывашку и изъ нихъ въ 8 (44%) была свободна и большая или меньшая часть *coli asc.*

Въ возрастѣ отъ 30 до 40 лѣтъ изслѣдовано 17 труповъ (9 мужч. и 8 женщ.):

10 разъ переходъ паритальной брюшины въ висцеральную находился на уровнѣ верхней границы слѣпой кишки или нѣсколько выше;

¹⁾ I. e. стр. 38.

5 разъ на высотѣ отъ $7\frac{1}{2}$ до 14 сант.;

1 разъ соесит и colon asc. были свободны до нижняго края почки.

1 разъ задняя поверхность соесі была не совсѣмъ свободна;

2 случая не приняты во вниманіе вслѣдствіе патологическихъ измѣненій;

Въ этой группѣ, такимъ образомъ, 16 разъ имѣлась полная покрывка соесі; въ 6 случаяхъ, т. е. 36% , была свободна и большая или меньшая часть coli asc.

Въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ изслѣдовано 17 труповъ (9 мужч. и 8 женщ.);

2 раза мѣсто перехода паріетальной брюшины въ висцеральную находилось точно на верхнемъ уровнѣ стѣной кишки;

6 разъ на высотѣ отъ 5 до 12 сант.;

3 раза выше cristae ilei;

5 разъ на уровнѣ почки или flexurae hepaticae;

1 случай, патологическій, не принятъ во вниманіе.

Въ этой группѣ въ 16 случаяхъ была свободна задняя поверхность соесі, изъ нихъ въ 14 (т. е. въ 87%) не прилежена была и значительная часть coli asc.

Въ возрастѣ отъ 50 до 60 лѣтъ изслѣдовано 18 труповъ (8 мужч. и 10 женщ.);

8 разъ мѣсто перехода паріетальной брюшины въ висцеральную находилось надъ верхнимъ уровнѣмъ соесі или немного выше;

5 разъ были свободны соесит и часть coli asc;

2 раза соесит и colon asc. были совершенно свободны;

3 случая, патологическіе, не приняты во вниманіе.

Въ этой группѣ 15 разъ имѣлась полная покрывка соесі; изъ этого числа въ 8 случаяхъ, т. е. въ 53% , была свободна и большая или меньшая часть coli asc.

Въ возрастѣ отъ 60 до 70 лѣтъ изслѣдовано 15 труповъ (6 мужч. и 9 женщ.);

9 разъ переходъ паріетальной брюшины въ висцеральную находился на высотѣ верхняго уровня соесі или немного выше;

3 раза на высотѣ отъ 6 до 16 сант.;

1 разъ соесит найдено не имѣющимъ сзади брюшиннаго покрова;

2 случая не приняты во вниманіе вслѣдствіе патологическихъ измѣненій брюшины.

Въ этой группѣ 12 разъ соесит было вполне покрыто брю-

шиной; изъ этихъ случаевъ въ 3, т. е. въ 24% , была свободна и большая или меньшая часть coli asc. Въ одномъ только случаѣ соесит сзади не было свободно.

Въ возрастѣ отъ 70 до 80 лѣтъ изслѣдовано 2 трупа (1 мужч. и 1 женщ.);

переходная складка брюшины помѣщалась въ одномъ случаѣ на высотѣ 8 сант.; въ другомъ—15 сант.

Итого изъ 105 случаевъ въ 47—брюшинной покрыта была только задняя поверхность соесі, въ 36—было свободно соесит и часть coli asc.; въ 4—соесит было прилежено, (11 случаевъ не принято во вниманіе).

Такимъ образомъ, изъ 94 случаевъ, принятыхъ въ расчетъ, въ 91, т. е. болѣе чѣмъ въ 96% , слѣпая кишка была покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ и, стало быть, о ретрокалльной калъчанникъ не могло быть и речи ¹⁾.

Какъ видно изъ вышеприведенныхъ цифръ, въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ въ 97% всѣхъ случаевъ найдены свободными не только соесит, но и часть coli asc. Почему именно въ этомъ возрастѣ отсутствіе связи между началомъ толстой кишки и брюшной стѣнкой встрѣтилось такъ часто, я не берусь объяснить; весьма возможно, что въ этомъ дѣлѣ играла роль исключительно случайность.

Область правой fossae iliacaе совмѣстно съ началомъ толстой кишки и червеобразнымъ отросткомъ въ описаніи различныхъ анатомовъ представляетъ цѣлый рядъ болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ ямокъ, углубленій (fossae, recessus).

Эти ямки можно подраздѣлить на двѣ группы. Изъ нихъ одніе по своему происхожденію и развитію тѣсно связаны съ нѣкоторыми постоянными особенностями анатомическаго устройства слѣпой и подвздошной кишокъ, червеобразнаго отростка, ихъ брызжеекъ и питающихъ сосудовъ; мы встрѣчаемъ ихъ у зародыша въ извѣстномъ періодѣ развитія и у новорожденнаго младенца настолько уже выраженными, что право назваться „fossa“ имъ при-
суще въ это время столько же, сколько и въ позднѣйшіе періоды

¹⁾ Необходимая „субъективность“ при желаніи, можетъ быть, непремѣнно придетъ къ какому либо выводу можетъ иногда дать результатъ изслѣдованія, но съдѣлимъ соответствующій действительности. Во избежаніе упрека самому себѣ, я старался при каждомъ удобномъ случаѣ демонстрировать положеніе дѣла присутствующимъ товарищамъ.

развитія человѣка, пожалуй даже и больше, ибо при ростѣ слѣпой кишки и вышеописанныхъ перемѣщеніяхъ, которыя претерпѣваетъ брюшина сосѣи и mesenterii, размѣры и конфигурація этихъ ямокъ измѣняются иногда до полного ихъ исчезновения.

Второй разрядъ ямокъ обязанъ своимъ развитіемъ причинамъ чисто случайнаго свойства; появленіе ихъ тѣсно связано исключительно съ процессомъ склеротъ, происходящихъ между висцеральной брюшиной слѣпой, подвздошной кишки и червеобразнаго отростка, съ одной стороны, и паріетальной брюшиной подвздошной ямки—съ другой. Выше, при описаніи брюшиннаго покрова слѣпой кишки, мы уже упомянули, съ какими вариациями этого процесса можно встрѣтиться на трупѣ взрослого человѣка, и соответственно этому ямки второго разряда представляются весьма непостоянными, какъ по степени ихъ развитія, такъ по числу ихъ и мѣсту расположенія. Въ дальѣйшихъ измѣненіяхъ, претерпѣваемыхъ ямками того или другого рода или даже въ способѣ ихъ происхожденія можно искать объясненія для того разнообразія въ описаніи ихъ, встрѣчаемаго у различныхъ анатомовъ. Сбивчивую номенклатуру, предложенную каждымъ изъ нихъ въ отдѣльности, по мнѣнію Treves'a ¹⁾, можно считать совершенно произвольной, излишней и повредившей дѣлу. Практическое значеніе, которое придется этимъ ямкамъ анатомамъ при ихъ описаніи, сводится къ возможности попаданія въ нихъ петель кишки—образованію внутреннего ущемленія (*Langer, Luschka, Hartmann, Treits, Waldeyer, Gruber* и др.), хотя въ этомъ отношеніи нѣкоторые изъ нихъ въ томъ видѣ, какъ встрѣчаются у взрослыхъ, едва ли заслуживаютъ особеннаго вниманія. Не въ нашей задачѣ входить въ разсмотрѣніе этихъ ямокъ съ вышеупомянутой точки зрѣнія, мы не можемъ однако за нѣкоторыми изъ нихъ не признать весьма важнаго значенія въ патологіи «перитифита» и его клиническаго теченія; намъ кажется даже, что съ этой стороны, по крайней мѣрѣ, одна изъ нихъ заслуживаетъ большаго вниманія, чѣмъ то, которое ей до сихъ поръ удѣлялось. Мы имѣемъ въ виду, главнымъ образомъ, такъ называемую fossa subcoecalis (*Treits*).

Согласно вашему подраздѣленію ямокъ на двѣ группы, мы къ первой причислимъ двѣ, къ описанію которыхъ и приступимъ.

На передней поверхности начала толстой кишки, по направленію отъ медиальной къ латеральной сторонѣ и сверху внизъ идетъ вѣтвь art. ileo-colicae; развитая довольно значительно у зародышей,

она образуетъ вмѣстѣ съ покрывающей ее брюшиной небольшую складку, ограничивающую ямку, которая смотритъ внизъ и медиально. Описанная впервые *Luschka*'ой ¹⁾ безъ наименованія, ямка эта была названа *Waldeyer*'омъ ²⁾ fossa ileo-coecalis superior. Чтобы попасть въ эту ямку, по *Tuffier* ³⁾, нужно скользя пальцемъ указательнаго пальца по верхнему (мезентеріальному) краю конца подвздошной кишки по направленію къ сосѣи, и тогда ноготь застрянетъ впереди брюшинной складки на слѣпой кишкѣ: это и будетъ fossa ileo-coecalis superior. Однако, какъ самъ *Waldeyer*, такъ и послѣдующіе авторы заявляютъ, что послѣ рожденія эта ямка или исчезаетъ почти безслѣдно, или весьма рѣдко бываетъ настолько выражена, чтобы можно было думать о какомъ либо значеніи ея для патологическаго перемѣщенія кишки. *Treves*, напр., въ одномъ лишь случаѣ нашелъ эту ямку настолько выраженной, что въ ней помѣщался ноготь большаго пальца. На 106 трупахъ намъ также всего только одинъ разъ, у 17-ти лѣтняго юноши (см. рис. 1), удалось видѣть вышеописанную складку брюшины, содержащую артеріальную вѣтвь и порядочное количество жира, развитую настолько, что можно было бы говорить спорѣ о неглубокомъ жолобѣ, чѣмъ о ямкѣ. Слѣдуетъ добавить, что въ этомъ единственномъ случаѣ, какъ слѣпая кишка, такъ и червеобразный отростокъ, сохранили совершенно эмбриональный характеръ.

Другая ямка, также болѣе или менѣе постояннаго типа, была описана впервые *Huschke* ⁴⁾. Вслѣдъ за тѣмъ *Luschka* ⁵⁾ далъ ей названіе recessus ileo-coecalis inferior. Хотя при описаніи этой ямки оба упомянутые автора нѣсколько расходятся въ подробностяхъ, однако существованіе ея было подтверждено наблюденіями многихъ другихъ анатомовъ (*Bochdalek* ⁶⁾, *Waldeyer* ⁷⁾, *Toldt* ⁸⁾, *Treves* ⁹⁾ и др.), упоминающихъ о ней подъ тѣмъ-же названіемъ. *Henle* ¹⁰⁾, описывающій ту-же ямку подъ именемъ fossa subcoecalis, не нашелъ себѣ послѣдователей, и поэтому она должна пока сохранить за

¹⁾ Arch. v. Virchow, 1861, стр. 288.

²⁾ Arch. v. Virchow, 1874, стр. 77.

³⁾ l. c. стр. 646.

⁴⁾ l. c. стр. 198. Цит. по *Waldeyer*'у l. c. стр. 76.

⁵⁾ l. c. стр. 286.

⁶⁾ Arch. v. Reichert. 1867. стр. 614.

⁷⁾ l. c. стр. 78.

⁸⁾ l. c. стр. 84.

⁹⁾ l. c. стр. 529.

¹⁰⁾ Grundriss der Anatomie des Menschen. 1880. стр. 392.

собой свое прежнее, болѣе ей соотвѣтствующее имя = fossa ileo-coecalis inferior, въ отличіе отъ fossa subcoecalis (*Treitz*), описаніе которой мы приведемъ ниже. Очертаніе и расположеніе fossae ileo-coecalis inf. будетъ ясно, если вспомнить способъ ея происхожденія въ эмбриональномъ періодѣ (см. стр. 46). На 6 недѣляхъ развитія зародыша замѣчается складка брюшины, натянутая между копическимъ выпячиваніемъ толстой кишки (coecum и proc. vermiformis), съ одной стороны, и пещи—съ другой. Эта складка—plicae ileo-coecalis, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, есть ничто иное, какъ истинное mesenterium coeci и proc. vermiformis (*Langer, Treves*), и такъ какъ во время своего дальнѣйшаго существованія она почти не содержитъ въ своей толщѣ сосудовъ, то *Treves* предлагаетъ ее называть „бесосудистой складкой“, взаимныя же существующаго названія ея, о которомъ *Treves* почему-то вовсе не упоминаетъ. Нѣсколько позже, а именно на 4 мѣсяцѣ существованія зародыша, когда червеобразный отростокъ по толщинѣ уже рѣзко отличается отъ остальной толстой кишки, къ нему подходитъ отъ задней поверхности брыжейки другая складка брюшины, обязанная своимъ происхожденіемъ задней вѣтви art. ileo-coecalis, назначенной для питанія червеобразнаго отростка. Эта брюшинная складка, mesenteriolum proc. vermiformis, представляется, стало быть, совершенно аналогичной вышеописанной складкѣ на передней поверхности coeci. Plicae ileo-coecalis и mesenteriolum proc. vermiformis, совместно съ нижне-наружной поверхностью ileo-coecal'наго соединенія и подвздошной кишки, образуютъ такимъ образомъ стѣнки болѣе или менѣе рѣзко выраженной пирамидальной ямки. По *Waldeyer*'у нужно представить себѣ, что конецъ ilei обхваченъ двумя пластинками, сходящимися у основанія червеобразнаго отростка; промежутокъ между ними и будетъ fossa ileo-coecalis inferior. Послѣ того, какъ coecum приняло постоянное положеніе въ подвздошной ямкѣ, отверстіе упомянутой fossae должно смотрѣть внизъ и медиально; верхушка же ея направлена въ ileo-coecal'ному соединенію. Какъ послѣдствіе аномалій въ распредѣленіи вѣтвей art. ileo-colicae, мы два раза (у мужч. 60 и 38 лѣтъ) на 106 вскрытій нашли art. vermicularem, идущую впереди слѣпой кишки. Соотвѣственно этому mesenteriolum и, стало быть, fossa ileo-coecalis inf. помѣщались впереди и широко отверстие послѣдней было направлено вверхъ и медиально.

Посмотря на то, что происхожденіе описанной ямки обставлено довольно постоянными условіями анатомическаго устройства,

составляющихъ ее частей, однако въ дальнѣйшихъ періодахъ внѣ-утробнаго существованія челоѣка форма и размѣръ ея подвергается весьма значительнымъ измѣненіямъ, иногда до полного ея исчезновенія. И если у новорожденного младенца можно почти всегда встрѣтить ее въ томъ видѣ, какъ она выше описана, то у взрослого названіе fossae можно сохранить за нею съ нѣкоторою натяжкой. Не слѣдуетъ забывать, что для обнаруженія этой fossae приходится прибѣгать къ нѣкоторымъ искусственнымъ приѣмамъ—нужно оттянуть червеобразный отростокъ. При нормальномъ же положеніи частей имѣются двѣ тонкія пластинки, прилегающія другъ къ другу на большемъ или меньшемъ протяженіи. Взаимное соприкосновеніе ихъ иногда можетъ повести къ склейкѣ соприкасающихся поверхностей брюшины, и это обстоятельство само по себѣ можетъ лежать въ основѣ измѣненій, которыя претерпѣваетъ разбираемая ямка. При сращеніи двухъ прилегающихъ пластинокъ на нѣкоторомъ протяженіи отъ ихъ общей линіи прикрѣпленія (червеобразный отростокъ) могутъ произойти тѣ случаи, когда lig. ileo-coecale кажется прикрѣпляющимся не къ червеобразному отростку, а къ его брыжейкѣ¹⁾; при полномъ сращеніи той и другой пластинки остатки fossae ileo-coecalis будутъ ограничены спереди заднею поверхностью подвздошной кишки, сзади основаніемъ mesenteriolі; при склейкѣ свободныхъ краевъ обихъ пластинокъ на большемъ или меньшемъ протяженіи возможно, что fossa ileo-coecalis infer. обратится въ почти или вполнѣ замкнутую тонкостѣнную полость²⁾. Наконецъ, при сращеніи mesenteriolі съ паріетальной брюшиной fossa ileo-coecalis inf. будетъ вѣзаться ограниченной этой послѣдней.

Подобныя варіаціи въ устройствѣ описанной ямки, упоминаемыя *Luschke*'ой, *Toldt*'омъ и *Tarapneukis*, намъ приходилось нѣрѣдко наблюдать на трупахъ различныхъ возрастовъ; значеніе, которое можно было бы придать имъ съ точки зрѣнія, интересующей насъ въ нашей работѣ, выражалось главнымъ образомъ въ большемъ или меньшемъ ограниченіи подвижности червеобразнаго отростка.

Не безъ вліянія на форму и размѣръ описанной ямки долженъ быть также и вышеупомянутый процессъ передвиженія слоевъ брюшины, составляющихъ брыжейку на поверхности coeci. При этомъ, необходимо, точки прикрѣпленія какъ plicae ileo-coecalis, такъ и mesenteriolі, должны подвергнуться нѣкѣмъ перемѣщенію, вслѣдствіе кото-

¹⁾ *Treves* l. c. стр. 529.

²⁾ *Schott*. *Woch. der Zeit.* K. K. *Gesellsch. d. Aerzte in Wien* 1862 стр. 345—347.

раго, напримеръ, брыжейка червеобразнаго отростка окажется исходящею отъ задней поверхности начала толстой кишки; точно также и *plica ileo-coecalis* будетъ протянута между этою послѣднею поверхностью и верхнею или заднею поверхностью конца повздошной кишки. Не трудно себѣ представить, что при этомъ очертанія *fossae ileo-coecalis inf.* могутъ совершенно измѣниться, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ трудно найти ихъ слѣды.

Переходя къ описанію другой категоріи ямокъ, наблюдаемыхъ по соедѣству съ слѣпой кишкой, нужно замѣтить, что, несмотря на ихъ случайное происхожденіе, роль одной изъ нихъ при образованіи внутреннихъ ущемленій кишекъ уже достаточно оцѣнена анатомами *Treitz*'омъ, *Gruber*'омъ, *Langer*'омъ, *Luschko*'юй, *Waldeyer*'омъ и др. Съ точки зрѣнія, занимающей насъ, однако, эта ямка слишкомъ мало обращала до сихъ поръ на себя вниманія. Такъ напр. *Treves*¹⁾, упоминала о *fossae ileo-coecalis superior* и *inferior*, вовсе упускавшая объ *fossa subcoecalis*, въ томъ смыслѣ, какъ описалъ ее *Treitz*²⁾, *Tuffier*³⁾ и *Jonnesco*⁴⁾.

Fossa subcoecalis служитъ представительницей цѣлаго ряда ямокъ, наблюдающихся позади, какъ начала толстой кишки, такъ и конца тонкой, и происхожденіемъ своимъ обязанныхъ совершенно одинаковымъ причинамъ. Выше (стр. 66), при описаніи способовъ прикрѣпленія начала толстой кишки въ тазовой ямкѣ, уже было упомянуто о возможности непосредственной складки между соприкасающимися поверхностями висцеральной и паріетальной брыжины. Если представить себѣ, что ограниченные участки этихъ пластинокъ изогнуты сращенія, то этимъ дано условіе для происхожденія цѣлаго ряда различныхъ *recessus*, которымъ *Toldt* предлагаетъ дать общее названіе *recessus paracolici*⁵⁾. Способъ ихъ происхожденія объясняетъ наблюдаемое разнообразіе въ формѣ, разбѣрахъ и числѣ ихъ. Нерѣдко вмѣсто *recessus* можно позади начала толстой кишки встрѣтить совершенно замкнутую, гладкостѣнную полость, выстланную эндотелиемъ; или же стѣнки этой полости соединены перемычками. Если имѣется дѣло лишь со слѣпыми выпячиваніями, то по понятнымъ причинамъ входныя от-

верстія ихъ, болѣе или менѣе узкія, могутъ находиться на латеральной сторонѣ восходящей ободочной кишки или внизу, позади сосисъ. Въ процессѣ склейки, какъ увидимъ ниже, можетъ участвовать и задняя поверхность *mesenterii ilei*, *mesenterioili* и конца тонкой кишки, вслѣдствіе чего при нѣкоторыхъ благоприятныхъ условіяхъ возможно образованіе слѣпой ямки и позади конца этой послѣдней кишки. На этомъ основаніи *Тареневскій* дѣлитъ всю группу разбираемыхъ ямокъ на два отдѣла: *recessus postcoecales* и *recessus postiliaci*; границей между ними должна служить вышеупомянутая складка брыжины, идущая отъ основанія ч. отъростка и нижне-задней поверхности слѣпой кишки внизъ, вдоль передней поверхности *m. psoas* или *iliacus*. Выше нами уже сообщено о вѣроятномъ способѣ происхожденія этой складки, идентичной, по нашему мнѣнію, съ *ligament. infer. Tuffier* и объ измѣняемомъ ея направленіи, зависящемъ отъ передвиженія пластинокъ брыжины, составляющихъ *mesenterium* и заднюю поверхность *mesenterii*, а также отъ болѣе или менѣе сильной склейки ихъ съ *peritoneum parietale*. Что касается *recessus postiliaci*, т. е. ямокъ, помѣщающихся позади *ilei* и описанныхъ впервые *Treitz*'омъ, то самъ *Тареневскій* упоминаетъ, что онѣ наблюдаются крайне рѣдко, и онъ находилъ ихъ при своихъ изслѣдованіяхъ всего три раза. Трудно сказать, то-ли самое подразумеваетъ *Toldt*, описывая въ нѣсколькихъ словахъ *recessus*, которые онъ наблюдаетъ «ebenso an der lateralen und medialen Wand des Blinddarms». Намъ не удалось ни разу найти подобныхъ ямокъ, настолько развитыхъ, чтобы можно было придать имъ какое либо практическое значеніе и поэтому рѣчь объ нихъ мы считаемъ позволительнымъ ограничить ссылкой на вышеприведенныхъ авторовъ.

Болѣе подробнаго описанія заслуживаетъ, однако, такъ называемая *fossa subcoecalis*, одна изъ ямокъ, описываемыхъ *Тареневскимъ* въ общей группѣ *recessus subcoecales*. При осмотрѣ правой подвздошной ямки субъектовъ, у которыхъ нельзя констатировать какихъ либо патологическихъ измѣненій брыжины, удается иногда встрѣтиться со слѣдующаго рода расположеніемъ *coeci*, *ilei* и *processus vermicularis*. При неразрушенномъ положеніи частей—червеобразнаго отростка вовсе не видно (см. рис. 2); конецъ *ilei* сзади на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ склеенъ съ *peritoneum parietale*. Слѣпая кишка довольно плотно прилегаетъ къ подвздошной ямкѣ. При оттягиваніи ея кверху и впереди, какъ показано на рисункѣ, оказывается, однако, что задняя ея поверхность а также задняя же

¹⁾ l. c. стр. 528.

²⁾ l. c. стр. 107.

³⁾ l. c.

⁴⁾ *Jonnesco*. *Hernies internes retroperitonéales*. 1890. Paris.

⁵⁾ l. c. стр. 37.

поверхность ileo-coecal'ного соединения совершенно свободны и составляют, вместе съ паріетальной брюшиной, стѣнки слѣпого мѣшка,верху котораго помѣщается переходъ брюшины съ задней брюшной стѣнки на толстую кишку. Входное отверстие этого слѣпого мѣшка помѣщается внизу или позади слѣпой кишки и ограничено двумя полукруглыми, обращенными другъ къ другу, краями. Медиальная стѣнка ямки образуется, главнымъ образомъ, при посредствѣ вышеупомянутой пограничной складки брюшины, идущей отъ задней поверхности ileo-coecal'ного соединения внизъ, вдоль psoas. Однако, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ямку эту можно считать достаточно рельефно выраженной и имѣющей практическое значение, является особое условіе: конечная часть ilei вместе съ lig. ileo-coecale прилежна къ паріетальной брюшинѣ, при чемъ слѣды этой lig. ileo-coecalis и образуютъ острый край, ограничивающій входъ въ fossam subcoecalem съ медиальной стороны. Что касается до латеральной границы ямки, то въ этомъ отношеніи результаты нашихъ исследованийъ на трупахъ не совсѣмъ соответствуютъ тому, что встрѣчается въ описаніи *Toldt'a* и *Таренюкн*. Эти оба автора въ дѣлѣ ограниченія fossae subcoecalis съ латеральной стороны придаютъ особое значеніе упомянутой ligamentum int. coeci. Выше, при описаніи передвиженія слѣпой кишки, мы упоминали о происхожденіи этой складки и ея значеніи; тамъ же мы замѣтили, что эта связка можетъ доходить не до coecum, а лишь до colon ascendens. Согласно исторіи происхожденія ея, нужно себѣ представить, что начало ея на латеральной и задней поверхности толстой кишки должно приблизительно соответствовать мѣсту перехода паріетальной брюшины въ висцеральную. Изъ этого же должно вытекать, что при ясно выраженной fossa subcoecalis, когда задняя поверхность coeci и coli asc. свободны на значительную высоту, ligamentum int. coeci, само по себѣ, не будетъ достаточно для ограниченія упомянутой ямки съ латеральной стороны. При исследованіи задней поверхности начала толстой кишки перѣдко можно замѣтить, что, хотя coecum и часть coli asc. сзади вполнѣ покрыты брюшиной и свободны, однако между задне-латеральной поверхностью ихъ и паріетальной брюшиной натянута узкая, прозрачная пластинка, состоящая изъ двухъ слоевъ и расположенная въ сагиттальной или иногда во фронтальной плоскости. Эта пластинка вверху идетъ до мѣста переходной складки брюшины, внизу же, при оттягиваніи coeci впереди и вверху, она какъ бы переходитъ въ образующуюся при этомъ складку брюшины, идущую внизъ отъ

дна слѣпой кишки по направленію къ латеральной половинѣ Пучковой связки (см. рис. 2).

Описанную узкую пластинку можно встрѣтить довольно часто; она производитъ впечатлѣніе перитоническихъ слоевъ и не содержитъ сосудовъ; происхожденіе ея можно объяснить себѣ съ точки зрѣнія *Toldt'a*. Считаемъ нужнымъ замѣтить, что на трупахъ новорожденныхъ намъ ни разу не удалось найти подобіе fossae subcoecalis. Въ возрастѣ отъ 10 до 20 лѣтъ мы встрѣтили ее одинъ разъ у юноши 17-ти лѣтъ. Этотъ фактъ могъ бы служить подтвержденіемъ высказанному нами выше предположенію о періодѣ образованія слоевъ между coecum и peritoneum parietale.

Есть основаніе предположить, что авторы, описавшіе для слѣпой кишки особое mesocoecum, иногда принимали за послѣднее вышеописанныя пластинки случайнаго происхожденія¹⁾.

Lig. int. coeci, подходя къ началу толстой кишки сверху и съ латеральной стороны, можетъ казаться непосредственно переходящимъ въ описанную складку между coecum и тазовой ямкой и участвующимъ такимъ образомъ при образованіи fossae subcoecalis, какъ описываютъ *Таренюкн* и *Toldt*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда складка между концомъ ilei и coecum, съ одной стороны, и peritoneum parietale, — съ другой, допускаютъ нѣкоторую подвижность начала толстой кишки, обыкновенно и входное отверстіе fossae subcoecalis бываетъ довольно широко, какъ изображено на рисункѣ. Иногда же полукруглые края отверстія стоятъ такъ близко другъ къ другу, что ограничиваютъ отверстіе миллиметровъ въ 5 — 6 и меньше въ діаметрѣ. При этомъ, если оттянуть coecum впереди, то у отверстія получается еще низкій, острый край, вслѣдствіе натяженія паріетальной брюшины въ плоскости перпендикулярной къ fossa iliaca; получается, однимъ словомъ, что входъ въ fossa subcoecalis закрытъ горизонтальною (при стоячемъ положеніи трупа) перегородкой, продравленной вблизи самой кишки. Слѣдуетъ замѣтить, однако, что при нормальномъ положеніи слѣпой кишки входъ въ разбираемую ямку представляетъ лишь болѣе или менѣе длинную щель между соответствующими паріетальной и висцеральной брюшиной.

Полость fossae subcoecalis такимъ образомъ будетъ ограничена латерально складками между началомъ толстой кишки и perito-

¹⁾ *Veisem. Traité complet d'anatomie chirurgicale. 1887. T. II, стр. 137.*

neum parietale; медиально же она упирается въ уголъ образованной склейкою ilei и mesocoli asc. съ peritoneum parietale. Соответственно послѣднему условию переднюю стѣнку fossae можетъ составлять или только задняя поверхность начала толстой кишки, или же еще и задняя пластинка mesocoli asc. Вверхъ, очевидно, fossa subcoecalis можетъ простирается на различную высоту, смотря по мѣсту перехода паріетальной брыжины въ висцеральную. *Таренцкій* однажды нашелъ recessus postcoecalis, идущій вверхъ на высоту 9 сантиметровъ. Въ одномъ случаѣ не рѣзко выраженной fossae subcoecalis мы нашли у женщины 59-ти лѣтъ (№ 72) переходную складку брыжины на высотѣ 16 сант.; въ остальныхъ — глубина ея колебалась между 5—9 сант. Таково устройство fossae subcoecalis, какимъ оно представилось нашему наблюденію. Слѣдуетъ замѣтить, что, смотря по разбѣрамъ вышеописанныхъ склеекъ, не всегда дѣло доходитъ до образованія типичной fossae, намеки на которую, однако, встрѣчаются довольно часто; описаніе всѣхъ модификацій ей было бы затруднительнымъ и излишнимъ. Случайный характеръ прохожденія подобныхъ ямокъ объясняетъ намъ, почему до сихъ поръ въ описаніи ихъ у различныхъ авторовъ встрѣчается такое разногласіе, что тому, кто не посвящалъ особыхъ трудовъ для изученія этого вопроса на трупахъ, бываетъ трудно изъ прочитаннаго составить себѣ понятіе, о чемъ идетъ рѣчь.

Уже послѣ того, какъ вышеприведенные строки были написаны, мы имѣли возможность воспользоваться повѣйшей работой *Lockwood* и *Rollston*¹⁾. Авторы разсматриваютъ ямки въ области слѣпой кишки совершенно съ той же практической точки зрѣнія, какъ и мы, но предлагаютъ нѣсколько иную и довольно сбивчивую номенклатуру. *Lockwood* и *Rollston*, повидимому, вовсе не признаютъ recessus ileo-coecalis inferior въ смыслѣ *Luschka*, но описываютъ двѣ ямки, помѣщающіяся позади соеситъ или ileo-coecal'наго соединенія; изъ нихъ одну они называютъ „ileo-coecal fossa“, другую — „subcoecal fossa“. Мы опишемъ эти двѣ ямки собственными словами авторовъ: „ileo-coecal fossa простирается на различное разстояніе вверхъ, позади соединенія ilei съ colon и параллельно colon ascendens. Она ограничена вправо брыжейкой coli ascendentes (?), слѣва

mesenterio (?)“ (стр. 134). Дадѣе идетъ указаніе, что червеобразный отростокъ можетъ лежать въ этой ямкѣ и воспалительный процессъ, исходящій отъ него, можетъ распространиться до почки и т. д. „Subcoecal fossa помѣщается тотчасъ подъ соеситъ, которое приходится приподнять для того, чтобы увидѣть ямку. Она наблюдается рѣже, чѣмъ ileo-coecal fossa; анатомія ея сравнительно проста и обыкновенно не усложняется различными складками брыжины, исключая иногда рисае vascularis. Отверстіе ея обыкновенно помѣщается позади мѣста соединенія соесі съ colon, а также подъ тѣмъ или другимъ; она раздѣляетъ собою листки mesocoeci (?) или mesocoli, дно ея направлено вверхъ между слоями mesocoli ascendentes. Длина fossae subcoecalis бываетъ различна, но мы видѣли, что она иногда доходитъ до crista ilei или выше. Fossa subcoecalis лежитъ рядомъ съ f. ileo-coecalis и раздѣлена отъ нея лѣвою стороною mesocoeci и mesocoli ascendentes. Мы не сомнѣваемся, что эта ямка была принимаема за другую, но слѣдуетъ замѣтить, что fossa subcoecalis не имѣетъ отношенія ни до конца подвздошной кишки, ни до ея брыжейки“.

Lockwood и *Rollston* не объясняютъ точно способа происхожденія этихъ ямокъ и полагаютъ, что онѣ образуются во время процесса передвиженія слѣпой кишки въ подвздошную ямку; лишь мимоходомъ упоминается о томъ, что „нѣкоторые“ авторы придаютъ значеніе склейкамъ, происходящимъ между кишкой и стѣною живота.

Мы уже сообщали, однако, что въ этомъ процессѣ склейки заключаются главные моменты для происхожденія ямки. Не придерживаясь исключительно этого взгляда, *Lockwood* и *Rollston* вводятъ въ дѣло анатомическую путаницу, въ которой трудно ориентироваться. Можно думать, что описываемая „fossa ileo-coecalis“ соответствуетъ тому, что мы подразумеваемъ подъ fossa subcoecalis; но правую (латеральную) границу этой ямки, по описанію ихъ, составляетъ mesocolon ascendens. Что это, однако, за mesocolon и mesocoecum, о которыхъ эти авторы упоминаютъ? Очевидно, что тамъ, гдѣ colon ascendens имѣетъ свое mesenterium, это послѣднее должно представлять лишь часть имѣющейся въ данномъ случаѣ mesenterium commune, и, стало быть, какъ брыжейка тонкихъ кишекъ, такъ и восходящей ободочной кишки, должны составлять одну плоскость, въ которой развѣтвляются сосуды, подходящіе къ тому или другому отдѣлу кишекъ. Поэтому, не можетъ быть, чтобы mesocolon asc. ограничивало fossa ileo-coecalis

¹⁾ *Lockwood* and *Rollston*. Journal of anatomy and physiology normal and pathol. Vol. XXVI. n. s. Vol. VI. p. I. 1891. October. Lond. a. Edinb.

(subcoecalis) справа, а mesenterium (ilei)—слева; темъ меньше можно говорить объ особой брыжейкѣ для слѣпой кишки (mesocoecum). Мы думаемъ, что въ данномъ случаѣ, какъ и у нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, подъ „таинственнымъ“ mesocoecum, какъ выражается Treves, можно подразумѣвать именно упомянутыя нами пластинки склеенъ, идущія отъ задней поверхности начала толстой кишки къ задней стѣнки полости живота въ болѣе или менѣе сагиттальной плоскости. Но эти пластинки ничего общаго не имѣютъ съ mesenterium, существованіе которой тѣсно связано съ питаніемъ и иннервацией кишки. Что касается ямки, описываемой тѣми же авторами подъ именемъ fossa subcoecalis, идущей вверхъ между слоями mesocoli и mesocoeci и отдѣленной отъ предъидущей ямки посредствомъ mesocoeci, то здѣсь, вѣроятно, мы имѣемъ дѣло съ однимъ изъ recessus paracolicі, происхожденіе которыхъ такъ ясно описываетъ Toldt. Предположеніе наше еще подтверждается тѣмъ, что L. и R. находили свою fossa subcoecalis довольно рѣдко.

Waldeyer ¹⁾ находилъ fossa subcoecalis въ 30% всѣхъ вскрытій. Покойный проф. Груберъ, описавшій, какъ извѣстно, эту же ямку подъ названіемъ retroversio hypogastrica dextra s. inferior dextra, смотрѣлъ на нее, какъ на выпячиваніе (Ausstülpung) ²⁾ брыжины и причислялъ ее, вмѣстѣ съ Waldeyer'омъ, къ самымъ непостояннымъ (unconstante). Однако, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эта ямка достаточно выражена, она повѣтъ заслуживаетъ вниманія и имѣетъ практическое значеніе, помимо той точки зрѣнія, съ которой до сихъ поръ смотрѣли на нее патолого-анатомы и клиницисты (Leichtenstern) ³⁾. Если fossa subcoecalis образуется въ то время, какъ червеобразный отростокъ не опустился внизъ (см. ниже), то она можетъ остаться скрытымъ въ этой рѣзко ограниченной полости; подобное обстоятельство тѣмъ болѣе возможно, что условія, благоприятствующія происхожденію fossae subcoecalis, т. е. склейки, должны способствовать удержанію червеобразнаго отростка позади слѣпой кишки. О такомъ скрытомъ положеніи червеобразнаго отростка упоминаютъ Таренискій, Lockwood и др. Последний описываетъ подобное расположеніе червеобразнаго отростка подъ именемъ „retro-

peritoneal hernia appendicis vermiformis“; ниже мы убѣдимся, что подобное выраженіе вовсе не соответствуетъ сути дѣла и даетъ поводъ къ недоразумѣніямъ. Тогда какъ подъ грыжей мы подразумеваемъ какое либо случайное выдѣленіе кишокъ или иныхъ органовъ въ какую либо полость, здѣсь мы имѣемъ червеобразный отростокъ, фиксированный въ упомянутомъ положеніи вслѣдствіе причинъ, вліявшихъ въ эмбриональномъ періодѣ; а fossa subcoecalis могла произойти вслѣдствіи.

При нашихъ изслѣдованіяхъ мы нашли болѣе или менѣе ясную fossa subcoecalis 9 разъ; изъ этого числа въ 5 случаяхъ (у 3 мужчинъ въ возрастахъ 17, 27 и 52 лѣтъ и у 2 женщинъ въ возрастахъ 29 и 58 лѣтъ) эта ямка была рѣзко выражена и заключала въ себѣ червеобразный отростокъ. Входное отверстіе ее въ 3-хъ случаяхъ (возр. 17, 27 и 29 лѣтъ) было настолько широко, что, приподнявъ coecum, можно было видѣть неподвижный червеобразный отростокъ; въ двухъ остальныхъ случаяхъ fossa subcoecalis была почти вполне замкнутой и лишь маленькое отверстіе близъ задней окружности слѣпой кишки, замѣтное при оттягиваніи coeci, служило сообщеніемъ между ямкой и общою полостью брыжины; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ приходилось прибѣгать къ помощи ножницъ, чтобы открыть червеобразный отростокъ, скрытый отъ глазъ позади ileo-coecal'наго соединенія.

Во избѣжаніе повтореній мы коснемся здѣсь fossae subcoecalis лишь съ анатомической стороны, практическое же значеніе ее болѣе подробно разсмотримъ ниже, при разборѣ различныхъ положеній червеобразнаго отростка.

Нѣкоторые авторы упоминаютъ еще о кое-какихъ ямкахъ въ области слѣпой кишки: Leichtenstern ¹⁾ подъ именемъ recessus retro-appendicularis описываетъ ямку, прованскую Hartmann'омъ ²⁾ fossa ileo-coecalis infima, и отождествляетъ ее съ fossa subcoecalis Treitz'a; по мнѣнію Leichtenstern'a она помѣщается «между нижнимъ листкомъ mesenterіи и слѣпою кишкою». Treves заявляетъ, что подобной ямки никогда не находилъ; остальные авторы объ ней не упоминаютъ; намъ также не удалось съ нею встрѣтиться.

Анатомически довольно точно выражена еще одна ямка, которую недѣля причислять ни къ ту, ни къ другую изъ выше напечатанныхъ нами двухъ группъ. Ее описалъ впервые Hesselbach ³⁾, а затѣмъ—Huschke, Treitz, Biesadecki, Gruber и др. Происхожденіе этой ямки можно объяснить слѣдующимъ образомъ.

Fascia iliaca представляетъ изъ себя пластинку не одинаковаго строенія;

¹⁾ Virch. Arch., т. LX.

²⁾ Med. Zeit. Russlands. 1859, № 7, стр. 52—53.

³⁾ Ziemsen. Рук.овъ къ э. пат. и терап. Т. VII, к. II, стр. 337. Русск. перев. Хавкина, 2 изд.

¹⁾ l. c. стр. 386.

²⁾ Huschke. Die Bauchfelltaschen in der Umgebung des Blinddarms. Diss. Tübing. 1870.

³⁾ Die Lehre von den Eingeweidebrüchen. 1829, томъ I, стр. 57.

верхняя ее половина больше рыхла, нижняя больше плотна; граница же между этими двумя частями ее является довольно резким, подолунным краем, помещающимся в области срединной подвадной ямки и возгнутостью смотрящим вверх. Из этого получается нечто в родъ *processus falciformis fasciae latae*, только в большем размѣрѣ. Брюшина, выстилающая подвадную ямку, образуетъ иногда надъ вышеописаннымъ подолуннымъ краемъ нѣкоторое впадение (въ полномъ смыслѣ слова *Ausstülpung*), въ которое выпячивается задняя стѣнка прилежащей толстой кишки.

Leichtenstern описываетъ ту-же ямку подъ именемъ *fossa infracœcalis* или *Intracalica* и полагаетъ, что она можетъ служить для вмѣщенія въ себя слѣпой кишки. На самомъ же дѣлѣ она встрѣчается одинаково на обѣихъ сторонахъ тѣла (*Tapeneui* ¹⁾), потому едва ли можно думать о какомъ либо особомъ отношеніи ея къ положенію слѣпой кишки или ч. отростка.

Распределение сосудов слѣпой кишки и червеобразного отростка оказывается по *Tapeneui* ²⁾), *Treves* ³⁾ и *Tuffier* ⁴⁾ слѣдующимъ: *arteria ilea-colica*, подхода къ слѣпой кишкѣ, дѣлится на три вѣтви, изъ которыхъ сильнѣйшая направляется къ концу *ilei* и снабжаетъ эту часть кишки многочисленными вѣтвями; вторая—самая слабая вѣтвь—идетъ по передней поверхности *ileo-cœcal*наго соединенія и кончается на поверхности слѣпой кишки; покрывающая ее брюшина образуетъ вышеописанную складку (*plica ileo-cœcalis ant*); третья вѣтвь (*arteria vermicularis*), больше сильная, чѣмъ вторая, идетъ параллельно ей по задней поверхности *ileo-cœcal*наго соединенія или *ilei* и на уровнѣ нижняго края этой послѣдней кишки выше или входитъ въ складку брюшины *mesenterium*; направляясь вдоль свободнаго края этой складки, она отдаетъ вѣтви, идущія перпендикулярно къ червеобразному отростку.

Tapeneui ¹⁾ однажды нашелъ *art. vermicularem*, отходящую спереди отъ брыжейки *ilei*; мнѣ подобная же аномалія встрѣтилась два раза.

Соотвѣтственные вены довольно объемисты и образуютъ большое сплетеніе на уровнѣ соединенія заднихъ и переднихъ вѣтвей *art. ileo-cœcalis* (*Tuffier*).

Лимфатические сосуды, идущіе отъ передней поверхности слѣпой кишки, сопровождаютъ соотвѣтственные артеріальныя вѣтви

и впадаютъ въ двѣ железки, помѣщающіяся въ *plica ileo-cœcalis anterior*, рѣзко замѣтныя у ребенка. *Tuffier* описываетъ еще группу железокъ (3, 6 и больше), помѣщающихся на задней поверхности слѣпой кишки и простѣивающихся черезъ брюшину. По мнѣнію его, адениты, развивающіяся на почвѣ этихъ железъ, должны имѣть патологическое значеніе, ибо у дѣтей ихъ часто можно найти гипертрофированными.

Иннервация слѣпой кишки и червеобразнаго отростка происходитъ отъ верхняго симпатическаго сплетенія.

Происхожденіе червеобразнаго отростка уже было достаточно выяснено выше, на стр. 44. Мы позволяемъ себѣ здѣсь напомнить только нѣкоторые главнѣйшія данныя. Уже въ концѣ втораго мѣсяца, вслѣдствіе нѣкоторыхъ не совсѣмъ опредѣленныхъ условий, дѣлается замѣтной остановка въ развитіи образованнаго нѣсколько раньше конического, слѣпаго выпячиванія толстой кишки. Почти съ этого момента, стало быть, червеобразный отростокъ остается органомъ, имѣющимъ для организма лишь сравнительно-анатомическое значеніе. Ко времени полнаго развитія человѣка онъ уже представляетъ незначительный придатокъ слѣпой кишки, по формѣ и размѣрамъ уподобленный дождевому червю или мясистому наряду на кловѣ индюка ¹⁾. Нѣчто подобное червеобразнаго отростка человѣка мы встрѣчаемъ только у антропоморфныхъ обезьянъ ²⁾. Не то происходитъ у другихъ животныхъ.

Тогда самое выпячиваніе достигаетъ у нѣкоторыхъ изъ нихъ значительной степени развитія. Такъ у явныхъ животныхъ эта слѣпая кишка, аналогичная червеобразному отростку человѣка, можетъ по вмѣстимости своей развиться четвертому желудку; у лошади слѣпая кишка можетъ вмѣщать больше жидкости, чѣмъ желудокъ; почти у всѣхъ грызуновъ слѣпая кишка достигаетъ громадной величины; у птицъ имѣется двѣ слѣпыхъ кишки, также весьма объемистыхъ ³⁾.

Аналогія между слѣпою кишкою животнаго и червеобразнаго отростка человѣка ясно проглядываетъ иногда на нѣкоторыхъ червеобразныхъ отросткахъ, встрѣчающихся у молодыхъ субъек-

¹⁾ I. с. стр. 23.

²⁾ I. с. стр. 15.

³⁾ I. с. стр. 528.

⁴⁾ I. с. стр. 644.

¹⁾ Winslow I. с. стр. 39.

²⁾ *Tapeneui*. Къ значенію слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ практическомъ и антропологическомъ отношеніяхъ. Врачъ. 1883, стр. 53.

³⁾ R. Todd. Lectures on the anatomy and physiology of the intestinal channel. Lond. Med. Gaz. 1842. стр. 305, 378, 449.

товъ. На рис. 1 мы изобразили червеобразный отростокъ, который по формѣ, размѣрамъ, рѣзко выраженнымъ haustra и taenia совершенно напоминаетъ слѣпую кишку животныхъ (кенгуру, — *Trees*).

Старые анатомы, между тѣмъ, терлись въ догадкахъ относительно значенія червеобразнаго отростка. *Bourdon*¹⁾, напр. говоритъ:

«Son usage est encore inconnu aux anatomistes. Les uns l'ont pris pour un second ventricule, les autres pour le reservoir de l'urine aux foetus et enfin pour le reservoir des vents, ou de quelque ferment».

Весьма интересны предположенія *Lieberkühn'a*²⁾. По мнѣнію его червеобразный отростокъ служить до нѣкоторой степени предохранительнымъ клапаномъ для слѣпой кишки: при переполненіи послѣдней и повышеніи давленія въ ея полости, червеобразный отростокъ воспринимаетъ въ себя часть ея содержимаго, которое затѣмъ опять выталкивается въ соеситъ. Другая роль, приписываемая *Lieberkühn* омъ червеобразному отростку, состоитъ въ слѣдующемъ: железы, содержащіяся въ его полости, вырабатываютъ въ изобиліи слизь, которая, вытекая постепенно въ слѣпую кишку, смачиваетъ ея содержимое и содѣйствуютъ его передвиженію.

Нѣтъ надобности доказывать, что подобныя предположенія ни на чемъ не основаны и имѣютъ лишь историческое значеніе.

Нѣкоторые анатомы упоминаютъ о червеобразномъ отросткѣ на ряду съ „*appendices epiploicae*“. Такъ *Cloquet*³⁾, описавъ послѣднія, точася переходитъ дальше и говоритъ: «En bas, en gauche et en avant on en voit naître un appendice particulier de même nature que lui, c'est l'appendice vermiforme»...

Почти такими же образомъ высказывается *Richet*⁴⁾ и др.

Физиологи, повидимому, давно отняли у червеобразнаго отростка всякое значеніе для организма и поэтому въ отдѣлѣ о физиологіи пищеваенія обходятъ червеобразный отростокъ молчаніемъ.

Исключеніе изъ нихъ представляетъ *Funk*⁵⁾: „Червеобразный отростокъ, говоритъ онъ, не составляетъ безполезнаго придатка (да и можно ли объ этомъ спрашивать при какомъ либо органѣ?)“. На основаніи изслѣдованій *Funk*а надъ слѣпою кишкою животныхъ, роль червеобразнаго отростка должна заключаться, между

прочимъ, въ превращеніи крахмала въ сахаръ. Однако, заключеніе *Funk*а, основанное на опытахъ надъ соеситъ, не можетъ относиться къ червеобразному отростку, присущему только человѣку и нѣкоторымъ обезьянамъ.

Одинъ изъ новѣйшихъ авторовъ (*Gaston*)¹⁾ также на основаніи теоретическихъ разсужденій считаетъ червеобразный отростокъ за источникъ и хранилище сѣворода, дѣйствіе котораго должно заключаться въ дезинфекціи кишечнаго содержимаго. Мысль эта, однако, является лишь повтореніемъ стараго (см. *Bourdon*).

Опыты удачнаго вырѣзыванія слѣпой кишки у животныхъ (*Morgagni*²⁾), случаи недоразвитія или полного отсутствія червеобразнаго отростка у человѣка и, наконецъ, цѣлый рядъ случаевъ успешнаго оперативнаго удаленія его при „перитифитѣ“ несомнѣнно подтверждаютъ, что присутствіе червеобразнаго отростка для организма не необходимо. Не имѣя опредѣленной физиологической роли, однако, онъ имѣетъ весьма серьезное значеніе патологическое, и съ этой точки зрѣнія знакомство съ анатомическимъ строеніемъ и топографическимъ расположеніемъ его оказывается крайне полезнымъ.

Обреченный еще въ эмбриональномъ періодѣ, вслѣдствіе остановки въ развитіи, играть со временемъ роль совершенно излишняго придатка, червеобразный отростокъ уже къ періоду рожденія въ поперечникѣ далеко отсталъ отъ толстой и тонкой кишокъ.

Размѣры его, найденные мною въ возрастѣ до 1 года, были слѣдующіе:

Длина колебалась между 2,6 (одинъ разъ) и 5,0 сант. (средн. ч. 4,5); ширина отъ 0,2 до 0,5; при этомъ отклоненіе ширины къ длинѣ было довольно постоянно и равнялось 1:10. Отношеніе длины червеобразнаго отростка къ росту колебалось между 1:12 и 1:16. Въ это время соеситъ уже имѣлъ длину 1,5—1,8 сант. (отъ нижней границы ilei) и ширину 1,2—1,4 сант.

Втеніе дальнѣйшаго роста организма размѣры р. vermiformis увеличиваются очень мало и у взрослыхъ немного превышаютъ тѣ, которые выше приведены для новорожденнаго.

Сказанное относится какъ къ ширинѣ, такъ и къ длинѣ, но болѣе справедливо по отношенію къ первой.

Уже къ 20-мъ годамъ отростокъ достигъ своей максимальной

¹⁾ I. с. стр. 61.

²⁾ I. с. стр. 12.

³⁾ *Cloquet*. *Traité d'anatomie descriptive*. 1828, т. II, стр. 542.

⁴⁾ I. с. стр. 636.

⁵⁾ *Funk*. *Курсъ частной физиологіи*. Ч. I, стр. 272, 1888 (Русск. переводъ).

¹⁾ *Med. and Surg. Report*. 12, May 1888.

²⁾ *Advers. anat.* т. III, p. 25.

длины, которую можно считать близкой къ 9-ти сантим., при чемъ отношеніе размѣра къ длинѣ туловища равно 1:18—1:20. Попытка вывести среднюю длину для различнаго возраста на основаніи ограниченаго числа случаевъ, представившихся нашимъ наблюденіямъ, можетъ привести къ совершенно ложнымъ и мало-значущимъ выводамъ, ибо длина червеобразнаго отростка при нормальныхъ условіяхъ подвержена такимъ колебаніямъ, которыя могутъ сглаживаться при группировкѣ очень большаго матеріала. Такъ, напр., въ возрастѣ 30—40 лѣтъ, намъ случалось находить длину въ 2 сантим., тогда какъ въ слѣдующемъ десятилѣтіи попадались размѣры въ 11—13 сантим. Этимъ объясняется то разнообразіе цифръ, которое даютъ различные авторы. Средняя цифра, которую приводитъ *Таренцкій*¹⁾, близка къ нашей, а именно 3,6 сантим. Предѣлы колебанія длины червеобразнаго отростка возможны отъ 0 [*Gerlach*¹⁾, *Tarencki*¹⁾], до 23 сантим. (*Luschka*¹⁾).

Измѣненіе поперечника червеобразнаго отростка точно также не соответствуетъ развитію всего организма. У новорожденнаго эти размѣры были равны среднимъ числомъ 0,4 сантим. (мах 0,5 сантим.); въ возрастѣ до 30 лѣтъ тотъ же размѣръ увеличивается до 0,6—0,7, каковую цифру рѣдко превышаетъ въ тѣхъ случаяхъ, которые можно назвать нормальными.

Говоря о размѣрахъ червеобразнаго отростка въ различномъ возрастѣ, слѣдуетъ указать на одно явленіе, которое можно ясно наблюдать при просмотрѣ большаго числа труповъ. Какъ органъ, неизмѣнчивъ функциональнаго значенія, онъ претерпѣваетъ рядъ постепенныхъ измѣненій атрофическаго характера и строеніе его въ преклонномъ возрастѣ еще больше доказываетъ маловажную его роль. Въ этомъ отношеніи червеобразный отростокъ можно было бы сравнить съ нѣкоторыми другими органами, постепенно исчезающими послѣ рожденія, какъ напр. *gl. thymus*.

Тогда какъ въ возрастѣ до 20 лѣтъ мы нѣрѣдко встрѣчаемъ червеобразные отростки, подобные тѣмъ, которые изображены на рис. 1 и 4, т. е. по виду мало отличающіеся отъ слѣпой кишки животныхъ, а по строенію схожіе съ остальной толстой кишкой, у стариковъ тотъ же отростокъ изображаетъ собою тонкій жагу-

тикъ, отношеніе котораго къ слѣпой кишкѣ напоминаетъ какъ бы стебелекъ огурца или яблока въ сравненіи съ самимъ плодомъ.

Явленія атрофіи несомнѣнно должны связаться преимущественно на поперечникѣ червеобразнаго отростка, и дѣйствительно, если къ 20 годамъ ширина его доходитъ до 0,7, рѣдко больше, то съ этого періода она начинаетъ замѣтно уменьшаться. Особенно рѣзко въ томъ можно убѣдиться на трупахъ возраста за 50 лѣтъ. Общій видъ червеобразнаго отростка въ этихъ случаяхъ настолько характеренъ, что по одному взгляду на него можно приблизительно опредѣлить возрастъ трупа; поперечникъ его часто меньше, чѣмъ у новорожденнаго (0,3—0,4 сантим.); общій видъ поражаетъ особую блѣдностью, связанною съ уменьшеніемъ калибра видимыхъ сосудовъ; при ощущеніи онъ не даетъ впечатлѣнія упругости, свойственной ему въ молодомъ возрастѣ, а кажется дряблымъ и мягкимъ.

Предположеніе о подобной прогрессивной атрофіи высказываетъ и *Таренцкій*¹⁾, руководствуясь при этомъ, главнымъ образомъ, измѣреніями длины.

Такъ, въ возрастѣ за 50 лѣтъ онъ изъ 12-ти въ 3-хъ случаяхъ напечалъ длину 3,3, 3,8 и 4 сантим. Соответственные цифры, полученные нами, не даютъ права воспользоваться ими для подтвержденія того же вывода. Правда, въ возрастѣ 30—40 лѣтъ мы въ 8-ми случаяхъ изъ 19-ти встрѣтились съ длиной 2—6 сантим. Однако, въ позднѣйшихъ періодахъ попадались и цифры 11, 12 и 13 сантим. Эти факты все-таки не могутъ идти въ разрѣзъ съ проводимомъ нами мысленно на основаніи слѣдующихъ соображеній. При распредѣленіи физиологической роли стѣнки толстой кишки, между отдѣльными ея слоями, самое важное значеніе, конечно, можно придать слизистой и подслизистой ея оболочкамъ и поэтому можно ожидать, что въ червеобразномъ отросткѣ на нихъ именно больше всего отразится явленіе атрофіи отъ бездѣйствія; это же обстоятельство должно вести къ уменьшенію поперечника червеобразнаго отростка. Мы уже имѣли случай говорить объ изобиліи солитарныхъ фолликуловъ въ подслизистой слоеѣ червеобразнаго отростка; прибавимъ здѣсь, что, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, всю слизистую оболочку можно считать „за распластанную лимфатическую железу“²⁾. Такое сравненіе, однако, можно только допустить для

¹⁾ Цит. по *Bierhoff* у. Deutsch. Arch. f. Klin. med. 1880 T. 27, стр. 249.

²⁾ Л. с., стр. 229.

³⁾ Л. с., стр. 229.

¹⁾ Л. с. стр. 17.

²⁾ *Ranschoff*. Boston med. Journ. 1890. June, стр. 556.

молодого возраста, у которого на бархатистой поверхности слизистой оболочки отростка, даже простым глазом можно отличить своеобразное ее строение; у стариков та-же оболочка имѣет атрофическій, истонченный видъ; количество слизи, выделяемой ею, крайне незначительно.

Не имѣя собственныхъ изслѣдованій по части микроскопическаго строения червеобразнаго отростка въ различныхъ возрастахъ, мы позволяемъ себѣ заимствовать то, что имѣется по этому вопросу у *Steiner'a* ¹⁾. Этотъ авторъ находилъ у дѣтей въ возрастѣ до 10-ти лѣтъ фолликулы сильно развитыми; тѣсно скупенными, почти шарообразной формы, эти тѣльца занимали верхнія $\frac{2}{3}$ submucosae и кое-гдѣ двигались въ muscularis intestini. Въ возрастѣ за 25 лѣтъ замѣчалась уже значительная разница: фолликулы были не такъ развиты, менѣе многочисленны, имѣли сплюснутую форму и едва занимали верхнюю половину submucosae. Принимая во вниманіе роль, которую играютъ фолликулы въ строеніи слизистой оболочки червеобразнаго отростка, можно полагать, что наблюденіе *Steiner'a* достаточно объясняетъ тѣ макроскопическія измѣненія ея атрофическаго характера.

Какъ на конечную степень атрофіи слизистой оболочки червеобразнаго отростка, можно взглянуть на случаи частичной или полной облитерации его просвѣта, найденной нами особенно часто въ возрастѣ за 60 лѣтъ.

Если нельзя игнорировать того факта, что многія облитерации, особенно частичныя и наблюдаемая въ молодомъ возрастѣ имѣютъ происхожденіе патологическое, въ чемъ и мы, на основаніи собственныхъ наблюденій, соглашаемся со *Steiner'омъ*, то тамъ, гдѣ макроскопически на ч. отросткѣ незаметно слѣдовъ какого либо воспалительнаго процесса, для облитерации просвѣта, а ригорі, можно предложить вышеупомянутое нами объясненіе. При микроскопическомъ изслѣдованіи совершенно облитерированныхъ ч. отростковъ *Steiner* находилъ лишь полное отсутствіе слизистой оболочки, тогда какъ внутренній кольцевидный и наружный продольный мышечные слои можно было ясно различить. Подобный фактъ однако нисколько не противорѣчитъ нашему предположенію, а скорѣе могъ бы для того служить подтвержденіемъ. *Lockwood* и *Rollston* констатируютъ также фактъ частой облитерации про-

свѣта ч. отросткахъ у старыхъ людей. По наблюденіямъ и въ этомъ возрастѣ „ч. отростокъ часто оказывается непроходимымъ въ своей периферической половинѣ или трети“.

Одновременно съ регрессивнымъ измѣненіемъ ч. отростка объемъ слѣпой кишки продолжаетъ увеличиваться и контрастъ между первымъ и послѣднимъ все дѣлается рѣзче; соответственно тому мѣсто отхожденія ч. отростка дѣлается опредѣленнѣе.

Заканчивая описаніе устройства ч. отростка въ различныхъ возрастахъ, мы считаемъ необходимымъ войти въ разсмотрѣніе сноса его сообщенія съ полостью слѣпой кишки.

Въ патологіи „перитифита“ можно, повидимому, два факта считать неоспоримыми: во первыхъ, что заболѣваніе это наблюдается преимущественно въ молодомъ возрастѣ и, во вторыхъ, происходитъ чаще отъ застрѣванія калового камня въ полости ч. отростка. Подтверженіемъ тому служатъ и наше крайне ограниченное число наблюденій: изъ 14 труповъ возраста до 20 лѣтъ въ 7 (50%) найдены патологическія измѣненія отростка, связаннаго съ задержкою въ немъ его содержимаго. Особенная наклонность молодого возраста къ заболѣванію заставила одного изъ новѣйшихъ авторовъ (*Ryerson* ¹⁾) заподозрить въ „перитифитѣ“ эпидемичность, въ зависимости отъ какого нибудь микроба!

Болѣе рacionalesмъ, конечно, нужно считать стремленіе найти въ анатомическихъ изслѣдованіяхъ разъясненіе для клиническихъ данныхъ. Результатомъ этихъ послѣднихъ попытокъ явилось открытіе небольшой заслонки, отдѣляющей полости ч. отростка отъ слѣпой кишки (*valvula Gerlachi*). ²⁾ Между тѣмъ значеніе этой заслонки, приданное ей при ея открытіи, долго принималось на вѣру, хотя, какъ оказывается, можно считать его нескаты преувеличеннымъ. Нужно замѣтить, что на открытіе *Gerlach'a* нельзя смотрѣть, какъ на результатъ изслѣдованія строго-безпристрастнаго анатома. Въ описаніи этого автора *valvula* весьма слабо развита на трупахъ взрослыхъ людей, „у которыхъ она на *высушенныхъ препаратахъ* ³⁾ представляется циркулярный валикъ высотой отъ $\frac{1}{4}$ до 1 мм. Сильнѣе всего она выражена, напротивъ, на дѣтскихъ трупахъ между третьимъ и двѣнадцатымъ годамъ, у которыхъ выстоптъ по одну сторону входа въ ч. отростокъ больше.

¹⁾ N. Y. Med. Record. 1891 July.

²⁾ *Gerlach*. Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Wurmfortsatzes Wissench. Mitth. d. phys. med. Soc. Erlangen. 1869 (narr. no *Steiner's*).

³⁾ Курсивъ нашъ.

¹⁾ l. c. стр. 16.

чѣмъ по другую и потому настолько суживается этотъ входъ, что часто открытою остается едва третья часть просвета. Въ первые годы жизни этотъ клапанъ опять-таки слабѣе выраженъ и въ это время, какъ и въ позднѣйшіе годы, представляетъ изъ себя лишь кротовую складку слизистой оболочки¹⁾.

Цитируя выше приведенныя слова *Gerlach'a*, касающіеся устройства описанной имъ заслонки, нельзя не привести здѣсь дальнѣйшихъ его разсужденій о роли ея при образованіи конкрементовъ въ червеобразномъ отросткѣ. „Если, говоритъ онъ, изъ слѣпой кишки въ червеобразный отростокъ вошло немного кала, то при сильномъ развитіи заслонки можетъ случиться, что слѣдующее за тѣмъ сокращеніе червеобразнаго отростка, которое по аналогіи съ движеніями остальнаго кишечника нужно представить себѣ не постояннымъ, но происходящимъ съ длинными промежутками, не будетъ въ состояніи удалитъ калъ изъ червеобразнаго отростка“. Такимъ образомъ, по *Gerlach'u*, можетъ быть положено начало образованію стеркорокального камня, дальнѣйшій ростъ котораго будетъ происходить путемъ наслоенія. „На трупахъ преклоннаго возраста, продолжаетъ далѣе *Gerlach*, я находилъ эту заслонку всегда только въ рудиментарномъ состояніи, каковое обстоятельство тѣмъ важно для патологии, что объясняетъ, почему въ пожиломъ возрастѣ *никогда* ¹⁾ не наблюдаются каловые камни и происходящіе отъ нихъ изъязвленія червеобразнаго отростка“. Приведенная выписка изъ работы *Gerlach'a* даетъ право усомниться въ полной объективности его изслѣдованій и, несмотря на то, можно назвать цѣлмы рядъ авторовъ, которые существованіе заслонки полагаютъ въ основу патологии „перитифлита“.

При изслѣдованіи труповъ, какъ дѣтей, такъ и взрослыхъ, мы считали необходимымъ каждый разъ вскрыть полость слѣпой кишки и червеобразнаго отростка и при этомъ затруднились въ нахожденіи заслонки. Объясненіе для того, что описываетъ *Gerlach*, однако, должно существовать, и оно кроется, по нашему мнѣнію, въ слѣдующемъ. Въ концѣ зародышевой и въ началѣ вѣутробной жизни червеобразный отростокъ представляетъ изъ себя непосредственное продолженіе толстой кишки и въ это время, какъ мы убѣдились при изслѣдованіи, какъ свѣжихъ, такъ и высушенныхъ препаратовъ, нельзя найти слѣдовъ какой либо заслонки. Соотвѣственно этому, почти въ половинѣ изслѣдованныхъ нами труповъ

новорожденныхъ мы находили червеобразный отростокъ содержащимъ калъ, который также свободно попадалъ въ него, какъ и выходилъ. Позже, при быстромъ увеличеніи объема слѣпой кишки и остановкѣ въ развитіи отростка входное его отверстіе принимаетъ форму щели и въ силу одного этого обстояательства до нѣкоторой степени закрывается. Слѣдуетъ помнить, кромѣ того, что на трупахъ взрослыхъ, молодыхъ субъектовъ мы періодъ замѣчаемъ слѣды эмбриональнаго его положенія, которое выражается тѣмъ, что хотя большая его часть виситъ внизъ, начало его, въ зависимости отъ брыжейки и иныхъ условій, идетъ медиально и вверхъ (см. стр. 57).

Такое косое отхожденіе ч. отростка еще болѣе способствуетъ сближенію его входнаго отверстія; если въ тому прибавить еще перегибъ (*Knickung*, *Tarpenckia*), который онъ долженъ образовывать при переходѣ изъ восходящаго въ нисходящее положеніе, то, намъ кажется, этихъ условій достаточно для объясненія почему такъ рѣдко вообще даже у молодыхъ субъектовъ мы встрѣчаемъ ч. отростокъ, выполненный каломъ. Этотъ фактъ проглядываетъ и въ нашихъ таблицахъ и былъ отмѣченъ старыми авторами. Такъ *Soemmering*¹⁾ пишетъ про червеобразный отростокъ, что „Selten enthält er in Erwachsenen Urath“.

При изслѣдованіи внутренней поверхности слѣпой кишки у взрослого, на свѣжихъ препаратахъ можно замѣтить слѣдующее. Слизистая оболочка представляетъ цѣлую массу неправильно расположенныхъ складокъ, между которыми существуютъ углубленія. Среди этихъ ямокъ довольно трудно глазомъ опредѣлить входное отверстіе ч. отростка, и, только руководствуясь мѣстомъ отхожденія его отъ слѣпой кишки на наружной поверхности, можно войти въ его просвѣтъ узкимъ зондомъ; при этомъ необходимо, чтобы ч. отростокъ былъ предварительно освобожденъ отъ его брыжейки и, стало быть, выпрямленъ.

При осмотрѣ мѣста впаденія ч. отростка со стороны полости слѣпой кишки, иногда замѣчается, что медиальный край этого отверстія выдается болѣе рѣзко и слизистая оболочка на этомъ мѣстѣ образуетъ нѣчто въ родѣ клапана; но по вскрытіи полости ч. отростка познаниями изъ слѣпой кишки, или наоборотъ, слѣды бывшей *valvulae* исчезаютъ. Нѣтъ ничего удивительнаго, что на препаратахъ слѣпой кишки и ч. отростка, засушенныхъ при положеніи

¹⁾ Курсивъ нашъ.

¹⁾ De. corp. hum. fabrica, t. VI стр. 350 1801.

последняго in situ, какъ дѣлать Gerlach, упомянутый медиальный край отверстия могъ дать ему право говорить о заслонкѣ.

Подтвержденіе тому, что найдено при изслѣдованіи на трупѣ, я нашелъ въ работѣ Steiner'a, который къ заслонкѣ Gerlach'a тоже относится скелетически; того же мнѣнія придерживается и Tarnowskij. Во всякомъ случаѣ нельзя имѣть представленіе о valvula Gerlach'i, такимъ образомъ, какъ мы понимаемъ сердечные, аортальные клапаны или Баугиниеву заслонку. Тѣмъ менѣе можно говорить о заслонкѣ, функция которой заключалась бы въ препятствіи не входу кала въ ч. отростокъ, а выходу изъ него. Въ неосновательности последняго предположенія можно легко убѣдиться простыми опытами сдавливанія ч. отростка, при чемъ содержимое его легко показывается изъ входнаго отверстия.

Нѣрѣдко при осмотрѣ поверхности слизистой оболочки ч. отростка можно замѣтить на ней нѣсколько поперечныхъ складокъ, расположенныхъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ входнаго отверстия; это явленіе, вѣроятно, дано поводъ описывать въ ч. отросткѣ еще одну заслонку (Nanninga)¹⁾.

Однако, отрицая значеніе valvulae Gerlach'i въ патологіи червеобразнаго отростка, какимъ образомъ можно попытаться объяснить фактъ болѣе частаго заболѣванія этого органа у молодыхъ субъектовъ.

При рѣшеніи этого вопроса слѣдуетъ имѣть въ виду, что образование стеркорального камня и заболѣваніе червеобразнаго отростка могутъ быть явленіями далеко не синхроничными. Возможно предположить, что зачатіе камня образовалось въ раннемъ возрастѣ, когда воронкообразное начало червеобразнаго отростка и отсутствіе упомянутого перегиба не препятствовали вторженію въ него каловыхъ массъ, тѣмъ болѣе, если послѣднія имѣли жидкую консистенцію, часто наблюдаемую при заболѣваніи слизистой оболочки слѣпой кишки. Подобное предположеніе мы имѣли возможность подтвердить на случаѣ № 2 (рис. 1): широкій толстоствѣнный отростокъ, съ рѣзко выраженными перетяжками, содержалъ въ концѣ своей полости зачатокъ будущаго камня въ видѣ мягкаго желто-бурого кала, консистенціи коровьяго масла. Служеніе просѣта выше мѣста находженія этого кала было, повидимому, реакціей слизистой оболочки на раздраженіе инороднымъ тѣломъ, и

такимъ образомъ былъ созданъ circulus vitiosus, ведущій къ перитифлиту²⁾. Застой жидкихъ испражнений въ червеобразномъ отросткѣ должно содѣйствовать и небольшое распрямленіе его полости въ области верхушки.

За частое происхожденіе конкрементовъ изъ жидкихъ испражнений говорить также и то, что камни эти нѣрѣдко представляютъ самые точные слѣпки той полости, въ которой они помѣщались; этимъ, между прочимъ, и объясняется, вѣроятно, почему ихъ такъ часто принимали за сѣмена и косточки различныхъ плодовъ. Дѣйствительно, въ случаѣ № 12 мы имѣли камень, представлявшій необычайное сходство съ косточкой финика.

Всасываніе жидкихъ частей кала въ ч. отросткѣ ведетъ къ образованію конкремента, который уже съ большимъ трудомъ передвигается, и съ этихъ поръ دامокловъ мечъ виситъ надъ головой всего организма. Нѣтъ сомнѣнія, что стѣнка ч. отростка можетъ выказывать нѣкоторую терпимость по отношенію къ инородному тѣлу; мы имѣли возможность убѣдиться въ этомъ на трупѣ мужчины 61 г. (№ 104), у котораго въ полости ч. отростка ясно прощупывались твердые тѣльца (камни); присутствіе ихъ сказало лишь слѣдами незначительнаго давняго перитонита въ области верхушки ч. отростка и утолщеніемъ его стѣнокъ. Не въ нашей задачѣ здѣсь, при описаніи анатоміи ч. отростка, входить подробно въ его патологію, мы коснулись этого вопроса лишь при разборѣ функциональнаго значенія valvulae Gerlach'i. Отрицая, однако, приписываемую ей роль въ дѣлѣ суженія выходнаго отверстия ч. отростка, мы можемъ напомнить, что въ этомъ же отношеніи гораздо болѣе значеніе имѣютъ различныя заболѣванія слизистой оболочки слѣпой кишки, особенно свойственные молодому возрасту. Такъ туберкулезъ, дисентерія, сифилисъ, брюшной тифъ, а также простыя катарры слизистой оболочки слѣпой кишки могутъ легко дать набуханіе слизистой оболочки (Auflockerung)¹⁾ и временное суженіе просѣта (relative Stenose) или даже рубцовое закрытіе его²⁾, съ застоємъ содержимаго въ ч. отросткѣ, будь то слизи (hydrops. proc. vermiformis. Virchow) или калъ.

Отсутствіе пересильныхъ благоприятныхъ условій для образованія стеркоральнаго камня въ ч. отросткѣ само по себѣ обез-

¹⁾ Henle. Handb. der Eingeweidelehre des Menschen. 1866 стр. 178.

²⁾ Iversen D. med. Woch. 1891, стр. 140.

³⁾ Bierhoff. l. c.

печиваетъ старый возрастъ отъ заболѣванія «перитифлитомъ». Gerlach и его послѣдователи объясняли себѣ то-же самое недостаткомъ valvulae. Дѣйствительно, въ пожиломъ возрастѣ еще менѣе можно говорить о какой либо заслонкѣ; но не въ этомъ дѣло.

Хотя червеобразный отростокъ въ данномъ періодѣ отходитъ болѣе снизу и имѣетъ болѣе прямое направленіе, однако, вслѣдствіе атрофическихъ измѣненій, прослѣдить его обыкновенно такъ узко, что трудно представить себѣ тѣ условія, при которыхъ калъ могъ бы попасть въ его полость. Если напомнить, кромѣ того, о частыхъ случаяхъ облитерациі просвѣта червеобразнаго отростка въ этомъ возрастѣ, то этимъ, намъ кажется, будетъ сказано достаточно о причинахъ меньшаго предрасположенія старческаго возраста къ заболѣванію «перитифлитомъ». Нѣтъ надобности говорить о томъ, что у старыхъ людей во всякомъ случаѣ выдѣреніе въ полость червеобразнаго отростка инородныхъ тѣлъ, въ родѣ вишневыхъ косточекъ и т. п., представляется физически невозможнымъ, послѣ того, какъ Bossard¹⁾ доказалъ то же самое путемъ опыта и для труповъ болѣе ранняго возраста.

Положеніе червеобразнаго отростка. Выше (стр. 57) мы имѣли случай указать на возможныя варіаціи въ положеніи отростка у взрослого даже при нормальныхъ условіяхъ. Своеобразное теченіе перитонита, происходящаго отъ заболѣванія ч. отростка и такъ часто оканчивающагося счастливо для больного, обязано, какъ особому устройству ч. отростка, такъ, главнымъ образомъ, его анатомо-топографическому расположенію. Видоизмѣненіе послѣдняго условія лежитъ, повидному, въ основѣ того разнообразія въ исходахъ «перитифлита», въ силу котораго мы у постели только что заболѣваго пациента не въ состояніи предугадать, протечетъ ли заболѣваніе, немощнымъ отличаясь отъ простаго запора, или же больной черезъ нѣсколько дней будетъ лежать на столѣ. При выясненіи благоприятномъ оборотѣ дѣла дальнѣйшее теченіе болѣзни, въ смыслѣ продолжительности и окончательнаго исхода ея, находится опять-таки въ зависимости отъ того же условія. Между тѣмъ, въ литературѣ «перитифлита» отведено слякомъ мало мѣста анатомической сторонѣ дѣла; клиницисты и патолого-анатомы, при обширномъ матеріалѣ, могли мало содѣйствовать освѣщенію

ей, ибо должны были руководиться патологическими условіями, такъ быстро измѣняющими нормальное отношеніе въздъ, гдѣ дѣло касается брюшины.

При просмотрѣ новѣйшихъ источниковъ можно убѣдиться, какъ часто нѣкоторые анатомическія условія расположенія червеобразнаго отростка были причиною громадныхъ затрудненій въ діагнозѣ «перитифлита»; поэтому кажется страннымъ, что въ спеціальныхъ работахъ по этому вопросу топографическое расположеніе его играетъ столь маловажную роль. Такъ Kraussold¹⁾, признавая, что знакомство съ анатомическимъ расположеніемъ слѣпой кишки отростка необходимо при діагнозѣ «перитифлита», ограничивается заявленіемъ, что «für den Processus vermiformis giebt es überhaupt keine als annähernd zu bezeichnende Lage». Kraft²⁾, одинъ изъ самыхъ смѣлыхъ пионеровъ въ борьбѣ за исключительное право хирурговъ на леченіе «перитифлита», удѣляетъ анатоміи лишь около 7 строкъ. Между тѣмъ, въ такихъ работахъ, какъ Таренцеваго, Treves'a и Lockwood'a, можно почерпнуть много такого, что бы пригодилось у постели больного.

Относительно нормальнаго положенія червеобразнаго отростка, взятаго цѣликомъ, какъ упомянуто, у старыхъ анатомовъ существуетъ разногласіе; если же мысленно раздѣлить его на периферическую и центральную часть, то въ описаніи послѣдней у тѣхъ же авторовъ найдется болѣе единства.

Мѣсто отхожденія червеобразнаго отростка отъ слѣпой кишки нужно считать болѣе или менѣе опредѣленнымъ: онъ начинается отъ нея снизу, болѣе или менѣе медиально и сзади. Такъ по Winslow³⁾ онъ отходитъ „mediante extremitate (coeci) lateraler et paucillum oblique“; по Hildebrandt'y⁴⁾ — „von der linken seite des Blinddarms“; по Soemmering'y⁵⁾ — онъ отходитъ косо и направляется вверхъ и сзади, по Luschnka⁶⁾ — „отъ медиальной окружности кишки, то выше, то ниже; по Quain'y⁷⁾ — „отъ нижнебрюшнннго

¹⁾ Kraussold. Ueber die Krankh. des Proc. verm. und des Coecum etc. Volk. Samml. Klin. Vortr. № 191.

²⁾ Kraft. Ueber die frühzeit. operat. Behandl. der durch Perforation des Wurmfrts. hervorger. Perityph. stercor. Volk. Samml. Klin. Vortr. № 331.

³⁾ I. c. стр. 58.

⁴⁾ I. c. стр. 530.

⁵⁾ I. c. стр. 350.

⁶⁾ I. c. стр. 225.

⁷⁾ I. c. стр. 496.

¹⁾ Bossard. Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Deutsch. Klinik. 1869.

отдѣла слѣпой кишки²⁾; по *Cruveilhier* ¹⁾ — „à gauche, en bas et en arrière“ и т. д.

Причина подобнаго постоянства въ расположеніи начальной части червеобразнаго отростка нуждается въ весьма краткомъ поясненіи послѣ того, что было сказано выше (стр. 57) о формѣ и развитіи слѣпой кишки. Напомнимъ только, что въ большинствѣ случаевъ слѣпой мѣшокъ соеі образуется главнымъ образомъ насчетъ выпячиванія правой передней стѣнки. Неизбѣжнымъ послѣдствіемъ сказаннаго будетъ положеніе червеобразнаго отростка болѣе медиально и взади. Нѣкоторое противорѣчіе этому правилу находимъ у *Kraussold'a*, который на рисункѣ VI изобразилъ червеобразный отростокъ отходящимъ соеі съ латеральной стороны слѣпой кишки. На основаніи нашихъ собственныхъ наблюденій, согласныхъ съ тѣмъ, что пишутъ *Treves*, *Tuffier*, *Taraneckij*, мы можемъ заключить, что случай, изображенный *Kraussold'омъ*, представляетъ рѣдкое исключеніе; слѣдуетъ замѣтить, что и всѣ остальные его рисунки имѣютъ скорѣе схематическій характеръ и взаимное отношеніе изображенныхъ частей представляется крайне своеобразнымъ.

Что касается направленія начала червеобразнаго отростка вверхъ и взади, то это явленіе нужно считать остаткомъ эмбриональнаго положенія червеобразнаго отростка, сохранившагося болѣе всего для начальной его части, въ зависимости отъ несоотвѣстнаго роста и измѣненія его брызжейки, о которыхъ мы будемъ имѣть случай говорить ниже.

Вотъ почему очень часто лишь послѣ полного освобожденія червеобразнаго отростка отъ брызжейки можно получить представленіе о его длинѣ: при этомъ выясняются и слѣды эмбриональной формы слѣпой кишки.

Постоянство въ расположеніи начальной части червеобразнаго отростка проглядываетъ и въ клиническомъ теченіи „перитифлита“. Патологическіе процессы, затронувающіе брюшину отростка на какомъ-либо его уровнѣ, per continuitatem, распространяются и до его основанія, а это обстоятельство, быть можетъ, объясняетъ увѣренность, съ которою *клинцисты указываютъ на одну болѣзненную точку въ правой fossa iliaca*, какъ на *диагностическій признакъ начинающагося „перитифлита“*. Такъ *McBurney* ¹⁾ говорить, что точка эта находится въ разстояніи $1\frac{1}{4}$ — 2

сант. отъ spina ilei ant. sup., на линіи, соединяющей только что упомянутый пунктъ съ пупкомъ.

То, что сказано о первой половинѣ червеобразнаго отростка, далеко не относится ко второй, въ большинствѣ случаевъ подвижной его части, расположеніе которой описывается совершенно различно. Однако, издѣсь разобраться, хотя бы немного, съ практической точки зрѣнія было бы весьма желательно. „Прежде считали за случайность, говорить *Gerster* ¹⁾, разовьется ли интраперитонеальный нарывъ тутъ или тамъ, и варіація его какъ по мѣстоположенію, такъ и по отношенію къ сосѣднимъ частямъ были такъ разнообразны, что до сихъ поръ, повидимому, не дѣлалось попытки къ изученію вопроса о томъ, не имѣется ли извѣстная законность въ развитіи и тѣхъ формъ перитифлитическаго нарыва, которыя не подходятъ подъ извѣстный inguinal'ный типъ *Parker'a*. Если бы нѣсколько свѣта можно было пролить на эти, до того случайныя (erratic), формы circumappendicular'наго абсцесса, въѣсто того, чтобы ограничиваться обычнымъ, несложнымъ (crude) соеі дѣлать операцію, то выработался бы болѣе точный, слѣдовательно и болѣе безопасный способъ леченія“.

Приятно звучитъ подобная трезвая рѣчь среди той ожесточенной полемики о способахъ леченія „перитифлита“. Ниже мы надѣмся убѣдить читателей, насколько *Gerster* действительно правъ.

Послѣ этого отступленія возвратимся къ описанію положенія червеобразнаго отростка. Различныя положенія червеобразнаго отростка, встречаемыя у человѣка въ различныхъ возрастахъ, можно схематизировать слѣдующимъ образомъ.

Въ эмбриональномъ періодѣ, при развитіи толстой кишки, происходитъ передвиженіе начала ея изъ праваго подреберья въ правую подвздошную ямку. Червеобразный отростокъ въ это время изъ своего первичнаго положенія переходитъ въ то, которое мы чаще всего находимъ у взрослога, т. е. онъ опускается внизъ и верхушкой сѣшивается въ малый тазъ. Припомнимъ, что въ первичномъ своемъ положеніи червеобразный отростокъ лежалъ подъ печенію, параллельно началу толстой кишки. Если бы съ передвиженіемъ этой послѣдней, которая при опусканіи внизъ дѣлаетъ вышеупомянутый поворотъ справа налѣво (*Taraneckij*), червеобразный отростокъ не измѣнилъ своего относительнаго положенія, то

¹⁾ l. c. стр. 355.

²⁾ Annals of Surgery 1891, стр. 236.

¹⁾ N. Y. Med. Journ. 1890, July, стр. 55.

мы бы у взрослого нашли его идущимъ снизу вверхъ, прилегая къ задней поверхности *coli asc.*

Обыкновенно, однако, съ перемѣщеніемъ начала *coli* и червеобразный отростокъ продвигается свое передвиженіе, которое регулируется въ извѣстныхъ предѣлахъ его-брыжейкой и совершается, стало быть, въ плоскости полукруга, центромъ котораго служить основаніе червеобразнаго отростка, а окружность направлена къ медиальной линіи.

Такимъ образомъ, соотвѣтственно каждому отдѣльному періоду эмбриональнаго развитія, высота стоянія слѣпой кишки и взаимное отношеніе между нею и червеобразномъ отросткомъ представляютъ цѣлый рядъ степеней. Замѣчательно, что у взрослыхъ животныхъ, въ восходящемъ порядкѣ видовъ, остановку *соеси* въ той или другой фазѣ перемѣщенія кишечника, описаннаго для человѣка, можно найти какъ явленіе стаціонарное на всю жизнь (*Таренцкія*¹⁾).

Если теперь представить себѣ, что и у человѣка расположеніе слѣпой кишки и особенно червеобразнаго отростка фиксируется въ извѣстной эмбриональной фазѣ, то такимъ образомъ получимъ рядъ аномалій, съ которыми и встрѣчаемся у взрослого. Вотъ почему мы и находимъ у развитаго человѣка червеобразный отростокъ то висающимъ внизъ на *m. iliacus* или *proas*, то спустившимся въ малый тазъ, то идущимъ поперекъ *m. proas* къ *promontorium*, то лежащимъ позади *ileo coecalis* соединенія, то, наконецъ, вертикально прилегающимъ къ задней поверхности *coli asc.* Болеѣ рѣдко можно у взрослого найти червеобразный отростокъ идущимъ вверхъ и прилегающимъ къ латеральной сторонѣ *соеси* и *coli asc.*; подобное явленіе будетъ остановкой отростка въ самой первобытной, такъ сказать, фазѣ расположенія, причемъ начало *coli* не продвигало своего поворота справа нѣлѣво.

О причинахъ, влияющихъ на развитіе аномалій положенія червеобразнаго отростка, мы можемъ здѣсь не распространяться послѣ того, что уже сказано нами по тому же предмету при описаніи отношенія брыжины къ слѣпой кишкѣ и червеобразнаго отростка. Мы уже упоминали тамъ о теоріяхъ *Treits'a*, *Toldt'a* и *Teeves'a*, относящихся и до расположенія червеобразнаго отростка, и намъ придется къ нимъ вернуться еще разъ.

Укажемъ здѣсь лишь на одно обстоятельство, которое, хотя

рѣдко, однако можетъ еще въ раннемъ эмбриональномъ періодѣ имѣть вліяніе на окончательное положеніе червеобразнаго отростка. Въ тотъ моментъ, когда начало толстой кишки прилепляется къ передней поверхности правой почки, иногда бываетъ, что прилепляется также *соесим* и *proс. vermiformis* или только первое. *Таренцкія*¹⁾ находилъ подобное явленіе довольно часто и полагаетъ, что во второй половинѣ утробной жизни наступаютъ нѣкоторое уменьшеніе размѣровъ скелетовъ, вслѣдствіе чего къ періоду рожденія *proс. vermiformis* и *соесим* оказываются свободными. Мнѣ случилось подтвердить упомянутое явленіе два раза у 12 зародышей; при этомъ оба раза *соесим* и *proс. vermiformis* были приклеены. Описываемое *Таренцкія* освобожденіе отъ склеекъ, наступающее вслѣдствіи, вѣроятно, до нѣкоторой степени заключается въ стаскиваніи брыжины съ передней поверхности почки.

Во всякомъ случаѣ, отъ извѣстнѣйшей и размѣровъ описанной склейки должно находится положеніе червеобразнаго отростка.

Послѣ краткаго обобщенія различныхъ видовъ положенія червеобразнаго отростка, мы перейдемъ къ болѣе подробному разсмотрѣнію того же вопроса на основаніи собственныхъ наблюденій и изслѣдованій другихъ авторовъ.

Бывшіе въ моемъ распоряженіи части спиртовые (11), части свѣжіе (2) трупы зародышей были возраста приблизительно отъ 3 до 5 мѣсяцевъ. Въ этомъ періодѣ слѣпая кишка съ червеобразнымъ отросткомъ стояла впереди почки и въ большинствѣ случаевъ была не приклеена. Только въ двухъ случаяхъ *соесим* и *proс. vermiformis* были фиксированы. Сравнительно большая почка занимала всю поясничную область и нижній край ея доходилъ до *crista ilei* и даже ниже. Червеобразный отростокъ, сложенный завиткомъ, помѣщался то позади *соесим*, то позади конца *intest. ilei.*, то ниже дна слѣпой кишки. *Lig. ileo-coecale* и *mesenterium* были ясно выражены: послѣднее отходило отъ задней поверхности *mesenterii ilei*, немного повыше края этой кишки. Червеобразный отростокъ гораздо уже тонкой кишки, длина его 1—2 сант., воронкообразное начало его подвернуто къзади и вверхъ или къзади и медиально подъ *ileum*.

На трупахъ младенцевъ возраста отъ 8 до 348 дней положеніе червеобразнаго отростка оказывается болѣе разнообразнымъ,

¹⁾ *Таренцкія*. Къ значенію слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ практическомъ и антропологическомъ отношеніяхъ. Братъ, 1883, стр. 354.

¹⁾ Мем. Петерб. Акад. Наукъ. 1881, стр. 12.

въ зависимости, между прочимъ, отъ положенія начала coli asc., представляющагося въ этотъ періодъ весьма подвижнымъ.

Слѣпая кишка, размеры которой уже значительно увеличились въ сравненіи съ эмбриональнымъ періодомъ, стоитъ то у нижняго края почки, то опустилась въ подвздошную ямку и на m. psoas; воронкообразная часть ея, т. е. начало червеобразнаго отростка, въ большинствѣ случаевъ подогнута назадъ и медиально подъ ileo-coecal'ное соединеніе. При этомъ выпячена болѣе или менѣе правая стѣнка coli asc. (false apex. Treves), и червеобразный отростокъ отходитъ въ углу между ileum и coecum. Болѣе рѣдко между основаніемъ червеобразнаго отростка и впаденіемъ ilei имѣется нѣкоторое разстояніе 0,5—0,8 сант. (см. ниже).

Червеобразный отростокъ въ 6-ти случаяхъ (изъ 28) помѣщался позади начала толстой кишки, и mesenterium не позволяло ему опуститься внизъ.

Въ 10-ти случаяхъ червеобразный отростокъ свѣшивался внизъ, помѣщаясь на m. iliacus или psoas, и такъ какъ его воронкообразное начало было повернуто къверху и медиально, то опустившійся отростокъ позади ileo-coecal'наго соединенія имѣлъ перегибъ.

Въ семи случаяхъ, какъ уже раньше упомянуто, colon ascendens было такъ перегнуто, что слѣпая кишка была повернута дномъ къверху, помѣщаясь впереди coli asc. При этомъ червеобразный отростокъ отходилъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ ilei и свѣшивался внизъ по поверхности колбобразной слѣпой кишки. Это положеніе червеобразнаго отростка совпадало съ исчезаніемъ ея воронкообразной формы.

Въ одномъ случаѣ былъ такой же перегибъ coli, съ тою разницей, что coecum лежало сзади coli asc. Червеобразный отростокъ висѣлъ внизъ между задней брюшной стѣнкой и coecum.

Одинъ разъ colon asc. также имѣлъ перегибъ, но такъ, что начало толстой кишки было расположено поперечно и coecum было направлено дномъ влѣво. Основаніе червеобразнаго отростка помѣщалось вблизи пупка, и онъ свѣшивался внизъ вдоль средней линіи живота.

Три случая заслуживаютъ особаго вниманія.

Въ одномъ — у мальчика возраста 348 дней — начало толстой кишки было расположено въ верхней части подвздошной ямки, coecum и начало coli не прилежало, воронкообразная верхушка coli повернута латерально къверху, постепенно переходя въ червеобразный отростокъ, который стелется вдоль латеральнаго края coli asc.,

прилеженный своей основною частью на протяженіи 2—3 сант. къ передней поверхности почки; кончикъ его на протяженіи 1 1/2 сант. свободенъ.

Во второмъ случаѣ — у мальчика 60 дней — расположеніе coeci и perimetrium было аналогично предыдущему случаю за исключеніемъ того, что прилеженъ не самъ червеобразный отростокъ, а его брыжейка. Въ обоихъ случаяхъ, если освободить червеобразный отростокъ отъ упомянутой склейки, брыжейка его оказывалась на столько длинной, что допускала значительную подвижность его. Происхожденіе подобныхъ видовъ расположенія червеобразнаго отростка уже достаточно было выяснено выше.

Въ 3-мъ, послѣднемъ, случаѣ у недоношеннаго мальчика, прожившаго 21 день, было найдено слѣдующее расположеніе червеобразнаго отростка, представляющее значительный практическій интересъ.

Начало толстой кишки лежитъ высоко, отчасти на m. psoas, отчасти на m. iliacus, конецъ ilei, coecum и col. ascendens совершенно свободны; слѣпая кишка образована выпячиваніемъ передне-правой стѣнки coli; слабо выраженная воронкообразная ея часть подогнута подъ ileum и продолжается въ червеобразный отростокъ, начинающийся въ области ileo-coecal'наго соединенія и идущій вверхъ, прилегающая нижней своею частью къ медиальной сторонѣ, а верхнюю — болѣе къ задней сторонѣ coli asc. (см. рис. 7). Общая брыжейка coli et ilei прилежена къ передней поверхности почки, но нѣкоторая часть ея, начиная отъ медиальнаго края coli, свободна, такъ что можно легко повернуть начало толстой кишки такимъ образомъ, чтобы задняя ея поверхность стала передней, какъ изображено на рисункѣ. При осмотрѣ червеобразнаго отростка оказывается, что верхняя (периферическая) его часть плотно прилежена и какъ будто пократа одною общей брюшиной съ colon asc.; нижній же отдѣлъ его на протяженіи 2-хъ сант. можно съ латеральнаго края немного приподнять. Брыжейку червеобразнаго отростка нельзя различить, она распласталась и ушла на покрывку coli asc.; такое объясненіе данному случаю можно предположить съ точки зрѣнія Treves'a. Мы вернемся еще разъ къ этому случаю при описаніи особыхъ положеній червеобразнаго отростка у взрослыхъ.

Резюмируя различныя положенія червеобразнаго отростка въ младенческомъ возрастѣ мы должны указать, что въ 7 случаяхъ (25%) червеобразный отростокъ помѣщался позади слѣпой кишки и изъ нихъ въ одномъ (4%) положеніе это было гарантировано на

всю жизнь. Весьма возможно, что из остальных 6-ти в нѣкоторых—червеобразный отросток могъ остаться позади соеси, вслѣдствие процессовъ склейки брюшины *coli asc.* съ паріетальною (по *Toldt'y*).

Перейдемъ теперь къ рассмотрѣнію вопроса о положеніи червеобразнаго отростка (т. е. его периферической части) у взрослыхъ. Мы уже не разъ говорили, что у старыхъ анатомовъ по этому вопросу мы встрѣчаемъ неточныя и порою разнородныя данныя. Цитируемъ нѣкоторыхъ авторовъ для примѣра.

Hildebrandt пишетъ, что червеобразный отростокъ отходитъ отъ лѣвой задней окружности соеси и далѣе довольно неопредѣленно описываетъ его направленіе: «in einigen erst rechts, dann links herauf, in anderen erst links, dann rechts hinauf, in einigen auch wieder abwärts».

Velpaen находилъ червеобразный отростокъ «плавающимъ» въ маломъ тазу.

Burne, работа котораго о воспаленіи соеси и *pr. vermiformis* нами уже была упомянута, одинъ изъ первыхъ, по нашему мнѣнію, болѣе подробно остановился на положеніи червеобразнаго отростка съ патолого-анатомической точки зрѣнія. По его наблюденіямъ червеобразный отростокъ чаще расположенъ по наружному краю *m. psoas*. въ fossa iliaca. «угодно» свернувшись позади слѣпой кишки и ея прикрѣпкой: «фактъ, подтвержденный мною на многихъ вскрытіяхъ и высокой важности для патолого-анатома», прибавляетъ далѣе *Burne*, и въ этомъ мы совершенно съ нимъ соглашаемся. Далѣе, въ описаніи вскрытій умершихъ отъ абсцессовъ въ правой подвздошной ямкѣ, *Burne* упоминаетъ, что онъ видѣлъ червеобразный отростокъ отходящимъ снизу и сзади и затѣмъ прилегающимъ къ наружной поверхности соеси, причѣмъ верхушка его лежала въ ямкѣ, образуемой переходной складкой брюшины.

Интересныя данныя о положеніи червеобразнаго отростка находимъ у *Crucetier*. По его наблюденіямъ, направленіе червеобразнаго отростка то вертикально восходящее, то вертикально нисходящее, часто извилистое; авторъ видѣлъ его «contourné dans l'épaisseur du mesentère», такъ что только кончикъ его былъ свободенъ. Чаще всего червеобразный отростокъ помѣщался въ верхней части правой подвздошной ямки; брыжейка его доходила лишь до

половины длины и предоставляла ему нѣкоторую подвижность. Онъ еще былъ болѣе подвиженъ, когда со всѣхъ сторонъ покрытъ брюшиной и лишенъ брыжейки. *Crucetier* часто находилъ червеобразный отростокъ повернутымъ назадъ и помѣщающимся между *colon ascendens* и почкой; въ одномъ подобномъ случаѣ верхушка отростка соприкасалась съ нижней поверхностью печени.

По *Luschka* червеобразный отростокъ иногда искривленъ или свернутъ спирально. Иногда онъ прилегаеъ къ медіальной окружности соеси, чаще же перекидывается черезъ *psoas* въ малый тазъ.

По *Quain'u* червеобразный отростокъ обыкновенно направленъ вверхъ и внутрь.

Соотвѣтственно тому, какъ патологическое значеніе червеобразнаго отростка стало выясняться все болѣе и болѣе, вниманіе изслѣдователей стало останавливаться и на его анатоміи. Въ работахъ *Steiner'a*, *Kraussold'a*, *Tapenchievko*, *Treves'a*, *Fergusson'a*, *Jonesco*, *Lockwood'a* и *Rollston'a* анатомія червеобразнаго отростка разрабатывается самымъ тщательнымъ образомъ. Мы коснемся этихъ трудовъ ниже, при изложеніи результатовъ нашего изслѣдованія. Полученныя нами данныя по тому же вопросу приводимъ въ формѣ прилагаемыхъ 8-ми таблицъ (См. Прилож.)

Какъ показываютъ эти таблицы, положеніе червеобразнаго отростка у взрослого человѣка при нормальныхъ, повидному, условіяхъ оказывается очень разнообразнымъ. Ради практическихъ цѣлей, однако, является желательнымъ опредѣлить, какое положеніе его можно считать болѣе частнымъ, какъ для того или другаго возраста въ отдѣльности, такъ и для всѣхъ вообще.

Рѣшеніе этой задачи возможно лишь приблизительно. Мы сообщимъ по этому поводу тѣ результаты, къ которымъ мы пришли.

Безпристрастныя записи въ тетрадь, сдѣланныя въ различное время, соотвѣтственно количеству вскрытій, и сгруппированныя въ приведенныхъ таблицахъ, даютъ нѣкоторое право для разсужденія по поводу намѣченныхъ вопросовъ.

Итакъ, спрашивается, какое положеніе червеобразнаго отростка можно считать за самое частое. Если принять во вниманіе то, что сказано на стр. 99. про различныя положенія червеобразнаго отростка вообще, а также тотъ фактъ, что большинство изслѣдованныхъ нами труповъ принадлежало къ взрослому періоду, то, а priori, можно было бы предположить, что самымъ частымъ положе-

нием червеобразного отростка будет то, которое соответствует, такъ сказать, конечному стадію его передвиженія, т. е. онъ будетъ сгибываться въ малый тазъ, пересекая въ косомъ направленіи п. рsoas. Съ подобнымъ явленіемъ дѣйствительно мы встрѣтились почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ (50 разъ, см. табл. VIII). Вслѣдъ за тѣмъ болѣе частымъ положеніемъ червеобразного отростка будетъ то, при которомъ онъ идетъ почти горизонтально поперекъ п. рsoas., а верхушка его не успѣла еще опуститься и лежитъ впереди промонторіумъ, (выше или ниже). Это положеніе, соответствующее нѣсколько болѣе ранней стадіи въ передвиженіи червеобразного отростка, мы нашли всего 20 разъ, т. е. приблизительно въ 20% всѣхъ случаевъ. На основаніи чиселъ, выражающихъ частоту того или другаго положенія въ каждомъ отдѣльномъ возрастѣ, можно вывести, кромѣ того, слѣдующее заключеніе. Съ ростомъ субъекта первое изъ описанныхъ положеній все болѣе и болѣе преобладаетъ. Такъ въ возрастѣ отъ 10 до 20 лѣтъ изъ 14 случаевъ въ 3-хъ (21%) червеобразный отростокъ занималъ первое положеніе и въ 8 (57%) — второе. Далѣе, числа, выражающія процентныя отношенія въ первомъ столбцѣ, все прибываютъ, а во второмъ убываютъ.

ВОЗРАСТЪ.	Ч. отростокъ сгибывается въ малый тазъ.	Ч. отростокъ лежитъ поперекъ п. рsoas., верхушкой въ промонторіумъ.
Отъ 10 до 20 лѣтъ	21%	57%
" 20 — 30 "	33 "	25 "
" 30 — 40 "	48 "	26 "
" 40 — 50 "	55 "	6 "
" 50 — 60 "	55 "	5 1/2 "
" 60 — 70 "	60 "	0 "
" 70 — 80 "	100 "	0 "

¹⁾ Въ возрастѣ отъ 60 до 70 лѣтъ не принято во вниманіе 2 случая (№№ 102 и 104), ибо въ нихъ положеніе, соответствующее болѣе молодому возрасту, могло остаться фиксированнымъ влѣдствіе патологическаго процесса.

Положеніе, близкое къ тѣмъ, которыя только что описаны, но нѣсколько иное влѣдствіе случайныхъ причинъ, будетъ то, при которомъ червеобразный отростокъ лежитъ ниже слѣпой кишки, на п. iliacus. или п. рsoas (6 случаевъ); въ этомъ числѣ было 3 червеобразныхъ отростка, которые не могли бы опуститься въ малый тазъ влѣдствіе своей крайне незначительной длины; положеніе остальныхъ 3-хъ было обусловлено короткой брыжейкой, влѣдствіе чего одинъ изъ нихъ былъ свернутъ спирально.

Итакъ, на основаніи того, что намъ пришлось наблюдать, вышеописанныя формы расположенія червеобразного отростка нужно считать за самыя частыя. Найденное нами оказывается такимъ образомъ совершенно согласнымъ съ тѣмъ, что говорятъ *Velpeau*, *Luschka*, *Cruveilhier*, *Henle*, *Тареневскій* и др., которые, не упоминая о процентномъ отношеніи, считаютъ для червеобразного отростка положеніе въ маломъ тазу за типическое.

Steiner ¹⁾ придерживается того же мнѣнія; подобно намъ, онъ наблюдалъ, что съ ростомъ субъекта положеніе въ маломъ тазу начинаетъ преобладать, такъ что въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ оно было найдено 12 разъ изъ 26 (47%), а въ возрастѣ за 60 лѣтъ даже въ 80%. Однако онъ расходится съ нами въ томъ, что для молодого возраста считаетъ fossam iliacam болѣе типичнымъ мѣстомъ, чѣмъ то, которое нами выше упомянуто.

Treves ²⁾ у взрослыхъ находилъ червеобразный отростокъ въ большинствѣ случаевъ лежащимъ позади конца подвздошной кишки и ея брыжейки, при чемъ верхушка его была направлена къ селезенкѣ. Подобное положеніе, какъ уже сказано, мы считаемъ болѣе типичнымъ для молодого возраста. Новѣйшіе авторы, *Lockwood* и *Rolleston* ³⁾, самыми частыми положеніями считаютъ: 1) то, при которомъ червеобразный отростокъ идетъ въ поперечномъ направленіи, прикртый задней пластинкой mesenterii (по *Treves*) и 2) то, при которомъ онъ сгибывается въ малый тазъ. Они справедливо указываютъ, что, при подвижности червеобразнаго отростка, одно положеніе можетъ перейти въ другое. Слѣдуетъ имѣть въ виду, что положеніе червеобразнаго отростка въ данныхъ случаяхъ зависитъ также и отъ положенія конца ilei, съ которымъ отростокъ связанъ своею брыжейкой.

¹⁾ l. c. стр. 6—7.

²⁾ l. c. стр. 527.

³⁾ l. c.

Весьма нередко, как о томъ свидѣлствуютъ многие авторы, червеобразный отростокъ можно найти помѣщающимся позади слѣпой кишки. Мы уже имѣли случай цитировать по этому поводу *Burne'a* и *Cruveilhier*. Въ обширной болѣе старой и новой литературѣ по „перитифлиту“ можно встрѣтить указанія, съ клинической и патолого-анатомической стороны, на то, что такое аномальное положеніе червеобразнаго отростка должно наблюдаться довольно часто, однако не видно, чтобы клиницисты давали себѣ вполнѣ ясный отчетъ въ связи, которая существуетъ между особымъ расположеніемъ червеобразнаго отростка и соответствующимъ, совершенно своеобразнымъ теченіемъ „перитифлита“.

Такъ *Steiner* ¹⁾, въ специальной работѣ, посвященной патологической анатоміи червеобразнаго отростка, указываетъ на положеніе червеобразнаго отростка позади слѣпой кишки, какъ на *«temporäre Lageveränderung, hervorgebracht durch Darmeristaltik.»* Ниже мы будемъ имѣть еще случай доказать, насколько подобное заблужденіе встрѣчается часто.

Тареневскій ²⁾ въ своихъ двухъ весьма обстоятельныхъ работахъ о слѣпой кишкѣ и червеобразномъ отросткѣ, одинъ изъ первыхъ послѣ *Burne'a* отводитъ должное мѣсто описанію различныхъ аномальныхъ положеній червеобразнаго отростка, при чемъ не ограничивается однимъ изложеніемъ анатомическихъ фактовъ, но дѣлаетъ изъ нихъ весьма важные, по нашему мнѣнію, практические выводы.

Весьма наглядное изображеніе нѣкоторыхъ изъ разбираемыхъ нами аномалій можно найти у *Treves'a*, который, подобно *Тареневскому*, ставитъ происхожденіе ихъ въ зависимость отъ эмбриональных условій. *Mott* ³⁾, *Dunn* ⁴⁾, *Fergusson* ⁵⁾, *Jonnesco* ⁶⁾, *Lockwood* и *Rolleston* ⁷⁾ останавливаются на томъ же явленіи; ссылаясь на вліяніе эмбриональных условій, они, однако, даютъ не совсѣмъ

ясное представленіе о способѣ происхожденія этихъ аномалій и соответственно этому, какъ увидимъ ниже, получается поводъ для нѣкотораго недоразумѣнія. Исслѣдованій этихъ авторовъ мы коснемся при нижеслѣдующемъ описаніи нашихъ собственныхъ наблюденій.

При просмотрѣ 105 труповъ, возраста отъ 14 до 73 лѣтъ, — мы нашли червеобразный отростокъ лежащимъ позади слѣпой кишки 22 раза, что составляетъ болѣе 21%. Все это послѣднее число мы находимъ удобнымъ раздѣлить на отдѣльныя группы, соответственно нѣкоторымъ деталямъ въ расположеніи червеобразнаго отростка, которымъ мы придаемъ извѣстное значеніе. Это дѣленіе принято и на таблицѣ VIII.

Къ первой группѣ мы причисляемъ тѣ случаи, когда червеобразный отростокъ, имѣющій болѣе или менѣе выраженное *mesenterium*, свободно помѣщается позади собственно *coeci* или *ileo-coecal'наго* соединенія. При этомъ слѣпая кишка, а иногда и часть *coeli* ас. не прилежны, и приходится лишь приподнять слѣпую кишку для того, чтобы увидѣть червеобразный отростокъ. Причина подобнаго расположенія его не требуетъ здѣсь особыхъ поясненій послѣ того, что сказано выше. *Тареневскій*, *Treves* и др. указываютъ на недостаточную первоначальную длину *mesenterii* и на послѣдовательное укороченія ея вслѣдствіе того, что часть брыжины, ее составляющей, потрагилась на покрывку *coeci*. Соответственно этому, какъ намъ приходилось видѣть, въ подобныхъ случаяхъ червеобразный отростокъ лежитъ свернутый клубочкомъ или спиралью и брыжейка его начинается частью отъ *mesenterii ilei*, частью отъ задней поверхности *ileo-coecal'наго* соединенія или *coeci*. Мы встрѣтились съ описаннымъ явленіемъ 4 раза: у 14-ти лѣтняго мальчика, у женщинъ 42 и 62 лѣтъ и у мужчины 60-ти лѣтъ. Соответственная длина отростка была 9, 6, 7¹/₄, и 6 сант. Въ полости цѣреваго изъ нихъ было найдено порядочное количество кала; слизистая оболочка его была поражена туберкулезными язвами. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ червеобразный отростокъ имѣлъ нормальное строеніе, если не считать атрофіи его слизистой оболочки и облитерациі проствѣта.

Во вторую группу мы нашли возможнымъ включить тѣ случаи, когда при положеніи червеобразнаго отростка, аналогичномъ только что описанному, онъ скрытъ въ болѣе или менѣе резко выраженной *fossa subcoecalis*.

Мы встрѣтились съ подобнымъ явленіемъ 5 разъ (у мужчинъ

¹⁾ I. c. стр. 9.

²⁾ I. c.

³⁾ Two anomalous vermif. appendices. Trans. Path. Soc. Lond. Vol. 40, 1889. стр. 105.

⁴⁾ Retrocaecal hernia of the appendix coeci. Тамъ же, стр. 114.

⁵⁾ The surgical anatomy of the vermiform appendix. Amer. Journ. of Med. Sc., т. 101.

⁶⁾ Hernies internes retroperitoneales. Paris. 1890, стр. 104.

⁷⁾ I. c., а также Retroperitoneal hernia of the vermiformis appendix. Trans. Path. Soc. Lond. т. 41, 1890, стр. 118.

17, 27 и 52-х лѣтъ и у женщинъ 29 и 58 лѣтъ). Какъ въ предыдущихъ случаяхъ, такъ и здѣсь, червеобразный отростокъ представлялъ непосредственное продолженіе воронкообразной слѣпой кишки, повернутой назадъ, и былъ чаще свернутъ спирально. Патологическія измѣненія его при этомъ расположеніи мы не нашли. Содержимое въ 4-хъ случаяхъ было слизь, въ одномъ калъ въ порядочномъ количествѣ. Длина равнялась около 9-ти сант. Случай № 11 изображенъ нами на рисункѣ 2. Къ сожалѣнію, мы не имѣли возможности, по независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ, изобразить въ рисунокъ то, что наблюдалось въ №№ 72 и 79, въ которыхъ довольно глубокая fossa subcoecalis сообщалась съ остальной полостью брюшины узкимъ отверстіемъ въ нѣсколько миллиметровъ въ діаметрѣ, и червеобразный отростокъ лежалъ такимъ образомъ въ мѣшкѣ, почти совершенно изолированномъ отъ остальной полости брюшины.

Происхожденіе подобной формы расположенія червеобразного отростка можно объяснить такимъ образомъ: вслѣдствіе причинъ, связанныхъ съ эмбриональнымъ передвиженіемъ слѣпой кишки и ея ростомъ, создается fossa subcoecalis; независимо отъ этого по вышеописаннымъ причинамъ червеобразный отростокъ остается позади слѣпой кишки; изъ сочетанія того и другаго условія получается червеобразный отростокъ, заключенный въ fossa subcoecalis.

Нѣкоторые новѣйшіе авторы, Lockwood, Jonnesco, Dunn и др., наблюдавшіе подобное положеніе червеобразного отростка, описываютъ его подъ именемъ «ретроперитонеальной грыжи червеобразнаго отростка» (retroperitoneal hernia of the vermiform appendix). Lockwood ¹⁾ выражается по этому поводу слѣдующимъ образомъ: «Leichtenstern заявилъ, что грыжи рѣдко наблюдаются въ области сосей; это замѣчаніе не относится въ такой же степени къ грыжѣ червеобразнаго отростка, помѣщающейся въ fossa subcoecalis или ileo-coecalis; подобная грыжа бываетъ вовсе нѣредко, но ускользала отъ вниманія». Далѣе Lockwood ²⁾ говоритъ, что fossa subcoecalis образуется во время опусканія слѣпой кишки въ подвздошную ямку, и одновременно съ этимъ явленіемъ червеобразный отростокъ выдвигается (herniated) въ упомянутую fossa.

Намъ кажется, что выраженіе «грыжа» въ данномъ случаѣ можно привести къ совершенно превратнымъ понятіямъ относительно

происхожденія разбираемой аномаліи расположенія червеобразнаго отростка. Червеобразный отростокъ не выдвигался здѣсь въ fossa subcoecalis, а всегда оставался въ одномъ положеніи; fossa же subcoecalis образовалась послѣдовательно и самостоятельно, и захватила, такъ сказать, червеобразный отростокъ въ свою полость.

Къ слѣдующей разновидности аномальнаго положенія червеобразнаго отростка позади слѣпой кишки мы причисляемъ тѣ случаи, когда онъ, отходя отъ сосца, направляется къзади и затѣмъ стелется вдоль задней или задне-медиальной стороны начала coli asc.; въ нѣкоторыхъ случаяхъ червеобразный отростокъ сначала направляется медиально, а затѣмъ уже идетъ вверхъ (рис. 4).

Описанію этой группы мы отведемъ нѣсколько больше мѣста, вслѣдствіе исключительно важнаго практическаго значенія этой аномаліи. Мы приведемъ тѣ 13 случаевъ, которые представились нашему наблюденію.

1) Мужчина 24 лѣтъ (№ 21). Слѣпая кишка и начало coli asc. свободны на высоту 10 сант. Червеобразный отростокъ отходитъ снизу и медиально на расстоянии около 1 сант. отъ ilei, идетъ назадъ и затѣмъ стелется по задне-медиальной поверхности начала толстой кишки, прикрѣпленный на короткой брыжейкѣ, исходящей отъ задней поверхности этой же кишки и доходящей почти до верхушки червеобразнаго отростка, длина котораго равна 9½ сант., а ширина у основанія 0,7, у верхушки немного меньше. Входя въ червеобразный отростокъ воронкообразный; въ полости его—только слизь.

2) Женщина 24 лѣтъ (№ 31). Слѣпая кишка и начало coli asc. покрыты складъ брюшины на высоту 11 сант. Червеобразный отростокъ отходитъ, какъ въ предыдущемъ случаѣ, и идетъ вверхъ позади ileo-coecal'наго соединенія. Основная его часть прикрѣплена на короткой брыжейкѣ, верхушка же совершенно свободна (рис. 3). Какъ видно на рисунокѣ, mesenteriolium очень коротко и начинается отъ медиальнаго края coli asc. Поперечный раздѣръ отростка очень великъ—1,0 сант.; длина 9 сант. Стѣнки его очень толсты. При изслѣдованіи изъ полости слѣпой кишки, оказывается оплывающейся устья червеобразнаго отростка, слѣдствіе чего полость его разлупта скопившеюся слизью-подобною жидкостью. Слизистая оболочка разрыхлена, мѣстами изъязвлена и отсоедена отъ подлежащихъ слоевъ.

3) Мужчина 33 лѣтъ (№ 37). Высота переходной складки брюшины позади начала толстой кишки—10½ сант. Расположеніе червеобразнаго отростка, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Брыжейка его коротка и немного не доходитъ до верхушки. Длина его 9 сант., ширина 0,4 сант. Въ полости его слизь, окрашенная каломъ. Патологическихъ измѣненій нѣтъ.

4) Мужчина 30 лѣтъ (№ 52). Слѣпая кишка лежитъ высоко въ тазовой ямкѣ. Червеобразный отростокъ, длиною 8½ сант., отходитъ снизу и медиально и идетъ вверхъ, прикрѣпленный къ медиальному краю начала толстой кишки на короткой брыжейкѣ. Верхушка его немного не доходитъ до нижней поверхности печени. Поперечникъ у основанія 0,7 сант. Слѣпая кишка и начало coli свободны почти до flexura hepatica.

¹⁾ Trans. Path. Soc. Lond. 1890. стр. 118.

²⁾ Journ. anat. phys. 1891. October.

5) Женщина 31 года (№ 54). Сальная кишка свѣшивается въ малый тазъ. Червеобразный отростокъ на короткой брыжжѣйкѣ идетъ позади сальной кишки. Длина $7\frac{1}{2}$ сант., ш. прина 0,6 сант.; въ полости только слизи.

6) Мужчина 44 лѣтъ (№ 71). Сосис и colon asc. сади вполнѣ покрыты брышной. Сосис подвернуто мѣдиально и постепенно переходитъ въ червеобразный отростокъ, идущій вверхъ по мѣдиальной сторонѣ начала толстой кишки. Червеобразный отростокъ сильно развитъ, шириною его у основанія около 1 сант., у верхушки около 0,7 сант. Длина его такъ велика (13 сант.), что верхушка не много не доходить до печени. Полость его широко сообщается со сальной кишкой и содержитъ калъ; входъ въ нее воронкообразный. Никакой valvulae при входѣ не имѣется. Замѣчательно отношеніе червеобразного отростка къ началу толстой кишки: mesenterium вовсе не существуетъ, поэтому отростокъ на всемъ протяжении плотно прилегаетъ къ задней поверхности coli и кажется прикрѣпленнымъ съ нею (colon) одною общою брышною, которая надъ нимъ ложится въ поперечныя складки (см. рис. 6).

7) Женщина 39 лѣтъ (№ 74). Переходная складка брышину помѣщается на высотѣ 15—16 сант. Червеобразный отростокъ отходитъ снизу и мѣдиально, представляетъ постепенное продолженіе сальной кишки, и идетъ вверхъ по задне-мѣдиальной стѣнкѣ coli asc. Онъ имѣетъ довольно длинную брыжжѣйку, начинающуюся отъ mesenterii и задней поверхности сосис; mesenterium его на ограниченномъ участкѣ прилежено къ задней поверхности coli, такъ что если нарушить складку, то червеобразный отростокъ приобретаетъ подвижность, хотя не на столько, чтобы опуститься внизъ. Длина его 9 сант., ширина 0,4. Въ полости — слизи.

Эти только что описанные 7 случаевъ составляютъ первую половину разбираемой нами группы. Въ каждомъ изъ нихъ червеобразный отростокъ шелъ вверхъ, прилегалъ къ задней поверхности начала толстой кишки, которая была вполнѣ покрыта брышной. Червеобразный отростокъ такимъ образомъ помѣщался интраперитонеально.

Въ остальныхъ 6-ти случаяхъ, относящихся къ той же группѣ, червеобразный отростокъ былъ расположенъ совершенно аналогично, но при этомъ стѣнка толстой кишки, къ которой онъ прилегалъ, была прилежена къ лежащей сади паритальной брышнѣ и вслѣдствіе этого червеобразный отростокъ лежалъ экстраперитонеально. Соответственно тому, замурованный въ такимъ образомъ весь червеобразный отростокъ или только часть его, мы раздѣлимъ здѣсь, какъ и въ таблицѣ VIII, относящіяся сюда случаи на двѣ категоріи. Къ числу первыхъ относятся слѣдующіе два:

8) Мужчина 39 лѣтъ (№ 47). Переходная складка брышину на высотѣ верхняго уровня сальной кишки. При нормальномъ положеніи частей червеобразного отростка вовсе не видно. Онъ отходитъ снизу и мѣдиально и идетъ вверхъ, позади начала толстой кишки, замурованный почти весь въ клетчаткѣ. Сообщеніе его со сальной кишкой свободно. Длина $11\frac{1}{2}$ сант.; ширина 0,6. Полость вполне пазова. По высвобожденіи его при помощи ножницъ, оказывается, что онъ имѣетъ брыжжѣйку, довольно короткую, идущую отъ мѣдиально-задней поверхности coli asc. Патологическихъ измѣненій его нѣтъ.

9) Мужчина 60-ти лѣтъ (№ 91). Сальная кишка сади отчасти прилежена. Червеобразный отростокъ отходитъ снизу и идетъ кади и вверхъ, прилегалъ къ задней поверхности сосис и coli asc. Чтобы высвободить его приходится работать ножницами и пальцемъ. Отграниченный червеобразный отростокъ имѣетъ длину $11\frac{1}{2}$ сант., ширину верхушки 0,4. Онъ представляетъ непосредственное продолженіе сосис и содержитъ калъ. Патологическихъ измѣненій нѣтъ.

Въ нижеслѣдующихъ случаяхъ червеобразный отростокъ также лежалъ позади сальной кишки, но экстраперитонеально помѣщалась лишь периферическая его часть.

10) Мужчина 17-ти лѣтъ (№ 5). Сальная кишка и часть coli asc. покрыты сади брышной на высотѣ 6 сант. Сосис, конечно, спускался, направлено мѣдиально и непосредственно переходилъ въ червеобразный отростокъ, который идетъ сначала вверхъ и мѣдиально, прилегалъ къ задней поверхности ilei, а затѣмъ направляется болѣе латерально къ задней поверхности coli asc. Такимъ образомъ, задняя таenia дѣлаетъ почти полныя крутъ (см. рис. 4). Червеобразный отростокъ по формѣ и относительноныя размѣры напоминаетъ сальную кишку лѣкотыхъ животныхъ (кангуру, обезьянъ и др.) и по строенію мало отличается отъ остальной толстой кишки. Периферическая его часть замурована въ клетчаткѣ на уровнѣ верхней границы ilei. По высвобожденіи его получается короткое mesenterium, начинающееся отъ задней поверхности ileo-socol'наго соединенія и mesenterii. Червеобразный отростокъ свободно сообщается съ полостью сальной кишки, такъ что сомкнутыя ножницы ходятъ легко. Длина его 9 сант., ширина у основанія 0,7 сант., у срединѣ 0,5 и у верхушкѣ 0,7 сант. На глубинѣ 7 сант. имѣется облитерация просвета на протяженіи одного сант., а затѣмъ опять небольшая изолированная полость, содержащая слизь съ примѣсью кала. Слизистая оболочка на этомъ послѣднемъ участкѣ представляетъ слѣды хроническаго воспаленія.

11) Мужчина 34 лѣтъ (№ 46). Переходная складка брышину на высотѣ не много ниже cristae ilei. Червеобразный отростокъ отходитъ снизу и мѣдиально и идетъ вверхъ по задней поверхности сальной кишки. Начало его на протяженіи 3—4 сант. помѣщается интраперитонеально, а затѣмъ идетъ замурованный въ клетчатку между colon asc. и задней брышной стѣнкѣ. При поднятіи сосис, онъ просвѣчиваетъ черезъ брышину и верхушка его оказывается сморщенной мѣдиально. По высвобожденіи его, mesenterium оказывается крайне короткимъ, такъ что трудно отгнать червеобразный отростокъ отъ сальной кишки. Длина его 9 сант., ширина 0,4 — 0,6 сант. Входъ въ червеобразный отростокъ воронкообразный; на этомъ мѣстѣ, какъ и на всей внутренней поверхности сосис, язви туберкулезнаго характера. Полость червеобразнаго отростка содержитъ слизь; на глубинѣ 5 сант. имѣется перетенообразное расширеніе ея съ утолщеніемъ стѣнокъ и сфероидными окрашиваніемъ слизистой оболочкѣ. Далеже на протяженіи 3—4 сант. (до самой верхушки) полная облитерация просвета. Брышину переходной складки и окружающіе частей не представляютъ патологическихъ измѣненій.

12) Женщина 54-хъ лѣтъ (№ 83). Брышину устья мелкими раковыми узлами. Сальная кишка прилежена, позади нея замурованы свернувшійся червеобразный отростокъ, имѣющій длину 5 сант. и ширину въ срединѣ 0,8 сант. Средняя часть его растянута и содержитъ мутную жидкость; стѣнки его и mesenterium устья узлами новообразованы.

13) Женщина 61 года (№ 94). Переходная складка брышину на высотѣ 6

сант. Узкий и блѣдный червеобразный отросток отходить снизу и сзади и за-
тѣмъ идетъ вверхъ по задней поверхности начала толстой кишки. Начало отро-
стка на протяженіи $1\frac{1}{2}$ сант. помѣщается интраперитонеально, а периферически
его часть заклеена въ клѣтчатѣ; при этомъ верхушка его направлена немного
книзу и медиально (подковообразная форма. *Таренечкій*). По высвобожденіи его
оказывается, что короткая брыжжейка начинается на задней поверхности *coli*
asc. и не доходитъ до его верхушки. Длина червеобразного отростка 6 сант.,
ширина 0,4. Простѣтъ очень узкій, недоходя до конца на 1 сант. облитериро-
вать. (См. рис. 5).

О причинахъ развитія подобной аномаліи также было упо-
мянуто (см. стр. 65); позволяемъ себѣ, однако, коснуться еще
этого вопроса.

Мы видимъ здѣсь ч. отростокъ остановившимся въ томъ положеніи
относительно толстой кишки, которое онъ занималъ въ началѣ 4-го
утробнаго мѣсяца, когда начало *coli asc.* еще помѣщалось подъ
печенью. Въ то время, какъ соесимъ опустилось въ подвздошную
ямку и продѣлало вышеописанный поворотъ, ч. отростокъ сохра-
нилъ свое прежнее положеніе и такимъ образомъ очутился идущимъ
вверхъ позади соесіи и *coli asc.* Относительно причинъ, почему ч.
отростокъ не опустился, намъ тоже остается только напомнить
сказанное. *Таренечкій* указываетъ на то, что въ подобныхъ
случаяхъ *mesenteriolium* исходить, противъ обыкновенія, или отъ
задней поверхности *coli asc.*, или отъ той части задней пластинки
mesenterii, которая находится ближе всего къ медиальному краю *coli*
asc., т.е. почти надъ мѣстомъ впаденія *ilei*. Тотъ же фактъ наблюдалъ
Treves, который поясняетъ его цѣлымъ рядомъ соответствующихъ
схематическихъ рисунковъ. По мнѣнію *Treves'a*, первоначально ко-
роткое *mesenteriolium* при несоотвѣтственномъ ростѣ слѣпой кишки,
съ одной стороны, и ея серозного покрова, съ другой, можетъ
распластываться и пластинки, ее (*mesenteriolium*) составляющія, мо-
гутъ пойти на покрывку слѣпой кишки; окончательной стадіей
такого процесса будетъ, стало быть, тотъ случай, когда бры-
жейка ч. отростка исчезаетъ совершенно и ч. отростокъ плотно
прилепляется къ задней поверхности восх. ободочной кишки, какъ
бы прикрытый съ нею общою серозною оболочкой.

Если представить себѣ, что не всегда дѣло дойдетъ до этой
послѣдней степени, то будетъ ясно происхожденіе остальныхъ
вариантовъ, когда ч. отростокъ идетъ, напр., вверхъ, но имѣетъ едва
замѣтную брыжжейку и т. п.

Мы имѣли возможность не разъ подтвердить наблюденія *Та-
ренечкаго* и *Treves'a*. На рисункѣ 3 изображенъ ч. отростокъ,

брыжжейка котораго, не доходящая до его верхушки, начинается
отъ медиальнаго края *coli asc.*; на рисункѣ 6 мы имѣемъ также
заднюю поверхность начала толстой кишки и конца подвздош-
ной. Чрезвычайно длинный ч. отростокъ лежитъ подъ общими
брюшинными покровомъ *coli asc.* Напомнимъ, что какъ въ этомъ,
такъ и въ предыдущемъ случаѣ, начало толстой кишки не было
приклеено.

Новѣйшіе авторы *Lockwood* и *Rolleston* описываютъ положеніе
ч. отростка, аналогичное послѣднему, нами упомянутому, и вы-
ражаются по этому поводу слѣдующими словами: „ч. отростокъ
можетъ прилежать къ нижней поверхности соесіи, непосредственно
прикасаясь къ ея мышечной стѣнкѣ и прикрытый ея серозной
оболочкой“. Въ описаніе подробнаго происхожденія этой аномаліи
однако авторы не вдаются.

Весьма интереснымъ по отношенію къ исторіи развитія подоб-
наго расположенія ч. отростка у взрослыхъ представляется изоб-
раженіе (рис. 7) слѣпой кишки и ч. отростка, наблюдавшихся
нами у новорожденнаго. Въ данномъ случаѣ также соесимъ и
colon asc. были совершенно свободны; *mesocolon* было отчасти
приклеено къ передней поверхности почки. Ч. отростокъ, дли-
ною въ 3 сант. и шириною въ 0,3 сант., пересѣкаетъ сзади
ileo-coecal'ное соединеніе и идетъ вверхъ, прилегая къ медиально-
задней сторонѣ *coli asc.* При этомъ начальная его часть еще мо-
жетъ быть приподнята отъ толстой кишки, тогда какъ перифери-
ческий конецъ плотно фиксированъ и покрытъ общою брюши-
ной съ толстой кишкой. Рисунокъ 7 такимъ образомъ представляетъ
въ миниатюрѣ то же самое, что изображено на рисункѣ 6. Нетрудно
себѣ представить, что съ дальнѣйшимъ ростомъ организма, изъ того,
что изображено на первомъ изъ данныхъ рисунковъ, получилось
бы то, что имѣется во второмъ.

Расположеніе ч. отростка, подобное тому, которое имѣется на
рисункѣ 7, намъ удалось найти лишь одинъ разъ на 28 труповъ
новорожденныхъ. Однако, и это единственное наблюденіе доказы-
ваетъ, что происхожденіе вышеописанной аномаліи положенія ч.
отростка нужно отнести къ раннему періоду развитія организма.

Что касается тѣхъ случаевъ, когда ч. отростокъ, помѣщаясь
позади слѣпой кишки, кромѣ того замурованъ въ клѣтчатѣ, т. е. де-
житъ экстраперитонеально, то способъ происхожденія этой формы
аномаліи вытекаетъ изъ слѣдующаго. Если послѣ того, какъ ч. от-
ростокъ остался фиксированнымъ въ данномъ положеніи, начало

толстой кишки, по *Toldt*, приклевается къ задней брюшной стѣнкѣ, то и ч. отростокъ очутится заклееннымъ, т. е. будетъ лежать экстраперитонеально; смотря потому, до какой границы внизъ произойдетъ прилеиваніе толстой кишки, экстраперитонеально будетъ лежать большая или меньшая периферическая его часть. Сказанное понятно изъ рисунковъ 4 и 5. Подобное положеніе червеобразнаго отростка описываютъ также и *Lockwood* и *Rolleston*¹⁾ и употребляютъ для этихъ случаевъ довольно своеобразное выраженіе. По мнѣнію ихъ, „длинный ч. отростокъ иногда *прободаетъ* брюшину и идетъ вверхъ по рыхлой кѣтчатѣ...“ Очевидно, что подобное выраженіе даетъ опять-таки превратное понятіе о способѣ происхожденія этой аномаліи.

Слѣдуетъ замѣтить, что тамъ, гдѣ ч. отростокъ заклеенъ позади соеи, нѣвольно на умъ приходитъ мысль, что подобная заклеиза есть продуктъ патологическій. Подобное предположеніе однако опровергается тѣмъ, что и при обычныхъ положеніяхъ ч. отростка склейка начала толстой кишки съ паріетальной брюшиной, какъ показали *Toldt*, представляетъ весьма частое и нормальное явленіе, такъ что описываемое положеніе ч. отростка является лишь подтвержденіемъ для теоріи *Toldt'a*. Если въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ (№№ 5 и 46) ч. отростокъ и имѣлъ кое-какія патологическія измѣненія, то наружный видъ его говорилъ противъ бывшаго мѣстнаго перитонита, тѣмъ болѣе, что, по высвобожденіи его, мѣстико и *mesenterium* не представляло какихъ либо рѣзкихъ измѣненій (случай № 83 мы не принимаемъ въ расчетъ).

Одновременно съ аномальнымъ положеніемъ позади *coli asc.*, ч. отростокъ представляетъ нѣкоторыя другія особенности, имѣющія также практическое значеніе. *Эмбриональный типъ*, сказавшійся на его положеніи, замѣтитъ также и на его формѣ, разнотипахъ и пр. (*Таренискій*). Ч. отростокъ въ подобныхъ случаяхъ нѣрѣдко составляетъ непосредственное продолженіе слѣпой кишки, и воронкообразное начало его допускаетъ свободное сообщеніе съ ея полостью (см. рис. 6). Размѣры его при этомъ гораздо больше, чѣмъ обыкновенно. Такъ въ случаяхъ №№ 52 и 71 длина его была около 13—14 сант., а ширина около 0,7—1,0. *Treves* наблюдалъ у взрослога 37 лѣтъ ч. отростокъ, плотно прилегающій къ задней поверхности толстой кишки и имѣющій длину 4 дюйма,

ширину болѣе полойма, при чемъ ширина его была одинакова на всемъ протяженіи.

На практическое значеніе широкаго входнаго отверстія ч. отростка весьма основательно указываетъ *Таренискій*. Опыты, продѣланные этими авторомъ, убѣдили его въ томъ, что при этихъ условіяхъ, когда у ч. отростка не существуетъ, кромѣ того, его обычнаго перегиба (*Knickung*), содержащее слѣпой кишки перегоняется въ полость ч. отростка при самомъ незначительномъ давленіи. Соответственно этому, въ трехъ случаяхъ вскрытій, при которыхъ автору удалось найти ч. отростокъ переполненнымъ инородными тѣлами, онъ лежалъ, какъ выше описано, позади слѣпой кишки.

Въ двухъ изъ этихъ случаевъ застрявшія тѣла (вишневые косточки, сѣмена маслин) были причиною смертельной перфораци; въ третьемъ—ч. отростокъ былъ найденъ переполненнымъ каломъ конкрементами, образовавшимися вокругъ сѣмянъ винограда. Намъ не удалось найти въ полости подобнаго ч. отростка какихъ либо инородныхъ тѣлъ, но въ трехъ случаяхъ онъ былъ наполненъ густымъ каломъ; и этотъ фактъ подтверждаетъ заявленіе *Таренискаго*.

Въ этой особенноти анатомическаго устройства червеобразнаго отростка, въ томъ случаѣ, когда онъ идетъ вверхъ, можно, пожалуй, найти почву для примѣненія авторовъ старыхъ и новыхъ воззрѣній на „перитифлитъ“. Если широкий червеобразный отростокъ легко наполняется каломъ, идетъ вверхъ и прилегаетъ къ задней поверхности *coli asc.*, то, очевидно, при запорѣ и переполненіи соеи выходъ для содержимаго червеобразнаго отростка будетъ прегражденъ. Бользненные явленія, могущія наблюдаться въслѣдствіе переполненія червеобразнаго отростка (*colique appendiculaire. Talomon*), могутъ исчезнуть съ опорожненіемъ слѣпой кишки, и въ этомъ смыслѣ, пожалуй, можно говорить о *typhlitis stercoralis*.

При томъ патологическомъ значеніи, которое пріобрѣтаетъ такимъ образомъ аномальное положеніе ч. отростка вообще позади слѣпой кишки, желательно, конечно, знать, хотя бы приблизительно, какъ часто подобная аномалія встрѣчается. *Таренискій* при изслѣдованіи 56-ти труповъ нашелъ ее 19 разъ, т. е. приблизительно въ 30%. *Treves* находилъ то же самое въ 18%, *Fergusson* на 200 случаевъ нашелъ 77, при которыхъ червеобразный отростокъ былъ такъ расположенъ относительно соеи, что прободеніе его произошло бы въ

- Г.—Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задней или задне-медиальной сторонѣ начала толстой кишки *интраперитонеально*. 6 „
- Д.—Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задней или задне-медиальной сторонѣ начала толстой кишки, располагаясь *ополн экстраперитонеально*. 2 „
- Л.—Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ задней или задне-медиальной сторонѣ начала толстой кишки, располагаясь *частью экстраперитонеально*. 4 „
- М.—Червеобразный отростокъ лежитъ позади дна соея, повернутого кверху и кзади 1 „

22

Въ отдѣлѣ I мы имѣемъ 83 случая, въ которыхъ червеобразный отростокъ помѣщается болѣе или менѣе свободно въ общей брюшной полости. Онъ покрытъ со всѣхъ сторонъ брюшиной, и при помощи тонкой складки — mesenteriolum прикрѣпленъ къ брыжейкѣ ilei. Передвиженіе его находится въ зависимости отъ mesenteriolum, а также отъ измѣненій въ положеніи конца ilei и соея (въ случаѣ, если эта послѣдняя кишка не фиксирована). Воспалительные процессы, исходящіе отъ слизистой его оболочекъ, дойдя до серознаго покрова, могутъ распространяться прежде всего на брюшину слѣпой кишки, а затѣмъ далѣе. При прободеніи его стѣнки содержимое его изливается въ общую брюшную полость, при чемъ даны условія для зараженія всей брюшины. При болѣе благоприятномъ теченіи, зараженіе останется мѣстнымъ, и произойдутъ складки червеобразнаго отростка съ соседними частями и изліаніе его содержимаго въ подвздошную кишку, пузырь и пр. Если исходомъ прободенія будетъ образованіе гноя, то подобный абсцессъ *будетъ помѣщаться интраперитонеально*.

Изъ 83 случаевъ I отдѣла мы имѣемъ 50 (А), въ которыхъ ч. отростка свѣшивается въ малый тазъ, и 20 (В), въ которыхъ онъ идетъ болѣе горизонтально къ promontorium. Расположеніе ч. отростка въ этихъ общахъ группахъ въ практическомъ отношеніи имѣетъ много общаго. Мы видимъ здѣсь замѣчательно благоприятныя условія для того, чтобы воспалительные процессы, исходящіе отъ ч. отростка, будь то септический перитонитъ или абсцессъ, оставались мѣстными. Въ первомъ случаѣ (А) ч. отростокъ свѣшивается черезъ медиальный край m. psoas, при чемъ его верхушка

III.

Переходя къ **практическимъ выводамъ**, которые слѣдуютъ изъ вышеприведенныхъ анатомическихъ данныхъ, мы разбѣстимъ итогъ, полученный въ таблицѣ VIII, въ двухъ отдѣлахъ и такимъ образомъ получимъ слѣдующее.

Г. Червеобразный отростокъ расположенъ свободно въ полости живота.

- А.—Червеобразный отростокъ свѣшивается въ малый тазъ 51 разъ.
- В.—Червеобразный отростокъ идетъ поперекъ m. psoas къ promontorium (выше или ниже). 20 „
- С.—Червеобразный отростокъ лежитъ свободно на m. iliacus или psoas. 6 „
- Д.—Червеобразный отростокъ идетъ вверхъ, прилегая къ латеральной сторонѣ coli asc. 2 „
- Е.—Червеобразный отростокъ лежитъ въ области средины живота при поперечномъ положеніи нач. толстой кишки 3 „
- Е.—Червеобразный отростокъ лежитъ впереди flexurae sigmoideae, занимающей правую fossa iliacae. 1 „

83

II. Червеобразный отростокъ помѣщается между началомъ толстой кишки и задней стѣнкой живота или подвздошной ямкой (сзади).

- Г.—Червеобразный отростокъ лежитъ, свернувшись, позади ileo-соесянаго соединенія 4 раза.
- Д.—Червеобразный отростокъ лежитъ позади слѣпой кишки, скрытый въ fossa subheccalis 5 „

может прикасаться къ органамъ, помѣщающимся въ маломъ тазу, у мужчинъ—къ прямой кишкѣ, пузырю, у женщинъ—къ той же кишкѣ, маткѣ, широкимъ связкамъ, яичнику и пр. Свѣшиваясь въ малый тазъ, ч. отростокъ обыкновенно прикрывается вполнѣ концомъ подвздошной кишки или ея брызжейкой; при малѣйшемъ воспаленіи его брюшиннаго покрова онъ прочно фиксируется, прилегая къ задней или латеральной стѣнкѣ малаго таза; гнойные или иные продукты будутъ помѣщаться въ полости малаго таза, и вмѣстѣ съ ними будетъ нерѣдко образовано сзади—переднюю поверхностью вѣстца, справа—боковую стѣною малаго таза, слева—правую стѣною гесті, спереди—заднюю поверхностью ilei и его брызжейки, задне-верхнюю поверхностью пузыря, матки, широкихъ связокъ и пр. Типичный случай подобнаго расположенія абсцесса мы наблюдали въ случаѣ № 12, табл. I. Верхушка ч. отростка была плотно приклеена къ передней поверхности вѣстной кости, ниже promontorium, а вышедшій изъ отростка камень помѣщался въ небольшой полости, ограниченной сзади sacro, спереди mesenterio, слева recto; поверхности брызжейки и прямой кишки, обращенныя къ нарыву, были на соответственномъ мѣстѣ изъязвлены.

При подобномъ расположеніи ч. отростка, образовавшійся гной можетъ прокладывать себѣ путь и на лѣвую сторону тѣла или вверхъ.

Въ извѣстномъ періодѣ нарывъ можетъ, конечно, разрушить склейки и прорваться въ брюшную полость; содержимое его можетъ также вылиться въ пузырь (*Salzer и Reuling, Sonnenburg, Homans* и др.) или въ прямую кишку. Излѣченіе въ эту послѣднюю, надо полагать, должно наблюдаться вовсе нерѣдко, вѣроятно даже чаще, чѣмъ въ слѣпую кишку. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ фактъ прободенія нарыва констатируется на основаніи присутствія гноя въ испражненіяхъ, вѣроятіе всего предположить, что перфорировано rectum, а не coecum. *Gerster* ¹⁾ въ числѣ пяти, описываемыхъ имъ типовъ „перитифлита“, упоминаетъ и т. н. „gestal type“. На основаніи нашихъ анатомическихъ изслѣдованій мы можемъ думать, что подобный типъ долженъ встрѣчаться сравнительно часто, особенно у взрослыхъ.

Практическіе выводы, которые можно сдѣлать изъ сказаннаго,

болѣе всего относятся къ вопросу о діагнозѣ. Изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ или рукою въ подобныахъ случаяхъ должно дать положительныя результаты, даже въ началѣ заболѣванія, что и подтверждается заявленіями авторовъ (*Stimson* ¹⁾ *Fitz* ²⁾ *Vic-kery* ³⁾ и др.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже опорожненіе абсцесса можетъ быть сдѣлано вскрытіемъ его черезъ стѣнку прямой кишки, и такимъ образомъ будетъ достигнуто излеченіе (*Stimson* ⁴⁾).

Намъ остается добавить немного о расположеніи ч. отростка въ группѣ В. Мы встрѣтили его приблизительно въ 20 % всѣхъ случаевъ; но такъ какъ это положеніе отростка свойственно болѣе молодому возрасту (см. стр. 106), который особенно предрасположенъ къ заболѣванію, то можно думать, что въ патологическихъ случаяхъ подобное отношеніе частей должно наблюдаться очень часто. Ч. отростокъ при этомъ лежитъ поперекъ м. psoas, почти весь прикрытый концомъ подвздошной кишки и ея брызжейкой, верхушка же его смотритъ вправо и вверхъ, помѣщаясь то ближе къ срединной линіи, то дальше отъ нея, смотря по его длинѣ. Условія для изоляціи абсцесса также благоприятны; гной опустится внизъ въ малый тазъ, или, чаще, по м. psoas или iliacus къ Poupard'овой связкѣ (inguinal type. *Gerster*).

Размѣщеніе ч. отростка въ группахъ С. и D. болѣе неблагоприятно въ патологическомъ отношеніи. Въ одномъ случаѣ ч. отростокъ свѣшивается внизъ отъ слѣпой кишки и лежитъ на м. iliacus или psoas, въ другомъ — прилегаетъ къ латеральной сторонѣ нач. толстой кишки; при томъ и другомъ условіи ч. отростокъ расположенъ болѣе открыто, и воспалительные процессы, исходящіе отъ него, имѣютъ возможность болѣе широкаго распространенія. Если дѣло дойдетъ до образованія абсцесса, то, какъ и въ предѣдущемъ случаѣ, гнойное скопленіе будетъ занимать подвздошную ямку, или же (въ гр. D) оно можетъ помѣщаться болѣе латерально, прилегая къ правой боковой стѣнкѣ живота, надъ crista ilei. Расположеніе ч. отростка по типу С и D, встрѣчено довольно рѣдко (6 и 2) при чемъ большинство случаевъ группы С относилось къ возрасту до 40 лѣтъ.

При заболѣваніи ч. отростка расположеніе его, подобное тому,

¹⁾ Med. News. 1880.

²⁾ Am. Journ. of med. Sc., т. 92, стр. 334, 1886.

³⁾ Best. med. Journ. т. 118, 1888.

⁴⁾ N. Y. Med. Journ. 1890 т. 52, стр. 246. Annals of Surgery, April 1891, стр. 275.

которое мы встречаемъ въ группахъ Е (3 раза) и Е (1 разъ) представляется однимъ изъ самыхъ неблагоприятныхъ. Въ одномъ случаѣ начало толстой кишки лежитъ поперечно, въ другомъ— слѣпая кишка помѣщается впереди flexurae sigmoidae. При томъ и другомъ условіи ч. отростокъ помѣщается въ области срединны живота, недалеко отъ пупка. Описанное расположение ч. отростка возможно, конечно, только, если начало толстой кишки совершенно подвижно; при этомъ и ч. отростокъ можетъ претерпѣвать обширныя перемѣненія. Если дѣло дойдетъ до перфорации его, то имѣются всѣ условия для быстрого развитія общаго перитонита. Обстоятельства ухудшаются здѣсь еще тѣмъ, что подобное положеніе ч. отростка причиняетъ громадныя затрудненія для діагностики, что, въ свою очередь, поведетъ къ промедленію въ оперативномъ вмѣшательствѣ, отъ котораго только и можно ожидать успѣха въ данномъ случаѣ. Подтверженіе сказанному мы, напр., находимъ въ случаѣ, описываемомъ Fowler'омъ¹⁾. Полное отсутствіе боли и даже чувствительности въ области правой подвздошной ямки заставило автора отложить операцію, хотя клиническая картина, исключая перечисленные признаки, заставляла подозрѣвать appendicitis; прободеніе и летальный исходъ наступили очень быстро. Ч. отростокъ былъ найденъ лежащимъ влѣво отъ срединной линіи, въ разстояніи около 1 дюйма отъ пупка. Eichhorst²⁾ имѣлъ возможность наблюдать больного, у котораго былъ „тифлитъ и перитифлитъ“; спустя 9 недѣль вскрылся абсцессъ влѣво отъ срединной линіи, ниже пупка.

Изъ вышесказаннаго, такимъ образомъ, слѣдуетъ, что знакомство съ подобнымъ аномальнымъ положеніемъ ч. отростка можетъ оказать практическую пользу при діагностикѣ нѣкоторыхъ темныхъ случаевъ „перитифлита“.

Мы приступимъ теперь къ разсмотрѣнію отдѣла II, когда ч. отростокъ помѣщается позади начала толстой кишки, и на этихъ случаяхъ остановимся болѣе подробно.

Громадное число патолого-анатомическихъ и клиническихъ наблюдений подтверждаетъ тотъ фактъ, что при абсцессахъ въ правой подвздошной ямкѣ иной чередой имѣетъ стремленіе прокладывать себѣ путь вверхъ, позади начала толстой кишки; при этомъ возможны 2 случая: одна часть гноя помѣщается въ под-

вздошной ямкѣ внутрибрюшинно, а другая—позади слѣпой кишки и colon asc., въбрюшинно, или же полость брюха совершенно чиста, и весь гнойный очагъ помѣщается экстраперитонеально.

Мы уже имѣли случай указать на то, что съ подобными абсцессами былъ знакомъ Dupuytren, и, повидимому, на нихъ болѣе всего останавливалось его вниманіе. Припомнимъ прежде всего, что въ то время оперативное вмѣшательство предпринималось, почти какъ палліативъ, и поэтому при операціи или въ случаѣ летальнаго исхода патолого-анатомическая картина была въ высшей степени запутана и обманчива.

Расположеніе нарыва позади начала толстой кишки, однако, Dupuytren³⁾ описываетъ самымъ точнымъ образомъ: „Le siège de la maladie ne nous paraît pas douteux; c'est hors de la cavité du péritoine qu'elle s'est développée... c'est dans le tissu cellulaire, qui recouvre la fosse iliaque droite et enveloppe le cœcum par sa face postérieure, que cet engorgement paraît pris naissance.“

Мы встречаемъ у Dupuytren'a описаніе случая, въ которомъ абсцессъ правой подвздошной ямки былъ вскрытъ сначала надъ crista ilei, а затѣмъ надъ Roupart'овой связкой; при вскрытіи трупа этого больного, умершаго спустя 5 мѣсяцевъ, оказалось, что смерть послѣдовала отъ истощенія, не отъ перитонита.

Неясное происхожденіе этихъ нарывовъ заставило Dupuytren'a оставить почву положительныхъ анатомическихъ фактовъ и прибѣгнуть къ искусственно созданной теоріи. Предположено было, что слѣпая кишка сзади не имѣетъ брюшиннаго покрова, и поэтому извѣстный процессъ можетъ произвести прободеніе задней стѣнки ея, у которой „одною оболочкой меньше“.

Теорія Dupuytren'a, такъ легко объяснявшая дѣло, оказалась очень удобной и была принята всѣми его послѣдователями до новейшихъ авторовъ включительно.

Burne⁴⁾ описываетъ обширные абсцессы правой подвздошной ямки, сопровождаемые фекальной, доходящей до почки; онъ же⁵⁾ указываетъ на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ ч. отростокъ послѣ долгихъ поисковъ былъ найденъ позади coli asc. и былъ перфорированъ, при чемъ нарывъ помѣщался позади восходящей ободочной кишки (случ. XIV и XV). Однако и Burne придастъ зна-

¹⁾ l. c.

²⁾ Med. Chir. trans. Vol. XX. 1837.

³⁾ Тамъ же, Vol. XXII. 1839.

⁴⁾ Annals of Surgery. April, 1891 стр. 283.

⁵⁾ Рукоп. частн. пат. и терап. т. II, русск. перев. стр. 196. 1887.

чение теории Dupuytren'a, по которой происходит прободение слепой кишки тамъ, „гдѣ нѣтъ брюшины“ ¹⁾. Затѣмъ почти въ каждой работѣ по „перитифлиту“, въ которой клинической матеріалъ не ограничивается однимъ случаемъ, можно встрѣтить указанія на то, что иногда перитифлитическій нарывъ распространяется высоко вверхъ позади толстой кишки. Особенно демонстративны случаи, описываемые *Bamberger*омъ ²⁾. Женщина 28 лѣтъ погибла на 56 день болѣзни при явленіяхъ pneumothoracis dext. При вскрытіи найдено: абсцессъ около печени съ прободеніемъ его въ полость плевры; позади слѣпой кишки гнойное скопище („abgesackte eitrige Peritonitis“). Ч. отростокъ былъ перфорированъ и причина прободенія—стеркорокальный камень—оказалась на лицо. Положеніе ч. отростка подробно не описано.

Въ другомъ случаѣ больной умеръ на 25 день болѣзни отъ присоединившейся „cholera epidemica“. При вскрытіи найдена обширная гнойная полость, идущая вверхъ позади правой почки и содержащая гнилостную жидкость съ каловыми запахомъ и призмью большихъ (faustgrosse) комковъ омертвѣлой кѣтъчатки. Внизу полость нарыва доходила до средины fossae iliacae; musc. quadratus lumborum и psoas были „arrodirt“. Діафрагма, duodenum и colon ascendens были перфорированы, ч. отростокъ *вслѣдствіе изъязвленія былъ перерванъ на двѣ части*, изъ которыхъ одна прилежала къ толстой кишкѣ, а другая къ стѣнкѣ нарыва.

Въ третьемъ случаѣ больной погибъ на 8 недѣль послѣ начала заболѣванія. При вскрытіи найдены позади colon asc. и соседн. абсцессъ, величиной съ кулакъ, доходящій до почки. Въ полости его оказался полуразрушенный ч. отростокъ, но *такъ какъ стеркорокального камня не нашлось, то этиологія заболѣванія осталась неясной*.

Bamberger далѣе останавливается на томъ фактѣ, что при этихъ нарывахъ на первомъ планѣ выступаютъ явленія піеміи и отрицаетъ ея происхожденіе путемъ корней воротной вены, ибо абсцессовъ въ самой печени ему не удалось наблюдать. Мы видимъ, такимъ образомъ, у *Bamberger*'а самое ясное описаніе т. н. „паратифлита“, безъ точнаго объясненія его этиологіи.

Oppolzer ³⁾ также описываетъ первичное флегмонозное заболѣ-

ваніе подбрюшинной кѣтъчатки и дѣлаетъ попытку отличить эту форму „перитифлита“ отъ обычной по особенностямъ клиническаго теченія первой. Имѣя въ виду обособленіе одной формы отъ другой съ патолого-анатомической точки зрѣнія, *Oppolzer* предложилъ новое названіе „paratyphlitis“ для обозначенія именно того вида болѣзни, при которомъ процессъ гнізится въ кѣтъчаткѣ позади начала толстой кишки. При этомъ онъ строго отличалъ „paratyphlitis“—воспаленіе кѣтъчатки, отъ „perityphlitis“—ограниченнаго воспаления брюшины. Паратифлитическій нарывъ, въ описаніи *Oppolzer*'а, можетъ проложить себѣ путь вверхъ къ посплѣцѣ, внизъ, черезъ canalis obturatorius на бедро, въ паховую, ягодичную области и т. п. Выясненіе этиологіи паратифлита не удалось и *Oppolzer*'у. Соотвѣственно придуманному имъ названію, вниманіе его было сосредоточено на слѣпой кишкѣ и ея перфорациі казди. Но онъ прибавляетъ, что „Auch die Perforation des wurmförmigen Anhanges, welche in der Regel zur circumscribten Peritonitis führt, kann nach Verödung des Bauchfelles in der kleinen Beckenhöhle zu der Entzündung des Bindegewebes am Darmbeinteller führen; *dieser Befund ist doch ein seltener*“. Такимъ образомъ, по мнѣнію этого автора, на процессъ нагноенія въ кѣтъчаткѣ можно смотрѣть, какъ на послѣдательное явленіе послѣ прободенія брюшины при ограниченномъ внутрибрюшинномъ гнойникѣ. Послѣдній-взглядъ на дѣло принадлежитъ, пожалуй, къ самымъ распространеннымъ и въ наше время. Такъ, напр., *Fraenkel* ¹⁾ смотритъ на нагноеніе въ кѣтъчаткѣ позади соей ascend., какъ на *поздній исходъ* (Spätausgang) прободенія ч. отростка и считаетъ подобное обстоятельство весьма опаснымъ осложненіемъ. Онъ подтверждаетъ также, что гной можетъ прокладывать себѣ путь вверхъ, позади или впереди почки и образоватъ субдіафрагмальный нарывъ, съ послѣдательнымъ прободеніемъ діафрагмы, эмпіемой и пр. При этомъ требуется, по мнѣнію его, самое строгое вниманіе для того, чтобы во время замѣтить „ненормальное“ распространеніе гноя и предупредить его хирургическимъ вѣдательствомъ.

При томъ убѣжденіи, что „паратифлитъ“ представляетъ лишь своеобразное или аномальное распространеніе первично внутрибрюшиннаго абсцесса, этотъ терминъ долженъ былъ казаться излишнимъ, вслѣдствіе чего мы у громаднаго числа авторовъ встречаемъ typhlitis, peri и para-typhlitis, какъ синонимы для выраженія

¹⁾ l. c. Vol. XXII, стр. 66.

²⁾ Würzb. Verhandl. 1859. T. IV, стр. 123.

³⁾ Wien. Med. Woch. № 6. 1863.

¹⁾ D. Med. Woch. 1891 стр. 137.

одного и того же заболевания в различных степенях (*Eichhorst* ¹⁾, *Treves* ²⁾, *Jurgensen*, *Fürbringer* ³⁾, *Krecke* ⁴⁾ и др.), исходящего от ч. отростка и начинающегося интраперитонеально; въ видѣ общаго собирательнаго имени, однако, остается „perityphlitis“.

Слѣдуетъ замѣтить, что до послѣдняго времени въ нѣкоторыхъ руководствахъ можно встрѣтить указанія на паритифлитъ идиопатическаго свойства; въ этиологии этого процесса придается значеніе простудѣ, напряженію брюшнаго пресса и другимъ неопредѣленнымъ причинамъ. Такъ *Eichhorst* ⁵⁾ признаетъ возможнымъ развитіе паритифлита, вслѣдствіе того, что при напряженіи брюшнаго пресса слѣпая кишка „сдавливается“ (!) на лежащую позади нея жировую кѣлчатку*.

Принимая во вниманіе значеніе слова paratyphlitis (typhlos—слѣпой), терминъ этотъ слѣдовало бы считать nonsens'омъ послѣ того, какъ анатомическія изслѣдованія *Bardéleben'a* и др. самымъ положительнымъ образомъ доказали, что слѣпая кишка вся покрыта брюшиной и, стало быть, позади нея не можетъ быть кѣлчатки.

Съ другой стороны, неоспоримые факты подтверждали, что отдѣльные гнойные очаги нерѣдко могли развиваться позади слѣпой или восх. ободочной кишки, при чемъ полость брюшины оставалась невредимой. Выходъ изъ этой дилеммы оказался нелегкимъ, и рѣшенія задачи, предлагаемыя различными авторами, скорѣе основаны на теоретическихъ разсужденіяхъ, чѣмъ на анатомическихъ фактахъ.

Съ развитіемъ оперативнаго направленія въ терапіи „перитифлита“, намѣченные вопросы пріобрѣли не только теоретическое, но и весьма важное практическое значеніе. Желательно было знать, всегда ли абсцессъ развивается сначала интраперитонеально, или же бываетъ и первичное экстраперитонеальное начало парыва.

Такимъ образомъ, въ первомъ случаѣ, при операціи „перитифлита“, вскрытіе полости брюшины должно быть обязательнымъ, а во второмъ можно ограничиться лишь въбрюшиннымъ разрывомъ.

Какъ извѣстно, *Parker*, одинъ изъ первыхъ авторовъ, настан-

вавшихъ на необходимости болѣе ранняго оперативнаго вмѣшательства при „перитифлитѣ“, проводилъ свой разрывъ параллельно Роупартову связкѣ, подобно тому, какъ это дѣлается при перевязкѣ art. iliacaе; по описанію его, для вскрытія абсцесса приходилось разрѣзывать брюшную стѣнку лишь до fascia transversa включительно ¹⁾. Соображенія, которыми онъ руководился, сводились къ тому, чтобы вскрыть перитифлитическій парывъ, не повредивъ брюшины. Съ этою цѣлю, по его предложенію, *Sands* предпринялъ рядъ анатомическихъ изслѣдованій для опредѣленія способа, при которомъ можно добраться до слѣпой кишки и червеобразнаго отростка съ меньшею опасностью поранить брюшину. Оказалось, что можно проложить себѣ путь такимъ же образомъ, какъ дѣлается при перевязкѣ art. iliaca, т. е. отслаивая брюшину. При современныхъ взглядахъ на патологию „перитифлита“ подобныя попытки кажутся непонятными. Какимъ образомъ можно вскрыть перитифлитическій парывъ экстраперитонеальнымъ разрывомъ, когда черв. отростокъ и слѣпая кишка помѣщаются въ полости брюшины?

Дѣло заключается однако въ томъ, что какъ *Parker*, такъ и *Sands* впади въ довольно грубую ошибку. По мнѣнію ихъ, при „перитифлитѣ“ парывъ развивался въ большинствѣ случаевъ не иначе какъ экстраперитонеально ²⁾; происхожденіе же его объяснялось слѣдующимъ образомъ. Въ самомъ началѣ заболевания слѣпая кишка и ч. отростокъ приклеиваются къ париѣтальной брюшинѣ и такимъ образомъ защищаютъ брюшную полость отъ зараженія; гной же образуется въ рыхлой кѣлчаткѣ между подвздошной фасціей и брюшиной и, опускаясь внизъ, отслаиваетъ къверху брюшину отъ передней брюшной стѣнки; тогда то, въ извѣстномъ періодѣ болѣзни, и дѣлается *Parker*овскій разрывъ. Сущность теоріи *Sands'a* можно себѣ представить, глядя на рисунокъ *Tillaux*, помѣщенный на страницѣ 679 его руководства топографической анатоміи (въ русскомъ переводѣ), ибо рисунокъ *Sands'a*, какъ онъ самъ заявляетъ, оказываются отчасти замѣшанными изъ упомянутаго источника. Въ подобную ошибку *Sands* былъ вовлеченъ необходимостью: съ одной стороны анатомы утверждали, что слѣпая кишка и ч. отростокъ покрыты брюшиной, и позади первой нѣтъ кѣлчатки, съ другой—клиницисты описывали такіе случаи „перитифлита“, при

¹⁾ l. c.

²⁾ *Lancet*. Oct. 1888.

³⁾ *D. med. Woch.* 1891, № 8.

⁴⁾ *D. Zeitsch. f. Chir.* т. XXX, стр. 257.

⁵⁾ l. c. стр. 192.

¹⁾ *Hut. no Sands. N. Y. Med. Journal.* 1888.

²⁾ *Sands* l. c. стр. 200.

которомъ гной прокладывалъ себѣ путь вверхъ, т. е. экстраперитонеально. Съ точки зрѣнія *Sands'a*, такимъ образомъ, казалось понятнымъ, почему гной, съ самаго начала развившійся въ брюшинѣ, могъ распространяться „или въ малый тазъ, къ прямой кишкѣ, или на противоположную сторону тѣла, или же вверхъ, по направленію къ почкѣ“.

Вотъ почему *Sands* принадлежалъ къ числу тѣхъ авторовъ, которые совѣщали не торопиться съ операцией, пока гной не доберется до передней брюшной стѣнки и не отслоитъ брюшины.

Теорія *Sands'a*, вскорѣ послѣ ея появленія, подверглась самымъ горячимъ нападкамъ со стороны цѣлаго ряда авторовъ, и прежде всего американскихъ. Однимъ изъ первыхъ выступилъ *Fitz*, а затѣмъ *Weir*, *Mc. Burney*, *Mynter* и др., доказывавшіе весьма основательно, что перитифлитическій нарывъ въ начальной стадіи есть ничто иное, какъ „ограниченный перитонитъ“; въ болѣе позднихъ періодахъ, въ сильно запущенныхъ случаяхъ, гной можетъ пробить себѣ дорогу черезъ боковую или заднюю часть брюшинной оболочки, хотя подобное явленіе представляется рѣдкимъ¹⁾. Мы видимъ, что быстрота, съ которою въ вопросѣ о патологіи „перитифлита“ одна теорія сдвигаетъ другую, оказывается поразительною; къ сожалѣнію и теперь эта поспѣшность въ заключеніяхъ, какъ и прежде, тормозитъ движеніе впередъ.

Если самъ *Sands* впоследствии (незадолго до своей смерти) уже убѣждался, что онъ былъ не совсемъ правъ, то и возраженія его противниковъ не вполне удовлетворяли для объясненія клиническихъ и патолого-анатомическихъ данныхъ. Нѣтъ сомнѣнія, что большинство перитифлитическихъ нарывовъ начиналось интраперитонеально, но, съ другой стороны, въ литературѣ можно найти много такихъ случаевъ, гдѣ весь процессъ сосредоточивался позади начала толстой кишки, и брюшинная полость вовсе, или почти, не была поражена.

Такъ *Kjörte*²⁾ говоритъ о паратифлитическихъ нарывахъ, что при нихъ не столько опасно прободеніе въ брюшинную полость, сколько распространеніе ихорознаго экссудата по рыхлой кѣтчаткѣ позади брюшины. *Sonnenburg*³⁾ подразумеваетъ подъ паратиф-

литомъ преимущественно тѣ случаи, когда экссудатъ образуется позади соежитъ, стало быть, экстраперитонеально. Во избѣжаніе повтореній, не приводимъ здѣсь примѣровъ изъ клиники, иллюстрирующихъ подобный паратифлитъ, ибо намъ придется сослаться на нихъ еще въ другомъ мѣстѣ.

Такимъ образомъ, по вопросу о „перитифлитѣ“ вообще еще до сихъ поръ есть кое-что недоговоренное: съ одной стороны, всѣ, или почти всѣ абсцессы начинаются интраперитонеально, съ другой — нѣкоторыя формы ихъ локализируются экстраперитонеально. *Weir*¹⁾, одинъ изъ защитниковъ интраперитонеальнаго происхожденія нарыва, даже отнесся недоброжелательно къ описанію кишечно-забрюшинныхъ формъ его, распространяющихся до печени, ибо „не могъ объяснить себѣ происхожденія послѣднихъ, послѣ того, что сообщали германскіе анатомы (*Bardleben*) о сильной кишкѣ, иначе, какъ послѣдовательнымъ некротическимъ процессомъ брюшины при первично интраперитонеальномъ нарывѣ“.

Между тѣмъ странно, что нѣкоторые авторы, имѣющие клинической и оперативной опытъ, находятъ вопросъ о происхожденіи перитифлитическаго нарыва, не заслуживающимъ вниманія. Такъ *Roux*²⁾ говоритъ „cette question nous paraît oiseuse et nous ne comprenons pas, qu'on en fasse si grand cas en Amérique“. *Münter*³⁾ полагаетъ, что между сторонниками того или другаго расположенія абсцесса нѣтъ никакого разногласія.

Съ подобными заключеніями никакъ нельзя согласиться уже потому, что они выведены на основаніи совершенно разнорѣчныхъ и порою ложныхъ анатомическихъ данныхъ. Такъ, по мнѣнію *Krafft'a*⁴⁾, „всѣ изслѣдователи согласны въ томъ, что обыкновенно часть ч. отростка не имѣетъ брюшинной оболочки, но помѣщается свободно въ ретроцекальной кѣтчаткѣ“, и что въ видѣ частаго исключенія онъ лежитъ свободно въ брюшной полости.

Какимъ образомъ можно понять заявленіе *Krafft'a*, когда анатомъ *Krause*⁵⁾, напр., говоритъ, что „nur der Processus vermiformis ist vollständig von der serösen Haut eingewickelt und besitzt ein. Gekröse. mesenterium“? *Krafft* даже прибавляетъ, что обыкновенно ^{1/4},

¹⁾ *Fitz*. N. Y. Med. Journ. May. 12 1888. *Mc. Burney*. N. Y. Med. Journ. Dec. 21. 1889.

²⁾ *Berl Klin. Woch.* 1891.

³⁾ *Volk. Klin. Vortr.* Neue Folge № 12 1891.

¹⁾ N. Y. Med. Journ. Aug. 3. 1889.

²⁾ I. c.

³⁾ *Annals of Surgery* 1891 April, стр. 280.

⁴⁾ I. c. стр. 3119.

⁵⁾ *Handb. d. spec. mensch. Anatomie* 1879 т. II, стр. 460.

или $\frac{1}{2}$ длины отростка не покрыта серозной оболочкой и тут же, въ скобках, помѣщается, что у *Гамбетты* 6 цент. длины отростка лежали экстраперитонеально. Изъ словъ *Krafft'a* можно лишь заключить, что авторъ не совсѣмъ знакомъ съ тѣмъ положеніемъ ч. отростка, которое было найдено у *Гамбетты* (см. ниже стр. 140); иначе онъ не могъ бы утверждать, что это положеніе можно считать „обычнымъ“; или же подъ экстраперитонеальнымъ положеніемъ ч. отростка онъ подразумеваетъ кое-что другое.

Изъ клиннистовъ *Sonnenburg* ¹⁾, напр., также придерживается того мнѣнія, что часть ч. отростка свободна отъ брюшиннаго покрова. Этому мнѣнію, въ свою очередь, мы можемъ противопоставить другія, *Mynter'a* ²⁾ *Bull'a* ³⁾ и др., по которымъ „сесим и appendix всегда совершенно покрыты брюшиной“. Итакъ, совершенно противоположныя возрѣнія могутъ служить для доказательства одного и того же положенія. Впрочемъ, нужно добавить, что какъ *Krafft*, такъ *Sonnenburg* и др. считаютъ вопросъ объ интра или экстра-перитонеальномъ положеніи ч. отростка не имѣющимъ большого (практическаго) значенія. И съ этимъ нельзя никакъ согласиться, тѣмъ болѣе, если на томъ или другомъ положеніи ч. отростка авторы строятъ своеобразныя теоріи паратифта.

Kjörte ⁴⁾ старался дойти до истины путемъ экспериментальнымъ: онъ протыкалъ ч. отростокъ въ поперечномъ направленіи острой канюлей такъ, чтобы конецъ ея помѣщался между слоями mesenteriol и вырскивывалъ черезъ нее окрашенную жидкость. При этомъ замѣчалось, что жидкость распространялась по perirenal'ной и pericoecal'ной кѣлѣтчаткѣ. „Ich glaube, говоритъ на основаніи этого *Kjörte*, dass auf diese Weise die retroperitoneale Eiterung vom Wundfortsatze aus entsteht.“

Упомянутые опыты такъ несложны, что каждый можетъ легко прийти къ тому же результату; но имѣютъ ли они какую-нибудь доказательную силу? Куда же иначе должна пойти жидкость, вспрыскиваемая между слоями mesenteriol, какъ не въ толщу mesenterii, mesocoli и т. п. Но вопросъ остается открытымъ, часто ли этимъ путемъ распространяется гной.

Совершенно того же взгляда, какъ и *Kjörte*, придерживается

Porter ¹⁾, а, по примѣру его, и *Roux* ²⁾. По мнѣнію *Porter'a* ч. отростокъ покрытъ брюшиной спереди и съ двухъ боковъ; сзади же онъ не покрытъ брюшиной и черезъ этотъ промежутокъ въ него входятъ сосуды и нервы. Если же, какъ онъ добавляетъ, mesenteriolum очень коротко, то тогда значительная часть ч. отростка оказывается покрытой брюшиной со всѣхъ сторонъ.

Анатомическія замѣтки *Porter'a* даютъ возможность съ нѣкоторою вѣроятностью объяснить себѣ, что именно подразумеваетъ *Krafft* и др., увѣряя, что часть ч. отростка лишена брюшины и помѣщается свободно въ ретроцекальной кѣлѣтчаткѣ. Тотъ же взглядъ, правда, можно найти и у старыхъ авторовъ, напр. у *Crucellier'a* ³⁾. Если, однако, придавать значеніе этому узкому участку поверхности ч. отростка, черезъ который между слоями mesenteriol, входятъ сосуды, то тогда вѣдь можно говорить и объ экстраперитонеальномъ положеніи тонкихъ кишокъ, coli transversi и т. д.

Способъ происхожденія ретроцекальнаго абсцесса въ описаніи *Porter'a* и *Roux* совершенно аналогиченъ тому, который мы привели со словъ *Kjörte*.

Замѣтимъ, что, при изслѣдованіи на трунахъ перитифлитиковъ мы не разу не могли подтвердить предположенія *Porter'a* и др.; да и трудно себѣ представить, чтобы ч. отростокъ, самъ по себѣ, могъ служить для фабрикаціи гноя, накачиваемого между слоями mesenteriol. Если и допустить возможность происхожденія ретроцекальныхъ нарывовъ по способу, описываемому этими авторами, то каковыя образомъ можно объяснить себѣ тѣ случаи, когда позади толстой кишки оказывается и причина прободенія—стеркорокальный камень? Такіе случаи встрѣчаются нерѣдко: *Israel* ⁴⁾, напр., даже извлекъ одинъ камень черезъ поясничный разрѣзъ. И этотъ фактъ оказывается понятнымъ: камень, будто бы, вгоняется туда подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія (*Porter*, *Roux*). На основаніи послѣдняго предположенія можно одною судить, сколько искусственности проглядываетъ въ теоріяхъ происхожденія ретроцекальныхъ нарывовъ вообще. Мы съ полнымъ правомъ видимъ въ данномъ случаѣ натяжку, ибо тотъ же *Porter* описываетъ наблюденіе, которое совершенно опровергаетъ его теорію; по онъ

¹⁾ I. c. стр. 71.

²⁾ Annals of Surgery April. 1891 стр. 280.

³⁾ Brit. Med. Journ. 1888 т. II. стр. 1047.

⁴⁾ I. c. стр. 640.

¹⁾ N. Y. Med. Journ. 1890 Jan. 25.

²⁾ I. c.

³⁾ I. c.

⁴⁾ D. med. Woch. 1889, № 22.

употреблять усилие для того, чтобы объяснить его по своему. При вскрытии 42-х-летней женщины, умершей от «перитифлита», автором было найдено следующее. Отсутствие признаков общего перитонита; явления periappendicit'a ограничены очень небольшим участком. Ч. отросток происходит, как обыкновенно, от задней и медиальной стороны caecis coli немного ниже ileocecal'ной заслонки. От этой точки он направляется слегка влево, назад и вправо и затѣм идет прямо позади соесиса (вверх), гдѣ онъ оканчивается въ полости паратифлитического нарыва, помѣщающагося сзади, справа и снаружи от смѣщеннаго caeci coli. То обстоятельство, продолжаетъ авторъ, что на трункъ ч. отростокъ какъ будто направленъ за слѣзную кишку (кзади), очевидно происходитъ не отъ смѣщенія или аномальнаго положенія его, но отъ скопленія гноя вправо отъ caeci coli. «При этомъ паратифлитическій нарывъ отодвинулъ слѣзную кишку впередъ, внизъ и влево къ средней линіи, глубже въ брюшную полость, пока она не очутилась впереди и влево отъ нормально расположеннаго ч. отростка, прикрывая его. *Въ этомъ заключается понятное объясненіе, почему при вскрытіи такъ часто ч. отростокъ находятъ лежащимъ кзади и вправо или снаружки отъ соесиса*». Далѣе Porter по поводу упомянутого случая прибавляетъ, что верхушка ч. отростка была перфорирована и лежала *въ полости паратифлитического нарыва*.

Мы привели цѣлкомъ нѣкоторыя строки изъ работы Porter'a для того, чтобы не прибѣгать болѣе къ опроверженію его теоріи. Предположеніе его рушится само собой, послѣ того, какъ онъ умалчиваетъ совершенно о томъ, что иногда и при патологическихъ условіяхъ ч. отростокъ лежитъ позади слѣзной кишки.

Мы перейдемъ теперь, послѣ вышеприведеннаго вступленія, къ разсмотрѣнію практической стороны того отдѣла нашихъ случаевъ, когда ч. отростокъ лежалъ сзади.

Припомнимъ тѣ анатомо-топографическія условія, которыми обусловлено положеніе ч. отростка въ группахъ G. и H. Черв. отростокъ лежитъ, свернувшись, позади начала толстой кишки, которая очень мало подвижна и плотно прилегаетъ къ задней брюшной стѣнкѣ, прикрывая собою ч. отростокъ. Малѣйшій воспалительный процессъ на наружной поверхности ч. отростка затронетъ и серозный покровъ задней стороны соесі, послѣдствіемъ чего будетъ складка соприкасающихся поверхностей брюшины. Если далѣе дѣло дойдетъ до гнойнаго скопленія, то послѣднее, хотя, строго го-

воря, будетъ *въ полости брюшины*, однако въ такомъ укромномъ уголкѣ, что общая полость брюха можетъ надолго остаться застрахованной. При распространеніи процесса гной такъ-же легко можетъ пробить вверхъ сводъ переходной складки и идти вверхъ, какъ и разорвать складки, запирающія полость брюшины внизу. Гнойное скопленіе такимъ образомъ можетъ оставаться позади начала толстой кишки, и только тамъ. Сказанное относится какъ къ группѣ G, такъ и H, хотя въ послѣдней описанная условія складываются особенно благоприятно: червеобразный отростокъ лежитъ въ изолированномъ мѣстѣ, fossa subcaecalis, которая иногда сообщается съ общою полостью брюшины лишь посредствомъ самаго узкаго отверстія, замѣтнаго при оттягиваніи слѣзной кишки впередъ и вверхъ. Здѣсь еще болѣе понятно, почему гной можетъ долго оставаться позади соесі; для распространенія же вверхъ также имѣется меньше препятствій, чѣмъ внизъ. Повторяемъ, однако, что въ группахъ G и H гнойный очагъ первично будетъ интраперитонеальнымъ и лишь при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни можетъ распространяться по клетчаткѣ позади coli asc.

За только что сказаннымъ несомнѣнно долженъ слѣдовать вопросъ, можно ли подобныя априористическія рассужденія подтвердить клиническими фактами. Въ отвѣтъ на это мы приведемъ случай *Stimson'a* 1), какъ весьма демонстративный. При операціи «перитифлита» у мужчины 23 лѣтъ сдѣланъ разрывъ въ правой паховой области. При этомъ не найдено *ни инфильтрацій брюшной стѣнки, ни складки, ни инвазіи брюшины, ни экзодата*. Соесис и colon ascendens были пусты и растянуты надъ твердой массой, занимающей подвздошную ямку. Печѣ и брыжейка ея были свободны. *Приподнявъ соесисъ, авторъ замѣтилъ маленькое отверстіе, черезъ которое пошелъ гной; палецъ, введенный черезъ это отверстіе въ полость нарыва, едва достигалъ верхняго предѣла его. Ч. отростокъ нельзя было удалить, ибо «довидимому» онъ былъ спаянъ съ нижнею частью стѣнки нарыва*.

О происхожденія и анатомическомъ расположеніи этого нарыва *Stimson* высказывается очень неопредѣленно. По мнѣнію его, гной могъ лежать «между слоями mesocoli» (??). Образовался ли онъ первоначально «тамъ», или около ч. отростка и затѣмъ пробилъ брюшину, — вотъ вопросы, которые авторъ намѣтилъ, но оставилъ неразрѣшенными. Не будетъ ли правдоподобіе, скажемъ мы, на

¹⁾ N. Y. Med. Journ. т. 52. 1890 стр. 451.

основаніи весьма яснаго описанія даннаго случая, что здѣсь абсцессъ начался, какъ и всегда, отъ заболѣванія ч. отростка, но ограничивался предѣлами fossae subcoecalis, вслѣдствіе того, что въ ней помѣщался заболѣвшій органъ.

Аналогичный случай мы можемъ привести изъ статистики *Mc. Burney*.¹⁾ При операціи найдено, что маленькая опухоль помѣщалась очень глубоко казди и кнутри отъ сарит соі; *соедѣнія и старыя сращенія въ этомъ мѣстѣ заключали въ себя только ч. отростокъ и гной*. По вскрытіи абсцесса можно было ощупать ч. отростокъ, но удаленіе его оказалось неудобнымъ.

Въ этомъ случаѣ, опять-таки, то, что мы называли бы fossa subcoecalis, *Mc. Burney* считаетъ полостью, образованною сѣвжизни и старыми сращеніями.

Нѣсколько иначе складываются условія для развитія абсцесса при расположеніи ч. отростка по типу I, K, L, когда онъ стелется вдоль медиально-задней поверхности толстой кишки, верхушкой направленный прямо вверхъ. Мы уже сообщали, что размѣры отростка въ подобныхъ случаяхъ могутъ быть ненормально велики, такъ что верхушка его можетъ соприкасаться съ нижнею поверхностью печени. Брижжейка его при этомъ очень коротка (рис. 3), или даже можетъ вовсе отсутствовать (рис. 6); въ послѣднемъ случаѣ ч. отростокъ плотно прилегаетъ къ задней поверхности соі асc., прикрытый какъ-бы однимъ серьезнымъ покровомъ. Напомнимъ, наконецъ, что при условіяхъ нормальнаго развитія организма, обстоятельства могутъ сложиться такъ, что подобный черв. отростокъ остается *интраперитонеально* (груп. I.), или же, когда colon asc. нормально приклеивается къ задней брюшной стѣнкѣ, весь ч. отростокъ или его периферическая часть (верхушка) могутъ очутиться заклеенными и лежать *экстраперитонеально* (груп. K. L.). Какимъ образомъ можно представить себѣ теченіе болѣзненнаго процесса, исходящаго отъ ч. отростка въ первомъ случаѣ, т. е. при интраперитонеальномъ его положеніи? Такъ какъ толстая кишка плотно прилегаетъ къ задней брюшной стѣнкѣ, то въ самомъ началѣ заболѣванія ч. отростокъ или приклеится къ colon asc., или же очутится замурованнымъ между этой послѣдней кишкой и паріетальной брюшиной. При проробденіи его, обстоятельства могутъ сложиться такъ удачно, что содержимое его непосредствен-

но попадетъ въ толстую кишку, и этимъ весь процессъ закончится. Если же дѣло дойдетъ до образованія нарыва, то гной, удерживаемый склейками, можетъ долго оставаться позади толстой кишки, не заражая всей брюшины. Соответственно положенію верхушка ч. отростка исходная точка заболѣванія можетъ помѣщаться на различной высотѣ: иногда съ самаго начала процессъ начнется высоко въ поясничной области или—подъ діафрагмой. При дальнѣйшемъ распространеніи возможно, конечно, опусканіе гноя внизъ, проробденіе въ общую полость брюшины и т. п.

Для иллюстраціи сказаннаго можно указать, напр., на слѣдующій случай *Gerster'a*¹⁾. Мальчику 13-ти лѣтъ сдѣлана лапаротомія; при этомъ найдена опухоль (абсцессъ) въ области праваго *symphondrosis sacro-iliaca*; передне-наружную стѣнку абсцесса составляло colon ascendens; ч. отростокъ не найденъ, ибо „онъ вѣроятно былъ погруженъ въ массу опухоли“. Авторъ благо разумно зашилъ рану живота и опорожнилъ гнойникъ черезъ разрѣзъ на поясничнѣ.

Особый интересъ, съ патолого-анатомической точки зрѣнія, представляетъ то, что изображено на рисункѣ 6. Не будучи знакомымъ съ подобнымъ типомъ расположенія ч. отростка, можно во время операціи или при вскрытіи, при самыхъ тщательныхъ поискахъ положительно не найти его, особенно тамъ, гдѣ еще имѣются патологическія измѣненія, склейки, налеты и т. п.

*Lockwood*²⁾ сообщаетъ, что иногда студенты во время занятій анатоміей отказывались найти ч. отростокъ; онъ справедливо полагаетъ, что въ описанныхъ случаяхъ „отсутствіи“ ч. отростка, вѣроятнѣе всего, онъ не былъ найденъ, благодаря его аномальному положенію. Если бы однако въ томъ положеніи, о которомъ мы только что говорили, ч. отростокъ и былъ найденъ при операціи, то *удаленіе* его было бы *абсолютно невозможно*. *Treves*³⁾, описывая подобное же положеніе ч. отростка, заключаетъ, что подобное явленіе могло бы представить нѣкоторыя затрудненія при правосторонней поясничной колотоміи. Слѣдуетъ въ данномъ случаѣ имѣть въ виду еще одно обстоятельство.

Если при такомъ плотномъ сращеніи ч. отростка съ colon ascend., произойдетъ проробденіе его и сообщеніе съ полостью толстой

¹⁾ N Y. Med. Journ. 1890. July.

²⁾ Trans. path. Soc. Lond. 1890, стр. 118.

³⁾ I. c.

¹⁾ Annals of Surgery. April. 1891 стр. 254 случ. XXI.

кишки, то при исследовании слизистой оболочки coli окажется язва, ведущая в таинственный фистулезный ход вниз, как бы в толщу задней стѣнки этой кишки.

Представимъ себѣ теперь, что ч. отростокъ идетъ вверхъ позади толстой кишки и одновременно весь или же частью (рис. 4 и 5) замуравленъ въ клетчатку. Послѣдствиемъ заболѣванія ч. отростка (взъязвление, прободеніе) будетъ въ данномъ случаѣ не *ограниченный перитонитъ*, а *субперитонеальная флегмона*, съ палочностью свободно распространяться вверхъ къ діафрагмѣ или внизъ, въ полость малого таза. Тогда какъ при положеніи отростка въ группахъ G, H, I можно было бы говорить съ нѣкоторыми правомъ о „паратифлитѣ“ съ клинической точки зрѣнія, здѣсь (въ группахъ K и L) получится „паратифлитъ“, какъ клинически, такъ и анатомически, въ томъ смыслѣ, какъ понимали его старые авторы *Dupuytren, Oppolzer* и др.

Помѣщаясь съ самаго начала въ клетчатку позади брюшины, такой абсцессъ могъ бы, при опусканіи внизъ, отслѣпить брюшину отъ передней брюшной стѣнки настолько, чтобы можно было вскрыть его *экстраперитонеальнымъ* разрывомъ надъ Пупартовой связкой (см. рис. *Tillaux* и *Sands*'a). Подобные именно случаи вѣроятно способствовали заблужденію, въ которое впалъ *Sands*, увѣрившій что всѣ перитифлитическіе нарывы помѣщаются *экстраперитонеально*; они же доказываютъ однако, что *Sands* всетаки болѣе правъ, чѣмъ его противники, полагающіе, что „перитифлитъ“ всегда начинается *интраперитонеально*. Само собою понятно, что въ этихъ же случаяхъ, при своевременномъ діагнозѣ начала заболѣванія, понадобится не передній, а задній разрывъ, въ поясничной области. Для иллюстраціи подобнаго „паратифлита“ намъ нѣтъ надобности приводить здѣсь клиническихъ наблюденій, ибо выше мы уже имѣли случай упомянуть о цѣломъ рядѣ авторовъ, подтверждающихъ подобное своеобразное теченіе „перитифлита“. Мы скажемъ только, что у *Гамбетты* былъ „паратифлитъ“, развившійся вслѣдствіе приблизительно такого положенія ч. отростка, какое изображено на рис. 5. Если въ старое время существованіе „паратифлита“, какъ клинической вариациі, или, вѣрнѣе, послѣдовательной стадіи общаго „перитифлита“, и не подвергалось опроверженію, то примиреніе клиническихъ данныхъ съ анатомическими фактами трудно удавалось. Объясненіе, которое предлагается нами, въ связи съ соответствующими рисунками, должно, по нашему мнѣнію, содѣйствовать освѣщенію весьма темной до

сихъ поръ стороны „перитифлита“. Подтвержденіе нашимъ предположеніямъ мы нашли у новѣйшихъ авторовъ, *Lockwood*'a и *Rollston*'a ¹⁾, которые также путемъ анатомическихъ исследований убѣдились въ возможности происхожденія первичнаго паратифлита отъ прободенія *экстраперитонеально* расположеннаго ч. отростка.

Намъ остается сказать нѣсколько словъ объ исключительномъ положеніи ч. отростка въ группѣ М. Черв. отростокъ лежитъ позади повернутой назадъ и сверху дна большой кишки. При образованіи нарыва, гной точно также будетъ помѣщаться въ ограниченномъ пространствѣ позади толстой кишки.

Итакъ, можно слѣдующимъ образомъ резюмировать связь между разнообразнымъ положеніемъ ч. отростка и тѣмъ или другимъ теченіемъ гнойнаго „перитифлита“. Когда ч. отростокъ лежитъ *подвижно въ брюшной полости*, то весь процессъ съ самаго начала и, вѣроятно, до конца останется *интраперитонеальнымъ*; если ч. отростокъ лежитъ *позади начала толстой кишки*, то образовавшійся гнойникъ можетъ долго оставаться *изолированнымъ* отъ остальной полости брюшины, хотя бы онъ, собственно говоря, и былъ *интраперитонеальнымъ*; или же процессъ съ самаго начала пойдетъ *экстраперитонеально*. Вариациі „перитифлита“ находятъ себѣ объясненіе лишь въ разнообразіи положенія ч. отростка; а подобное обстоятельство еще болѣе подтверждаетъ то предположеніе, что громадное большинство воспалительныхъ процессовъ въ окружности слѣпой кишки происходятъ отъ заболѣванія ч. отростка.

Клиническое теченіе „перитифлита“ (*appendicitis*) въ тѣхъ случаяхъ, когда ч. отростокъ помѣщается позади начала толстой кишки, представляетъ столько отличій отъ обычной формы заболѣванія, что діагностика его нерѣдко бываетъ въ высшей степени затруднительной; а промедленіе въ діагнозѣ роковымъ образомъ отражается на терапіи. Поэтому дифференцированіе клиническихъ формъ „перитифлита“ съ анатомической точки зрѣнія далеко нельзя считать празднымъ вопросомъ, какъ полагаютъ нѣкоторые авторы. Въ доказательство приведемъ нѣсколько фактовъ.

Всѣмъ извѣстны приблизительно тѣ условія, при которыхъ по-

¹⁾ 1. e.

гипъ знаменитый *Гамбетта*, имя которого теперь затрогивается при одъикъ новѣйшаго вѣянія въ терапіи „перитифлита.“ Мы позволимъ себѣ, однако, возстановить нѣкоторые подробности изъ этого событія ¹⁾.

27 ноября 1889 года Гамбетта печально прострѣлилъ себѣ животъ. Втеченіе первыхъ же дней послѣ катастрофы, при нормальномъ теченіи раны, больной сталъ жаловаться на упорнѣйшій запоръ, противъ котораго пришлось прибѣгать къ слабительнымъ. Около 10 декабря констатирована болезненность въ правой подвздошной ямкѣ. Къ 16 декабря всѣ симптомы выразились уже резко: повысилась температура, появились отрыжка, надутіе живота, боли въ правой fossa iliaca, но *инфильтрація* въ этой области не *протрунивалось*. На слѣдующій день было высказано предположеніе о „тифлитѣ“; было уже затвердѣніе въ fossa iliaca. 23 декабря *Charcot*, на основаніи общепринятыхъ данныхъ, высказалъ предположеніе, что въ заболѣваніи участвуетъ главнымъ образомъ задняя стѣнка слѣпой и восходящей ободочной кишки и что процессъ гнѣздится въ прилегающей клетчаткѣ; по мнѣнію *Charcot*, можно было заподозрить „une perityphlite primitive se propageant sur le colon et une pericolicite concomitante“. Еще нѣсколько раньше того была заподозрена экстранеритонеальная перфорация кишки (какой, не сказано). *Температура* за все это время оставалась повышенной, *ремиттирующая* *типа*; по временамъ были *энобии*. Признаки перитонита совершенно отсутствовали. 27 декабря наступили явления правосторонняго *pselit'a*. Диагнозъ, напослѣдъ въ клетчаткѣ подтвержденъ всими; *оперативное внимательное отклонено*, въ виду отсутствія рѣзкихъ симптомовъ абсцесса (флюктуации ²⁾). 29 декабря на кождъ правой половинѣ живота появились рѣзкая краснота (un *erysipele fort étendu*), паховыя железы вприпухли. 30 декабря больной погибъ.

Изъ обширнаго протокола вскрытія мы заимствуемъ лишь интересующія насъ данныя ³⁾:

Въ полости живота—вообще газы и небольшое количество серозно-гнойной жидкости въ отлогихъ мѣстахъ. Поверхность брюшины едва розоваго цвѣта, не *имеетъ ни налетовъ, ни складокъ* и пр. Поздніи пакъ толстой кишки гнойный озанъ, содержащій около 2-хъ столовыхъ ложекъ гноя; флегмона субперитонеальной клетчатки, простиралася вверхъ до почки, медіально до позвоночника, внизъ до малаго таза; гноиная инфильтрація передне-наружной стѣнки живота.

Въ слѣзистой оболочкѣ соіа *еа* и сосѣи ни проболенія, ни явъ. Ч. отростокъ сообщается со слѣпой кишкой довольно широко; онъ *обмаетъ дно еа* и *идетъ кзади*. На продолженіи *переходъ в сани. ч. отростокъ (какъ и слѣпая кишка) покрытъ* *брюшиной, даже же, отъ него* *мѣсто, идъ онъ переходитъ на заднюю поверхность сосѣи, и до еа* *возвращи, т. е. на продолженіи в сани, онъ погруженъ въ клетчатку между сосѣи и fascia iliaca, имѣе* *скажи, въ средину тойной очка и идетъ снизу вверхъ*. На продолженіи экстранеритонеальной части онъ перфорируетъ въ двухъ мѣстахъ.

Такимъ образомъ, непосредственной причиной смерти въ данномъ случаѣ была піемиа (ручешіе. стр. 115), а не перитонитъ, слѣды котораго развились въ послѣдніе дни болѣзни.

¹⁾ La maladie de Gambetta. Tribune médicale. 1888.

²⁾ I. с. стр. 92.

³⁾ I. с. стр. 113.

Умѣстно ли было ждать оперативное вышательство? Конечно! Но отъ операціи можно было бы ожидать успѣха лишь въ раннемъ періодѣ болѣзни, а для этого былъ необходимъ своевременный и точный диагнозъ перфорациі ч. отростка, лежащаго *экстранеритонеально*.

Не менѣе интереса представляетъ слѣдующій случай *Oppenheimer'a* ¹⁾.

Женщина, беременная на 7 мѣсяцѣ, страдала около 3-хъ недѣль рвотой, болями въ животѣ, запобамъ и пр.; предположенъ былъ перитонитъ, исходящій отъ проболенія слѣпой кишки, желудка, или изъ половой сферы. Больная вскорѣ родила живаго ребенка, который затѣмъ умеръ. При послѣдованіи подъ наркозомъ, изъ матки извлечены клочки гнилостной ткани. Далѣе, при этомъ была найдена опухоль въ правой поилсничной области, принятая за новообразование въ правой почкѣ. Больная погибла черезъ нѣсколько дней: при вскрытіи найдены абсцесъ между соіа *аеа* и правой почкой; ч. отростокъ лежалъ въ *полости нариса* и былъ *перфорированъ*.

Kjörte ²⁾ сообщаетъ также весьма типичное наблюденіе.

Въ апрѣлѣ 1891 г. авторъ вскрылъ поперечнымъ разрѣзомъ на поясницѣ обширный наравнефитическій нарывъ, простиравшійся вверхъ до самой диафрагмы. Не смотря на излеченіе, спустя мѣсяцъ, оказалось необходимымъ сдѣлать разуръ *впередъ*, въ правой паховой области, причемъ найденъ былъ ретроградный нарывъ съ вовлеченъ гноемъ. Только тогда, говоритъ *Kjörte*, большой, плохо зажившій нѣмецкииъ язвкомъ, объяснилъ, что заболѣваніе его началось съ болей въ правой подвздошной ямкѣ.

Слѣдующій примѣръ, отчасти знакомый и мнѣ, любезно сообщенъ мнѣ товарищемъ, д-ромъ *А. В. Мининимъ*.

Радовой 1-га. Финляндскаго полка К., 23 лѣтъ, заболѣлъ 17/ви 90 явленіями правосторонняго перитрита. Спустя нѣсколько дней—рѣзкая боль въ *ілео* *соеа* *и* правой поилсничной областяхъ. Поносы 28/ви флегмона ретроперитонеальной клетчатки уже была резко выражена со стороны правой поилсничной области. По просьбѣ самого больного *Мининимъ* сдѣлала операція, при которой присутствовали я и д-ръ *В. И. Зенковъ*. При разрѣзѣ вдоль *и. quadrati lumbor.* вскрыта обширная полость позадъ соіа *аеа*, содержащая воющую, изорозно-кровоантисную жидкость съ прилипыю *клетчаткѣ* *оперты* *клетчатки*. Спустя нѣсколько дней изъ раны стали выдѣляться фекальныя массы. При дальнѣйшемъ леченіи рана зарубѣчалась спустя 6 недѣль, но оставалась рѣзкая боль въ правой *ілео*-соеа *и* правой области. 18/х пришлось сдѣлать разуръ по старому рубцу; изъ раны опять стали показываться каловыя массы. Къ 5-му ноября всѣ боли въ области слѣпой кишки исчезли, рана зарубѣчалась, больной былъ выписанъ на родину.

Наконѣцъ, послѣдній случай опишемъ на основаніи собственныхъ наблюденій.

Г-нъ С., 35 лѣтъ, съ дѣтства болѣлъ чередующимися запорами и поносами. Какъ старый школьный товарищъ, большой нерѣдко обращался ко мнѣ за совѣ-

¹⁾ D. Med. Woch. 1891. № 8.

²⁾ Berl. Klin. Woch. 1891. Іюнь.

томъ. При изслѣдованіи его можно было постоянно прощупывать нѣкоторую болѣзненность въ глубинѣ подвздошной кишки. Въ началѣ мая 1891 г. послѣ погрѣшенія въ діетѣ вдругъ появились рѣзкіе боли по всему животу, преимущественно въ правой сторонѣ; кромѣ того—рвота, запоръ, пониженіе т°. Спустя нѣсколько дней можно было прощупать твердую опухоль, величиною съ кулакъ, въ правой задней сторонѣ живота, на уровнѣ cristae ilei; опухоль была совершенно неподвижна и очень болѣзненна; положеніе ея говорило противъ общаго „перитифлита“. Одновременно наблюдались рѣзкіе явленія неполной непроходимости кишокъ. Газы съ рѣзкимъ шумомъ подходили къ правой подвздошной кишкѣ и затѣмъ откатывались обратно; каждый подобный приступ сопровождался сильнѣйшею болью. Въ послѣдательномъ леченіи участвовало большое число товарищей, терапевтовъ и хирурговъ; діагнозъ остался сомнительнымъ до самаго конца. Температура сохраняла повышенный ремиттирующий типъ; опухоль втеченіе болѣе мѣсяца оставалась въ прежнихъ размѣрахъ; каждый подобный приступ продолжался. Перитонита нельзя было занозорить. Больной дождался до ужаснаго истощенія. Лишь въ началѣ юня опухоль стала уменьшаться (большаго гнѣзъ я не пользовалъ, но перѣдка наивышала) и соотвѣственно этому стала восстанавливаться проходимость кишокъ. Въ концѣ болѣзнь была уже въ состояніи отправиться въ Курскую губернію по дѣламъ службъ.

Осенью истекшаго года, по приѣздѣ въ Петербургъ, я узналъ, что больной нантъ погибъ отъ перфоративнаго перитонита, вскорѣ послѣ прибытія въ Курскъ. Вскрытіе не было сдѣлано.

Мы должны сознаться, что только теперь, послѣ тщательнаго изученія вопроса о „перитифлитѣ“ и особенно анатомической его стороны, для насъ стали ясны всѣ клиническіе симптомы послѣдняго случая. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что мы имѣли дѣло съ прободеніемъ ч. отростка, шедшаго вверхъ, позади начала толстой кишки (in fossa subcoecale?) При этомъ положеніи ч. отростка опухоль (абсцессъ) могла лежать такъ высоко, что можно было думать о заболѣваніи почки; помѣщалась позади солі ас., гнойникъ въ сплюснывалъ эту кишку, вслѣдствіе чего и были явленія частичной непроходимости въ началѣ толстыхъ кишокъ.

Вышеприведенные примѣры доказываютъ, какъ трудно бываетъ иногда распознать прободеніе ч. отростка.

Одинъ изъ новѣйшихъ авторовъ, *Schuchardt* ¹⁾, все еще, повидимому, нежелающій разстаться со старою *Dupuytren*овскою теоріею о паратифлитѣ, полагаетъ, что въ основѣ этого заболѣванія далеко не такъ часто лежитъ прободеніе ч. отростка, „какъ до сихъ поръ догматически утверждаютъ“; по мнѣнію его, нерѣдко болѣзнъ представляетъ лишь флегмону ретроцекальной кѣтчатки, происходящую отъ трещины на слизистой оболочкѣ слѣдной кишки. На основаніи нашихъ анатомическихкихъ изслѣдованій и литературныхъ

данныхъ, мы придерживаемся совершенно противоположнаго мнѣнія и думаемъ, что въ этиологіи заболѣванія забрюшинной кѣтчатки, тазовой, околопочечной и др., чудовищными отросткомъ играетъ неизмѣримо большую роль, чѣмъ ему до сихъ поръ приписывали. На основаніи наблюденій *Bamberger*'a ¹⁾, *Oppolzer*'a ²⁾, *Kjörte* ³⁾, *Fränkel*'a ⁴⁾, *Fischer*'a ⁵⁾, нашихъ и массы другихъ, мы глубоко убѣждены въ томъ, что многие случаи *paranephritовъ* и *subdiaphragmaticыхъ абсцессовъ* были ничто иное, какъ флегмона субперитонеальной кѣтчатки, ослѣдствіе прободенія ненормально расположеннаго ч. отростка. Во всякомъ случаѣ въ этиологіи этихъ абсцессовъ слѣдуетъ отнести прободенію ч. отростка болѣе мѣста, ибо изъ 5 случаевъ одинъ разъ ч. отростокъ лежитъ позади толстой кишки, и при этомъ анатомическое его строеніе болѣе благоприятно для развитія заболѣванія.

Заканчивая нашу работу, мы позволимъ себѣ затронуть слегка техническую сторону операціи „перитифлита“. Способъ разрѣза при этой операціи до сихъ поръ представляетъ предметъ постоянного спора. Одни предлагаютъ срединный разрѣзъ живота, на основаніи того, что „le ventre est plus petit, que l'on croit“ (*Richelot* ⁶⁾), другіе называютъ подобный пріемъ „stupide“ ⁷⁾. *Parker* и другіе дѣлали разрѣзъ надъ Пупуртовой связкой; *Sands*, *Schüller*, *McBurney* и др. ведутъ его параллельно наружному краю m. recti abd. и т. д.

Мы думаемъ, что для позднихъ операцій, когда дѣло идетъ о вскрытіи абсцесса, нельзя предлагать какого либо одного шаблонаго разрѣза; рѣзать придется прежде всего тамъ, гдѣ скорѣе всего можно добраться до гноя: нерѣдко въ поясничной области. Если же операція производится въ раннемъ періодѣ, то несомнѣнно придется выбирать одинъ изъ тѣхъ переднихъ разрѣзовъ, который даетъ лучший доступъ къ основанію ч. отростка.

Нѣкоторые авторы уѣзжаютъ, что операція удаленія ч. отростка представляется вообще нетрудною. Принимая во вниманіе воспалительныя сращенія его съ мочеточникомъ, сосудами и т. п., мы думаемъ, что, и при обычномъ положеніи, удаленіе его не должно

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ l. c.

⁴⁾ D. med. Wechschr. 1891 стр. 137.

⁵⁾ Volkm. Klin. Vortr. № 253. стр. 2170.

⁶⁾ Reclus. Bull. de Chir. 1890.

⁷⁾ Тамъ же.

¹⁾ Langenbeck's. Arch. т. 40

казаться легким. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда онъ лежитъ сади, мы имѣемъ право утверждать, что удаленіе его можетъ оказаться по-ложительно невозможнымъ. *Mc. Burney* ¹⁾, на основаніи обширнаго практическаго опыта, говоритъ, что операція „перитифлита“ — „весьма серьезная и иногда очень трудная, требующая хирургичес-кой опытности“; онъ не совѣтуетъ браться за нее тому, кто раньше не видѣлъ, какъ ее дѣлаютъ.

Еще нѣсколько словъ о пробномъ проколѣ, какъ о средствѣ для установки діагноза. Всѣмъ известно, съ какою вершинитель-ностью устанавливается при „перитифлитѣ“ показаніе для операціи, даже въ такой періодъ, когда дѣло касается лишь опорожняющаго гноя. Не сочувствующіе операціи, особенно въ частной практикѣ, требуютъ, чтобы имъ былъ показанъ этотъ гной прежде, чѣмъ приступить къ операціи. Сомнѣніе должно разрѣшать пробный проколъ, — операція, которая, подъ видомъ самой невинной, широко примѣняется съ діагностическою цѣлью. Мы позволимъ себѣ, по примѣру *Sands'a*, *Mc. Burney* и др. и на основаніи анатомиче-скихъ данныхъ, горячо протестовать противъ такого діагностическаго приема, особенно въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія, когда пробный проколъ, сдѣланный на удачу, можетъ дать отрицательный результатъ и тѣмъ ввести оператора въ заблужденіе. Если бы, однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно позже, пробный проколъ иногда и давалъ гной, какъ неопровержимое доказательство абсцесса, всетаки слѣдуетъ помнить, что эту операцію, совершаемую „въ темную“, нужно считать весьма рискованною; къ тому же, результатъ прокола можетъ навести оператора на совершенно неправильныя размышленія относительно локализациі абсцесса.

Мы видѣли выше, что нерѣдко ограниченный абсцессъ лежитъ позади слѣпой кишки или соі ас., спавшіяся стѣнки которыхъ растянуты впередъ нарыва. Мыслимо ли, стало быть, достать гной проколомъ спереди безъ того, чтобы проткнуть обѣ стѣнки толстой кишки? Подобныя несчастныя случайности вѣроятно встрѣча-ются гораздо чаще, чѣмъ можно судить по даннымъ литературы. *Sands'у* ²⁾ былъ извѣстенъ случай, при которомъ была сдѣлана пун-кии, найденъ гной, а послѣдующимъ разрывомъ открыта полость кишки. Операція такимъ образомъ осложнилась наложеніемъ кишечной фистулы.

Поэтому можно надѣяться, что при дальнѣйшемъ изученіи па-тологіи ч. отростка пробный проколъ будетъ изъятъ изъ числа діагностическихъ средствъ; болѣе точное знакомство съ сущностью болѣзни дастъ возможность легче ее распознать.

Заканчиваемъ нашъ трудъ указаніемъ на нѣкоторые выводы изъ него.

- 1) Подъ именемъ слѣпой кишки нельзя подразумевать какого либо опредѣленнаго анатомическаго понятія; она представляетъ собою лишь начало толстой кишки.
- 2) Червеобразный отростокъ, аналогичный, съ сравнительно-анатомической точки зрѣнія, слѣпой кишкѣ животныхъ, у чело-вѣка не имѣетъ физиологическаго значенія; съ ростомъ организма онъ претерпѣваетъ рядъ постепенныхъ измѣненій атрофическаго характера, резко замѣтныхъ въ позднѣйшій возрастъ.
- 3) Тотъ фактъ, что слѣпая кишка сади всегда покрыта брюшиной, слѣдуетъ считать установленнымъ и не подлежащимъ опроверженію.
- 4) Воспалительные процессы въ окружности слѣпой кишки почти всегда исходятъ отъ ч. отростка.
- 5) Бѣлая заболѣваемость „перитифлитомъ“ въ молодомъ воз-растѣ объясняется болѣе широкимъ сообщеніемъ ч. отростка со слѣпою кишкою и, стало быть, болѣе удобными условіями для за-стѣвванія въ немъ кала. *Valvula Gerlachii*, если таковая существу-етъ, въ этиологіи „перитифлита“ не играетъ какой либо серьез-ной роли.
- 6) Аномальныя положенія ч. отростка находятъ себѣ объяс-неніе въ исторіи развитія слѣпой кишки и ч. отростка.
- 7) Положеніе ч. отростка позади слѣпой кишки нужно счи-тать весьма частой аномаліей.
- 8) Такъ называемый „перитифлитъ“ — въ большинствѣ случаевъ, представляетъ собою ограниченный перитонитъ, исходящій отъ за-болѣванія ч. отростка; образующійся при немъ абсцессъ помеща-ется интраперитонеально.
- 9) „Паратифлитъ“ нельзя считать осложненіемъ или исходомъ обычнаго „перитифлита“ (*aperticiti'a*); это есть ретроперитонеаль-ная флегмона, развившаяся какъ таковая, ослѣдствіе заболѣванія (прободенія) ч. отростка, при вынѣбрюшинномъ его положеніи (позади слѣпой кишки).

¹⁾ Annals of Surgery, April 1891, стр. 247.

²⁾ N. Y. Med. Journ. Febr. 25, 1888.

10) Таким образом и в этиологии «паратифлита» заболевание слепой кишки почти не имеет никакого значения.

11) Ограниченные нагноения в выстланных брюшиною ямках позади слепой кишки могут симулировать «паратифлит», но не имеют склонности с самого начала распространяться по клетчатке.

12) Изъяснения прямой кишки и поясничной области должны быть в число диагностических приемов при «перитифлите».

13) Пробный прокол при «перитифлите» представляет собою опасный диагностический прием; кроме того, данные полученные при проколе, могут повести к совершенно неправильному методу операции.

14) Значительное число абсцессов в клетчатке поясничной области (пананефриты, субоабрагмальные абсцессы) обуславливаются заболеванием ч. оттока.

В заключение считаю своим неперемлемым и приятным долгом выразить искреннюю благодарность высокоуважаемому профессору Александру Ивановичу Таренцову за содействие и указания, которыми я пользовался в течение всего периода моей работы, в основу которой отчасти легли уже раньше существовавшие труды его по тому же вопросу.

Выражаю также признательность высокоуважаемым главным врачам Александровской городской барачной больницы в память С. П. Боткина и Александровской городской больницы в память 19 Февраля — докторам Налу Ивановичу Соколову и Василию Павловичу Добролюбову за разрешение пользоваться необходимым для меня больничным материалом. Благодаря также товарищам Евгения Августовича Пастора, Евгения Ивановича Баженова, Александра Дмитриевича Любимова и Оскара Владимировича Петерсена, с истинно товарищескою готовностью предоставлявших в мое распоряжение необходимые мне трупы взрослых, новорожденных и зародышей.

ЛИТЕРАТУРА.

АНАТОМІЯ.

1. Bourdon. Nouvelle description anatomique de toutes les parties du corps humain. 1687. стр. 61. 2. Winslow. Expositio anatomica structurae corporis humani. T. IV ч. 1-я. 1753. 3. Lieberkühn. De valvula coli et usu processus vermicularis. 1782. 4. Hildebrandt. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1799. T. III. 5. Soemmering. De corporis humani fabrica. T. VI. 1801. 6. Meckel. Deutsches Archiv. T. III. 1817. 7. О'мъ же. Handbuch der menschlichen Anatomie. 1820. 8. Cloquet. Traité d'anatomie descriptive. T. II. 1828. 9. Blandin. Traité d'anatomie topographique. 1834. 10. Velpeau. Traité complet d'anatomie chirurgicale. T. II. 1837. 11. Todd. Lectures on the anatomy and physiology of the intestinal channel. Lond. Med. Gazette. 1842. 12. Weber. Handbuch der Anatomie des Menschen. 1842. 13. Bardeleben. Ueber die Lage des Blinddarms beim Menschen. Virchow's Arch. 1849. T. II. стр. 583. 14. Huschke. Eingeweidelehre, in Soemmering's Handbuch. 1844. 15. Cruveilhier. Traité d'anatomie descriptive. T. III. 1852. 16. Gerlach. Zur Anatomie und Entwick. des Wurmfortsatzes Erlangen. 1858. 17. Malgaigne. Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie experimentale. 1859. 18. Treitz. Hernia retroperitonealis. Prag. 1857. 19. Gruber. Bericht über die Leistungen des anat. Institutes der med. chir. Akad. in Petersburg. Med. Zeit. Russl. 1859. стр. 52. 20. О'мъ же. Ueber die Hernia interna mesogastrica. Petersb. med. Zeitsch. 1861. стр. 217. 21. О'мъ же. Beiträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. Reichert's Arch. 1862. 22. О'мъ же. Weitere Beiträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. Там же. 1864. 23. О'мъ же. Nachträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. Virch. Arch. T. 44. 1868. 24. О'мъ же. Abhandlung eines Falles mit einem Mesenterium commune. Там же. T. 47. 25. Langer. Die Peritonealtaschen am Coecum. Zeitsch. der Gesell. d. Aerz. in Wien. 1862. № 17. 26. Luschka. Ueber die peritoneale Umbildung des Blinddarms und die Fossa ileocecalis. Virch. Arch. 1861. 27. О'мъ же. Die Anatomie des Menschen 1863. 28. Henle. Handb. d. system. Anatomie des Mensch. Band II. стр. 179. 1866. 29. Bochdaleck. Ueber den Peritonealüberzug der Milz. Reichert's Arch. 1867. 30. Sappey. Traité d'anatomie descriptive. 1874. 31. Waldeyer. Hernia retroperitonealis, nebst Bemerkungen zur Anatomie des Peritoneum. Virch. Arch. 1874. 32. Macalister. On two dissimilar forms of perityphlitic pouches. Proc. Royal Irish. Acad. July. 1875. 33. Köhler. Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1876. 34. Krause. Handb. d. spez. menschlichen Anatomie. T. II. 1879. 35. Kraussold. Ueber die Krankh. des Proc. Vermif. und des Coecum und ihre Behandlung etc. Volk. Samml. Klin. Vortr. № 191. 36. Toldt. Bau und Wachstumsveränderungen der Gekröse des menschlichen Darmkanals. Wien. 1879. 37. Tarnetzky. Beiträge zur Anatomie des Darmkanals. Memoires de l'Académie Imp. des Sciences de St. Petersburg. 1881. 38. Langer. Lehrbuch der system. und topograph. Anatomie. 1882. 39. Таренцовъ. Къ значенію слѣпой кишки и черв. отростка въ практическомъ и антропологическомъ отношеніяхъ. Врачъ. 1883. № 28. 40. Tillau.

Руководство топографической анатомии. Р. переводъ Таубера. 1884. стр. 676. 41. **Gegenbauer.** Lehrb. d. Anatomie des Menschen. 1885. 42. **Richert.** Практ. рук.о. хирургической анатомии. Перев. Десграфъ. 1885. стр. 658. 43. **Treves.** Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man. Brit. Med. Journ. 1885. Vol. I. 44. **Dunn.** Retrocecal hernia of the appendix coeci Trans. Path. Soc. Lond. Vol. 90. 1889. стр. 114. 45. **Mott.** Two anomalous vermiform appendices. Тамъ же, стр. 105. 46. **Tuffier.** Etude sur le coecum et ses hernies. Arch. Gen. de Med. 1887. 47. **Toldt.** Die Darmkrücke und Netze in gesetzmässigem und gesetzwidrigem Zustande. Wien. 1889. 48. **Jonesco.** Hernie internes retroperitoneales. Paris. 1890. стр. 104. 49. **Lockwood.** Hunterian Lectures on hernia. Trans. Path. Soc. London. Vol. 91. 1890. 50. **Оль же.** Retroperitoneal hernia of the vermiform appendix. Тамъ же. 51. **Lockwood** and **Rollston.** On the fossae round the coecum and the position of the vermiform appendix with special reference to retroperitoneal hernia. Journ. of Anat. and Phys. Lond. Oct. 1891.

ПЕРИТИФИЛІТЬ.

52. **Aretaeus.** De causis et signis morb. diuturn. Lib. I. Cap. IX. стр. 37. 53. **Van Swieten.** Comment. in H. Boerhaave aphorismos etc. Lugd. Bat. 1755. т. III. стр. 183. 54. **Ludwig.** Diss. de abscessu latente. Lipsiae. 1755. 55. **Le Oran.** Consult. sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie. Paris. 1765. 56. **Schoenmetzel.** Obs. de muse psos et iliaci suppurations. Heidelberg. 1776. 57. **Petrus Frank.** De curandis hominum morbis epitome Lib. II. стр. 183. 1793. 58. **Meckel.** Diss. de psotide. 1796. 59. **Tritschler.** Obs. in hernias praecipue intestini caeci. Tübingae. 1806. 60. **Abbrath.** Surgical works. Surg. obs. on chronic and lumbar abscessus. London. 1816. 61. **Wegeler.** Hist. enteritidis malignae et sing. calc. concrements. Journal de Corvisart et Leroux. т. XXXIII. стр. 384. 1813. 62. **Vicq d'Azyr.** Encyclopédie meth. т. II. стр. 286. 63. **Olivier Prescott.** Gazette de Santé. 1817. стр. 13. 64. **Reindl.** De psotide. Landshut. 1820. 65. **Louyer Villermay.** Observation pour servir à l'histoire de l'inflammation de l'appendice du coecum. Arch. Gen. de Med. 1-re Ser. т. V. стр. 246. 1828. 66. **Doussault.** De la coeco-colite ou l'inflammation de la membrane muqueuse du coecum et du colon. Thèse de Paris. 1826. 67. **Pezerat.** Sur un abcès du flanc et de la fosse iliaque droite etc. Journ. compl. du dict. des scienc. med. т. XXXIII. стр. 268. 68. **Melier.** Memoire et observation sur quelques maladies de l'appendice coecal. Journ. Gen. de Méd. 1829. т. 100. стр. 317. 69. **Husson** et **Dance.** Memoire sur quelques engorgements, qui se developpent dans la fosse iliaque droite. Repertoire de M. Breschet, 3-e trim. 1827. 70. **Ponceau.** Observ. et reflex. sur quelques points de méd. Thèse de Paris. 1827. 71. **Menière.** Memoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupantes la fosse iliaque droite. Arch. Gen. de Med. т. XVII. 1827. 72. **Unger.** Commentatio medico-practica de morbis intestini coeci et de dignitate hep. visceris pathologica in disjuncta passione coelici et iliaci. Lipsiae. 1828. 73. **Tealier.** Memoire sur des tumeurs et des abcès iliaques etc. Journ. Gen. de Méd. т. 108. 1828. 74. **Goldbeck.** Ueber eigent. entz. Geschwülste in der rechten Hüftengegend. Worms. 1830. 75. **Reimer.** Nonnulla de psotide. Diss. Dorpat. 1829. 76. **Bodey.** Perforation de l'appendice coecale par des calculs intestinaux. Thèse de Paris. 1830. 77. **Corbin.** Des abcès profonds de la fosse iliaque et du bassin. Gaz. de Méd. 1830. 78. **Walker.** On pericoecal inflammation. Midland Med. and Surg. Rep. Worcester. 1831. 79. **Ferral.** On phlegm. tumours in the right iliac region. Edinb. Med. and Surg. Journ. т. XXXVI. 1831. 80. **Voisin.** Gaz. médical. 1833. 81. **Dupuytren.** Leçons orales de la clinique chirurg. т. III. 1833. Paris. 82. **Bérard.** Abscès de la fosse iliaque ayant passé d'une fosse iliaque à l'autre. Bullet. d. soc. anat. 1834. 83. **Copeland.** Dictionary of medicine т. I.

стр. 277. 1834. 84. **Posthuma.** De intestini coeci ejusque proc. vermiformis pathologia. Groningen. 1835. 85. **Taramelli.** Ernia inguin. form. della sola appendice, vermif. del cieco. Ann. univ. d. Omidei т. LXXV. 1835 (Schm. Ilib. Ed. XIV. 1837). 86. **Smith.** Observ. on a peculiar disease of the caecum. Dublin. 1835. 87. **Merling.** Dissert. sist. proc. vermif. anat. pathol. Heidelberg. 1836. 88. **Vigla.** Abscès de la fosse iliaque ouvert à côté de l'échancrure sciatique. Bullet. soc. anat. 1836. 89. **Bricholau.** Abscès de la fosse iliaque ouvert dans l'S iliaque. Arch. Gen. de Méd. ser. V. т. II. 90. **Lebataud.** Les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque int. Thèse de Paris. 1837. 91. **Perrochard.** Abscès ouvert dans le peritoine Bull. soc. anat. 1836. 92. **Johnson.** Abscès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie. Bull. Chir. Review. 1836. 93. **Kyll.** Beobachtungen über die Psotitis chronica und Psosabscess. Rust's Magas. XLI. 1834. 94. **Pfeuffer.** Observ. d'abcès bilobé passant au dessus et au dessous de l'arcade de Fallope. Gaz. méd. de Paris. 1834. 95. **Ahr.** Heilung eines Verschwürungsprocesses im Intestino coeco. Journ. d. Chir. u. Augenh. Berlin. 1835. 96. **Burne.** On diseases of the caecum and appendix. Med. Chir. Transactions. т. XX. 1837. 97. **Оль же.** On typhloenteritis or inflammation and perforation of the caecum and of the appendix vermif. coeci. Тамъ же, т. XXII. 1839. 98. **Pétréquin.** De l'emploi de l'opium à haute dose dans les perforat. spont. de l'app. ileo-coecale. Gaz. méd. 1837. 99. **Graves.** Dublin Hosp. Reports. т. V. стр. 9. 100. **Pietzay.** Essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Thèse de Paris. 1837. 101. **Wilhelmi.** De perityphlitis. Heidelberg. 1837. 102. **Albers.** Beobacht. auf d. Gobieth. d. path. anat. Bonn. 1838. 103. **Esche.** Entzündung und Durchbohrung des Proc. vermif. Med. Ztg. d. Ver. Heilk. in Pr. 1837. Schm. Jbhr. 1838. стр. 172. 104. **Bieske.** Tödlich gewordene Entz. d. Proc. vermif. Magas. f. d. ges. Heilk. Berl. 1838. 105. **Hubbauer.** Ein Fall von Typhlitis stercoralis acquisita. Med. Cor. Bl. d. württemb. ärzt. Ver. Stung. 1838. Schm. Jbhr. 1840. 106. **Transy.** Abscès de la fosse iliaque. Thèse de Paris. 1838. 107. **Grissolle.** Hist. des tumeurs phlegm. des fosses iliaques. Arch. Gen. de Méd. 1839. 108. **Holscher.** Inflammatio int. coeci von Koth anhäufung. Hannover. Annal. т. III. H. 2. 1839. Schm. Jbhr. 1849. стр. 60. 109. **Southam.** Disease of the caecum and appendix vermiformis. Lancet 1839—40. т. II. стр. 565. 110. **Herbst.** De perityphlitis, adnexis morbi historis Praeg. 111. **Velpeau.** Leçons orales de la clinique chir. etc. Paris. 1840—1841. 112. **Barthélemy.** Abscès de la fosse iliaque. Ann. de la chir. franc. et étrang. 1841. 113. **Depuisay.** Abscès de la paroi abd. survenue à la suite d'une inflammation du coecum. Bull. soc. anat. Paris. 1841. 114. **Garnier.** Cas de mort à la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès de la fosse iliaque dans le vagin. Bull. soc. anat. 2-a cepia т. III. 115. **Löschner.** Ueber Perityphlitis Weitenwebers Beiträge т. V. Heft. 1. 1840. Schm. Jbhr. 1841 т. 31. стр. 159. 116. **Malacpino.** Obs. pour. serv. à l'hist. des lésions de l'append. vermif. Arch. Gen. de Méd. 1841. стр. 23. 117. **Briquet.** Peritonite consécutive à l'ulcération de l'append. du coec. Тамъ же, стр. 43. 118. **Moding.** Heilung einer durch Entzünd. und Vereit. entst. Blinddarmliste etc. Ammon's Monats. т. III. Hft 4 (Schm. Jbhr. т. XXI. 1841). 119. **Burger.** Die Entzünd. des Blinddarmhanges. Hufeland's Journ. т. CXIV. 1842. 120. **Bodard.** Des perforations du coeur et d. celles de l'appendice coecal. Th. de Paris 1844. 121. **Marchal de Calvi.** Des abcès phlegmoneux intrapleviens. Th. de Paris. 1844. 122. **Smith.** Typhlitis etc. Förh. v. Svensk. Läk. Sällsk. Sammak. Stockholm. 1844. 123. **Monnot.** Des abcès de la fosse iliaque int. Th. de Paris. 1846. 124. **Jacotot.** Abscès de la fosse iliaque. Thèse de Paris 1846. 125. **Voiz.** Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes etc. Carlsruhe. 1846. 126. **Hermet.** Thèse de Paris 1847. 127. **Simon.** Des abcès qui siègent dans la fosse iliaque. Th. de Paris. 1847. 128. **Hancock.** Disease of the appendix coeci cured by operation. Lond. Med. Gaz. 1848. 127. **Smith.** Case of typhlitis. West. Lancet. Cincinnati. 1848. 130. **Marshall.** Case of typhloenteritis. Lancet. London. 1849. 131. **Robertson.** A case of coecal abscess. Charleston Med. Journ. and Rev. 1849. 132. **Teirlinck.** Observ. de typhlitis etc. Ann. Soc. de Méd. de

Gand 1849. 133. Clemens. Perityphlitis mit ausgebreiteter Zellgewebeerkrankung. D. Klinik 1850. 134. Homann. De typhlitis. Berolini 1850. 135. Protich. Abcès de la fosse iliaque interne. Th. de Paris. 1850. 136. Aibers. De typhlothythias. Arch. f. Phys. Heilk. 1851. 137. Favre. Histoire des perforations spontanées de l'appendice ileo-coecal Th. de Paris. 1851. 138. Barlow. Case of perforation of the caecum; communication with the internal iliac artery etc. Lancet. 1853. t. I. crp. S. 139. Bamberger. Die Entzündung in der rechten fossa illica. Wien. medizinische Wochenschrift. 1853. 140. Forget. De la peritonite par perf. de l'app. ileo-coecal. Gaz. méd. de Strassbourg 1853. 141. P. Platonoff. De abscessu illico vero s. abscessu perityphilitico (Dupuytren). Petropoli. 1853. 142. Klosterberg. On perityphlitis. Upsala 1853. 143. Abeille. Du phlegmon retroperitoneal. Gaz. des hôp. 1854. 144. Baernhoff. Perityphlitis mit secund. suppurativer Pfortaderentzündung. Beitr. z. Heilk. Riga. 1854. 145. Bennet. Subacute typhlitis etc. Med. Times and Gaz. 1854. 146. Schürer. Ueber die Perfor. des wurmf. Fortsatzes. Erlangen. 1854. 147. Hasch. Subacute typhlitis etc. Med. Times and Gaz. 1854. 148. Henninger. Perityphlitis, Colinitis, Typhlitis stercoralis. Ztsch. f. Wundärzte u. Geburtsh. Stuttg. 1855. 149. Hasse. Perityphlitis. Deutsche Klinik. 1855. 150. Salzer u. Reuling. Perityphlitis. Taux. xci. 151. Ciess. Sur Casuistik der Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes etc. Würtemb. Corr. Bl. 1857. 152. Dupuy. Abcès sousaponéurotique de la fosse iliaque. Gaz. des hôp. 1857. 153. Sängers. Abcès de la fosse iliaque; efficacité des cautères. Gaz. méd. de Strassbourg. 1857. 154. Lloyd. Case of typhlitis etc. Med. Circul. London. 1858. 155. Oppolzer. Perityphlitis. Allg. Wien. med. Zeit. 1858. 156. Ludeat. Recherches anatomo-pathol. sur l'ulcération et perfor. de l'append. ileo-coecal. Arch. Gen. de Med. 1859. 157. Reber. Ueber Entz. und Perf. des Wurmfortsatzes etc. Bern. 1859. 158. Rotter. Ein Fall von Perityphlitis. Wien. med. Woch. 1869. 159. Schudl. Perityphlitis secundaria etc. Nederl. Tijdsch. v. Heel en Verlosk. Utrecht. 1859. 160. Frei. Typhlitis etc. Allg. Wien. med. Ztg. 1860. 161. von Höring. Perityphlitis etc. Würtemb. Corresp. Bl. 1860. 162. Harris. On a case of typhloenteritis. Lancet. Lond. 1860. 163. Heisbeck. Abcès de la fosse iliaque droite etc. Ann. soc. méd. chir. de Bruges. 1860. 164. Lang. Perityphlitis mit glücklichem Ausgange. Würtemb. Corresp. Bl. 1860. 165. Münchenyer. Untersuchungen über Typhlitis und Perityphlitis. Deutsche Klinik. 1860. 166. Mac Laren. Periocecal abscess etc. Edinb. med. Journ. 1860. 167. Philipp. De proc. vermicularis perforatione. Berolini. 1860. 168. Perityphlitis. Lancet. Lond. 1860. 169. Rees. Typhloenteritis etc. Lancet. Lond. 1860. 170. Rütten. De Perityphlitis. Berolini. 1860. 171. Camerer. Typhlitis. Würt. Corr. Bl. 1861. 172. Colin. Obs. de tumeurs phlegmon. de la fosse iliaque. Rec. de mem. de méd. milit. Paris. 1861. 173. Finger. Obsolete typhlitis mit allg. Peritonitis. Vrtj. f. d. prakt. Heilk. Prag. 1861. 174. Gadd. Nagra ord om vissa inflammationer i hogro hotlens ropen. Perityphlitis. Helsingfors. 1861. 175. Kellner. De perforatione proc. vermiformis. Diss. Berlin. 1861. 176. Storer. Typhloenteritis etc. Bost. Med. and Surg. Journ. 1861—2. 177. Шахтмберг. О воспал. саль. кишки, в остротна и окрж. кайтатки. Дуе. Сиб. 1861. 178. Büchner. Ein Fall von Entz. des wurmf. Fortsatzes. Würzb. med. Zeitsch. 1862. 179. Cellineau, Bauchet. Sur les abcès de la fosse iliaque. Gaz. hebdom. 1862. 180. Guarni. Osservazioni sui tumori che si sviluppano nella reg. illica Ann. univ. di med. 1862. 181. Larret Lamaligné. Des perforations de l'appendice ileo-coec. Thèse de Strassbourg. 1862. 182. Oppolzer. Peritonitis circumscripta, perityphlitis. Spitals-Zeitung. Wien. 1862. 183. Reed. On some affections of the coecal portion of the intestine etc. Med. Chir. Trans. 1862. crp. 77. 184. Barth. Peritonite generale, gangrène de l'append. verm. du coec. etc. Bull. soc. anat. 1-re Ser. t. V. 1863. crp. 415. 185. Maiss. De typhlitis. Berolini. 1863. 186. Oppolzer. Wien. med. Woch. 1863. 187. Barwind. Typhlitis etc. Jahresb. d. d. Verwalt. d. med. Wiss. d. Krankenst. d. St. Frankfurt. 1864. 188. Matzko. Typhlitis suppurat. Oest. Zelts. f. prakt. Heilk. 1864. 189. Majer. Typhlitis etc. Med. Corr. Bl. Würt. ärz. Ver. 1864. 190. Niesl.

Tuphloenteritis. Bost. Med. and Surg. Journ. 1864—5. 191. Oppolzer. Pathologie und Therapie des subperitonealen Bindgewebes. Wiener Med. Woch. 1864. 192. Pirota. Cas de typhlitis. Arch. méd. belges. 1864. 193. Roger. Gaz. hebdom. 2 ser. I. 1864. 194. Vidal. Enterolithe dans l'appendice du coecum. Bull. et mem. soc. mod. d'hôp. de Paris. 1864. 195. Zabel. De perityphlitis. Gryphiswaldiae. 1864. 196. Crousset. Des perforations spont. de l'appendice ileo-coec. Th. de Paris. 1865. 197. Ledante. De l'inflammation du caecum et de son appendice. Th. de Paris 1865. 198. Mott. Typhloenteritis. Post. Med. and Surg. Journ. 1865. 199. Peacock. Case of typhloenteritis etc. Med. Times and Gaz. 1865. 200. Tissier. De la perityphlitis. Paris. 1865. 201. Sogliano. Su d'un caso di flemmone illico etc. Rendic. Accadem. med. Chirurg. di Napoli. 1865. 202. Bartholow. On typhlitis and perityphlitis etc. Americ. Journ. of med. Sc. 1866. 203. Eisenschütz. Peritonitis, hervorgerufen durch Perforation des Proc. Vermiformis. Wiener med. Presse. 1866. 204. Follet. Perityphlitis suppurée etc. Bull. Soc. Anat. Paris. 1866. 205. Hall. Fatal peritonitis from perforation of append. vermif. Americ. Journ. of Med. Sc. 1866. 206. Petit. Revue medicale. 1866. 207. Prudhomme. Peritonite de la fosse iliaque dr. par perf. intest. Rec. de mem. de méd. milit. 1866. 208. Steinhilf. Enteritis stercoracea. Deutsche Klinik. 1866. 209. Wagner. Chronisches Coecumgeschwür. etc. Arch. d. Heilk. r. VII. crp. 569. 1866. 210. Bierbaum. Typhlitis stercoralis. Jahrb. f. Kinderk. Erlang. 1867. 211. Cabasse. Abcès de la fosse iliaque etc. Gaz. d. hôp. 1867. 212. Mc Callum. A case of phlegmonous erysipelas commencing in the structures surrounding the coecum. Canada. Med. Journ. Montreal. 1867. 213. Frillby. Obs. de phlegmon de la fosse iliaque. Rec. de mem. de méd. milit. 1867. 214. Hallette. Des perforations de l'append. coec. Th. de Paris. 1867. 215. Homans. Bost. Med. and Surg. Journ. 1867. 216. Hudson. Typhlitis. Chicago Med. Journ. 1867. 217. Parver. An operation for abscess of the app. vermif. coeci. 218. Peables. Coecitis in ague. Med. Press and Circ. Dubl. 1867. 219. Alder. Typhlitis Stercoralis etc. Allg. Wien. med. Zeitschrift. 1868. 220. Bachelet. Des abcès stercoraux. Thèses. 1868. 221. Blatin. Recherches sur la typhlitis et perityphlitis consecutive Th. de Paris. 1868. 222. Depallier. Des perforations spontanées de l'append. ileo-coecal. Th. de Paris 1868. 223. Tott. Om Ulcer. og Perfor. af proc. vermif. Abhandl. for doktorgrad i Medic. Kjøbenhavn. 1868. Virch. Arch. 1868. Crp. 310. 224. Farguharson. Case of periocecal abscess caused by perfor. of the vermif. app. Edinb. med. Journ. 1868. Crp. 1105. 225. Gregor. Periocecal abscess with embolism of pulm. artery. Glasgow Med. Journ. 1868. 226. Langdon Down. Ulceration of the app. vermif. Trans. Path. Soc. Lond. 1868. 227. Mauerer. Psosabscess. Helling. Allg. Wien. Med. Zeit. 1868. 228. Moers. Pylephlebitis in Folge von Verschwärung des Proc. Vermif. D. Archiv. f. Klin. med. B. IV. crp. 251. 1868. 229. Peacock. Ulcerat. of the app. vermif. and abscess in the cellular tissue. Trans. Path. Soc. Lond. 1868. 230. Wynkoop. N. Y. Med. Record. 1868. 231. Aufrecht. Entzünd. d. Proc. vermif. etc. Berl. Klin. Woch. 1869. 232. Boehm. Vereiterung des wurmförmigen Fortsatzes. Deutsche Klinik. 1869. 233. Bossard. Ueber die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Deut. Klinik. 1869. 234. Cushman. Disease of the ileo-coecal region. Philad. Med. and Surg. Rep. 1869. 235. Dudenhausen. Typhlitis stercoralis. 1869. 236. Kirchheim. Fall von Perityphlitis. Jahresb. d. d. Verw. d. med. Wiss. d. Krankenanst. Frankfurt. 1869. 237. Maiherbe. Perityphlitis etc. Bull. Soc. Anat. Paris. 1869. 238. Pouzel. De la perityphlitis. Th. de Paris. 1869. 239. Atchley. A case of psos abscess. Lancet. 1870. 240. Campbell. Case of perityphlitis abscess. Brit. Med. Journ. 1870. 241. Cowdell. Fatal case of typhlitis. Med. Times and Gaz. 1870. 242. Clark. Treatment of perityphlitis. Brit. med. Journ. 1871. 243. Gught. Note sur un cas de typhlitis phleg. survenu dans le cas d'une enterite tubercul. Gaz. Med. de Paris. 1870. 244. Edwin. Psos abscess with recovery. Philad. Med. and Surg. Reporter. 1870. 245. König. Bemerkungen zur diff. Diagnose der Beckenabscesse. Arch. der. Heilk. 1870. 246. Ferguson, Pencock, Murchison. Trans. Path. Soc. Lond. 1870. 247. Sée, Blachée. Dict. encyclop. des Sc.

méd. r. XI art. caecum. crp. 467. 248. Jackson. Case of perityphlitis. Brit. med. Journ. 1871. 249. Krakowitz. Abdominal abscess. N. Y. Med. Record. 1871. 250. Johnston. Foreign body in appendix vermiformis. Nat. Med. Journ. Washington. 1871. 251. Thomson and Heath. Case of pericoecal abscess. Lancet. Lond. 1871. 252. Weber. Abscess of appendix verm. coec. N. Y. Med. Record. 1871. 253. Cameron. Case of perityphlitis. Med. Times and Gaz. 1872. 254. Edling. Perityphlitis. Hygieia. Stockholm. 255. Fromme. Ueber Perityphlitische Abscesse. Göttingen. 1872. 257. Palschowsky. Sechs Fälle von Perityphlitis. Berlin 1872. 258. Hergott. Ulceration de l'appendice iléo-coecal etc. Gaz. med. de Strasbourg. 1872. 259. Marsh. Injury to the abdomen. Typhlitis etc. Brit. Med. Journ. 1872. 260. Thompson. Perityphlitis, recovery. Proc. Med. Soc. London. 1872—4. 261. Williams. Ulceration of the appendix etc. Trans. Path. Soc. Lond. 1872. 262. Allan. Case of acute typhlitis. Lancet. Lond. 1873. 263. Barré. Essai sur la typhlite. Paris. 1873. 264. Biatin. Recherches sur la typhlite et la perityphlite consécutive. Th. Paris. 1873. 265. Bourdeaux. Obs. d'un cas de plegmon de la région iliaque droite. Arch. méd. belg. 1873. 126. Bull. Perityphlitis N. Y. Med. Journ. 1873. 267. Boardman. A series of abscesses following perityphlitis. North-West Med. and Surg. Journ. St. Paul. 1873—4. 268. Chandelux. Notes sur un cas de perityphlite etc. Lyon Méd. 1873. 269. Courbon. Mem. sur les abcès de la fosse iliaque. Paris. 1873. 270. Cushing. Case of pelvic cellulitis complicated with psoas abscess. Philad. Med. and Surg. Reporter. 1873. 271. Davat. Symptômes de perityphlite chronique etc. Bull. Soc. Anat. Paris. 1873. 272. Homans. Typhloenteritis after a fall. Boston M. and S. Journ. 1873. 273. Soriano. Tifloenteritis. Gac. med. de Mexico. 1873. 274. Thompson. Two cases of perityphlitis etc. Lancet. 1873. 275. Austie. Abstract of a clin. lect. on a case of typhlitis etc. Practitioner. Lond. 1874. 276. Bernheim. Obs. d'abcès rétro péritonéal ouvert à travers la diaphragme. Rev. med. de l'Est. 1874. 277. Behier. Leçon sur un cas de perityphlite. Gaz. d. hôp. 1874. 279. Brochia. Leçon sur un cas de perityphlite. Gaz. d. hôp. 1874. 279. Després. Cystite iliaque etc. Nouv. dict. de méd. et chir. prat. t. XVIII. Paris 1874. 280. Hayden. Suppurative perityphlitis. Duib. Journ. Med. Soc. 1874. 281. Kelsey. A case of perityphlitis etc. N. Y. Med. Rec. 1874. 282. Pauthel. Ein ohne Jndem Symptom entst. Beckenabscess. Berl. Klin. Woch. 1874. 283. Rivecourt. Etude sur la typhlite. Paris 1874. 284. Sands. Perityphlitis. Oper. Recovery N. Y. Med. Record. 1874. 285. Ward. Perityphlitic abscess etc. Trans. etc. 286. Withall, Kelsey, Ward. Taux. etc. 287. Barret. Perityphlitic abscess. Virginia Med. Month. Richmond. 1875. 288. Paulier. Contribution à l'étude de la typhlite et de la perityphlite. Th. de Paris. 1875. 289. Pooley. Case of perityphlitic abscess. N. Y. Med. Record. 1875. 290. Couley. Perityphlitic abscess etc. Trans. Med. Soc. N. York. 1875. 291. Schoensel. Contribution à l'étude de la typhlite et de la perityphlite. Paris. 1875. 292. Woodbury. Typhlitis and fecal abscess. Philad. Med. Times. 1875. 293. Buck. Abscesses origina. in the right iliac fossa with statistics. Abstr. N. Y. Med. Record. 1876. 294. Holden. A case of perityphlitis etc. N. Y. Med. Record. 1876. 295. Lorenza. Perityphlitis etc. Clinica. Napoli. 1876. 296. Arnold. Phlegmons sous-péritoneaux etc. Bull. méd. du nord. Lille 1877. 297. Adams. Perityphlitis, operation etc. N. Y. Med. Record. 1877. 299. Clarke and Ely. Case of perityphlitis abscess. N. Y. Med. Record. 1877. 299. Krönelin. Perityphlitische abscess. Langenb. Arch. 1877. 300. Legendre. Typhlite consécutive à une hernie ombilicale. Paris. 1877. 301. Lomak. Two cases of fatal perityphl. Trans. Med. Soc. Indianapolis. 1877. 302. Mader. Perityphlitis etc. Ber. K. K. Krankenanst. Rudolphst. in Wien. 1877. 303. Rochester. Perityphlitic abscess. Operat. Buff. Med. and Surg. Journ. 1877—79. 304. Rokitsansky. Bericht d. naturw. u. med. Vereins in Innsbruck. 1877. Crp. 113—115. 305. Scheinzenuber. Case of perityphlitis etc. Ohio M. and S. Journ. Columb. 1877. 306. Bacon. Perityphlitic abscess. Med. and Surg. Report. 1878. 307. Bartlett and Pearson. A case of perityphlitic abscess. St. Louis. M. and S. Journ. 1878. 308. Boussi. Perityphlitic causé

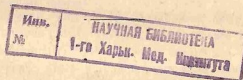
par une épine ord. France méd. Paris. 1878. 309. Beach. Perityphlitis terminat. in abscess. Illinois M. Record. Vandalia. 1878. 310. Chamberlain. Perityphl. abscess. Proc. Connect. Med. Soc. Hartford. 1878. 311. Caga. Typhlitis. Tr. Mississippi M. Ass. 1878. 312. Clay. Perityphlitic abscess. N. Ori. M. and Surg. Journ. 1878. 313. Grasset. Typhlite a repetition. etc. Montpellier Med. Journ. 1878. 314. Johnson. Perityphlitic abscess. Trans. M. Ass. Georgia. Atlanta. 1878. 315. Mackenzie. Two cases of perityphlitis. Lancet. Lond. 1878. 316. North. Two cases of perityphlitic abscess etc. N. Y. Med. Rec. 1878. 317. Raub. Perityphlitis. Trans. M. Soc. Jersey. 1878. 318. Weber. Perityphlitis etc. N. Y. Med. Rec. 1878. 319. Wood. A case of typhlitis. Trans. Minnesota Med. Soc. St. Paul. 1878. 320. Biermer. Ueber die beruhigende Behandl. des Darms insbesondere bei Perityphlitis etc. Bresl. ärzt. Ztsch. 1879. 321. Bailey. Perityphlitis. Med. Herald. Louisville. 1879—80. 322. Edson. A case of perityphlitis etc. Proc. Med. Soc. County Kings Brooklyn. 1879. 323. Kenney. Typhlitis and perityphlitis etc. Proc. Connect. Med. Soc. Hartford. 1879. 324. Myer. Perityphlitic abscess. Buffalo med. Journ. 1879. 325. Macenzie. Two cases of perityphlitis. Lancet. 1878. 326. Potter. Treatment of perityphlitic abscess. N. Y. Med. Record. 1879. 327. Stuart. Case of perityphlitis. Edinb. M. Journ. 1879. 328. Stütze. Ein seltener Fall von Perityphlitis. Allg. med. Centr. Ztg. Berlin. 1879. 329. Almsröng. Case of perityphlitis. Canada M. Rec. Montreal. 1880. 330. Bierhoff. Beiträge zu den Krankh. des Wurmforts. D. Archiv. f. klin. Med. 1880. 331. Burchard. Operative interference in acute perforative typhlitis. N. Y. Med. Rec. 1880. 332. Bugge. Nogle Tilfælde af operativ Behandling ved Abscesse i cöcal regionen. Norsk. Magasin f. Laegevidensk. Christiania. 338. Doughty. Typhlitis and perityphlitis. Med. Chir. Quart. N. Y. 1880—81. 334. Legg. Perityphlitis etc. St. Barth. Hosp. Rep. Lond. 1880. 335. Malmsten. Perityphlitis. Gerhardt's Hand. Kinderkr. Bd. IV. crp. 895. 1880. 336. Minor. Perityphlitic abscess etc. Homoeopathic Times N. Y. 1880. 337. Nouridjan. Typhlitis etc. Gaz. med. d'Orient. Constantinople. 1880. 338. Osler. Perforation of appendix vermif. etc. Montreal gen. hosp. Reports. 1880. 339. Porter. Case of peritonitis appendicularis. Physic and Surg. Ann. Arch. Michigan. 1880. 340. Petersen. Ein Fall v. Obstruction des Wurmfortstratzes etc. St. Petersb. med. Woch. 1880. 341. Pick. Case of strangulated vermiform appendix. Lancet. 1880. 342. Rosborg. Perityphlitis etc. Eira Göteborg. 1880. 348. Standhartner. Perityphlitis. Wien. med. Bl. 1880. 344. Sands. Perityphlitis. N. Y. Med. Rec. 1880. 345. With Peritonitis appendicularis etc. (Abstract.) Lond. Med. Record. 1880. 346. Wey. Perityphlitis. N. Y. Med. Gaz. 1880. 347. Beach. Notes on a case of typhlitic abscess etc. Ohio M. J. Columb. 1881. 348. Foot. Perityphlitis. Brit. Med. Journ. 1880 t. I. 349. Gibeay. Perityphlitis in children etc. Amer. J. of med. Sc. 1881. 350. Lasguez. Typhlite para et perityphlite. Practicien. 1881. 351. Pierson. Perityphlitis. Trans. Med. Soc. N. Jersey 1881. 352. Rogers. Perfor. of appendix vermiformis. Clinic. News Philad. 1881. 353. Sands. Perityphlitic abscess. Faecal concretion. N. Y. Med. Rec. 1881. 354. Zwicke. Abscessus lumbalis e perityphlitis. Charité Ann. Berlin. 1881. 355. Davidson. Perityphlitis N. Ori. Med. and Surg. Journ. 1882. 356. De Campos Freire. Ueber Perityphlitis. Würzburg. 1882. 357. Dodge. A case of perityphlitis. Physic and Surg. Ann. Arch. Mich. 1882. 378. Gröss. Perityphlitis purulenta Orvosi hetil. Budapest. 1882. 359. Noyes. Perityphlitis. Trans. Rhodes. Isl. Med. Soc. 1882. 360. Ross. Pericoecal abscess. Canada M. and Surg. Journ. 1882. 361. Fergusson. Perityphlitis N. Y. Med. Rec. 1882. 362. Brundage. Case of perityphlitic abscess. Med. and Surg. Report. 1883. 363. Bouchat. Perityphlitic; abscess communicating avec le colon. ast. Paris Méd. 1883. 364. Ball. Perityphlitis etc. N. Y. Med. Journ. 1883. 365. Cowden. Perityphlitis. Journ. Amer. Med. Assoc. 1883. 366. de Gennes. Perityphlitic gangrèneuse. Bull. Soc. Anat. Paris. 1883. 367. Parent. De la perityphlite. Montpellier. 1883. 368. Schultack. Perityphlitis etc. Boston M. and S. Journ. 1883. 369. Zitt. Ein Fall v. Perityphlitis im Kindesalt. Arch. f. Kinderh. Stuttgart. 1883. 370. Stahl. Perityphlitis etc. Journ. Am.

Med. Assoc. Chicago. 1884. 371. Ussing. Om Behandling af Peritonitis append. etc. Hosp. Tid. Kjøbenhavn. 1884. 372. Wilson. Fatal case of peritonitis etc. Med. News Philad. 1884. 373. Barlow and Godlee. Suppuration around the vermif. appendix treated by operation (Abstract). Lond. Lancet. 1885. 374. Ball. Perityphlitis N. Y. Med. Rec. 1885. 375. Coy. Perityphlitis. Louisville Med. News. 1885. 376. Dunsmoor. Suppurative perityphlitis. Tr. Minnesota M. Soc. 1885. 377. Ebslein. Zur Lehre von der Perforationsperitonitis. Zeitsch. f. klin. Med. 1885. 378. Fox. The nature of perityphlitis. Lancet. Lond. 1885. 379. Tordoux. Perityphlite primitive chez un enfant etc. Journ. de med. chir. et pharm. Brux. 1885. 380. Adams. Perityphlite abscess etc. N. Y. Med. Record. 1886. 381. Conway. An interesting case of perityphlitis. N. Y. Med. Journ. 1886. 382. Decloux. Typhlite, perityphlite etc. Arch. med. belges. 1886. 383. Fitz. Perforating inflammation of the vermiform appendix with reference to its early diagnosis and treatment. Amer. Journ. of med. sc. Oct. 1886. 384. Goldschmidt. Perityphlite. Rev. de med. Par. 1886. 385. Hall. N. Y. Med. 1886. 386. Mc. Keough. Perforative ulceration of caecum etc. Americ. Med. News. 1886. 387. Krönlein. Ueber die operative Behandlung der acuten diff. jauch. Peritonitis. Langenb. Arch. Bd 33. 1886. 388. Kiemann. Perityphlitis etc. Bericht. d. K. K. Krank. Rudolphst. in Wien. 1886-87. 389. Keen. A case of perityphlitis etc. Med. and Surg. Reporter. 1886. 390. Landouzy. Typhlite stercorale et peut être tuberculeuse. Gaz. d. hôp. 1886. 391. Loven. Fall af kanceremt i proc. vermif. Hygieia. Stockholm. 392. Mikulitz. Ueber Laparotomie bei Magen- und Darmporforationen. Volk. Samml. Klin. Vorträge. N 262. 393. Führinger. Ein Fall von geheilter chron. Peritonitis mit Durchbruch nach aussen. D. med. Woch. 1886. 494. Sands. N. Y. Med. Journ. May. 1886. 395. Wylie. Laparotomy for perityphlitis. N. Y. Med. Rec. 1886. 396. Bryant. Removal of the app. vermif. N. Y. Med. Rec. 1887. 397. Cheeker. Pericoecal abscess. Bost. Med. and Surg. Journ. 1887. 398. Cleveland. Perityphlitis in an infant 3 months old etc. Cincinnati Lancet-Clinic. 1887. 399. Eichhorst. Pykos. 4acr. nat. u. repar. Toux II, pyocid neper. 1887. 400. Nimier. De l'intervention chir. dans les phlegmasies consecut. aux affect. de l'append. ileo-coecal. Arch. Gen. de Med. 1887. t. II. 401. Poelchen. Zur Laparotomie bei allg. eitr. Peritonitis. D. Med. Woch. 1887. 402. Salaun. Quelques cas de typhlite observ. a l'hôpital marit. de Brest. Bordeaux. 1887. 403. Weir. A plea for earlier operat. in perityphl. N. Y. Med. Rec. June. 1887. 404. Woodbury. Laparotomy for perityphl. abscess. Proc. Philad. Med. Soc. 1887-1888. 405. Bradford. The treatment of inflammation in the neighbourhood of the caecum. Bost. Med. and Surg. Journ. 1888. 405. Besnier. De la typhlite sterc. chez les jeunes sujets. Revue mens. d. malad. de l'enfant. Paris. 1888. 406. Brenner. Laparotomie bei Perityphlitis etc. Wien. Klin. Woch. 1888. 407. Bull. On the surgical aspect of typhl. and perityphl. British Med. Journ. 1888. II, crp. 1047. 408. Bidwel. Two cases of typhlitis. Gaillards Med. Journ. N. Y. 1888. 410. Duprès. Gangrène de l'append. ileo-coecal etc. France Med. Paris. 1885. 411. Doe. Case of perityphl. abscess. Bost. Med. Journ. 1888. 412. Duckworth. Clinical lecture on typhlitis etc. Lancet. 1888. 413. Fitz. The relation of per. infl. of the verm. app. to perityphl. abscess. N. Y. Med. Journ. 1889. 414. Treves. Relapsing typhlitis healed by operation. Lancet. 1888. 415. Gillette. Perityphl. abscess etc. N. Y. Med. Record. 1888. 416. Gaston. The appendix vermiformis, its function etc. Med. and Surg. Reporter. 1888. 417. Kister. Laparotomy for peritonitis abscess. N. Y. Med. Rec. 1888. 418. Hellmuth. Typhlitis etc. Internat. Klin. Rundschau. Wien. 1888. 419. Helb. Ulceration of the app. vermif. etc. Westm. Hosp. Reports 1888. 420. Hoffman. A case of appendicitis. Coll. and Clin. Record. Philad. 1888. 421. Hildebrandt. Perfor. d. Proc. vermiform etc. D. med. Woch. 1888. 422. Morton. Treatment of pericaecal inflammation. Med. and Surg. Report. 1888. 423. Musser. Pericoecal inflammation. Ташх-ж. 424 Meigs. Typhlitis etc. Med. Bull. Philad. 1888. 425. Moon. Case of perityphlitis etc. Edinb. Med. Journ. 1888. 426. Mc. Murty. A case of typhlitis; laparotomy, recovery. Med. News. 1888.

427. Osler. Cases of disease of the app. and caecum. Philad. Reporter. 1888. 428. Pepper. Diagnosis of pericoecal inflammation. Ташх-ж. 429. Ransohoff. Considerat. on the pathology of the caecum and append. Med. News. 1888. 450. Raoult. Typhlite et perityphlite. Progrès medic. Paris. 1888. 431. Cawdon. Case of perityphlite abscess implic. right hip joint. Med. Press and Circular. 1888. 432. Richardson. On inflammation in the region of the ileo-coecal valve. Bost. Med. and Surg. Journ. 1888. 433. Sands. Laparotomy for perforation of append. vermif. etc. N. Y. Med. Rec. 1888. 434. Smith. The appendix verm. its function pathology and treatment. Journ. Amer. Med. Assoc. Chicago. 1888. 434. Standhartner. Perityphlitis e perforat. proc. verm. Aerzt. Bericht. d. k. k. Krankenh. zir Wien. 1888. 435. Van der Briel. Typhlite et perityphlite etc. Arch. Med. Belges Bruxelles. 1888. 436. Wyeth. Perityphlitis Operation. N. Y. Med. Record. 1888. 437. Warner. A case of appendicitis etc. Boston. M. and S. Journ. 1888. 438. Wymann. Clinical notes of a case of perityphlitis etc. Ташх-ж. 1888. 439. Weir. On perityphlitis etc. Philad. Med. News. 1888. 440. Bumm. Zur Aetiologie der septischen Peritonitis. Münch. Woch. N. 42. 1889. 441. Baldy. Three cases of typhlitis. Ташх-ж. 442. Cutler. Case of operation for appendicitis. Bost. Med. and Surg. Journ. June. 1888. 443. Dyce Duckworth and John Latham. Removal of a gangrenous appendix. Brit. Med. Journ. 1889. 444. Guinard. Typhlite et perityphlite. Gaz. hôp. 1889. 445. Gravit. Ein Fall von Perforation eines perityphlit. Abscesses in die Pleurahöhle etc. Berl. Klin. Woch. 1889. 446. Krafft. Ueber die frühzeitige operat. Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis stercoralis. Volk. Samml. Klin. Vortr. N 31. 1889. 447. Leyden. Ueber einen Fall von Perityphlitis d. Perforation d. Proc. Vermif. Operat. Heilung. Berl. Kl. Woch. 1889. 448. Mackenzie. Perityphlite abscess etc. St. Thomas Hosp. Reports. 1889-90. 459. Meigs. Purulent peritonitis with perforation of the append. vermiformis. Med. News. 1889. 450. Peter. Constipation habituelle. Typhlite et perityphlite. Gaz. d. hôp. 1889. 451. Roux. Traitement de perityphlite suppurée. Congr. franc. de Chirurg. Proc. verb. etc. 1889. 452. Sonn. A plea in favour of early laparotomy for catarrhal and ulcerative appendicitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1889. 453. Schüller. Allgeme. acut. Perit. in Folge v. Perf. des Wurmforts. Archiv. Langenb. B. 39. 454. Spanton. Notes on a case of abscess in the groin containing in vermif. append. Brit. Med. Journ. 1889. 456. Treves and Swallow. Lancet. 1889. T. I, crp. 267. 457. Treves. A discussion on the surgical treatment of typhlitis. Brit. Med. Journ. 1889. 458. Talomon. Colique appendiculaire. Méd. moderne. Paris. 1889. 459. De Wind. Présence de gaz dans les abcès des fosses iliaques. Annal. d. Soc. de Méd. 1889. 460. With. Pathogenesis, Behnd. af dei höjra fossa iliaca forekommande Betändelser. (Virch. Jahresh. 1889, r. II, crp. 295). 461. Windscheid. Drei Fälle von Pericollitis. Arch. f. Klin. Med. Bd. 45. 1889. 462. Armstrong. Appendicitis etc. Canada M. Rec. Montreal. 1890-91. Онъ же. N. Y. Medic. Journ. 1890. Crp. 417. 463. Berger. Du traitement chirurgical de l'appendicite et de la perityphlite. Bull. et mem. d. Soc. de Chir. 1890. 463. Cantani. Typhlo-perityphlite. Morgagni. Milano. 1890. r. 32. 364. Discussion sur la perityphlite et l'appendicite. Bull. et mem. Soc. Chir. de Paris. 1890. 465. Dennis. The propriety of removal of the append. verm. during the intervals. Trans. Amer. Surg. Assoc. Philad. 1890. 466. Epley. Perityphlite abscess. North. Lancet. 1890. 467. Fitz. Boston. Med. Journ. 1890. June. 468. Gay. Appendicitis. Boston Med. and Surg. Journ. 1890. T. 123. 469. Gerster. Appendicitis N. Y. Med. Journ. 1890. 470. Groeninger. Deutsch. milit. ärzt. Ztsch. r. XIX. 1890. 471. Haydon. Med. Surg. Report. 1890. 472. Homans. Appendicitis. Bost. Med. Journ. 1890. January. 473. Johnston. On an unusual cause of perityphlitis. Montreal Med. Journ. 1890-1. 474. Kummel. Zur Radikalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des Proc. vermif. Arch. Lang. B. 40. 1890. 475. Krecke. Die chirurgische Behandlung der vom Wurmfortsatz ausgehenden circumscribten und allgemeinen Peritonitis. Deutsch. Ztsch. f. Chir. XXX, 1890. 476. Lejars. Un fait

d'appendicite etc. Revue mens. d. malad. de l'enfant. 1890.—91. 477. Murray. Appendicitis. N. Y. Med. Journ. 1890. 478. Mc. Burney. Recurrent appendicitis. Там же. 479. Millbank. Two cases of appendicitis. N. Y. Med. Journal. 1890. 480. Mc. Murtry. Inflammation in and about the head of the caecum. Trans. South. Surg. and Gynaec. Assoc. 1890. 481. Manley. Typhlitis. Ann. of Gynaec. and Pediatrics. Philad. 1890.—1. 482. Machell. Appendicitis with suppurative pyelophlebitis. Canada Pract. Toronto. 1890. 483. Porter. The pathol. of append., perityphl. etc. N. Y. Med. Journal. 1890. January. 484. Porter. Two cases of relapsing appendicitis; operation between attacks etc. Boston Med. and Surg. Journ. 1890. 485. Roux. Traitement chirurgical de la perityphlite suppurée. Revue méd. de la Suisse Rom. 1890. 486. Reclus. Traitement des appendicites. Bull. et mem. Soc. Chir. Paris. 1890. 487. Ours. Revue de Chirurgie X. 1890. 488. Richelet. De l'appendicite chez la femme. Bull. et mem. Soc. Chir. Paris. 1890. 489. Rottier. Sur la typhlite et l'appendicite. Bull. et mem. Soc. Chir. Paris. 1890. 490. Schuchardt. Langenb. Archiv. B. 40. 491. Stimson. Removal of diseased appendices. N. Y. Med. Journal. 1890. 492. Saundby. The medical treatment of so called perityphlitis. Birmingham. Med. Rev. 1890. 493. Shepherd and Mac Donnell. A case of appendicitis. N. Y. Medical Journal. 1890. 494. Stimson. A contrib. to the study of appendicitis. N. Y. Med. Journ. 1890. 495. Sonnenburg. Erfahrungen über die operative Behandlung der Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung der zweizeitigen Operation. Deutsch. Med. Woch. 1890. 496. Smith. Appendicitis in children. N. Y. Med. Record. 1890. 497. Traston. Du traitement médical de la perityphlite. Rev. gen. de clin. et de therap. Paris. 1890. 498. Tordeus. un cas de pericolicite primitive. Journ. de chirurg. et pharm. Brux. 1890. XC. 499. Tuffier. et Hallion. De l'intervention chir. dans la perityphlite. Arch. Gen. Med. 1890. 500. Wyeth. Recurrent appendicitis. N. Y. Medical. Journ. 1890. 501. Webster. Report of case of perforating appendicitis etc. Transact. of the Main. med. Assoc. Portland 1890. 502. Worcester. 8 cases of appendicitis. Boston. Med. Journ. 1890. January. 503. Zedkauer. Ueber eine Hernie des Proc. vermiformis. Prag. Med. Woch. XV. 1890. 504. Ashurst. Appendicitis. Med. and Surg. Reporter. Philad. 1891. 505. Axel Iversen. Einige Bemerkungen ueber Appendicitis. Deutsch. Med. Woch. 1891. № 12. 506. Cabot. A case of relapsing appendicitis in which the appendix was removed in an interval etc. Bost. Med. and Surg. Journ. 1891. т. 63. 508. Curtis. Some cases of perityphlitis. Там же. 509. Dodge. Typhlitis etc. Med. News. Philad. 1891. 510. Ewald. Oppenheimer. Дебаты по поводу докладов Renvers'a, Sonnenburg'a и Fraenkel'a о перитифлите. Deutsch. Med. Woch. № 8. 1891. 511. Einhorn. Ueber Perforation des Proc. vermiformis und des Coecum. Münch. Med. Woch. 1891. № 7 и 8. 512. I. C. Elliot. Excision of the vermiform appendix between attacks etc. Amer. Journ. of the Medic. Scienc. 1891. 513. S. W. Elliot. Appendicitis; a years experience in private practice. Bost. Med. and Surg. Journ. 1891. 514. Fowler. The operative technique of appendicitis. Annals of Surg. April. 1891. 515. Fraenkel. Ueber die Folgen der Perforation des Proc. vermiformis und dessen Behandlung. Deutsch. Med. Woch. 1891. 516. Gouilloud. Perforation de l'append. ileo-coecal. Lyon Med. 1891. 517. Joseph. Ein Fall von operat. geheiltem perityphlit. Abscess. Therap. Monatsch. Berlin. 1891. 518. Keen. The indications for early laparotomy. Annals of Surgery. April. 1891. 519. Kjörte. Ueber die chirurgische Behandlung der Perityphlitis. Berl. Klin. Wochsch. 1891. № 26 и 27. 520. Mc. Burney. The indications for early laparotomy in appendicitis. Annals of Surgery. April. 1891. 521. Mynter. On the pathology of appendicitis. Там же. 522. Marcy. Recurrent appendicitis with adhesive bands about the head of the colon. Bost. Med. and Surg. Journ. 1891. 523. Mc. Murtry. Inflammation in and about the head of the colon. Med. News. Philad. 1891. 524. Leroux. La colique appendiculaire etc. Paris 1891. 525. Napier. and Mayland. Recurrent appendicitis. Brit. med.

Journ. 1891. T. I. 526. Porter. In recurring appendicitis is excision of the appendix during remission a justifiable operation? Bost. Med. and Surg. Journ. 1891. 527. Ransom. Personal experience with appendicitis. Alabama Med. and Surg. Age 1861. 528. Renvers. Zur Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Deutsch. Med. Woch. 1891. 529. Richelet. De l'appendicite chez la femme. Bull. mem. Soc. Chir. Paris. T. XVI. 1891. 530. Ryekson. The treatment of appendicitis. N. Y. Med. Record. 1891. 531. Stimson. The technique of operation for the relief of appendicitis. Annals of Surgery. April. 1891. 532. Sonnenburg. Erfahrungen über die operat. Behand. der Perityphl. mit besond. Berücksichtigung der zweizeitigen Operation. Volkm. Samml. Klin. Vort. Neue Folge. № 12. 1891. 533. Wolbrecht. Ueber Pleuracomplikationen bei Typhlitis und Perityphlitis. Berlin. 1891. 534. Vollert. Resultate der Behandl. der Perityphl. auf der ersten medic. Klinik zu Wien und über die Indicationen. zur operativen Behandlung der Perityphlitis. Deut. med. Woch. 1891. № 33.



Положенія.

- 1) Гастростомию, съ дѣлью ретрограднаго бужировапія пищевода снизу, можно считать удобнымъ оперативнымъ пріемомъ при леченіи вѣкоторыхъ непроходимыхъ суженій пищевода рубцоваго характера.
- 2) Зараженіе «per contactum» играетъ самую главную роль въ этиологіи осложненій нормальнаго теченія ранъ.
- 3) Педантическая чистота въ обыденномъ смыслѣ слова и, особенно, воспитаніе всего низшаго медицинскаго персонала въ духъ строгой опрятности, имѣетъ большее значеніе для благопріятнаго теченія ранъ, чѣмъ устройство сложной операціонной и другихъ приспособленій.
- 4) Сухой способъ оперировапія имѣетъ громадныя преимущества предъ другими.
- 5) Пробный проколъ при діагнозѣ заболѣваній въ полости живота нельзя считать безопаснымъ методомъ клиническаго изслѣдованія.
- 6) Операція торакотоміи, гдѣ возможно, должна быть производима хирургомъ.

Curriculum vitae.

Генрихъ Ивановичъ Турнеръ, въроисповѣданія англиканскаго, сынъ инженера, окончилъ курсъ въ Первой С.-Петербургской Гимназій въ 1876-мъ году. Въ томъ же году поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію, гдѣ окончилъ курсъ лекаремъ въ 1881-мъ году.

Въ томъ же году поступилъ ассистентомъ при Хирургической Лечебницѣ Александровской Общины Сестеръ Краснаго Креста, въ которой работалъ 2 года подъ руководствомъ д-ра К. К. Рейера, участвуя въ оперативной дѣятельности его, въ качествѣ прикатнаго ассистента и въ Николаевскомъ Сухопутномъ Военномъ Госпиталѣ. Съ 1883 года состоялъ при той же лечебницѣ Александровской Общины въ вѣдѣніи д-ра Е. В. Павлова. Съ 1885 года состоитъ нынѣшнѣшнимъ врачомъ при Свято-Троицкой Общинѣ Сестеръ Милосердія, въ которой съ 1888 года завѣдуетъ хирургическимъ отдѣленіемъ. Втеченіе 1887, 1888 и 1889 годовъ состоялъ секретаремъ С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества. Съ 1886 года завѣдуетъ постоянными курсами поданія первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ до прибытія врача. Экзаменъ на степень доктора медицины сдалъ при Военно-Медицинской Академіи въ 1889 году. Кромѣ работы, представленной на степень, имѣетъ слѣдующія:

1) Случай излеченія упорной невралгіи локтеваго нерва впрыскиваніемъ осміевои кислоты. «Врачъ» № 24, 1884.

2) Случай эмпіемы желчнаго пузыря. «Хирургическій Вѣстникъ». 1885, стр. 77.

3) Воздушная опухоль головы (Pneumatocoele capitis). «Врачъ» № 32, 1888.

4) О резекціи кишки при гангренозныхъ грыжахъ. Протоколы засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за первое полугодіе 1888 года.

5) Курсъ лекцій о поданіи первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ до прибытія врача. Медицинская бесѣда 1889 года.

6) О леченіи рубцовыхъ стриктуръ пищевода.

(Докладъ удостоенъ золотой медали—преміи проф. Н. В. Склифасовскаго). Протоколы засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за первое полугодіе 1890 года.

7) Нѣсколько словъ объ оперативномъ леченіи эмпіемъ. Протоколы засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за первое полугодіе 1890.

8) Альбомъ таблицъ, изображающихъ приемы поданія первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ; изданіе подъ покровительствомъ Ея Императорскаго Высочества Принцессы Евгениі Максимиліановны Ольденбургской.